

Varige psykiske skader etter krigshendelser i barndommen

En utredning foretatt av en ekspertgruppe oppnevnt av NAV

Oslo, mars 2008.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	3
1.1 Bakgrunn for oppdraget	3
1.2 Mandatet.....	3
1.3 Sammensetningen av utvalget	4
1.4 Arbeidsmetode	4
1.5 Rapportens oppbygning.....	5
1.6 Antall personer rapporten omhandler	6
2.0 Krigsrelaterte traumer barn i Norge var utsatt for.....	7
2.1 Evakueringen av Finnmark og huleboertilværelsen	7
2.2 Andre påkjenninger forbundet med den tyske okkupasjonen og ødeleggelsene i Finnmark	14
2.3 Bombingen av Holen Skole.....	15
2.4 Andre eksempler på krigsrelaterte belastninger barn i Norge var utsatt for	17
2.5 Oppsummering	19
3.0 Forskningsstatus om barns psykiske reaksjoner på traumatiske hendelser	22
3.1 Et historisk tilbakeblikk	22
3.2 Nyere forskning om barn og ungdoms psykiske reaksjoner på traumatiske hendelser..	23
3.3 Oppsummering	40
4.0 Forskningsstatus om voksnes helseproblemer etter krigsrelaterte stresspåkjenninger i barndommen.....	41
4.3 Sammendrag.....	44
5.0 Krigspensjoneringen – forutsetningene og årsaksvurderingene.....	46
5.1 Årsaksforklaringer for utvikling av psykiske lidelser	47
5.3 Beskrivelse av aktuelle symptombilder hos voksne som er traumatisert som barn	48
5.2 Påkjenninger som krigsskadetrygden omhandler	52
5.4 Krigspensjonslovens krav til årsakssammenheng	54
6.0 Oppsummeringer og anbefalinger	56
Referanser.....	58

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for oppdraget

I løpet av årene som har gått siden Den andre verdenskrig, er det blitt stadig vanskeligere å praktisere krav om årsakssammenheng i lovene om krigspensjonering av 1956 og 1951. I 1988 foreslo en arbeidsgruppe (Eitinger-utvalget) et forenklet opplegg for praktiseringen av årsakskravet når det gjaldt psykiske lidelser. Dette gikk ut på at en vurdering av årsakssammenhengen skulle foretas på grunnlag av graden av påkjenninger under krigen. Hvis påkjenningen hadde ligget over et bestemt nivå og søkeren hadde et symptombilde som var forenlig med psykisk traumatisering, skulle kravet til årsakssammenheng ansees for oppfylt (presumsjonsprinsippet). Evalueringen skulle knyttes til graden av påkjenninger hos de enkelte gruppene av krigsdeltakere. Den nye praksisen, som ble stadfestet av Sosialdepartementet, innebar en betydelig forenkling for dem som skulle forvalte dette lovverket og en vesentlig redusert saksbehandlingstid.

Det er nå snart 20 år siden Eitingerutvalgets innstillingen om krigspensjon forelå (Eitinger, Vold, & Weisæth, 1995). I rapporten er barn i liten grad omtalt. Erstatningsspørsmål og søknader om krigspensjon kom fra den voksne befolkning etter krigen, og det er først i de senere år at de som var barn under krigen har rettet søknader om krigspensjon inn for staten. Siden Eitingerutvalgets innstilling forelå er det dessuten generert mye kunnskap om barns reaksjoner på traumatiske hendelser, også i forhold til helseskader på kort og lang sikt. Det er derfor grunnlag for å revurdere mulige helsemessige konsekvenser for barn som ble utsatt for alvorlige stressbelastninger under Den andre verdenskrig i Norge.

1.2 Mandatet

I mandatet fra Arbeids- og Velferdsetaten (NAV) heter det at utvalget skal utarbeide ”en oppdatert redegjørelse om risikoen for psykiske følgeskader hos barn som følge av krigshendelser og krigsrelaterte traumer. Redegjørelsen bes utformet som en generell rapport basert på de forskningsresultatene som foreligger innen dette området med relevans for barn i Norge som var utsatt for alvorlige krigshendelser under Den andre verdenskrig, jf søknader fra personer som opplevde bombingene av Holen skole eller var huleboere i Finnmark som barn”.

1.3 Sammensetningen av utvalget

NAV har oppnevnt følgende i kommisjonen:

- Professor dr.med., spesialist i psykiatri Lars Weisæth, Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress i Oslo (leder av utvalget)
- Spesialist i psykiatri Odd Hellesøy, Senter for Krisepsykologi i Bergen
- 1. amanuensis, dr. med., spesialist i barne- og ungdomspsykiatri Grete Dyb, Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress i Oslo.

I arbeidet med innstillingen har psykolog Ingrid Sønstebø vært engasjert medarbeider ved Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress.

1.4 Arbeidsmetode

I henhold til mandatet baseres rapporten primært på litteraturstudier. De vurderte forskningspublikasjonene er innhentet ved et omfattende søk i internasjonale forskningsdatabaser, vesentlig nordiske og engelskspråklige. Den innhentede forskningslitteratur omfattet dels helsesvikt hos voksne som hadde vært utsatt for store påkjenninger under krig, spesielt den Den andre verdenskrig, dels studier av helsefølger hos barn utsatt for krigspåkjenninger i nyere kriger.

Utvalgsmedlemmene har også bygget på sine kliniske erfaringer og arbeid gjennom mange år med spesialistvurderinger av krigsskadesaker for trygdemyndighetene og rettsvesenet. Utvalget har også erfaring med søknader om krigsskadetrygd fra de som var barn da Holen skole ble bombet, og fra huleboerne i Finnmark og. Enkelte av utvalgsmedlemmene har tidligere gjort seg kjent med hulene på Sørøya i Finnmark og vært på stedlig befarings av det bombede området i Laksevåg. Utvalget hadde møter med to personer som var barn i Finnmark under Den andre verdenskrig, samt representanter for Støtteforeningen for de etterlatte etter bombingene av Holen skole i Bergen.

Av tidsmessige grunner hadde ikke utvalget mulighet for å igangsette systematiske studier av de populasjonene utredningen omfatter. Et av utvalgsmedlemmene hadde imidlertid tidligere ledet undersøkelsen av helsekonsekvensene hos de som var barn i Telavåg og ble rammet av terrorhandlingene der under krigen.

Som det vil fremgå av kunnskapsoppsummeringen, omfatter dagens forskning studier av påkjenninger som faller utenfor det som gir rett til krigsskadetrygd i Norge. For å bevare relevansen av det innsamlede materialet for det gitte mandat, har utvalget derfor i noen grad

begrenset presentasjonen og diskusjonen. Under arbeidets gang kom utvalget til å diskutere i hvilken grad presumsjonsmetoden som Eitingerutvalget fant frem til, også kan anvendes på barn og har valgt å presentere noen forslag i den retning.

Langvarig sykdom begrenset mulighetene for utvalgsmedlemmet Odd H. Hellesøys deltakelse i arbeidet. Han har ikke kunnet delta i skrivingen og kan derfor ikke ta ansvar for utredningen.

1.5 Rapportens oppbygning

I rapporten blir det først gitt en historisk gjennomgang for kartlegging av potensielt traumatiserende hendelser barn har opplevd under Den andre verdenskrig. I henhold til mandatet vektlegges hendelsene omkring tvangsevakueringen av Finnmark i 1944 og bombingene av Holen skole i Bergen 4.oktober 1944. I korthet redegjøres det også for enkelte andre potensielt traumatiserende hendelser barn kan ha opplevd under krigen.

Rapportens redegjørelse av sterke påkjenninger barn i Norge ble utsatt for under Den andre verdenskrig, utgjør ikke en komplett oversikt. Hendelser som ikke omtales her, kan ha hatt tilsvarende eller høyere alvorlighetsgrad. Det er imidlertid plausibelt å tenke at elementer som er behandlet i rapporten, kan generaliseres til andre hendelser norske barn opplevde.

Etter å ha beskrevet påkjenningene under tvangsevakueringen av Finnmark og bombingene av Holen skole gjennomgår vi i kapittel 3 et omfattende utvalg av forskningslitteratur om barns psykiske reaksjoner på traumatiske hendelser. Kapittel 4 beskriver forskning på psykiske lidelser hos voksne som har vært utsatt for krigsbelastninger som barn. Kapittel 5 omhandler krigspensjoneringen, hvilke forutsetninger som bestemmer dens gyldighetsområde og noen av prinsippene for medisinske årsaksvurderinger.

Avslutningsvis inneholder rapporten en oppsummering, konklusjoner og enkelte forslag som kan forenkle og derved gi en raskere saksbehandling av søknader om ytelser fra krigspensjoneringen til mennesker som opplevde alvorlige krigshendelser som barn i Norge.

Psykolog Ingrid Sønstebo har gjennomført litteratursøkene, gjennomgått den innsamlede litteratur og bidratt til vurderingen av det vitenskapelige materiale. Hun er også ansvarlig for gjennomgang av det betydelige skriftlige materialet som forelå om krigshendelsene i Finnmark, Laksevåg og i Norge for øvrig. Barne- og ungdomspsykiater Grete Dyb har beskrevet de traumerelaterte psykiske lidelser hos barn, diagnostikken og hvilken betydning krigspåkjenninger kan ha. Psykiater Lars Weisæth har beskrevet årsaksvurderinger hos voksne som har vært utsatt for krigspåkjenninger som barn, om

krigspensjoneringen og om forskningslitteraturen som omhandler voksne med tidlig krigstraumatisering.

Når det gjelder konklusjoner og forslag til hva som kan legges til grunn ved vurderinger av søknader om krigspensjon, er disse bare uttrykk for forfatternes egne vurderinger.

1.6 Antall personer rapporten omhandler

Utvalget har valgt å definere gruppen ”barn under Den andre verdenskrig” som alle som var 18 år eller yngre i 1940. I følge tall fra Statistisk Sentralbyrå, bodde det 450.681 gutter 433.252 jenter i denne aldersgruppen i Norge i 1940. Til sammen blir dette 883.933 personer. Av disse gjelder rapporten de som har opplevd alvorlige krigspåkjenninger og som har varige helseproblemer i dag som sannsynlig følge av disse ihht lov om krigspensjonering. Menneskene rapporten omfatter er i dag i alderen 63 - 81 år. I henhold til tilgjengelige tall fra folketellingen i 1946, bodde det 10.907 gutter som var under 18 år i Finnmark på denne tiden. Av disse var 9.165 under 15 år. Tilsvarende tall for jenter er henholdsvis 10.426 og 8.818.

2.0 Krigsrelaterte traumer barn i Norge var utsatt for

Konsekvensene av Den andre verdenskrig i Norge var omfattende. Hele befolkningen ble berørt i større eller mindre grad. Bombingen av Holen skole og nedbrenningen, huleboertilværelsen og tvangsevakueringen i Nord-Norge var spesifikke hendelser som i særlig grad var farefulle og skremmende og kan ha hatt traumatiserende effekt på barn. Barn i Norge opplevde også andre krigshendelser som kan ha vært traumatiske, og disse beskrives kort under punkt 2.3.

2.1 Evakueringen av Finnmark og huleboertilværelsen

Mot slutten av Den andre verdenskrig vant russiske styrker stadig terreng mot de tyske troppene i nordlige områder. Da Finland og Sovjetunionen 4.september 1944 inngikk en våpenhvileavtale, ble tysk tilbaketrekning fremtvunget (Hauglid, Jensen, & Westrheim, 1985; Sandvik, 1975; Skodvin, 1987). Operasjon "Nordlicht", som gikk ut på å trekke alle tyske tropper ut av Nord-Finland, Finnmark og østlige deler av Troms til Lyngen i Nord-Troms, ble igangsatt i oktober samme år (Dahl & Hagen, 1995; Hauglid, Jensen, & Westrheim, 1985; Skodvin, 1987). Over 200.000 tyske soldater og 60.000 hester skulle forflyttes via riksvei 50 gjennom Finnmark og Troms og videre sørover (Nielsen, 1998; Westrheim, 1978) med russiske tropper i hælene (Nielsen, 1996).

Tyske styresmakter ønsket å vanskeliggjøre russisk fremrykking i områdene de forlot. Det ble derfor besluttet at alt som kunne komme russerne til nytte, skulle ødelegges i forbindelse med tilbaketrekningen ("den brente jords taktikk"). Destrueringen var ment å være svært omfattende og inkludere boliger, veier og annen infrastruktur. Dette nødvendiggjorde en evakuering av befolkningen i området, en operasjon politiminister Jonas Lie ble utpekt som leder for (Hauglid, Jensen, & Westrheim, 1985; Sandvik, 1975; Skodvin, 1987; Westrheim, 1978). Lie oppfordret til en frivillig evakuering begrunnet i russiske styrkers snarlige inntreden i området og deres forventede voldelige atferd overfor sivilbefolkningen. I hans skriftlige "Opprop til befolkningen" av 17.oktober 1944, nevnes blant annet fare for mord, plyndring, terror og voldtekter (Finne, 2005, s. 90; Hauglid, Jensen, & Westrheim, 1985, s. 44; Sandvik, 1975, s. 38; Skodvin, 1987, s. 43; Westrheim, 1978, s. 55-56). Til tross for at evakueringen ble omtalt som frivillig, truet Lie med 5 års fengselsstraff eller kr 100.000,- i bot dersom ikke befolkningen umiddelbart forlot området (Finne, 2005, s. 90; Lyngstad, 1999, s. 12; Sandvik, 1975, s. 37; Skodvin, 1987, s. 42; Westrheim, 1978, s. 55).

Forsøket på frivillig evakuering karakteriseres imidlertid som en fiasko (Skodvin, 1987, s. 42). Svært få reiste (Backer, Danielsen, & Waage, 1946; Hauglid, Jensen, & Westrheim, 1985; Lyngstad, 1999; Skodvin, 1987). Den 28.oktober 1944 utstedte Adolf Hitler følgende "Führerbefehl":

”På grunn av den nordnorske befolknings ringe beredvillighet til frivillig evakuering har der Führer samtykket i Reichskommissars forslag og befalt at hele den norske befolkningen østenfor Lyngenfjord for sin egen sikkerhets skyld skal tvangsevakueres og alle boliger nedbrennes, resp. ødelegges. Øverstkommanderende for Nord-Finland er ansvarlig for at Führer-befalingen gjennomføres hensynsløst. Medlidenhet med befolkningen er ikke på sin plass” (Hauglid, Jensen, & Westrheim, 1985 s. 46; Westrheim, 1978, s. 57).

Med hjemmel i dette sendte Lothar Rendulic og Joseph Terboven den 28.oktober 1944 ut en kunngjøring om tvangsevakuering av befolkningen og ødeleggelse av all bebyggelse og infrastruktur i Finnmark og Nord-Troms (Nielsen, 1976; Sandvik, 1975; Skodvin, 1987; Westrheim, 1978). De omlag 65.000 innbyggerne i Finnmark og Nord-Troms var nå gjort til flyktninger i eget land. På plakatooppslag kunne man lese at de som unndro seg evakueringsordren og søkte tilflukt i huler og andre skjulesteder ville bli skutt (Karl Hansen, 1945; Westrheim, 1978). Okkupasjonsmakten og dens norske medhjelpere skal ha kalkulert med opp til 40% tap av menneskeliv i forbindelse med tvangsevakueringen (Nielsen, 1998; Westrheim, 1978).

Finnmarkingene var også denne gangen svært motvillige til å følge den tyske evakueringsordren, noe som kan ha hatt flere årsaker. I litteraturen beskrives både redsel for en farefull reise og for ukjent bestemmelsessted. Ville man havne i fangeleire eller bli likvidert (Finne, 2005; Husby, 1995)? Tyskernes trusler om hva russiske soldater ville utsette befolkningen for, beskrives dessuten som lite skremmende for nordmennene (K. Hansen, 1945; Nielsen, 1996; Thorsen, 1981); ”dertil kjente vi russerne for godt” (Karl Hansen, 1945, s. 12). Den norske regjeringen i London og kong Haakon oppfordret befolkningen per radio til å motsette seg Hitlers ordre om forflytning (Hauglid, Jensen, & Westrheim, 1985; NAV, 2007; Skodvin, 1987). Kronprins Olav, daværende forsvarssjef, oppfordret etter hvert befolkningen til aktivt motstandsarbeide ved å angripe fiendtlige patruljer samt å slukke påtente branner for slik å motarbeide tyskernes bestrebelser på å rasere området (NAV, 2007, s. 9; Nielsen, 1976, s. 27; Skodvin, 1987, s. 72). Det hevdes også at mange trodde krigen ville være over om svært kort tid, kanskje bare dager (Finne, 2005; Hauglid, Jensen, & Westrheim, 1985; Nielsen, 1996; Skodvin, 1987; Thorsen, 1981). På bakgrunn av dette valgte de aller

fleste finnmarkingene å bli. De som reiste fra området i denne fasen, ble ikke tvunget med makt (Skodvin, 1987). Deres historie blir ikke nærmere beskrevet i denne rapporten.

Tvangsevakueringen ble igangsatt i begynnelsen av november 1944 (Hauglid, Jensen, & Westrheim, 1985; Skodvin, 1987). I litteraturen oppgis det ulike tall på antall tvangsforflyttede. Dette varierer fra 36.817 (Nielsen, 1996, s. 3) til et anslag på 40-45.000 (Skodvin, 1987, s. 52). De evakuerte ble fraktet med ulike skip under vanskelige forhold (Finne, 2005) til Sør-Troms, Nordland og Sør-Norge (Skodvin, 1987). Forholdene beskrives å ha vært aller verst på skipene Adolf Binder og Carl Arp (Finne, 2005; Skodvin, 1987), som om lag 3.000 personer ble fraktet med (Skodvin, 1987). Reisen med Carl Arp gikk fra Porsangerfjorden til Narvik og tok 5 døgn (Nielsen, 1976). De 1850 reisende hadde 2 toaletter til disposisjon (Karl Hansen, 1945; Westrheim, 1978). Det var svært trangt om plassen; under vanlige forhold rommet båten knapt 150 personer (Karl Hansen, 1945). I følge beretninger lå menneskene tettpakket. De kastet opp og gjorde sitt fornødne rett i halmen de lå på. Det brøt ut tyfus, difteri og dysenteri, og det oppsto rykter om at tyskerne skulle senke båten grunnet all sykdommen om bord (K. Hansen, 1945; Hauglid, Jensen, & Westrheim, 1985; Westrheim, 1978). Det berettes også at vann kun ble tildelt kvinner som hadde seksuell omgang med de tyske soldatene (K. Hansen, 1945, s. 31) samt at det forekom terrorhandlinger ombord i båten. Som eksempel på dette, fortelles det i Rolf Andersens bok om en familie som hadde smuglet med seg hunden sin om bord i Carl Arp, noe som ble oppdaget av en tysk soldat. Han stakk bajonetten i hundens mage og bar den slik, mens den skrek og det rant av den, og kastet den på havet. Sønner i familien forteller at han ikke klarer å glemme synet av den skadde hunden (Andersen, 2007).

Da Carl Arp ankom Narvik, kom mannskap fra brannvesenet for å hjelpe. Lukten om bord beskrives så sterk at redningsmannskapet måtte benytte gassmasker (Hauglid, Jensen, & Westrheim, 1985; Skodvin, 1987). En mor mistet spedbarnet sitt i vannet ved ilandstigningen. Barnet ble ikke funnet (Hauglid, Jensen, & Westrheim, 1985). Under sjøreisen døde 3 personer og 4 barn ble født (Skodvin, 1987). Ved ankomst var 300 personer så syke at de ble innlagt på sykehus (Hauglid, Jensen, & Westrheim, 1985; Skodvin, 1987; Westrheim, 1978).

Hele befolkningen i området lot seg imidlertid ikke tvangsforflytte sørover. Omkring 20-25.000 personer gikk i skjul i huler, telt og gammer for kortere eller lengre tid (Andersen, 2007; Eitinger, Vold, & Weisæth, 1995; Finne, 2005; Hauglid, Jensen, & Westrheim, 1985; NAV, 2007; Sandvik, 1975; Skodvin, 1987; Westrheim, 1978). I følge Nielsen (Nielsen, 1996) var det presise tallet på flyktningene som gikk i dekning, 22.730 personer. I Finnmark ble de kalt "huleboera" (Backer, Danielsen, & Waage, 1946). De fleste befant seg i de

frigjorte delene av Øst-Finnmark (Skodvin, 1987). Påkjennningene for huleboerne beskrives som variable, fra de som opplevde å være i konstant livsfare i flere måneder til de som ganske raskt opplevde å komme i relativt trygge omgivelser (Finne, 2005; Hauglid, Jensen, & Westrheim, 1985; Skodvin, 1987). Tilværelsen til de som oppholdt seg på Sørøya i Finnmark, beskrives som vanskeligst (NAV, 2000). Det foreligger dessuten lite litteratur om tilværelsen til de som søkte tilflukt andre steder. På bakgrunn av dette beskrives i det følgende forholdene for huleboerne på Sørøya.

Huleboertilværelsen på Sørøya

Sørøya, med et areal på 816 km², er Norges fjerde største øy (Nielsen, 1976). I 1944 bodde det ca. 1650 mennesker på øya. Av disse ble ca. 1100 tvangsevakuert, mens de øvrige ca 550 gikk i skjul (Hauglid, Jensen, & Westrheim, 1985). De fikk etter hvert selskap av folk fra Sørøysund, Hammerfest og Altafjorden. I alt lå ca 1100 mennesker i dekning på øya vinteren 1944-45 (Eitinger, Vold, & Weisæth, 1995; Hauglid, Jensen, & Westrheim, 1985). Med sine dype fjorder, stupbratte fjellsider og tallrike fjellhuler var det nok av muligheter til å skjule seg på øya. Her var det dessuten vanskelige landingsforhold for fly (Nielsen, 1998).

Forholdene i de ulike skjulestedene var varierende. Noen hadde forberedt seg på flukt ved å bygge gammer, slakte buskap og salte ned kjøttet etc mens andre flyktet uten mulighet til slike forberedelser (Hauglid, Jensen, & Westrheim, 1985; Skodvin, 1987). Noen beskriver at de hadde det varmt og greit med god tilgang til både mat og vann, og at de holdt seg friske. Andre hadde knapt med klær og mat. Noen forteller om godt samhold, andre om krangler og vanskelig stemning (Husby, 1995). Noen opplevde tilværelsen som relativt trygg, mens andre levde i livsfare i mange måneder, under stadig redsel for å bli oppdaget av tyske soldater. Det beskrives at mange bekymret seg for bortkomne familiemedlemmer og venner. Man visste ofte ikke om de levde eller var døde (Finne, 2005).

For barna beskrives huleboertilværelsen som utfordrende på mange måter. Noen beretter at de måtte holde seg helt i ro innendørs med minimalt med lys (Husby, 1995). Det fortelles om familier som ikke så dagslys på 4 måneder (Westrheim, 1978, s. 203). Flere av barna var livredde og opplevde betydelige påkjenninger som for eksempel å være vitne til skyteepisoder der foreldrene kunne bli rammet. Barnas foreldre var naturlig nok påvirket av situasjonen.

I tillegg til generelt utfordrende livsbetingelser i hulene, kunne barna oppleve spesielt skremmende enkelthendelser som for eksempel å bli oppdaget av tyske soldater. Tyske soldater var klar over at mange nordmenn hadde gått i skjul på øya og startet en storstilt jakt

på flyktingene med patruljebåter og sporhunder. Så de røyk eller bevegelser, ble det drevet klappjakt på huleboerne (Andersen, 2007; Backer, Danielsen, & Waage, 1946; Hauglid, Jensen, & Westrheim, 1985; NAV, 2007; Nielsen, 1976; Sandvik, 1975; Skodvin, 1987; Thorsen, 1981; Westrheim, 1978). Vesla Ingemann Haug forteller om da hun 30.november 1944 befant seg i en gamme (Kolleren) med familien og de ble oppdaget av uniformerte og bevæpnede nazister og tyske soldater. Vesla var 6 år på denne tiden.

Soldatene beordret alle mennene ut av gammen, mens kvinner og barn skulle bli igjen inne. Mennene befant seg nå et stykke borte. Avstanden var stor nok til at barna ikke kunne høre hva som ble sagt til mennene, men kort nok til at de hørte skudd som ble avfyrt. Barna var livredde for at fedrene deres var drept. En av kvinnene gikk ut av gammen for å se hva som hadde skjedd. En soldat skjøt da også etter henne, men uten å treffe. Noen av de yngste mennene ble deretter ført ned til en båt. Ingen i gammen visste nå hva som skjedde med dem, om de levde eller var drept, om de ville komme tilbake eller ei.

Dagen etter returnerte soldatene og de norske mennene. Tyskerne løslot nordmennene, men fortalte at de skulle komme tilbake om tre dager igjen for å hente alle i gammen. Flyktingene i gammen ville rømme, men hadde ingen steder å dra til. De var livredde i dagene de ventet på at soldatene skulle returnere – noe de imidlertid ikke gjorde (personlig meddelelse).

Man antar at tallet på dem som ble oppdaget på Sørøya og forflyttet sørover var ca 200 (NAV, 2007). Mange av disse ble fraktet til Tromsø med M/S Paris (Andersen, 2007).

Sigmund Eilertsen som var ombord i skipet, forteller i ”Det glemte folket” om turen:

”Tidlig 1. juledags morgen ble samtlige kommandert ut og ført om bord i troppetransportskipet ”Paris” og stuert under dekk. Så ble lukene skalket før skipet satte ferden mot Tromsø. Turen dit tok lang tid fordi vi måtte søke nødhavn i en fjord og ble liggende inntil et fjell. Dette fordi det var ubåter i farvannet og fare for torpedering. På dekket gikk bevæpnede soldater med sine redningsvester på seg. Vi var altså innesperret under dekk uten noen muligheter for å komme opp dersom vi skulle bli angrepet. Forholdene om bord var mildest talt fryktelige og de sanitære forholdene forferdelige” (Sigmund Eilertsen i Andersen, 2007, s. 38).

Ikke alle skjulesteder ble oppdaget, og flere lå i skjul i lengre tid. Livet i fjellhuler, provisoriske hytter og under hvelvede båter beskrives etter hvert som svært vanskelig for mange (Backer, Danielsen, & Waage, 1946). Riktignok var det en usedvanlig mild vinter, noe

som beskrives som en av årsakene til at okkupasjonsmaktens kalkyle om opp til 40 % tap av menneskeliv, ikke slo til (Nielsen, 1998; Westrheim, 1978). Likevel beskriver flere forfattere at mange av flyktningene sultet, frøs og ble syke (Backer, Danielsen, & Waage, 1946; Husby, 1995; Nielsen, 1976). Huleboerne på Sørøya beskrives etter hvert å være i ”en sørgelig forfatning” (Hauglid, Jensen, & Westrheim, 1985, s. 76; Husby, 1995, s. 90). Like før jul 1944 reiste noen ungdommer fra øya med båt til Øst-Finnmark for å informere den norske militærmisjonen om situasjonen for flyktningene på Sørøya (Andersen, 2007; Husby, 1995; NAV, 2007; Nielsen, 1976). En redningsekspedisjon ble igangsatt. Her ble ca 200 flyktninger fraktet fra Sørøya til det frie Øst-Finnmark med tre skøyter (Andersen, 2007; Husby, 1995; NAV, 2007; Nielsen, 1976; Sandvik, 1975). Oberstløytnant og overlege Gunnar Johnsen, som beskrives som en sentral person i redningsarbeidet (Hauglid, Jensen, & Westrheim, 1985; NAV, 2007; Nielsen, 1976; Sandvik, 1975; Skodvin, 1987), skriver følgende i sin rapport fra turen:

”Man må ha opplevd evakueringsturene for å forstå hva det vil si for eksempel å ha 72 evakuerte i en 40 fots båt, syke nyfødte, oldinger, alle sjøsyke – uten å ha anledning til å komme på dekk, så rommene og lugarene var tilsvinet av spy, avføring og urin. Dertil våte, tilsvinete bylter av klær og husgeråd. Reisenes varighet varierte fra 6-18 timer i høy sjø, og må alle gjøres i mørke og snøkav, uten fyrbelysning. Hertil kommer så at samtlige båter på frem- og tilbaketuren ligger i stadig fare for å bli oppdaget av tyske vaktskip, som herjer helt uhindret (Overlege Johnsens rapport av 24/12 1944 i Hauglid, Jensen, & Westrheim, 1985, s. 76; Husby, 1995, s. 90; Sandvik, 1975, s. 98; Westrheim, 1978, s. 180).

Om lag 200 mennesker ble reddet fra øya på denne måten, men fortsatt lå 7-800 flyktninger i skjul på Sørøya (Andersen, 2007; Hauglid, Jensen, & Westrheim, 1985; Husby, 1995; NAV, 2007). Det var behov for en mer omfattende redningsaksjon med større og bedre egnede fartøy. Den 15.februar 1944 ble 502 personer hentet av allierte marinefartøyer, brakt til Murmansk og deretter via allierte handelsskip til Storbritannia/Skottland (Eitinger, Vold, & Weisæth, 1995; Hauglid, Jensen, & Westrheim, 1985; Husby, 1995; Nielsen, 1996; Sandvik, 1975; Skodvin, 1987). Av disse var 196 barn (Husby, 1995; Sandvik, 1975). Også denne reisen er beskrevet som svært farefull. To av skipene (”Thomas Scott” og ”Henry Bacon”) med til sammen 59 huleboere, ble senket (NAV, 2007; Nielsen, 1996). Alle nordmennene om bord ble reddet over i britiske fartøyer og overlevde, men noen oppholdt seg i livbåter i 3-4 timer før de ble funnet. Av mannskapet på båtene, frøs 42 i hjel. Under overfarten fra Murmansk til Skottland, kom ett av skipene (Idefjord) med 12 Sørøylværinger om bord, bort

fra konvoien og ankom Skottland åtte dager etter de andre. En person ble født og en person døde under overfarten (NAV, 2007).

Da freden kom, var ca 100 norske sivile igjen på Sørøya (Andersen, 2007; NAV, 2007) etter å ha levd i skjul i et halvt år.

Oversikt over ulike flyktningegrupperinger*

Ut fra tilgjengelig litteratur om evakueringen av Finnmark kan befolkningen på ca 65-70.000 deles inn i følgende grupper;

- 1) Personer som ble evakuert/reiste bort fra Finnmark: Ca 42.000 personer
 - a. De som evakuerte uten tvang frem til høsten 1944: ca 5.000 personer hvorav ca 1.000 barn**. Denne gruppens opplevelser beskrives ikke videre i rapporten.
 - b. De som ble tvangsevakuert ut av Finnmark og Nord-Troms (uten først å ha søkt tilflukt i huler og gammer): 36.817 personer hvorav ca 7.363 barn**
- 2) Personer som gikk i skjul (såkalte huleboere): 22.730 personer hvorav ca 4.546 barn**
 - a. Huleboere på Sørøya: ca 1.100 personer. Disse kan deles inn i følgende grupper:
 - Personer som, etter en tid i skjul, reiste til det frigitte Øst-Finnmark (ca 200)
 - Personer som ble oppdaget av tyskerne og tvangsevakuert (ca 200)
 - Personer som, etter ca tre måneders opphold i huler, reiste til Skottland (502)
 - Personer som oppholdt seg i skjul helt frem til krigens slutt (ca 100)
 - b. Huleboere andre steder, hovedsakelig det frigitte Øst-Finnmark. Forholdene for disse blir ikke beskrevet videre i rapporten.

* I litteraturen oppgis ulike tall for de ulike grupperingene. Tallene i denne oversikten gjenspeiler derfor ikke nødvendigvis virkeligheten på en absolutt korrekt måte. De er imidlertid basert på opplysninger fra kilder som er gjennomgått i teksten der hendelsene beskrives.

** Det foreligger ingen tilgjengelig oversikt over antall barn som befant seg i Finnmark fylke i 1944. Imidlertid er til en hver tid ca 20% av befolkningen 18 år eller yngre. I estimatet over antall barn i de ulike gruppene, har vi tatt utgangspunkt i dette.

2.2 Andre påkjenninger forbundet med den tyske okkupasjonen og ødeleggelsene i Finnmark

Mange av finnmarkingene opplevde betydelige psykiske påkjenninger i forbindelse med tvangsevakueringen. I tillegg mistet de aller fleste som bodde i det aktuelle området hjemmene sine i forbindelse med den brente jords taktikk. Mange var vitne til at hjemstedene ble brent og rasert. Under krigen opplevde barn og voksne også andre hendelser som kan ha representert betydelige påkjenninger. I flere bøker beskrives for eksempel mishandlingen av russiske krigsfanger som en stor belastning å være vitne til:

”Tyskerne hadde en stor russerfangeleir i nærheten der vi bodde, og disse fikk en grusom behandling. Min søster og jeg kastet ofte mat til dem mens de jobbet på veien. Vi så stadig hvordan fangene ble mishandlet på det groveste og også rett og slett ble slått i hjel. Jeg så en gang at tre fanger fikk skåret opp magene med bajonettene mens de levde; noe som har satt utslettelige spor hos meg” (Andersen, 2007, s. 42).

Det er også beskrevet at det i forbindelse med den tyske tilbaketrekningen forekom grov og omfattende dyremishandling som mange ble vitne til (Finne, 2005; Karl Hansen, 1945; Skodvin, 1987; Westrheim, 1978). En mann som var 10 år i 1944 forteller for eksempel i Westrheims bok ”Landet de brente” (1978) at tyske soldater flådde levende dyr mens barna var til stede. I ettertid kunne han ikke glemme dyrenes skrik og synet av alt blodet (Finne, 2005, s. 96). Andre har berettet om mishandling av buskap, både kyr og sauer:

”De slo parafin på sauene, stakk fyrstikk borti og satte i med sine fylleskratt når disse levende faklene fôr rundt som mektige St. Hansormer i nattemørket. Kyrne bandt de fast i lastebiler og kjørte av sted” (Finne, 2005, s. 96; Westrheim, 1978, s. 67).

Krigshendelsene medførte også spesielle påkjenninger for barna. Da påkjenningene for befolkningen totalt var såpass store, vil mange av barna ha levd med traumatiserte foreldre. Dette kan påvirke deres omsorgsevne. Mange barn opplevde dessuten å se sine foreldre bli gjort maktesløse. Under evakueringen kom mange barn bort fra foreldrene sine og kunne være atskilt fra dem i lengre perioder. I Solør og Odalen bodde bortimot 1.000 ”foreldreløse” barn under den siste krigsvinteren (Skodvin, 1987). Andersen beskriver også at mange av huleboerbarna ble sendt på et 6 måneders opphold i Danmark for å komme seg etter krigen (Andersen, 2007).

2.3 Bombingen av Holen Skole

Etter invasjonen i Normandie 6. juni 1944 måtte de tyske ubåtene flyttes fra sine baser i Frankrike. De fleste ble plassert i Norge, hvorav ca 100 ble lagt i Bergensområdet (Frichsen, 2004; Greve, 1979; Lyngvi, 2000; R. Sundsteigen, 1994). Dermed ble ubåthavnen og -bunkersen i Nordrevågen på Laksevåg en sentral base for det tyske ubåtvåpenet. Fra alliert side ble det å sette basen ut av drift, et prioritert mål (Davidsen, 2005; Lyngvi, 2000; R. Sundsteigen, 1994; R. r. Sundsteigen, 1994). Om morgenen 4. oktober 1944 ble Laksevåg utsatt for et alliert flyangrep. Flystyrken bestod av 93 Halifax og 47 Lancaster bombefly samt 12 Mosquitos til støtte (Davidsen, 2005; R. Sundsteigen, 1994). Under angrepet falt det totalt 1432 bomber (Jensen, Pedersen, & Tunander, 2005). De militære resultatene av bombingen var beskjedne. Derimot medførte bombingen store konsekvenser for sivilbefolkningen; totalt 194 personer omkom og ca 100 personer trengte legehjelp i forbindelse med skader etter bombeangrepet (Greve, 1979; NAV, 2007). Bombeangrepet var omfattende og rammet et større område. Flere store bedrifter ble rammet (T. F. Guldbrandsen, 2002; R. Sundsteigen, 1994). Av Laksevågs befolkning på ca 9000 mennesker (Nøkleby & Hjeltne, 2000) ble anslagsvis 600 (Greve, 1979) til 700 (Lyngvi, 2000) hjemløse i det 60 hus ble totalskadd og ca. 160 hus delvis ødelagte (Davidsen, 2005; Frichsen, 2004; R. Sundsteigen, 1994).

Holen barneskole med elever mellom 7 og 14 år, ble truffet av tre bomber. Denne dagen oppgis det at det var 300 (T. F. Guldbrandsen, 2002; Lyngvi, 2000) til 350 (Steimler, 1954) barn til stede. Elevene søkte dekning i tilfluktsrommet i kjelleren, som viste seg å ikke være innrettet for denne typen angrep. Sekstien skolebarn, to lærere, vaktmesteren og 17 personer fra Det sivile luftvern, ble drept på skolen (Lyngvi, 2000; NAV, 2007; Steimler, 1954).

De ca 250 skolebarna som overlevde bombingen, var innestengt i det delvis sammenraste tilfluktsrommet i kjelleren. I litteraturen beskrives forholdene i tilfluktsrommet under bombeangrepet relativt ensartet. Man kan lese at lyset gikk, og det ble fullstendig mørkt. Det var vanskelig å puste pga alt murstøvet, og flere forteller at de trodde de skulle kveles. Flyduren var intens. Mange fikk panikk og skrek av redsel. Barna ropte skrekkslagne om hjelp. I desperasjon forsøkte flere barn å presse dørene åpne, men uten å lykkes da dørene slo innover. Noen av barna var delvis begravd av massene og kom ikke løs. Flere hadde sterke smerter. De var vitne til at venner og kjente voksne døde. Et barn holdt sin beste venn i hånden i tilfluktsrommet da en dør plutselig falt over vennen, og han døde. Det berettes at flere barn opplevde dødsangst og at mange ba til Gud (Greve, 1979; T. F. Guldbrandsen,

2002; Jensen, Pedersen, & Tunander, 2005; Lyngvi, 2000; Nøkleby & Hjeltne, 2000).

”Skrikene fra lemlestedede ofre og synet av sønderrevne kropper preget seg for alltid inn i erindringen” (Lyngvi, 2000, s. 7). Redningsarbeidet beskrives som svært komplisert. Ruinene brant, og det var fare for at vann brukt i slukningsarbeidet, skulle renne ned i kjelleren og føre til drukning. Det var også fare for at resten av kjelleren skulle rase sammen (Frichsen, 2004; Greve, 1979; R. Sundsteigen, 1994).

Bombeangrepet rammet hele Laksevåg. Også mennesker som ikke oppholdt seg på Holen skole under angrepet, ble rammet. Fjorten barn som ikke befant seg på skolen, mistet livet (Lyngvi, 2000). Det beskrives at veiene ble blokkert av bombekrater og sammenstyrtede hus. Vannet strømmet fra brutte vannledninger og det var knust glass, brukne trær og stolper over alt. Flere hus brant (Frichsen, 2004; R. Sundsteigen, 1994). Mennesker løp i panikk i gatene (Frichsen, 2004). Etter bombeangrepet beskrives det at barn og voksne i Laksevåg lette etter familiemedlemmer. Noen mistet både familie, venner og hjem (Lyngvi, 2000).

I etterkant av angrepet ble mange av de overlevende barna evakuert. Noen flyttet til slekt eller venner, mens andre ble tatt hånd om av fremmede (Fasmer, Tschudi Madsen, Kordt, & Svenke, 1949; T. F. Guldbrandsen, 2002; Lyngvi, 2000). Trygve Freyvald Guldbrandsen, som var til stede på Holen skole under angrepet, reiste til et fremmed ektepar etter ulykken. Han forteller i sin bok ”Oppvekst i krig” (2002) at savnet etter foreldrene ble tungt. Han forteller også at han opplevde det som ekstra vanskelig at bombingene ble foretatt av de allierte ”...for i tillegg til alt annet betydde det at tilvante begreper ble snudd opp ned, og hos mange skapte det sårhet og en følelse av å være sveket” (s. 114) Guldbrandsen forteller videre at han opplevde det ekstra vanskelig å snakke om ulykken fordi det var allierte styrker som bak angrepet (T. F. Guldbrandsen, 2002).

Den 29.oktober samme år ble Bergen atter bombet av allierte styrker. I Nøstet i Bergen omkom flere. Antallet som oppgis varierer fra 37 personer (Fasmer, Tschudi Madsen, Kordt, & Svenke, 1949; Skodvin, 1987) til 52 (Dahl & Hagen, 1995; Eitinger, Vold, & Weisæth, 1995; Greve, 1979; Lyngvi, 2000; Nøkleby & Hjeltne, 2000). I Laksevåg døde ingen denne gang, noe som trolig hadde sammenheng med at området var mer eller mindre fraflyttet etter det forrige angrepet (Davidsen, 2005; Engstrup, 1968; Fasmer, Tschudi Madsen, Kordt, & Svenke, 1949; T. F. Guldbrandsen, 2002; Lyngvi, 2000). Laksevåg ble også bombet 12. januar 1945 (Dahl & Hagen, 1995; Fasmer, Tschudi Madsen, Kordt, & Svenke, 1949; Greve, 1979; T. F. Guldbrandsen, 2002; Lyngvi, 2000). Her gikk ingen norske liv tapt (Greve, 1979).

Barna som var evakuert etter ulykken 4.oktober 1944, forteller at de engstet seg for familien som var igjen i og omkring Laksevåg. Når de hørte flydur, var de redde for at Laksevåg på ny skulle bombes, og at foreldrene skulle rammes. Bombeangrepene over Laksevåg 29.oktober 1944 og 12. januar 1945 holdt redselen ved like.

2.4 Andre eksempler på krigsrelaterte belastninger barn i Norge var utsatt for

I Sør-Varanger, spesielt i Kirkenes, var sivilbefolkningen utsatt for massiv bombing. Kirkenes skal ha vært det stedet i Europa under den Den andre verdenskrig som, nest etter Malta, opplevde flest bombeangrep (Andersen, 2007; Backer, Danielsen, & Waage, 1946; Hauglid, Jensen, & Westrheim, 1985; Westrheim, 1978). Byen ble bombet 328 ganger og flyalarm ble utløst 1012 ganger (Gamst, 1984; Hauglid, Jensen, & Westrheim, 1985; Skodvin, 1987). I likhet med de såkalte "huleboerne", ble Kirkenes' befolkning evakuert under krigen. Den siste måneden før russisk befrielse i slutten av oktober 1944, levde sivilbefolkningen (ca 3.500 – 4.000 voksne og barn) i gruvegangene i Bjørnevatn under stor fare. Utenfor raste krigen mellom flere hundre tusen tyske og russiske soldater (Eitinger, Vold, & Weisæth, 1995; Hauglid, Jensen, & Westrheim, 1985; Westrheim, 1978). På skinnegangen som førte inn i tunnelen, hadde tyske soldater plassert en jernbanevogn med 16 tonn dynamitt som de truet med å benytte til å sprengte tunnelen (Andersen, 2007; Nøkleby & Hjeltne, 2000). Fire personer døde og 10 barn ble født i tunnelen (Andersen, 2007; Nøkleby & Hjeltne, 2000; Skodvin, 1987; Westrheim, 1978).

I forbindelse med tvangsevakueringen i Finnmark og Nord-Troms, var mange barn på flukt. Også andre grupper barn og ungdom opplevde dette. Som eksempel kan nevnes jødiske barn som var med på svært farefylte ferder for å unnsnippe tyskerne. Også norske barn opplevde farlige reiser på vei til allierte områder, med eller uten foreldrene (Nøkleby & Hjeltne, 2000).

Også til vanns forekom traumatiske hendelser. Norske skip i kystfarten ble viktige krigsmål for de allierte da store deler av hjemmeflåten ble benyttet til å frakte tyske soldater og krigsmateriell. Under krigen totalforliste 172 skip i hjemmeflåten. De fleste ble senket av allierte ubåter, fly og motortorpedobåter (MTB). I tillegg kom forlis pga miner. I alt mistet 1029 nordmenn livet i krigsforlis. Av disse var ca 65 under 18 år.

Det hendte også at passasjerbåter i ren norsk trafikk ble angrepet, og ofte omkom flere medlemmer av samme familie. Blant besetningen kunne man finne ungdom (både gutter og jenter) ned til 15 år. Eksempler på forlis der sivile omkom:

- Hurtigruten D/S Prinsesse Ragnhild: 23/10 1940 utenfor Bodø
- Ruteskipet D/S Barøy (gikk som erstatningsskip for Hurtigruten): 12/09 1941 i Vestfjorden
- Hurtigruteskipet D/S Richard With: 13/09 1941 på vei fra Honningsvåg til Hammerfest
- Hurtigruteskipet D/S Vesterålen: 17/10 1941 utenfor Øksfjord
- Motorkutteren Uløy: 07/07 1944 ved Vardø

I boken "Barn under krigen" beskrives traumatiske forhold ved forlisene; De som befant seg under dekk hadde liten sjanse til å komme seg ut. De som befant seg på dekk, hadde små sjanser i den kalde sjøen (Nøkleby & Hjeltne, 2000).

Også skip i handelsflåten ble utsatt for torpederinger, de ble minesprengt, beskyttet og bombet. Tidlig i krigen befant trolig ca 4000 ungdommer (fra 14 år og oppover) seg om bord i ulike fartøyer i handelsflåten. I løpet av krigen døde 80 av dem i forbindelse med ulykker (Nøkleby & Hjeltne, 2000).

Under krigen forekom det også terrorhandlinger. En hendelse som eksemplifiserer dette er da tyske ubåter 6.mai 1945 angrep en norsk vaktstyrke ved Hopseidet. Her mishandlet og drepte de 6 menn (Hauglid, Jensen, & Westrheim, 1985; Sandvik, 1975; Skodvin, 1987). Etter dette ble en kvinne hvis mann og sønn var drept i angrepet, voldtatt i sitt hjem mens hennes 9 barn var vitner til hendelsen (Hauglid, Jensen, & Westrheim, 1985; Skodvin, 1987). I litteraturen beskrives også voldtekter i andre sammenhenger (Andersen, 2007; Finne, 2005; Karl Hansen, 1945; Nielsen, 1996).

Barn var vitne til flere alvorlige episoder. Tidligere i rapporten er omfattende dyreplageri og vold mot serbiske og russiske krigsfanger i Finnmark nevnt. Dette foregikk også i andre deler av landet.

Til sist nevnes enkelte stigmatiserte grupper. Barn av NS-medlemmer kunne oppleve utestengning, kraftig mobbing og vold. På skolen kunne lærerne overse dem. Barna ble sett på som landsforrædere. Også barn med norsk mor og tysk far, ble utsatt for overgrep og mishandling (Nøkleby & Hjeltne, 2000).

Barn som hadde foreldre i fangenskap eller i alliert innsats (som krigsseilere), var også belastet. Ihht mandatet, beskrives ikke deres situasjon nærmere i rapporten.

2.5 Oppsummering

2.5.1 Evakueringen i Finnmark og huleboertilværelsen

Potensielt traumatiserende hendelser

Barn i Finnmark var utsatt for en rekke hendelser under krigen som på ulik måte kan ha vært svært belastende. Ettersom familiene motsatte seg tvangsevakuering og dette har blitt regnet som motstandsarbeid, ble trusselen mot barn sannsynligvis sterkere enn ved forfølgelsen som familiene til deltakere i hjemmefronten ellers ble utsatt for. Mange av barna var seg bevisst at de deltok i sivil motstand med de farer det medførte. Nedenfor er det oppsummert hendelser som etter dagens forståelse kan ha vært traumatiserende for barn, og som barn i ulik grad kan ha vært utsatt for i Finnmark under krigen:

I særlig grad vil hendelser med følgende karakteristika være potensielt traumatiserende:

- Akutte hendelser der barn var i livsfare eller ble skadet, eller der barn opplevde at andre ble skadet eller døde.
Slike situasjoner oppsto blant annet ved:
 - Flukten fra hjemmet til skjulestedet (til hulene)
 - Under redningsaksjoner (til Øst-Finnmark, Skottland)
 - Under krigshandlinger som bombing, skuddveksling, der foreldre ble tatt til fange
 - Der barn var vitne til mishandling av fanger (bl.a. russiske fanger) og voldtekter
- Trusler (å leve i livsfare)
 - I ulik grad opplevde barn trusler fra tyske soldater direkte - og indirekte via beskjeder fra okkupasjonsmakten. Mange barn oppfattet den kontinuerlige frykten dette medførte, bl.a. frykten for å bli oppdaget og straffet.

Ulike potensielt traumatiserende hendelser kan ha medført sterke angstreaksjoner. Det er i ulik grad beskrevet opplevelser der barn var svært redde og preget av overveldende hjelpsløshet. Barn som kom bort fra sine foreldre kan ha fått forsterkede reaksjoner.

Tilleggsbelastninger knyttet til hendelsene

Nedenfor oppsummeres tilleggsbelastninger som er knyttet til potensielt traumatiserende hendelser og som i stor grad kan ha hatt betydning for utvikling og opprettholdelse av posttraumatiske symptomer og andre psykiske reaksjoner hos barn:

- Tap av omsorgspersoner/atskillelse fra disse
- Tap av søsken og/eller venner
- Sykdom (som difteri, tyfus og tuberkulose)
- Vitne til andres død/skade/sykdom (som difteri/tyfus og tuberkulose)
- Nedbrenning av hjem, skoler og andre bygninger
- Mangel på mat, klær og medisiner
- Påkjenning ved å ha fått hjemmet ødelagt. Gjenoppbyggingen tok lang tid. Det er naturlig å tenke at tilhelingsprosessen kan ha blitt påvirket av dette.

Multiple hendelser

Mange barn kan ha vært utsatt for flere potensielt traumatiserende hendelser med direkte eksponering for akutte hendelser, vitneopplevelser og sekundære belastninger. Grupper av barn som var i dekning i lengre perioder og som siden var utsatt for farefulle redningsaksjoner var spesielt utsatt.

2.5.2 Bombingen i Laksevåg/Holen skole

Potensielt traumatiserende hendelser

Alle barn som oppholdt seg på Holen skole eller i andre områder som ble bombet, var i livsfare, og dermed utsatt for en potensielt traumatiserende hendelse.

Av de barna som var direkte utsatt for bombingen og overlevde, var følgende grupper spesielt utsatt:

- barn som ble skadet
- barn som opplevde at andre ble skadet eller døde
- barn som selv var begravd av sammenraste bygninger

Barn som oppholdt seg i området, men ikke ble direkte rammet av bombingen kan ha hatt sterke vitneopplevelser knyttet til:

- barn som opplevde bombingen og så skolebygninger rase sammen
- barn som så at hjemmet ble bombet

Det er beskrevet at barna hadde sterke angstreaksjoner og var redde for å dø. Det er beskrevet opplevelser preget av overveldende hjelpsløshet og desperasjon i de sammenraste

bomberommene. Opplevelsene har sannsynligvis blitt forsterket ved at barna ikke var sammen med foreldrene sine i denne situasjonen.

Tilleggsbelastninger knyttet til hendelsene

Bombingen førte til tap av menneskeliv og den førte til store materielle ødeleggelser.

Følgende forhold representerte for mange barn betydelige tilleggsbelastninger:

- Tap av foreldre, søsken, andre nære familiemedlemmer, venner eller omsorgspersoner.
- Ødelagte hjem og tap av eiendeler.
- Evakuering av barn etter bombingen: atskillelse fra foreldrene, tilpasning til ny omsorgssituasjon og utrygghet for foreldre som ble igjen i området som var blitt bombet.
- Hjemstedet var bombet og i stor grad ødelagt.

I tiden som fulgte etter hendelsene kan flere forhold ha virket negativt inn på tilhelingsprosessen:

- Barn fikk i liten grad hjelp til å snakke om det som hadde skjedd. Dels kan dette skyldes den tids oppfattelse av at slik tilnærming ikke var til hjelp, men i stor grad var reaksjonene preget av at angrepet var fra allierte land og konsekvenser av angrepet skulle dysses ned.
- Sterke ”påminnere” om det som hadde skjedd var nye bombeangrep mot Laksevåg 29. oktober 1944 og 12. januar 1945. Slike hendelser kan vekke sterke gjenopplevelsesreaksjoner hos tidligere utsatte og opprettholde og forsterke andre psykiske symptomer.

3.0 Forskningsstatus om barns psykiske reaksjoner på traumatiske hendelser

3.1 Et historisk tilbakeblikk

Leonore Terr's studier i 1980-årene (Terr, 1981, 1983) markerer starten på den systematiske forskningen som har gitt ny forståelse av barns og ungdoms reaksjoner på traumatiske hendelser. Terr beskrev reaksjonene til en gruppe barn som hadde opplevd en alvorlig bortføring. At en traumatisk hendelse kunne ha slik innvirkning på friske barn som det Terr beskrev, ble møtt med vantrø og skepsis i fagmiljøene. Oppfatningen som preget fagfeltet på den tiden, var at barn er svært motstandsdyktige og i liten grad påvirkes selv av de verste traumatiske hendelser – og at eventuelle reaksjoner vil være av kort varighet (Garmezy & Rutter, 1985; Yule, 1998). Selv om kunnskapen om voksnes psykiske reaksjoner på traumatiske hendelser var kjent og allerede inkludert i diagnostiske retningslinjer i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) hadde fagmiljøene vanskelig for å akseptere at traumatiske hendelser kan prege barn i lange perioder og noen ganger langt inn i voksen alder. Dette til tross for at mange nedtegnelser var blitt gjort blant annet om potensielt traumatiserende hendelser barn ble utsatt for under Den andre verdenskrig, samt mishandling og overgrep av barn.

Langmeier and Matejcek (1973) har beskrevet utviklingen av fagfeltets forståelse av traumer hos barn fra slutten av 1800-tallet og frem til nyere forskning. På slutten av det 1800-tallet og frem til rundt 1930 ble det nedtegnet mange beskrivelser av forholdene for barn i barnehjem og andre institusjoner hvor foreldreløse eller forlatte barn ble plassert. Det var høy dødelighet og barnas fysiske og psykiske utvikling var forsinket som resultat av lite tilfredsstillende oppvekstvilkår. Selv om barna ofte hadde opplevd å miste foreldrene sine, var det ikke satt fokus på tap eller sorg, og andre traumatiske opplevelser eller psykiske reaksjoner ble ikke nevnt. Hjelpen barna fikk var fokusert rundt hygiene og fysiske forhold i institusjonen. I 1930 og 1940-årene var et stort antall barn på flukt i Europa. Mange hadde opplevd å miste foreldre eller andre familiemedlemmer, hus og hjem ble tatt fra dem, de opplevde fangenskap, var vitne til grufulle krigshandlinger og mange sultet i lang tid. Krigshandlingene hadde lagt hele samfunn i grus og det var stor mangel på adekvat husly. I tillegg var den sosiale strukturen mange steder ødelagt, det var mangel på skoler, barn var blitt atskilt fra foreldre, og mange familier gikk i oppløsning. Mange av observasjonene som ble

nedtegnet viser at fagpersoner og andre vurderte situasjonen som svært bekymringsfull med betydelig risiko for at barn kunne utvikle alvorlige psykiske reaksjoner. Utover på 1950-tallet fokuserte man på at barn reagerer ulikt på hendelser. Det ble lagt mer vekt på predisponerende faktorer, forebygging og reparasjon.

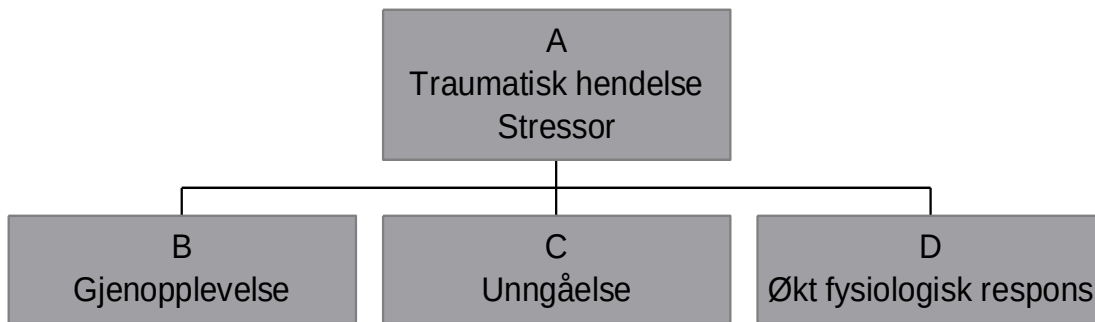
3.2 Nyere forskning om barn og ungdoms psykiske reaksjoner på traumatiske hendelser

I løpet av de siste 20 – 30 årene er det publisert en lang rekke studier som beskriver posttraumatiske stressreaksjoner hos barn og ungdom utsatt for ulike potensielt traumatiserende hendelser. Denne forskningen har gitt innsikt i hva slags type hendelser som kan være traumatiske for barn og hvilke forhold som kan virke inn på symptomutvikling og tilheling.

3.2.1 Posttraumatisk stressforstyrrelse – diagnosen PTSD

I all hovedsak benytter dagens forskning kriteriene for posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) slik den defineres i The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-systemet (2000; American Psychiatric Association, 1980; , 1987; , 1994). I dette systemet er kravene til diagnose mer spesifikke og uttalte enn i diagnosesystemet The International Classification of Mental and Behavioral Disorders, ICD-10 (World Health Organization, 1992a, 1992b) som benyttes i Norge. Nedenfor gis en kortfattet gjennomgang de diagnostiske retningslinjene i DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Deretter redegjøres for ulikheter mellom DSM-IV og ICD-10 som er av betydning for denne utredningen.

PTSD består av tre symptomklustre som utvikles i etterkant av eksponering for en traumatisk stressor (kriterie A): gjenopplevelse (kriterie B), unngåelse og følelsesmessig nummenhet (kriterie C) og økt fysiologisk respons (kriterie D).



Figur 1

PTSD-kriteriene A-D

Traumatisk stressor – kriterie A

I retningslinjene for PTSD i DSM IV (American Psychiatric Association, 1994), listes en rekke hendelser som potensielle stressorer, se tabell 1. For å kunne vurdere om hendelsen er en såkalt stressor i diagnostisk sammenheng, må de objektive aspektene ved selve hendelsen vurderes (kriterie A1) sammen med de subjektive reaksjonene (kriterie A2).

Kriterie A1 er karakterisert ved livsfare eller trussel om alvorlig fysisk skade med elementer av grufullhet eller skrekk. Det markeres derfor en viktig avgrensning i forhold til hendelser som f.eks. forventet død av nærtstående person. Eksponeringen til stressor kan innbefatte å bli utsatt for en hendelse som er livstruende eller som kan forårsake alvorlig fysisk skade. Opplevelsen kan være en direkte eksponering (selvopplevd) eller en indirekte eksponering (vitneopplevelse) eller til og med å bli konfrontert med uventet eller voldelig død av familiemedlem eller annen nærtstående person. I DSM IV stadfestes at for barn skal også seksuelle overgrep telles med uten at det er krav til bruk av trusler, vold eller skade.

Kriterie A2 beskriver den *umiddelbare* reaksjon av overraskelse, skrekk og/eller hjelpsløshet. Barn kan istedenfor reagere med disorganisert eller forstyrret atferd.

Tabell 1

Aktuelle hendelser som kan være traumatiserende (DSM-IV)

Offer	Vitne	Andres opplevelse
Direkte eksponert for:	Vitne til hendelse:	Andres opplevelser
1) militær kamphandling	1) Observasjon av alvorlig skade eller unaturlig død	(opplevd av familie-medlem eller nær venn):
2) personlig angrepet/overgrep	etter:	a) alvorlig vold/overgrep
a) seksuelt misbruk	a) vold	b) alvorlig ulykke
b) fysisk overgrep	b) ulykke	c) alvorlig skade
c) ran	c) krig	
d) overfall	d) katastrofe	
3) kidnapping	2) uventet vitne til dødt legeme eller legemsdeler.	
4) gisseltaking		
5) terroristangrep		
6) tortur		
7) fangenskap (konsentrasjonsleir)		
8) katastrofer		
9) ulykker		
10) livstruende sykdom.		

Gjenopplevelse – kriterie B

Karakteristisk for PTSD er vedvarende symptomer på gjenopplevelse av hendelsen (kriterie B). Ubehagelige, gjentatte og invaderende gjenopplevelser innbefatter bilder, tanker og minner som trenger seg på enten i våken tilstand eller i drømmer. Barn kan uttrykke gjenopplevelse gjennom repeterende lek som inkluderer elementer fra hendelsen. Hos barn kan også gjenopplevelse skje i form av skremmende drømmer uten gjenkjennbare elementer fra hendelsen. Ett eller flere symptomer på gjenopplevelse må være tilstede for at kriterie B skal være oppfylt.

Unngåelse eller følelsesmessig nummenhet – kriterie C

Det er syv ulike symptomer som beskriver gjennomgående unngåelse av stimuli assosiert med hendelsen og følelsesmessig nummenhet (eller redusert respons). Det å unngå hendelsen kan skje på et indre plan ved at man unngår å ta frem hendelsen i samtaler eller i tanker. Det samme kan skje på det ytre plan; man unngår å gjøre aktiviteter eller unngår steder som kan få en til å tenke på det som skjedde.

Følelsesmessig nummenhet handler om at en kan oppleve emosjonelle forandringer. Fenomenet beskrives som ufrivillig endret interesse for aktiviteter, redusert emosjonelt engasjement, følelse av å være fremmedgjort i forhold til andre mennesker og et innskrenket følelsesliv. Tre eller flere symptomer må være tilstede for at kriterie C skal være oppfylt.

Økt fysiologisk respons – kriterie D

Økt fysiologisk respons er karakterisert ved fem symptomer som er nært knyttet til autonome reaksjoner i nervesystemet. Disse beskrives som vansker med å sovne og hyppige oppvåkninger, redusert terskel for sinneutbrudd og vansker med å samle tankene. Sansene er i høyere beredskap enn ellers, og man reagerer på lavere stimuli enn ellers, f.eks. kan et smell i en dør vekke sterke reaksjoner. To eller flere symptomer må være tilstede for at kriterie D skal være oppfylt.

Varighet av symptomer (kriterie E) og funksjonssvikt (kriterie F)

Hele symptombildet må være tilstede i minst en måned (kriterie E), og lidelsen må ha medført vesentlig ubehag eller funksjonssvikt slik som sosiale vansker, sykefravær eller vansker med skolearbeid (kriterie F).

Diagnostisering av PTSD vil i hvert enkelt tilfelle avhenge av om alle kriteriene som er angitt i diagnosesystemet er tilstede.

PTSD-diagnosen i DSM-IV kontra ICD-10

I 1980 ble posttraumatisk stressforstyrrelse introdusert i det amerikanske diagnosesystemet, DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), og diagnosen ble gjort gjeldende for barn i 1987 i DSM-IV (American Psychiatric Association, 1987). I Norge benyttes diagnosesystemet The International Classification of Mental and Behavioral Disorders, ICD-10 (World Health Organization, 1992a, 1992b). I begge systemene er PTSD-diagnosen basert på at symptomer oppstår etter eksponering for alvorlige hendelser, men kravene til stressor og spesifikke symptomer er noe ulike (Andrews & Slade, 2002; Brewin, Andrews, & Rose, 2000; López-Ibor, 2002). I ICD-10 beskrives stressoren (kriterie A1) som en belastende hendelse eller situasjon av usedvanlig eller katastrofal art, som sannsynligvis vil forårsake omfattende og sterkt ubehagelige reaksjoner hos de fleste. I DSM-IV kreves i tillegg at vedkommende skal ha opplevd frykt, hjelpsløshet eller skrekk i møte med den traumatiske

hendelsen, dvs. subjektive reaksjoner knyttet til hendelsen. En ytterligere forskjell mellom de to diagnosesystemene, er at man ihht kriteriene i DSM-IV også kan få PTSD etter indirekte eksponering (vitne til eller konfrontert med en hendelse). I DSM-IV (1994) er alle symptomkriteriene (B, C og D) beskrevet i detalj mens i ICD-10 (1992a; , 1992b) er ikke enkeltsymptomer beskrevet spesifikt (Eid & Herlofsen, 2004), se tabell 2.

Tabell 2. Sammenligning av kriterier for PTSD-diagnostikk i ICD10-DCR og DSM-IV.			
A	Ekspontert for en usedvanlig truende eller katastrofal stressor som hos nesten enhver ville forårsake omfattende og sterkt ubehagelige reaksjoner.	A1	Direkte eller indirekte eksponert for stressor
		A2	Emosjonell reaksjon på stressor
B	Vedvarende gjenoppleving av stressor i form av enten: «flashbacks», påtrengende minner eller drømmer, samt opplevelse av ubehag når minnet på stressor		Krever en eller flere av følgende:
		B1	Påtrengende minner
		B2	Ubeneagelige drømmer
		B3	Opplevelse av at hendelsen gjentar seg
		B4	Psykologisk ubehag når eksponert for forhold som minner om stressor
		B5	Fysiologisk aktivering når eksponert for påminnelser om stressor
C	Krever ett symptom på faktisk eller ønsket unngåelse av stressor		Krever tre eller flere av følgende:
		C1	Unngår tanker, følelser eller samtale om stressor
		C2	Unngår aktiviteter, steder eller folk forbundet med stressor
		C3	Problemer med å huske stressor
		C4	Redusert interesse for essensielle aktiviteter
		C5	Fremmedgjøring fra andre
		C6	Begrenset følelsesliv
		C7	Redusert fremtidstro
	Enten D1 eller D2		To eller flere av:
D1	Umulig å gjenkalle hendelsen	D1	Søvnproblemer
D2	To eller flere av følgende:	D2	Irritabilitet
	A. Søvnvansker	D3	Konsentrasjonsvansker
	B. Irritabilitet	D4	Overdreven vaksomhet
	C. Konsentrasjonsvansker	D5	Økt skvettenhet
	D. Overdreven vaksomhet		
	E. Økt skvettenhet		
E	Symptomer innen 6 mnd. etter eksponering for stressor	E	Varighet av symptomer > 1 mnd.
		F	Vesentlig ubehag eller funksjonssvikt

Tabell 2

Tabellen er hentet fra Eid, J. og Herlofsen, P.H., Posttraumatisk stressforstyrrelse i DSM- og ICD-systemene: Implikasjon for forskning og behandling. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 2004,41, 620-627.

Da WHO i 1992 besluttet å innføre PTSD-diagnosen i ICD-10, var dette et tiltak for å etablere en mer enhetlig diagnostisk praksis internasjonalt (Malt, Schnyder, & Weisæth, 1996). I Europa hadde i lang tid uoffisielle diagnoser som "KZ-syndromet", "krisseillersyndromet" og

”posttraumatisk nevrose” (Eitinger & Strøm, 1973) vært i bruk, og i USA ble PTSD-diagnosen innført i 1980 etter at mange amerikanske soldatene hadde pådratt seg psykiske lidelser under Vietnamkrigen. Den ulikheten som fortsatt finnes mellom de to systemene kan imidlertid føre til manglende samsvar i diagnostisk praksis internasjonalt, og studier har vist at flere får PTSD diagnosen ifølge ICD-10 kriteriene enn ifølge DSM-IV (Andrews, Slade, & Peters, 1999; Peters, Slade, & Andrews, 1999).

PTSD og andre psykiske lidelser kan i mange tilfeller gi rett til erstatning eller pensjon. I tillegg til den medisinske diagnosen kan det da foreligge andre krav til hendelsen enn dem som er beskrevet ovenfor. I norsk lov om krigspensjonsjonering for hjemmestyrker og sivilpersoner, er både type hendelser og situasjoner som gir rett til slike ytelser beskrevet (Lov om krigspensjonering for hjemmestyrkepersonell og sivilpersoner, 13.12.46 nr 22). I hovedsak ser det ut til at type hendelser og situasjoner som beskrives i denne loven er i overensstemmelse med ICD-10's beskrivelse av stressorer (for eksempel nevnes naturkatastrofer eller menneskeskapte katastrofer, krigshandlinger, alvorlige ulykker, møte med andre personers voldelige død, selv å bli utsatt for tortur, terrorisme, voldtekt eller andre kriminelle handlinger).

3.2.2 PTSD hos barn og ungdom

Siden posttraumatisk stressforstyrrelse første gang ble beskrevet hos barn for over 25 års siden (Terr, 1981, 1983) har en rekke studier vist at barn kan utvikle tilstanden etter mange ulike typer stressorer som overgrep (Ackerman, Newton, McPherson, Jones, & Dykman, 1998; J. B. Kaplow, Dodge, Amaya-Jackson, & Saxe, 2005), vold (Kilpatrick et al., 2003), kronisk sykdom (Connolly, McClowry, Hayman, Mahony, & Artman, 2004), ulykker (Kassam-Adams & Winston, 2004; Saxe et al., 2005; Stallard, Velleman, & Baldwin, 1998; Zatzick et al., 2006), krigsopplevelser (Ajdukovic, 1998) og katastrofer (Goenjian et al., 2001; R. S. Pynoos et al., 1993).

Mange forskere har vist til at posttraumatiske stresssymptomer kan arte seg forskjellig for barn i forhold til voksne. Da kriteriene i disse systemene i utgangspunktet ble utviklet for voksne, kan de være mindre egnet til å beskrive barns reaksjoner på traumatiske opplevelser (Scheeringa, Zeanah, Drell, & Larrieu, 1995). For yngre barn som ennå ikke har fullt utviklede språkevner, er det spesielt vanskelig å vurdere enkelte av kriteriene. DSM-IV har gjort noen tilpasninger i forhold til barn (stressorkriteriet og kriterie B), men likevel har forskere vist at barn som har opplevd alvorlige traumatiske hendelser og utvikler alvorlige symptomer i etterkant, ikke blir diagnostisert med PTSD fordi de spesifikke kravene ikke er

tilfredsstilt (Carrion, Weems, Ray, & Reiss, 2002). I faglitteraturen blir det derfor stadig diskutert om de diagnostiske retningslinjer ikke fanger opp barn som lider av posttraumatiske symptomer og at diagnosen bør tilpasses ytterligere (Scheeringa, Zeanah, Myers, & Putnam, 2003).

Komorbiditet/andre traumerelaterte symptomer

Barn og ungdom som får PTSD har ofte tilleggssymptomer av psykiatrisk eller psykosomatisk art. Som for voksne, er PTSD hos barn en tilstand med høy komorbiditet, og er svært ofte assosiert med andre angst- og depressive tilstander (Ackerman, Newton, McPherson, Jones, & Dykman, 1998; Famularo, Fenton, Kinscherff, & Augustyn, 1996; Goenjian et al., 2001; Lipschitz, Winegar, Hartnick, Foote, & Southwick, 1999), men også med hyperkinetisk atferdsforstyrrelse (ADHD), fobier og tvangslidelser (Carrion, Weems, Ray, & Reiss, 2002). I tillegg er det vist at barn med PTSD har økt grad av ulike typer atferdsvansker (Saigh, Yasik, Oberfield, Halamandaris, & McHugh, 2002). I en metaanalyse av 36 studier identifiserte Fletcher følgende PTSD-relaterte symptomer: dissosiative symptomer, skyld, generalisert angst, lav selvtilit, "omen-formation" (magisk tenkning), depresjon og separasjonsangst (K. E. Fletcher, 1996).

Aldersvariasjon

Studiene som foreligger per i dag viser ikke entydige funn i forhold til alder. Noen rapporterer at yngre barn (2-6 år) har mer symptomer (Green et al., 1991), mens andre rapporterer at eldre barn får mer symptomer (Lonigan, Shannon, Finch, Daugherty, & Taylor, 1991). I Fletcher's metanalyse (1996) var det liten variasjon i nivå av PTSD mellom ulike aldersgrupper; 39% av førskolebarna, 33% av skolebarna (6-12 år) and 27% av tenåringer (over 12 år) ble diagnostisert med PTSD (K. E. Fletcher, 1996).

Barn på forskjellige utviklingstrinn kan imidlertid oppleve og uttrykke posttraumatisk stress ulikt. Hos yngre barn vil regressiv og avhengig atferd kunne dominere symptombildet (J.B. Kaplow, Saxe, Putnam, Pynoos, & Lieberman, 2006), mens ungdommer vil ha en annen kognitiv forståelse og et mer modent affektivt uttrykk ofte preget av angst og depressive reaksjoner (Saylor, Belter, & Stokes, 1997). Ungdommers atferd vil i stor grad være kjennetegnet ved sosial tilbaketrekning, sinne og irritabilitet. Risikoatferd er også vanlig hos ungdom som forsøk på å distrahere seg fra angst og påtrengende minner (A. Dyregrov, Matthiesen, Kristoffersen, & Mitchell, 1994).

Ovennevnte aldersvariasjoner kan blant annet skyldes at måten en traumatisk hendelse blir forstått og opplevelsene senere bearbeidet, avhenger av barnets utviklingsnivå (Evensen, 2006). Prosessering av informasjon står i samsvar med kognitivt utviklingstrinn; verbalt og hukommelsesmessig, i tillegg til mengden av kunnskap om verden som barnet besitter. Barnets alder vil derfor avgjøre hvordan den traumatiske hendelsen innkodes, vurderes og representeres i hukommelsen. Dess yngre barnet er, dess mer vil gjenopplevelsessymptomene være begrenset til ett bestemt hukommelsesbilde, en lyd eller lukt, gjerne fra øyeblikket der angsten var sterkest (R. S. Pynoos, 1994). Fletcher (2003) påpeker at barn til forskjell fra voksne, kan ha større vanskeligheter med å forstå symptomer på gjenopplevelse og dermed oppleve økt angst når de blir minnet om hendelsen. Eldre barn vil i større grad kunne bearbeide opplevelser og reaksjoner gjennom samtaler med andre. Dette kan gjøre minnene mindre overveldende og åpne opp for integrering av den traumatiske informasjonen med annen selvbiografisk hukommelse (Ehlers & Clark, 2000). Språklig kompetanse vil derfor også ha innvirkning på senere bearbeiding av hendelsen. Barn i eldre skolealder og ungdommer vil søke informasjon om det som har skjedd. Hvorfor det skjedde og hvorfor akkurat en selv, eller andre ble rammet, er spørsmål som en må finne svar på for å skape mening i det en har opplevd (A. Dyregrov, 2000).

Andre faktorer av betydning for utvikling av PTSD

Utvikling av PTSD etter traumatiske hendelser avhenger av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Sårbarhetsfaktorer gjør barnet mer utsatt for å utvikle PTSD (Foy, Madvig, Pynoos, & Camilleri, 1996) i motsetning til beskyttende faktorer. I studier av PTSD hos barn er alder, kjønn, sosioøkonomiske forhold i familien, tidligere psykisk sykdom, tidligere belastende livshendelser og tidligere traumatiske hendelser studert i forhold til hva som har betydning for hvem som utvikler PTSD.

Resultatene er som nevnet inkonklusive ifht alder. Mange studier rapporterer at jenter har høyere nivå av PTSD reaksjoner enn gutter, men få av disse studiene kontrollerer for at eksponering som oftest også er høyest hos jenter (Foy, Madvig, Pynoos, & Camilleri, 1996). Hendelser som tidligere har medført belastninger eller posttraumatisk stress for barnet, dvs. livshendelser eller tidligere opplevde traumatiske hendelser, har vist seg å ha betydning. Gjentatte belastende livshendelser eller traumatiske opplevelser kan resultere i øket risiko for PTSD og relaterte lidelser. Denne sammenhengen er vist for både gjentatte voldsopplevelser (Kilpatrick et al., 2003), overgrep og omsorgssvikt i barndommen (Dube, Felitti, Dong, Giles & Anda, 2003). Individuelle forhold ved barnet som tidlig tilknytning, intelligens, mestring

og kompetanse, sosiale ferdigheter, opplevelse av sammenheng, familieforhold og kvaliteten på barnets nære relasjoner (Heyerdal, 2001) ha betydning for hvordan barnet opplever og mestrer traumatiske hendelser.

3.2.3. Posttraumatiske reaksjoner hos barn og ungdom etter krigsrelaterte hendelser

Studier viser at det er stor variasjon i forekomst av PTSD etter ulike typer traumatiske hendelser. Faktorer som kan forklare denne ulikheten er alvorlighetsgrad og varighet av den traumatiske hendelsen og tiden som er gått siden hendelsen skjedde. I Fletcher 's metaanalyse (se ovenfor) (1996) av 2697 barn ble det konkludert med at 36 % av barna hadde PTSD etter DSM-IV kriteriene. Med andre ord vil i gjennomsnitt omtrent 1/3 – del av barna som utsettes for en potensielt traumatiserende hendelse utvikle PTSD for en kortere eller lengre periode.

Mens noen studier viser lav forekomst av PTSD etter potensielt traumatiserende hendelser som enkelte naturkatastrofer, viser andre studier svært høy andel av barn som utvikler tilstanden. For eksempel er det blitt påvist i noen kliniske utvalg at alle de undersøkte barna som hadde vært vitne til voldtekt av mor eller drap av foreldre hadde PTSD (Malmquist, 1986; R. S. Pynoos & Nader, 1989; Schwartz & Kowalski, 1991). Det er derfor svært viktig å knytte estimer av forventet PTSD-forekomst til den type hendelser det søkes kunnskap om. I arbeidet med denne rapporten ble det derfor gjennomført et systematisk litteratursøk for å finne studier som belyser barns posttraumatiske stressreaksjoner etter krigshendelser. Artikkelsøk etter kvantitative og kvalitative empiriske studier ble gjort i relevante databaser for faglitteratur, i hovedsak gjennom Pub Med, Embase og Psych Infos søkemotorer. Studier på andre språk enn engelsk, norsk, dansk og svensk ble ikke vurdert. En overordnet målsetting var å finne studier om barns reaksjoner på bombing under krig (med tanke på bombeangrepet på Holen skole), i populasjoner som er mest mulig sammenlignbare i forhold til oppvekstvilkår og sosiale forhold i etterkant (f. eks. studier fra England). Det er derfor ikke inkludert studier av barnepopulasjoner som har oppholdt seg i flyktningeleire over lang tid, eller som har opplevd tvungen migrasjon i moderne tid. Søket ble utført etter følgende kriterier:

- I) Traumeeksponering: Bombetraume.
- II) Utvalgets størrelse: Minimum 50.
- III) Utvalgets aldersspekter: Barn fra 0-18 år.
- IV) Tilnærmet balansert kjønnsfordeling.
- V) Målingstidspunkt: inntil 1 år etter traumet.

I hovedsak er det funnet studier fra grupper av barn i skolealder utsatt for bombing eller rakettangrep. Litteratursøk er utført av stud.med. Elisabeth Wigaard. Vi vil i det følgende gi en gjennomgang av de aktuelle studiene.

Tabell 2

Inkluderte studier av posttraumatiske stressreaksjoner hos barn og ungdom utsatt for bombe- eller rakettangrep

Litteratur/ Studie	Lokalisering	Utvalg	Alder	Målingstidspunkt
Freud & Burlingham (1943)	London, Den andre verdenskrig	Ukjent	>3 år (hovedsakl)	Under krigen
Ziv & Israeli (1973)	Grensen mellom Jordan og Israel.	193	Gj.snittl. 10 år.	Under angrep
Weisenberg, Schwarzwald, Waysman, Solomon, Klingman (1993)	Den persiske Golf -krigen.	492	5th, 7th & 10th grade.	3 uker etter krigen
Schwarzwald, Weisenberg, Waysman, Solomon & Klingman (1994)	Den persiske Golf -krigen.	492	11 -16 år	1. måned etter krigens slutt.
Schwarzwald, Weisenberg, Solomon & Waysman (1994)	Israel, den persiske Golf-krigen.	326	11-16 år.	1 år etter krigens slutt.
Miljevic-Ridjicki, Lugomer-Armano (1994)	Zagreb	98	3-6 år	Februar 1992, under krigen.

Schwarzwald, Weisenberg, Solomon, Waysman. (1997)	Israel, den persiske golf-krigen	492	11- 16 år	Ved krigens slutt, innsamling over 1 uke.
Klingman (2001)	Israel, nordre grense	604	7th- 11th grade.	Under et 17-dagers angrep, ca. 1 uke etter oppstart.
Dyregrov, Gjestad & Raundalen (2002)	Bagdad og Basra, Irak	94	6-18 år.	6. mnd, 1år (og 2 år*) etter krigen.
Thabet, Abed & Vostanis (2002)	Gazastripen	180	9-18 år.	Under konflikten.
Quata, Punamaki & El Sarraj (2003)	Sør på Gaza-stripen	121	6-16 år	Ca. 4-5 mnd. etter bombing.

Tidlige studier

Freud og Burlingham (1943) var blant de første forfatterne som beskrev barns reaksjoner på krig. De observerte et ukjent antall barn i ulike alder som enten hadde vært utsatt for bombeangrep eller blitt evakuert bort fra de krigsrammede områdene i England under Den andre verdenskrig. De evakuerte barna var separert fra foreldrene en lengre periode. I det følgende refereres hovedfunn fra deres og andre samtidige forskeres studier av reaksjoner hos barn utsatt for bombeangrep og evakuering.

I undersøkelsene fant man symptomer både hos barn som hadde opplevd bombing og de evakuerte. Forfatterne rapporterer imidlertid noe ulike symptombilder og forekomst av symptomatologi i ulike studier. De har også ulike oppfattelse av ulike stressorer alvorlighetsgrad samt årsak til individuelle forskjeller i reaksjoner etter påkjenninger.

Symptomene barna viste er beskrevet som en uspesifikk forandring i barnets oppførsel, ofte med elementer av frykt og angst (Carey-Trefzer, 1949). Lewis viser til en

spørreundersøkelse distribuert til 8000 barn mellom 5 og 14 år som var utsatt for alvorlige bombeangrep. Av disse rapporterer 4 % symptomer som angst, skjelving, gråt, enurese/sengevæting, hodepine, kvalme og svimmelhet (svarprosenten i undersøkelsen er imidlertid ikke oppført). Etter en hendelse der en gruppe barn (gruppens størrelse og alder på barna er ikke oppgitt) måtte evakueres fra et sykehus i all hast under et bombeangrep, viste nesten 2/3 av barna symptomer på stress. Antall barn studien gjelder og deres aldersfordeling er ikke oppgitt. Videre viser Lewis til økning i kriminell atferd blant ungdommer i England under Den andre verdenskrig. Han tolket dette som et sosialt problem med årsak i redusert sosial kontroll under krigstiden, fremfor å være uttrykk for underliggende psykiske vansker (Lewis, 1942). Barna Dunsden observerte viste høyere grad av psykiske reaksjoner enn det de fleste andre samtidige forskere rapporterte. Barna han undersøkte var utsatt for bombeangrep over lengre tid, noe som kan indikere at man finner en sammenheng mellom stressorens alvorlighetsgrad og barnas symptomer (såkalt "dose-respons") (Dunsden, 1941 i Freud & Burlingham, 1943). I boken lanseres imidlertid en rekke andre hypoteser om bakenforliggende årsak til barnas symptomutvikling. Freud og Burlingham (1943) fant en sammenheng mellom barnas tidligere opplevelser som f.eks. tap av nær omsorgsperson under bombeangrep, og deres reaksjoner på nytt angrep. Dette tolket de dit hen at barnas kunnskap og forståelse av den aktuelle hendelsen påvirket deres reaksjoner; barnet reagerte med redsel kun dersom det forsto at situasjonen innebar fare. Illustrerende for deres poeng var observasjoner av barn som kunne differensiere mellom lyden av fallende bomber og luftvernraketter, noe som ble oppfattet som hhv fare og beskyttelse.

Flere av datidens forskere observerte at de traumatiserte barna ikke bare uttrykte frykt som forventet ut fra deres alder og utviklingsstadium, men i tillegg viste reaksjoner som liknet omsorgspersonenes. Spesielt nevnes at barn av "nevrotiske mødre" viste liknende reaksjoner som mødrene. Ut fra dette stilte man spørsmål ved om barnas reaksjoner skyldtes mødrenes "hysteri" og ikke de faktiske traumer de var utsatt for (Carey-Trefzer, 1949; Mercier, 1943 i Freud & Burlingham, 1943; Freud & Burlingham, 1943; Lewis, 1942).

Mercier, som studerte franske barn under Den andre verdenskrig, fokuserte på barns individuelle grad av sårbarhet for symptomutvikling etter belastninger. Hun konkluderte med at såkalte "nervøse" barn i større grad var utsatt for å utvikle symptomer som reaksjon på traumatiske hendelser. Ihht Merciers hypoteser var symptomene et svar på individets tidligere tilpasning eller neurotiske tendens (Mercier, 1943 i Freud & Burlingham, 1943). I tråd med

Merciers hypoteser, tolket Carey-Trefzer symptomene majoriteten av barna viste som et produkt av allerede eksisterende psykologiske faktorer (Carey-Trefzer, 1949).

Forskerne har noe ulik oppfatning om alvorlighetsgrad av ulike stressorer; I sin studie fra krigen mellom Russland og Finland 1939-1940, fant Brander (1943) at bombealarmer samt evakuering var de stressorene som frembragte sterkest symptomatologi hos barn. Carey - Trefzer (1949) fant at også bombeangrep utgjorde en betydelig påkjenning. Lewis (1942) peker på kompleksiteten omkring de traumatiske hendelsene. Han mener det er umulig å skille effekten av bombeangrep fra sekundære påkjenninger som f.eks. evakuering, det å miste hjemmet etc. og peker på at symptomene befolkningen viser under krig, har sammenheng med akkumulerte påkjenningene (Lewis, 1942).

Evakuerte barn (som ble atskilt fra foreldrene) viste også psykiske reaksjoner (Freud & Burlingham, 1943; Lewis, 1942). I en undersøkelse av 15.000 barn evakuert fra London, fant man 2,8 % med symptomer som enurese/sengevæting, oppkast, søvnngjengeri, tics, angst, depresjon og anfall. Symptomene ble den gang tolket å ha sammenheng med fraværet av foreldrene (eller en kjent mors-substitutt). Forskerne konkluderte med at foreldres beskyttelse er av stor betydning under alvorlige krigshandlinger og at fravær av denne beskyttelsen, f.eks. ved separasjon fra foreldre, kan oppleves som katastrofal for barn dersom de oppfatter livsfare ved krig. Papanek, som også behandlet krigstraumatiserte barn, kom til liknende konklusjon (Papanek, 1942 i Freud & Burlingham, 1943).

Leo Eitinger, som senere ble professor ved Universitetet i Oslo, kom til Norge som krigsflyktning fra Tsjekkoslovakia i 1939. Våren 1940 tiltrådte han en stilling som lege ved Rønvik psykiatriske sykehus i Bodø, like etter at storparten av byen var ødelagt av bombing. Han gjennomførte en studie samme år av skolebarn i Bodø. Som den sosialmedisinske interesserte lege han var, var spørsmålsstillingen knyttet til i hvilken grad tap av hjem, og derved provisoriske boligforhold, innvirket på barnas skoleprestasjoner. Han påviste at dårlige boligforhold førte til svekkede skoleprestasjoner (Eitinger, 1947, 1948). Undersøkelsen fokuserte ikke spesielt på barns psykiske tilstand etter bombingene, kanskje fordi de materielle tapene ved bombingene i Bodø var mer sentrale enn fareopplevelsene. I dag ville en slik studie kartlagt funksjoner som konsentrasjonsevne, hukommelse, evne til abstrakt tenkning i en slik studie ettersom posttraumatisk stress ofte forstyrrer de kognitive funksjoner og derved prestasjonsevnen i skolen, spesielt for konsentrasjonskrevende oppgaver.

Samlet sett viser publiserte studier fra Den andre verdenskrig at barn hadde sterke psykiske reaksjoner på både bombeangrep, flyalarmer og evakuering som innebar atskillelse

fra foreldre. Forskerne vurderte disse reaksjonene ut fra rådende faglige hypoteser og teorier, noe som førte til at mange forskere la vekt på predisponerende faktorer ("nervøse" barn) og foreldrepåvirkning ("nevrotiske" mødre) fremfor å vurdere aspekter ved selve hendelsen som vesentlig for barnets symptomutvikling. Observasjonene er likevel en tydelig dokumentasjon av betydelige angst- og stressreaksjoner hos barn som ble utsatt for krigshendelser som bombing og evakuering i populasjoner som kan sammenlignes med den norske.

Nyere studier

I nyere tid er barns reaksjoner på krig og bombing kartlagt gjennom bl.a. studier fra krigene i Israel, Palestina, det tidligere Jugoslavia og Gaza. I en studie fra krigen i det tidligere Jugoslavia ble kroatisk barn i alderen 3-6 år spurt hva de opplevde som "verste krigsrelaterte opplevelse". Mange oppga bombealarmer. De av barna som var flyktninger, beskrev bombing, skuddveksling og ødeleggelse som det verste, noe de fleste også var personlig vitne til (Miljevic-Ridjicki & Lugomer-Armano, 1994).

Mange nyere studier har rapportert om posttraumatiske stressreaksjoner hos barn utsatt for bombing eller rakettangrep. I en studie fra "Seksdagarskrigen" i Israel (Ziv & Israeli, 1973) ble det funnet liten forskjell på angstreaksjoner hos bombeutsatte barn i forhold til andre barn, mens en rekke andre studier viser klar økning av posttraumatiske stressreaksjoner hos bombeutsatte barn. Slike studier er blitt foretatt under den Persiske Golfkrigen av Schwarzwald og medarbeidere (1994; , 1993), i Palestina etter Al Aqsa Intifada (Thabet, Abed, & Vostanis, 2002), og i Irak (A. Dyregrov, Gjestad, & Raundalen, 2002). Hos barn som har levd med bombing og stadige trusler om nye angrep over lengre tid, er det funnet svært høye forekomsttall av PTSD. Over femti prosent av en gruppe palestinske barn som levde under slike forhold rapporterte om alvorlige symptomer på PTSD, mens tretti prosent hadde moderate symptomer (Qouta, Punamäki, & El Sarraj, 2003).

Evakuering av barn fra svært utsatte og ødelagte områder ser ut til å kunne gi mer symptomer hos bombeutsatte barn. Etter et massivt bombeangrep i Israel i 1996 måtte en stor gruppe barn evakuere hjemmene sine. Majoriteten av disse barna hadde PTSD-symptomer tilsvarende delvis PTSD-diagnose (Klingman, 2001).

Barn som oppholder seg i bomberom under angrep og ikke opplever å bli skadet, eller barn som lever i bombetruede områder men selv ikke blir angrepet, har i flere studier vist at de mestrer underliggende emosjonell spenning ved ønsketenkning (Weisenberg,

Schwarzwald, Waysman, Solomon, & Klingman, 1993) og optimistiske tanker om fremtiden (Schwarzwald, Weisenberg, Solomon, & Waysman, 1997). Barns beskrivelser av krig og fred har også vært gjenstand for studier (Myers-Bowman, Walker, & Myers-Walls, 2003). Barn fra Beograd, som hadde vært utsatt for bombing, og barn fra USA var overraskende enig i hva som betegner fred og krig, men svarene de ga var preget av nivået av egenopplevd krigserfaring.

Systematiske studier som har kartlagt posttraumatiske stressreaksjoner hos barn etter bombing og evakuering bekrefter at barn i stor grad viser slike symptomer i kortere eller lengre perioder etter hendelsene slik de tidlige studiene fra Den andre verdenskrig også dokumenterte. Grad av opplevd fare er av stor betydning for risikoen for utvikling av symptomer i disse studiene, ofte bestemt av fysisk avstand til hendelsen (dose-respons). Barn kan ha opplevd beskyttelse i bomberom eller dersom de befant seg langt unna bombeangrepene. Gjentatte angrep kan føre til sterke reaksjoner hos barn som tidligere er blitt rammet, for eksempel dersom de har mistet nære personer eller er blitt svært redd under tidligere angrep (påminnere).

Antall studier som beskriver barns posttraumatiske stressreaksjoner etter krigsrelaterte traumer som bombeangrep er begrenset. Imidlertid blir denne forskningen bekreftet av funn fra studier etter sammenlignbare hendelser. Jordskjelv kan på mange måter sammenlignes med bombeangrep i den forstand at hendelsen ofte skaper voldsomme ødeleggelser og mennesker kan bli begravd under bygninger som har kollapset. I tillegg kan ødeleggelsene jordskjelv etterlater, sammenlignes med ødeleggelser fra bombing. Jordskjelvet i Armenia (1988) og er blant de største humanitære katastrofene vi har sett i historien. På 41 sekunder var over 25 000 mennesker blitt drept, og svært mange familier gjort hjemløse. Skjelvet inntraff på morgenen da barna var på skolen. På grunn av dårlige bygningskonstruksjoner ble nettopp skolene hardt rammet og det var spesielt store tap blant barn og ungdom (Azarian & Skriptchenko-Gregorian, 1998). Utvalget i Pynoos og medarbeideres studie (1993) var blitt utsatt for sterke vitneopplevelser, evakuering og flere hadde opplevd å bli atskilt fra foreldre, familiemedlemmer og venner under jordskjelvet. Flere hadde mistet nærstående personer og i tillegg blitt bostedsløse. I denne studien var andelen barn med PTSD 62.5 % (R.S. Pynoos et al., 1993). I studien fra Armenia og flere andre studier av barn utsatt for traumatiske hendelser som jordskjelv og skyting i skolegården, er avstand til hendelsen proporsjonal med risikoen for å utvikle PTSD (Hardin, Weinrich, Weinrich, Hardin, & Garrison, 1994; R. S. Pynoos et al., 1987; R.S. Pynoos et al., 1993).

3.2.3. Forløp av PTSD hos barn og ungdom

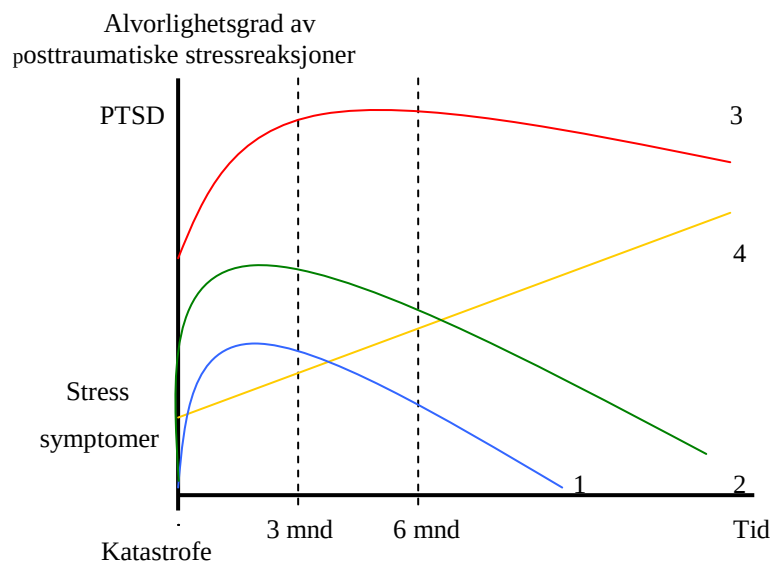
I følge DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) viser reaksjoner på posttraumatiske stress seg som oftest innen de tre første månedene etter traumet, men kan også opptre først etter flere måneder og år. Symptomene og den relative dominansen av de ulike symptomgruppene vil variere. Etter tre måneder regner en med at omtrent halvparten av de berørte vil være kvitt symptomene. Hos personer med vedvarende symptomer, vil symptommengde variere med reaktivering gjennom påminnere av traumet, andre livspåkjenninger, eller nye traumatiske hendelser (American Psychiatric Association, 2000). Staab, Fullerton og Ursano (1999) har beskrevet mulige forløp for barns reaksjoner etter katastrofer etter gjennomgang av eksisterende litteratur (se figur 2). De antar at varigheten av reaksjonene står i forhold til mengden av posttraumatiske stressreaksjoner. De fleste som opplever en traumatisk hendelse vil oppleve stressreaksjoner.

Linje 1 representerer akutte stressreaksjoner som avtar med tiden

Linje 2 viser forløpet til akutt stresslidelse

Linje 3 beskriver hvordan akutt stresslidelse følges av PTSD

Linje 4 beskriver en forsinket utvikling av PTSD



Figur 2. Potensielle forløp for barns reaksjoner etter en katastrofe.

Figuren er hentet fra Staab, Fullerton og Ursano (1999), *A critical look at PTSD: Constructs, concepts, epidemiologi, and implications*, in R. Gist og B. Lubin (red.) *Responses to disaster*, (1999), s.122.

Under en krig vil det ofte oppstå mangel på husly og mat i etterkant av traumatiske hendelser. Sykdom og feilernæring forverrer situasjonen til de som er rammet og ofte oppleves mangel

på medisiner og adekvat behandling. Mange tvinges til evakuering på grunn av ødelagte boliger, fare for nye angrep eller annen fare. Den sosiale strukturen går i oppløsning, barn blir fratatt skoletilbud og leke/utviklingsmuligheter. Mange familier blir atskilt under evakuering eller på annen måte, og mange lever i uvisshet om andre familiemedlemmers skjebne i lange perioder. Slike sekundære stressbelastninger kan forverre og vedlikeholde posttraumatiske stresssymptomer hos barn, og føre til andre psykiske reaksjoner (R.S. Pynoos et al., 1993). Barn som blir atskilt fra foreldre kan oppleve å miste beskyttelse og separasjonen kan føre til sterke angstreaksjoner (Freud & Burlingham, 1943). Nyere studier avdekker at mange barn som ble separert fra foreldre og tatt hånd om av fosterforeldre under Den andre verdenskrig opplevde alvorlig omsorgssvikt og overgrep (Waugh, Robbins, Davies, & Feigenbaum, 2007). Slike sekundære belastninger kan i stor grad ha bidratt til å forverre og vedlikeholde posttraumatiske stresssymptomer hos barn og ungdom etter krigshendelsene i Norge.

Tilheling av posttraumatiske stresssymptomer og andre psykiske reaksjoner vil også være påvirket av muligheter barn blir gitt for å bearbeide selve den traumatiske opplevelsen. Den tids oppfattelse var at slike hendelser burde man ikke snakke med barn om. I tillegg var flere av hendelsene i allierte land "friendly fire" og ødeleggelsene skulle ikke snakkes om. I boken "Tavshed blev min sang" om bombingene av Den franske skole i Danmark, beskriver forfatteren hvor vanskelig det opplevdes å ikke kunne snakke om opplevelsene etter bombingene (A. M. Guldbrandsen, 2005). Oppdatert faglig kunnskap om barns bearbeiding av traumatiske opplevelser viser at å snakke om hendelsen er viktig i tilhelningsprosessen. Det å kunne skape en sammenhengende historie hjelper barnet til å forstå og tolke opplevelsen, de emosjonelle reaksjonene og korrigere eventuelle misoppfatninger.

Det er ikke mange studier om forløpet av posttraumatiske stresssymptomer hos barn etter Den andre verdenskrig. Burt fant at de akutte symptomene i stor grad avtok innen en måned etter hendelsen (Burt, 1943 i Freud & Burlingham, 1943) mens Dunsden skisserte både akutte og mer kronisk typer av posttraumatiske stresssymptomer (Dunsden, 1941 i Freud & Burlingham, 1943). I Lewis' studie fra 1942 der han undersøkte barn som ble evakuert ut av et sykehus i forbindelse med bombeangrep i London under Den andre verdenskrig, fant han at 11% hadde symptomer 7 måneder etter hendelsen (Lewis, 1942). Senere målinger er ikke referert.

I noen nyere studier er barn og ungdom fulgt opp med flere målinger av posttraumatiske stresssymptomer. Kutrovac-Jagodic (2003) undersøkte PTSD-symptomer hos 252 skolebarn i Kroatia etter massive militære angrep fra jugoslaviske styrker. Symptomer på

PTSD ble målt i 1994, mens krigen pågikk, og 30 måneder etter, da krigen var avsluttet. Intensiteten i påkjenninger barna har vært utsatt for predikerte PTSD-symptomer på kort sikt, slik tidligere studier også viste. Ved oppfølgingen hadde sekundære belastninger og barnets personlighet stor betydning for forløpet. I tilfeller der barna selv var blitt skadet samt der de hadde vært vitne til drap og alvorlige skader var det fortsatt sterk sammenheng mellom dose og respons i forhold til PTSD-symptomer. Videre fant man at barn som var mellom 6-8 år da krigen startet (de yngste i utvalget) fikk større vansker enn de som var eldre, noe også Laor og kolleger har funnet i studier av barn som har opplevd SCUD bombeangrep i Israel (Laor, Wolmer, & Cohen, 2001). Det var ingen signifikante forskjeller mellom kjønnene (Kuterovac-Jagodic, 2003). Kuterovac-Jagodic fant sosial støtte som vesentlig for barnas helingsprosess etter krigsopplevelser som bombing (Kuterovac-Jagodic, 2003), en konklusjon Brajsa-Zganec (2005) støtter. Funn fra flere forskere tyder på at velfungerende foreldre kan fungere som en stress-buffer for barn utsatt for ulike krigsrelaterte traumer, blant annet bombing (Foa, 1988; Hunter, 1988; Laor, Wolmer, & Cohen, 2001; Laor et al., 1997).

3.3 Oppsummering

Siden posttraumatisk stressforstyrrelse ble beskrevet hos barn rundt 1980, er det foretatt en rekke studier som beskriver tilstanden hos barn og ungdom etter potensielt traumatiserende hendelser. Forståelsen av barn og ungdoms posttraumatiske stressreaksjoner har med denne kunnskapen endret seg vesentlig siden etterkrigstiden. Diagnosen PTSD er også blitt noe tilpasset til barns symptombylde. I gjennomsnitt regnes at omtrent en tredjedel av barn og ungdom som utsettes for en potensielt traumatiserende hendelse utvikler tilstanden for en kortere eller lengre periode. Studier viser stor variasjon i andelen av barn som utvikler tilstanden. For krigsrelaterte hendelser som bombing og lignende akutte hendelser, viser de fleste studier at grad av opplevd fare (fysisk avstand til hendelsen) er av stor betydning for utvikling av symptomer (dose-respons). Mange andre faktorer har også betydning for både utvikling og vedlikehold av symptomene, særlig har gjentatte traumatiske opplevelser stor innvirkning. Også sekundære belastninger etter hendelsene kan være betydelige i krig og hindre naturlig tilheling etter traumatiske hendelser (for eksempel mangel på husly, mat og nødvendig medisinsk behandling). For barn kan atskillelse fra foreldre under eller etter evakuering i stor grad forverre psykiske symptomer.

4.0 Forskningsstatus om voksnes helseproblemer etter krigsrelaterte stresspåkjenninger i barndommen

Et viktig ledd i utredningen har vært litteratursøk der langtidseffekter av barns krigserfaringer er studert. I tråd med den historiske gjennomgangen i kapittel 1, er det søkt etter følger av bombing, evakuering, separasjon fra foreldrene og å leve i skjul. Dette for å belyse de traumesituasjoner barn i Norge var utsatt for under Den andre verdenskrig. De fleste studiene vi viser til er retrospektive studier av barn fra Den andre verdenskrig.

Det foreligger ikke mange studier av forhold som er sammenlignbare med de som norske barn opplevde under krigen. Utvalget har valgt å utelate studier av rammede i kriger med omfattende folkemord som inkluderer barn, barnesoldater, millionvis av flyktninger etc. fordi deres krigserfaringer i vesentlig grad skiller seg fra de norske barnas. I det følgende vil aktuelle studier gjennomgås.

Langtidseffekter bombing

Den 13.februar 1945 ble Dresden (med 400.000 innbyggere) bombet. Syv hundre fly deltok, og angrepet varte mer enn fire timer. Omtrent 35.000 ble drept i angrepet og 95% av bykjernen ble ødelagt. Maercker og Herrle (2003) foretok en studie av de overlevende etter bombingene 50 år etter at hendelsen fant sted. De yngste informantene var fra 6 år da bombingene skjedde. Resultatene tyder på en sammenheng mellom grad av belastning og senere patologi, noe som viser at dose/respons-prinsippet har gyldighet også for psykopatologi inn i voksen alder etter traumatiske opplevelser i barndommen. Av symptomer fant man at de som opplevde bombing på nært hold, var mest plaget av tilbakevendende bilder.

Langtidseffekter av evakuering og separasjon fra foreldrene

I løpet av Den andre verdenskrig ble mange barn i Norge separert fra foreldrene i kortere eller lengre tid, noe som skjedde i stor skala i andre land. Fra britiske områder med høy risiko for bombing, ble for eksempel 1,5 millioner barn evakuert under Den andre verdenskrig. Barna reiste, ofte uten følge, for å bo hos fremmede i områder der man antok at risikoen for bombing var liten. Fosterforeldrene var ikke på forhånd evaluert med tanke på om de egnet seg som omsorgspersoner.

De fleste barna reiste i 1939 og returnerte mot slutten av krigen. Foreldrene besøkte sjelden barna i denne perioden og familiemedlemmene visste ikke når de ville se hverandre igjen. Barn og foreldre visste dessuten lite om hverandres erfaringer under krigen og de ble oppfordret til å ikke snakke om det. Mange returnerte til hjem som var ødelagt av bombing (Waugh, Robbins, Davies, & Feigenbaum, 2007).

I nyere studier der voksne som ble evakuert i England under Den andre verdenskrig er sammenlignet med voksne med krigserfaringer som ikke ble evakuert, har man funnet redusert livskvalitet i voksen alder hos de evakuerte (til tross for at gruppene i denne studien hadde opplevd lik mengde krigshendelser) (Foster, Davies, & Steele, 2003). I en tilsvarende studie fant man at mange av de evakuerte rapporterte at de opplevde misbruk og vanskjøtsel i fosterhjemmene. Disse rapporterte mange psykiske vansker i voksen alder (Waugh, Robbins, Davies, & Feigenbaum, 2007).

Også 70.000 barn fra Finland ble evakuert under krigen. De fleste reiste til Sverige eller Danmark (Pesonen et al., 2007). I en finsk studie, som var en del av en større helseundersøkelse i Finland, undersøkte man hvorvidt barn som ble separert fra en eller begge foreldrene under Den andre verdenskrig, viste større forekomst av depresjon enn andre i voksen alder. Resultatene viste at de som var atskilt fra begge foreldrene som barn viste 20% mer alvorlige depresjonssymptomer enn kontrollgruppen målt ved gjennomsnittlig 60 års alder. Om de oppholdt seg i hjemlandet eller i utlandet, hadde ikke innflytelse på depresjonsraten. Separasjon som varte i mer enn tre år hadde størst sammenheng med depresjon. De som var sterkest affisert av atskillelsen, var mellom 0-2 år eller over 6 år da atskillelsen fant sted. I gruppen som ble atskilt fra faren, men ikke moren, fant man ikke høyere depresjonsskåre enn kontrollgruppen (Pesonen et al., 2007).

Å leve i dekning

Lev-Wiesel og Amir (2000) gjennomførte en studie blant overlevende jøder etter Holocaust. Informantene kom fra Polen, Belgia og Frankrike. Blant de som gikk i dekning i skogen under Den andre verdenskrig (stort sett sammen med foreldrene), fant forskerne at 52,5% slet med symptomer på PTSD i voksen alder.

Langtidseffekter av multiple eller kompliserte krigsrelaterte traumer

Telavåg, beliggende på øya Sotra utenfor Bergen, ble under Den andre verdenskrig utsatt for en alvorlig terrorhandling etter at to Gestapo-offiserer var blitt drept i Telavåg i kamp med norske motstandsmenn. Etter ordre fra Rikskommisar Terboven ble bebyggelsen

og infrastruktur i Telavåg totalødelagt vha brann og sprengninger. Alle menn over 15 år ble arrestert og bortført. Barn og kvinner ble sperret inne i et hus der de fryktet å bli brent inne. Andre opplevde å bli fraktet i båt ut på havet med redsel for å bli senket. Senere ble alle barn over 7 år tatt fra mødrene, trolig med tanke på adopsjon til NS-familier. Imidlertid brøt det ut en difteriepidemi som nødvendiggjorde langvarig individuell isolasjon i sykehus (og med dødelig utfall for noen). I denne tiden hadde ikke barna kontakt med sine foreldre. Etter sykdomsperioden var adopsjonsplanene skrinlagt og barna ble gjenforent med mødrene og mindreårige søsken. Mange av barna hadde i denne perioden mistet sine fedre, da halvparten av mennene fra Telavåg omkom. De overlevende fra øysamfunnet levde deretter som internflyktninger i Norge til krigens slutt. I 1991 ble det utført en undersøkelse av et antall overlevende etter Telavåg-katastrofen. I studien ble det påvist en økt forekomst av angstlidelser, spesielt innen det posttraumatiske stressyndrom. Man fant også en økt forekomst av psykosomatiske lidelser, spesielt fra fordøyelsessystemet samt debut i yngre alder enn vanlig av alvorlige legemlige sykdommer, for eksempel fra hjerte/kar-systemet. I tillegg viste de enkelte sykehistorier en økt sårbarhet for tap og atskillelser, for vold og andre fareopplevelser (Andersson, 1996).

Kuwert og kolleger ønsket å undersøke langtidseffekt av tyske barns krigsopplevelser generelt. De søkte informanter (født mellom 1933 og 1945 i Tyskland) via et radioprogram samt annonser i presse. Traumatisering i barndommen var ikke et kriterium for deltakelse i studien. Resultatene viste at 10,8% av deltakerne i studien viste PTSD 60 år etter krigens slutt. Disse skåret også høyt på lidelser som depresjon, angst og somatisering (Kuwert, Spitzer, Träder, Freyberg, & Ermann, 2007).

Krigsrelaterte påkjenninger kan øke risikoen for mange typer psykiatiske og somatiske lidelser. Reulbach og kolleger har funnet sammenheng mellom ekstremt stress og utvikling av schizofreni hos overlevende etter Holocaust (Reulbach, Bleich, Biermann, Pfalberg, & Sperling, 2007). Koupil og kolleger fant i sin oppfølgingsstudie av de som opplevde beleiringen av Leningrad i 1941-1944, at opplevelsen av alvorlig sult og psykisk stress i barndoms- og ungdomstid kan ha langtidseffekter på utviklingen av hjerte/karlidelser (Koupil et al., 2007).

Shaw (2003) har gjennomgått mange studier av langtidseffekter etter barns eksponering for krig og terrorisme. Hans konklusjon er at kumulativ traumeeksponering samt intensitet og varighet av traumeeksponeringen er viktigere enn type trauma. Dette støttes av funn fra andre undersøkelser som viser en dose-respons sammenheng mellom høye skårer på krigsrelaterte opplevelser og psykiske vansker (Waugh, Robbins, Davies, & Feigenbaum,

2007). Også omfattende helseundersøkelser i store populasjoner har vist at å bli utsatt for flere potensielt traumatiserende hendelser som omsorgssvikt, seksuelle og fysiske overgrep gir øket forekomst av en rekke somatiske og psykiske symptomer (ACE-studier).

Shaw finner videre at den umiddelbare fryktreaksjonen er en bedre prediktorvariabel ifht langsiktige psykiske helseeffekter enn fysisk nærhet til traumet, forholdet til eventuelle skadde etc. Det å oppleve et panikkanfall under bombingene av World Trade Center predikerte f eks PTSD (Galea et al., 2002 i Shaw, 2003). Subjektiv vurdering av situasjonen (panikkfølelse, dødsangst, engstelse for om familien vil dø etc) er her vesentlige faktorer for utfallet på lang sikt (Shaw, 2003).

Belastningen ved å vokse opp med krigstraumatisert forelder

Norske motstandsmenn som hadde overlevd NN-fangenskap i Natzweiler der 49% døde og som ennå var i live i 1990 ble sammenlignet med kameratene fra motstandskampen i illegal presse og i en Milorg-organisasjon i Oslo. Barn til begge fedregruppene ble sammenlignet mht. helse. Som ventet var det en høy forekomst av KZ-syndromet blant de gjenlevende Natzweiler- fangene, mens veteranene fra motstandsgruppene som ikke var blitt arrestert, torturert og deportert til dødsleirene, syntes ved god helse etter alderen. Det ble derimot ikke funnet noen statistisk signifikant forskjell mellom barna av NN-fangene og sammenligningsgruppen mht. helse. Faglitteraturen generelt viser at det å vokse opp med foreldre som er psykisk syke, utgjør en risiko i forhold til barnas utvikling. I Majors studie, der barnas mor var velfungerende og barna for øvrig hadde gode oppvekstvilkår, hadde ikke fars psykopatologi innvirkning på barnas psykiske helse. Dette indikerer at det å vokse opp med en far som har posttraumatiske vansker ikke utgjør en tilstrekkelig påkjenning til at barna utvikler psykisk patologi, dersom øvrige forhold i barnas oppvekst er gunstige (E. F. Major, 1996a, 1996b; E. F. Major, 2003). Dersom begge foreldrene har psykiske lidelser, dersom fars lidelse er av en annen art enn det som var gjeldende i denne studien og dersom barna selv sliter med psykiske vansker, kan utfallet være et annet.

4.3 Sammendrag

Utredninger foretatt 50-60 år etter stresseksposeringene er metodisk utfordrende fordi det har gått lang tid siden eksponeringen skjedde og mange faktorer har hatt betydning for utfallet. Retrospektive undersøkelser om de krigsrelaterte belastningene vil være beheftet med metodiske svakheter og opplysningene kan bli unøyaktige. Utvalgene vil være selektert, siden

informantene ofte rekrutteres via annonser i dagspressen. Slik selvseleksjon kan gi et skjevt utvalg. Man kan for eksempel tenke seg en overrepresentasjon av de med større vansker enn gjennomsnittet ved at disse er mer interessert i deltakelse enn andre. På den annen side kan også en del av de som var sterkest affisert av bombingene velge seg for å stille opp fordi de ikke ønsker å rippe opp i gamle sår - unngåelse er et kardinalsymptom ved PTSD. Unngåelse og fornektelse var dessuten noe myndighetene flere steder oppfordret til under og rett etter krigen. Dessuten er alvorlige posttraumatiske reaksjoner assosiert med rusvansker og tidlig død. Undersøkelsene er foretatt ca 50 år etter krigens slutt. Dermed kan man tenke seg at flere av de med alvorlige vansker etter denne hendelsen ikke er nådd.

Til tross for metodesvakheter ved ovennevnte studier, kan vi ekstrahere kunnskap fra resultatene. Flere studier, fra 1940-årene og til dags dato, viser en sammenheng mellom dose og respons, både for umiddelbare reaksjoner hos traumatiserte barn og for psykopatologi i voksen alder etter barndomstraumer. Studiene viser også at både bombing, evakuering, atskillelse fra foreldre, det å leve i skjul og andre krigsrelaterte erfaringer, kan sette spor. Symptomatologien som vises i voksen alder kan være mangeartet.

Overførbarheten av studier fra andre land til norske forhold, krever imidlertid forbehold. De finske og de engelske barna som ble evakuert, var separert fra foreldrene i lengre perioder enn det de fleste evakuerte norske barn opplevde. Det er derfor mulig at norske barn i noen grad har vært mindre utsatt for denne belastningen, og det kan påvirke utfallet.

På samme måte er ikke belastningene som de jødiske barna som gikk i dekning i skogen uten videre sammenlignbare med situasjonen til alle norske barn som gikk i dekning i Finnmark under krigen. De jødiske barna opplevde sult, kulde, usikkerhet og redsel for fremtiden, fare forbundet med å skaffe mat og de måtte stadig flykte fra sted til sted. På mange måter er dette situasjoner som også barn opplevde som huleboerne på Sørøya. Imidlertid kan grad av opplevd fare ha variert en del mellom huleboerne i ulike områder. Det er også sannsynlig at faren var større for de jødiske familiene enn de norske pga jødeutryddelsen. Oppholdet i skogen var dessuten trolig av betydelig lengre varighet for de jødiske barna enn barna på Sørøya.

5.0 Krigspensjoneringen – forutsetningene og årsaksvurderingene

Ved krigens slutt i Norge ønsket man at lovene og praktiseringen av dem skulle bygge på et solid vitenskapelig grunnlag. Da de første krigspensjoneringslovene ble utformet, antok man at krigsskadene stort sett besto av ulike fysiske skader, og at behandlingen av skadesakene kunne avsluttes i løpet av noen få år. Det skulle imidlertid vise seg at de gamle medisinske forutsetningene som de første krigspensjoneringslovene og avgjørelsene var bygget på, ikke var helt i samsvar med den virkelighet som forskning senere avdekket. Dette gjaldt særlig psykiske langtidsfølger av alvorlige påkjenninger. I etterkrigsårene har det vært en dynamisk interaksjon mellom forskere ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo, Krigsinvalideforbundet, krigspensjoneringsavdelingen i det tidligere Rikstrygdeverket, de aktuelle departementene og Stortinget. Dette har bidratt til at grunnlaget for å bedømme søknader om økonomiske ytelser er blitt oppdatert etter hvert som forskning har gitt øket kunnskap om krigens skadevirkninger på kort og lang sikt. Ut fra det kunnskapsnivået man hadde om barn og traumer i 1945, var det neppe noen som ante at krigspensjon kunne bli aktuelt for de som den gang var barn. Som kapittel 3 og 4 viser, har nyere forskning vist at forskjellige helsefølger kan være resultat av krigsrelaterte stresspåkjenninger.

Økonomisk erstatning for krigsrelatert helsesvikt og i særdeleshet for psykiske krigsskader er en kompleks utfordring. Lovverk, regelverk og medisinske kriterier varierer fra land til land. Både prinsippene og praktiseringen av dem har en tendens til å skape kontroverser og ofte politiske, juridiske og medisinske disputer. Norge har hatt sin del av disse problemene og funnet løsninger på enkelte av dem, noe som avspeiles i den nåværende forvaltningsordningen for psykiske skader påført under Den andre verdenskrig.

Krigspensjoneringslovene er uførepensjonslover, og sikrer ytelser til sivilpersoner som er blitt påført helseskade som følge av påkjenninger som godtas som ”krigsulykke”. Det kreves årsakssammenheng mellom skaden og senere uførhet eller helsesvikt. Krigsskadepensjon er altså **ikke** en belønning for særskilt innsats eller store påkjenninger under krigen og må ikke oppfattes som en slags veteranpensjon eller ærespensjon. At krigspensjoneringslovene er uførepensjonslover, innebærer følgende: De som har vært involvert i eller blitt rammet av krigen uten å ha blitt påført varig skade eller sykdom, er ikke berettiget til erstatning etter disse lovene. Derfor vil heller ikke de som har forbigående helsesvikt motta varige ytelser, og det samme gjelder for de som blir bra etter behandling.

Vi skal i det følgende gjennomgå kjente forklaringsmodeller for utvikling av psykiske lidelser. Deretter to viktige aspekter ved krigspensjonseringslovene; hvilke påkjenninger loven omhandler og kravet til årsakssammenheng mellom påkjenningen og søkerens helseproblemer.

5.1 Årsaksforklaringer for utvikling av psykiske lidelser

Den vanligste arbeidsmodellen for årsaksforklaring i psykiatrien i dag er den såkalte stress-sårbarhetsmodellen. Dette innebærer at psykisk lidelse oftest kan sees som resultat av et samspill mellom stressbelastninger og en personlig sårbarhet. Mer detaljert kan utviklingen av psykiske lidelser forklares ut fra 5 begreper som alle starter med bokstaven p;

1. predisponerende faktorer
2. patogeniske faktorer,
3. presipiterende faktorer
4. patoplastiske faktorer og
5. prolangerende faktorer.

Med **predisponerende faktorer** menes tidlig virkende forhold som øker sykdomsrisikoen som for eksempel genetisk arv og påvirkning under fosterstadiet. Det er for eksempel påvist en arvelig komponent som predisponerende risikofaktor for posttraumatisk stresslidelse. Hos et menneske med slik genetisk sårbarhet, vil risikoen for utvikling av PTSD ved eksponering for et adekvat traume være høyere enn hos et menneske uten tilsvarende predisposisjon.

Med tidlig virkende **patogenetiske faktorer** tenkes i psykiatrien på de vanligvis viktige sykdomsårsaker til psykiske lidelser, nemlig forhold som er med og påvirker aspekter ved ens personlighetsutvikling. Barn i krig kan for eksempel oppleve hendelser der både de og foreldrene stilles maktesløse. Hos noen vil dette medføre en uheldig attribusjonsstil, noe som disponerer for senere utvikling av depresjon. Slik kan alvorlige krigshendelser representere en betydelig risikofaktor for utvikling av psykopatologi senere i livet.

Med **presipiterende faktorer** tenkes på triggere, livshendelser som virker som utløsere av mer eller mindre latente kliniske tilstander. Der sårbarheten er stor, vil selv små stressbelastninger kunne fremkalle psykisk sykdom. En særlig alvorlig stressbelastning vil derimot kunne forårsake psykisk lidelse hos mennesker også med lav grad av sårbarhet.

Med **patoplastiske faktorer** menes forhold som påvirker utformingen av symptomene.

Prolongerende årsaksfaktorer er faktorer som forlenger lidelsen. For eksempel vil alkoholmisbruk i vesentlig grad hindre den spontanlegning som ofte skjer hos pasienter med en akutt posttraumatisk stresslidelse. Engelsk forskning har også vist at behandlingsforsøk hos pasienter med posttraumatiske stresslidelse som har en tvist som venter på rettslig avgjørelse, oftest ikke gir bedring. Flere forhold kan forklare dette: Så lenge en tvist skal opp for retten, vil personen for eksempel måtte huske enkeltheter omkring eksponeringen. Dette kan hindre vedkommende i å legge dette bak seg.

Beskyttende faktorer

Heldigvis er ikke naturen deterministisk; som empirien i kapittel 3 og 4 viser, vil selv alvorlige stressbelastninger i noen tilfeller kunne tåles uten å gi varige mén i klinisk forstand. Dette kan skyldes at vedkommende som utsettes for handlingen, i liten grad er disponert for sykdomsutvikling. Det kan også skyldes beskyttende faktorer. Barnets utvikling er avhengig av dets biologiske konstitusjon (med komponenter som temperament, stresssystem og kognitiv kapasitet) i interaksjon med miljøet barnet vokser opp i. For eksempel vil et barn med et lett temperament og velfungerende stresssystem som vokser opp i et trygt omsorgsmiljø ha bedre forutsetninger for å takle en traumatisk hendelse enn et barn med et vanskelig temperament og hyperreaktivt stresssystem som vokser opp med lite sensitive omsorgspersoner, høyt konfliktnivå i familien og rus. Et barn med trygg tilknytning vil være bedre i stand til å takle separasjon fra foreldrene enn et barn med usikker tilknytning. I etterkant av traumer, vil et trygt og godt omsorgsmiljø bidra til heling.

5.3 Beskrivelse av aktuelle symptombilder hos voksne som er traumatisert som barn

Vedvarende vansker oppstått i barndommen

En traumatisk relatert psykisk lidelse forventes å avspeile, iallfall i en viss grad, den opprinnelige stresspåkjenningen. Posttraumatisk stresslidelse er den mest påregnelige psykiske lidelse etter farepåkjenninger. Den utgjør kjernen i et posttraumatisk spektrum av psykiske lidelser bestående av angsttilstander som fobier, panikklidelse og generalisert

angstlidelse, visse dissosiative tilstander, enkelte depresjoner og somatiseringslidelser samt rusmiddelmisbruk, oftest som komorbide tilstander.

Posttraumatisk stresslidelse er beskrevet i kapittel 3. Tilstanden kan fremstå med ulike symptomer som de mest fremtredende. Hovedsymptomet kan hos enkelte være aggresjon snarere enn angstplagene. Forklaringen på dette kan, som vist i vitenskapelige arbeider, være at kombinasjon av alvorlig søvnforstyrrelse og en angstlidelse ser ut til å undergrave følelsesmessig kontroll, noe som resulterer i ”kort lunte”, sterk økt irritabilitet og sinneutbrudd. Dette kan igjen gi angst for tap av kontrollen og skyldfølelse overfor nærstående for sinneutbruddene. For familien, ektefelle og barn, er irritabiliteten og sinneutbruddene hos et familiemedlem med posttraumatisk stresslidelse en betydelig belastning. En avgrenset PTSD har vanligvis liten reduserende virkning på arbeidsevnen. Der den kognitive svikt er betydelig (konsentrasjonsevne, analytisk tenkning, hukommelse etc.), kan imidlertid yteevnen, kanskje særlig i intellektuelle yrker, bli betydelig redusert.

Omkring 50% av pasienter med posttraumatisk stresslidelse vil ha en samtidig depressiv tilstand. Denne depresjonen kan være primær, dvs. at den har vært til stede hele tiden og avspeiler et tapsaspekt ved traumet. Depresjonen kan også være sekundær til den posttraumatiske stresslidelsen og ha rot i funksjonstap i arbeidsevne, fritidsaktiviteter og seksualitet etter langvarige posttraumatiske stresssymptomer.

Andre symptomer som ofte finnes i tillegg til PTSD, er ulike angst- og somatiske lidelser. Generalisert angstlidelse er en tilstand preget av generell og vedvarende angst som ikke er begrenset til eller fremherskende i bestemte situasjoner, dvs. den er ”frittflytende”. Som ved andre angstlidelser varierer de sentrale symptomene sterkt, men omfatter vanligvis plager som vedvarende nervøsitet, skjelving, muskelspenninger, svette, ørhet, hjertebank, svimmelhet og ubehag i magen. Somatoform lidelse er kjennetegnet ved gjentatt presentasjon av somatiske symptomer ledsaget av stadige anmodninger om medisinske utredninger, til tross for gjentatte negative funn og forsikringer fra leger om at symptomene ikke har somatisk grunnlag. Hvis somatiske lidelser er til stede, forklarer de verken symptomenes art og omfang eller pasientens engstelse. Fysiske eller psykiske forklaringer på symptomene er ofte vanskelig å finne, noe som er skuffende og frustrerende for både pasient og lege.

En langvarig posttraumatisk stresslidelse kan også medføre nevrasteni, en energiutmattelsestilstand preget av økt tretthet, redusert hvileeffekt av søvn, overømfintlighet for stimuli som lyd og lys, redusert effekt av hvile osv.

Symptomene i lidelser innen det posttraumatiske spekter vil oftest i noen grad avspeile den opprinnelige påkjenningen. Imidlertid kan øket legemlig sykdomsrisiko, endog økt

dødelighet, være en konsekvens av spesielt alvorlige og langvarige stresspåkjenninger tidligere i livet. Det er intet ved disse legemlige sykdommene som avspeiler de opprinnelige psykiske stressbelastningene. Det dreier seg om vanlige og ofte hyppig forekommende tilstander også i normalbefolkningen. Det vanligste er smertetilstander i muskel/skjelett-apparatet. Som det fremkom i gjennomgangen av forskningslitteratur er det også holdepunkter for at lidelser i hjerte/kar-systemet kan ha tidligere stresspåkjenninger som en medvirkende årsak.

Psykiske senskader

Begrepet psykiske senskader benyttes ofte feilaktig om enhver etterfølgende langvarig psykisk skade, men bør reserveres for *sent debuterende psykiske skader* som oftest oppstår etter flerårig tilsynelatende symptomfri periode. Rent teoretisk antas det at de forhold som i særlig grad er assosiert med psykiske senskader, er at den stresseksponte personen ikke har muligheter for å uttrykke følelser og andre reaksjoner på den traumatiske hendelsen. Dersom slik undertrykkelse av reaksjoner er nødvendig for å beholde selvrespekt, beskytte sine nærmeste, holde ut eller overleve øker risikoen for at den stresseksponte må endre sin personlighetsmessige funksjon, bl.a. med økt bruk av forsvarsmekanismer som benektning, fortrenkning, bevisst undertrykkelse og unnvikelse og andre dissosiative mekanismer. Derved ”går reaksjonen under jorden”. Barn ser ut til å ha større tilbøyeligheter til slike reaksjonsmåter enn voksne. Senskaden, oftest i form av posttraumatiske stresssymptomer, åpenbarer seg gjerne etter års forløp enten spontant eller pga. svekket motstandsevne relatert til aldring, annen sykdom osv. eller mer spesifikke triggere som kan reaktivere en latent tilstand. Gjentatt traumatisering eller påminnelse til det opprinnelige traumat kan ha utløsende effekt.

Et av diagnosekriteriene for PTSD er at symptomdebut finner sted innen 6 måneder etter stresspåkjenningens opphør. Ifølge ICD-10 et posttraumatisk stressyndrom som debuterer senere enn dette, diagnostiseres som vedvarende personlighetsforandring etter katastrofale livshendelser. Årsaken er at denne langtidsutviklingen er antatt å forutsette en endret personlighetsfungering under eksponeringen og i latensperioden. Denne måten å fungere på personlighetsmessig innebærer at personen må holde trusselopplevelsen og den tilhørende angsten ute av bevisstheden. Tilstanden kan, når den bryter frem, ha preg av posttraumatiske stresssymptomer og/eller personen skal fremby spesielle personlighetstrekk. Kronisk posttraumatisk stresslidelse kan over tid bidra til slik personlighetsforstyrrelse.

I følge ICD-10 skal personlighetsforandringen være vedvarende og vise seg som ufleksible og maladaptive trekk som leder til svekkelse av mellommenneskelig, sosial og yrkesmessig fungering. Vanligvis må personlighetsforandringen bekreftes av en nøkkelkomponent. For at diagnosen skal kunne stilles, er det viktig å vise hvilke trekk som ikke er sett tidligere, som:

- (a) en fiendtlig eller mistroisk holdning til verden
- (b) sosial tilbaketrekning
- (c) følelse av tomhet eller håpløshet
- (d) kronisk følelse av å være konstant truet
- (e) fremmedfølelse

Personlighetsforandringen må være til stede i minst 2 år og skal ikke kunne tilskrives en tidligere personlighetsforstyrrelse eller andre psykiske lidelser enn posttraumatisk stresslidelse. Skade eller sykdom i hjernen som kan forårsake et lignende klinisk bilde, må utelukkes.

Ut fra norsk og internasjonal forskning synes følgende dimensjoner ved stressbelastningen å være risikofaktorer som må opptre samtidig for at risikoen for psykiske senskader skal være høy:

1. Høy dødsfare målt med objektive kriterier, dvs. antall drepte og sårede er betydelig.
2. Relativ forsvarsløshet, dvs. lav styring og kontroll over faresituasjoner som inntreffer.
3. Høy grad av uvisshet, dvs. lav forutsigbarhet for når faren kunne inntreffe, slik at man aldri kan kjenne seg helt trygg.
4. Sammenhengende stresseksposering, dvs. uten lengre hvileperioder i trygge omgivelser.
5. Betydelig varighet, kanskje mer enn 6 måneders eksponeringstid.

Ettersom det fortsatt er mangel på god forskning, er det ovennevnte mer å anse som sterke hypoteser enn som etablerte fakta. Man kan heller ikke på noen måte utelukke at senskader kan komme hos enkelte etter bare kortvarige stressbelastninger mange år tidligere, uten at ovennevnte risikofaktorer er tilstede. Men det vil antagelig da dreie seg om unntaksvise enkelttilfeller.

I undersøkelser av personer som påberoper seg ”psykiske senskader”, viser det seg ofte at det ikke dreier seg om et klassisk forløp som ovenfor beskrevet. Det kan snarere vise seg å være en kontinuerlig posttraumatisk problematikk med et svingende forløp der personen søker hjelp først ved en forverring av tilstanden.

5.2 Påkjenninger som krigsskadetrygden omhandler

Vi har sett at selv mindre alvorlige hendelser kan medføre psykopatologi hos noen. Imidlertid faller ikke enhver krigsrelatert hendelse som kan medføre varige psykiske mén inn under loven om krigspensjonering. I det følgende utdypes hvilke påkjenninger som dekkes av krigsskadetrygden.

En forutsetning for å motta ytelser fra krigsskadetrygden at personen har vært utsatt for en nærmere definert krigshandling. Begrepet ”krigsulykke” var opprinnelig begrenset til skader som skyldtes bruk av våpen og eksplosiver (flyangrep, bombe- og granateksplosjoner, torpedering med mer), samt trafikkulykker som var forårsaket av okkupasjonsmakten. Etter denne bestemmelsen krevdes at skaden var forårsaket av en ytre, konkret krigsbegivenhet. For at bl.a. gisler skulle kunne komme inn under bestemmelsen, lempet man noe på kravet om at skade skulle være følge av våpenbruk. Generelle og indirekte krigspåkjenninger vil, selv om de har forårsaket lidelser, ikke komme inn under bestemmelsen. Det sentrale element i krigspåkjenningen er således at vedkommende må være direkte eksponert.

Blant de saker Trygderetten har behandlet, er det flere saker som gjaldt krav om ytelser etter krigspensjoneringslovene fra personer som var barn da deres far ble arrestert eller skutt under krigen og som påberopte seg store påkjenninger og varige psykiske problemer som følge av dette. Det er liten tvil om at et slikt tap representerer en betydelig risikofaktor for at et barn kan utvikle psykiske problemer. Men slik lovutformingen er, blir Trygderettens vurdering at slikt foreldertap ikke er direkte overlast mot barnet fra okkupantens side. Tap av familiemedlemmer blir ansett som generelle påkjenninger som rammer de deler av befolkningen som i en krigssituasjon har sine pårørende i risikofylte miljøer som for eksempel i militær innsats, i konvoitjeneste, i illegal virksomhet eller i fiendtlig politisk fangenskap. I tillegg til at årsaksrekken er blitt ansett som for fjern og for avledet til at forholdet går inn under de vanlige krav om adekvat årsakssammenheng for å få rett til ytelser, ville en godkjenning bety en betydelig utvidelse av lovens omfang til en ny og ganske stor gruppe personer. Trygderetten har funnet at det ikke foreligger noe i lovforarbeider eller annet som kan gi grunnlag for en slik utvidelse.

Hvilke utslag denne lovanvendelsen kan gi illustreres av følgende eksempel: En 14-årig pike opplevde i 1941 at familiens hjem ble bombet med det til følge at faren døde og moren og en bror ble alvorlig skadet av bombesplinter. Selv var hun bortreist og kom hjem dagen etter til et bombeskadd hjem med to småsøsken og en bestemor. Mens de to småsøsknene 52 år senere ble tilstått pensjon, ble 14-åringens søknad avslått. Trygderetten

uttaler at den har full forståelse for hennes psykiske belastninger og at hennes etterfølgende psykiske plager kan sees som en direkte følge av det hun opplevde etter bombingene. Men det at hun ikke var tilstede og således ikke ble direkte utsatt for skade under angrepet, verken psykisk eller fysisk, gjør at de senere psykiske plagene ble en så vidt avledet følge av krigshendelsen, at forholdet ikke ansees å kunne gå inn under bestemmelsen. Hun var altså etter rettens mening ikke utsatt for en slik direkte, ekstraordinær og inngripende hendelse at den kunne gi rett til erstatning etter denne bestemmelsen.

Likeledes vurderes en hendelse som for eksempel arrestasjon av nære familiemedlemmer. For at denne skal godtas, må arrestasjonen ha skjedd på en slik måte at de øvrige familiemedlemmer hadde grunn til å tro at noe også ville hende dem. Der arrestasjonen skjedde på en brutal måte og barna selv hadde grunn til å føle seg truet, kunne derfor krigspåkjenningen bli godkjent.

Pga. den terror som okkupasjonsmakten drev mot den norske befolkningen, kunne hensikten fra fiendens side ved terroranslag mot et eller flere familiemedlemmer nettopp være å skape sekundærvirkninger, dvs. å ramme miljøet rundt motstandsvirksomheten. Eksempelene viser at det kan være meget vanskelig å trekke grenser for hvilke påkjenninger som skal godkjennes og hvilke ikke. Pga. kravet om direkte krigspåkjenninger er det mange som på tross av at de ble rammet hardt, men indirekte av krigen, ikke blir godkjent som krigsskadet i lovens forstand.

Krigspensjoneringens ytelser til gjenlevende foreldre ved tap av forsørger, ga rett til ytelser på linje med helsesvikt som medførte redusert inntektsevne. Dette har i noen grad utlignet den forskjellsbehandling som er beskrevet. Den økonomiske støtten gjenværende foreldre fikk, gjorde det mulig å forsørge barna, og derfor trolig kunne yte bedre omsorg.

Lovutformingens krav om direkte eksponering innebærer altså en vesentlig innskrenkning som gjør at mange ikke kan tilgodeses med krigsskadetrygd selv om det vil være allmenn enighet om at krigen rammet dem meget hardt. Gjeldende praksis har vært at det ikke er tilstrekkelig for godkjennelse at man har vært utsatt for generelle påkjenninger som de fleste mennesker kunne risikere å bli utsatt for i en krigssituasjon; eksempelvis er det å ha vært vitne til at andre ble arrestert, mishandlet eller drept ikke tilstrekkelig. Dette gjelder uavhengig av om det påvises årsakssammenheng mellom påkjenningene og den aktuelle sykdomstilstanden. Der sårbarheten er stor, vil selv små stressbelastninger kunne fremkalle psykisk sykdom. En særlig alvorlig stressbelastning vil derimot kunne forårsake psykisk lidelse hos mennesker også med lav grad av sårbarhet.

Kravet i det internasjonale diagnosesystem (ICD-10) til stressbelastningens alvorsgrad og art for at PTSD-diagnosen skal kunne stilles, samsvarer ganske godt med krigstrygdlovgivningens krav til direkte eksponering. For å få tilkjent krigspensjon, skal denne ha medført varige helseskader. I det følgende tar vi for oss hvordan årsakssammenhengene mellom krigspåkjenninger og psykiske problemer blir vurdert.

5.4 Krigspensjonslovens krav til årsakssammenheng

I følge rettspraksis må det fremtre som mest sannsynlig eller mest nærliggende at de aktuelle lidelsene er en følge av krigsulykke. For å bli tilkjent krigsskadetrygd, er det ikke tilstrekkelig at årsakssammenheng er mulig eller ikke kan utelukkes. Da omkring 1/3 av en befolkning i løpet av livet vil utvikle psykiske lidelser, vil det også i befolkningsgrupper som har vært utsatt for krigspåkjenninger, være en betydelig andel som har en psykisk lidelse som ikke er krigsrelatert. Alternative forklaringer til utvikling av lidelsen må derfor undersøkes. Det er en krevende oppgave både for søkeren om krigsskadepensjon og de sakkyndige å få kartlagt og vurdert de forskjellige mulige årsaker til de psykiske lidelsene. For søkeren om krigsskadepensjon vil kartleggingen av andre mulige årsaker til den psykiske lidelsen, som altså er en forutsetning for at en årsaksforklaring skal kunne anses som den mest sannsynlige, lett fortone seg som et forsøk på å bortforklare krigspåkjenningens betydning. Det er også naturlig at krigspåkjenninger i kraft av sin oftest dramatiske og/eller tragiske karakter og i sin meget konkrete art, lett kan fortone seg som mer sentrale og viktigere årsaksfaktorer enn andre.

Det kan ofte være vanskelig å forstå, enn si forklare, at så mange menneskers tåleevne er så stor at selv alvorlige stresspåkjenninger mestres og ikke får noen sikker psykisk skadevirkning. Dette innebærer at i en gruppe, for eksempel en søskenflokk eller en skoleklasse, vil bare en del få varige psykiske skader etter en felles alvorlig krigsbelastning. Forskjellene i helsetilstand i ettertid kan ikke alltid forklares.

Ved vurdering av årsakssammenheng (i juridisk forstand) mellom en eller flere stressbelastninger og en psykisk lidelse vil det vanligvis kreves at følgende kriterier er oppfylt:

1. Et adekvat påkjenning
2. En psykisk stressreaksjon som oppstår akutt eller nært i tid etter påkjenningen
3. Brosymptomer, dvs. psykiske reaksjoner eller symptomer som formidler en sammenheng mellom den akutte psykiske reaksjon og den utviklede psykiske lidelse og
4. En psykisk lidelse som symptomatologisk avspeiler den opprinnelige påkjenningen.

Lidelser innenfor det posttraumatiske spektrum gjenspeiler ofte det opprinnelige traumet i noen grad. Vanskeligere å bedømme er årsakssammenheng ved tilstander som ikke gjenspeiler traumet. Eksempler på dette er legemlige sykdommer og smertetilstander. Dette er tilstander som kan ha rot i barndomstraumer, men da de er vanlige også blant den delen av befolkningen som ikke er traumatisert, er det vanskelig å fastslå dette, særlig så mange år etter at traumene har funnet sted.

Årsaksvurderingen må også ta i betraktning at barndomstraumet både kan forårsake en akutt lidelse som vedvarer inn i voksen alder, eller utløse en sårbarhet for utvikling av senere lidelser. Denne sårbarheten trenger ikke å ha vært markert eller ført til problemer. Dokumentasjon av brosymptomer i form av legebesøk, sykemeldinger osv. er vanskeligere hos barn enn hos voksne, og spesielt slik forholdene var i Finnmark med mangelfullt utbygd helsevesen i etterkrigsårene. Kravet til brosymptomer bør derfor være mindre strengt hos de som var barn.

Fra et erstatningsmessig synspunkt er påberopte senskader vanskelig å vurdere mht. årsakssammenheng ettersom det ikke kan forventes å være sviktsymptomer allerede under stresspåkjenningen, akuttreaksjoner i nær tidsmessig sammenheng til påkjenningen(e) eller sammenhengende symptomer mellom akutt reaksjon og den senere psykiske lidelse, såkalte brosymptomer.

Årsakskrav i henhold til Tilleggsloven

I visse studier har man funnet at ekstreme og oftest langvarige påkjenninger kan være en tilstrekkelig årsak til at enhver, uavhengig av predisponerende og beskyttende faktorer, kan pådra seg varige psykiske mén. Legekommissjonen dokumenterte for eksempel i 1957 det som ble kalt "konsentrasjonsleirsyndromet" ("KZ-syndromet") hos norske overlevende fra nazistenes konsentrasjonsleire (Eitinger & Strøm, 1973). Omkring 10 år senere ble "Krigsseilersyndromet" definert, en tilstand som hadde utviklet seg hos en stor andel av

sjøfolkene etter langvarig og risikofylt konvoitjeneste (Askevold, 1976). Denne forskningen førte til en radikal lovutvikling, Tilleggsloven av 1968: Ettersom det var dokumentert at en meget høy andel av en gruppe utsatt for ekstreme krigspåkjenninger, hadde betydelig forhøyet risiko for forkortet levetid og økt psykiatrisk og legemlig sykdomsrisiko, ble bevisbyrden reversert. Det ble nå snarere staten som skulle motbevise at det var en årsakssammenheng. For søkeren om krigsskadepensjon etter Tilleggsloven er det tilstrekkelig å dokumentere at krigspåkjenningen tilfredsstiller kravene til betegnelsen ”usedvanlig hard”, og for den medisinske sakkyndige at det foreligger en helsesvikt med minst 50% ervervsuførhet. Sistnevnte krav er satt såpass strengt ettersom kravet om påvisning av individuell årsakssammenheng her er opphevet. Tilleggsloven førte til antallet krigsseilere som fikk krigsskadepensjon, nærmest ble tidoblet i løpet av ett år.

6.0 Oppsummeringer og anbefalinger

Oppsummering

Med den avgjørende betydning barndommen har for utviklingen av den psykiske helse, er det ikke overraskende at forskningen viser at en lang rekke voksenpsykiatriske lidelser kan ha alvorlige krigspåkjenninger i barndommen som en mer eller mindre avgjørende årsak. Forskningen viser at det først og fremst er posttraumatiske stresslidelser og psykiatriske syndromer der posttraumatisk stresssymptomatologi inngår som et vesentlig element, som er klassiske følgetilstander av alvorlige krigspåkjenninger.

Personlighetsutviklingen forstyrres med en økt psykisk sårbarhet til følge som eventuelt først slår ut i voksen alder. Der slik psykisk skade kan påvises gjennom grundig klinisk psykiatrisk vurdering og en krigsrelatert hendelse som tilfredsstiller belastningskriteriet for diagnosen PTSD kan dokumenteres, er det mulig med rimelig grad av sikkerhet å fastslå at det er en årsakssammenheng der ikke andre åpenbare årsaker kan påvises. Der krigshendelsen rammet en gruppe noenlunde likt i forhold til alvorlighetsgrad vil det være mulig å gjøre gruppebetragtninger gjeldende, dvs. at en form for presumsjon om årsakssammenheng kan legges til grunn.

Når det gjelder psykiske lidelser utenom det posttraumatiske stresspektrum som former for rusmiddelmisbruk, psykoser, personlighetsforstyrrelser, depresjoner, angstlidelser i sin alminnelighet uten islett av PTSD-relatert symptomatologi, vil presumsjonsbetragtninger vanskelig kunne gjøres gjeldende. Ved slike tilstander kan bare nærmere grundig individuell

psykiatrisk vurdering avgjøre graden av årsakssammenheng mellom krigspåkjenningen og den endelige psykiske lidelsen. Forskningen indikerer at det også kan være risiko for økt legemlig sykkelighet, men disse er uspesifikke og kriteriene for å fastslå en årsakssammenheng med krigspåkjenningene er ennå usikre.

Anbefalinger

Utvalget mener på grunnlag av det innsamlede datamaterialet at det er argumenter for at presumsjon som prinsipp for årsaksvurdering kan innføres der det dreier seg om spesielt alvorlige og enhetlige gruppepåkjenninger og de krigsrelaterte psykiske skadene er spesifikke. Konkret dreier dette seg om skolebarna på Holen skole som ble direkte rammet av bombing og som i voksen alder har fått påvist en psykisk skade/lidelse forenlig med posttraumatisk stresslidelse eller innen det posttraumatiske stresspektrum. Med dette menes et symptombylde hovedsakelig eller delvis preget av posttraumatisk angst (altså der en full eller delvis PTSD er til stede). Andre barn i Laksevåg og i Norge for øvrig som ble direkte rammet av bombing på samme måte som barna på Holen skole, vil også kunne bedømmes etter en slik presumsjon.

Mht. huleboerbarna i Finnmark har ekspertgruppen kommet til at påkjenningene var for forskjellige til at en felles gruppebasert vurdering kan legges til grunn. For grupper av disse med spesielt alvorlige påkjenninger og med de påregnelige følgetilstandene, vil imidlertid et presumsjonsprinsipp kunne legges til grunn. I øvrig må det foretas en individuell vurdering av krigspåkjenningen og den eventuelt varige psykiske skade.

For de få barn som kan ha blitt utsatt for usedvanlig hard krigspåkjenning, mener utvalget det er grunnlag for en praksis som under Tilleggsloven. Hopseidtragedien kan være et eksempel på dette. Da vil presumsjon av årsakssammenheng for enhver helsesvikt i voksen alder kunne gjøres gjeldende.

Referanser

- Ackerman, P. T., Newton, J. E. O., McPherson, W. B., Jones, J. G., & Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children. *Child Abuse and Neglect*, 22, 759-774.
- Ajdukovic, M. (1998). Displaced adolescents in Croatia: Sources of stress and posttraumatic stress reactions. *Adolescence*, 33, 209-217.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (Ed.). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3 ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (Ed.). (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3 rev ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (Ed.). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4 ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andersen, R. (2007). *Det glemte folket* Kristiansand: Stiftelsen Arkivet i samarbeid med Agderposten.
- Andersson, S.-J. (1996). *Konsekvenser av terroraksjoner - eksemplet Telavåg*. Stockholm: Lederskapsinstitutionen, Militærhøgskolan Stockholm i samarbeid med Universitetet i Oslo/ Forsvarets sanitet, Kontoret for katastrofepsykiatri.
- Andrews, G., & Slade, T. (2002). The classification of anxiety disorders in ICD-10 and DSM-IV: A concordance analysis *Psychopathology*, 35, 100-106.
- Andrews, G., Slade, T., & Peters, L. (1999). Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. *British Journal of Psychiatry*, 174, 3-5.
- Askevold, F. (1976). War sailor syndrome. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 27, 133-138.
- Azarian, A., & Skriptchenko-Gregorian, V. (1998). Traumatization and stress in child and adolescent victims of natural disasters. In T. W. Miller (Ed.), *Stressful life events and their effects on children and adolescents* (pp. 77-118). Madison, CT: International Universities Press, Inc.
- Backer, O. F., Danielsen, P. E., & Waage, P. (1946). *Øya i ingenmannsland*. Oslo: H. Aschehoug & Co (W. Nygaard).
- Brajsa-Zganec, A. (2005). The long-term effects of war experiences on childrens depression in the republic of Croatia. *Child Abuse and Neglect*, 29(1), 31-43.
- Brander, T. (1943). Psychiatric observations among finnish children during the Russo-Finnish war of 1939-1940. *Nervous Child*, 2, 313-319.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Rose, S. (2000). Fear, helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder: Investigating DSM-IV Criterion A2 in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 499-509.
- Carey-Trefzer, C. J. (1949). The results of a clinical study of war-damaged children who attended a child guidance clinic. *Journal of Mental Science*, 95, 535-559.
- 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 and Adolescent Psychiatry*, 41, 166-173.
- Connolly, D., McClowry, S., Hayman, L., Mahony, L., & Artman, M. (2004). Posttraumatic stress disorder in children after cardiac surgery. *The Journal of Pediatrics*, 144, 480-484.
- Dahl, H. F., & Hagen, E. (1995). *Norsk Krigsleksikon 1940-45*. Oslo: J.W.Cappelens Forlag A/S.

- Davidson, B. (2005). Bomber over Laksevåg - et sekstiårsminne [Electronic Version]. *Statsarkivet i Bergen* from <http://www.riksarkivet.no/bergen/publikasjoner/laksevaag.html>.
- Dyregrov, A. (2000). Barns reaksjoner under og etter traumatiske hendelser. In *Barn og traumer. En håndbok for foreldre og hjelpere* (pp. 16-52). Bergen: Fagbokforlaget.
- Dyregrov, A., Gjestad, R., & Raundalen, M. (2002). Children exposed to warfare: a longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 15(1), 59-68.
- Dyregrov, A., Matthiesen, S. B., Kristoffersen, J. I., & Mitchell, J. T. (1994). Gender differences in adolescents' reactions to the murder of their teacher. *Journal of Adolescent Research*, 9, 363-383.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of persistent PTSD *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Eid, J., & Herlofsen, P. H. (2004). Posttraumatisk stressforstyrrelse i DSM- og ICD-systemene. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41, 620-627.
- Eitinger, L. (1947). Skolebarnas boligforhold i Bodø. *Sosialt Arbeid*, 3-4(21), 108-112.
- Eitinger, L. (1948). Boligforhold og skoleprestasjoner. *Sosialt Arbeid*, 5(22), 144-152.
- Eitinger, L., & Strøm, A. (1973). *Mortality and morbidity after excessive stress*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eitinger, L., Vold, O., & Weisæth, L. (1995). *Krigsskader og senvirkninger - krigspensjonering gjennom 50 år*. Oslo: Rikstrygdeverket.
- Engstrup, I. (1968). *Et halvt sekel. Et skrift utgitt i anledning av Laksevåg kommunes 50 års jubileum 1918 - 1968*. Bergen: Laksevåg kommune.
- Evensen, K. H. (2006). Utviklingspsykologiske faktorerens betydning for posttraumatiske stressreaksjoner: Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo.
- Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, R., & Augustyn, M. (1996). Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder. *Child Abuse and Neglect*, 20, 953-961.
- Fasmer, H. B., Tschudi Madsen, S., Kordt, A., & Svenke, E. (1949). *Det frivillige hjelpearbeid i Bergen og Laksevåg etter krigsulykkene i 1944*. Bergen: Hovedutvalget for pengebidragsfordelingen
- Finne, Ø. (2005). *Krigen som aldri slutter. Krigstraumer i et livstidsperspektiv. Eksemplet Finnmark 1940-46*. Tromsø.
- Fletcher, K. E. (1996). Childhood posttraumatic stress disorder. In E. J. Mach & R. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 242-276). New York: Guilford Press.
- Fletcher, K. E. (2003). Childhood posttraumatic stress disorder. In E. J. Mach & R. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 330-371). New York: Guilford Press.
- Foa, E. (1988). Long-term effects of parental wartime captivity on children: Children of POW and MIA servicemen. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 18(4), 312-328.
- Foster, D., Davies, S., & Steele, H. (2003). The evacuation of british children during world war II: a preliminary investigation into the long-term psychological effects. *Aging & Mental Health*, 7(5), 398-408.
- Foy, D. W., Madvig, B. T., Pynoos, R. S., & Camilleri, A. J. (1996). Etiological factors in the development of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of School Psychology*, 34, 133-145.
- Freud, A., & Burlingham, D. T. (1943). *War and children*. London: Medical war books.
- Frichsen, S. (2004). *Vi reiste oss igjen. Et 60-års minne 4.oktober 1944-2004* (1 ed.). Bergen: Minneforeningen av 4.oktober 1944.
- Gamst, T. (1984). *Finnmark under hakekorset. "Festung Finnmark"*. . Arendal: Agdin Forlag.
- Garnezy, N., & Rutter, M. (1985). Acute stress reactions. In M. Rutter & L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches*. Oxford: Blackwell.

- Goenjian, A. K., Molina, L., Steinberg, A. M., Fairbanks, L. A., Alvarez, M. L., Goenjian, H. A., et al. (2001). Posttraumatic stress and depressive reactions among Nicaraguan adolescents after hurricane Mitch. *American Journal of Psychiatry*, 158, 788-794.
- Green, B. L., Korol, M., Grace, M. C., Vary, M. J., Leonard, A. C., Gleser, G. C., et al. (1991). Children and disaster: age, gender, and parental effects on PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*(30), 945-951.
- Greve, T. (1979). *Bergen i krig*. Bergen: J. W. Eide forlag.
- Guldbrandsen, A. M. (2005). *Tavshed blev min sang. Bombardementet af Den franske Skole marts 1945* (1 ed.). Hellerup: Forlaget Documentas.
- Guldbrandsen, T. F. (2002). *Oppvekst i krig*. Solheimsviken: Bjørgvin Grafiske Forlag.
- Hansen, K. (1945). *Finnmark brenner*: Håndverkstrykkeriet.
- Hansen, K. (1945). *Finnmark brenner. en sann skildring av en deportert*. Oslo: Aasmund Engens Annonsekontor A/S.
- Hardin, S. B., Weinrich, M., Weinrich, S., Hardin, T. L., & Garrison, C. (1994). Psychological distress of adolescents exposed to Hurricane Hugo. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 427-440.
- Hauglid, A. O., Jensen, K. E., & Westrheim, H. (1985). *Til befolkningen! Brannhøsten 1944 - gjenreisningen etterpå*. Tromsø, Oslo, Bergen, Stavanger: Universitetsforlaget AS.
- Heyerdal, K. (2001). Omsorgssvikt. In L. Weisæth & O. D. Dalgard (Eds.), *Psykisk helse. Risikofaktorer og forebyggende arbeid* (pp. 145-161). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Hunter, E. J. (1988). Long-term effects of parent wartime captivity on children: Children of POW and MIA servicemen. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 18(4), 312-328.
- Husby, E. D. (Ed.). (1995). *Krigen på Sørøya*. Hasvik kommune: Hasvik kommune.
- Jensen, I., Pedersen, S., & Tunander, A. (Writer) (2005). Så som aldri leges. Bombingen av Holen skole 4.oktober 1944. In S. Regin (Producer). Norge.
- Kaplow, J. B., Dodge, K. A., Amaya-Jackson, L., & Saxe, G. N. (2005). Pathways to PTSD, Part II: Sexually Abused Children. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1305-1310.
- Kaplow, J. B., Saxe, G. N., Putnam, F. W., Pynoos, R. S., & Lieberman, A. F. (2006). The long-term consequences of early childhood trauma: a case study and discussion. *Psychiatry*, 69(4), 362-375.
- Kassam-Adams, N., & Winston, F. K. (2004). Predicting Child PTSD: the relationship between acute stress disorder and PTSD in injured children. *Journal of Academic Child and Adolescent Psychology*, 43(4), 403-411.
- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*(71), 692-700.
- Klingman, A. (2001). Stress responses and adaptation of Israeli school-age children evacuated from homes during massive missile attacks. *Anxiety, Stress & Coping*, 14(2), 149-172.
- Koupil, I., Shestov, D. B., Sparén, P., Plavinskaja, S., Parfenova, N., & Vågerö, D. (2007). Blood pressure, hypertension and mortality from circulatory disease in men and women who survived the siege of Leningrad. *European Journal of Epidemiology*, 22(4), 223-234.
- Kuterovac-Jagodic, G. (2003). Posttraumatic stress symptoms in Croatian children exposed to war: A prospective study. , 59(1), 9-25. *Journal of Clinical Psychology*, 59(1), 9-25.
- Kuwert, P., Spitzer, C., Träder, A., Freyberg, H. J., & Ermann, M. (2007). Sixty years later: post-traumatic stress symptoms and current psychopathology in former German children of World War II. *International Psychogeriatrics*, 19(5), 955-961.
- Langmeier, J., & Matejcek, Z. (1973). *Psychological deprivation in childhood*. New York: Halsted Press.

- Laor, N., Wolmer, L., & Cohen, D. J. (2001). Mothers' functioning and children's symptoms 5 years after a SCUD missile attack. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1020-1026.
- Laor, N., Wolmer, L., Mayes, L. C., Gershon, A., Weizman, R., & Cohen, D. J. (1997). Israeli preschool children under Scuds: a 30-month follow-up 36(3), 349-356. . *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(3), 349-356.
- Lev-Wiesel, R., & Amir, M. (2000). Posttraumatic stress disorder symptoms, psychological distress, personal resources and quality of life in four groups of holocaust child survivors *Family Processes*, 39(4), 445-459.
- Lewis, A. (1942). Incidence of neurosis in England under war conditions. *Lancet*, 175-183.
- Lipschitz, D. S., Winegar, R. K., Hartnick, E., Foote, B., & Southwick, S. M. (1999). Posttraumatic stress disorder in hospitalized adolescents: Psychiatric comorbidity and clinical correlates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*(38), 385-392.
- Lonigan, C. J., Shannon, M. P., Finch, A. J., Daugherty, T. K., & Taylor, C. M. (1991). Children's reactions to natural disaster: Symptom severity and degree of exposure. *Advances in Behaviour Research and Therapy*(13), 135-154.
- López-Ibor, J. J. (2002). The classification of stress-related disorders in ICD-10 and DSM-IV. *Psychopathology*, 35, 107-111.
- Lyngstad, T. (1999). *Raus!! Schnell!!* Alta: Kåfjord kommune/Samisk utdanningsråd.
- Lyngvi, A. (2000). *Bomber over Laksevåg. 4. oktober 1944 og tiden som fulgte* (2 ed.). Bergen: Sigma.
- Maercker, A., & Herrle, J. (2003). Long-term effects of the Dresden bombing: Relationships to control beliefs, religious belief and personal growth. *Journal of Traumatic Stress*, 16(6), 579-587.
- Major, E. F. (1996a). The impact of the Holocaust on the second generation: Norwegian Jewish Holocaust survivors and their children. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 441-454.
- Major, E. F. (1996b). *War stress in a transgenerational perspective. Norwegian Concentration Camp Survivors and Two Other Resistance Groups and Their Children. A Comparative Investigation*. Oslo: Department Group of Psychiatry, University of Oslo
- Division of Disaster Psychiatry, Gaustad, University of Oslo
- The Armed Forces Joint Medical Service.
- Major, E. F. (2003). Health Effects of War Stress on Norwegian World War II Resistance Groups: A Comparative Study. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 595-599.
- Malmquist, C. P. (1986). Children who witness parental murder: Posttraumatic aspects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 320-325.
- Malt, U. F., Schnyder, U., & Weisæth, L. (1996). ICD-10 Mental and Behavioural Consequences of Traumatic Stress. In F. L. Mak & C. C. Nadelson (Eds.), *International Review of Psychiatry* (Vol. 2, pp. 151-176). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Miljevic-Ridjicki, R., & Lugomer-Armano, G. (1994). Children's comprehension of war. *Child Abuse Review*, 3(2), 134-144.
- Myers-Bowman, K. S., Walker, K., & Myers-Walls, J. A. (2003). A cross-cultural examination of children's understanding of "the enemy". *Psychological Reports*, 93, 779-790.
- NAV. (2000). Rettskilder for trygdeetaten. Krigspensjonering [Electronic Version], Hovednummer 31 from <http://rundskriv.nav.no/rtv/lpext.dll/hovednummer/h31/h31-r/h31-r01?f=templates&fn=document-frame.htm&2.0>.

- NAV. (2007). *Sluttrapport. Krigspensjon for tidligere huleboere og barn fra Holen skole.* .
- Nielsen, R. (1976). *Folket i hulene. En beretning om de dramatiske hendene på Sørøya 1944/45.* Oslo: Tiden Norsk Forlag.
- Nielsen, R. (1996). *Øyfolket i hulene.* Vadsø
- Finnmark fylkeskommune i samarbeid med Hasvik kommune.
- Nielsen, R. (1998). *Brennende vinter.* Hammerfest: G. Hagens Forlag.
- Nøkleby, B., & Hjeltnes, G. (2000). *Barn under krigen.* Oslo: H. Aschehoug & Co (William Nygaard).
- Pesonen, A.-K., Räikkönen, K., Heinonen, K., Kajantie, E., Forsèn, T., & Eriksson, J. G. (2007). Depressive symptoms in adults separated from their parents as children: a natural experience during World War II *American Journal of Epidemiology*, 17/9 2007/in press?
- Peters, L., Slade, T., & Andrews, G. (1999). A comparison of ICD10 and DSMIV criteria for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 335-343.
- Pynoos, R. S. (1994). Traumatic stress and developmental psychopathology in children and adolescents. In e. a. R.S. Pynoos (Ed.), *Posttraumatic stress disorder. A clinical review* (pp. 65-98). Lutherwille: Sidran press.
- Pynoos, R. S., Frederick, C., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., Eth, S., et al. (1987). Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1057-1063.
- Pynoos, R. S., Goenjian, A., Tashjian, M., Karakashian, M., Manjikian, R., & Manoukian, G. (1993). Post-traumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian earthquake. *British Journal of Psychiatry*, 163, 239-247.
- Pynoos, R. S., Goenjian, A., Tashjian, M., Karakashian, M., Manjikian, R., Manoukian, G., et al. (1993). Post-traumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian earthquake. *British Journal of Psychiatry*, 163, 239-247.
- Pynoos, R. S., & Nader, K. (1989). Children's memory and proximity to violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 235-241.
- Qouta, S., Punamäki, R. L., & El Sarraj, E. (2003). Prevalence and determinants of PTSD among Palestinian children exposed to military violence. *European Child and Adolescent Psychiatry* 12(6), 265-272.
- Reulbach, U., Bleich, S., Biermann, T., Pfalberg, A., & Sperling, W. (2007). Late-onset schizophrenia in child survivors of the holocaust. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(4), 315-319.
- Saigh, P. A., Yasik, A. E., Oberfield, R. A., Halamandaris, P. V., & McHugh, M. (2002). An analyses of the internalizing and externalizing behaviors of traumatized urban youth with an without PTSD. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 462-470.
- Sandvik, H. (1975). *Frigjøringen av Finnmark 1944-1945.* Oslo: Forsvarets krigshistoriske avdeling/Gyldendal norsk forlag.
- Saxe, G. N., Stoddard, F., Hall, E., Chawla, N., Lopez, C., Sheridan, R., et al. (2005). Pathways to PTSD, Part I: Children With Burns. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1299-1304.
- Saylor, C. F., Belter, R., & Stokes, S. (1997). Children and Families Coping with Disasters. In S. A. Wolchick & I. N. Sandler (Eds.), *Stress and Coping in Children* (pp. 361-386). New York, NY: Plenum Publishing Company.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Drell, M. J., & Larrieu, J. A. (1995). Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 191-200.

- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L., & Putnam, F. W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 561-570.
- Schwartz, E. D., & Kowalski, J. M. (1991). Malignant memories: PTSD in children and adults after a school shooting. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 936-944.
- Schwarzwald, J., Weisenberg, M., Solomon, Z., & Waysman, M. (1994). Stress reactions of school-age children to the bombardment by Scud missiles: a 1-year follow-up. *Journal of Traumatic Stress*, 7(4), 657-667.
- Schwarzwald, J., Weisenberg, M., Solomon, Z., & Waysman, M. (1997). What will the future bring? Thoughts of children after missile bombardment. *Anxiety, Stress, and Coping*, 10, 257-267.
- Schwarzwald, J., Weisenberg, M., Waysman, M., Solomon, Z., & Klingman, A. (1993). Stress reaction of school-age children to the bombardment by SCUD missiles. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(3), 404-410.
- Shaw, J. A. (2003). Children exposed to war/terrorism *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6(4), 237-246.
- Skodvin, M. (1987). *Norge i krig* (Vol. 8). Oslo: H. Aschehoug & Co (W. Nygaard).
- Stallard, P., Velleman, R., & Baldwin, S. (1998). Prospective study of post-traumatic stress disorder in children involved in road traffic accidents. *British Medical Journal*, 317, 1619-1623.
- Steimler, B. H. (1954). *Holen Skole, et festskrift ved innvielsen 1.desember 1954*. Bergen: Skolens byggekomite.
- Staab, J., C., Fullerton, C. S., & Ursano, R. (1999). A Critical Look at PTSD: Constructs, Concepts, Epidemiology, and Implications. In I. R. Gist & B. Lubin (Eds.), *Response to Disaster: Psychosocial, community and ecological approaches* (pp. 101-132). Philadelphia: Bruner/Mazel.
- Sundsteigen, R. (1994). *Tragedien i Laksevåg. Bombeangrepet i Laksevåg 4.oktober 1944*. Bergen: Laksevåg Kultur Historiske Foreningen v/4.oktober komiteen.
- Sundsteigen, R. r. (1994). *Tragedien i Laksevåg. Bombeangrepet i Laksevåg 4.oktober 1944*. Bergen: Laksevåg Kultur Historiske Foreningen v/4.oktober komiteen.
- Terr, L. C. (1981). Psychic trauma in children: observations following the Chowchilla school-bus kidnapping. *American Journal of Psychiatry*, 138, 14-19.
- Terr, L. C. (1983). Chowchilla revisited: the effects of psychic trauma four years after a school-bus kidnapping. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1543-1550.
- Thabet, A. A. M., Abed, Y., & Vostanis, P. (2002). Emotional problems in Palestinian children living in a war zone: A cross-sectional study. *Lancet*, 359(9320), 1801-1804.
- Thorsen, L. (1981). *Finnmark brenner! Minner og dagboksnotater fra 1944-45*. Oslo: Tiden Norsk Forlag.
- Waugh, M. J., Robbins, I., Davies, S., & Feigenbaum, J. (2007). The long-term impact of war experiences and evacuation on people who were children during World War Two 11(2): 168-174. *Aging & Mental Health*, 11(2), 168-174.
- Weisenberg, M., Schwarzwald, J., Waysman, M., Solomon, Z., & Klingman, A. (1993). Coping of school-age children in the sealed room during scud missile bombardment and postwar stress reactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 462-467.
- Westrheim, H. (1978). *Landet de brente. Tvangsevakueringen av Finnmark og Nord-Troms høsten 1944*. Oslo: Nordnorsk Forfatterlag
- Tiden Norsk Forlag.

- World Health Organization. (1992a). *International classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1992b). *International classification of mental and behavioral disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.
- Yule, W. (1998). Posttraumatic stress disorder in children and its treatment. In T.W.Miller (Ed.), *Children of trauma. Stressful life events and their effects on children and adolescents* (pp. 219-243). Madison, CT: International Universities Press.
- Zatzick, D. F., Grossman, D. C., Russo, J., Pynoos, R., Berlinger, L., & Jurkovich, G., et. al. (2006). Predicting posttraumatic stress symptoms longitudinally in a representative sample of hospitalized injured adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(10), 1188-1195.
- Ziv, A., & Israeli, R. (1973). Effects of Bombardment on the Manifest Anxiety Levels of Children Living in the Kibbutz. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 287-291.