

EMDR behandling av barn utsatt for komplekse traumer

Aslaug Kaasa

Anna Kvasheim Sannes

Våren 2015

Hovedoppgave, profesjonsstudiet i psykologi

Psykologisk institutt

NTNU, Trondheim

Veileder: Trude Reinfjell

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

Forord

Da valg av hovedoppgave nærmet seg i desember 2014 oppdaget vi at begge hadde lyst til å skrive om komplekse traumer, og vi bestemte oss for å skrive hovedoppgave sammen. Begge har blitt interessert i komplekse traumer gjennom forelesninger og klinisk praksis på NTNU. Utsiktene for å skrive en oppgave om komplekse traumer anså vi først som svært utfordrende, da dette er et omfattende felt som blant annet involverer store deler av utviklingspsykologien. Etter første samtale med vår veileder, Trude Reinfjell, fikk vi derimot retningslinjer og veiledning som gjorde det mulig for oss å velge et tilstrekkelig avgrenset fokus for en hovedoppgave; å undersøke og diskutere om EMDR er en egnet behandlingsmetode for barn utsatt for komplekse traumer. Å skrive en oppgave om EMDR var spennende for oss, da dette var en terapeutisk metode vi visste lite om, men som brukes mye i traumebehandling.

Skriveprosessen har til tider vært utfordrende, og vi har mange ganger følt at vi har gapt over for mye. Dette ble derimot lettere utover i oppgaveskrivingen, da vi begynte å få en større forståelse for temaet, i tillegg til at oppgaven fikk et mer spisset fokus. Vi er i dag veldig fornøyd med at vi valgte dette temaet, da vi har fått repetert mye av den generelle utviklingspsykologien samt fått en god forståelse for symptomer på komplekse traumer. Da begge to ønsker å jobbe som barneterapeuter i fremtiden kan dette komme godt med i klinisk arbeid.

Takk til Trude Reinfjell, som har veiledet oss gjennom oppgaven og som hele tiden har vært positiv og engasjert i oppgavens tema. Takk for gode og retningsgivende tilbakemeldinger, som har hjulpet oss i viktige veivalg, samt bidratt til å ivareta fokuset og den røde tråden i oppgaven. I tillegg har vi satt stor pris på din kliniske kompetanse som EMDR terapeut, som har bidratt til at oppgaven også har hatt et klinisk perspektiv. Vi har også vært veldig fornøyd med at du har satt av god tid til å lese igjennom oppgaven, noe som har gjenspeilet seg i konkrete og gode tilbakemeldinger.

En siste takk til kjærester, diverse familiemedlemmer og venner som har lest korrektur av oppgaven, og som har vært en god støtte gjennom hele prosessen.

Trondheim 17. juni 2015

Aslaug Kaasa

Anna Kvassheim Sannes

Abstract

The purpose of this thesis was to explore whether *Eye Movement Desensitization Reprocessing* (EMDR) is a suitable method for the complex symptoms associated with children exposed to trauma repeatedly and persistently. Theory on complex trauma is presented, thoughroughly going through seven domains of symptoms associated with children exposed to complex trauma. EMDRs underlying theory is presented. Additionally, the methodological steps are reviewed. The thesis includes a presentation of available research on EMDR and children with complex reactions to trauma. EMDRs capability to address and treat the complex reactions/symptoms to trauma is discussed on a theoretical and empirical level. Theoretically it can be concluded that EMDR to a certain point is a suitable method for treating these children, if certain necessary adjustments and additions are included in the treatment. Empirically it is hard to come to any conclusions. To this date no studies spesifically addressing EMDRs effect on complex trauma reactions exist. To be able to come to an empirical conclusion, research will have to target EMDRs suitability for the symptoms and needs of children exposed to complex trauma. Adaptations thought to be necessary to conduct such studies are discussed.

Sammendrag

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke hvorvidt *Eye Movement Desensitization Reprocessing* (EMDR) er en metode som kan ivareta de komplekse symptomene assosiert med barn utsatt for gjentagende og vedvarende traumatiske hendelser. Kompleks traumeteori presenteres, med en grundig gjennomgang av de syv symptomdomenene assosiert med komplekst traumatiserte barn. Etterfølgende gis det en generell innføring i EMDR, med fokus på underliggende teori og gjennomgang av metoden. Oppgaven presenterer også tilgjengelig forskning på EMDR behandling av barn som vurderes å ha kompleks traumeproblematikk. Hvordan EMDR adresserer og behandler de komplekse traumesymptomene blir diskutert på et teoretisk og empirisk plan. Teoretisk konkluderes det med at EMDR til en viss grad kan ivareta disse barna, med forbehold om at spesifikke tilpasninger gjøres. Empirisk er det vanskelig å konkludere, da det per dags dato ikke eksisterer noen studier som har forsøkt å besvare om EMDR har effekt på komplekse traume symptomer hos barn. Oppgaven drøfter potensielle tilpasninger av som kan tenke å være hensiktsmessig for å gjennomføre fremtidige studier som kan belyse dette forskningsspørsmålet.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	13
1.1 Bakgrunn.....	13
1.2 Kompleks traumatisering og utvikling.....	17
1.3 Forekomst og behandling.....	19
1.4 Avgrensning.....	22
1.5 Begrepsavklaring.....	24
2.0 De syv domenene.....	25
2.1 Tilknytning.....	25
2.1.1 Tilknytningsteori.....	25
2.1.2 Desorganisert tilknytning.....	26
2.1.3 Overgang til kontrollerende atferd.....	28
2.2 Dissosiering.....	29
2.3 Affektdysregulering.....	31
2.4 Biologi.....	33
2.4.1 Hjernens alarm- og reguleringsystem.....	34
2.4.2 Biologiske konsekvenser på strukturer og -nettverk i høyre hemisfære.....	35
2.4.3 Kroppslige symptomer.....	35
2.5 Atferdsdysregulering.....	36
2.6 Kognisjon.....	37
2.7 Utvikling av selvet.....	39
2.8 Sammendrag.....	40
3.0 EMDR.....	43
3.1 EMDR teori.....	43
3.1.1 Innledning.....	43
3.1.2 AIP-modellen og behandling.....	43
3.1.3 Øyebevegelser.....	45
3.1.4 Resource development installation (RDI).....	46
3.1.5 EMDR-terapiens åtte faser.....	47
a) Historie-taking.....	47
b) Forberedelse.....	48
c) Vurdering.....	49

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER	10
d) Desensivering.....	50
e) Installering, Kroppsskanning, Avslutning og Reevaluerig.....	51
3.1.6 EMDR med barn utsatt for kompleks traumatisering.....	52
3.1.7 Oppsummering.....	53
3.2 Forskningsstudier.....	54
3.2.1 Atferdsvansker.....	55
3.2.2 Atferdsvansker og selvtillit.....	56
3.2.3 Barn utsatt for krig.....	58
3.2.4 Oppsummering.....	58
4.0 Diskusjon.....	59
4.1 Teoretisk diskusjon.....	59
4.1.1 Tilknytning.....	59
a) Generaliseringseffekten.....	59
b) Reprosessering av implisitte, traumatiske minner.....	60
c) Arbeidsmodeller.....	61
d) Endre tilknytningsstatus.....	63
e) Oppsummering.....	64
4.1.2 Dissosiasjon.....	64
a) Reprosessering av dissosierte minner.....	64
b) Emosjonsregulering.....	65
c) Retningslinjer og tiltak for barn som dissosierer.....	65
d) Oppsummering.....	66
4.1.3 Affektdysregulering.....	66
a) Forberedelsesfasen.....	66
b) Emosjonsregulering i terapirommet.....	67
c) Fokus på kroppslige sensasjoner og integrering av kognisjon og emosjon.....	68
d) Desensiveringingsfasen.....	68
e) Fokus på barnets omsorgsbase.....	68
f) Oppsummering.....	69
4.1.4 Biologi.....	69
a) Et nevrologisk fokus.....	69
b) Effekten av bilateral stimulering.....	70
c) Grad av uintegreerte minnenettverk.....	71

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

d) Oppsummering.....	71
4.1.5 Atferdsdysregulering.....	71
a) Emosjonsregulering.....	72
b) Atferd som en tilpasning til barnets oppvekstmiljø.....	72
c) Reprosessering.....	73
d) Empirisk forskning.....	73
e) Oppsummering.....	75
4.1.6 Kognisjon.....	76
a) Emosjonsregulering.....	76
b) Økt integrering av nevrologiske nettverk.....	77
c) Stress.....	77
d) Språk.....	78
e) Oppsummering.....	79
4.1.7 Selvet.....	80
a) Installering av positive ressurser og kognisjoner.....	80
b) Bearbeiding av forvrengte, negative kognisjoner.....	80
c) Barnets opplevelse av mestring i og utenfor terapirommet.....	81
d) Dissosiering: Et “avsplittet” selv.....	82
e) Betydningen av barnets omsorgsbasis for selvet.....	83
f) Oppsummering.....	83
4.2 Diskusjon forskningslitteratur.....	84
4.2.1 Metodologiske svakheter.....	84
4.2.2 Begrensninger for å belyse behandlingseffekt på komplekse traumer hos barn.....	85
4.2.3 Implikasjoner for senere forskning.....	86
5.0 Konklusjon.....	89
Referanser.....	91

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) ble innlemmet i den amerikanske diagnosemanualen DSM III i 1980 (American Psychiatric Association, 1980). Dette var i stor grad et resultat av forskning på overlevende fra Holocaust, krigsveteraner fra Vietnamkrigen og kvinnelige voldteksoffer. På tvers av disse gruppene viste det seg at en betydelig andel slet med et symptombilde bestående av: gjenopplevelse av den traumatiske hendelsen; unngåelse av påminnere til traumet; og en forhøyet, fysiologisk aktivering (Van Putten & Emory, 1973; Figley, 1978; Sutherland & Scherl, 1970; Burgess & Holmstrom 1974a, 1974b; Notman & Nadelson, 1976; Chadoff, 1970). Disse symptomene ble videre forstått som etterreaksjoner på de ulike traumatiske erfaringene.

I DSM-V defineres et traume som en situasjon der “en person opplever, er vitne til eller blir konfrontert med en eller flere hendelser som innebærer faktisk, eller trussel om, død eller alvorlig skade, eller trussel om fysisk skade mot seg selv eller andre” (American Psychiatric Association, 2000). Videre spesifiserer DSM-V at en hendelse kun kan defineres som traumatisk dersom «personens reaksjoner innebærer intens redsel, hjelpeløshet eller skrekk.(...)». Denne presisjonen legger vekt på den enkeltes opplevelse, og åpner for at ulike personer kan oppleve samme hendelse ulikt. I denne sammenheng hevder Van der Hart, Nijenhuis og Steele (2006) at hendelser ikke er traumatiske i seg selv, men i den effekten de har på den enkelte. Innenfor en slik forståelsesramme refererer traumer til en reaksjon hos et individ som utsettes for en *potensielt* traumatiserende opplevelse (Van der Hart et al., 2006).

PTSD-symptomene gjenopplevelse, unngåelse og forhøyet aktivering har gjennom en rekke studier også vist seg å forekomme hos barn i ulike kulturer, blant annet etter eksponering for krig (Arroyo & Eth, 1985; Kinzie, Sack, Angell, Manson & Rath, 1986; Saigh, 1991), vold (Malmquist, 1986; Pynoos & Nader, 1988; Schwarz & Kowalski, 1991) og seksuelle misbruk (Goodwin, 1988; McLeer, Deblinger, Henry, & Orvaschel, 1992; Wolfe, Gentile, & Wolfe, 1989). PTSD-symptomene kan derimot ha en annen uttrykksform hos barn. Blant annet kan gjenopplevelse komme til uttrykk gjennom monoton, livløs lek, hvor barnet repeterer den traumatiske hendelsen, navngitt posttraumatisk lek (Terr, 1981). Videre kan barn utvise PTSD-symptomer som ikke ses hos voksne, slik som atferdsvansker, regresjon i utviklingsprosesser, fysiske symptomer og forekomst av generalisert frykt (American Psychiatric Association, 2000; Schwarz & Perry, 1994; Yule, 2000).

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

PTSD-diagnosen har gitt et rammeverk for å beskrive og forstå symptomer assosiert med traumatiske livshendelser hos barn og voksne. Diagnosen har videre fasilitert utviklingen av evidensbaserte psykososiale behandlingsmetoder, slik som *Eye Movement Desentization Reprocessing* (EMDR) og *Trauma Focused Behaviour Therapy* (TF-CBT) (World Health Organization, 2013; Shapiro, 2001; Seidler & Wagner, 2006; Silverman et al., 2008). Når dette er sagt, har PTSD-diagnosen også vært gjenstand for betydelig kritikk. Helt siden PTSD ble en offisiell diagnose, har en rekke klinikere og forskere argumentert for at diagnosen i utilstrekkelig grad beskriver symptomer og ettervirkninger som forekommer hos individer utsatt for gjentakende og vedvarende traumatiske hendelser, slik som misbruk og neglisjering i nære relasjoner (Briere & Runtz, 1987; Elliot & Briere 1992; Courtois, 1988; Finkelhor, 1984; Briere, 1992; Herman, 1992a, 1992b). Forskning har videre dokumentert at individer som eksponeres for traumer over lengre tid og i viktige utviklingsfaser, lider av en rekke psykologiske problemer som PTSD-diagnosen ikke favner, slik som depresjon, selvforakt, dissosiasjon, problemer med intimitet og relasjoner til andre mennesker, rusmisbruk, selvdestruktiv og risikotakende atferd, retraumatisering og medisinske og somatiske plager (Luxenberg, Spinazzola, & Van der Kolk, 2001; Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday, & Spinazzola, 2005; Breslau, Davis, Andreski, & Peterson, 1991; Cole & Putnam, 1992; Herman, 1992a, 1992b; Briere & Runtz, 1987; Elliot & Briere, 1992; Courtois, 1988; Finkelhor, 1984; Briere, 1992). Barn utsatt for langvarig og gjentakende traumatisering oppfyller gjerne flere diagnoser i DSM-V, hvor komorbiditet og kombinasjoner av diagnosene depresjon, ADHD, opposisjonell atferdsforstyrrelse, atferdsforstyrrelse, spiseforstyrrelser, søvnforstyrrelser, og separasjonsangst er vanlig (Ackerman, Newton, McPherson, Jones, & Dyckman, 1998; Cook et al., 2005; Ford & Cloitre, 2009). Videre har forskning dokumentert at majoriteten av barn som har vært utsatt for vedvarende og gjentakende traumer ikke oppfyller de diagnostiske kriteriene for PTSD (Herman, 1992a, 1992b; Van der Kolk, 2005; Spinazzola et al., 2005).

I kjølvannet av klinisk erfaring og forskning som belyser PTSD-diagnosens begrensede evne til å beskrive og favne ettervirkninger av gjentakende og vedvarende traumer, har det blitt utarbeidet teori på de psykologiske ettervirkningene hos mennesker utsatt for slike traumer i barndommen (Cook et al., 2005; Ford & Cloitre, 2009; Herman, 1992a, 1992b; Terr, 1981). I dette arbeidet er det blitt etablert et viktig teoretisk skille mellom to ulike typer traumer: Type 1 traumer beskrives som enkeltstående, plutselige og uforventede traumer som i stor grad kan ses i sammenheng med PTSD-symptomer; Type 2 traumer kjennetegnes derimot av at de er gjentakende, forventede og vedvarende, og typisk

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

forekommer innenfor barnets omsorgsbasis (Terr, 1981). Type 2 traumer omtales også som komplekse traumer (Courtois & Ford, 2012). Uttrykket komplekse traumer oppstod fordi forskere fant at gjentagende og vedvarende traumer har mer kompliserte følger enn enkeltstående traumer (Herman, 1992a, 1992b). Komplekse traumer involverer en kombinasjon av tidlig og senere eksponering for traumatiske hendelser i barndom, som ofte inkluderer gjentagende seksuell, fysisk og/eller psykologisk misbruk, og i mange tilfeller omsorgssvikt (Courtois & Ford, 2012; Cook et al., 2005). Alle former for vold og tilknytningstraumer som skjer innad i en familie og andre intime relasjoner kan forstås som komplekse traumer. Komplekse traumer kan også omhandle andre katastrofale og skadelige traumer som skjer i barndommen, slik som å vokse opp med krig eller å oppleve akutt, kronisk sykdom (Courtois, 2008).

Forskning har dokumentert at barn som utsettes for komplekse traumer i barndommen har en økt risiko for å utvikle en rekke psykologiske vansker, som kan plasseres inn under de syv domene tilknytning, biologi, selvet, affektregulering, dissosiering, atferdsregulering og kognisjon (Van der Kolk et al., 2005; Cook et al., 2005; Ford & Cloitre, 2009).

Innenfor tilknytningsdomenet oppstår det vansker fordi barn ofte utsettes for komplekse traumer innenfor nære relasjoner. Dette kan blant annet medføre en grunnleggende mistillit til andre mennesker og problemer med intimitet (Cook et al., 2005). Disse barna har også en økt risiko for å utvikle desorganisert tilknytning til sine omsorgsgivere, som igjen er assosiert med en rekke negative utfall, blant annet atferdsvansker og manglende sosiale ferdigheter (van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999; Barnett, Ganiban, & Cicchetti, 1999; Beeghly & Cicchetti, 1994; Carlson, Cicchetti, Barnett, & Braunwald, 1989; Lyons-Ruth, Rephacoli, McLeod, & Silva, 1991; Moss, St-Laurent, & Parent, 1991; Moss, Bureau, St-Laurent, & Tarabulsky, 2011). Slike traumer vil også ha en betydelig hemmende og skadelig innvirkning på barnets generelle utvikling, da tilknytningsrelasjonen anses som hovedarenaen for barns utvikling (Schore, 2001).

Dissosiering er et korrelat til komplekst traumatiserte barn, og innebærer en psykologisk avspлтtelse fra omgivelsene (American Psychiatric Association, 2000). Dissosiering kan forstås som en forsvarsmekanisme som aktiveres i situasjoner hvor barnet ikke har noen mulighet til å unnsnippe overveldende stress (Schore, 1994). Dissosiering kan blant annet medføre glemsel for traumatiske hendelser (Bower & Sivers, 1998; Ludwig, 1983; Van der Kolk et al., 1996).

Affektregulering innebærer evnen til å identifisere, regulere og modulere følelsesaktivering og -uttrykk (Gross & Thompson, 2007). Forskning har dokumentert at

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

tidlige, relasjonelle traumer ofte medfører en nedsatt evne til emosjonsregulering (Cook et al., 2005). Nedsatt evne til emosjonsregulering er blant annet nært knyttet sammen med et barns evne til å regulere egen atferd, og vil i stor grad gå ut over barnets senere evne til adaptivt, psykososialt samspill (Schore, 2001).

Innenfor det biologiske domenet innebærer eksponering for komplekse traumer i viktige utviklingsfaser en risiko for skjev- og/eller underutvikling av nevrologiske strukturer og nettverk som er nødvendige for en sunn psykologisk fungering. Blant annet er det dokumentert at kompleks traumatisering er assosiert med underutvikling av nevralt nettverk involvert i evnen til å regulere affekt (Schore, 2001). Utover de nevrobiologiske konsekvensene, har også klinikere observert at barn utsatt for komplekse traumer ofte utviser en generell forsinket sensorisk-motorisk utvikling og en økt forekomst av somatisering (Cook et al., 2005).

Atferdsdysregulering forstås som det ytre uttrykket for den psykologiske under- og skjevutviklingen hos barnet, og henger nært sammen med affektregulering (Courtois & Ford, 2012). Barn utsatt for komplekse traumer har en høy risiko for å utvise over- eller underregulert atferd. Dette kan manifestere seg i dårlig impuls kontroll eller mangel på affektive uttrykk og vitalitet (Crittenden & DiLalla, 1988). Atferdssymptomene som er assosiert med denne pasientgruppen er mangfoldige og avhenger av en rekke faktorer, slik som individuelle predisposisjoner i barnet og miljøforhold (Ford og Coutrois, 2012).

Barnets kognisjon vil kunne påvirkes negativt, grunnet vedvarende høye nivåer av stress og mangelfull erfaring med voksne som legger til rette for læring (Culp et al., 1991).

Utviklingen av selvet lider en stor last under oppvekstforhold preget av kompleks traumatisering. Blant annet vil barnets selvtillit og opplevelse av å ha verdi påvirkes negativt av komplekse traumer, i særlig grad hvis disse utføres av en omsorgsperson (Schore, 1994, 2003a).

Ingen av dagens etablerte diagnoser evner å fange opp de karakteristiske vanskene som er assosiert med barn utsatt for kompleks traumatisering (Van der Kolk, 2005; D'Andrea, Ford, Stolbach, Spinazzolla, & Van der Kolk, 2012). De mangfoldige symptomene blir ofte kategorisert som komorbide tilstander, fremfor å bli anerkjent som sentrale elementer av en komplisert tilpasning til et oppvekstmiljø preget av vedvarende og gjentakende traumer. I så måte kan barnet ende opp med en sekk av diagnoser. Selv om barn som har blitt utsatt for komplekse traumer kan ha en rekke psykiske vansker, argumenterer forsvarere av det komplekse traumeperspektivet for at disse diagnosene ikke fanger opp de grunnleggende utviklingsforstyrrelsene og vanskenes opphav i traumatiske erfaringer (Van der Kolk et al.,

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

2005; Herman, 1992a, 1992b; Cloitre et al., 2009). Mange klinikere har derfor funnet det hensiktsmessig å forstå disse symptomene innenfor et traume- og utviklingsperspektiv. Innenfor denne forståelsesrammen anses symptomene som en konsekvens av at sentrale utviklingsoppgaver og prosesser har blitt tvunget til en under- og/eller skjevutvikling, da disse avhenger av og foregår innenfor barnets nære omsorgsbasis (Luxenberg, Spinazzola, & Van der Kolk, 2001).

Kompleks PTSD og *Disorder of Extreme Stress not Otherwisely Specified* (DESNOS) er blitt foreslått som diagnoser for voksne med komplekse traumesymptomer (Herman 1992b; Van der Kolk, 2005). Hos barn er diagnosen *Developmental Trauma Disorder* (DTD) blitt formulert (Van der Kolk, 2005). Denne diagnosen forsøker å beskrive selvreguleringsvansker som utvises av barn som har vært offer for gjentagende og vedvarende eksponering for traumer, og som i tillegg har opplevd at tilknytningsbåndet til den primære omsorgsgiver har blitt forstyrret, ødelagt eller tapt som direkte eller indirekte resultat av traumene. Et viktig rasjonale for å etablere en egen diagnose, er at dette kan skape et rammeverk som faciliterer utvikling av behandlingsmetoder som er tilpasset barn med kompleks traumeproblematikk (Van der Kolk et al., 2005).

Selv om verken kompleks PTSD, DESNOS eller DTD har blitt innlemmet i dagens diagnosemanualer, er det anerkjent at komplekse traumer er assosiert med symptomene beskrevet ovenfor hos barn (Courtois & Ford, 2012).

1.2 Kompleks traumatisering og utvikling

Transaksjonsmodellen er en anerkjent forståelsesmodell for barns psykologiske utvikling. Modellen beskriver hvordan utviklingen antas å foregå i en dynamisk interaksjon mellom individet og miljøet, som gjensidig påvirkes av hverandre (Sameroff & Chandler, 1975). Biologiske, psykologiske og sosiale prosesser påvirker den psykologiske utviklingen, både ved at de interagerer og ved at de er integrert med hverandre (Suls & Rothman, 2004). Iboende i dette ligger det at psykiske forstyrrelser er forårsaket av en kompleks interaksjon mellom genetiske predisposisjoner, miljømessige og psykososiale stressorer (Schore, 2001). Forskning på miljøforhold i livmor under svangerskap har bidratt til å underbygge den transaksjonelle forståelsesmodellen. Høye nivåer av stresshormoner hos mor kan ha en negativ innvirkning på fosterets hjerneutvikling (Glynn, Wadhwa, & Sandman, 2000), noe som vil gi en vedvarende nevropsykologisk sårbarhet hos barnet (Brake, Sullivan, & Gratton, 2000) og senere barnets evne til å håndtere stress. Slike biologiske konstitusjonelle

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

risikofaktorer for skjevutvikling kan derimot motvirkes av miljøfaktorer, slik som en sunn og regulerende tilknytningsrelasjon.

Det er viktig å understreke at kompleks traumatisering ikke nødvendigvis fører til psykologiske vansker innenfor de syv domeneene. Utviklingen påvirkes av en rekke faktorer som kan gi stor variasjon i utfall og psykisk helse (Courtois & Ford, 2012). En av disse faktorene er genetiske predisposisjoner i barnet, som kan påvirke hvor sårbart barnet er for eksponering for traumer (Faraone, Tsuang & Tsuang, D. W. 1999). Videre kan viktige ressurser i barnets oppvekstmiljø virke som en beskyttelsesfaktor mot traumene barnet utsettes for, slik som sosial støtte (Brewin, Andrews, & Valentin, 2000). Det er derimot ikke nøyaktig kjent hvilke og hvordan ulike faktorer modererer konsekvensene av komplekse traumer (Courtois & Ford, 2012). Videre er det avgjørende hvor omfattende traumene er, med tanke på varighet, antall og type, for hvordan utfallet for barnet blir. Det er blant annet dokumentert at jo flere ulike *typer* komplekse traumer barnet utsettes for, jo større risiko har barnet for å utvikle atferdsvansker og/eller alvorlig aggresjon- og sinneproblematikk (Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007; Ford, Connor, & Hawke, 2009). Barnets alder ved eksponering for komplekse traumer har også stor betydning. Desto yngre barnet er, desto dårligere rustet er det kognitivt, emosjonelt og fysisk til å håndtere og prosessere traumatiske hendelser og det medfølgende stresset (Schore, 2001). Evne til emosjonsregulering er svært sentral i denne sammenhengen. Hvis barnet får tilstrekkelig reguleringshjelp de første tre årene, som anses som de viktigste årene for utvikling av denne kapasiteten, kan dette tjene som en beskyttelsesfaktor mot eksponering for komplekse traumer som forekommer på et senere utviklingsstadium (Schore, 2001).

Det kan også være stor variasjon med tanke på hvilke av de syv domeneene barnet utviser vansker, samt hvor omfattende vanskene er. Noen barn kan utvise vansker som hovedsakelig er relatert til ett enkelt område. For eksempel kan barnet utvise en redusert evne til å tolerere psykologisk nærhet og intimitet, som er relatert til tilknytningsdomenet. Utover dette kan barnet fungere normalt, og mangle symptomer relatert til de andre domeneene. Det er derimot sannsynlig at barnet vil ha vansker relatert til flere enn ett område, da funksjonen innad i domeneene er gjensidig avhengig av hverandre og ikke kan ses isolert fra hverandre (Cook et.al, 2005).

Oppsummert er barn med en kompleks traumehistorie en svært heterogen pasientgruppe, både med tanke på traumene de utsettes for og symptomene de utviser. Når oppgaven senere beskriver de syv symptomdomeneene, er det viktig å være klar over denne

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

variasjonen, da forekomst og alvorlighetsgrad innenfor de ulike symptomdomenene, såvel som funksjonsnivå, varierer i stor grad blant barn med en kompleks traumehistorie.

1.3 Forekomst og behandling

En betydelig andel barn og unge blir utsatt for komplekse traumer. I Norge viser NOVAs undersøkelse at 11% av norske ungdommer i løpet av oppveksten har opplevd grove seksuelle krenkelser, mens 8% har opplevd grov vold fra en forelder (Mossige & Stefansen, 2007). Andre undersøkelser indikerer at minst 200 000 norske barn og unge lever med rusmisbrukende foreldre, og at minst 15 000 lever med foreldre med en alvorlig psykisk lidelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Videre overnatter mer enn 1500 barn hvert år på norske krisesentre (Norsk Krisesenterforbund, 2009). Disse tallene gir oss et bilde av at mange barn i Norge vokser opp under forhold som gir en forhøyet risiko for gjentakende og vedvarende traumatisering, som potensielt kan gi komplekse traumereaksjoner.

Å identifisere effektive terapiformer for denne pasientgruppen er svært viktig. Riktig behandling kan reversere eller begrense utvikling av vansker hos barn som utsettes for komplekse traumer, og videre fasilere at sunne utviklingsprosesser finner sted og at viktige utviklingsoppgaver oppnås (Ford, 2009). Tidlig intervensjon er også av betydning sett fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Voksne individer eksponert for komplekse traumer som barn har en forhøyet risiko for å utvikle en rekke psykiske lidelser, herunder depresjon, angst, PTSD, personlighetslidelser, rusmisbruk, seksuelle lidelser og antisosial og voldelig atferd (Brady, Killeen, Saladen, Dansky, & Becker, 1994; Miller, Downs, & Testa, 1993; Brown & Wolfe, 1994; Dube et al., 2001; Duncan, Saunders, Kilpatrick, Hanson, & Resnick, 1996; Felitti et al., 1998; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995; Krupnick et al., 2004; MacMillan, 2001; McCauley et al., 1997; Widom, 1999; Widom, Marmorstein, & Raskin White, 2006). Psykisk lidelse representerer en stor økonomisk utgift for samfunnet. Folkehelseinstituttet anslår at de samlede samfunnsøkonomiske kostnadene for psykiske lidelser i Norge beløper seg til mellom 60 og 70 milliarder kroner årlig (Major et al., 2011). Beløpet omfatter tapt arbeidsfortjeneste, sykepenger, trygdeutgifter, sosiale ytelser og behandlingstkostnader. Tidlig intervensjon kan bidra til å redusere de samfunnsmessige kostnadene assosiert med psykisk sykdom forårsaket av eksponering for komplekse traumer, og kan på den måten forsvares i et samfunnsøkonomisk perspektiv.

Det er utført svært få behandlingsstudier av barn utsatt for komplekse traumer. Dette kan ses i sammenheng med at det generelt er utført betydelig færre traumestudier på barn enn på voksne (Silverman et al., 2008; Stallard, 2006). Forskning på traumer hos barn er generelt

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

et neglisjert felt, både når det gjelder barn utsatt for komplekse traumer så vel som barn som har opplevd en enkeltstående traumatisk hendelse (Adler Nevo & Manassis, 2005). TF-CBT er derimot et unntak, og har blitt etablert som en effektiv terapiform for å behandle barn og unge utsatt for seksuelle misbruk (Cohen, Deblinger, & Mannarino, 2004; Cohen, Deblinger, Mannarino, & Steer, 2004; Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006). TF-CBT er en kombinert barne og foreldre psykoterapeutisk tilnærming for barn og unge som opplever betydelige emosjonelle og atferdsmessige vansker relatert til en traumatisk hendelse. TF-CBT har et bredt behandlingsfokus, da terapien inkorporerer traumesensitive intervensjoner med kognitive og atferdsmessige, familie og humanistiske prinsipper og teknikker. Sentrale komponenter i TF-CBT er psykoedukasjon, tilegnelse av stressmestringsferdigheter og gradvis eksponering for stimuli som er assosiert med traumet (Cohen et al., 2006). Den gradvise eksponeringen for traumet skal fasilitere habituering, som refererer til en gradvis nedgang i selvrapportert angst og i angstrelaterte autonome responser under eksponering for traumestimuli (Foa, Rothbaum, Riggs, & Murdock, 1991). Videre rettes det terapeutisk fokus mot omsorgsferdigheter hos foreldre og familiekommunikasjon, dersom terapeuten vurderer dette som et aktuelt tema. Målet med TF-CBT er at barnet skal bli i stand til å prosessere følelser og tanker relatert til traumet uten å blir overveldet og ty til dysfunksjonell atferd.

Utover TF-CBT, finnes det flere lovende terapiformer i behandling av barn utsatt for kompleks traumatisering. *Integrative Treatment of Complex Trauma* (ITCT) er en behandlingsmetode med et bredt behandlingsfokus, som tar sikte på å ivareta symptomenes kompleksitet hos barn utsatt for komplekse traumer (Lanktree & Briere, 2008). ITCT er en terapi med flere komponenter som integrerer behandlingsprinsipper fra litteratur på komplekse traumer (Cook et al., 2005; Courtois & Ford, 2012); tilknytningsteori (Bowlby, 1988); selv-traume modellen (Briere, 2002); og komponenter fra TF-CBT (Cohen et al., 2006). ITCT forsøker å tilpasse behandlingen til barnets spesifikke situasjon, egenskaper og miljø, som begrunnes med den store heterogeniteten av symptomer blant barn som utsettes for komplekse traumer. Herunder blir det blant annet tatt hensyn til barnets kulturelle bakgrunn, og grad og type traume barnet har blitt eksponert for. Videre blir barnets sosiokulturelle oppvekstmiljø kartlagt. Hvis det for eksempel avdekkes at barnet eksponeres for utviklingshemmende tilknytningsrelasjoner i sin omsorgsbasis, skal disse adresseres i behandlingen. Kun ett studie har gitt empirisk støtte til behandlingseffekt av ITCT (Lanktree et al., 2012).

Familieterapi er en terapeutisk tilnærming som forstår barnets vansker delvis som et resultat av forhold innad i hans/hennes familie (Minuchin, 1974). Målet i familieterapi er å

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

endre dysfunksjonelle samspill og prosesser innad i familien. Dette oppnås gjennom at familieterapeuten i samarbeid med foreldrene adresserer og prøver å forstå opphavet til slike samspill. Deretter skal terapien rette fokus mot å lære foreldrene og barna nye ferdigheter som kan fremme en bedre familiedynamikk (Minuchin, 1974). Slike ferdigheter kan blant annet være relatert til evne til kommunikasjon, problemløsning og emosjonsregulering.

Familieterapi er en tilnærming som kan være svært nyttig for barn utsatt for komplekse traumer, da dysfunksjonelle samspill innad i barnets familie i mange tilfeller har bidratt til utviklingen og opprettholdelsen av barnets vansker (Coutrois & Ford, 2012).

En annen relevant terapiform er dissosiasjonsfokuset terapi. Dette er i hovedsak ikke en egen terapiform, men er postulert som en behandlingskomponent som kan integreres i en mer helhetlig behandlingsplan for barn med komplekse traumesymptomer (Silberg, 2013). Behandlingsfokus på dissosiative symptomer innebærer å være oppmerksom på avspaltede affekter, kognisjoner, kroppslige sensasjoner og atferd, slik at disse kan prosesseres og integreres i individets opplevelse av seg selv i nåværende interaksjon med omgivelsene, samt i egen historie. Psykoedukasjon om dissosiering til barn og foreldre er også sentralt (Silberg, 1996).

Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy (EMDR) ble utviklet av Francine Shapiro primært for å behandle PTSD hos voksne. I dag benyttes derimot metoden på en rekke andre lidelser, slik som depresjon og dissosiative lidelser (Twombly, 2000). Det er også utviklet en egen EMDR-protokoll som kan benyttes i behandlingen av barn (Adler-Tapia & Settle, 2008). EMDR-teori hevder at tanker og minner fra traumatiske hendelser kan bli isolert i egne nevrologiske nettverk, som igjen kan skape psykisk sykdom (Shapiro, 2001). Essensen i metoden innebærer at pasientene gjenhenter minner fra den traumatiske hendelsen, mens terapeuten benytter seg av en av flere metoder for bilateral sensorisk stimulering, som for eksempel øyebevegelser fra side til side (Shapiro, 2001). I teorien skal dette integrere minnet med pasientens helhetlige minnettverk, og slik miste sin negative effekt.

EMDR har fått støtte i forskning som en effektiv behandlingsmetode for PTSD hos voksne og barn (Bisson et al., 2007; Wilsen, Becker, & Tinker, 1995; Lazrove, Triffleman, Kite, McGlashan, & Rounsaville, 1998; Van Der Kolk et al., 2007; Rothbaum, 1997). I 2013 ble det fastsatt i WHO's retningslinjer for psykologisk behandling at EMDR og TF-CBT er de eneste terapiene som anbefales i arbeid med barn, unge og voksne med PTSD (World Health Organization, 2013). Det eksisterer derimot ikke studier som systematisk har undersøkt hvorvidt EMDR er en virkningsfull terapi for barn og voksne utsatt for kompleks

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

traumatisering. Det kan altså ikke fastslås om EMDR har en positiv behandlingseffekt på de komplekse traumesymptomene (Saxe, McDonald, & Ellis, 2007).

1.4 Avgrensning

Det tematiske fokuset for denne oppgaven er EMDR behandling av komplekse traumesymptomer hos barn. Mer spesifikt skal oppgaven diskutere hvordan EMDR adresserer og eventuelt behandler de syv symptomdomenene på et teoretisk plan.

Den teoretiske delen av oppgaven består av to hoveddeler. I første del vil det gis en utdypende beskrivelse av de syv symptomdomenene som er relatert til komplekse traumer. Det blir også presentert empirisk evidens som støtter eksistensen av vansker relatert til domenene. Oppgaven vil i stor grad ha et utviklingsperspektiv på de komplekse traumesymptomene og i beskrivelsen av de syv symptomdomenene fokuseres det på hvordan kompleks traumatisering kan påvirke utviklingen av grunnleggende psykologiske ferdigheter og konstrukt. Dette er viktig nettopp fordi domenene av symptomer forstås som en forstyrrelse av normal, psykologisk utvikling. Rasjonalet for å inkludere en grundig gjennomgang av de syv symptomdomenene er at god kunnskap om disse er en viktig forutsetning for å kunne diskutere hvordan EMDR eventuelt ivaretar og behandler disse symptomene.

I andre del av teoridelen presenteres EMDR som behandlingsmetode for barn med komplekse traumesymptomer. I tillegg presenteres forskning som er gjort på EMDR i behandling av komplekse traumesymptomer hos barn, som kan belyse oppgavens problemstilling fra et empirisk ståsted.

Vi har valgt å skrive om EMDR, da dette er en relativt ny og lovende metode, som blant annet har vist seg å være en like effektiv terapiform som veletablerte TF-CBT i behandling av PTSD hos voksne og barn (Seidler & Wagner, 2006; Wilson, Becker, & Tinker., 1995; Lazrove et al., 1998; Van der Kolk et al., 2007; Rothbaum, 1997). I nyere tid er det også blitt utviklet en EMDR-protokoll tilpasset barn (Adler-Tapia & Settle, 2008). Tilhengere av EMDR argumenterer for at EMDR kan være en mer effektiv traumebehandling enn TF-CBT. Et studie som direkte sammenlignet TF-CBT og EMDR behandling av PTSD, fant at EMDR krevde færre sesjoner, og var mer effektiv i å redusere traumerelaterte symptomer (Jaberghaderi, Greenwald, Rubin, Zand, & Dolatabadi, 2004). Videre ble vi nysgjerrige på hvorvidt de assosierte nevrobiologiske følgene av komplekse traumer, som skal beskrives nærmere senere i oppgaven, kan endres og påvirkes gjennom den bilaterale stimuleringen, og andre verktøy, i EMDRs behandling (Shapiro, 2001).

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

Selv om vi i oppgaven i hovedsak fokuserer på EMDR-behandling av komplekse traumer, vil vi i drøftingsdelen også trekke inn andre terapiformer.

Da oppgavens fokus er på behandling av de komplekse traumesymptomene vil det ikke drøftes hvorvidt den foreslåtte barnediagnosen utviklingstraume-lidelse bør inkluderes i en diagnosemanual. Å ekskludere denne diskusjonen fra oppgaven er derimot av hensyn til plassmangel, da diskusjonen verken er avsluttet eller uviktig.

En initiell litteraturgjennomgang avdekket at det eksisterer flest artikler som tematiserte og fokuserte på behandling av komplekse traumesymptomer hos voksne. Dette ble i stor grad avgjørende for å avgrense oppgaven til å omhandle barn, da dette fokuset kan gi nye bidrag og tanker til en relativt neglisjert pasientgruppe innenfor forskningslitteraturen. Videre er det spennende med potensialet som ligger i tidlig intervensjon hos barn, som kan bidra til å begrense de omfattende skadevirkningene slike traumatiske belastninger kan gi. Tidlig intervensjon kan også forsvares fra et nevrobiologisk perspektiv, da barn har større grad av plastisitet i hjernen enn voksne (Staudt et al., 2004; Eyre, Taylor, Villagra, Smith, & Miller, 2001; Johnston, 2009; Guzzetta et al., 2007) som potensielt kan gjøre dem mer mottakelige for behandling.

Oppgaven er avgrenset til å fokusere på barn fra 0 til og med 12 år. Dette vide alders spennet er problematisk, da det vil være stor utviklingsmessig variasjon innenfor den valgte aldersgruppen. Hvilken utviklingsfase barnet er i vil ha innvirkning på symptomuttrykket, noe som igjen vil påvirke behandlingens utforming og fokus. Av hensyn til oppgavens lengde kan derimot ikke oppgaven ivareta denne variasjonen i drøftingen og oppgaven vil diskutere EMDRs egnethet og ivaretagelse av komplekse traumesymptomer på et generelt nivå. Dette er en viktig begrensning ved oppgaven.

Litteraturgjennomgangen består av kontrollerte, randomiserte studier, da disse studiene er best egnet til å belyse problemstillingen angående behandlingseffekt. En stor begrensning er at utvalgene i studiene kun består av de større barna (fra 7 år). Den teoretiske diskusjonen vil derimot ikke la seg begrense av dette, og vil bestå av generelle teoretiske betraktninger om EMDR-behandling som er relevante for hele alders spennet (0-12 år). To av studiene (Soberman, Greenwald og Rule, 2002; Wanders, Serra og De Jongh, 2008) som er inkludert i oppgaven har utvalg med deltagere som går over aldersgruppen vi har avgrenset oppgaven til. Vi har likevel valgt å inkludere disse studiene grunnet deres relevans for komplekse traumer, og fordi det ikke eksisterer tilsvarende studier som kun inkluderer barn mellom 0 og 12 år. I og med at studienes utvalg i hovedsak var innenfor vår aldersavgrensning, vurderte vi studiene som egnede for å kunne belyse vår problemstilling.

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

Gjennomgående i oppgaven vil vi ta utgangspunkt i diagnosemanualen DSM, da dette er vanlig i internasjonal forskning.

I oppgaven vil vi besvare følgende problemstilling; Hvorvidt er EMDR, fra et teoretisk og empirisk ståsted, en egnet terapi for å behandle komplekse traumesymptomer hos barn?

1.6 Begrepsavklaring

Innad i traumefeltet benyttes flere ulike begreper om hverandre. Dette gjelder både begreper for utløsende traumatiske hendelser, og reaksjoner på disse. Tilstander vi refererer til i oppgaven, som kommer som følge av kompleks traumatisering hos barn, vil blant annet være relasjonelle traumer, utviklingstraumer og komplekse traumetilstander.

I denne oppgaven tar vi utgangspunkt i Courtois og Fords (2012) definisjon av komplekse traumer: "Komplekse traumer er en erfaring som (1) er interpersonlig og som ofte innebefatter et element av svik; (2) er gjentakende og/eller vedvarende; (3) involverer direkte skade i form av varierte former for overgrep, neglekt eller tap av personer som er ansvarlig for omsorg, beskyttelse eller veiledning av individet; og (4) forekommer i utviklingsmessig sårbare perioder av livet, slik som i tidlig barndom, eller som undergraver oppnåelse av viktige utviklingsmål på noe tidspunkt i løpet av livet" (vår oversettelse).

Det finnes flere ulike traumatiske hendelser barn kan utsettes for, herunder misbruk, omsorgssvikt, neglekt og mishandling for å nevne noen. Alle disse begrepene vil bli brukt gjennomgående i oppgaven. Misbruk vil i denne oppgaven referere til uriktig bruk av makt overfor barn, som kan innebære seksuelt, fysisk eller psykisk misbruk. Seksuelt misbruk vil spesifikt innebære utnyttelse av barn for egen tilfredsstillelse. Mishandling kan være psykisk og fysisk, og innebærer å utøve villet, skadelig atferd ovenfor barnet gjennom for eksempel slag, spark, truing, ydmykelse, fornedring og lignende. Neglisjering og omsorgssvikt refererer derimot til et fravær av omsorg. Dette kan komme i form av materiell omsorgssvikt, slik som underernæring, eller i form av psykologisk omsorgssvikt. Den sistnevnte formen kan innebære at omsorgsgiver overser og ignorerer barnets behov og forsøk på å oppnå kontakt (Moe, Slinning & Hansen, 2010).

Videre vil vi benytte oss av begrepene affekter, emosjoner og følelser om hverandre for å referere til fysiologisk, følelsesmessig aktivering. Med barn mener vi personer under 13 år.

Når vi bruker begrepet traumatiske minner, mener vi de minnene som etterfølger en subjektivt traumatiserende hendelse. Det vil si de minnene som er traumatiske for den enkelte pasient. Innad i EMDR-teori vil disse traumatiske minnene ofte bli omtalt som å være

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

uprosesserte. Med dette menes det at minnene har blitt lagret i egne isolerte nettverk, med tilhørende assosierte negative emosjoner, kroppslige sensasjoner og kognisjoner.

2.0 De syv domenenene

2.1 Tilknytning

2.1.1 Tilknytningsteori. Tilknytning er barnets iboende motivasjon for å søke trøst og beskyttelse hos en tilknytnings- person når han eller hun føler seg engstelig eller redd (Bowlby, 1969). *Tilknytningsfigur* er betegnelsen på noen utvalgte voksne som barnet har et spesielt nært følelsesmessig bånd til, vanligvis foreldrene, og barn kan ha tilknytningsbånd til flere enn en person (Ahnert, Pinquart, & Lamb, 2006). Videre er disse tilknytningsbåndene selektive, da barnet kan ha forskjellige tilknytningsmønstre ovenfor ulike personer. Barn uttrykker behov for trøst og beskyttelse gjennom tilknytningsatferd, eksempelvis gråt, som skal fasilitere nærhet og omsorg fra en tilknytningsperson.

Det er en grunnantagelse i tilknytningsteorien at alle barn knytter seg til sine omsorgsgivere (Bowlby, 1969). Kvaliteten på tilknytningsbåndet vil derimot variere på tvers av omsorgsgiver-barn dyader. Disse variasjonene deles inn i to grove kategorier; trygg og utrygg, som refererer til barnets oppfatning av omsorgsgivers tilgjengelighet i situasjoner hvor barnet har behov for omsorg og beskyttelse (Ainsworth, 1973; Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Klassifikasjonene trygg, utrygg-avvisende og utrygg-ambivalent er organiserte tilknytningstyper. Barn med disse klassifikasjonene har gjennom gjentagende interaksjon med sine omsorgspersoner, organisert sin atferd på måter som i størst mulig grad ivaretar nærhet og omsorg fra tilknytningsfigurer (Bowlby, 1969). Hos barn som utvikler utrygg, organisert tilknytning, vil barnets oppnåelse av nærhet til omsorgsgiver gå på bekostning av egne behov og emosjoner, da disse blir forvrengt og/eller undertrykt.

Barn med trygg tilknytning har erfart at omsorgsgiver er i stand til å følge barnets vekslinger mellom behov for en trygg base og en trygg havn. Å være en *trygg base* innebærer at omsorgsperson oppmuntrer og gleder seg over barnets utforskning, og er tilgjengelig for å støtte barnets utfoldelse og mestring av nye aspekter ved omgivelsene, samtidig som barnet kan vende seg til som *en trygg havn* når han/hun er utrygg eller engstelig (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1969). I slike samspill internaliserer barnet omsorgsgivers regulering av hans eller hennes affekter og utvikler positive forventninger til seg selv og andre. Schore (2001) hevder at kjernen i trygg tilknytning er omsorgsgivers regulering av

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

barnets indre tilstander, hvor barnet utvikler evnen til selvregulering av affektive tilstander. Barn med utrygg tilknytning mangler derimot tillitt til at omsorgsgiver er tilgjengelig som trygg base og/eller trygg havn i utforskningsituasjoner.

Tilknytningsteori antar at barn gradvis i løpet av sitt første leveår utvikler indre arbeidsmodeller. Dette er et konstrukt som refererer til barnets forventninger relatert til seg selv, andre og hva som er mulig i samspill. Innholdet i disse dannes på bakgrunn av samspillserfaringer med omsorgsgiver (Bowly 1969). Disse forventningene blir etter hvert generalisert til nye relasjoner barnet etablerer. Brandtzæg, Smith og Torsteinson (2011) presiserer at begrepet *indre arbeidsmodell* beskriver aktive prosesser som endres over tid, og at sammenhengen med senere vansker ikke er forutbestemt men må ses på som mer eller mindre sannsynlige utviklingsresultater. Dette betyr at det er muligheter for endring.

Klinikere har lenge observert at barn utsatt for komplekse traumer ofte utviser mistillit til andre mennesker og har negative forventninger til andre, seg selv og relasjoner (Cook et al., 2005). Dette kan for eksempel innebære at barnet har en forventning om at "jeg kan ikke stole på andre", eller "jeg er ikke elskbar". I lys av dette kan det innenfor tilknytningsteori hevdes at barn utsatt for komplekse traumer har en forhøyet risiko for å utvikle arbeidsmodeller med et negativt innhold.

2.1.2 Desorganisert tilknytning. Desorganisert tilknytning kjennetegnes av at barnet utviser fryktsom, uforståelig, konfliktfull eller uorganisert tilknytningsatferd ovenfor omsorgsgiver. Atferden er desorganisert, på den måten at barna ikke utviser en konsistent strategi for å sikre nærhet og omsorg fra tilknytningsperson (Main & Solomon, 1986, 1990). Barn klassifisert som desorganiserte kan også utvise trygg eller utrygg tilknytningsatferd, og det er vanlig å kategorisere barn med D-tilknytning med en sekundær organisert tilknytningskategori: trygg, unnvikende eller engstelig-ambivalent.

D-tilknytning er korrelert med komplekse traumer. I en litteraturgjennomgang, som inkluderte nærmere 80 studier, fant man at omtrent 48 % av barn utsatt for vedvarende og gjentagende mishandling utviste desorganisert tilknytningsstil, sammenlignet med 17 % av barna i kontrollgruppen (van IJzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999). Andre studier har funnet en større sammenheng, hvor mer enn 3/4 av barn utsatt for slik mishandling er blitt klassifisert som desorganiserte (Barnett, Ganiban, & Cicchetti, 1999; Beeghly & Cicchetti, 1994; Carlson, Cicchetti, Barnett, & Braunwald, 1989).

Opprinnelig ble frykt antatt å være den sentrale komponenten i utviklingen av D-tilknytning, hvor tilknytningsmønsteret utvikles som et resultat av at omsorgsgiver oppleves

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

som skremmende eller skremt (Main & Solomon, 1986). I interaksjon med en skremmende eller skremt tilknytningsperson, oppstår en situasjon navngitt *frykt uten løsning* (Main & Hesse, 1990). Omsorgsgiver, som skal tjene som primær kilde til trygghet og ivaretagelse, er også den primære kilden til angst og redsel. Således oppstår det en konflikt mellom frykt- og tilknytningssystemet, som resulterer i desorganisert atferd. Flere studier har vist at barn som stadig skremmes av tilknytningspersonen eller erfarer at den voksne uttrykker frykt i tilknytningsrelevante situasjoner, er særlig utsatt for å utvikle D-tilknytning (Lyons-Ruth & Jacobovitz, 2008).

Det er også påvist at mer subtile former for skremmende eller skremt atferd fra omsorgsgiver kan føre til D-tilknytning, i hovedsak motsetningsfylt og forstyrret affektiv kommunikasjon knyttet til barnets behov for trøst og nærhet. Det er påvist at mødre til barn med D-tilknytning har større grad av forstyrrelser i den affektive kommunikasjonen, sammenlignet med mødre til barn med andre tilknytningstyper (Lyons –Ruth, Bronfman, & Atwood, 1999; Madigan et al., 2006). Videre er det blitt funnet at høy forekomst av forstyrrelser i den affektive kommunikasjonen har en negativ korrelasjon med mentaliseringsevnen hos omsorgsgiver (Kelly, Slade, & Grienberger, 2005). Mentalisering refererer til individets evne til å forestille seg mentale tilstander hos seg selv og andre, samt en forståelse av at egen og andres atferd er uttrykk for indre tilstander (Bateman & Fonagy, 2004). Mentaliseringsevne hos omsorgsgiver har vist seg å være en forutsetning for å gi tilstrekkelig god nok regulering av barnets indre tilstander, og er videre assosiert med trygg tilknytning (Fonagy et al., 1995). En svært mangelfull mentaliseringsevne hos omsorgsgiver kan skape en gjennomgripende mangelfull regulering av barnet, som igjen kan føre til D-tilknytning.

I klinisk sammenheng har det blitt erfart og observert at barn utsatt for komplekse traumer har en økt risiko for å utvise en manglende forståelse for andres mentale og affektive tilstander (Cook et al., 2005). Det later til at de har en begrenset evne til mentalisering. Dette kan ha sammenheng med at utviklingen av mentaliseringsevnen forutsetter et samspill hvor barnet mentaliseres om (Bateman & Fonagy, 2004). Uten en regulerende omsorgsperson som retter fokus mot barnets indre tilstander og kommuniserer disse tilbake til barnet, vil dette hemme utviklingen av barnets forståelse for egne, indre tilstander. Dette vil igjen medføre at barnet selv får en nedsatt evne å forstå andres indre, mentale tilstander, da dette forutsetter at barnet først har forstått seg selv (Bateman & Fonagy, 2004).

Oppsummert viser forskning at barn utsatt for komplekse traumer, og som utvikler D-tilknytning, ikke nødvendigvis er utsatt for åpenlyst skremmende atferd fra omsorgsgiver, da

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

en gjennomgripende emosjonelt utilgjengelige omsorgsgiver kan yte samme negative effekt på barnet (Solomon & George, 1999). Er foreldres responser på barns affektive uttrykk ekstreme og motsetningsfulle nok, vil ikke barnet være i stand til å organisere en relasjon preget av nærhet og beskyttelse til omsorgsperson. Omsorgsgiver kan oppleve en gjennomgripende hjelpeløshet i regulering av barnets så vel som egne emosjoner, og det blir ingen løsning på barnets dysregulering. Denne dysreguleringen er traumatisk i seg selv, og vil kunne bidra til utvikling av komplekse traumesymptomer (Hennighausen, Bureau, David, Holmes, & Lyons-Ruth, 2011).

2.1.3 Overgang til kontrollerende atferd. Hos barn klassifisert med D-tilknytning skjer det rundt seksårsalderen et skifte fra desorganisert atferd til kontrollerende atferd rettet mot omsorgsgiver. Dette kommer i stor grad som et resultat av fysiske og kognitive modningsprosesser (Main & Cassidy, 1988). Gjennom kontrollerende atferd tilegner barnet seg for første gang en strategi for å håndtere og opprettholde nærhet og kontakt med omsorgsgiver, og kommer i to former. Ved *kontrollerende- straffende* atferd utøver barnet konfronterende og kommanderende atferd ovenfor omsorgsgiver (Jacobvitz & Hazen, 1999; Moss et al., 2011; Moss, Cyr, & Dubois-Comtois, 2004). Det *kontrollerende-omsorgsfulle* barnet forsøker derimot å strukturere tilkynningsrelasjonen ved å være hjelpsom og beskyttende ovenfor omsorgsgiver (Hennighausen et al., 2011; Moss et al., 2011). Begge formene for kontrollerende atferd innebærer rollereversering, hvor barnet tar ansvar for relasjonen. Selv om relasjonen kan fremstå mer organisert og strukturert vil barnet i like stor grad som før oppleve manglende omsorg og beskyttelse fra tilkynningsperson, som med stor sannsynlighet vil medføre en forstyrret psykologisk utvikling.

I senere tid har forskning innenfor høyrisikogrupper oppdaget at om lag 1/3 av barn med desorganisert tilknytning ikke utvikler en kontrollerende atferd i seksårsalderen, men forblir desorganisert. Dette kan skyldes at manglende kognitive ferdigheter ikke muliggjør et slikt skifte, men det kan også bunne i urolige og skiftende allianser i et kaotisk hjem som forstyrrer utviklingen av en slik kontrollerende strategi (Hennighausen et al., 2011). Denne gruppen barn er assosiert med svært alvorlige forstyrrelser innen sentrale utviklingsområder, deriblant emosjonsregulering, sosiale ferdigheter og mentaliseringsevne (Jacobvitz & Hazen, 1999; Moss et al., 2011).

I barneskolealder er kontrollerende-straffende og atferdsmessig desorganiserte barn assosiert med eksternaliserende vansker og aggressiv atferd ovenfor andre barn (Moss et al., 2011; Munson, McMahon, & Spieker, 2001). Kontrollerende-omsorgsfulle barn har derimot

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

en økt risiko for å utvikle internaliserende vansker. De er vanligvis ikke aggressive, og har dermed større sannsynlighet for å utvikle positive relasjoner med lærere og jevnaldrende barn. Generelt har barn med desorganisert tilknytning en økt risiko for å utvise akademiske vansker, dårlig selvtillit, angst, vansker med selvkontroll, redusert mentaliseringsevne og generell kognitiv senutvikling (Lyons-Ruth et al., 1991; Moss et al., 1991; Moss et al., 2011).

2.2 Dissosiering

Dissosiering referer til en bred variasjon av atferd som kjennetegnes av brister i den psykobiologiske og kognitive prosessering, og defineres i DSM-V som en forstyrrelse i integrering av tanker, følelser og erfaringer i den kontinuerlige bevissthetsstrøm og hukommelse (American Psychiatric Association, 2000). Det vil si at tanker, følelser og erfaringer ikke blir prosessert av individet, og personen blir i så måte psykologisk avspilt fra omverdenen. Dissosiering forekommer langs et kontinuum av normale erfaringer, slik som å dagdrømme mens man samtidig utfører en automatisert atferd, til patologisk dissosiering, slik som total hukommelsestap fra en traumatisk hendelse (Putnam, 1997).

Dissosiering er et robust korrelat til barn utsatt for kompleks traumatisering (Putnam, 1997; Cook et al., 2005; Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson, & Egeland, 1997; Irwin, 1994; Shearer, 1994; Waldinger, Swett, Frank, & Miller, 1994). Dissosiering hos barn har også blitt funnet å være assosiert med desorganisert tilknytning (Ogawa et al., 1997; Carlson, 1998). Videre er dissosiative symptomer sterkt relatert til seksuelt og fysisk misbruk i barndom (Neumann, Houskamp, Pollock, & Briere, 1996; Nash, Hulsey, Sexton, Harralson, & Lambert, 1993, Kendall-Tackett, Williams, & Finkelhor 1993; van Ijzendoorn & Schuengel, 1996).

Dissosiering kan forstås som en forsvarsmekanisme som beskytter barnet i møte med overveldende emosjoner, kroppslige sensasjoner og/eller kunnskap om disse opplevelsene, og virker ved at erfaringer og reaksjoner på disse splittes fra bevisst oppmerksomhet (Schore, 1994). Opprinnelig kan dissosiering forekomme spontant som en psykofysiologisk reaksjon til gjentagende eksponering for overveldende traumer. Hvis barnets oppvekstforhold over lengre tid er preget av vedvarende trusler, usikkerhet og fare, kan dissosieringen derimot utvikle seg til å bli en automatisk, ufrivillig og progressiv reaksjonsstil hos barnet. Det som startet som en adaptiv forsvarsmekanisme kan utvikle seg til å bli problematisk og patologisk hvis den overgeneraliseres og anvendes i ufarlige situasjoner. Dissosiering kan eksempelvis trigges automatisk av stimuli som er assosiert med de traumatiske opplevelsene (Schore, 2003a; Van der Kolk, 2005). Dette vil få store konsekvenser for barnets oppmerksomhet,

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

kognitive fungering og hukommelse. Barn som dissosierer kan få vansker i skolesammenheng, da slik automatisk og ikke-viljestyrt dissosiering kan stjele barnets oppmerksomhet bort fra læringsprosesser (Cook et al., 2005). Videre vil dissosiering forsterke relaterte vansker med emosjonsregulering, grunnet en redusert oppmerksomhet på emosjonelle tilstander (Cromer, Stevens, Deprince, & Pears, 2006). Barnets evne til å etablere og opprettholde meningsfulle sosiale relasjoner kan også bli komprimert, på grunn av barnets vansker med å opprettholde en vedvarende oppmerksomhet, som er en forutsetning for effektiv og adekvat sosial interaksjon. Barnet kan også oppleves som fraværende og uinteressert i sosiale settinger, noe som reduserer sannsynligheten for å utvikle stabile og nære relasjoner (Cook et al., 2005).

Dissosiering henger nært sammen med evnen til emosjonsregulering, og forekommer som en reaksjon på hendelser og/eller stimuli som overgår barnets emosjonsreguleringskapasitet (Schore, 1994). Et barn som ikke klarer å romme og regulere de sterke følelsene som aktiveres som respons til den overveldende hendelsen, kan ha en forhøyet risiko for å dissosiere.

Dissosiering manifesterer seg hos barn som forstyrrelser innenfor tre områder; hukommelse, identitet og persepsjon. Forstyrrelser i hukommelsen kan vise seg ved at barnet tilsynelatende ikke har noen minner fra en traumatisk hendelse som er kjent å ha skjedd (Bower & Sivers, 1998; Ludwig, 1983, Van der Kolk et al., 1996). Forstyrrelser relatert til persepsjon kan bestå av vanskeligheter med å skille fantasi fra virkelighet (Bernstein & Putnam, 1986), og kan manifestere seg som transelignende tilstander hos barnet. Til slutt kan det forekomme forstyrrelser i barnets identitet, hvor barnet utviser inkonsistente egenskaper og holdninger, og videre har samtaler og diskusjoner med seg selv (Putnam, 1993). Andre typiske dissosiative symptomer hos barn er glemsomhet og atferdsmessige og emosjonelle svingninger. Dissosiering under eksponering for et traume kan involvere unngåelse, føyelighet, nummenhet og minimering av affektive uttrykk (Silberg & Dallam, 2009). I lek kan dissosiasjon komme til uttrykk ved at avspaltede følelser, tanker og impulser projiseres inn i objekter som dukker eller fantasivenner. Disse objektene kan oppleves som svært reelle og autonome, og skillet mellom disse og barnet kan fremstå svært utvisket (Silberg & Dallam, 2009). Videre er somatoforme dissosiative lidelser også relatert til barn utsatt for kronisk traumatisering. Dette gjelder spesielt hos dem som har vært utsatt for traumatisering av fysisk karakter (Nijenhuis, 2010). Dette kan blant annet bestå av tidvis analgesi (manglende opplevelse av smerte), anestesi (manglende evne til å kjenne berøring) og en opplevelse av at fysiske bevegelser er utenfor barnets egen kontroll.

2.3 Affektdysregulering

Affektregulering er en samlebetegnelse på en rekke ferdigheter som er relatert til identifisering, regulering og modulering av følelsesaktivering og -uttrykk (Gross & Thompson, 2007). Forskning viser at evnen til adaptiv affektregulering læres i den tidlige, affektive dialogen mellom omsorgsgiver og spedbarn de to-tre første leveårene (Calkins & Hill, 2007; Cole, Michel, & Teti, 1994). Spedbarn har en svært begrenset kapasitet for regulering av indre, fysiologisk aktivering. Barnet er derfor avhengig av tilgang på en responsiv omsorgsgiver som fortolker og gir et empatisk gjensvar til barnets atferd, og slik regulerer barnet tilbake til en aktiveringstilstand barnet tolererer (Stern, 1985/2000). I slike samspill fasiliteter omsorgsgiver læring av emosjonsregulering både gjennom å fungere som en læringsmodell for hvordan emosjonelt stress kan håndteres, og gjennom å hjelpe barnet å gjenkjenne, navngi og forstå hans/hennes emosjoner. Dette vil virke emosjonsregulerende, da følelsene i økende grad får en mening og blir forstått som noe som kan håndteres, fremfor å oppleves som noe ukjent, fremmed og skremmende (Stern 1985/2000; Schore, 1994).

En god emosjonsregulering innebærer at barnets emosjoner og kognisjon er integrert, og fungerer sammen i å skape mening i barnets opplevelse av seg selv, verden og andre mennesker (Greenberg & Safran, 1989). Gjennom en slik integrering virker affekter som et retningsgivende kompass for barnets atferd og samhandling med omgivelsene. Affektene forteller barnet hva som er betydningsfullt for han/henne, og bidrar slik til å skape kraft og retning i barnets tanke, atferd og samhandling med omgivelsene (Monsen & Monsen, 1999; Solbakken, Hansen, & Monsen, 2011, Tomkins 1979). Emosjonsreguleringsvansker vil begrense barnets nyttiggjørelse av affekters retningsgivende potensiale. Videre vil barnet ha vansker med å stole på at egne, emosjonelle responser er valide tolkninger av hendelser, og vil istedenfor lete etter signaler og tegn i sine omgivelser som kan fortelle hvordan barnet skal handle, føle eller tenke (Monsen & Monsen, 1999; Solbakken et al., 2011). Denne generelle avhengigheten gjør barnet sårbart for andres påvirkning.

Utover å gi kraft og retning til barnets tanker og atferd, har emosjoner også en kommunikativ verdi (Stern, 1985/2000). Affekter signaliserer behov og tilstander hos barnet, som en mentaliserende person kan gi et empatisk gjensvar til. Omsorgsgivers evne og tendens til affektinntoning har stor betydning for barnets opplevelse og forventning om å kunne dele sin indre følelsesmessige verden med andre. En mangelfull erfaring med affektinntonede omsorgsgivere vil kunne bidra til at følelser blir isolert eller undertrykt i en ensom, indre verden med en sviktende tiltro til å kunne bli forstått av andre (Solbakken et al., 2011).

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

Klinikere har lenge observert at emosjonsreguleringsvansker er et framtreddende symptom hos barn utsatt for komplekse traumer (Cloitre, Miranda, Stovall-McClough, & Han., 2005; Van der Kolk et al., 2005). Det er blant annet påvist at barn utsatt for komplekse traumer helt ned i 30-månedersalderen utviser svikt i evnen til å diskriminere og navngi affektive tilstander hos seg selv og andre (Beeghly & Cicchetti, 1994). I samsvar med dette har forskning dokumentert at tidlige, relasjonelle traumer ofte medfører en nedsatt evne til emosjonsregulering (Cook et al., 2005). Dette gjelder særlig hvis utøveren av den traumatiske hendelsen er en av barnets nærmeste omsorgsgivere (Cloitre et al., 2005; Ford, 2009; Van der Kolk et al., 1996). Dette er igjen i samsvar med forskning gjort innenfor tilknytningsdomenet, som har dokumentert at barn utsatt for komplekse traumer og som utvikler D-tilknytning, har inngått i samspill med en skremmende eller skremt og/eller en emosjonelt utilgjengelig omsorgsperson. Kjernen i slike samspill er omsorgsgivers manglende andreregulering av barnet.

Fra et tilknytningsteoretisk perspektiv utvikler barn som utsettes for komplekse traumer en mangelfull emosjonsreguleringskapasitet som konsekvens av to faktorer: de blir vedvarende og gjentagende utsatt for skremmende og overveldende hendelser i nære relasjoner som genererer negativ affekt, *i tillegg* til at omsorgsgiver gir utilstrekkelig reguleringshjelp for å håndtere disse affektive tilstandene. Dette skaper *frykt uten løsningsparadokset*, som er assosiert med desorganisert tilknytning (Main & Hesse, 1990).

En mangelfull affektregulering kommer blant annet til uttrykk gjennom en lav toleranse for emosjonell aktivering (Cook et al., 2005). Barnet blir raskere emosjonelt aktivert og bruker lenger tid på å roe seg ned igjen enn det som er normalt. I tillegg til å oppleve hyppige og langvarige perioder med dysregulerte følelser, vil også barnet i mindre grad oppleve positive følelser. Barnet kan utvikle forventninger om at samspillsrelasjoner ikke er en kontekst hvor man deler positive opplevelser og følelser, og slike forventninger kan overføres til nye relasjoner og virke negativt inn på disse. I denne sammenheng kan barnet oppleves som lite vitalt, med få spontane og gledesfylte bidrag i samspillskontekster (Stern, 2010).

Klinikere har også lenge observert at reduserte psykososiale ferdigheter er assosiert med barn utsatt for komplekse traumer (Courtois & Ford, 2012). Dette kan i stor grad skyldes at både affektregulerings- og mentaliseringsevnen later til å være mangelfull hos barn utsatt for kronisk traumatisering (Slade, 2008; Grossman, Grossman, & Waters, 2006). Dette vil gi utfordringer med å fungere effektivt og adaptivt i sosiale samspill. Barnas reduserte kapasitet

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

til å tolke og forstå egne og andres affektive uttrykk, gjør dem dårligere i stand til å respondere adekvat i sosiale situasjoner. I sammenheng med dette viser forskning at barn med D-tilknytning har større sannsynlighet for å bli valgt bort som lekekamerater av jevnaldrende barn (Lyons-Ruth et al., 1991; Moss et al., 1991; Moss et al., 2011). Dette kan bidra til en negativ spiral, hvor barna blir fratrukket verdifull sosial trening. Barn utsatt for kronisk traumatisering har et stort behov for erfaringer i positive, relasjonelle kontekster, som kan utfordre deres arbeidsmodeller som er basert på negative relasjonelle erfaringer med deres tilknytningsperson. Dessverre reduseres sannsynligheten for å oppleve slike samspill gjennom selvforsterkende prosesser, deriblant i kraft av deres mangelfulle psykososiale ferdigheter.

2.4 Biologi

Nevrobiologisk forskning har dokumentert hvordan tidlige erfaringer preger hjernens neurologiske oppkopling og organisering. Under den kritiske modningsperioden i barnets to første leveår kan lange perioder med intenst, uregulert, og relasjonelt traumatisk stress skape kaotiske biokjemiske endringer som produserer en utviklingsmessig umoden, strukturelt defekt hjerne (Schore, 2001). I særlig grad har forskning dokumentert at tidlige traumatiske påkjenninger kan hindre utvikling av neurologiske nettverk og strukturer involvert i emosjonsregulering (Schore, 2001; Siegel, 2012). Dette vil ha stor innvirkning på individets psykologiske fungering i et livsløpsperspektiv, da emosjonell dysregulering anses som en underliggende årsaksfaktor til en rekke psykiske lidelser (Siegel, 2012). Innen traumefeltet har vansker med å regulere emosjoner, særlig fryktreaksjoner, lenge vært betraktet som et sentralt kjennetegn ved posttraumatiske plager og lidelser (Van der Kolk, 1996; Briere & Spinazzola, 2009). Forskning har dokumentert hvordan det nevralt grunnlaget for slik fryktregulering legges tidlig i livet, noe som har ført utviklings- og traumepsykologien nærmere hverandre (Schore, 2001; Siegel, 2012).

Innen utviklingspsykologi hevdes det at regulering av barnets emosjoner og fysiologiske tilstander er den viktigste oppgaven en omsorgsgiver har. Denne ytre reguleringen er spesielt viktig for optimal hjerneutvikling (Schore, 2001; Siegel, 2012). En sikker tilknytning med en responsiv omsorgsgiver vil fasilitere hjernens modning (Schore, 2001). I kontrast til dette vil en mishandlende og/eller neglisjerende omsorgsgiver være utilgjengelig for å regulere barnets affektive uttrykk, og/eller reagere feil, avvisende og/eller straffende på disse (Schore, 2001). Et slikt samspill kan gi vedvarende og hyppige episoder med intenst og uregulert stress hos spedbarn og småbarn, som har en ødeleggende effekt på etableringen av psykofysiologisk regulering (Gaensbauer & Siegel, 1995). Barn som har vært

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

utsatt for komplekse traumer, og som ikke har fått tilstrekkelig *andrerregulering*, har altså en forhøyet risiko for forstyrrelser i den nevrologiske utviklingen i hjernen involvert i regulering av emosjoner og stress.

2.4.1 Hjernens alarm- og reguleringssystem. Hjernen har et alarm- og et reguleringssystem. Alarmsystemet aktiveres når vi opplever fare. Amygdala og basale deler av hjernen involvert i *fight/flight*-responsen utgjør sentrale deler i dette systemet. Reguleringssystemet nedregulerer og bidrar til å holde alarmsystemet i sjakk (Nordanger & Braarud, 2014). I dette systemet inngår blant annet prefrontale cortex og hippocampus.

Hos små barn er det bare alarmsystemet som er operativt (Siegel, 2012), mens reguleringssystemet utvikles og formes gradvis gjennom gjentagende erfaringer med ytre regulering fra omsorgspersonen. I slike samspill fylles prefrontal cortex hos barnet opp med forståelse for hva de ulike kroppslige, affektive aktiveringene betyr, mens hippocampus fylles opp med erfaringer av effektive måter å mestre emosjonelt stress. Forbindelsene mellom de regulerende strukturene og alarmsystemet hos barnet styrkes og nyanseres gjennom et regulerende samspill med omsorgspersonen (Perry, 2009; Schore, 2001; Siegel, 2012).

Hos barn som utsettes for komplekse traumer vil det i de fleste tilfeller innebære at amygdala og alarmsystemet gradvis blir styrket og sensitivert. Samtidig som denne sensitiveringen skjer, vil oppvekstforhold preget av gjentagende og vedvarende traumer undertrykke nevralt forbindelser både innen reguleringssystemet, og mellom regulerings- og alarmsystemet. Dette fører til at reguleringssystemets innflytelse over alarmreaksjonene svekkes, og at barnet lettere overveldes av frykt og minner fra traumatiske hendelser (Ford, 2009; McFarlane, 2010). Det kan påstås at traumer styrker alarmsystemet og svekker reguleringssystemet. En av mekanismene bak denne utviklingen er en forhøyet eller forstyrret utskillelse av kortisol. Dette har en nedbrytende effekt på reguleringssystemet, blant annet gjennom at det medfører celledød i hippocampus (Rauch, Shin, & Phelps, 2006; Shin & Liberzon, 2010). Mangelen på ytre regulering samt forekomst av komplekse traumer vil resultere i svært sparsomme og svake nevralt koplinger mellom reguleringsystemet og alarmsystemet, noe som betyr at den avbalanserende mekanismen mellom disse to systemene er svekket eller ikke-eksisterende i stressende situasjoner (Berntson, Cacioppo, & Quigley, 1991).

Oppsummert innebærer utviklingstraumer en under- og skjevutvikling av de nevrofysiologiske oppkoplingene og strukturene involvert i alarm- og reguleringssystemet. Hjernen har ikke fått tilstrekkelig stimulering til å utvikle seg slik den normalt skal, og/eller er

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

blitt utsatt for så mye stress at dette har virket utviklingshemmende (DeBellis et al., 1999a/1999b; Perry, 2009). Konsekvensene blir også mer alvorlige når den komplekse traumatiseringen foregår i tidlig alder, da belastningene skjer før barnets reguleringsystem har fått anledning til å utvikle seg.

2.4.2 Biologiske konsekvenser på strukturer og -nettverk i høyre hemisfære. Selv om få nevrobiologiske studier er gjort på traumatiserte spedbarn, indikerer forskning gjort på traumatiserte pattedyr-spedbarn og voksne mennesker dysfunksjon i høyre hjernehemisfære (Chiron et al., 1997). Videre er det funnet høyre-lateraliserte, strukturelle defekter i hjernen hos desorganiserte spedbarn, som igjen utviser svekkelser i sin emosjonsregulering og stresstoleranse (LaBar, Gatenby, Gore, LeDoux, & Phelps, 1998).

En vedvarende, utviklingsmessig svikt i høyre hemisfære kan gi alvorlige svekkelser i viktige funksjoner (Talamini, Koch, Luiten, Koolhaas, & Korf, 1999; Wittling & Schweiger, 1993). Høyre prefrontal cortex er kritisk for prosesseringen og reguleringen av selvets funksjoner (Shore, 1994; Keenan, Wheeler, Gallup, & Pascual-Leone, 2000), og det limbiske system (Joseph, 1996; Tucker, 1992). Høyre hemisphere er sentral i emosjonsregulering, og alvorlige svekkelser i høyre hemisfæres struktur og funksjon vil kunne resultere i lite effektive og sårbare reguleringsystemer.

Relasjonelle traumer i første leveår vil indusere en alvorlig beskjæring av orbitofrontale callosale aksoner i høyre hemisfære som vokser mot sine motstykker i venstre hemisfære. Dette vil gi en interhemisfærisk organisering hvor ansiktsuttrykk, kroppslige tilstander, og affektiv informasjon som implisitt prosesseres i høyre hemisfære ikke overføres effektivt til venstre hemisfære for semantisk prosessering. Barn utsatt for mishandling viser en dramatisk svekket evne til å snakke om egne emosjoner og indre tilstander (Cicchetti, Graniban, & Barnett, 1991). Dette representerer det tidlige uttrykket av alexithymia: *ingen ord for følelser*, et vanlig symptom hos traumepasienter (Taylor, Parker, & Bagby, 1999). Nevropsykologiske studier på alexithymia demonstrerer en høyre-hemisfære dysfunksjon og en spesifikk høyre-til-venstre mangel i callosal overføring (Dewaraja & Sasaki, 1990). En fysiologisk frakopling av de to hemisfærene resulterer i en manglende evne til å eksternalisere de affektive og symbolske energiene fra høyre hemisfære gjennom verbalt uttrykk (venstre hemisfære).

2.4.3 Kroppslige symptomer. Utover de nevrobiologiske konsekvensene, har også klinikere lenge observert at barn med en kompleks traumehistorie i større grad enn andre

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

pasientgrupper utviser en forsinket sensomotorisk utvikling og videre har høyere forekomst av somatiske plager (Cook et al., 2005). Det er ikke gjennomført relevant forskning på barn som kan dokumentere en slik effekt av komplekse traumer, men det er derimot viktig som kliniker å være klar over at det kan eksistere en slik sammenheng (Ford og Coutrois, 2012).

2.5 Atferdsdysregulering

Innen et komplekst traumerammeverk, forstås symptomer assosiert med kompleks traumatisering hos barn som et resultat av en under- og/eller skjevutvikling av nevrologiske strukturer og nettverk, som medfører svikt i grunnleggende psykologiske ferdigheter og konstrukter (Schore, 2001; Cloitre et al., 2009). Disse symptomene vil videre manifestere seg i barnets atferd og kan konseptualiseres som vansker med atferdsregulering. Dette teoretiske konstruktet referer til en rekke ferdigheter som gjør individet i stand til å utvise sosialt akseptabel atferd og som tjener personens evne til å nå sine mål (Baumeister & Vohn, 2004; Shonkoff & Phillips, 2000). Atferdsregulering faller inn under det bredere teoretiske konstruktet *selvregulering*, som refererer til ferdigheter som er involvert i kontrollering, regulering og tilpasning av affekter, kognisjoner og atferd til den aktuelle situasjon og kontekst individet befinner seg i (Baumeister & Vohn, 2004; Shonkoff & Phillips, 2000). Vansker med atferdsregulering hos komplekst traumatiserte barn kan ha flere former, da variasjoner i predisposisjoner hos barnet, egenskaper ved oppvekstmiljø og de potensielt traumatiserende hendelsene, medfører ulik tilpasning til barnets respektive miljø (Courtois & Ford, 2012). Dette ser vi blant annet hos barn med D-tilknytning, hvor noen barn velger en kontrollerende- straffende strategi for å organisere en kaotisk tilknytningsrelasjon, mens andre barn velger en kontrollerende-omsorgsfull strategi. Disse to atferdsmanifestasjonene fremstår som kontraster til hverandre, men tjener det samme formål og er utviklet i samspill med tilknytningsfigurer som utviser gjennomgripende, mangelfulle omsorgsevner. Dette tjener som en illustrasjon på at kompleks traumatisering kan gi utslag i et bredt mangfold av atferdssymptomer.

Komplekse barndomstraumer er assosiert med både over- og underkontrollerte atferdsmønstre. Barn med et underregulert atferdsmønster utviser ofte utagerende, aggressiv og regelbrytende atferd. Barn med et overregulert atferdsmønster kan derimot fremstå som stille, beskjedne, ettergivende og kan videre gi lite uttrykk for affekter. Barn som har vært utsatt for mishandling utviser så tidlig som i sitt andre leveår rigide og over- eller underkontrollerte atferdsmønstre (Crittenden & DiLalla, 1988).

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

Hos underregulerte barn kan atferdsvansker bli det ytre uttrykket for deres atferdsdysregulering. Atferdsvansker inkluderer et bredt spekter av atferd, slik som forstyrrende, aggressiv og/eller kriminell atferd, så vel som motsettende og opposisjonell atferd ovenfor normative forventninger fra samfunnet, skole eller familie (American Psychiatric Association, 2000). Slik atferd er videre identifisert som en potensiell forgjenger og/eller bidragsyter til utviklingen av en rekke alvorlige problemer, herunder atferdsslidelser og ungdomskriminalitet (Loeber, 1990; Pakiz, Reinherz, & Giaconia, 1997). Forskning indikerer at traumer spiller en sentral rolle i utviklingen av atferdsvansker. Det er blant annet dokumentert at ungdommer med atferdsvansker rapporterer om høye nivåer av både traumesymptomer og eksponering for potensielt traumatiske hendelser (Greenwald, 2002). Forskning viser også at risikofaktorer for å utvikle atferdsvansker blant annet er parental psykopatologi og foreldre med en lav sosioøkonomisk status, som igjen er assosiert med kompleks traumatisering (Kazdin, 1995; Briere & Scott, 2014).

Barn utsatt for kompleks traumatisering er generelt assosiert med dårlig impuls kontroll, selvdestruktiv atferd, aggresjon mot andre, patologisk selvtrøstende atferd, søvnforstyrrelser, spiseforstyrrelser, stoffmisbruk, overdreven ettergivelse, opposisjonell atferd, vansker med å følge regler og gjenopplevelse av traumer i atferd og lek (Cook et al., 2005). Slike atferdsformer kan tjene en rekke funksjoner, slik som unngåelse av emosjonell aktivering, forsøk på å få kontroll eller forsøk på å oppnå intimitet og aksept fra andre (Cook et al., 2005).

Utover å ha nær sammenheng med barnets under og/eller skjevutvikling av sentrale, psykologiske ferdigheter og konstrukter, kan dysregulert atferd i mange tilfeller være et resultat av barnets tilpasning til sitt respektive oppvekstmiljø (Coutrois & Ford, 2012). For eksempel kan et barn som er overregulert, utvise atferd som "usynliggjør" barnet. Dette er atferd som kan tjene formålet om å ikke bli lagt merke til. Gjennom samspill med en omsorgsgiver som reagerer negativt på at barnet er "synlig", slik som ved forsøk på kontakt og høylytt lek, kan dette forme barnets atferd slik at han/hun i minst mulig grad vekker slike negative reaksjoner fra omsorgsgiver. Forventninger og oppfatninger relatert til dette samspillet kan videre bli generalisert inn i barnets arbeidsmodeller. Barnet kan dermed komme til å oppføre seg "usynlig" også i samspill med andre mennesker.

2.6 Kognisjon

Kognisjon kan defineres som: "det aspekt av atferd og reaksjoner, bevisste eller ikke, som består av oppfatning, erfaring, oppmerksomhet, hukommelse, tenkning, og læring"

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

(Egensius, 2008). Med andre ord referer kognisjon til tankeprosesser. Preliminære studier antyder at barn som er utsatt for misbruk eller neglekt av nære omsorgspersoner demonstrerer en generell svekket kognitiv funksjon (Egeland, Sroufe, & Erickson, 1983). Dette kan ses i sammenheng med barnets nevrobiologiske under- og/eller skjevutvikling, da en underutviklet hjerne vil gi utslag i dårligere kognitiv fungering. Kronisk traumatiserte barn utviser spesifikt lave skårer på standardiserte intelligensmål (verbal og fullskala IQ) og akademisk prestasjon (lesing og matematikk). Videre får disse barna som gruppe lavere karakterer og går oftere om igjen et klassetrinn, sammenlignet med ikke-traumatiserte barn (Crozier & Barth, 2005; Perez & Widom, 1994; Shonk & Cicchetti, 2001). Disse resultatene har blitt funnet i flere aldersgrupper og i flere subtyper av komplekse traumer. Til slutt utviser både mishandlede og neglisjerte småbarn en forsinket språkutvikling, både innenfor det ekspressive språket og språkforståelse. I denne sammenheng viser studier at neglisjerte barn utvikler språket enda senere sammenlignet med mishandlede barn (Culp et al., 1991).

Mange studier av voksne med en overgrepshistorie har rapportert om kognitive problemer innenfor domene konsentrasjon, oppmerksomhet, eksekutiv funksjon, læring og hukommelse (Twamley, Hami, & Stein, 2004; Wolfe & Charney, 1991). Færre studier har undersøkt slike spesifikke domener for nevropsykologisk fungering hos barn utsatt for kompleks traumatisering. De studiene som eksisterer har små utvalg og har gitt lite konsistente funn. En studie gjort av Beers og DeBellis (2002) fant at barn med overgrepsrelatert PTSD presterte dårligere sammenlignet med en paret kontrollgruppe på målene for oppmerksomhet, abstrakt tegning, eksekutiv funksjon, verbalt minne og visuospatielle evner. Barna demonstrerte også mer distraherbarhet og impulsivitet sammenlignet med kontrollgruppen.

For å kunne konkludere noe om hvilken effekt kronisk traumatisering har på barns kognitive funksjon på spesifikke domener trengs det flere studier som kan belyse de nevropsykologiske vanskene hos denne pasientgruppen. Likevel finnes det preliminære evidens som støtter antagelsen om at disse barna som gruppe utviser mangler i generell kognitiv funksjon, akademisk prestasjon, skoleprestasjon, oppmerksomhet, eksekutiv funksjon, språkutvikling og hukommelse.

Dissosiering kan påvirke barnets kognitive fungering svært negativ (American Psychiatric Association, 2000). Under dissosiering blir barnet psykologisk frakoplet omgivelsene, som vil medføre at barnet ikke prosesserer informasjon fra omverdenen. Dette vil i aller høyeste grad påvirke barnets evne til konsentrasjon og oppmerksomhet, og vil kunne få store konsekvenser for barnets læring på skolen og på andre arenaer.

2.7 Utvikling av selvet

Selvet kan forstås som et individs opplevelse av egen identitet, som består av noen karakteristiske egenskaper som danner grunnlaget for individets personlighet og opplevelse av å være forskjellig fra andre mennesker (Guardo, 1968). Barn utvikler en forståelse av seg selv i samspill med andre. I særlig grad vil samspillserfaringer innenfor barnets viktigste tilknytningsrelasjon danne grunnlaget for barnets selvoppfatninger. Tilknytningserfaringer, og de resulterende indre arbeidsmodellene, danner grunnlaget for barnets oppfatninger og forventninger relatert til selvet og selvet i relasjon til andre (Cicchetti, 1991; Emde, Biringen, Clyman, & Oppenheim, 1991; Sander, 1987; Sroufe, 1990).

Flere viktige psykologiske konstrukter påvirkes negativt av kompleks traumatisering. Når disse skal beskrives er det viktig å være oppmerksom på at disse henger nært sammen med hverandre, og at samme begreper ofte benyttes for å beskrive samme konstrukt (Cook et al., 2005).

Barn som traumatiseres i nære relasjoner har som gruppe økt risiko for å utvikle et negativt, konfliktfyllt og usikkert bilde av seg selv (Schore 1994, 2003a). Det er flere faktorer som bidrar til dette. Blant annet vil barn som opplever at omgivelsene ikke responderer, innretter seg og/eller tar vare på barnets behov, utvikle en lav selvagens (Kelley, 1986). Selvagens refererer til barnets opplevelse av å kunne påvirke sin egen situasjon og tilstand. Under oppvekstforhold som er preget av kronisk traumatisering kan barnet miste troen på at han/hun har agens til å påvirke sin egen situasjon, noe som resulterer i lært hjelpeløshet og apati (Cook et al., 2005; Kelley, 1986; Peterson & Seligman, 1983). Dette kan blant annet manifestere seg ved at barnet overser sosiale invitasjoner og signaler. Barnets arbeidsmodeller vil inneholde negative oppfatninger om sosiale interaksjoner, slik som ”andre mennesker responderer ikke på mine signaler” og ”andre mennesker er ikke opptatt av mine behov og ønsker”. Dette vil også kunne bidra til lav selvfølelse, hvor barnet danner seg en oppfatning av å være mindre viktig enn andre og/eller at hun/han ikke er elskbar. Slike negative forventninger til sosiale kontekster kan skape uheldige ringvirkninger, hvor barnets sjanser for å oppleve interaksjoner som er preget av selvagens og ivaretagelse av barnets behov minimeres gjennom selvoppfyllende prosesser.

I tillegg til erfaring med andres manglende respons og engasjement i barnets affektive behov, kan mangel på selvagens også tilskrives misbruk og overgrep fra nære omsorgsgivere, hvor barnet opplever et direkte overtramp av egne behov og integritet. Gjentatte seksuelle

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

overgrep, uten mulighet for å unnsnippe, kan for eksempel medføre en grunnleggende oppfatning om at ”jeg er hjelpeløs i å styre og bestemme over meg selv” (Kelley, 1986).

Mangel på positiv bekreftelse og omsorg, samt forekomst av relasjonelle, traumatiske hendelser, kan ha en negativ innvirkning på selvverdet (Schore 1994, 2003a). Videre kan barnets opplevelse av skam og skyld i forbindelse med kroniske traumer og aversive forhold i familien være en ytterligere belastning på selvverdet. Selvverd er definert som grad av aksept og verdsettelse av selvet som person (Harter, 1985). Forskning viser at mishandlede barn ned i 18-månedersalder med større sannsynlighet responderer med nøytral eller negativ affekt ved selvgjenkjennelse i speil, sammenlignet med ikke-traumatiserte barn (Schneider-Rosen & Chichetti, 1991).

Eksposering for kroniske traumer kan også påvirke barnets opplevelse av å være kompetent. Barnets manglende tillitt til at omsorgsgiver fungerer som en trygg base og trygg havn i utforsknings situasjoner, medfører at barnet bruker mye av sin kognitive kapasitet på å overvåke tilknytningsperson, fremfor å utforske omgivelsene (Ainsworth et al., 1978). Barnet vil derfor være mer forsiktig i sin utforskning, som medfører en mindre effektiv utforskende atferd. Dette vil hemme mestring av nye aspekter ved omgivelsene, og kan bidra til at barnet ikke oppnår aldersadekvate utviklingsmål. Dette kan bidra til å skape lav mestringstro i barnet (Cook et al., 2005). Videre vil assosierte vansker med emosjonsregulering, sosial interaksjon og skolemessige vansker bidra ytterligere til å svekke barnets opplevelse av å være kompetent og mestrende.

Dissosiering, som er assosiert med kronisk traumatisering i barndom, vil også ha konsekvenser for utviklingen av selvet. Dissosiering kan medføre fundamentale splittelser av sensorisk, kognitiv og emosjonell informasjon som gjør det vanskelig for barnet å opprettholde en integrert og sammenhengende opplevelse av selvet (Schore, 2001).

2.8 Sammendrag

Barn utsatt for komplekse traumer viser vansker innen syv symptomdomener. Disse er tilknytning, affektregulering, dissosiering, atferdsregulering, biologi, kognisjon og utvikling av selvet. Selv om disse er adskilt i ulike domener, henger de nært sammen og deres funksjon avhenger av hverandre (Coutrois & Ford, 2012). Fra et utviklingsperspektiv forstås denne sammenhengen som at sentrale utviklingsprosesser innenfor domenene foregår parallelt og integreres i tilknytningsrelasjonen (Cloitre et al., 2009). Det er en bred enighet blant utviklingspsykologer at forstyrrelser i denne relasjonen kan medføre negative konsekvenser for barnets psykologiske utvikling (Brandtzæg, Smith, & Torsteinson, 2011). I særlig grad er

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

desorganisert tilknytning hos barn assosiert med en rekke negative utfall, herunder angst, depresjon, atferdsvansker, begrensede sosiale evner, akademiske vansker, redusert mentaliseringskapasitet og lav selvtillit (Lyons-Ruth et al., 1991; Moss et al., 1991; Moss et al., 2011).

En av de mest sentrale utviklingsoppgavene i tilknytningsrelasjonen er å få på plass barnets selvstendige evne til affektregulering. Denne utviklingen foregår i det tidlige, affektive samspillet mellom barn og omsorgsgiver, hvor han/hun gradvis oppnår en økt, indre regulering gjennom samspill med en mentaliserende omsorgsgiver som identifiserer, rommer og regulerer emosjonelle tilstander i barnet. Dersom barnet utsettes for komplekse traumer innenfor sin tilknytningsrelasjon og/eller ikke mottar tilstrekkelig ytre regulering, vil dette resultere i en svekket evne til affektregulering. I samsvar med dette har forskning dokumentert at hjernestrukturer og -nettverk involvert i emosjonsregulering påvirkes negativt under traumatiske forhold. Det skjer en underutvikling av de nevrologiske nettverkene mellom regulerings- og alarmsystemet, som i særlig grad vil påvirke evnen til å håndtere stress. En svært mangelfull evne til å regulere affekt kan videre føre til at barnet tvinges inn i en dissosiativ tilstand i møte med stress. Ved dissosiering vil barnet avspilttes psykologisk fra hendelser og/eller stimuli i omgivelsene, samt fra barnets reaksjoner på disse. Dette vil få negative konsekvenser for barnets hukommelse, identitet og persepsjon. Dissosiering vil videre hemme utvikling av en helhetlig forståelse av seg selv hos barnet, hvor oppfattelsen av seg selv, andre og omgivelsene kan bli uintegret og usammenhengende. Videre vil barnets forståelse av seg selv i stor grad preges av samspillserfaringer innenfor tilknytningsrelasjonen. Blant annet legges grunnlaget for konstruktene selvtillit, selvverd og selvagens i dette samspillet. Tilknytningsrelasjoner som er preget av komplekse traumer vil derfor kunne påvirke barnets selvoppfattelse negativt. Atferdsdysregulering er et annet korrelat hos barn utsatt for komplekse traumer. Dette symptomdomenet kan forstås som det ytre uttrykket for den suboptimale utviklingen av grunnleggende, psykologiske ferdigheter og konstrukter. Atferdsdysreguleringen kan komme i mange former og varianter, og kan variere fra eksternaliserende til internaliserende atferd. Til slutt kan barnets kognisjon påvirkes negativt av eksponering for komplekse traumer, da oppvekstmiljøet ikke legger til rette for læring og optimal utvikling. Preliminære studier indikerer at barn utsatt for komplekse traumer utviser en forsinket språkutvikling og en generell, nedsatt kognitiv funksjon.

3.0 EMDR

3.1 EMDR-teori

3.1.1 Innledning. Her følger en teoretisk redegjørelse av EMDR. Først gis det en generell innføring i EMDR-teori og behandling. Deretter presenteres de åtte fasene i behandlingen, som tar utgangspunkt i en standardisert protokoll for EMDR-terapi tilpasset barn (Adler-Tapia & Settle, 2008). Protokollen er basert på kliniske erfaringer, samt Shapiros anbefalte tilpasninger til barn. De spesifikke tilpasningene er gjort med den hensikt at barn skal kunne forstå og få bedre utbytte av terapien (Adler-Tapia & Settle, 2008), og er videre konsistente med de originale åtte fasene til EMDR (Shapiro, 2001). Til slutt presenteres det noen spesifikke forhold og tilpasninger Shapiro (2001) har påpekt i terapi med barn utsatt for komplekse traumer.

3.1.2 AIP-modellen og behandling. EMDR er en psykoterapeutisk tilnærming og metode utviklet av Francine Shapiro i 1987. EMDR ble i utgangspunktet utviklet for å behandle PTSD hos voksne, men anvendes i dag på en rekke andre lidelser, slik som depresjon og dissociativ lidelse (Shapiro, 2001). Terapien tar utgangspunkt i at forstyrrende tanker, som følger uprosesserte, traumatiske minner, er underliggende for utviklingen av psykisk sykdom.

EMDR veiledes av adaptiv informasjonsprosesserings-modellen (AIP) (Shapiro, 2001). Informasjonsprosesseringsystemet er et teoretisk konstrukt som forsøker å beskrive og forklare hvordan mennesker prosesserer informasjon fra omgivelsene. Informasjonsprosessering fostrer læring gjennom at nye opplevelser assimileres inn i allerede eksisterende minnenettverk. Denne integreringen bidrar til at personen tilpasser seg sine omgivelser på en adaptiv måte (Shapiro, 2001). Informasjonsprosessering skjer vanligvis i løpet av dagen og under REM-søvn.

Shapiro hevder at dersom noen utsettes for særlig høye nivåer av stress, vil informasjonsprosesseringsystemet overveldes, noe som fører til at den stressende hendelsen ikke prosesseres og integreres inn i individets helhetlige, nevrologiske minnenettverk. Traumeminnet blir derimot isolert i sitt eget, nevrologiske *traumenettverk* bestående av minnet fra hendelsen, samt dets assosierte kognisjoner, affekter og sensasjoner. Det traumatiske minnet vil yte sin negative effekt på individet gjennom å aktivere traumeminnets assosierte negative affekter, kognisjoner og sensasjoner ved traumetriggere. Dette vil påvirke

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

personens persepsjon, emosjonelle tilstand og atferd i nåtid. Disse negative assosierte komponentene vil ta over hele individets oppmerksomhet under aktivering av traumet, da minnets isolerte form medfører at individet ikke har tilgang på andre, mer positive minner, kognisjoner og affekter. Slike positive komponenter ville normalt ha virket beroligende og modifierende på et negativt minne, og slik redusert dets negative effekt på individet. Videre vil ikke minnet i sin isolerte form være tilgjengelig for modifisering ved eksponering for nye erfaringer, og det hindres videre i å bli integrert med positive opplevelser (Shapiro, 2001).

I lys av dette hevder Shapiro (2001) at den primære etiologiske faktoren til traumesymptomer er at traumeminner er uintegret og dysfunksjonelt lagret. Videre hevder Shapiro (2001) at den manglende integreringen forekommer på et neurologisk nivå, hvor det konkret mangler neurologiske forbindelser mellom traumeminnet og resten av individets neurologiske nettverk. Av denne bakenforliggende teorien for EMDR følger det at terapeutisk behandling må fokusere på å integrere de traumatiske minnene inn i individets helhetlige, neurologiske minnenettverk for å oppnå symptomlette og bedring. Shapiro hevder at EMDR oppnår dette gjennom en metode navngitt *reprosessering*. Essensen i denne reprosesseringen er å aktivere informasjonsprosesseringssystemet hos pasienten, samtidig som han/hun fokuserer på det traumatiske minnet. Denne prosesseringen skal skje naturlig gjennom en spontan og indre assosiasjonsprosess. Reprosesseringen forutsetter ikke en detaljert verbal gjennomgang og gjenopplevelse av traumet som bearbeides, men er hovedsakelig imaginær og ikke-språklig (Shapiro, 2001). Pasienten skal følge med på hva som skjer internt i seg selv, i form av kognisjoner, emosjoner, og somatisk aktivering, mens det traumatiske minnet blir tilgjengeliggjort og informasjonsprosesseringssystemet aktiveres. Samtidig benytter terapeuten seg av en av flere metoder for bilateral stimulering. Dette kan for eksempel være øyebevegelser (Shapiro, 2001). Reprosesseringens effekt hevdes å være basert på *rekonsolidering*, som er en neurobiologisk prosess hvor det originale minnet blir gjort tilgjengelig, endret og lagret på nytt (Solomon & Shapiro, 2008).

Målet i EMDR er at det traumatiske minnet kobles og integreres med individets helhetlige minnenettverk, som kan gi positive endringer på kognitive, affektive og somatiske nivåer. Shapiro (2001) understreker også at metoden kan integreres som en del av en større behandling, eller at man kan ta i bruk verktøy fra andre terapeutiske retninger i et EMDR behandlingsløp. Flere elementer ved EMDR-behandlingen er kompatibel med andre terapeutiske retninger (Courtois & Ford, 2012). For eksempel er det mulig å integrere elementer fra familieterapi inn i EMDR-behandling (Wesselmann, Schweitzer, & Armstrong,

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

2014). Verktøy fra CBT, slik som psykoedukasjon, kan også implementeres i et EMDR-behandlingsløp (Adler-Tapia & Settle, 2008).

3.1.3 Øyebevegelser. Den bilaterale stimuleringen skal sørge for at begge hjernehalvdeler aktiveres og inkluderes i represseringen og bearbeidingen av traumatiske minner (Shapiro, 2001). Dette skal fasilitere informasjonsprosesseringen, og sørge for at denne prosessen går hurtigere. Den bilaterale stimuleringen som er mest brukt i EMDR er øyebevegelser, men man kan også benytte seg av andre former for slik stimulering, for eksempel tapping på knær eller skuldre, som skal gi samme effekt (Shapiro, 2001). Tapping vil ofte benyttes i behandlingen av yngre barn, som ikke evner å fokusere på å følge fingerbevegelsene med øynene. Dette betyr at også de helt unge barna kan motta EMDR-behandling (Shapiro, 2001; Adler-Tapia & Settle, 2008). I og med at øyebevegelser er mest brukt (Shapiro, 2001; Adler-Tapia & Settle, 2008), er det denne bilaterale stimuleringen som omtales videre.

Forskning som har forsøkt å avdekke øyebevegelsenes rolle og effekt i terapi har gitt motstridende resultater (Courtois & Ford, 2012). Resultater fra behandlingsstudier som har forsøkt å isolere øyebevegelseskomponenten fra den fullstendige behandlingspakken har variert fra å gi veldig store effektstørrelser konsistent med den underliggende EMDR-teorien om at øyebevegelser fasiliterer prosessering (Wilson, Silver, Covi, & Foster, 1996), til funn av at øyebevegelser ikke tilfører noen additiv effekt i behandlingen (Renfrey & Spates, 1994).

Selv om øyebevegelsenes rolle i EMDR er ukjent, har mange studier eksaminert deres effekt på hukommelse og kognitiv prosessering for voksne deltakere som ikke har en PTSD diagnose. Disse studiene har dokumentert at øyebevegelser reduserer livaktigheten og/eller emosjonaliteten til autobiografiske minner (Andrade, Kavanagh, & Baddeley, 1997; Barrowcliff, Gray, Freeman, & MacCulloch, 2004; Kavanagh, Freese, Andrade, & May, 2001; Maxfield, Melnyk, & Hayman, 2008; Sharpley, Montgomery, & Scalzo, 1996; Hout, Muris, Salemink, & Kindt, 2001), forbedrer gjenkallingen av episodiske minner (Christman, Garvey, Propper, & Phaneuf, 2003), øker kognitiv fleksibilitet (Kuiken, Bears, Miall, & Smith, 2001), og kan endre interhemisfærisk koherens i frontale områder i hjernen (Propper, Pierce, Geisler, Christman, & Bellorado, 2007).

Forskning viser altså at øyebevegelser påvirker individers kognisjon og fysiologiske aktivering på bestemte måter. Disse laboratoriestudiene demonstrerer en klar prosesseringseffekt av øyebevegelser, men involverer derimot ikke alle elementene av behandlingspakken til EMDR, og kan derfor ikke tas til inntekt som en del av EMDRs

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

behandlingseffekt (Saphiro, 2001). Det er derimot mulig at disse effektene på kognisjon og fysiologisk aktivering skaper en indirekte effekt i EMDR-terapi, gjennom å fasilitere terapeutiske prosesser (Shapiro, 2001). For eksempel kan en redusert opplevd livaktighet og emosjonell aktivering medføre at pasienten i større grad klarer å gjennomføre repressering av traumatiske minner, uten å bli overveldet.

Shapiro har utarbeidet flere hypoteser som kan forklare hvordan øyebevegelser fasiliterer represseringen i behandlingen av traumatiske minner. Den ene hypotesen postulerer at det skjer en avslapningsrespons til øyebevegelesene under EMDR sesjonene. Denne kan fasilitere behandling ved å redusere stress til et tolerabelt nivå, slik at repressering av de traumatiske minnene kan skje (MacCulloch & Feldman, 1996; Barrowcliff et al., 2004; Elofsson, von Schèele, Theorell, & Söndergaard, 2008; Sack, Lempa, Steinmetz, Lamprecht, & Hofmann, 2008). Denne hypotesen er i samsvar med forskning på øyebevegelser som har vist at fysiologiske endringer kan oppstå i hjernen ved bruk av bilaterale øyebevegelser, og at disse endringene ligner REM-søvn (Elofsson et al., 2008). Stickgold (2002) har i samsvar med denne hypotesen foreslått at øyebevegelesene i EMDR kan starte minneprosesseringen ved å indusere en fysiologisk og nevrologisk tilstand som er beslektet med REM-søvn, og teoretiserer at denne tilstanden fasiliterer rekonsolidering og integrering av det traumatiske minnet inn i hukommelsen. En annen hypotese går ut på at de horisontale øyebevegelesene fasiliterer informasjonsprosessering ved å øke interhemisfærisk kommunikasjon, som kan bidra til at assosiasjonene mellom traumatiske og andre minnenettverk styrkes. Når traumatiske minner, som tidligere var isolert i egne, lukkede nevralt nettverk, integreres og blir en del av individets helhetlige minnenettverk, kan dette bidra til at pasienten kan gjenoppleve og huske en traumatisk hendelse uten å bli så stresset at han/hun ikke kan fullføre represseringen av det aktuelle minnet (Christman et al., 2003; Shapiro, 2001).

Det er gjennomført lite forskning for å undersøke øyebevegelesers effekt på den interhemisfæriske kommunikasjonen, og det kan derfor ikke konkluderes med at øyebevegelesene har en slik effekt. Den forskningen som er presentert er gjennomført på voksne, og det er dermed usikkert om resultatene kan generaliseres til barn.

3.1.4 Resource development installation (RDI). RDI refererer til intervensjoner som fokuserer på å hjelpe pasienten i å få tilgang på og utvikle grunnleggende psykologiske ressurser og ferdigheter, slik som emosjonsregulering og selvtillit. Dette vil bidra til at pasienten blir bedre rustet til traumeoppsesseringen. RDI benyttes i tidlige faser av EMDR

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

behandlingen. Når indre ressurser og ferdigheter i pasienten forsterkes og installeres, skal pasienten fokusere på den aktuelle ressursen og dennes assosiasjoner, mens terapeuten utfører korte sett med bilateral stimulering (Korn & Leeds, 2002).

En spesifikk retningslinje i installeringen av ressurser hos barnet under RDI er at de enkelte settene med bilateral stimulering skal ha kort varighet. Dette skyldes at korte sett vil forhindre aktivering av dysfunksjonelle minnenettverk som er relatert til den positive ressursen. For eksempel kan terapeuten i terapi med et barn utsatt for misbruk identifisere flere minner hvor barnet har vært sterk og utholdende i vanskelige situasjoner. Å være sterk og utholdende kan forstås som en ressurs, og bli fokus for represseringen under RDI. Slike minner vil først og fremst være assosiert med, og dermed aktivere, minner, tanker og følelser som bekrefter ressursen. Dersom settene med bilateral stimulering og repressering foregår for lenge, kan en naturlig assosieringsprosess aktivere relaterte negative minner og kognisjoner som kan svekke denne positive ressursen. I eksemplet over, kan minner fra episoder hvor barnet opplevde seg sårbart og svakt aktiveres, som kan svekke barnets overbevisning om å være sterk og utholdende.

Å installere flere ressurser tidlig i behandlingsløpet er fordelaktig for pasienten og behandlingen, da dette kan lette tilgangen på både affektive, atferdsmessige og kognitive mestringsstrategier når pasienten konfronteres med traumatiske minner i desensitiveringsfasen (Korn & Leeds, 2002).

3.1.5 EMDR-terapiens åtte faser

a) Historie-taking. I første fase identifiserer terapeuten de kliniske plagene og nåværende situasjoner som gir problematiske og negative responser hos barnet. I dette arbeidet skal terapeuten identifisere negative selv-persepsjoner, tanker, og overbevisninger. Det er også nødvendig å identifisere ferdigheter og ressurser som er nødvendige å styrke for at barnet skal kunne fungere adaptivt i fremtiden (Shapiro, 2001). Når man arbeider med barn vil man samle inn informasjon både fra barnet selv og foreldrene, for å få en oversikt over traumehistorien (Adler-Tapia & Settle, 2008). Man kan også innhente informasjon fra andre viktige mennesker i barnets liv. I terapi med barn vil også tilknytning og inntoning i foreldre-barn relasjonen vies oppmerksomhet (Adler-Tapia & Settle, 2008). Hvis det fremkommer informasjon om at barnet inngår i en utviklingshemmende relasjon skal denne adresseres.

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

EMDR har selv ingen intervensjoner som ivaretar slike utfordringer, men Shapiro (2001) oppmuntrer terapeuter til å benytte seg av verktøy fra andre metoder, som kan ivareta dette.

I den første fasen må terapeuten vurdere om barnet er klart for behandling.

Traumebehandlingen er en krevende prosess som setter store krav til barnets evne til å håndtere stress (Shapiro, 2001). Hvis barnet ikke er godt nok stabilisert og forberedt før traumeprosesseringsfasen, kan han/hun oppleve å bli overveldet av stresset dette medfører, noe som kan medføre at barnet må bryte behandlingen (Shapiro, 2001).

I vurderingen om barnet er klart for behandling, skal terapeuten legge særlig vekt på barnets evne til emosjonsregulering. Terapeuten skal gjøre en grundig kartlegging av barnets evne til å gjenkjenne, tolerere og regulere affekt (Adler-Tapia & Settle, 2008). Hvis barnet utviser tegn på emosjonell dysregulering skal ikke terapien gå videre før barnets emosjonsreguleringskapasitet er styrket. Ved forekomst av dissosiering, som ofte ses i sammenheng med alvorlig emosjonell dysregulering, er det videre strenge retningslinjer på at reprosesseringsprosessen ikke skal igangsettes før barnet er stabilisert. I slike tilfeller skal barnets grunnleggende nevropsykologiske ferdigheter styrkes og utvikles. Dette kan innebære å styrke barnets emosjonsregulering, som kan gjøres blant annet ved å benytte seg av RDI.

b) Forberedelse. I forberedelsesfasen blir barnet, sammen med sine foreldre, informert om hvordan behandlingen foregår og den terapeutiske allianse og felles mål for behandlingen etableres (Adler-Tapia & Settle, 2008). For barn vil terapeuten forsøke å forklare hvordan de store og vanskelige følelsene barnet har henger sammen med tidligere traumatiske hendelser. Psykoedukasjon om hvordan vonde og opprørende minner kan påvirke barnets fungering i nåtid kan bli benyttet for å gi barnet en forståelse av seg selv og hvordan hans eller hennes fortid henger sammen med nåtiden.

I forberedelsesfasen etableres *trygt sted*, som kan ses på som et mentalt fristed som barnet kan oppsøke for å bli rolig og avslappet. Det trygge stedet etableres ved at terapeuten oppfordrer barnet til å tenke på en situasjon eller et sted hvor han/hun føler seg trygg og i kontroll. For eksempel kan barnet fortelle at han/hun føler seg trygg hjemme på rommet sitt når han/hun leker med hunden sin. Ved identifisering av et slikt sted/situasjon, får barnet instruksjoner om å fokusere på dette, samtidig som han/hun stimuleres bilateralt. Dette gjøres helt til barnet føler seg glad og positiv. Den bilaterale stimuleringen forsterker og øker tilgangen på dette indre, trygge stedet. Dette stedet skal tjene som en kilde til trygghet for barnet, som han/hun kan oppsøke etter en stressende opplevelse, slik som etter eksponering for traumeminnet, som kommer senere i behandlingsløpet (Shapiro, 2001).

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

Dersom barnet ikke klarer å se for seg det trygge stedet imaginært, kan terapeuten be barnet tegne stedet ned. Når barnet opplever å bli overveldet av følelser, kan han/hun ta frem tegningen, og på denne måten gå til det trygge stedet (Adler-Tapia & Settle, 2008).

Barna skal føle at de har kontroll under behandlingen, og de oppmuntres til å benytte seg av et avtalt stoppsignal når de føler et behov for å stanse under den senere represseringen (Shapiro, 2001). Dette stoppsignalet avtales i forberedelsesfasen, og kan for eksempel være å ta fingeren opp.

I forberedelsesfasen identifiseres det også ønskede positive kognisjoner i barnet, som skal styrkes senere i installeringsfasen.

RDI er en komponent som ikke inngår i den standardiserte EMDR protokollen men som kan benyttes i forberedelsesfasen ved behov. RDI kan være en viktig terapeutisk komponent i arbeid med barn utsatt for kompleks traumatisering i forberedelsesfasen, da disse intervensjonene kan bidra til å stabilisere barnet slik at han/hun blir bedre rustet til traumeprosesseringen.

c) *Vurdering.* Tredje fase innebærer identifisering av ett spesifikt minne fra en traumatisk hendelse, og dets assosierte negative emosjoner, kognisjoner og kroppslige sensasjoner, som skal være fokuset for represseringen. Hos barn som ikke har tilgang på et slikt eksplisitt, traumatisk minne, er det mulig å identifisere og fokusere på implisitte deler av minner eller opplevelser, slik som kroppslige sensasjoner og følelser. I identifiseringsarbeidet kan man i terapi med barn benytte seg av mer lekende og kreative metoder, hentet fra leketerapi. Barnet kan tegne minnet, leke seg gjennom det i sandkassen eller benytte seg av hånddukker (Adler-Tapia & Settle, 2008).

I tillegg til å identifisere ett sentralt traumatisk minne som skal bli fokus for EMDR behandlingen, skal terapeuten være oppmerksom på og avdekke negative og forvrengte kognisjoner som pasienten har etablert relatert til det traumatiske minnet. Slike kognisjoner kan generere sterke negative følelser i individet som kan hindre psykologisk heling. For eksempel kan barn som har blitt seksuelt misbrukt etablere en tanke om at han/hun selv var skyld i overgrepet, som kan medføre en sterk skamfølelse. EMDR søker å endre troverdigheten pasienten tillegger slike forvrengte og negative kognisjoner, gjennom å be barnet fokusere på disse, samtidig som terapeuten utfører bilateral stimulering. Dette skal fasilitere at kognisjonen skal bli integrert med andre, mer positive kognisjoner, som kan virke modererende på denne. For å måle hvor valid en kognisjon er bes terapeuten pasienten om å fremkalle den negative kognisjonen og rangere hvor sann kognisjonen føles på en skala på 0-

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

7, hvor syv betyr helt sant og null betyr at tanken ikke er valid i det hele tatt. Denne skalaen kalles *validity of cognition* (VOC) (Shapiro, 2001).

For mange barn kan VOC-skalaen bli for abstrakt. Shapiro (2001) anbefaler at terapeuten bruker skalaer som tar i bruk kroppen, som at en "helt sann" uttrykkes ved å strekke hendene høyt over hodet, mens "helt usann" uttrykkes ved å ta i bakken.

Til slutt i denne fasen identifiseres ønskede positive kognisjoner, som kan erstatte negative, forvrengte kognisjoner. I eksempelet ovenfor med barnet som hadde en kognisjon om å ha skyld i de overgrepene som var begått mot han/henne, kan en alternativ, positiv kognisjon være "jeg har ingen skyld i overgrepene, og jeg var sterk som klarte å holde ut".

d) Desensivering. I den fjerde fasen assisterer EMDR-terapeuten barnet med å få tilgang på det traumatiske minnet, og dets assosierte emosjoner, kroppslige sensasjoner og kognisjoner, etterfulgt av bilateral stimulering. Under den bilaterale stimuleringen oppfordres barnet til å la den naturlige assosiasjonsprosessen skje, og til å legge merke til det som dukker opp. Dette er altså fasen hvor selve represseringen av traumatiske minner foregår.

I behandling av barn kan det være nyttig å bruke klistremerker på fingertuppene eller fingerdukker for at han/hun lettere skal holde oppmerksomheten på bevegelsene (Adler-Tapia & Settle, 2008). Videre brukes det færre sett av øyebevegelser. Et typisk sett øyebevegelser i behandling av barn er gjerne på 11-12 runder, mens det hos voksne er vanlig med 24 runder. Disse tilpasningene skal tjene å holde på barnets oppmerksomhet under represseringen, da barn i mindre grad enn voksne klarer å holde på konsentrasjonen over lengre tid. En annen tilpasning til dette er å ha kortere terapitimer, som helst ikke skal overskride 45 minutter (Adler-Tapia & Settle, 2008).

For å måle intensiteten av opplevd, subjektivt stress ved aktivering av det traumatiske minnet, benyttes *subjective unit of distress* (SUD) (Shapiro, 2001). Barnet instrueres til å fokusere på det traumatiske minnet og angi hvor stressende dette oppleves, på en skala fra 0-10. Null er ikke stressende i det hele tatt, mens 10 er det høyeste nivå av stress barnet kan tenke seg.

Desensiveringsfasen er ferdig når det aktuelle minnet ikke lenger vurderes som valid og emosjonelt ladet (Shapiro, 2001), noe som måles ved å benytte seg av VOC og SUD.

For noen barn kan det være lettere å repressere i fantasien heller enn i virkeligheten. Dette kan for eksempel skje gjennom i lek i sandkassen (Adler-Tapia & Settle, 2008).

Selve represseringen av de traumatiske minnene skal kun skje i terapirommet. Barnet får ikke hjemmeoppgaver, og eksponeres dermed ikke for traumemateriale uten at

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

terapeuten er til stede. Likevel kan informasjonsprosesseringen fortsette etter timen, dog saktere enn i timene. Barnet kan derfor oppleve noe ubehag mellom sesjonene. Dette understreker viktigheten av at barnet må være tilstrekkelig klart for å starte traumebehandling. Videre må terapeuten forsikre seg om at barnet er tilstrekkelig rolig når han/hun forlater terapirommet.

Målet med represseringen er at barnets isolerte, traumatiske minne skal integreres med hans/hennes helhetlige minnenettverk, slik at minnet kan bli tilgjengelig for modifisering og påvirkning fra andre, mer positive og/eller funksjonelle minner. For eksempel under repressering med barn utsatt for misbruk, kan minnene rundt dette assosieres og integreres med positive minner relatert til omsorg og beskyttelse. Slike minner kan virke støttende og moderere den negative effekten av traumatiske minner. Et traumatisk minne om å bli misbrukt kan for eksempel være assosiert med kognisjonen "jeg er verdiløs". Minner relatert til omsorg, kan derimot være assosiert med kognisjonen "jeg er betydningsfull". Det å gjøre minner hvor barnet har opplevd omsorg tilgjengelige kan føre til at den negative kognisjonen modereres, og dermed også den negative effekten av traumeminnet. Ved å tilgjengeliggjøre disse minnene vil de kognisjonene assosiert til minnene om omsorg bli mer tilgjengelige for barnet. Assosierte følelser rundt den negative kognisjonen vil også bli endret, både ved å bli mindre sterke og/eller ved å skifte valens. Dette kan bidra til å øke barnets fungering, for eksempel ved å yte en positiv effekt på barnets selvbilde.

e) *Installeringsfasen, Kroppsskanning, Avslutning og Reevaluering.* Installeringsfasen innebærer en forsterkning av den eller de positive kognisjonene som ble identifisert i vurderingsfasen. Dette innebærer at terapeuten utfører bilateral stimulering samtidig som barnet fokuserer på kognisjonen. I teorien skal dette styrke kognisjonens nevrologiske koplinger med andre relaterte, positive kognisjoner. Positive kognisjon/er bør ende opp med å vurderes til en 7 på VOC-skalaen. Klinisk erfaring har vist at barn gjerne viser rask progresjon i denne fasen (Adler-Tapia & Settle, 2008). Installeringsfasen av positive kognisjoner kan også gjøres i forberedelsesfasen, som kan bidra til å stabilisere barnet før represseringen.

Kroppsskanningsfasen involverer en skanning av kroppen og påfølgende prosessering av all gjenværende somatisk reaktivitet (Shapiro, 2001). Hos barn må man ofte sette av tid til å lære han/henne hvordan man kjenner etter i kroppen etter somatisk reaktivitet, før man starter skanningen. Dette fokuset på kroppslige sensasjoner er gjennomgående i hele terapiforløpet, men i denne fasen skal fokuset kun være på de kroppslige sensasjonene.

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

Dersom det fortsatt foreligger somatisk reaktivitet i kroppen til pasienten, skal dette forstås som et tegn på at reprosesseringen ikke er ferdig, og behandlingen må fortsette (Shapiro, 2001).

I syvende fase, avslutningsfasen, blir pasienten vurdert og, dersom nødvendig, hjulpet til å føle seg trygg og rolig før han/hun går ut av terapirommet. Her kan man benytte seg av trygt sted for å roe ned før terapiens avslutning.

I fase åtte, reevaluering, skal terapeuten vurdere om tidligere reprosesserte minner har blitt tilstrekkelig reprosessert. Terapeuten må undersøke om det dukker opp flere assosiasjoner som må adresseres i en senere sesjon (Shapiro, 2001).

I klinisk praksis vil ikke behandlingen være en lineær prosess, hvor terapeuten beveger seg fra fase til fase, men være mer flytende og dynamisk (Shapiro, 2001).

3.1.6 EMDR med barn utsatt for kompleks traumatisering. Det eksisterer ingen egen EMDR behandlingsmanual for barn utsatt for komplekse traumer. Shapiro (2001) har derimot omtalt noen spesielle forhold og tilpasninger som er viktige i terapi med denne pasientpopulasjonen.

Når man skal benytte seg av EMDR for å behandle barn utsatt for kompleks traumatisering, vektlegges det at pasienten må forberedes godt før behandlingen kan starte. Dette kan gjøres ved å benytte seg av RDI, som skal gi barnet tilgang på ressurser og ferdigheter som kan virke stabiliserende (Korn & Leeds, 2002; Shapiro, 2001). De komplekse traumesymptomene hevdes å ha grobunn i en grunnleggende skjev- og/eller underutvikling av fundamentale, psykologiske ferdigheter og konstrukter. Av dette følger det at denne pasientpopulasjonen kan ha behov for en mer omfattende forberedelsesfase, med fokus på å styrke barnets psykologiske fungering (Shapiro, 2001). I særlig grad vil terapeutiske intervensjoner i forberedelsesfasen som styrker barnets emosjonsreguleringskapasitet være sentralt i arbeid med komplekst traumatiserte barn, da emosjonell dysregulering antas å være en grunnleggende årsak til barnets symptomatologi. Installering av trygt sted kan spesielt anses som nyttig i behandlingen av barn utsatt for komplekse traumer, da dette kan bidra til at barnet stabiliseres.

I motsetning til behandling av barn med enkel PTSD, hvor enkeltminner er fokus for EMDR-sesjonene, vil det terapeutiske arbeidet med barn med komplekse traumesymptomer måtte adressere flere traumer. I teorien må man identifisere og fokusere på alle de traumatiske minnene et barn har som kan være grunnsteinen i dysfunksjonen. Hvis alle disse individuelle, traumatiske minnene skal adresseres kan dette bli en svært tidkrevende oppgave i arbeid med

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

barn utsatt for komplekse traumer. Shapiro (2001) hevder derimot at dette ikke alltid er nødvendig, da repressering av generelle aspekter ved traumatiske minner kan skape en *generaliseringseffekt*. I teorien kan effekten av represseringen av ett minne kunne overføres til nært beslektede minner. I lys av dette kan EMDR, i tillegg til å fokusere på traumatiske, individuelle minner, også repressere generelle faktorer rundt traumet. For eksempel hvis barnet har opplevd seksuelle overgrep utført av en person, kan det å fokusere på personen fremfor enkeltminner fra overgrepene kunne gi en represseringseffekt på alle de minnene hvor denne personen er involvert. I tillegg kan pasienten oppleve at behandlingseffekten kan generaliseres til andre, assosierte dysfunksjonelle minnenettverk. I lys av dette kan det hevdes at det skjer en slags simultan repressering av minner relatert til traumeminnet (Courtois & Ford, 2012).

Ingen forskning har forsøkt å avdekke hvorvidt det forekommer en slik generaliseringseffekt på assosierte minner, og denne beskrivelsen er basert på klinisk erfaring (Shapiro, 2001).

3.1.7 Oppsummering. Essensen i EMDR-teori er at aktivering av pasientens informasjonsprosesseringssystem vil fasilitere en repressering og integrering av isolerte, traumatiske minner. Ved at disse minnene blir integrert inn i pasientens helhetlige, funksjonelle minnenettverk, mister minnet sin negative effekt på individet. Minnet vil nå ikke “ta over” pasientens oppmerksomhet slik det gjorde i sin isolerte form, da minnet har fått oppkoplet nevrologiske forbindelser til andre, mer positive minner, kognisjoner og følelser, som kan virke modifierende og modererende på traumeminnets negative innhold og effekt. Sentralt i EMDR er den bilaterale stimuleringen. Denne komponenten hevdes å bidra til å aktivere begge hjernehalvdelen, slik at nevrologiske nettverk i hele hjernen inkluderes i integreringen. Den bilaterale stimuleringen hevdes videre å medvirke til aktiveringen av informasjonsprosesseringssystemet.

Terapien er strukturert inn i åtte faser. Først forberedes pasienten for represseringen, hvor han/hennes psykologiske ferdigheter og konstrukter skal styrkes hvis dette vurderes som nødvendig for at vedkommende skal bli i stand til å gjennomføre traumebehandlingen. Selve represseringen foregår i desensitiveringsfasen, som består av imaginær eksponering for traumeminnene, samt bilateral stimulering. I avslutningsfasene forsøker terapeuten å konsolidere og styrke ressurser i pasienten, samtidig som det letes etter “rester” av dysfunksjonelle, isolerte minnenettverk.

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

Den psykologiske og nevrologiske endringen kan skje hos barn så vel som hos voksne, og barn kan muligens få enda mer ut av behandlingen, i og med at de fortsatt er i utvikling, og deres hjerne er mer plastisk. Selv om fasene i EMDR presenteres i en viss rekkefølge, må man ikke følge disse som en lineær prosess. I klinisk praksis vil behandlingen være en flytende og dynamisk prosess, hvor man går tilbake til eller frem til faser som føles nødvendige for den enkelte pasient.

3.2 Forskningsstudier

Nå følger en presentasjon av relevant forskning, som fra et empirisk ståsted kan belyse spørsmålet om EMDR har behandlingseffekt på komplekse traumesymptomer hos barn. Det ble først gjennomført et systematisk litteratursøk, hvor det ble søkt opp behandlingsstudier på EMDR-behandling av barn med vansker relatert til samtlige av de syv ulike symptomdomenene. For eksempel ble ordene *EMDR*, *behandlingseffekt*, *barn* og *dissosiering* brukt for å lete etter studier som kunne belyse behandlingseffekt på komplekse traumesymptomer innenfor det dissosiative domenet. Lignende søk ble foretatt for alle de syv domenene. Denne søkeprosessen avdekket at det generelt eksisterer svært få studier som eksplisitt har undersøkt behandlingseffekt av komplekse traumesymptomer. Kun to studier ble funnet gjennom denne søkestrategien, hvorav det ene adresserte EMDRs effekt på atferdsvansker mens det andre undersøkte EMDRs effekt både på atferdsvansker og selvtillit. Innenfor et komplekst traumeperspektiv kan atferdsvansker plasseres inn under symptomdomenet atferdsregulering, mens selvtillit kan plasseres innenfor domenet selvet.

Som en alternativ tilnærming for å identifisere flere studier av relevans for oppgavens problemstilling, ble det søkt opp studier som omhandlet behandlingseffekt av EMDR på PTSD og andre traumerelaterte symptomer hos barn. Dette ble gjort på grunnlag av muligheten for at slike studier også består av deltagere utsatt for kompleks traumatisering, da det er en gjennomgående tendens at studier ikke skiller mellom type 1 og type 2 traumer (Fleming, 2012). Videre eksisterer det ikke en egen, offisiell diagnose for komplekse traumesymptomer hos barn, som tar vekk muligheten for å kunne avdekke relevante studier gjennom å søke på en spesifikk diagnose. PTSD ble da den mest nærliggende, alternative diagnosen å søke på. Denne tilnærmingen er derimot ikke uproblematisk, da PTSD og komplekse traumesymptomer avviker fra hverandre i betydelig grad. Ved identifisering av PTSD og traumestudiene, ble det derfor foretatt en nøye vurdering av inkluderings- og ekskluderingskriterier for deltagere, for å vurdere hvorvidt deltagere var utsatt for kompleks traumatisering. Beskrivelse av type og antall traumer var også sentralt, samt om

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

symptombildet hos barna kunne gi indikasjoner på komplekse traumesymptomer. Til slutt ble det vektlagt forekomst av komorbide lidelser i vurderingen, da dette er assosiert med barn utsatt for komplekse traumer (Courtois & Ford, 2012).

Kun tre studier ble vurdert som forsvarlig å ta med i denne litteraturgjennomgangen. Ingen av disse studiene hadde et eksplisitt formål om å undersøke behandlingseffekt av EMDR på komplekse traumesymptomer. Etter en nøye gjennomlesing av studiene ble det likevel vurdert som rimelig å anta at i hvert fall deler av utvalget i studiene har problematikk som kan være relatert til kompleks traumatisering. Videre vil presentasjonen av studiene i stor grad tjene det formål å belyse utfordringer i forskningsfeltet, samt generere ideer og tanker til best mulig utforming og gjennomføring av senere behandlingsstudier på komplekse traumesymptomer hos barn. Dette blir drøftet i diskusjonsdelen.

3.2.1 Atferdsvansker. Soberman, Greenwald og Rule (2002) undersøkte behandlingseffekten av EMDR på gutter med atferdsproblemer. Forfatterne av studiet hevder at traumer kan bidra til utvikling og opprettholdelse av atferdsvansker. Studiets formål var å teste denne hypotesen gjennom å behandle traumatiske minner, og se hvorvidt dette gav en positiv effekt på atferdsvanskene. 29 gutter mellom 10-16 år med atferdsvansker deltok i studiet. Deres primærdiagnoser i DSM-IV inkluderte PTSD (31%), atferdslidelse (*Conduct Disorder*) (59%), ADHD (17%), lærevansker (14%), rusmisbruk (13%) og opposisjonell atferdslidelse (3%). Et viktig inkluderingskriterium var at guttene var i stand til å identifisere et tilstrekkelig sterkt nok traumatisk minne, definert som en skåre på 4 eller høyere på SUD-skalaen ved aktivering av minnet. Fravær av PTSD diagnose var ikke et ekskluderingskriterium. Guttene ble randomisert inn i to grupper, hvorav den ene gruppen fikk standardbehandling og den andre fikk standardbehandling i tillegg til tre EMDR-sesjoner. Standardbehandlingen gitt ved behandlingssenteret guttene var tilknyttet bestod av ukentlig individuell- og gruppeterapi, tilbud om spesialundervisning, atferds-belønningssystem, medisinerer ved behov og psykoedukasjon av omsorgsgivere. Det forekom ingen signifikante gruppeforskjeller mellom gruppene før behandling i henhold til alder, etnisitet, diagnose, bruk av medisiner, varighet på oppholdet og grad av familieinvolvering. Det var heller ingen signifikante gruppeforskjeller på symptom-målingene foretatt før behandling.

For å måle atferds- og traumesymptomer før og etter behandling, ble det benyttet seks ulike måleinstrumenter; SUD-skalaen, *Child Report of Post-traumatic Symptoms* (CROPS) (Fletcher, 1993), *Parent Report of Post-traumatic symptoms* (PROPS) (Fletcher, 1993), *Impact of Events Scale-8 items* (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979), *Problem Rating Scale*

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

(Greenwald, 1996) og *Behavioral Reward Scale* (BRS) (Soberman, Greenwald, & Rule, 2002). Tre målinger av symptomene ble gjennomført: en uke før behandling, en uke etter behandling og to måneder etter behandling.

Resultatene viste at EMDR gruppen, sammenlignet med kontrollgruppen, viste en sterk og signifikant reduksjon av reaktivitet til traumatiske minner (SUD skala), så vel som en signifikant reduksjon av foreldrerapportert problematferd (PRS). Videre viste EMDR-gruppen en tendens mot en større reduksjon av PTSD symptomer, sammenlignet med kontrollgruppen, men disse forskjellene var ikke signifikante. Ingen av utfallsmålene gikk i kontrollgruppens favør. Resultatene viste også at forbedringen av symptomer i EMDR-gruppen økte betraktelig mellom rett etter behandling og to måneder etter behandling, et mønster som også er funnet i andre effektstudier av EMDR på barn og unge (Greenwald, 1994; Puffer, Greenwald, & Elrod, 1998; Scheck, Schaeffer, & Gillette, 1998). Dette tyder på at EMDR fortsetter å ha effekt etter at denne er avsluttet.

Disse funnene gir preliminær støtte til hypotesen om at traumatiske minner kan bidra til opprettholdelsen av atferdsvansker, og at effektiv traumebehandling kan bidra til betydelig symptomreduksjon.

3.2.2 Atferdsvansker og selvtillit. Wanders, Serra og De Jongh (2008) gjennomførte et studie som sammenlignet effekten av EMDR og CBT behandling på atferds- og selvtillitsproblemer. Studiet bestod av 26 barn mellom 8 og 13 år, som primært var henvist for atferdsproblemer. Utover å sammenligne behandlings- effekten av EMDR og CBT, ønsket forfatterne å teste sin hypotese om at bearbeiding av potensielt traumatiserende minner, kan gi en positiv effekt både på selvtillits- og atferdsproblemer.

De 26 barna ble randomisert fordelt mellom EMDR og CBT gruppene, som ble funnet å ikke avvike signifikant fra hverandre på viktige områder, slik som alder, symptomtrykk og sosioøkonomisk bakgrunn. Fire individuelle behandlingssesjoner på 60 minutter hver ble gjennomført i løpet av en seks ukers periode. EMDR-behandlingen ble gjennomført i henhold til Shapiros behandlingsmanual (2001). CBT-terapien ble gjennomført i tråd med anerkjente retningslinjer for CBT-behandling av barn med atferdsvansker, med fokus på problemløsning, praktisk ferdighetstrening og kognitiv modifisering (Cladder, Nijhoff-Huysse, & Mulder, 1998). Barna i CBT-gruppen, men ikke EMDR-gruppen, fikk hjemmelekser. Etter fullført behandling, ble standardbehandling i henhold til behandlingssenteret barna var tilknyttet implementert, som bestod av individuell terapi og sosial trening i grupper.

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

For å evaluere effektiviteten av behandlingene ble det benyttet en rekke målinger gjennom barne-, foreldre- og mentorrapportering. Studiet benyttet seg av totalt syv ulike måleinstrumenter. To av disse var relatert til selvtillit; *The Dutch Version of self Perception Profile for Children* (SPPC) (Harter, 1985); og *The Self Esteem Scale* (Wanders, 2004b). Videre ble *The Nijmegen Parenting Stress Index* (De Brock, Vermulst, Gerris, & Abidin, 1992) benyttet for å utrede familiefunksjon, og potensielt avdekke dysfunksjonelle parentale strategier eller atferder. *The Depression Questionnaire for Children* (DQ-C) (De Wit, 1987) og *The Positive and Negative Affect Self-Statement Questionnaire for Children* (PNG-C) (Bracke & Braet, 2000) ble benyttet for å vurdere grad og forekomst av emosjonelle vansker. Til slutt ble det benyttet to måleinstrumenter for å vurdere og måle atferdsproblemer og sosiale ferdigheter hos barnet; *The Child Behaviour Checklist* (CBCL) (Achenbach, 1991) og *The Target Behavior Scale* (TBS) (Wanders, 2004a). CBCLs internaliseringskala ble også inkludert i vurderingen av emosjonelle vansker hos barnet. Målingene ble gjennomført før behandling, rett etter behandling og seks måneder etter behandlingsslutt.

Resultatene viste at både CBT og EMDR hadde en signifikant positiv effekt på selvtillits- og atferdsproblemer hos barna. Det fremkom derimot noen forskjeller i resultatene på de ulike utfallsmålene. Blant annet viste EMDR-gruppen signifikante økninger i selvtillit rapportert av barna selv, foreldre og mentor. Disse effektene vedvarte til oppfølgingsmålingene seks måneder etter behandlingen. CBT produserte derimot bare økning i parental- og mentorrapportering om selvtillit. Videre ga CBT, men ikke EMDR, signifikante atferdsbedringer målt rett etter behandling. Atferdsendringene hos barna i EMDR-gruppen var på dette tidspunktet endret i positiv retning, men disse var ikke signifikante. Ved seks måneders målingen viste derimot EMDR-gruppen en signifikant atferdsendring mellom post-til oppfølgingsmålingene. Videre var den totale atferdsbedringen større hos EMDR-gruppen enn hos CBT-gruppen, målt både gjennom foreldre- og mentorrapporteringene. Disse forskjellene var signifikante.

Oppsummert viste studiet at forskjellene i behandlingseffekten mellom CBT og EMDR var lav. Derimot viste barna som opprinnelig mottok EMDR signifikant større endringer i målatferder på den siste oppfølgingsmålingen, sammenlignet med barna som mottok CBT. Atferdsbedringene kom derimot senere for EMDR-gruppen enn for CBT-gruppen. EMDR hadde også en signifikant større økning i selvtillit, sammenlignet med CBT. Dette indikerer at EMDR kan være en bedre egnet terapi for å øke selvtillit hos barn med atferdsproblemer enn CBT. Resultatene støtter hypotesen om at desensivering av minner

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

som yter en negativ effekt på barnets selvtillit kan generere signifikant positive og vedvarende effekter på barns selvtillit og atferdsproblemer.

3.2.3 Barn utsatt for krig. Wadaa, Zaharim og Alqashan (2010) undersøkte behandlingseffekten av EMDR blant 12 barn mellom 7 og 12 år som var traumatisert av krigen i Irak i 2003. Disse barna skåret innenfor klinisk område på *UCLA PTSD DSM IV (Parent Vision, Revision 1)*, et diagnostisk verktøy for å vurdere forekomst av PTSD-symptomer hos barn (Pynoos, Rodriguez, Steinberg, Stuber, & Frederich, 1998). Barna mottok åtte timer med EMDR-behandling. De hadde ikke mottatt noen tidligere psykologisk behandling for sine post-traumatiske symptomer. Studiet bestod også av en kontrollgruppe. Før behandlingsstart var det ingen signifikante forskjeller på gjennomsnittlige skårer på PTSD-symptomene mellom den eksperimentelle gruppen (38,91 poeng) og kontrollgruppen (41 poeng). Etter behandlingen var derimot gjennomsnittsskårene til den eksperimentelle gruppen signifikant redusert ($t(37)=10,14, p = .001$). EMDR-gruppen skåret gjennomsnittlig 12,33 poeng på *UCLA PTSD DSM IV* mens kontrollgruppen fortsatt hadde et tilsvarende høyt symptomtrykk som ved første måling (39 poeng). Både SUD-skalaen og VOC-skårene viste signifikante reduksjoner for EMDR gruppen. Oppsummert indikerer resultatene fra studiet at EMDR hadde en signifikant reduksjon av PTSD-symptomer hos deltagerne i den eksperimentelle gruppen, sammenlignet med kontrollgruppen. Forfatterne understreker at åtte sesjoner er en kort behandling, men denne gav likevel signifikante behandlingsresultater. I denne sammenheng argumenterer forfatterne for at EMDR kan være en raskere, mindre smertefull og ressursparende behandling, sammenlignet med andre etablerte traumebehandlinger, slik som TF-CBT.

3.2.4 Oppsummering. Disse tre studiene belyser alle til en viss grad at EMDR kan benyttes i behandlingen av komplekse traumer. Studien til Soberman, Greenwald og Rule (2002) gir preliminær støtte til teorien om at traumatiske minner kan bidra til opprettholdelsen av atferdsvansker, og at en effektiv traumebehandling, i dette tilfellet EMDR, kan bidra til en betydelig symptomreduksjon. Wanders, Serra og De Jongh`s (2008) studie viste at EMDR hadde en signifikant større behandlingseffekt på atferdsvansker og selvtillit, sammenlignet med CBT. Resultatene støtter hypotesen om at desensivering av minner som yter en negativ effekt på barnets selvtillit kan generere signifikant positive og vedvarende effekter på barns selvtillit og atferdsproblemer. Wadaa, Zaharim og Alqashan (2010) fant at EMDR ga en

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

signifikant reduksjon av PTSD-symptomene hos barn utsatt for krigstraumer, sammenlignet med en kontroll gruppe som også bestod av krigstraumatiserte barn fra krigen i Irak.

To av studiene vil bli diskutert sammen med den teoretiske diskusjonen av atferdsdysregulering og selvet (Wanders, Serra, & De Jongh, 2008; Soberman, Greenwald, & Rule, 2002).

4.0 Diskusjon

4.1 Teoretisk diskusjon

Vi har valgt å diskutere EMDRs ivaretagelse av de respektive syv symptomdomenene i separate deler. Dette er derimot en noe unaturlig oppdeling, da barnets fungering innenfor de ulike symptomdomenene er gjensidig avhengig av hverandre. Svekkelser innen ett domene er assosiert med svekkelser innen de andre domenene. Videre vil en forbedring på ett domene kunne gi en positiv effekt på de andre domenene. Dette er en konsekvens av at alle symptomene forstås å ha grunnlag i en under- og/eller skjevutvikling av sentrale utviklingsoppgaver og -prosesser. Deres funksjon kan dermed ikke forstås isolert fra de andre symptomdomenene. Det er viktig å være bevisst på denne nære avhengigheten mellom de ulike domenene gjennom diskusjonen av de syv symptomdomenene.

4.1.1 Tilknytning. Forstyrrelser innenfor tilknytningsrelasjonen danner i stor grad grunnlaget for vansker innen de resterende seks symptomdomenene, da de viktigste utviklingsprosessene hevdes å forekomme innenfor denne relasjonen. Å diskutere hvorvidt EMDR ivaretar symptomer relatert til tilknytning vil derfor i teorien innebefatte alle symptomer som er relatert til barn utsatt for komplekse traumer. Diskusjonen av tilknytningsdomenet vil derimot begrense seg til å fokusere på: om EMDR fra et teoretisk perspektiv kan være virkningsfull i å endre barns arbeidsmodeller og tilknytningsstatus, hvordan tidlige implisitte traumatiske minnespor kan adresseres i EMDR og hvordan generaliseringseffekten kan bidra til det terapeutiske utfallet.

a) Generaliseringseffekten. Relasjonelle traumatiske erfaringer vil ifølge EMDR-teori kunne resultere i utilstrekkelig prosesserte minner, som lagres i isolerte minnenettverk. I EMDR kan slike minner være fokus for reprosesseringen. En utfordring i dette arbeidet med barn utsatt for gjentagende og vedvarende traumer er at de kan ha et høyt antall traumatiske, uprosesserte minner. Hvis alle disse minnene skal prosesseres individuelt i EMDR-terapi, kan

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

dette bli svært tidkrevende. EMDR kan tenkes å overkomme denne utfordringen gjennom generaliseringseffekten. Shapiro (2001) hevder at effekten av repressering av ett minne kan overføres til nært beslektede minner. Gjennom å fokusere på gjennomgående, sentrale følelser, minner og/eller kognisjoner som er assosiert med tilknytningsrelasjonen, kan dette potensielt generalisere effekten av represseringen. For eksempel i terapi med barn som primært har opplevd en emosjonelt utilgjengelig omsorgsperson, kan barnet fokusere på tilknytningspersonen, eventuelt den spesifikke følelsen barnet assosierer med denne personen, under represseringen. Shapiro (2001) hevder at dette kan føre til at alle minner og assosierte kognisjoner og affekter som involverer og er assosiert med omsorgsgiver integreres i barnets helhetlige minnenettverk. Gjennom å integreres med positive og funksjonelle minnenettverk kan dette virke modererende og beroligende på barnet ved aktivering av disse tidligere isolerte minnenettverkene, og minnenettverket kan miste sin negative effekt på barnets kognisjon, affekt og atferd. Hvis det er tilfelle at en slik generaliseringseffekt forekommer kan det argumenteres for at EMDR er en velegnet terapi for å behandle barn med komplekse traumer. Ved å unngå å måtte repressere alle de traumatiske minnene individuelt, kan dette redusere behandlingens varighet og omfang, og dermed barnets psykologiske lidelse. Det er derimot uvisst om denne generaliseringseffekten faktisk skjer, og ingen studier har per dags dato avdekket hvorvidt denne effekten eksisterer (Shapiro, 2001).

b) *Repressering av implisitte, traumatiske minner.* En utfordring i terapi med barn utsatt for tidlige, relasjonelle traumer er at disse barna kan mangle eksplisitte minner fra slike hendelser. Dette kan skyldes at barnet har blitt utsatt for traumer på et tidlig utviklingsstadium, hvor evnen til å lagre eksplisitte, episodiske minner enda ikke var utviklet (Gaensbauer, 1995). De traumatiske hendelsene kan derimot være lagret på andre, mer implisitte måter, slik som i barnets kroppslige sensasjoner og følelser. Innenfor EMDR-teori kan slike implisitte minnespor i like stor grad som eksplisitte minner bli isolert i egne, uintegrerte minnenettverk, som kan ha en negativ innvirkning på barnets fungering (Shapiro, 2001). Videre kan EMDR benytte slike implisitte minnespor som fokus for represseringen. I lys av dette kan det argumenteres for at EMDR er en egnet terapi for barn som mangler eksplisitte minner fra traumatiske hendelser. For eksempel kan et barn som har blitt seksuelt misbrukt oralt i svært ung alder oppleve ubehag i form av brekningsfølelser når det skal spise. Det å ha noe i munnen trigger den kroppslige sensasjonen og assosierte følelser og ubehag assosiert med overgrepet. Minnet har blitt isolert fra barnets helhetlige minnenettverk, og dets assosierte følelser og kroppslige sensasjoner okkuperer hele barnets oppmerksomhet

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

ved aktivering. Reprosesseringen i EMDR kan fokusere på slike implisitte minnespor, hvor barnet får instruksjoner om å fokusere på den identifiserte kilden til ubehag, i dette tilfellet den kroppslige sensasjonen av å ha noe i munnen. I teorien skal barnets fokus på ubehaget samtidig med at terapeuten utfører sett med bilateral stimulering føre til at informasjonsprosesseringsystemet fasiliterer en integrering av den ubehagelige kroppslige fornemmelsen og følelsen sammen med resten av hans/hennes funksjonelle minnenettverk. Minnet vil miste sin negative effekt, og den kroppslige sensasjonen av å ha noe i munnen vil i teorien nå ikke kun assosieres med ubehaget fra overgrepet, men også med andre, mer positive opplevelser, slik som gode smaksopplevelser. Mangel på eksplisitte minner fra traumatiske hendelser hos barn utsatt for tidlige, relasjonelle traumer kan medføre at traumebehandling som forutsetter en verbal gjenfortelling av den traumatiske hendelsen kommer til kort. Dette gjelder blant annet TF-CBT. EMDR er derimot ikke avhengig av verbal gjenfortelling av traumer. I lys av dette kan det argumenteres for at EMDR er en velegnet terapiform for barn som mangler eksplisitte minner fra traumatiske hendelser. Det vil derimot være mer utfordrende å velge fokus for EMDR-terapien i tilfeller hvor barnet mangler eksplisitte minner fra den/de traumatiske hendelsen/e. Dette vil kreve en lenger og mer omfattende utredningsprosess, samt innhenting av komparentopplysninger som kan bekrefte forekomst av tidlige, relasjonelle traumer fra foreldre og andre. Videre kan det være nødvendig å gjennomføre en grundig kroppsskanning av barnet, for å potensielt avdekke implisitte minnespor, som kan ivaretas i kroppsskanningsfasen. Selv om dette i utgangspunktet er en fase som kommer senere i terapiløpet, er ikke EMDR en lineær og statisk metode, og man kan benytte seg av de ulike fasene etter behov.

c) Arbeidsmodeller. Tilknytningsteori hevder at barnet innenfor tilknytningsrelasjonen utvikler arbeidsmodeller. Dette er et konstrukt som refererer til barnets forventninger til seg selv, andre og hva som er mulig i samspill. I lys av dette vil barn utsatt for kompleks traumatisering innenfor sin tilknytningsrelasjon utvikle negative forventninger til andre, relasjoner, samt et negativt bilde av seg selv. For eksempel kan barnet danne en oppfatning av at ”jeg kan ikke stole på andre mennesker”. Innenfor tilknytningsteori hevdes det derimot at arbeidsmodeller beskriver aktive prosesser som kan endres over tid. For eksempel kan nye, relasjonelle erfaringer innlemmes og/eller endre på innholdet i et barns arbeidsmodeller.

Innen EMDR-teori kan innholdet i arbeidsmodeller konseptualiseres som negative, forvrengte kognisjoner. Disse adresseres i vurderingsfasen hvor man skal forsøke å modifisere negative kognisjoner til den traumatiske hendelsen (her relasjonelle traumer) via

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

reprosessering. Barnet får instruksjoner om å fokusere på den negative kognisjonen, samtidig som terapeuten utfører bilateral stimulering. Før og etter slike EMDR-sesjoner måler terapeuten kognisjonens validitet ved å benytte seg av VOC-skalaen. Målet er at barnet til slutt vurderer kognisjonen som usann, og at denne etter hvert erstattes med en mer positiv og adaptiv tanke (her arbeidsmodell). Etter en vellykket reprosessering kan forventninger og oppfatninger til relasjoner gjøres tilgjengelige for modifisering og endring, da de ikke lenger er isolert i sitt eget, traumatiske minnenettverk. Barnet kan dermed assimilere nye, positive relasjonelle erfaringer inn i hans/hennes eksisterende arbeidsmodell.

En annen potensiell bidragsyter til å endre innholdet i arbeidsmodeller er installering av positive og adaptive tanker i EMDR-terapiens femte fase. I denne fasen kan terapeuten identifisere positive kognisjoner om relasjoner barnet holder, og gjøre disse til fokus for reprosesseringen. Dette vil i teorien styrke kognisjonen og dens nevraltale koplinger til andre positive kognisjoner om relasjoner.

En siste mulig virkningsmekanisme for å endre barnas arbeidsmodeller er gjennom ny, relasjonell erfaring i terapirommet. Barn utsatt for komplekse traumer kan ha en iboende mistillit til andre mennesker, og svært mangelfull erfaring med at voksne er oppmerksomme, interessert og opptatt av barnets behov og ønsker. Det kan derfor tenkes at det er spesielt viktig i arbeid med denne pasientpopulasjonen at terapeuten fokuserer på å bygge en god allianse i forberedelsesfasen. EMDR er fleksibel med tanke på varighet og hopping mellom de ulike terapifasene. I arbeid med disse barna kan det være behov for å gå tilbake til forberedelsesfasen, og vie gjentakende oppmerksomhet til at barnet skal utvikle og opprettholde tillit til terapeuten. Hvis terapeuten lykkes i å etablere en trygg og god allianse og relasjon, kan barnet for første gang oppleve å bli forstått av en regulerende annen. Denne nye, relasjonelle erfaringen kan virke modifiserende på barnets arbeidsmodeller. For eksempel kan barnet få en ny forventning om at "jeg kan dele følelser, og få hjelp til å håndtere disse av andre". Dette er derimot ikke en spesifikk egenskap ved EMDR, da all terapi skal forsøke å etablere en trygg og tillitsfull allianse med klienten (Bordin, 1979).

Barn utsatt for komplekse traumer kan ha svært mange negative, relasjonelle erfaringer som har formet deres arbeidsmodeller over lang tid, kanskje gjennom hele livet. Å endre innholdet i barnas arbeidsmodeller kan dermed være en omfattende og tidkrevende oppgave. I dette arbeidet kan det være viktig å fasilitere at barnet får oppleve positive relasjonelle samspillserfaringer på viktige arenaer i hans/hennes liv for å oppnå endring. Videre kan mangel på positive, relasjonelle erfaringer by på utfordringer i det terapeutiske arbeidet. Blant annet kan barnet ha tilgang på svært få positive, relasjonelle erfaringer som

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

kan tjene som utgangspunkt for å installere og styrke positive, relasjonelle kognisjoner i femte fase. I slike tilfeller må barnet faktisk få oppleve reelle positive relasjonelle erfaringer som i teorien kan tjene som råmateriale for installering av positive kognisjoner. Det kan argumenteres for at barnets erfaring med en sensitiv, responderende og regulerende terapeut kan tjene som ny, relasjonell erfaring. Videre kan represseringen av minnene, gjennom redusert negativ effekt på barnets kognisjon, atferd og affekt, gjøre barnet i stand til å interagere mer effektivt med andre mennesker (Shapiro, 2001). Dette kan igjen øke sannsynligheten for at barnet opplever positive, relasjonelle erfaringer som kan bidra til å endre innholdet i arbeidsmodellene. Utover dette har derimot ikke EMDR noen intervensjoner som fokuserer på eller tilrettelegger for at positive, relasjonelle erfaringer skal finne sted utenfor terapirommet. Det kan derfor hevdes at EMDR har en mangelfull ivaretagelse av behovet for å endre på barnets arbeidsmodeller. Shapiro (2001) hevder derimot at EMDR er en metode som er kompatibel med andre terapeutiske metoder. Dette betyr at EMDR i klinisk praksis vil kunne ivareta barnas behov for positive, relasjonelle erfaringer utenfor terapirommet, gjennom å inkludere elementer og intervensjoner fra andre metoder. For eksempel kan terapien inkludere intervensjoner fra familierapi, hvor terapien retter fokus mot å lære foreldre og barn nye ferdigheter som kan fremme en bedre familiedynamikk (Minuchin, 1974).

d) Endre tilknytningsstatus. Barn utsatt for komplekse traumer er assosiert med desorganisert tilknytning. Denne tilknytningsstatusen er assosiert med en rekke negative utviklingsutfall, slik som atferdsdysregulering, nedsatt evne til emosjonsregulering og mentalisering. I tilknytningsteori hevdes det at tilknytningsklassifikasjoner er åpne for endring, noe som betyr at et barn kan gå fra en utrygg til en trygg tilknytningsstatus.

Forskning har dokumentert at skremmende og skremt atferd, og/eller en gjennomgripende, emosjonelt utilgjengelig omsorgsgiver er assosiert med D-tilknytning. I lys av dette kan det være nødvendig å adressere slike forhold i barnets tilknytningsrelasjoner for å endre barnets tilknytning. Dette fordrer et terapeutisk fokus som går utover terapirommet og over i barnets omsorgsbasis. Selv om man i EMDR adresserer barnets tilknytning med omsorgspersonen i historie-taking fasen, har EMDR ingen intervensjoner som eksplisitt fokuserer på å endre tilknytningsstatus hos barnet, eller som skal behandle omsorgsevnen hos tilknytningsperson. EMDR er derimot kompatibel med andre terapeutiske retninger, hvor for eksempel intervensjoner fra familierapi kan benyttes for å ivareta en problematisk tilknytningsrelasjon.

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

e) Oppsummering. I lys av denne diskusjonen kan det argumenteres for at EMDR delvis ivaretar symptomene relatert til tilknytningsdomenet. For det første er det mulig at reprosesseringen kan bidra til å reintegrere isolerte, traumatiske og forstyrrende minner fra barnets tilknytningsrelasjon, som kan føre til at disse mister sin forstyrrende effekt på barnets affekter, kognisjon og atferd. Videre kan minnene bli tilgjengelige for modifisering, som kan fasilitere en videre nyansering og endring av relasjonelle minner og oppfatninger. Dette kan potensielt føre til at innholdet i barnets arbeidsmodeller blir endret.

Generaliseringseffekten av reprosesseringen er en faktor som kan gjøre EMDR velegnet for barn utsatt for gjentagende og vedvarende traumer. Ved å fokusere reprosesseringen på felles elementer ved flere sentrale traumatiserende minner, kan den terapeutiske effekten i teorien virke for alle disse relaterte minnene. Videre kan EMDR være en velegnet terapi for barn som ikke har tilgang på eksplisitte minner fra relasjonelle, traumatiske hendelser. I slike tilfeller kan EMDR fokusere på implisitte minnespor fra hendelsene, slik som en kroppslig sensasjon. Til slutt kan terapeuten gi barnet ny relasjonell erfaring som kan bidra til å endre innholdet i barnets arbeidsmodeller.

Da EMDR består av intervensjoner begrenset til terapirommet, kan det hevdes at terapien i for liten grad ivaretar barnets behov for positive, relasjonelle erfaringer utenfor terapirommet for å endre på barnets oppfatninger om relasjoner. Det at EMDR er kompatibel med andre terapiformer, kan derimot bety at metoden i klinisk praksis kan rette fokus mot at barnet skal oppleve nye, positive relasjonelle erfaringer i på viktige arenaer i hans/hennes liv.

4.1.2 Dissosiasjon. Dissosiering er etablert som et korrelat til komplekst traumatiserte barn. Dette symptomet kan forstås som en forsvarsmekanisme som aktiveres i overveldende situasjoner, og er nært knyttet opp mot affektdysregulering. Kompleks traumeteori på dissosiering og EMDR-teori er compatible med hverandre, da kjernen i EMDR, reprosesseringen, nettopp går ut på å integrere uprosesserte minner. EMDR har videre tydelige retningslinjer på at dissosiering hos barn skal opphøre før selve traumebehandlingen kan igangsettes.

a) Reprosessering av dissosierte minner. AIP-modellen forstår dissosiering som en reaksjon på en hendelse som har overveldet barnets informasjonsprosesseringssystem. Assosierte kognisjoner, emosjoner, og sensasjoner har derfor blitt lagret i dysfunksjonelle, isolerte minnenettverk. EMDR kan redusere dissosiering gjennom selve reprosesseringsfasen,

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

da denne terapeutiske intervensjonen skal resultere i en økt, nevrologisk integrering av minnenettvek. Uintegrerte minner kan anses både som kjernen i dissosiasjon og som den underliggende årsaken til psykisk sykdom innen EMDR-teori. Dissosierte minner, med medfølgende kognisjoner, sanseopplevelser og affekter, er hovedfokuset for represseringen. I teorien skal represseringen føre til at dissosierte minner blir integrert. Dette vil redusere risikoen for at barnet overveldes av traumetriggere til dette minnet, og vil dermed redusere dissosiering.

b) Emosjonsregulering. Dissosiasjon forstås som en forsvarsmekanisme som barnet tar i bruk i møte med stress som overvelder barnets reguleringskapasitet. Et potensielt fruktbart, terapeutisk fokus for å redusere dissosiering er dermed å styrke barnets evne til å håndtere stress og regulere følelser. Innenfor EMDR vil man spesifikt forsøke å gjøre dette ved å styrke barnets ressurser i RDI. Sentralt i denne sammenheng er styrking av barnets emosjonsreguleringskapasitet. Alle tiltak som styrker barnets evne til å håndtere følelsesaktivering vil i teorien kunne redusere dissosiering hos barnet. Hvis denne evnen styrkes i tilstrekkelig grad, kan barnet bli i stand til å prosessere traumatiske, avsplittede minner uten å bli overveldet. I lys av dette kan det argumenteres for at EMDR behandler dissosiering indirekte i forberedelsesfasen, gjennom å styrke barnets emosjonsregulering.

c) Retningslinjer og tiltak for barn som dissosierer. I EMDR-terapi er det strenge retningslinjer på at traumebehandlingen ikke skal starte så lenge barnet dissosierer. I terapeutisk arbeid med barn som er sterkt preget av dissosiasjon, fordrer dette at barnet stabiliseres og styrkes i sin psykologiske fungering. Hvis represseringen starter før barnet er tilstrekkelig stabilisert, kan dette føre til at barnet blir overveldet av det medfølgende stresset under traumeeksponeringen. Dette kan igjen trigge dissosiering (Shapiro, 2001).

EMDR har noen verktøy som kan være nyttige for å motvirke dissosiering under traumebehandlingen. Bremsesignalet er en enkel måte for barnet å kommunisere at han/hun er i ferd med å bli overveldet, og dermed trenger en pause for å roe seg ned. Trygt sted tjener også denne hensikten, da barnets tilgang på dette stedet skal virke beroligende. Det trygge stedet er også et permanent, mentalt bilde barnet har med seg ut av terapirrommet, som kan brukes til regulering i overveldende situasjoner i dagliglivet, og slik motvirke dissosiering. Til slutt er det hypotisert at øyebevegelsene kan skape en beroligende effekt hos barnet, noe som kan motvirke dissosiering i selve represseringsfasen.

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

I EMDR vektlegges det også at foreldrene og barnet skal få psykoedukasjon om dissosiering. Dette kan bidra til at omsorgsgiver, så vel som barnet, får en bedre forståelse for symptomet, noe som kan bidra til at foreldre og andre mennesker rundt barnet kan reagere mer adekvat og hensiktsmessig hvis barnet dissosierer.

Hos barn med alvorlig dissosiering kan det være hensiktsmessig å ta i bruk terapeutiske verktøy som går utover de som beskrives i EMDR-teori. Blant annet har dissosiasjonsfokusert terapi et mer spesifikt fokus på dissosiative symptomer, og kan muligens brukes i kombinasjon med EMDR i forberedelsesfasen.

d) Oppsummering. Det kan argumenteres for at EMDR i stor grad ivaretar reintegrering av dissosierte minner og deres assosierte kognisjoner, emosjoner og kroppslige sensasjoner gjennom repressering. EMDR har derimot etablert strenge retningslinjer på at barnet skal være tilstrekkelig forberedt og fri for dissosiative symptomer før traumeprosesseringen starter. Utfordringen blir dermed å klargjøre og stabilisere barnet i tilstrekkelig grad slik at han/hun kan gjennomføre represseringen av de traumatiske minnene uten å dissosiere.

4.1.3 Affektdysregulering. Affektdysregulering utgjør en sentral del av symptomatologien til barn utsatt for komplekse traumer. I et utviklingsperspektiv forstås denne dysreguleringen som en viktig underliggende årsak til de andre symptomdomenene. For eksempel kan atferdsdysregulering forstås som et ytre uttrykk for emosjonsreguleringsvansker, da over- og underregulert atferd kan gjenspeile en rigid og begrenset kapasitet for regulering. Da affektdysreguleringen utgjør en sentral komponent innenfor de andre symptomdomenene, vil alle intervensjoner i terapi som styrker denne evnen, i teorien kunne bidra til symptomlette på de andre symptomdomenene.

a) Forberedelsesfasen. I forberedelsesfasen i EMDR er fokuset på å bygge opp ressurser i barnet, samt identifisere aspekter ved barnets fungering, som det er behov for å styrke før selve traumebehandlingen starter. I særlig grad skal terapeuten kartlegge barnets evne til emosjonsregulering. Dette anses som en viktig ressurs i barnet for at han/hun skal klare å gjennomføre traumebehandlingen. I tilfeller hvor barnet vurderes som å være utilstrekkelig emosjonsregulert, er det tydelige retningslinjer på at terapien skal fokusere på å styrke barnets emosjonsregulering, før man beveger seg videre i terapiforløpet.

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

RDI er en metode som benyttes for å installere og forsterke ressurser i barnet, deriblant emosjonsregulering. En RDI-sesjon kan bestå av at barnet får instruksjoner om å fokusere på et minne eller bilde hvor han/hun mestret stress, altså hvor barnet klarte å regulere seg selv. Samtidig utfører terapeuten korte sett med bilateral stimulering. Innenfor for EMDR teori skal dette styrke koblinger og assosiasjoner i de nevrologiske nettverkene involvert i emosjonsregulering, som igjen kan styrke barnets evne til regulering. Ingen forskning har derimot dokumentert at en slik RDI-sesjon faktisk styrker koplingene mellom nevrologiske nettverk involvert i emosjonsregulering.

Trygt sted og stoppsignalet, som introduseres i forberedelsesfasen, er to verktøy i EMDR som kan virke emosjonsregulerende. At barnet selv kan bremse aktiveringen under traumeprosesseringen gjennom stoppsignalet, vil kunne gi barnet en følelse av kontroll. Denne forutsigbarheten kan virke regulerende, da barnet vet at det selv kan påvirke stressnivået i terapirommet. Trygt sted kan virke regulerende gjennom å aktivere positive og beroligende minnenettverk som representasjonen ble styrket med under installering av dette mentale fristedet. Da det trygge stedet er imaginært, har barnet også tilgang på dette utenfor terapirommet, og kan dermed også virke regulerende ute i barnets virkelige liv.

b) *Emosjonsregulering i terapirommet.* En annen terapeutisk faktor som kan tenkes å utøve en effekt på barnets emosjonsregulering, er den direkte reguleringen terapeuten gir barnet i terapirommet. Innen affektreguleringsteori kan terapeuten fungere som en regulerende annen ved å hjelpe barnet å identifisere, romme og forstå følelsesmessig aktivering som forekommer i terapirommet (Stern, 1985/2000; Safran & Muran, 2000). Gjennom slik ytre regulering vil barnet i teorien opparbeide seg en bedre evne til selvstendig egenregulering. Denne terapeutiske effekten tenkes å være tilstede i alle terapier, men i varierende grad. I hvor stor grad dette er en virkningsmekanisme avhenger blant annet av terapiens teoretiske plattform og personlige egenskaper ved terapeuten (Safran & Muran, 2000).

EMDR har ikke et eksplisitt fokus på slik in vivo regulering i terapirommet. Det er derimot rimelig å anta at terapeutisk regulering av barnets emosjoner utgjør en betydelig komponent i terapien, særlig i forberedelsesfasen. I forberedelsesfasen fokuseres det blant annet på å gjøre barnet trygt gjennom alliansebygging. I en slik prosess kan det tenkes at det oppstår prosesser hvor terapeuten regulerer barnet. Barn med en kompleks traumehistorie bærer ofte på mange sterke minner som muligens kommer fram i de første sesjonene. Ved

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

eksponering av slikt sårbart materiale kan det oppstå et stort potensiale for å regulere vanskelige og dysregulerte følelser i barnet.

c) Fokus på kroppslige sensasjoner og integrering av kognisjon og emosjon.

Dysregulerte og avsplittede emosjoner er et korrelat til komplekst traumatiserte barn. I EMDR har man et gjennomgående fokus på å kjenne etter kroppslige sensasjoner. Dette betyr at man i terapien har mulighet for å oppdage dysregulerte, avsplittede emosjoner som barnet ikke har ord på, men som han/hun likevel kan føle og merke gjennom kroppslig aktivering. For eksempel kan et barn som mangler evne til å identifisere og sette ord på angst, oppleve en konstant knute i magen. Dette fysiologiske uttrykket for angst kan gjøres til fokus for represseringen, som i teorien da kan integreres med resten av barnets minnenettverk. Dette kan forstås som at barnets kroppslige sensasjon og kognisjon integreres. Disse kan nå fungere sammen i å skape mening i barnets opplevelse av seg selv, verden og andre mennesker. Angst, slik som andre følelser, er et viktig retningsgivende kompass i barnets interaksjon med omgivelsene. Ved å gjenkjenne kroppslige sensasjoner som en følelse kan dette gi verdifull informasjon til barnet om hva som er betydningsfullt for han/henne i omgivelsene. Utover dette vil tilgang på emosjoner gi barnet en ny kommunikasjonskanal til omgivelsene om hans/hennes behov og tilstand.

d) Desensitiveringsfasen. I teorien kan desensitiveringsfasen føre til mindre dysregulering i barnet, da en vellykket repressering av traumatiske minner fører til at disse mister sin negative effekt på barnet. Dette vil fjerne eller redusere det medfølgende stresset som tidligere var assosiert med disse minnene. Dette innebærer derimot å redusere forekomst av stress, fremfor å styrke evnen til å håndtere stress, og intervensjonen kan dermed ikke direkte forstås som å styrke barnets emosjonsregulering.

e) Fokus på barnets omsorgsbasis. Behandlingsfokuset i EMDR er pasientsentrert. Dette kan medføre at terapien overser tilknytningsrelasjoner og andre skadelige forhold i barnets omsorgsbasis som hemmer barnets utvikling av emosjonsregulering. Det er rimelig å anta at en times terapeutisk regulering i uken ikke er tilstrekkelig for å motarbeide en skjev- og/eller underutvikling av emosjonsreguleringen, hvis barnet hovedsakelig ellers ikke har tilgang på slik ytre regulering. Barn tilbringer mest tid med sine omsorgsgivere, og disse har derfor størst innvirkning på deres utvikling. Dette innebærer at ett behandlingsfokus mot omsorgsgivere og deres omsorgsevne kan være nødvendig i terapeutisk arbeid med disse barna. EMDR har ingen retningslinjer eller intervensjoner som adresserer behandling av

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

omsorgsgiver og relasjonen mellom omsorgsgiver og barnet. Derimot hevdes det at EMDR er kompatibel med andre terapeutiske retninger (Shapiro, 2001). Dette betyr at EMDR kan ivareta emosjonsreguleringsvansker som har kilde i utviklingshemmende relasjoner, dersom den benytter seg av innslag fra andre terapeutiske metoder.

f) Oppsummering. EMDR har fokus på å styrke barnets emosjonsregulering i forberedelsesfasen. I dette arbeidet kan RDI metoden benyttes for å styrke minner fra episoder hvor barnet mestret å regulere følelser, som i teorien skal føre til at barnet skal styrke nevrologiske nettverk involvert i emosjonsregulering. Trygt sted og stoppsignalet er også intervensjoner som kan virke regulerende.

Gjennom hele terapien kan in vivo regulering av barnet i terapirommet bidra til å styrke barnets emosjonsregulering. EMDRs fokus på kroppslige sensasjoner kan også bidra til å avdekke dysregulerte, avsplittede følelser. Gjennom repressering av slike sensasjoner, kan disse, gjennom å bli integrert med barnets helhetlige minnenettverk, bli kognitivt og bevisst tilgjengelige for barnet. Dette kan igjen virke regulerende gjennom at barnet får mulighet til å bli kjent med og forstå disse følelsene.

EMDRs pasientsentrerte fokus kan medføre at utviklingshemmende forhold og prosesser i barnets omsorgsmiljø som yter en negativ effekt på barnets emosjonsregulering overses. Det kan derfor hevdes at EMDR har et for snevert, terapeutisk fokus for å motvirke sentrale drivkrefter bak barnets affektdysregulering. I klinisk praksis kan dette likevel ivaretas ved å inkludere elementer fra andre terapeutiske retninger.

4.1.4 Biologi. Det biologiske symptomdomenet er mer en beskrivelse av nevrologiske korrelater til de andre komplekse traumesymptomene, enn et uavhengig symptom i seg selv. Kompleks traumeteori hevder at barn som har blitt utsatt for gjentagende, vedvarende traumer har blitt tvunget til en nevrologisk under- og/eller skjevutvikling av hjernen, som kommer til uttrykk gjennom de andre symptomene. For at en terapeutisk metode skal ivareta dette domenet må den snu barnets pågående negative og mangelfulle nevrologiske utvikling, samt stimulere til en sunn nevrologisk utvikling.

a) Et nevrologisk fokus. Selv om både EMDR og kompleks traumeteori fokuserer på de nevrobiologiske konsekvensene av traumer, har de et ulikt fokus. Innenfor EMDR-teori hevdes det at den underliggende årsaken til psykisk sykdom er uprosesserte, traumatiske minner, som igjen er assosiert med uintegrerte, nevrologiske minnenettverk. Kompleks

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

traumeteori har derimot et bredere fokus med tanke på nevrobiologiske konsekvenser av traumer. I tillegg til å anerkjenne at uprosesserte enkeltminner kan isoleres i egne, nevralt, dissosierte nettverk, legges det innenfor kompleks traumeteori hovedsakelig vekt på de nevrobiologiske konsekvensene på grunnleggende psykologiske ferdigheter og konstrukter. Herunder er underutviklingen av nevralt forbindelser mellom alarm- og reguleringssystemet og høyre hemisfære sentrale, da disse er involvert i emosjonsregulering. EMDR-teori har derimot ikke fokus på slike grunnleggende nevrologiske konsekvenser av traumer, og det terapeutiske fokuset er primært på uprosesserte, traumatiske minner.

På den andre siden kan det hevdes at EMDR har et indirekte fokus på de mer omfattende, nevrologiske konsekvensene av traumer i forberedelsesfasen, for eksempel gjennom intervensjoner i RDI. Det terapeutiske fokuset i denne fasen er nettopp på å styrke grunnleggende ferdigheter og konstrukter i barnet, som igjen vil fasilitere en utvikling i de assosierte hjerneområdene. Bedre emosjonsregulering vil for eksempel kunne fasilitere en utvikling av barnets høyre hemisfære og øke de nevralt forbindelsene mellom alarm- og reguleringssystemet. Dette er derimot ikke hovedfokuset i EMDR-terapien, og slike intervensjoner er heller ikke unike for EMDR.

b) Effekten av bilateral stimulering. Et viktig verktøy innen EMDR er den bilaterale stimuleringen. Shapiro (2001) hevder at horisontale øyebevegelser gir effekt gjennom økt interhemisfærisk kommunikasjon. Resultatet av dette skal i sum være en økt, nevrologisk integrering av hele hjernen. Det er dokumentert at barn utsatt for komplekse traumer har en alvorlig beskjæring av nevrologiske forbindelser mellom høyre og venstre hjernehemisfære. Videre er gjentagende og vedvarende traumatisering assosiert med svekket forbindelse mellom barnets alarm- og reguleringssystem. Nettverk og strukturer som inngår i alarm- og reguleringssystemet befinner seg i begge hjernehalvdeler. I teorien vil derfor intervensjoner som bidrar til å øke oppkoplingen mellom hjernehalvdelene hos traumatiserte barn kunne styrke hans/hennes reguleringssystem.

Dersom øyebevegelser i EMDR fasilitere økt interhemisfærisk kommunikasjon, kan det hevdes at EMDR ivaretar deler av de biologiske konsekvensene av komplekse traumer, gjennom å øke nevralt, interhemisfæriske forbindelser. Forskning på øyebevegelsenes effekt på interhemisfærisk kommunikasjon er derimot mangelfull, og det kan derfor ikke konkluderes med at denne effekten faktisk eksisterer (Shapiro, 2001).

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

c) Grad av uintegrerte minnenettverk. I motsetning til barn med enkeltstående PTSD, hvor det kan eksistere ett isolert, uintegrert minne, kan minnenettverkene til barn utsatt for komplekse traumer hovedsakelig bestå av uintegrerte og isolerte minner. EMDRs effekt beror på å integrere traumatiske minner inn i barnets helhetlige, funksjonelle minnenettverk. I tilfeller hvor barnet mangler et slik helhetlig, funksjonelt nettverk, mister EMDR en viktig forutsetning for sin terapeutiske metode, som i teorien kan bidra til å redusere den terapeutiske effekten av EMDR.

Barn utsatt for komplekse traumer er en svært heterogen gruppe, og vil videre variere i hvilken grad deres nevrologiske minnenettverk er integrert. Terapeuten må tilpasse terapiens varighet og form etter barnets behov. Barn med svært uintegrerte minnenettverk må mest sannsynlig få en lenger og mer omfattende behandling enn barn med mindre grad av uintegrerte minnenettverk.

d) Oppsummering. EMDRs grunnleggende fokus på nevrobiologiske prinsipper kan i teorien tenkes å medføre at metoden i større grad fokuserer på og ivaretar de biologiske konsekvensene hos komplekst traumatiserte barn. EMDR og kompleks traumeteori har derimot et ulikt fokus, da EMDR i mindre grad fokuserer på de nevrobiologiske konsekvensene på barnas grunnleggende psykologiske ferdigheter og konstrukter. EMDR kan likevel tenkes å ivareta slike konsekvenser gjennom forberedelsesfasen og RDI, som innebærer å styrke grunnleggende ferdigheter i barnet. Videre kan den bilaterale stimuleringen bidra til økt nevrologisk aktivering og oppkopling mellom nettverk i høyre og venstre hjernehalvdel, samt styrke koplinger mellom barnets alarm- og reguleringssystem. Dette kan styrke barnets evne til emosjonsregulering.

Reprosesseringen kan muligens gi endringer i hjernens biologi, ved å integrere traumeminnet inn i barnets funksjonelle minnenettverk. Da barn utsatt for komplekse traumer i stor grad kan mangle et slik helhetlig, funksjonelt minnenettverk, kan dette redusere terapiens effekt.

4.1.5 Atferdsdysregulering. Atferdsdysregulering hos barn utsatt for komplekse traumer forstås som en ytre manifestasjon på under- og/eller skjevutvikling av grunnleggende nevropsykologiske ferdigheter og konstrukter. Barn utsatt for komplekse traumer utviser en bred variasjon og ulike typer dysregulert atferd, og komplekse traumer er assosiert med både over- og underregulerte atferdsmønstre.

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

a) Emosjonsregulering. Atferdsdysregulering forstås som det ytre uttrykket for svikt i en rekke sentrale utviklingsoppgaver og -prosesser, og dermed vil alle terapeutiske intervensjoner som ivaretar disse i teorien kunne ha en positiv effekt på dette symptomdomenet. I særlig grad har emosjonsreguleringen en betydelig innvirkning på barnets atferd, som antas å være en viktig årsak til barnets dysregulering. Svekkelse i denne evnen medfører at barnet har en redusert evne til å håndtere stress. Hendelser og/eller stimuli vil derfor raskere overvelde barnet, sammenlignet med barn med bedre emosjonsregulering, som igjen kan utspille seg i dysregulert atferd. De intervensjonene i EMDR som vi tidligere har diskutert at ivaretar emosjonsregulering, vil i teorien også ha en positiv effekt på barnets atferdssymptomer.

En økt emosjonsregulering kan også bidra til å styrke barnets mentaliseringsevne, som ofte er svekket hos barn utsatt for kompleks traumatisering. En økt evne til emosjonsregulering kan gi en bedre forståelse av egne, indre tilstander. Dette vil igjen øke barnets forståelse for andres, indre tilstander. Denne forståelsen er svært viktig i lek og samspill med jevnaldrende, og for adaptiv sosial atferd. En styrket mentaliseringsevne vil bidra til at barnet blir mer kompetent til å delta i sosiale samspill. Dette kan motvirke en negativ, selvforsterkende spiral hvor manglende sosial kompetanse fører til avvising fra andre, som igjen frarøver barnet for verdifull sosial trening, som igjen hemmer utvikling.

b) Atferd som en tilpasning til barnets oppvekstmiljø. Dysregulert atferd kan i mange tilfeller være et resultat av barnets tilpasning til sitt respektive oppvekstmiljø. Barn tilpasser sin atferd til sine respektive omsorgsgivere. Dette ses blant annet hos barn med D-tilknytning, hvor noen barn velger en kontrollerende-straffende strategi mens andre velger en kontrollerende-omsorgsfull strategi. I terapi med barn vil det være viktig å være bevisst på det formålet atferden tjener eller har tjent i barnets relasjon til omsorgsgiver. For eksempel i terapi med barn som utviser overregulert, "usynlig" atferd, kan det være viktig at terapeuten i særlig grad fokuserer på å gi positiv respons på alle initiativ og vitale atferdsuttrykk hos barnet. Dette kan gi det internaliserende barnet ny, relasjonell erfaring ved at andre individer responderer positivt på hans/hennes bidrag til samspill, og at andre bryr seg om hans eller hennes meninger og eksistens.

EMDR har derimot ikke noen spesifikke intervensjoner eller fokus på slike relasjonelle prosesser, og det kan argumenteres for at EMDR ikke ivaretar dette aspektet i barnets atferdsdysregulering. EMDR vektlegger derimot viktigheten av en god relasjon og

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

allianse mellom pasient og terapeut, men dette er ikke unikt for EMDR i terapeutisk sammenheng.

c) Reprosessering. Det kan hevdes at EMDR har en indirekte effekt på pasientens atferd, tanker og følelser gjennom å reprocessere traumatiske, isolerte minner. Reprosesseringen vil redusere den negative effekten minnet har utøvet på barnet, som igjen vil gi utslag i hans/hennes atferd. Teorien hevder altså at EMDR behandler de underliggende årsakene for psykisk sykdom, fremfor å behandle atferdssymptomene direkte. Dette står i kontrast til CBT, som har utviklet flere terapiformer som inneholder intervensjoner som direkte adresserer og forsøker å endre atferd (Kendall, 2012).

d) Empirisk forskning. To studier har så langt gitt preliminær støtte for at EMDR har en positiv effekt på atferdsvansker (Soberman, Greenwald, & Rule, 2002; Wanders, Serra, & De Jongh, 2008). Atferdsvansker kan forstås som et uttrykk for atferdsdysregulering, og er blant annet assosiert med D-tilknytning. Spesielt de barna som utvikler en kontrollerende-straffende strategi, eller de som fortsetter å være dysregulerte, vil typisk utvikle atferdsvansker.

I studiet til Soberman, Greenwald og Rule ble 29 gutter med atferdsvansker fordelt mellom en EMDR behandlings gruppe og en kontrollgruppe som mottok standard behandling ved institusjonen guttene var tilknyttet. Resultatene viste at EMDR gruppen, sammenlignet med kontrollgruppen, viste en sterk og signifikant reduksjon av reaktivitet til traumatiske minner (SUD-skala), så vel som en signifikant reduksjon av foreldrerapportering av atferdsproblemer. Studiet viste også at forbedring av atferdssymptomer i EMDR-gruppen økte betraktelig mellom rett etter behandling og to måneder etter behandling, et mønster som også er funnet i andre effektstudier av EMDR på barn og unge (Greenwald, 1994; Puffer et al., 1998; Scheck et al., 1998). Dette antyder at EMDR fortsetter å ha effekt etter at terapien er avsluttet. En mulighet er at dette reflekterer en positiv selvforsterkende effekt som skyldes barnets reduserte reaktivitet til det traumatiske minnet. Innenfor EMDRs teoretiske rammeverk vil traumatiske, uprosesserte minner yte en negativ effekt på barnets fungering. Blant annet vil trigge til uprosesserte, traumatiske minner og aktivering av assosierte negative kognisjoner, sensasjoner og emosjoner medføre stress hos barnet, som igjen kan påvirke grunnleggende psykologiske ferdigheter negativt og ta opp kognitiv kapasitet. Prosessering og integrering av traumatiske minner kan fjerne et forstyrrende element i barnets kognisjon og følelsesliv, som vil frigjøre ressurser i barnet. Dette kan ha en positiv effekt på

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

barnets atferdsproblemer, da den reduserte reaktiviteten til det traumatiske minnet kan bidra til at barnet blir bedre rustet til å interagere med omgivelsene, noe som igjen kan skape positive responser fra omgivelsene. Det er også mulig at en redusert reaktivitet til traumatiske minner har forsterket den forventede behandlingseffekten av standardbehandlingen ved behandlingssenteret. Med andre ord kan EMDR behandling gjøre barnet bedre rustet til å få utbytte av andre terapier. Hvis dette stemmer, vil den mest optimale behandlingen av barn og unge med atferdsvansker og en kompleks traumehistorie involvere traumebehandling i kombinasjon med tradisjonell terapi for barn og unge med atferdsproblemer, slik som CBT (Kendall, 2012). En kombinasjon av å adressere traumatiske minner så vel som problematferd, kan potensielt vise seg å gi en større behandlingseffekt enn summen av effekten av isolerte enkeltterapi. Dette studiet gir preliminnære indikasjoner på at traumebehandling, i dette tilfellet EMDR, kan ha en positiv effekt på atferdssymptomer. Metodologiske svakheter og uoptimal utforming av studiet, som beskrives senere, reduserer derimot funnenes styrke og relevans for oppgavens problemstilling.

Wanders, Serra og De Jongh (2008) gjennomførte et studie som sammenlignet effekten av EMDR og CBT behandling på atferds- og selvtillitsproblemer hos 26 barn med slike vansker. Resultatene viste at både CBT og EMDR hadde en signifikant positiv effekt på selvtillits- og atferdsproblemer hos barna. Det fremkom derimot noen forskjeller i resultatene på de ulike utfallsmålene. Blant annet viste EMDR-gruppen signifikante økninger i selvtillit, rapportert av barna selv, foreldre og mentor. Disse effektene vedvarte til oppfølgingsmålingene 6 måneder etter behandlingen. CBT produserte derimot bare økning i selvtillit rapportert av foreldre og mentor. Videre produserte CBT, men ikke EMDR, signifikante atferdsbedringer målt rett etter behandling. Atferdsendringene hos barna i EMDR-gruppen var på dette tidspunktet endret i positiv retning, men disse var ikke signifikante. Ved 6-månedersmålingen viste derimot EMDR-gruppen en signifikant atferdsendring mellom post til oppfølgingsmålingene. Videre var den totale atferdsbedringen større hos EMDR-gruppen enn hos CBT-gruppen, målt både gjennom foreldre og mentor rapporteringene. Disse forskjellene var signifikante.

At atferdsbedringene kom senere for EMDR-gruppen enn for CBT-gruppen, er vanskelig å forklare. En mulig forklaring på denne forsinkede atferdsbedringen er at EMDR, gjennom å redusere barnas reaktivitet til det traumatiske minnet, har fjernet en forstyrrende faktor i barnets kognisjon og følelsesliv. Når barnets minner fra negative hendelser mister sin emosjonelle ladning gjennom EMDR-terapi, kan barnet i større grad bli i stand til å interagere effektivt og adaptivt med sine omgivelser. Slike vellykkede samspillserfaringer med andre vil

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

igjen kunne få en positiv effekt på barnets selvtillit. Dette kan igjen styrke barnets evne til å interagere adaptivt med andre, da en økt selvtillit kan gi barnet en større trygghet i sosiale situasjoner. En økt selvtillit og atferdsregulering kan slik medføre at barnet går inn i en positiv utviklingsspiral. Desensivering av negative minner kan dermed gi utslag på økning av både selvtillits- og atferdsskårer.

Det er derimot problematisk med implementering av standardbehandling mellom målingene rett etter og 6 måneder etter behandling, som gjør det vanskelig å vite hva atferdsbedringen skyldes. Det er altså mulig at atferdsbedringen skyldes standardbehandlingen, fremfor en vedvarende, terapeutisk effekt av EMDR.

En faktor som kan ha bidratt til en raskere atferdsbedring i CBT-gruppen i dette studiet er at denne terapien eksplisitt fokuserer på atferdsendring. Terapien består blant annet av øvelser hvor barnet skal trene seg på å håndtere situasjoner som bærer med seg en risiko for at barnet utagerer. Barnet blir videre oppfordret til å aktivt bruke ferdigheter, som trenes på i terapirommet, ute i det virkelige livet. Dette er noe som mangler i EMDR-terapi, og som dette studiet indikerer reduserer den umiddelbare effekten av EMDR på atferdsvansker. Likevel viser studiet at endring i atferd skjer i EMDR-gruppen, men at dette tar lenger tid. Dette kan være på grunn av at EMDR adresserer underliggende årsaker til atferdsvanskene, som i EMDR-teori er de traumatiske, uprosesserte minnene. Den umiddelbare effekten til CBT skal derimot ikke undervurderes. Barn med komplekse traumer kan ha godt utbytte av å få redusert problemfylt atferd så raskt som mulig, da dette kan motvirke selvforsterkende negative prosesser, slik som stigmatisering blant jevnaldrende.

Det kan tenkes at en kombinasjon av CBT og EMDR kan være hensiktsmessig med tanke på å bedre atferdssymptomer. I en terapi som involverer elementer fra begge metodene får barnet konkrete verktøy til å regulere sin atferd, samt at underliggende, forstyrrende minner mister sin negative effekt på barnets atferd.

Begge studiene som nå er diskutert omhandler barn som utviser underregulert atferd. Det er dermed uvisst om resultatene fra disse studiene, samt de foreslåtte mekanismene underliggende de positive endringene, kan generaliseres til overregulert atferd.

e) Oppsummering. Selv om EMDR ikke består av intervensjoner som spesifikt fokuserer på atferdsdyrseulering, kan det hevdes at symptomdomenet blir ivaretatt indirekte. Gjennom å reprocessere forstyrrende, traumatiske minner, kan disse miste sin negative innvirkning på barnets fungering og atferd. Videre kan forberedelsesfasen, som fokuserer på å

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

styrke barnets evne til emosjonsregulering og andre sentrale psykologiske ferdigheter og konstrukter, også ha en indirekte innvirkning på barnets atferdsdysregulering.

De to studiene indikerer at atferdsendringene skjer saktere i EMDR, men at de derimot kan gi like stor eller større endring enn mer atferdsrettede behandlinger. Det er mulig at de større atferdsendringene som fremkom i studiene etter endt behandling skyldes at EMDR behandler underliggende årsaker til atferdssymptomene. Da EMDR er kompatibel med andre retninger, vil det være mulig å inkorporere noen atferdskomponenter i behandlingsløpet, som kan gi raskere symptomlette hos barna.

4.1.6 Kognisjon. Preliminære studier demonstrerer at barn utsatt for komplekse traumer viser en generell, svekket kognitiv funksjon. Dette symptomdomenet innebærer en redusert kapasitet relatert til sentrale, kognitive prosesser, slik som oppmerksomhet, språk og hukommelse. Domenet omhandler derimot ikke innholdet i kognisjoner, som negative selvpersepsjoner og tanker. EMDR er på sin side en terapi hvor fokuset er på å endre innhold, tilgjengelighet og struktur av pasientens minnenettverk. Det er ingen intervensjon innen EMDR som har et eksplisitt mål om å forbedre kognitive prosesser, slik som økt evne til oppmerksomhet og konsentrasjon. I lys av dette kan det argumenteres for at EMDR ikke ivaretar de kognitive konsekvensene som er assosiert med komplekse traumer.

På den andre siden kan det hevdes at EMDR har en indirekte effekt på barnets kognitive fungering, gjennom å rette behandlingsfokus på forhold og underliggende årsaker til de assosierte kognitive vanskene. Det er sannsynlig at en rekke faktorer spiller inn på barnets kognitive fungering, slik som for eksempel stress. Intervensjoner som ivaretar forhold som kan yte en negativ påvirkning på kognitiv fungering kan dermed skape en indirekte effekt på barnets kognitive funksjon. Slike indirekte veier til bedring i kognitiv fungering skal nå diskuteres. Til slutt vil EMDRs ikke-verbale fokus drøftes som en mulig fordel i terapi med barn som utviser svekkelser innenfor det kognitive domenet.

a) Emosjonsregulering. Det kan hevdes at stabiliseringen av barnet i forberedelsesfasen kan styrke barnets kognitive fungering, gjennom å øke barnets evne til emosjonsregulering. Emosjonell dysregulering medfører en lavere terskel for å oppleve stress og emosjonell aktivering. Stress har videre en negativ innvirkning på barnets kognitive funksjon, slik som på konsentrasjon, hukommelse og oppmerksomhet (Egeland et al., 1983). Ved å styrke emosjonsreguleringen kan dette ha en indirekte effekt på barnets kognitive funksjon, gjennom å øke barnets evne til å håndtere stress.

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

Videre anses emosjonell dysregulering som en sentral, medvirkende årsak til dissosiering. Under dissosiering avkoples barnet psykologisk fra omverdenen, som innebærer at han/hun ikke prosesserer informasjon fra omgivelsene. Dette vil nødvendigvis medføre en kraftig redusert konsentrasjon og oppmerksomhet. En styrket emosjonsreguleringsevne kan bidra til å redusere dissosiering hos barnet, som igjen vil ha en positiv effekt på barnets kognitive fungering.

b) Økt integrering av nevrologiske nettverk. Barn utsatt for gjentagende og vedvarende traumer, kan ha blitt utsatt for så store mengder av stress at dette over tid har skapt nevrologiske arr i barnets hjerne. Blant annet viser studier at det skjer en økt apoptiv celledød i barnets hjerne ved høye konsentrasjoner av stresshormonet kortisol. Videre kan viktige hjernestrukturer og -nettverk involvert i kognisjon, bære preg av understimulering og underutvikling. Nevrologiske arr og underutvikling av hjernen, kan begge gi utslag i redusert kognitiv funksjon (Rauch et al., 2006; Shin & Liberzon, 2010, Egeland et al., 1983).

Det kan argumenteres for at økt integrering av nevrologiske nettverk gjennom EMDR kan yte en positiv effekt på kognitive svekkelser som skyldes understimulerte og underutviklede nevrologiske nettverk. En mer integrert hjerne med flere nevrologisk oppkoblede nettverk kan i teorien yte positive effekter på kognitiv funksjon. Nettverkene vil ha flere og sterkere forbindelser, som vil gjøre den nevralt kommunikasjonen mer effektiv. Den økte nevralt kommunikasjonen vil videre bedre tilgangen på informasjon som er lagret i de ulike hjernenettverkene, som blant annet kan tenkes å gi barnet bedre hukommelse. Per dags dato eksisterer det derimot ingen studier som kan bekrefte denne påstanden.

Den bilaterale stimuleringen er et sentralt verktøy i EMDR, som skal fasilitere integreringen og oppkoplingen mellom pasientens nevralt nettverk. Studier har eksaminert effekten av den bilaterale stimuleringen i EMDR på hukommelse og kognitiv prosessering for voksne deltakere som ikke har en PTSD diagnose. Disse studiene har dokumentert at øyebevegelser forbedrer gjenkallingen av episodiske minner og øker kognitiv fleksibilitet (Christman, Garvey, Propper, & Phaneuf, 2003; Kuiken, Bears, Miall, & Smith, 2001). I og med at disse studiene er utført på voksne, er det ikke mulig å si om barn påvirkes på samme måte.

c) Stress. En annen mulighet er at de kognitive svekkelsene skyldes stress. Stresset kan blant annet genereres av de traumatiske minnene. Aktiveringen av det traumatiske minnet kan medføre en overaktivering av barnet, som vil oppta hans/hennes kognitive ressurser.

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

Dette kan gi utslag i en midlertidig redusert oppmerksomhet og konsentrasjon. Dette er uheldig for barnets kognitive utvikling da det kan forstyrre viktige læringsprosesser for barnet, blant annet på skolen.

Det kan hevdes at EMDR indirekte har en positiv effekt på kognitive prosesser ved å behandle underliggende, traumatiske minner i desensitiveringsfasen. Gjennom å reprocessere uintegreerte, isolerte minner med barnets helhetlige minnenettverk, mister minnet sin negative effekt på barnets atferd, følelsesliv og kognisjon. Det vil ikke lenger i like stor grad oppta barnets kognitive ressurser, noe som vil gjøre barnet i større stand til å være oppmerksom på det som skjer rundt seg. Videre kan en økt integrering av minnenettverk medføre at barnet blir mindre tilbøyelig til å dissosiere, som kan ha en positiv innvirkning på kognitiv funksjon.

Stress kan stamme fra forhold i barnets omsorgsbasis, slik som en voldelig omsorgsgiver. For eksempel kan barnet ha vanskeligheter med å konsentrere seg på skolen, dersom hans/hennes oppmerksomhet er fokusert på slike forhold hjemme. Dersom det eksisterer reelle trusler i barnets liv, noe som ikke er usannsynlig for barn med komplekse traumesymptomer, er det utilstrekkelig å behandle de traumatiske minnene. Barnets oppmerksomhet og konsentrasjon vil i stor grad trekkes mot de reelle farene i barnets liv, samt at barnets kognitive funksjon vil påvirkes negativt av det medfølgende stresset. I tilfeller hvor barnet opplever pågående traumer, vil det være nødvendig å gå inn og endre de forholdene som barnets stress stammer fra. Slik som vi tidligere har diskutert kan det på den ene siden argumenteres for at EMDRs pasientsentrerte fokus kan være en begrensning for å ivareta slike forhold. På den andre siden kan det derimot hevdes at EMDR overkommer denne utfordringen i klinisk praksis, da den er kompatibel med andre terapier.

d) Språk. Flere forhold bidrar til at barn utsatt for komplekse traumer kan ha vanskeligheter med å sette ord på traumatiske hendelser. For det første kan hendelsen ha overgått barnets prosesseringskapasitet, som kan ha ført til dissosiering og dermed tap av bevisst gjenkallelse av traumet. Videre kan små barn mangle ordforråd og kognitiv forståelse for å beskrive traumene de har opplevd, slik som seksuelle overgrep. Barnet kan også oppleve mye skam, skyld, angst og annet ubehag relatert til traumet som gjør at han/hun ikke klarer å sette ord på hendelsen/e. Til slutt er komplekse traumer assosiert med en forsinket språkutvikling, noe som kan bidra ytterligere til at barnet har vanskelig for å gi en verbal gjengivelse av traumet. I lys av dette kan det være vanskelig for barn utsatt for komplekse traumer å delta i en terapi som baserer seg på det verbale språket som en hovedfaktor for kommunikasjon og endring. Det kan argumenteres for at EMDR er en velegnet terapi for å

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

overkomme disse utfordringene. Terapiens effekt avhenger ikke av at barnet klarer å sette ord traumene, da represseringen primært er imaginær og ikke-verbal. Så lenge barnets informasjonsprosesseringsystem aktiveres, og de ikke-verbale minnene integreres i barnets helhetlige minnenettverk, hevder Shapiro (2001) at dette er tilstrekkelig for å oppnå terapeutisk heling. I teorien kan dette brukes som et argument for at EMDR er en velegnet terapi for små barn uten språk, barn som mangler ord for å beskrive traumene eller ikke klarer dette på grunn av opplevd ubehag, samt barn med en forsinket språkutvikling. Dette er derimot ikke et aspekt ved EMDR som behandler barnets manglende språkevner og/eller manglende verbale beskrivelse av traumet, men kan derimot anses som en egenskap ved EMDR som gjør den velegnet til å behandle denne pasientgruppen. På den andre siden kan det argumenteres for at EMDRs manglende krav om verbal gjengivelse av traumet er en begrensning. Dette fordi en slik verbalisering kan være en gylden anledning for å trene seg på å sette ord på vanskelige erfaringer, følelser og tanker. Dette kan potensielt bidra til å utvikle barnets språk, og slik behandle symptomet. I motsetning til EMDR vil andre terapiformer som CBT og ITCT involvere verbalisering av de traumatiske hendelsene. Det er også et større fokus på at pasienten skal gjenkjenne og sette ord på følelsene som vekkes under aktivering av det traumatiske minnet (Kendall, 2012). Barn med komplekse traumer er assosiert med alexithymi. Øvelse i å sette ord på følelser i en trygg terapeutisk setting, med en regulerende annen til stede, vil kunne behandle denne svekkelsen. I klinisk praksis vil derimot ikke EMDR begrense seg til å kun fokusere på indre, mentale bilder barnet har fra traumatiske hendelser. Der det faller seg naturlig vil man etter en EMDR-sesjon oppmuntre til at barnet setter ord på de følelsene, tankene og sensasjonene han/hun opplevde under traumeeksponeringen i desensitiveringsfasen (Shapiro, 2001). Dette vil være en potensielt fruktbar lærings situasjon for barnet med tanke på å sette ord på indre tilstander og følelser.

e) Oppsummering. Selv om EMDR ikke har et eksplisitt fokus på å behandle kognitive svekkelser hos pasienten, vil et terapeutisk fokus mot forhold som yter en negativ effekt på barnets kognitive fungering kunne gi en indirekte effekt på symptomene relatert til dette domenet. I diskusjonen har vi inkludert emosjonsregulering, nevrologiske svekkelser og stress som potensielle medvirkende årsaker til barnets svekkede kognitive fungering. Bedre emosjonsregulering kan bidra til et høyere toleransevindu for emosjonell aktivering og stress før barnet blir overveldet. Da stress yter en negativ innvirkning på kognitiv funksjon kan dette skape en indirekte effekt på barnets kognitive fungering. Videre kan en økt integrering og styrking av funksjonelle nevrologiske nettverk, skape en positiv effekt på barnets kognitive

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

funksjon, gjennom å styrke nevrologisk fungering og kapasitet. Til slutt kan kognitive svekkelser som skyldes stress i teorien kun delvis ivaretas av EMDR, da terapien adresserer de traumatiske minnene, men i mindre grad stress som har kilde i barnets omsorgsbasis.

Det kan hevdes at EMDR er en velegnet metode for barn som mangler eller ikke klarer å sette ord på sine traumatiske opplevelser, da traumeeksponeringen er imaginær. Dette kan bidra til at barnets språkvansker ikke blir en hemsko for behandlingen. Mangel på verbal gjengivelse kan også anses som en begrensning, i og med at barnet da ikke får trent seg i å sette ord på vanskelige følelser, hendelser og tanker. Shapiro (2001) understreker derimot at terapeuten og pasienten kan snakke om barnets opplevelse av represseringen, noe som gir barnet en gylden anledning for å verbalisere følelser og indre tilstander.

4.1.7 Selvet. Barn utsatt for komplekse traumer har en økt risiko for å utvikle et negativt, uintegret og usikkert bilde av seg selv, og er assosiert med lav mestringstro og selvtillit. Disse vanskene relatert til selvet er nært knyttet opp mot emosjonelle, atferdsmessige og dissosiative problemer.

a) Installerings av positive ressurser og kognisjoner. I RDI skal terapeuten aktivt lete frem positive ressurser, styrker og ferdigheter i barnet, som kan tenkes å yte en effekt på det negative innholdet i barnets selvbylde. I dette arbeidet gir terapeuten instruksjoner til barnet om å fokusere på en indre ressurs, samtidig som det utføres bilateral stimulering. Dette skal i teorien øke barnets tilgang på positive oppfatninger om seg selv, som igjen kan gi en mer positiv selvfølelse. Terapeuten kan registrere fremgangen i dette arbeidet gjennom jevnlig VOC-målinger. Fase fem i EMDR-protokollen har også et fokus på å styrke positive oppfatninger om selvet, gjennom å forsterke tidligere, identifiserte positive kognisjoner. Målet er at disse vurderes til 7 på VOC-skalaen.

b) Bearbeiding av forvrengte, negative kognisjoner. I tredje fase i EMDR-protokollen skal terapeuten, i samarbeid med barnet, identifisere et spesifikt traumatisk minne. I tillegg skal terapeuten forsøke å avdekke negative, forvrengte kognisjoner som barnet har etablert relatert til minnene. Slike forvrengte kognisjoner kan utgjøre en sentral del av et barns negative selvbylde. For eksempel kan barn som har opplevd gjentatte misbruk og overgrep ha etablert en kognisjon om at "jeg er hjelpeløs". Denne kognisjonen kan utgjøre en sentral komponent av barnets manglende opplevelse av selvagens. EMDR-terapeuten skal forsøke å endre troverdigheten barnet tillegger slike negative tanker. I dette arbeidet får barnet

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

instruksjoner om å fokusere på en negativ tanke, mens terapeuten utfører bilateral stimulering. Dette skal i teorien integrere kognisjonen med hele barnets minnenettverk, også positive, noe som kan bidra til å devaluere den negative tanken. Videre kan terapeuten hjelpe barnet med å identifisere minner som er ukompatible med kognisjonen. I eksempelet over, “jeg er hjelpeløs”, kan terapeuten forsøke å aktivere minner hvor barnet har opplevd å ha påvirket sin egen situasjon. Ved å forsterke disse minnene hos barnet, kan han/hun begynne å oppleve å ha mer selvagens og evne til å påvirke sitt eget liv. VOC benyttes for å registrere fremgangen i deevalueringsarbeidet av de negative, forvrengte kognisjonene.

En utfordring i arbeidet med å endre negative, samt styrke positive tanker relatert til selvet, er at barn utsatt for kompleks traumatisering kan ha lav tilgang på positive, modererende minner, holdninger og tanker om seg selv. Målet med EMDR er å integrere uprosesserte, traumatiske minner inn i helhetlige minnenettverk, som i teorien også består av positive minner. I teorien tenkes det at økt tilgang på positive kognisjoner ved aktivering av et traumatisk minne vil virke modererende og regulerende. I tilfeller hvor barnet har en omfattende mangel på positive kognisjoner og erfaringer, mister i teorien EMDR noe av sitt råmateriale for endring. For eksempel kan et barn ha opplevd så mange negative samspillserfaringer med omsorgsgiver, at selvbildet nesten utelukkende består av negative oppfatninger og holdninger til selvet.

I tilfeller hvor barnet har svært redusert tilgang på positive kognisjoner om seg selv, er det rimelig å anta at man i det terapeutiske arbeidet må bruke lenger tid på å endre innholdet i barnets negative selvbilde. Videre vil det være nødvendig at barnet får nye positive opplevelser, både i sitt virkelige liv og i terapirommet, som kan øke forekomsten av positive kognisjoner og minner. I EMDR kan man ta i bruk intervensjoner fra andre terapier som kan ivareta dette behovet.

c) Barnets opplevelse av mestring i og utenfor terapirommet. Kompleks traumeteori postulerer at barn utsatt for komplekse traumer har en forhøyet risiko for å oppleve manglende mestring, da de assosierte ferdighetene og konstruktene som er utsatt for under- og/eller skjevutvikling, er sentrale for barns evne til å mestre på viktige arenaer i hans/hennes liv. For eksempel vil svekket emosjonsregulering, som ofte går sammen med en svekket mentaliseringsevne, redusere barnets psykososiale evner. Dette øker risikoen for at barnet opplever manglende mestring i sosiale samspill. Slike gjentakende, negative erfaringer vil igjen bidra til at barnet kan danne et negativt bilde av seg selv i sosiale situasjoner, og negative

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

kognisjoner, slik som “jeg har ikke venner” eller “jeg er dårlig til å leke med andre barn”. Disse kognisjonene kan bli en solid del av barnets selvbylde.

EMDR kan yte en positiv effekt på barnets mestring utenfor terapirommet, gjennom å redusere den negative effekten traumatiske minner har på barnets fungering. Dette er en forståelse som kan forklare funnene til Wanders, Serra og De Jongh (2008). Deres studie viste at barn som mottok EMDR-behandling hadde en signifikant større økning i selvtillit, sammenlignet med CBT. Slik vi har diskutert tidligere, kan denne økte selvtilliten skyldes EMDRs desensivering av underliggende, traumatiske minner som har utøvet en negativ effekt på barnets fungering og selvtillit.

Å styrke en svekket mestringsfølelse hos barn utsatt for komplekse traumer, vil derimot være en prosess som det er rimelig å anta krever mer enn kun de terapeutiske intervensjonene i EMDR. At barnet får oppleve reell mestring utenfor terapirommet på viktige arenaer i sitt liv, kan tenkes å ha en avgjørende betydning. I EMDR-protokollen vil det terapeutiske arbeidet med å endre barnets selvbylde og opplevelse av mestring være begrenset til prosesser og intervensjoner som forekommer innenfor terapirommet. EMDR utelukker derimot ikke å benytte seg av intervensjoner fra andre terapier som kan tilrettelegge for at barnet skal oppleve mestring utenfor terapirommet. For eksempel kan det implementeres verktøy fra CBT, slik som hjemmelekser. Disse oppfordrer barnet til å øve seg på å mestre på viktige arenaer i deres liv, og i terapitimene øver terapeuten sammen med barnet på å håndtere utfordrende situasjoner. For eksempel kan terapeuten og barnet rollespille en lek-situasjon, hvor noen urettmessig tar en leke fra barnet. Barnet, som i utgangspunktet kan være tilbøyelig til å utagere eller gråte som respons til dette, kan lære seg å erstatte slik atferd med mer problemløsningsorientert atferd, slik som å be om å få leken tilbake (Kendall, 2012). Dette kan fremme en økt problemløsningsevne hos barnet, som igjen kan føre til mer mestrende og adaptiv atferd utenfor terapirommet.

d) Dissosiering: Et “avsplittet” selv. Barn utsatt for komplekse traumer kan mangle en sammenhengende og integrert opplevelse av selvet. Innenfor kompleks traumeteori kan dette forstås som et resultat av dissosiering. Kronisk traumatisering i barndom kan medføre fundamentale splittelser av sensorisk, kognitiv og emosjonell informasjon. Dette forstyrrer barnets prosessering, integrering og assimilering av nye erfaringer inn i barnets livshistorie og identitetsopplevelse.

I teorien ivaretar EMDR et slikt avsplittet selv ved å integrere isolerte minner inn i barnets helhetlige minnenettverk. Dette kan bidra til at barnet i økende grad får et mer

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

sammenhengende selvbylde, hvor tidligere avspaltede minner, med deres assosierte kognisjoner, affekter og sensasjoner, integreres inn i barnets selvbylde og identitet.

I teorien vil en slik integrering av selvet foregå under represseringen i EMDR. En utfordring ved dette er derimot er barn som har høy forekomst av dissosiering ikke skal begynne represseringen i fase fire før dissosiering har opphørt. Disse barna må gjennomgå et omfattende stabiliseringsarbeid før represseringsfasen kan igangsettes. Altså vil de barna som har et svært uintegrert selv på grunn av mye dissosiering bruke lang tid på å komme til den fjerde fasen, hvor de potensielle endringsmekanismene for å integrere selvet foregår.

e) Betydningen av barnets omsorgsbasis for selvet. Kompleks traumeteori forstår utviklingen av et negativt selv hos barn utsatt for komplekse traumer som et resultat av å leve i relasjoner som preges av neglisjering og/eller misbruk. Hvis barnet fortsetter å bli eksponert for selvtillitsskadelige og mestringshemmende relasjoner, vil det være vanskelig å oppnå varig endring på dette symptomdomenet. EMDR har ingen eksplisitte tiltak som skal behandle og endre barnets omsorgssituasjon. Shapiro (2001) understreker derimot at man i EMDR-terapi med barn alltid skal være oppmerksom på utviklingshemmende og/eller skadelige forhold i barnets omsorgsbasis. Videre inneholder barneprotokollen (Adler-Tapia & Settle, 2008) spesifikke retningslinjer på at man skal være oppmerksom på tilknytningsrelasjonen og omsorgsgivers evne til inntoning. Til slutt er EMDR kompatibel med andre metoder, hvor for eksempel intervensjoner fra familierapi kan implementeres i behandlingsforløpet.

f) Oppsummering. Vansker relatert til selvet hos barn utsatt for komplekse traumer kan ivaretas av EMDR i form av installeringen av positive kognisjoner og ressurser, samt ved å repressere negative, forvrengte kognisjoner barna har om seg selv. Terapeuten kan derimot møte på utfordringer i dette arbeidet, da denne pasientpopulasjonen kan ha få positive erfaringer og oppfatninger relatert til selvet. Uten tilgang på positive kognisjoner og minner vil EMDR miste noe av sitt råmateriale for endring. Dette kan bety at effekten av EMDR på dette symptomdomenet vil variere i hvor stor grad barna har tilgang på positive, modererende minner og kognisjoner relatert til selvet.

Det er av stor betydning for disse barna å oppleve mestring i sitt virkelige liv for å bygge opp et bedre selvbylde og større mestringstro. Selv om EMDR ikke består av intervensjoner som direkte adresserer dette, oppmuntret Shapiro (2001) til å benytte seg av andre metoder som kan ivareta slike behov. Det kan også argumenteres for at EMDR, gjennom å redusere den negative effekten av traumatiske minner under represseringen, kan

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

øke barnets generelle fungering, og dermed øke sannsynligheten for å mestre på betydningsfulle arenaer. Det er også viktig å ha øye for utviklingshemmende og/eller skadelige forhold i barnets omsorgsbase.

Et avspiltet selv kan ivaretas av EMDR gjennom en økt integrering av barnets minnenettverk.

Studiet som har undersøkt EMDRs effekt på selvtillit, viste at EMDR gav en større effekt på selvtilliten til barn enn CBT.

4.2 Diskusjon forskningslitteratur

4.2.1 Metodologiske svakheter. De tre studiene som ble vurdert som relevante for å belyse vår problemstilling har flere metodologiske svakheter. Alle studiene bestod av små utvalg. Dette gir studiene lav statistisk styrke, og reduserer sannsynligheten for å detektere betydningsfulle forskjeller mellom gruppene. Den lave utvalgsstørrelsen begrenser også generaliserbarheten til funnene.

Soberman, Greenwald og Rule (2002) brukte kun en enkelt terapeut for de to respektive eksperimentelle gruppene. Dette gjør det umulig å skille mellom effekten av spesifikke terapeutiske egenskaper fra spesifikke egenskaper ved terapiformen. I dette studiet ble også SUD-skalaen i EMDR gruppen benyttet både som et utfallsmål og som et instrument for å identifisere reaktivitet. Det er ukjent hvorvidt denne gjentagende administreringen av SUD-skalaen har hatt noen effekt for deltagerne i EMDR gruppen. En siste innvending mot dette studiet er at det kun brukte to måleinstrumenter (PRS og BRS) for å måle forekomst av atferdsproblemer. Resultatene fra BRS, problematferd målt av personalet ved behandlingssenteret, var ikke signifikante, og støtter da ikke opp om hypotesen om at traumebehandling kan bidra til å redusere atferdsvansker. Disse blandede resultatene fra de to utfallsmålene reduserer troverdigheten til studiets konklusjon om at EMDR reduserte atferdssymptomene.

Wanders, Serra og De Jonghs (2008) studie manglet en venteliste-kontrollgruppe. De rapporterte endringene kan dermed potensielt tilskrives naturlige endringer som forekommer over tid fremfor å være en effekt av terapiene. En annen svakhet ved dette studiet var implementering av standardbehandling etter CBT og EMDR behandlingen. CBT og EMDR gruppene ble heller ikke sammenlignet med barn som kun fikk standardbehandling. Av denne grunn er det ikke mulig å konkludere med at forbedringene som forekom mellom post- og oppfølgingsmålingene skyldes de eksperimentelle behandlingene heller enn

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

standardbehandlingen, eller hvorvidt det forekom noen interaksjonelle effekter mellom CBT/EMDR-behandlingen og standardbehandlingen.

I studiet til Wadaa, Zaharim og Alqashan (2010) ble alle barna i studiet rekruttert gjennom universitetet foreldrene deres studerte ved. Det faktum at foreldrene har utdannelse samt at de var i stand til å flykte fra Irak, kan indikere at foreldrene er relativt ressurssterke. Dette kan blant annet ha virket som en beskyttelsesfaktor mot negative virkninger av krigen, som kan ha ført til et raskere symptomlette. Det er også mulig at barna flyktet fra Irak før belastningene ble for store, noe som kan ha motvirket en negativ utvikling. Det er derfor en mulighet for at utvalget i dette studiet ikke er representativt for irakiske, krigstraumatiserte barn. Dette reduserer studiets generaliserbarhet.

Studiene har også flere gode metodologiske egenskaper som styrker resultatenes troverdighet. Studiene har spredning med tanke på etnisk bakgrunn hos deltagerne, da studiene er gjennomført på utvalg fra Irak, Nederland og USA. Dette er positivt med tanke på kulturell generaliserbarhet av resultatene. Videre ble alle deltagerne randomisert fordelt mellom de ulike gruppene i sine respektive studier. Det ble også kontrollert for at gruppene ikke var forskjellige fra hverandre på signifikante måter. To av studiene: Wanders, Serra og De Jongh, og Soberman, Greenwald og Rule, bestod av flere måleinstrumenter som gav en bred kartlegging av symptomene hos barna i utvalget. Til slutt ble alle EMDR-sesjonene i studiene gjennomført av terapeuter med lang erfaring med metoden, og det hevdes i alle studiene at disse nøye etterfulgte Shapiros behandlingsmanual (2001).

4.2.2 Begrensninger for å belyse behandlingseffekt på komplekse traumer hos barn. Studienes utforming har flere begrensninger med tanke på å belyse oppgavens problemstilling om EMDRs behandlingseffekt på komplekse traumesymptomer.

I studiet til Wadaa, Zaharim og Alqashan (2010) er PTSD-diagnosen et inkluderingkriterie. Dette kan potensielt ha utelukket barn med komplekse traumesymptomer fra studiet, da det er dokumentert at majoriteten av barn utsatt for kompleks traumatisering ikke får PTSD-diagnosen (Herman, 1992a, 1992b; Van der Kolk, 2005; Spinazzola et al., 2005). I lys av dette ble det kun brukt et diagnostisk verktøy for å måle PTSD-symptomer. Det fremkommer altså ingen indikasjoner på at barna lider av komplekse traumesymptomer, utover det faktum at barna er utsatt for krigstraumer. Det oppgis heller ikke noen detaljer rundt barnas traumehistorier, slik som antall, varighet og type traumer, som gjør vår vurdering av om barna er utsatt for kompleks traumatisering vanskelig. Innenfor et komplekst traumerammeverk, kan derimot krig forstås som en situasjon som består av en rekke forhold som gir

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

en økt risiko for at barn opplever kompleks traumatisering. Slike forhold kan, særlig hvis de forekommer i utviklingssensitive faser, medføre komplekse traumereaksjoner. En krigssituasjon rokker ved barnets grunnleggende oppfattelse av trygghet og forutsigbarhet og er assosiert med en relativt høy frekvens av potensielt traumatiserende opplevelser (Ayalon, 1998). En annen faktor som øker risikoen for kompleks traumatisering hos barn under krig er en endret eller svekket omsorgsevne hos foreldre, som kan resultere i utilstrekkelig omsorg og regulering av barnet (Ayalon, 1998). I samsvar med dette understreker forfatterne selv at krig ofte medfører multiple, komplekse traumer, som både kan medføre PTSD og kompleks traumatisering (Wadaa, Zaharim og Alqashan, 2010). Selv om studiet kun involverer deltagere med PTSD-diagnose og mangler informasjon om traumene barna har vært utsatt for, er krig en høyrisikosituasjon for å skape en forstyrret utvikling av barnets nevropsykologiske konstrukter og ferdigheter. Av denne grunn ble studiet inkludert i litteraturgjennomgangen.

Soberman, Greenwald og Rules (2002) studie mangler en grundig gjennomgang av deltageres traumehistorie. Det er derfor mulig at deltagerne differerte fra hverandre på betydelige måter i henhold til grad, form og frekvens av opplevd traume/r. Det er også uvisst hvilke type traumer guttene var utsatt for, hvor vi henviser til vår beskrivelse av type 1 og type 2 traume. En styrke ved dette studiet var bruk av flere måleinstrumenter, som gav en bred kartlegging av barnas atferdsvansker. Atferdsvansker kan forstås som et ytre uttrykk for atferdsdysregulering, som gjorde studiet relevant for oppgaven. Studiets relevans begrenset seg derimot til å gjelde for atferdsdysreguleringsdomenet. Utvalget i Soberman, Greenwald og Rules (2002) studie bestod også av gutter mellom 10-16 år. Dette betyr at en stor andel av utvalget ikke var i den aldersgruppen som denne oppgaven er avgrenset til, noe som begrenser studiets validitet for å besvare oppgavens problemstilling.

I Wanders, Serra og De Jonghs (2008) studie mangler det en grundig gjennomgang av barnas traumehistorie. Dette begrenser studiets relevans for oppgaven, da det ikke kan vurderes om barna i utvalget er eksponert for komplekse traumer. Derimot består studiet av flere måleinstrumenter som måler atferdsvansker og selvtillit hos deltagerne i studiet. Disse kan forstås som symptomer som hører inn under symptomdomenene atferdsdysregulering og selvet.

4.2.3 Implikasjoner for senere forskning. På grunn av få studier og uoptimal kvalitet og utforming av disse, kan vi ikke fra et empirisk ståsted besvare spørsmålet om hvorvidt EMDR er en egnet behandling av komplekse traumesymptomer hos barn. Det må understrekes at påpekningen av uoptimal utforming av studiene ikke er ment som en kritikk

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

mot studiene i seg selv. Ingen av disse har hatt et eksplisitt formål om å undersøke behandlingseffekt av EMDR på komplekse traumesymptomer, og utformingen av studiene har dermed ikke forsøkt å ivareta et slikt formål.

Studiene kan i stor grad tjene som et utgangspunkt for å påpeke hvilke egenskaper ved studier som må tilpasses for at resultatene skal kunne benyttes til å belyse spørsmålet om effekt for komplekse traumesymptomer. Litteraturgjennomgangen kan også belyse en rekke generelle utfordringer på dette forskningsfeltet. Disse er ikke utelukkende relevante for behandlingsforskning på EMDR, men gjelder behandlingsstudier for alle terapiformer på komplekse traumesymptomer hos barn.

En gjennomgående, uoptimal egenskap ved studiene er en mangelfull utredning av barnas traumehistorie, slik som grad, type og frekvens av opplevd traume/r. Det er derfor uvisst hvilke typer traumer barna har vært utsatt for, hvor vi henviser til beskrivelsen av type 1 og type 2 traumer. Dette kan blant annet medføre blandede utvalg som både består av barn utsatt for komplekse og enkeltstående traumer, med deres respektive, assosierte symptomer som i stor grad avviker fra hverandre. For at studier skal kunne si noe om behandlingseffekt på komplekse traumesymptomer, er det hensiktsmessig at utvalget i størst mulig grad utelukkende består av barn med en slik problematikk. Utvalg som inkluderer barn som er utsatt for enkeltstående traumer, og som med større grad opplever vansker som faller inn under PTSD-diagnosen, kan virke forurensende på resultatene. Dette vil begrense resultatenes validitet til å uttale seg spesifikt om terapiens behandlingseffekt på komplekse traumesymptomer.

Utvalg som i størst mulig grad består av barn med komplekse traumesymptomer kan oppnås gjennom å gjøre en grundig utredning av barnas traumehistorie, familiebakgrunn og omsorgssituasjon, så vel som en grundig utredning av forekomst av komplekse traumesymptomer.

En annen klar utfordring innenfor dette forskningsfeltet er at det per i dag ikke eksisterer et validert måleinstrument som er utformet med det formål å avdekke forekomst av komplekse traumesymptomer hos barn. Det er rimelig å anta at fraværet av ett slikt måleinstrument i stor grad setter begrensninger for forskning på dette feltet. I denne sammenheng er *Developmental Trauma Disorder Structured Interview for Child (DTDSI-C)* 10.6 et lyspunkt. Dette er et kartleggingsverktøy som er utformet med et formål om å avdekke komplekse traumesymptomer hos barn (Ford & the Developmental Trauma Disorder Work Group, 2014). DTDSI-C måler totalt 15 symptomer, og baserer seg på Van der Kolks (2005) fremstilling av komplekse traumesymptomer hos barn innunder tre posttraumatiske

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

dysreguleringer bestående av; affektiv/kroppslig, oppmerksomhet/atferdsmessig og selvet/relasjonelle komponenter. DTDSI-C består av syv kriterier, herunder eksponering for komplekse traumer, dysregulering, PTSD relaterte symptomer, en varighet på minst 6 måneder og minst moderat til alvorlig funksjonsreduksjon, målt gjennom *Childrens Global Assessment Scale* (CGAS < 51) (Ford, Courtois, Steele, Hart, & Nijenhuis, 2005). Det foregår på nåværende tidspunkt et valideringsarbeid av DTDSI-C, av *Ford and Developmental Trauma Disorder Work Group* (2014). Dersom dette blir funnet å være valid vil det være et potensielt nyttig måleverktøy i fremtidig forskning på behandlingseffekt av barn utsatt for komplekse traumer. Bruk av et validert måleinstrument for å identifisere og måle komplekse traumesymptomer hos barn er en forutsetning for å utføre god behandlingsforskning på dette området.

En annen hensiktsmessig utforming av senere studier som i fremtiden skal undersøke hvorvidt EMDR kan ha en effekt på komplekse traumesymptomer hos barn, er at disse benytter seg av en standardisert EMDR-protokoll for behandling. Hvis hvert studie tar utgangspunkt i ulike protokoller, vil denne variasjonen vanskeliggjøre muligheten for å sammenligne resultater på tvers av studier. Det er enda ikke utviklet en EMDR-protokoll spesifikt for komplekst traumatiserte barn, men Adler-Tapia og Settle sin EMDR-protokoll for barn (2008) kan muligens brukes. Et av Adler-Tapia og Settles argumenter for hvorfor det var viktig å utvikle en barneprotokoll var nettopp for at forskere skulle ha en standard protokoll å kunne bruke i studier som skulle undersøke EMDRs effekt på barn.

En generell utfordring ved å forske på komplekse traumesymptomer, er at de syv symptomdomenene består av en svært bred variasjon av symptomer. De ulike domenene har et bredt omfang av ulike uttrykk og undergrupper av symptomer. Dette gjør det vanskelig å operasjonalisere symptomene i forskning. Videre er barn med komplekse traumesymptomer en svært heterogen pasientgruppe, hvor symptomuttrykkene og funksjonsnivået kan variere i stor grad mellom ulike barn (Courtois & Ford, 2012). Dette kompliserer forskningen ytterligere. En mulig løsning for å forenkle forskningsarbeidet innenfor dette feltet, kan være å i første omgang ta for seg enkeltdomener. Fokuset kan også snevres inn ytterligere, ved å se på spesifikke symptomer innenfor enkeltdomener. For eksempel kan man begrense forskningen til å kun se på behandlingseffekten av terapi på barnets tilknytningsstatus.

Oppsummert har vi identifisert følgende hovedpunkter som kan etterfølges i utformingen av behandlingsforskning på barn med komplekse traumesymptomer; utvikling og anvendelse av måleinstrumenter som identifiserer og måler komplekse traumesymptomer hos barn; en grundig utredning av barnets traumehistorie og symptombylle slik at det kan dannes

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

utvalg som primært består av barn med komplekse traumesymptomer; bruk av en standard EMDR-protokoll for behandling i forskningsstudier; og studier som ser på avgrensede deler av barnas symptombilde.

5.0 Konklusjon

Oppgaven har forsøkt å belyse problemstillingen; “Hvorvidt er EMDR, fra et teoretisk og empirisk ståsted, en egnet terapi for å behandle komplekse traumesymptomer hos barn?”

Graden av EMDRs egnethet til å behandle symptomene innenfor de syv respektive symptomdomenene kan variere mellom og innenfor de ulike fasene. Denne variasjonen kan fluktuere med drivkreftene bak barnets symptomer. For eksempel vil forberedelsesfasen være særlig egnet til å behandle symptomer som har årsak i under- og/eller skjevutvikling av underliggende ferdigheter og konstrukter. Desensitiseringsfasen vil derimot kunne være egnet til å behandle symptomer som har grobunn i traumatiske, uintegreerte minner og mangel på nevrologisk integrering. Oppgaven har videre diskutert hvordan det samme symptomet kan ivaretas i flere av de ulike fasene i EMDR. For eksempel kan problematiske arbeidsmodeller endres både gjennom alliansebygging og ny relasjonell viten i forberedelsesfasen, og under desensiveringingen hvor traumatiske, relasjonelle minner reprocesseres. Det at symptomer kan behandles gjennom ulike mekanismer på ulike stadier i behandlingen, kan bidra til at EMDR ivaretar kompleksiteten i symptomene.

EMDR kan hevdes å være en egnet metode for å behandle komplekse traumesymptomer, med forbehold om at terapien gjør nødvendige tilpasninger. Forberedelsesfasen bør gis mer plass i behandlingsløpet, hvor det terapeutiske fokuset er rettet mot å styrke grunnleggende psykologiske ferdigheter og konstrukter i barnet. I særlig grad kan det rettes fokus på å styrke barnets emosjonsregulering i denne fasen, da dette anses som en sentral underliggende faktor for vansker og utfordringer i de andre symptomdomenene. Videre kan også traumereprosesseringsen med stor sannsynlighet utvides, da barna kan ha et høyt antall traumatiske minner. En sentral betraktning i diskusjonen er at det trolig er nødvendig med innslag fra andre terapeutiske retninger i arbeid med denne pasientgruppen. EMDR har i hovedsak et klientsentrert fokus, som bærer med seg en risiko for å neglisjere symptomenes opprinnelse og /eller opprettholdelse i utviklingshemmende relasjoner og/eller forhold i barnets omsorgsbasis. I lys av dette bør man ikke benytte seg av EMDR-protokollen alene, da denne ikke har et tilstrekkelig fokus på slike forhold. Shapiro (2001) hevder derimot at EMDR er kompatibel med andre terapeutiske retninger, og det oppmuntres til å inkludere

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

andre terapeutiske verktøy i tilfeller hvor EMDR er utilstrekkelig. Videre vil grad og forekomst av symptomer innenfor de respektive syv domene variere mellom de enkelte barna. EMDRs fleksibilitet og dynamiske form kan ivareta det individuelle barnets unike behov. I sammenheng med dette kan terapien tillegge mest fokus og tid på faser og intervensjoner i EMDR som kan tenkes å være særlig egnet til å behandle de mest fremtredende symptomene hos det enkelte barn.

På bakgrunn av disse betraktningene har man ikke grunnlag for å si at EMDR alene vil være tilstrekkelig egnet til å behandle og ivareta de komplekse traumesymptomene. Da protokollen ikke er ukompatibel med elementer fra andre terapeutiske retninger, og EMDR-teoretikere understreker at andre verktøy kan og skal inkluderes ved behov, kan derimot EMDR i klinisk praksis utvides slik at den blir egnet til å behandle de komplekse traumesymptomene.

På grunn av få studier og uoptimal kvalitet og utforming av disse, kan vi ikke, fra et empirisk ståsted, besvare spørsmålet om hvorvidt EMDR er en egnet behandling av komplekse traumesymptomer hos barn. De få studiene som eksisterer gir derimot lovende indikasjoner på at EMDR kan være en effektiv metode for å behandle symptomer relatert til atferds- og selvtillitsdomenet. Det er derimot ikke mulig å uttale seg om EMDRs effekt på de andre symptomdomenene, da ingen studier per dags dato har undersøkt dette.

Referanser

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the child behavior checklist and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
- 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 (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect*, 22(8), 759–774. doi:10.1016/S0145-2134(98)00062-3
- Adler-Nevo, G., & Manassis, K. (2005). Psychosocial treatment of pediatric posttraumatic stress disorder: the neglected field of single-incident trauma. *Depression and Anxiety*, 22(4), 177-189. doi:10.1002/da.20123
- Adler-Tapia, R. & Settle, C. (2008). *EMDR and the art of psychotherapy with children*. New York: Springer Publishing Company.
- Ahnert, L., Pinquart, M., og Lamb, M.E. (2006). Security of children`s relationships with nonparental care providers: A meta-analysis. *Child Development*, 77, 664-679. doi:10.1111/j.1467-8624.2006.00896.x
- Ainsworth, M.D.S, (1973). The Development of infant-mother attachment. I: B. M. Caldwell, & H. N. Ricciuti (red.), *Review of child development research* (3. utg., s. 1-94). Chicago: University Press.
- Ainsworth, M.D.S, Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum.

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3. utg.) Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Diagnostic criteria from DSM-IV*. (4. utg.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Andrade, J., Kavanagh, D., & Baddeley, A. (1997). Eye-movements and visual imagery: A working memory approach to the treatment of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 36(2), 209-223. doi:10.1111/j.2044-8260.1997.tb01408.x
- Arroyo, W., & Eth, S. (1985). Children traumatized by Central American Warfar. I S. Eth & R. S. Pynoos (red.), *Post-traumatic stress disorder in children* (s. 103-120). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Ayalon, O. (1998). Community healing for children traumatized by war. *International Review of Psychiatry*, 10(3), 224-233. doi:10.1080/09540269874817
- Barnett, D., Ganiban, J., & Cicchetti, D. (1999). Maltreatment, negative expressivity and the development of type D attachments from 12- to 24-months of age. *Society of Research in Child Development Monograph*, 64, 97-118.
- Barrowcliff, A. L., Gray, N. S., Freeman, T. C., & MacCulloch, M. J. (2004). Eye-movements reduce the vividness, emotional valence and electrodermal arousal associated with negative autobiographical memories. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15(2), 325-345. doi:10.1080/14789940410001673042

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of personality disorders, 18*(1), 36-51. doi:10.1521/pedi.18.1.36.32772
- Baumeister, R.F. og Vohn, K.D, (2004). *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications*. New York, Guilford Press.
- Beeghly, M., & Cicchetti, D. (1994). Child maltreatment, attachment, and the self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and Psychopathology, 6*(1), 5-30. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S095457940000585X>
- Beers, S. R., & DeBellis, M. D. (2002). Neuropsychological function in children with maltreatment-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 159*(3), 483-486. doi:<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.159.3.483>
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of nervous and mental disease, 174*(12), 727-735.
- Berntson, G. G., Cacioppo, J. T., & Quigley, K. S. (1991). Autonomic determinism: the modes of autonomic control, the doctrine of autonomic space, and the laws of autonomic constraint. *Psychological review, 98*(4), 459. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.98.4.459>
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder Systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry, 190*(2), 97-104. doi:10.1192/bjp.bp.106.021402
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice, 16*(3), 252-260. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/h0085885>

- Bower, G. H., & Sivers, H. (1998). Cognitive impact of traumatic events. *Development and psychopathology*, 10(04), 625-653.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment. Attachment and Loss* (1. utg.). London: Hogarth.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books
- Bracke, D. og Braet, C. (2000). Vragenlijst positieve en negatieve gedachten bij kinderen (PNG-k). *Gedragstherapie*, 33(1), 43-61.
- Brady, K. T., Killeen, T., Saladin, M. E., Dansky, B., & Becker, S. (1994). Comorbid substance abuse and posttraumatic stress disorder. *The American Journal on Addictions*, 3(2), 160-164. doi: 10.1111/j.1521-0391.1994.tb00383.x
- Brake, W. G., Sullivan, R. M., & Gratton, A. (2000). Perinatal distress leads to lateralized medial prefrontal cortical dopamine hypofunction in adult rats. *The Journal of Neuroscience*, 20(14), 5538-5543.
- Brandtzæg, I., Smith, L., & Torsteinson, S., (2011). *Mikroseparasjoner: tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of general psychiatry*, 48(3), 216-222. doi:10.1001/archpsyc.1991.01810270028003.

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology, 68*(5), 748-766. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>
- Briere, J. N. (1992). *Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- Briere, J. (2002). Treating adult survivors of severe childhood abuse and neglect: Further development of an integrative model. I J. E. B. Meyer et al. (red.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (2. utg., s. 175-202). Newbury Park: Sage
- Briere, J., & Runtz, M. (1987). Post sexual abuse trauma data and implications for clinical practice. *Journal of Interpersonal Violence, 2*(4), 367-379. doi:10.1177/088626058700200403
- Briere, J. N., & Scott, C. (2014). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment* (2. utg.). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Briere, J., & Spinazzola, J. (2009). Assessment of the sequelae of complex trauma. I C. A. Courtois, & J. Ford (red.), *Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An Evidence-Based Guide*, (104-123). New York: Guilford Press
- Brown, P. J., & Wolfe, J. (1994). Substance abuse and post-traumatic stress disorder comorbidity. *Drug and Alcohol Dependence, 35*(1), 51-59. doi:10.1016/0376-8716(94)90110-4.
- Burgess, A.W., & Holmstrom, L. (1974a). Rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry, 131*, 981-986.

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

- Burgess, A. W., & Holmstrom, L. L. (1974b). *Rape: Victims of crisis* (s. 15). Bowie: RJ Brady Company.
- Calkins, S., & Hill, A. (2007). Caregiver influences on emerging emotion regulation. I J. J. Gross (red.), *Handbook of emotion regulation* (1. utg., s. 229-248). New York: Guildford Press
- Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development, 69*, 1107–1128. doi:10.1111/j.1467-8624.1998.tb06163.x
- Carlson, V., Cichetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology, 25*, 525-531. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.25.4.525
- Chadoff, P. (1970). The German concentration camp as a psychological stress. *Archives of General Psychiatry, 8*, 78-87. doi:10.1001/archpsyc.1970.01740250080012.
- Chiron, C., Jambaque, I., Nabbout, R., Lounes, R., Syrota, A., & Dulac, O. (1997). The right brain hemisphere is dominant in human infants. *Brain, 120*(6), 1057-1065. doi:http://dx.doi.org/10.1093/brain/120.6.1057
- Christman, S. D., Garvey, K. J., Propper, R. E., & Phaneuf, K. A. (2003). Bilateral eye movements enhance the retrieval of episodic memories. *Neuropsychology, 17*(2), 221-229. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0894-4105.17.2.221
- Cicchetti, D. (1991). Fractures in the crystal: Developmental psychopathology and the emergence of self. *Developmental Review, 11*(3), 271-287. doi:10.1016/0273-2297(91)90014-F

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

- Cicchetti, D., Ganiban, J., & Barnett, D. (1991). Contributions from the study of high-risk populations to understanding the development of emotion regulation. I J. Garber, & K. A. Dodge (Red.), *The development of emotion regulation and dysregulation* (s. 15-48). Cambridge: Cambridge University Press.
- Cladder, J.M., Nijhoff-Huysse, M., & Mulder, G. (1998). *Gedragstherapie met kinderen en jeugdigen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C., & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy*, *36*(2), 119-124. doi:10.1016/S0005-7894(05)80060-7
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. V. D., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of traumatic stress*, *22*(5), 399-408. doi:10.1002/jts.20444.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., & Mannarino, A. (2004). Trauma-focused cognitivebehavioral therapy for sexually abused children. *Psychiatric Times*, *21*(10), 109-121.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *43*(4), 393-402. doi:http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200404000-00005
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford Press.

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

- Cole, P. M., Michel, M. K., & Teti, L. O. D. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59*(2-3), 73-102. doi:10.1111/j.1540-5834.1994.tb01278.x
- Cole, P. M., & Putnam, F. W. (1992). Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective. *Journal of consulting and clinical psychology, 60*(2), 174. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.60.2.174
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., & Van der Kolk, B. (2005). Complex trauma. *Psychiatric annals, 35*(5), 390-398.
- Courtois, C. A. (1988). *Healing the incest wound, Adult survivors in therapy*. New York: Norton and Company.
- Courtois, C. A. (2008). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychological Trauma, Research, Practice, and Policy, 5*, 86-100. doi:http://dx.doi.org/10.1037/1942-9681.S.1.86
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2012). *Treatment of complex trauma: A sequenced, relationship-based approach*. New York: Guilford Press.
- Crittenden, P. M., & DiLalla, D. L. (1988). Compulsive compliance: The development of an inhibitory coping strategy in infancy. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16*(5), 585-599. doi:10.1007/BF00914268
- Cromer, L. D., Stevens, C., DePrince, A. P., & Pears, K. (2006). The relationship between executive attention and dissociation in children. *Journal of Trauma & Dissociation, 7*(4), 135-153. doi:10.1300/J229v07n04_08.

- Crozier, J. C., & Barth, R. P. (2005). Cognitive and academic functioning in maltreated children. *Children & Schools*, 27(4), 197-206. doi: 10.1093/cs/27.4.197
- Culp, R. E., Watkins, R. V., Lawrence, H., Letts, D., Kelly, D. J., & Rice, M. L. (1991). Maltreated children's language and speech development: Abused, neglected, and abused and neglected. *First Language*, 11(33), 377-389. doi:10.1177/014272379101103305
- D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. A. (2012). Understanding interpersonal trauma in children: why we need a developmentally appropriate trauma diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82(2), 187-200. doi:10.1111/j.1939-0025.2012.01154.x
- De Bellis, M. D., Baum, A. S., Birmaher, B., Keshavan, M. S., Eccard, C. H., Boring, A. M., ... & Ryan, N. D. (1999a). Developmental traumatology part I: Biological stress systems. *Biological psychiatry*, 45(10), 1259-1270. doi:10.1016/S0006-3223(99)00044-X
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Clark, D. B., Casey, B. J., Giedd, J. N., Boring, A. M., ... & Ryan, N. D. (1999b). Developmental traumatology part II: Brain development. *Biological psychiatry*, 45(10), 1271-1284. doi:10.1016/S0006-3223(99)00045-1
- De Brock, A. J, Vermulst, A. A., Gerris J. R. M, & Abidin, R. R. (1992). *NOS Injimeegse Ouderlijke Stress Index, handleiding*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Dewaraja, R., & Sasaki, Y. (1990). A left to right hemisphere callosal transfer deficit of nonlinguistic information in alexithymia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 54(4), 201-207. doi:10.1159/000288396

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

- De Wit, C. A. M. (1987). *Depressie vragenlijst voor kinderen. Handleiding en testmateriaal*. Amersfoort: Academische Uitgeverij Amersfoort.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Croft, J. B., Edwards, V. J., & Giles, W. H. (2001). Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child abuse & neglect*, 25(12), 1627-1640. doi:10.1016/S0145-2134(01)00293-9
- Duncan, R. D., Saunders, B. E., Kilpatrick, D. G., Hanson, R. F., & Resnick, H. S. (1996). Childhood physical assault as a risk factor for PTSD, depression, and substance abuse: findings from a national survey. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(3), 437.
doi:http://dx.doi.org/10.1037/h0080194
- Egeland, B., Sroufe, L. A., & Erickson, M. (1983). The developmental consequence of different patterns of maltreatment. *Child abuse & neglect*, 7(4), 459-469. doi:10.1016/0145-2134(83)90053-4
- Egensius, H. *Psykologisk leksikon* (2008). København: Hans Reitzels Forlag.
- Elliott, D. M., & Briere, J. (1992). Sexual abuse trauma among professional women: Validating the Trauma Symptom Checklist-40 (TSC-40). *Child abuse & neglect*, 16(3), 391-398.
doi:10.1016/0145-2134(92)90048-V
- Elofsson, U. O., von Schèele, B., Theorell, T., & Söndergaard, H. P. (2008). Physiological correlates of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 622-634. doi:10.1016/j.janxdis.2007.05.012

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

- Emde, R. N., Biringen, Z., Clyman, R. B., & Oppenheim, D. (1991). The moral self of infancy: Affective core and procedural knowledge. *Developmental Review, 11*(3), 251-270. doi:10.1016/0273-2297(91)90013-E
- Eyre, J. A., Taylor, J. P., Villagra, F., Smith, M., & Miller, S. (2001). Evidence of activity-dependent withdrawal of corticospinal projections during human development. *Neurology, 57*(9), 1543-1554. doi:10.1212/WNL.57.9.1543
- Faraone, S. V., Tsuang, M. T., & Tsuang, D. W. (1999). *Genetics of mental disorders: A guide for students, clinicians, and researchers*. New York: Guilford Press.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine, 14*(4), 245-258. doi:10.1016/S0749-3797(98)00017-8
- Figley, C. R. (red.). (1978). *Stress disorders among Vietnam veterans: Theory, research, and treatment* (No. 1). New York: Brunner-Routledge.
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: New theory and research*. New York: Free Press.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child abuse & neglect, 31*(1), 7-26. doi:10.1016/j.chiabu.2006.06.008
- Fleming, J. (2012). The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of traumatized children and youth. *Journal of EMDR Practice and Research, 6*(1), 16-26. doi:http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.6.1.16

Fletcher, K. E. (1993). *The spectrum of post-traumatic responses in children*. Presented at the Annual Meeting of the International Society of Traumatic Stress Studies, San Antonio.

Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S., & Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of consulting and clinical psychology, 59*(5), 715.

doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.59.5.715>

Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., & Target, M. (1995).

Attachment, the reflective self and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. I S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr, (red.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives* (s. 233-279). Hillsdale: Analytic Press.

Ford, J. D. (2009). Neurobiological and developmental research. I C. A. Courtois, & J. D. Ford (red.), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide* (s. 31-58). New York: Guilford Press.

Ford, J. D., & Cloitre, M. (2009). Best practices in psychotherapy for children and adolescents. I C. A. Courtois, & J. D. Ford (red.), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide* (s. 59-81). New York: Guilford Press.

Ford, J. D., Connor, D. F., & Hawke, J. (2009). Complex trauma among psychiatrically impaired children: a cross-sectional, chart-review study. *The Journal of clinical psychiatry, 70*(8), 1155-1163. doi:10.4088/JCP.08m04783

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

- Ford, J. D., Courtois, C. A., Steele, K., Hart, O. V. D., & Nijenhuis, E. R. (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of traumatic stress, 18*(5), 437-447. doi:10.1002/jts.20051
- Ford, J. D. & the Developmental Trauma Disorder Work Group, (2014). Developmental Trauma Disorder Structured Interview for Child (DTDSI-C) 10.6. doi:http://cfc.ncmhjj.com/wp-content/uploads/2015/03/DTD-SI_ChildV10.6_07-24-14.pdf
- Gaensbauer, T. J. (1995). Trauma in the preverbal period: Symptoms, memories, and developmental impact. *The psychoanalytic study of the child, 50*, 122-149.
- Gaensbauer, T. J., & Siegel, C. H. (1995). Therapeutic approaches to posttraumatic stress disorder in infants and toddlers. *Infant Mental Health Journal, 16*(4), 292-305. doi:10.1002/1097-0355(199524)16:4<292::AID-IMHJ2280160405>3.0.CO;2-3
- Glynn, L. M., Wadhwa, P. D. M., & Sandman, C. A. (2000). The influence of corticotropin-releasing hormone on human fetal development and parturition. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health, 14*(3/4), 243.
- Goodwin, J. (1988). Post Traumatic symptoms in abused children. *Journal of Traumatized Stress, 1*(4), 475-488. doi:10.1007/BF00980367
- Greenberg, L. S. & Safran, J. D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist, 44*(1), 19-29. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.44.1.19
- Greenwald, R. (1994). Applying eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) to the treatment of traumatized children: five case studies. *Anxiety Disorder Practice Journal, 1*(2), 83-97.

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

- Greenwald, R. (1996). Psychometric review of the Problem Rating Scale. I B. H. Stamm (Red.), *Measurement of stress, trauma and adaption* (s.242-243). Lutherville: Sidran.
- Greenwald, R. (2002). The role of trauma in conduct disorder. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6(1), 5-23. doi:10.1300/J146v06n01_02
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundations*. New York: Guilford Press.
- Grossmann, K. E., Grossmann, K., & Waters, E. (red.). (2006). *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies*. New York: Guilford Press.
- Guardo, C. J. (1968). Self revisited: the sense of self-identity. *Journal of Humanistic Psychology*, 8(2), 137-142. doi:10.1177/002216786800800206
- Guzzetta, A., Bonanni, P., Biagi, L., Tosetti, M., Montanaro, D., Guerrini, R., & Cioni, G. (2007). Reorganisation of the somatosensory system after early brain damage. *Clinical neurophysiology*, 118(5), 1110-1121. doi:10.1016/j.clinph.2007.02.014
- Harter, S. (1985). *Manual for the self-perception profile for children*. Denver: University of Denver.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2010). Barn som pårørende. Hentet 10.02.2015, fra www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/psykisk_helse/barn-som-parorende.html?id=506766
- Hennighausen, K. H., Bureau, J. F., David, D.H., Holmes, B. M., & Lyons-Ruth, K. (2011). Disorganized attachment behavior observed in adolescence: Validation in relation to Adult

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

Attachment Interview, classification at age 25. I J. Solomon & C. George (red.), *Disorganized attachment and caregiving* (s. 207-244). New York: Guildford Press.

Herman, J. L. (1992a). Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 377–391. doi: 10.1002/jts.2490050305

Herman, J. L. (1992b). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—From domestic to political terror*. New York: Basic Books

Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic medicine, 41*(3), 209-218.

Hout, M., Muris, P., Salemink, E., & Kindt, M. (2001). Autobiographical memories become less vivid and emotional after eye movements. *British Journal of Clinical Psychology, 40*(2), 121-130. doi: 10.1348/014466501163571

Irwin, H. J. (1994). Proneness to dissociation and traumatic childhood events. *Journal of Nervous and Mental Disease, 182*, 456-460.

Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Zand, S. O., & Dolatabadi, S. (2004). A comparison of CBT and EMDR for sexually-abused Iranian girls. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 11*(5), 358-368. doi:10.1002/cpp.395

Jacobvitz, D., & Hazen, N. (1999). Developmental pathways from infant disorganization to childhood peer relationships. I J. Solomon & C. George (red.), *Attachment disorganization* (s. 127-159). New York: Guildford Press.

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

- Johnston, M. V. (2009). Plasticity in the developing brain: implications for rehabilitation. *Developmental disabilities research reviews, 15*(2), 94-101. doi: 10.1002/ddrr.64
- Joseph, R. (1996). *Neuropsychiatry, neuropsychology, and clinical neuroscience: Emotion, evolution, cognition, language, memory, brain damage, and abnormal behavior*. Baltimore: Williams & Wilkins Co.
- Kavanagh, D. J., Freese, S., Andrade, J., & May, J. (2001). Effects of visuospatial tasks on desensitization to emotive memories. *British Journal of Clinical Psychology, 40*(3), 267-280. doi:10.1348/014466501163689
- Kazdin, A. E. (1995). Child, parent and family dysfunction as predictors of outcome in cognitive-behavioral treatment of antisocial children. *Behaviour Research and Therapy, 33*(3), 271-281. doi:10.1016/0005-7967(94)00053-M
- Keenan, J. P., Wheeler, M. A., Gallup, G. G., & Pascual-Leone, A. (2000). Self-recognition and the right prefrontal cortex. *Trends in cognitive sciences, 4*(9), 338-344. doi:10.1016/S1364-6613(00)01521-7
- Kelley, S. J. (1986). Learned helplessness in the sexually abused child. *Issues in comprehensive pediatric nursing, 9* (3), 193-207.
- Kelly, K., Slade, A., & Grienenberger, J. F. (2005). Maternal reflective functioning, mother–infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment & human development, 7*(3), 299-311. doi:10.1080/14616730500245963

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

Kendall, P. C. (red.), (2012). *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures*. Fourth Edition. New York: Guilford Press.

Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological bulletin*, 113(1), 164. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.113.1.164>

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 52(12), 1048-1060. doi:10.1001/archpsyc.1995.03950240066012

Kinzie, J. D., Sack, W. H., Angell, R. H., Manson, S., & Rath, B. (1986). The psychiatric effects of massive trauma on Cambodian children: I. The children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25(3), 370-376. doi:10.1016/S0002-7138(09)60259-4

Korn, D. L., & Leeds, A. M. (2002). Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of clinical psychology*, 58(12), 1465-1487. doi:10.1002/jclp.10099

Krupnick, J. L., Green, B. L., Stockton, P., Goodman, L., Corcoran, C., & Petty, R. (2004). Mental health effects of adolescent trauma exposure in a female college sample: Exploring differential outcomes based on experiences of unique trauma types and dimensions. *Psychiatry*, 67(3), 264-279. doi:10.1521/psyc.67.3.264.48986

Kuiken, D., Bears, M., Miall, D., & Smith, L. (2001). Eye movement desensitization reprocessing facilitates attentional orienting. *Imagination, Cognition and Personality*, 21(1), 3-20.

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

- LaBar, K. S., Gatenby, J. C., Gore, J. C., LeDoux, J. E., & Phelps, E. A. (1998). Human amygdala activation during conditioned fear acquisition and extinction: a mixed-trial fMRI study. *Neuron*, 20(5), 937-945. doi:10.1016/S0896-6273(00)80475-4
- Lanktree, C., & Briere, J. (2008). *Integrative Treatment of Complex Trauma for Children (ITCT-C): A guide for the treatment of multiply-traumatized children aged eight to twelve years*. Unpublished treatment manual. Long Beach, CA: MCAVIC-USC Child and Adolescent Trauma Program, National Child Traumatic Stress Network.
- Lanktree, C. B., Briere, J., Godbout, N., Hodges, M., Chen, K., Trimm, L., ... & Freed, W. (2012). Treating Multitraumatized, Socially Marginalized Children: Results of a Naturalistic Treatment Outcome Study. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(8), 813-828. doi:10.1080/10926771.2012.722588
- Lazrove, S., Triffleman, E., Kite, L., McGlashan, T., & Rounsaville, B. (1998). An open trial of EMDR as treatment for chronic PTSD. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 601. doi:http://dx.doi.org/10.1037/h0080368
- Loeber, R. (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review*, 10(1), 1-41. doi:10.1016/0272-7358(90)90105-J
- Ludwig, A. M. (1983). The psychobiological functions of dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26(2), 93-99. doi:10.1080/00029157.1983.10404149
- Luxenberg, T., Spinazzola, J., & Van der Kolk, B. A. (2001). Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part one: Assessment. *Directions in Psychiatry*, 21(25), 373-392.

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Atwood, E. (1999). A relational diathesis model of hostile-helpless states of mind: Expressions in mother-infant interaction. I J. Solomon & C. George (red.), *Attachment disorganization* (s. 33-69). New York: Guilford.

Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Parson, E., (1999). Maternal frightened, frightening or atypical behaviour and disorganized infant attachment patterns. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64(3), 67-96.

Lyons-Ruth, K. & Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. I J. Cassidy & P. R. Shaver (red.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2utg., s. 666-697). New York: Guilford.

Lyons-Ruth, K., Rephacoli, B., McLeod, S., & Silva, E. (1991). Disorganized attachment behaviour in infancy: Short-term stability, maternal and infant correlates, and risk-related subtypes. *Development and Psychopathology*, 3, 377-396.
doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400007586>

MacCulloch, M. J., & Feldman, P. (1996). Eye movement desensitisation treatment utilises the positive visceral element of the investigatory reflex to inhibit the memories of post-traumatic stress disorder: a theoretical analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 169(5), 571-579. doi: 10.1192/bjp.169.5.571

MacMillan, R. (2001). Violence and the life course: The consequences of victimization for personal and social development. *Annual review of sociology*, 37, 1-22.

Madigan, S., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M.H., Moran, G., Pederson, D. R., & Benoit, D. (2006). Unresolved states of mind, anomalous parental behaviour, and

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

disorganized attachment: A review and meta-analysis of a transmission gap. *Attachment and Human Development*, 8, 89-111. doi:10.1080/14616730600774458

Main, M., & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with parents at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental psychology*, 24, 415-426. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.24.3.415

Main, M., & Hesse, E. (1990). Parent`s unresolved traumatic experiences are related to infant desorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behaviour the linking mechanism? I M. T. Greenberg, D. Cichetti, & E. M. Cummings (red.), *Attachment in the pre-school years: Theory, research and intervention* (s. 161-182). Chicago: University of Chicago Press.

Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. I T. B. Brazelton & M. W. Yogman (red.), *Affective development in infancy* (s.95-124). Norwood: Ablex.

Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during Ainsworth Strange Situation. I M. T. Greenberg, D. Cichetti, & E. M. Cummings (red.). *Attachment in the preschool years* (s. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.

Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. E. (2011). Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt, rapport 1. Hentet 25.02.2015, fra <http://www.fhi.no/dokumenter/1b2e13863a.pdf>

Malmquist, C. P. (1986). Children who witness parental murder: Posttraumatic aspects. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25(3), 320-325. doi:10.1016/S0002-7138(09)60253-3

- Maxfield, L., Melnyk, W. T., & Hayman, G. C. (2008). A working memory explanation for the effects of eye movements in EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 247-261. doi:<http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.2.4.247>
- McCauley, J., Kern, D. E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A. F., DeChant, H. K., ... & Bass, E. B. (1997). Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *Jama*, 277(17), 1362-1368. doi:10.1001/jama.1997.03540410040028
- McFarlane, A. C. (2010). The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences. *World Psychiatry*, 9(1), 3-10. doi:10.1002/j.2051-5545.2010.tb00254.x
- McLeer, S. V., Deblinger, E., Henry, D., & Orvaschel, H. (1992). Sexually abused children at high risk for post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(5), 875-879. doi:10.1097/00004583-199209000-00015
- Miller, B. A., Downs, W. R., & Testa, M. (1993). Interrelationships between victimization experiences and women's alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, (11), 109-117.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Moe, V., Slinning, K., & Hansen, M. B. (2010). *Håndbok i sped-og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Monsen, J. T. & Monsen, K. (1999). Affects and affect consciousness: A psychotherapy model integrating Silvan Tomkins' affect- and script theory within the framework of self

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

psychology. I A. Goldberg (red.), *Pluralism in self psychology: Progress in self psychology* (utg. 15). Hillsdale: Analytic Press.

- Moss, E., Bereau, J.-F., St.-Laurent, D., & Tarabulsky, G.M. (2011). Understanding disorganized attachment at preschool and school age: Examining divergent pathways of disorganized and controlling children. I J. Solomon & C. George (red.), *Disorganized attachment and caregiving* (s. 52-79). New York: Guilford Press
- Moss, E., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2004). Attachment at early school age and developmental risk: Examining family contexts and behavior problems of controlling-caregiving, controlling-punitive and behaviorally disorganized children. *Developmental Psychology*, 40, 519-532.
doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.40.4.519>
- Moss, E., St.-Laurent, D., & Parent, S. (1991). Disorganized attachment and developmental risk at school age. I J. Solomon og C. George (red.), *Attachment disorganization* (s. 160-186). New York: Guilford Press.
- Mossige, S., & Stefansen, K. (2007). Vold og overgrep mot barn og unge: En selvrporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole (Violence and abuse against children and young people: A self reporting study among last year students at upper secondary schools). *NOVA Rapport*, 20, 7.
- Munson, J.A., McMahon, R.J., og Spieker, S.J. (2001). Structure and variability in the developmental trajectory of children`s externalizing problems: Impact of infant attachment, maternal depressive symptomatology, and child sex. *Development and psychopathology*, 13, 277-296.
- Nash, M. R., Hulse, T. L., Sexton, M. C., Harralson, T. L., & Lambert, W. (1993). Long-term sequelae of childhood sexual abuse: Perceived family environment, psychopathology, and

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

dissociation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(2), 276. doi:

<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.61.2.276>

Neumann, D. A., Houskamp, B. M., Pollock, V. E., & Briere, J. (1996). The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women: A meta-analytic review. *Child maltreatment*, 1(1), 6-16. doi:10.1177/1077559596001001002

Nijenhuis, E. R. (2010). Somatoform dissociation and somatoform dissociative disorders. I P. F. Dell & J. A. O'Neil (red.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (s. 259-276). New York: Routledge.

Nordanger, D. Ø., & Braarud, H. H. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(7), 530-536.

Norsk Krisesenterforbund. (2009). Landsdekkende statistikk fra krisesentrene 2009. Hentet 10.02.2015, fra www.norskkrisesenterforbund.no/articles/view/6982/861

Notman, M. T., & Nadelson, C. C. (1976). The rape victim: Psychodynamic considerations. *The American journal of psychiatry*, 133(5), 408-413.

Ogawa, J. R., Sroufe, L., Weinfield, N. S., Carlson, E. A., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and psychopathology*, 9(4), 855-879.

Pakiz, B., Reinherz, H. Z., & Giaconia, R. M. (1997). Early risk factors for serious antisocial behavior at age 21: a longitudinal community study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67(1), 92. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0080214>

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

- Perez, C. M., & Widom, C. S. (1994). Childhood victimization and long-term intellectual and academic outcomes. *Child abuse & neglect, 18*(8), 617-633. doi:10.1016/0145-2134(94)90012-4
- Perry, B. D. (2009). Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: Clinical applications of the neurosequential model of therapeutics. *Journal of Loss and Trauma, 14*(4), 240-255. doi:10.1080/15325020903004350
- Peterson, C., & Seligman, M. E. (1983). Learned helplessness and victimization. *Journal of Social Issues, 39*(2), 103-116. doi: 10.1111/j.1540-4560.1983.tb00143.x
- Propper, R. E., Pierce, J., Geisler, M. W., Christman, S. D., & Bellorado, N. (2007). Effect of bilateral eye movements on frontal interhemispheric gamma EEG coherence: Implications for EMDR therapy. *The Journal of nervous and mental disease, 195*(9), 785-788. doi:10.1097/NMD.0b013e318142cf73
- Puffer, M. K., Greenwald, R. & Elrod, D. E. (1998). A single session EMDR study with twenty traumatized children and adolescents. *Traumatology, 3*(2), 171-177.
- Putnam, F. W. (1993). Dissociative disorders in children: Behavioral problems and profiles. *Child Abuse and Neglect, 17*, 39-45. doi:10.1016/0145-2134(93)90006-Q
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. New York: Guilford Press.
- Pynoos, R. S., & Nader, K. (1988). Children who witness the sexual assaults of their mothers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 27*(5), 567-572. doi:10.1097/00004583-198809000-00009

- Pynoos, R., Rodriguez, N., Steinberg, A., Stuber, M., & Frederick, C. (1998). *The University of California at Los Angeles Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index (UCLA-PTSD RI) for DSM-IV (Revision 1)*. Los Angeles: UCLA Trauma Psychiatry Program.
- Rauch, S. L., Shin, L. M., & Phelps, E. A. (2006). Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research—past, present, and future. *Biological psychiatry*, 60(4), 376-382. doi:10.1016/j.biopsych.2006.06.004
- Renfrey, G., & Spates, C. R. (1994). Eye movement desensitization: A partial dismantling study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25(3), 231-239. doi:10.1016/0005-7916(94)90023-X
- Rothbaum, B. O. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disorder sexual assault victims. *Bulletin-Menninger Clinic*, 61(3), 317-334.
- Sack, M., Lempa, W., Steinmetz, A., Lamprecht, F., & Hofmann, A. (2008). Alterations in autonomic tone during trauma exposure using eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)—Results of a preliminary investigation. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(7), 1264-1271. doi:10.1016/j.janxdis.2008.01.007
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Saigh, P. A. (1991). The development of posttraumatic stress disorder following four different types of traumatization. *Behaviour research and therapy*, 29(3), 213-216. doi:10.1016/0005-7967(91)90110-O

- Sameroff, A. J., & Chandler, M. J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. *Review of child development research, 4*, 187-244.
- Sander, L. W. (1987). Awareness of inner experience: A systems perspective on self-regulatory process in early development. *Child abuse & neglect, 11*(3), 339-346. doi:10.1016/0145-2134(87)90007-X
- Saxe, G., MacDonald, H., & Ellis, H. (2007). Psychosocial approaches for children with PTSD. I M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (red.). *Handbook of PTSD: Science and practice* (2. utg., s. 359-375). New York: Guilford Press.
- Scheck, M. M., Schaeffer, J. A & Gillette, C.S. (1998). Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of eye movement desentization and reprocessing. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 25-44. doi: 10.1023/A:1024400931106
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. New York: Psychology Press.
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant mental health journal, 22*(1-2), 201-269. doi:10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9
- Schore, A. N. (2003a). *Affect Regulation and the Repair of the Self (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)* (Vol. 2). New York: WW Norton & Company.
- Schore, A. N. (2003b). *Affect Dysregulation and Disorders of the Self (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)* (Vol. 1). New York: WW Norton & Company.

- Schneider-Rosen, K og Cicchetti, D (1991). Early self-knowledge and emotional development: Visual self-recognition and affectie reactions to mirror self-images in maltreated and non-maltreated toddlers. *Development pathology*, 27; 471-478. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.27.3.471>
- Schwarz, E. D., & Kowalski, J. M. (1991). Malignant memories: PTSD in children and adults after a school shooting. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(6), 936-944. doi:10.1097/00004583-199111000-00011
- Schwarz, E. D., & Perry, B. D. (1994). The post-traumatic response in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 17(2), 311-326.
- Seidler, G. H., & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological medicine*, 36(11), 1515-1522. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291706007963>
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2. utg.). New York: Guilford Press.
- Sharpley, C. F., Montgomery, J. M., & Scalzo, L. A. (1996). Comparative efficacy of EMDR and alternative procedures in reducing the vividness of mental images. *Cognitive Behaviour Therapy*, 25(1), 37-42. doi:10.1080/16506079609456006
- Shearer, S. L. (1994). Dissociative phenomena in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1324-1328. doi:<http://dx.doi.org/10.1176/ajp.151.9.1324>

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

- Shin, L. M., & Liberzon, I. (2010). The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 169-191. doi:10.1038/npp.2009.83
- Shonk, S. M., & Cicchetti, D. (2001). Maltreatment, competency deficits, and risk for academic and behavioral maladjustment. *Developmental psychology*, 37(1), 3.
doi:http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.37.1.3
- Shonkoff, J. P., & Phillips, D. A. (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington: National Academy Press.
- Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. New York: Guilford Press.
- Silberg, J.L. (red.) (1996). *The dissociative child: Diagnosis, treatment and management*.
Lutherville: Sidran Press
- Silberg, J.L. (2013). *The child survivor*. New York: Routedledge Press.
- Silberg, J. L., & Dallam, S. (2009). Dissociation in children and adolescents: At the crossroads. I P. F. Dell & J. A. O'Neill (red.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (5. utg., s. 67-81). New York: Routledge.
- Silverman, W. K., Ortiz, C. D., Viswesvaran, C., Burns, B. J., Kolko, D. J., Putnam, F. W., & Amaya-Jackson, L. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 156-183. doi:10.1080/15374410701818293

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

- Slade, A. (2008). Attachment theory and research: Implications for the theory and practice of individual psychotherapy with adults. I J. Cassidy & P. R. Shaver (red.), *Handbook of attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (2. utg., s. 762-782). London: The Guilford Press.
- Soberman, G. B., Greenwald, R., & Rule, D. L. (2002). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for boys with conduct problem. *Journal of aggression, maltreatment & trauma*, 6(1), 217-236. doi:10.1300/J146v06n01_11
- Solbakken, O. A., Hansen, R. S. & Monsen, J. T. (2011). Affect integration and reflective function: Clarification of central conceptual issues. *Psychotherapy Research*, 21(4), 482- 496. doi:10.1080/10503307.2011.583696
- Solomon , J., & George, C. (1999). The place of disorganization in attachment theory: Linking classic observations with contemporary findings. I J. Solomon & C. George (red.), *Attachment disorganization* (s. 3-32). New York: Guildford Press.
- Solomon, R. M., & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model: potential mechanisms of change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 315-325. doi:http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.2.4.315
- Spinazzola, J., Ford, J. D., Zucker, M., van der Kolk, B. A., Silva, S., Smith, S. F., & Blaustein, M. (2005). Survey Evaluates Complex Trauma Exposure, Outcome, and Intervention Among Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*, 433-439.
- Sroufe, L. A. (1990). An organizational perspective on the self. I D. Cicchetti & M. Beeghly (red.), *The self in transition: Infancy to childhood* (s. 281-307). Chicago: University of Chicago Press.

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

- Stallard, P. (2006). Psychological interventions for post-traumatic reactions in children and young people: A review of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 895-911. doi:10.1016/j.cpr.2005.09.005
- Staudt, M., Gerloff, C., Grodd, W., Holthausen, H., Niemann, G., & Krägeloh-Mann, I. (2004). Reorganization in congenital hemiparesis acquired at different gestational ages. *Annals of neurology*, 56(6), 854-863. doi: 10.1002/ana.20297.
- Stern, D. N. (1985/2000). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Stern, D. N. (2010). *Forms of vitality: Exploring dynamic experience in psychology, the arts, psychotherapy, and development*. Oxford: Oxford University Press.
- Stickgold, R. (2002). EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *Journal of clinical psychology*, 58(1), 61-75. doi: 10.1002/jclp.1129
- Suls, J., & Rothman, A. (2004). Evolution of the biopsychosocial model: prospects and challenges for health psychology. *Health Psychology*, 23(2), 119-125.
doi:http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.23.2.119
- Sutherland, S., & Scherl, D. J. (1970). Patterns of response among victims of rape. *American Journal of Orthopsychiatry*, 40(3), 503-511. doi: http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-0025.1970.tb00708.x
- Talamini, L. M., Koch, T., Luiten, P. G. M., Koolhaas, J. M., & Korf, J. (1999). Interruptions of early cortical development affect limbic association areas and social behaviour in rats; possible relevance for neurodevelopmental disorders. *Brain research*, 847(1), 105-120.
doi:10.1016/S0006-8993(99)02067-3

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

- Taylor, G. J., Parker, J. D., & Bagby, R. M. (1999). Emotional intelligence and the emotional brain: points of convergence and implications for psychoanalysis. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 27(3), 339-354.
- Terr, L. C. (1981). "Forbidden games": Post-traumatic child's play. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20(4), 741-760. doi:10.1097/00004583-198102000-00006.
- Tomkins, S. S. (1979). Script theory: Differential magnifications of affects. I H. E. Howe & R. A. Dienstbier (red.), *Nebraska symposium on motivation* (s. 201-236). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Tucker, D. M. (1992). Developing emotions and cortical networks. I M. R. Gunnar & C. A. Nelson (red.), *Minnesota symposium on child psychology* (24. utg., s. 75-128). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Twamley, E. W., Hami, S., & Stein, M. B. (2004). Neuropsychological function in college students with and without posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, 126(3), 265-274. doi:10.1016/j.psychres.2004.01.008
- Twombly, J. H. (2000). Incorporating EMDR and EMDR adaptations into the treatment of clients with dissociative identity disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1(2), 61-81. doi:10.1300/J229v01n02_05
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: Norton.

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

- Van der Kolk, B. A. (1996). The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. I B. A. Van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (red.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (s. 182-213.). New York: Guilford Press.
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel F.S., McFarlane A.C, & Herman J.L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153, 83-93.
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of traumatic stress*, 18(5), 389-399. doi:10.1002/jts.20047.
- Van der Kolk, B. A., Spinazzola, J., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, E. K., Korn, D. L., & Simpson, W. B. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(1), 37.
- Van IJzendoorn, M. H., & Schuengel. C. (1996). The measurement dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of Dissociative Experience Scale (DES). *Clinical Psychology review*, 16, 365-382. doi:10.1016/0272-7358(96)00006-2.
- Van IJzendoorn, M.H., Schuengel, C., og Bakermans-Kranenburg, M.J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11 (2), 225-249.

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

- Van Putten, T., & Emory, W. H. (1973). Traumatic neuroses in Vietnam returnees: A forgotten diagnosis? *Archives of General Psychiatry*, 29(5), 695-698.
doi:10.1001/archpsyc.1973.04200050100017.
- Wadaa, N. N., Zaharim, N. M., & Alqashan, H. F. (2010). The use of EMDR in treatment of traumatized Iraqi children. *Digest of Middle East Studies*, 19(1), 26-36. doi:10.1111/j.1949-3606.2010.00003.x
- Waldinger, R. J., Swett, C. J., Frank, A., & Miller, K. (1994). Levels of dissociation and histories of reported abuse among women outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 182, 625-630.
- Wanders, E. H. (2004a). *Doelgedragingenlijst*. Intern publication. Groningen: Accare.
- Wanders, E. H. (2004b). *Zelfwaaderingsscorelijst*. Intern publication. Groningen: Accare.
- Wanders, F., Serra, M., & de Jongh, A. (2008). EMDR versus CBT for children with self-esteem and behavioral problems: a randomized controlled trial. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(3), 180-189. doi: <http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.2.3.180>
- Wesselmann, D., Schweitzer, C., & Armstrong, S. (2014). *Integrative Team Treatment for Attachment Trauma in Children: Family Therapy and EMDR*. New York: WW Norton & Company.
- Widom, C. S. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American Journal of Psychiatry*, 156(8), 1223-1229.

EMDR OG KOMPLEKSE TRAUMER

- Widom, C., Marmorstein, N. R., & Raskin White, H. (2006). Childhood victimization and illicit drug use in middle adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(4), 394-403. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0893-164X.20.4.394>
- Wilson, D. L., Silver, S. M., Covi, W. G., & Foster, S. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing: Effectiveness and autonomic correlates. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27(3), 219-229. doi:10.1016/S0005-7916(96)00026-2
- Wilson, S. A., Becker, L. A., & Tinker, R. H. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(6), 928-937. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.63.6.928>
- Wittling, W., & Schweiger, E. (1993). Neuroendocrine brain asymmetry and physical complaints. *Neuropsychologia*, 31(6), 591-608. doi:10.1016/0028-3932(93)90054-4
- Wolfe, J., & Charney, D. S. (1991). Use of neuropsychological assessment in posttraumatic stress disorder. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(4), 573-580. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.3.4.573>
- Wolfe, V. V., Gentile, C., & Wolfe, D. A. (1989). The impact of sexual abuse on children: A PTSD formulation. *Behavior Therapy*, 20(2), 215-228. doi:10.1016/S0005-7894(89)80070-X
- World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions that are specifically related to stress*. World Health Organization.
- Yule, W. (2000). Posttraumatic stress disorder in the general population and in children. *The Journal of clinical psychiatry*, 62, 23-28.

