

Praksisanbefalinger til vurdering og behandling af børn og unge med Post Traumatisk Stress Syndrom (PTSD¹).



Oversat af: Sidsel Karsberg

¹ Svarende til Posttraumatisk belastningsreaktion i ICD 10

Nedenstående er en oversættelse af de originale anbefalinger publiceret i *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (JAACAP, 2010²). Anbefalingerne er udformet på baggrund af forskning og kliniske erfaringer, og de fremhæver betydelige fremskridt indenfor PTSD-vurdering og -behandling. Anbefalingerne understreger betydningen af tidlig identifikation af PTSD, vigtigheden af at samle information fra forældre og børn, og vurdering og behandling af komorbide lidelser. Anbefalingerne præsenterer ligeledes forskning, der understøtter traume-fokuseret psykoterapi, medikamenter og en kombination af interventioner i en multimodal tilgang.

Mere end ét ud af fire børn oplever en alvorlig traumatisk hændelse før de bliver voksne¹. Disse traumer kan være oplevelser såsom seksuelle eller fysiske overgreb, vold i hjemmet, vold udenfor hjemmet, katastrofer, bilulykker eller andre ulykker, voldsomme medicinske procedurer, terror, uventet dødsfald af nærtstående person eller andre chokerende, uventede eller skræmmende oplevelser. Selvom de fleste børn er resiliente efter traumeudsættelse vil nogle udvikle alvorlige og i nogle tilfælde længerevarende psykiske problemer efter at have oplevet en traumatisk hændelse. Nærværende anbefalinger blev udviklet med henblik på at hjælpe psykologer og psykiatere og andet relevant fagpersonale, der arbejder med børn og unge, til at vurdere og behandle PTSD. En tidligere version af anbefalingerne blev publiceret i JAACAP i oktober 1998². Grundet at diagnosen PTSD først kan stilles en måned efter udsættelse for en traumatisk begivenhed, berører disse anbefalinger ikke de hjælpe/behandlingsbehov, børn og unge måtte have i perioden inden diagnosen kan gives.

Anbefalingerne er anvendelige til børn og unge under 17 år. Det antages i anbefalingerne, at læseren har et vist kendskab til normaludvikling hos børn, og til principperne for psykiatrisk diagnosticering og behandling. Ordet barn anvendes om unge (op til 17 år) og yngre børn medmindre andet eksplicit nævnes. Medmindre andet nævnes refererer forældre til de primære omsorgspersoner, uanset om de er biologiske forældre, adoptivforældre eller værger.

² Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2010;49:414–430.

Metode

Se den originale artikel på engelsk da dette vil give et mere fyldestgørende indblik.

Klinisk fremtræden

PTSD er en af de få diagnoser i DSM IV der kræver tilstedeværelsen af en kendt årsagsfaktor – nærmere bestemt en traumatisk oplevelse, der går forud for udviklingen af lidelsen. For at PTSD kan diagnosticeres, skal barnet rapportere (eller der skal være andre tydelige beviser på) en oplevelse, der opfylder kriteriet for en traumatisk stressor (kriterium A1) og yderligere specifikke symptomer i relation til denne oplevelse. Tydelige beviser kan inkludere seksuelt overførte sygdomme hos et yngre barn, en pålidelig øjenvidneberetning (f.eks. en politirapport der beskriver, at et barn blev reddet fra en ulykkesscene) eller en retsmedicinsk evaluering, der understøtter, at barnet skulle have oplevet en traumatisk oplevelse. En problematisk modsætning eksisterer, idet undgåelse af at beskrive/fortælle om traumatiske oplevelser er et af kernesymptomerne i PTSD. På trods af dette er det et diagnostisk krav, at barnet beskriver den traumatiske oplevelse. Ved fravær af en beskrivelse fra barnet eller andre tydelige beviser på en kriterium A1-stressor bør en PTSD diagnose ikke stilles. Der kan være situationer, hvor børn fremtræder med PTSD-lignende symptomer (f.eks. symptomer på generaliseret angst, mareridt og symptomer på nedsat funktionsevne, eller hos ældre børn selvskadende adfærd, såsom "cutting", alkohol-/stofmisbrug eller risikobetonet seksualadfærd) men ikke er blevet udsat for en traumatisk hændelse. I disse situationer bør klinikerne ikke antage, at en traumatisk hændelse har fundet sted. Klinikere rådes til at spørge i stort set alle rutineinterviews, hvorvidt traumatiske hændelser (såsom vanrøgt, ulykker, katastrofer, og at overvære vold mod en nærtstående person) har fundet sted. Hvis børn og/eller omsorgspersoner ikke kan bekræfte, at en traumatisk begivenhed har fundet sted, bør klinikere ikke insinuere eller antage, at symptomer er forårsaget af glemte/fortrængte traumatiske oplevelser. På den anden side kan nogle børn være bange, generte, sky, skamme sig eller være undgående overfor at afdække traumatiske oplevelser, særligt i et indledende klinisk interview. Undgåelse kan komme til udtryk som fornægtelse af traumeudsættelse, og kan være et udtryk for sværhedsgraden af undgåelsessymptomer, snarere end at traumet ikke har fundet sted. Forældres fornægtelse af barnets traumeudsættelse kan forekomme, fordi forældrene måske er uvidende om traumeudsættelsen, fordi forældrene er skyld i traumeudsættelsen, eller af

andre årsager. Fejlsløen i vurderingen af barnet f.eks. ved at antage, at et traume der ikke har fundet sted, har fundet sted, eller ved at se bort fra muligheden for, at et traume har fundet sted, har potentielle risici. Børn bør henvises til en retsmedicinsk undersøgelse, hvis klinikerne mistænker traumeeksponering, men ikke har bekræftende rapporteringer om dette. Der er stor forskel på en retsmedicinsk undersøgelse og en almindelig lægeundersøgelse, og en læge/psykiater bør ikke forsøge at foretage en retsmedicinsk undersøgelse i en psykiatrisk vurderingskontekst.

De fleste mennesker, der oplever stærkt livstruende situationer, udviser posttraumatiske symptomer umiddelbart efter hændelsen^{3,4}. Kun gennemsnitligt 30% af disse oplever dog vedvarende symptomer efter den første måned efter hændelsen⁵, og derfor bliver PTSD ikke diagnosticeret indenfor den første måned efter traumeudsættelsen. Akut stressforstyrrelse, tilpasningsforstyrrelse eller anden lidelse kan diagnosticeres indenfor den første måned efter den traumatiske hændelse. Nylige data antyder, at paniksymptomer i den tidlige fase efter traumeudsættelsen kan være en indikator på efterfølgende PTSD hos børn, og dette kan således være et vigtigt symptom i den tidlige vurdering af barnet.^{6,7} Vi ved stadig kun lidt om effektiviteten af de tidlige interventioner, der som oftest bliver tilbudt umiddelbart efter store katastrofer, og hvorvidt disse interventioner kan være direkte skadelige, som man har fundet i visse undersøgelser af voksne.⁸ En randomiseret kontrolleret undersøgelse af ofre for bilulykker viste, at tidlig intervention i form af psykologisk debriefing ikke gjorde en forskel i forhold til PTSD symptomatologi, sammenlignet med en kontrolgruppe, der ikke modtog psykologisk debriefing.⁹

Akut PTSD diagnosticeres, hvis symptomerne er til stede efter den første måned, men ikke varer ved længere end max. 3 måneder. Det bliver stadig diskuteret, hvorvidt den alternative lidelse kaldet kompleks PTSD forekommer hos alvorligt traumatiserede børn.¹⁰ En teori der har stor opbakning er, at kompleks PTSD er det samme som kronisk PTSD med eller uden komorbide psykiatriske lidelser.¹¹ Uanset perspektivet er det en gængs klinisk opfattelse, at børn med svær PTSD kan fremstå med ekstreme dysfunktioner fysisk, følelsesmæssigt, adfærdsmæssigt, kognitivt og/eller relationelt, og at disse symptomer ikke er beskrevet på en fyldestgørende måde i de nuværende beskrivelser af diagnosekriterierne for PTSD. Nogle af disse børn kan blive fejldiagnosticeret med bipolar affektiv lidelse på grund af affektive dysfunktioner relateret til PTSD; andre kan have bipolar

affektiv lidelse, men kan yderligere have brug for vurdering og behandling af traumesymptomer. Det er også vigtigt at klinikere er opmærksomme på, at børn kan have oplevet traumatiske hændelser men samtidigt udvise psykiatriske symptomer, der ikke er relateret til disse hændelser. For at kunne lave en fyldestgørende anamnese er klinikeren derfor nødt til at forstå den kompleksitet, hvormed PTSD og relaterede symptomer fremtræder.

PTSD symptomklynger

Udover tilstedeværelsen af en traumatisk hændelse kræver en PTSD diagnose tilstedeværelsen af en række symptomer opdelt i tre klynger.

1) *Genoplevelse af traumet* skal være til stede udtrykt ved mindst ét af følgende symptomer: Gentagne og invaderende erindringer, mareridt eller andre oplevelser af at genopleve den traumatiske hændelse. Hos små børn kan genoplevelse tage form som repetitiv leg, hvori de samme aspekter ved traumet gentages, eller som traumespecifik adfærd. Skræmmende drømme uden traume-specifikt indhold kan også forekomme. Situationer, ting eller personer, der minder barnet om traumet, kan forårsage svært psykologisk eller fysiologisk ubehag.

2) *Vedvarende forsøg på at undgå stimuli, der er forbundet med traumet, eller en følelsesmæssig tilbagetrækning ("numbness")*, som ikke var til stede før traumet. Dette manifesteres ved mindst 3 af følgende symptomer: Forsøg på at undgå tanker eller følelser forbundet med traumet, forsøg på at undgå aktiviteter og situationer, der kan give erindringer om traumet, manglende evne til at genkalde sig vigtige aspekter af traumet, tydelig nedsat interesse for vigtige aktiviteter, en oplevelse af følelsesmæssig afsondrethed eller fremmedgørelse overfor andre, begrænsning i det følelsesmæssige spektrum, f.eks. manglende evne til at føle kærlighed overfor andre, eller en oplevelse af, at fremtidsmulighederne er begrænsede.

3) *Vedvarende symptomer på øget stress ("arousal")*, som ikke var til stede før traumet. Dette skal manifestere sig ved mindst to af følgende symptomer: Vanskelighed ved at falde i søvn eller at sove igennem, irritabilitet og vredesudbrud, koncentrationsvanskeligheder, overvagtssomhed, overreaktion på forskrækkelse ("startle responses"), eller fysiologisk reaktion ved oplevelse af begivenheder, der symboliserer eller ligner aspekter af den traumatiske begivenhed. Yngre børn kan efter traumeudsættelse også fremstå med aggressiv og oppositionel adfærd, regrediere til tidligere

udviklingsmæssige stadier (f.eks. i forhold til tale eller toiletkundskaber), udvise separationsangst og angst overfor ting, der ikke umiddelbart kan relateres til traumatet (f.eks. angst for mørke eller at gå på toilettet alene).¹² Validiteten af DSM IV kriterierne for PTSD hos børn bliver til stadighed diskuteret, særligt kravet om tilstedeværelsen af 3 undgåelses-/følelsesmæssig tilbagetrækningssymptomer hos præpubertære børn. Disse symptomer kræver nemlig, at børn kan fortælle om komplekse indre tilstande, som er for svære for helt små børn at forstå, og for svære for forældre at observere. Empiriske studier har også stillet spørgsmålstegn ved hensigtsmæssigheden i denne symptomgrænse for præpubertære børn.¹³⁻¹⁵

PTSD hos børn medfører en øget risiko for et antal problemer senere i barndommen, ungdommen og voksenlivet. PTSD i forbindelse med seksuelt misbrug eller vold i hjemmet er relateret til en lavere cerebral volumen og en mindre hjernebjælke (Corpus Collosum)¹⁶, hvor varigheden af traumeudsættelsen har vist sig at være direkte relateret til graden af disse fysiologiske ændringer. Visse undersøgelser har vist, at PTSD hos børn er relateret til et lavere uddannelsesniveau sammenlignet med børn, der har oplevet en traumatisk hændelse men ikke har udviklet PTSD.¹⁷ En nyere undersøgelse af voksne med PTSD som følge af vanrøgt i barndommen har yderligere fundet, at kun genoplevelsessymptomerne er relateret til kognitiv forringelse.¹⁸ Visse typer af traumeudsættelse synes at være særligt relateret til en høj forekomst af PTSD symptomatologi hos børn. For eksempel er seksuelt misbrug en stærk risikofaktor i forhold til mange negative psykologiske eftervirkninger inklusiv misbrugslidelser, adfærdsforstyrrelser og depression.¹⁹ Sammenhængen mellem seksuelt misbrug i barndommen og selvmord er særlig alvorlig: Op til 20% af alle selvmord blandt unge kan tilskrives denne form for traumeudsættelse. Yderligere er det otte gange så sandsynligt at unge, der er blevet seksuelt misbrugt gentagne, gange forsøger at begå selvmord, end de unge der ikke har været udsat for denne belastning.¹⁹⁻²¹ Unge med PTSD, der er relateret til seksuelt misbrug, udviser yderligere seksuel højrisiko adfærd.²² Voksne med PTSD, der er relateret til barndomstraumer, har en væsentligt højere forekomst af depression, selvmordsforsøg, misbrugslidelser, psykiatriske indlæggelser og relations-problemer sammenlignet med voksne med andre angstlidelser.²³

Epidemiologi

En undersøgelse af et stort sample af unge og yngre voksne indikerede at den overordnede livstidsprævalens af PTSD hos unge var 9,2%.²⁴ Et nyligt amerikansk studie af en gruppe unge (12-17 år) indikerede, at 3,7% af alle drenge og 6,3% af alle piger opfylder de diagnostiske krav for PTSD.²⁵ En undersøgelse af 1035 tyske unge fandt en livstidsprævalens på 1,6%.²⁶ Mange flere børn, der har været udsat for traumatiske hændelser, udvikler svære PTSD symptomer uden at opfylde alle diagnosekriterier. Forskning har vist, at disse børn har funktionsforstyrrelser, der er sammenlignelige med de forstyrrelser, der ses hos børn med PTSD.²⁷ De få undersøgelser der har undersøgt den naturlige udvikling af PTSD hos børn, har ofte beskrevet en tendens til, at PTSD raten i et givent sample formindskes over tid.^{13;28-31} På trods af denne tendens til, at man ser en gennemsnitlig naturlig bedring i disse samples, ses også en gruppe af børn, der oplever kronisk PTSD igennem mange år. Der findes en række undersøgelser af børn, der har været udsat for seksuelt misbrug, naturkatastrofer, krig, ulykker og vold, som rapporterer en generel tendens til, at symptomerne fortager sig over tid. Men en betydelig gruppe af børn i disse undersøgelser lider fortsat af kronisk PTSD. Mere ildevarslende er to prospektive undersøgelser, der ikke antyder et fald i det gennemsnitlige antal af rapporterede PTSD symptomer over tid. McFarlane³² viste, at australske skolebørn (gennemsnitsalder = 8,2 år) ikke havde færre PTSD symptomer 18 måneder efter en stor steppebrand.³² Scheeringa et al.³³ viste at en gruppe af førskolebørn ikke rapporterede lavere PTSD symptomer gennem et forløb på 2 år. Et vigtigt spørgsmål er, hvorvidt børn er mere sårbare overfor længerevarende følger af traumeeksponering. Et andet vigtigt spørgsmål er, hvorvidt tidlig intervention også er fordelagtig fremfor senere eller ingen behandling, selvom forekomsten af PTSD-symptomer hos børn og unge gennemsnitligt aftager over tid. En nyere undersøgelse indikerer, at dette er tilfældet i forhold til behandling af voksne.³⁴

Risikofaktorer og beskyttende faktorer

At være af hunkøn, tidligere traumeudsættelse, multiple traumer, større grad af eksponering, tilstedeværelsen af en psykiatrisk lidelse (i særdeleshed angstlidelser), psykopatologi hos forældre og mangel på social støtte, er alle risikofaktorer for, at et barn udvikler PTSD efter traumeudsættelse.³⁵ Omvendt har støtte fra forældrene, og en lavere forekomst af PTSD hos forældre vist sig at være

beskyttende faktorer, og således relateret til en lavere forekomst af PTSD symptomer hos børn efter traumeudsættelse.^{36,37} Ved katastrofer ved man, at øget eksponering for katastrofen igennem medier såsom fjernsyn og internet, forsinket evakuering, voldsomme paniksymptomer eller at føle, at ens eget eller et familiemedlems liv er i fare, er stærkt relateret til udvikling af PTSD hos børn.³⁸⁻⁴⁰ Ny forskning indikerer yderligere, at traumereaktioner til en vis grad er relateret til genetiske faktorer.⁴¹

Evidensbasis for praksisanbefalinger

Nedenstående praksisanbefalinger bliver scoret ud fra følgende vurderingssystem:

- Minimal standard (MS) bliver brugt om anbefalinger, der er baseret på gennemgribende empirisk viden (f.eks. randomiserede, kontrollerede undersøgelser) og/eller gennemgående klinisk konsensus.
- Klinisk retningslinje (KR) bliver brugt om anbefalinger, der er baseret på stærke empiriske beviser (f.eks. Ikke-randomiserede kontrollerede undersøgelser) og/eller gennemgående klinisk konsensus.
- Løsningsmodel (L) bliver brugt om anbefalinger, der er acceptable, idet de er baseret på fremspirende viden (f.eks. ikke-kontrollerede undersøgelser eller caserapporter) eller kliniske vurderinger og/eller stærk klinisk konsensus.
- Ikke anbefalelsesværdigt (IA) bliver brugt om praksis, der ikke vides effektiv, eller hvor viden omkring denne praksis er modsætningsfuld.

Styrken af empirisk evidens ranglistes efter følgende system med den stærkeste først.

- Randomiseret, kontrolleret undersøgelse (RKU) bruges om undersøgelser, hvor deltagerne bliver tilfældigt udvalgt til to eller flere behandlingsmuligheder.
- Kontrolleret undersøgelse (KU) bruges om undersøgelser, hvor deltagerne ikke bliver tilfældigt udvalgt, men tilbydes to eller flere behandlingsmuligheder.
- Ikke-kontrolleret undersøgelse (IKU) bruges om undersøgelser, hvor deltagerne bliver tilbudt en given behandling.

- Case rapportering (CR) anvendes om undersøgelser, der bruger case-rapportering som data.

Screening

Anbefaling 1. Den psykiatriske vurdering af børn og unge bør rutinemæssigt inkludere spørgsmål om traumatiske oplevelser og PTSD-symptomer (MS).

Med den høje forekomst af traumeudsættelse hos børn, og de potentielt længerevarende følger af PTSD, er det vigtigt at opdage denne lidelse tidligt. Rutinescreeninger for PTSD under den indledende kliniske vurdering af barnet i psykiatrien er derfor anbefalelsesværdige. Selvom et traume ikke er årsagen til henvisningen, bør klinikere rutinemæssigt spørge ind til traumeudsættelse for almindeligt oplevede traumer (vanrøgt, vold, eller alvorlige ulykker), og hvis barnet har oplevet sådanne hændelser, bør barnet screenes for PTSD symptomer. Screeningsspørgsmål bør anvende udviklingsmæssigt svarende sprog og være baseret på DSM IV kriterierne (eller i Danmark, ICD 10). At skaffe information fra adskillige kilder inklusiv forældre, andre børn og andre omsorgspersoner er essentielt, idet dette forbedrer den diagnostiske præcision.¹⁴

For at screene for PTSD-symptomer bør klinikerne vurdere, om barnet har været udsat for en begivenhed, der lever op til det diagnostiske kriterium for en traumatisk stressor. Et af de mest grundige værktøjer til dette er "Juvenile Victimization Questionnaire", som er valideret i en række af etnisk forskellige samples i alderen 2-17 år.⁴² Optimale screeningsstrategier afhænger af barnets alder. Børn, der er 7 år eller ældre, kan selv rapportere traumeudsættelse og symptomer. Selvrapporteringskemaer såsom "UCLA Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index"⁴³ eller "The Child PTSD Symptom Scale"⁴⁴ kan anvendes til at screene og vurdere behandlingseffekt.

For at screene børn, der er yngre end 7 år, må vurderingsredskaberne udfyldes af omsorgspersoner, idet børnene ikke har udviklet de evner, der kræves for at rapportere egne symptomer. "The PTSD for Preschool-Age Children" er en checkliste med 18 spørgsmål, der dækker de fleste PTSD-symptomer og inkluderer yderligere spørgsmål, der er meget relevante for små børn.⁴⁵ En videreudvikling af "The PTSD for Preschool-Age Children", der inkluderer 15 spørgsmål, viser

lovende validitet sammenholdt med et gold-standard interview for PTSD.⁴⁶ "The Trauma Symptom Checklist for Children" er en checkliste, der dækker en bred vifte af traumerelaterede problemer såsom depressive, angstmæssige, dissociative og emotionelle symptomer. Det tilhørende instrument for yngre børn, "The Trauma Symptom Checklist for Young Children", har også vist sig at have gode psykometriske kvaliteter.

Evaluering

Anbefaling 2. Hvis en screening indikerer svære PTSD-symptomer, bør klinikerne udføre en formel evaluering for at undersøge, om barnet lider af PTSD, hvor alvorlige symptomerne er samt graden af funktionsnedsættelse. Forældre eller andre omsorgspersoner bør inkluderes i denne evaluering i det omfang, det er muligt (MS).

En fyldestgørende evaluering af PTSD kræver et mere grundigt og edukativt interview end det kræves for andre lidelser. Den interviewede skal undervises i kompleksiteten af PTSD-symptomer, så han/hun ikke over- eller underrapporterer symptomer. For eksempel kender de fleste mennesker intuitivt symptomer fra andre lidelser og ved, hvordan de føles (såsom sorg eller hyperaktivitet), men få har oplevet eller kender til en overgeneraliseret angstreaktion pga. en genoplevelse af en traumatisk livstruende situation, eller dissociativ stirren, eller følelsen af en forkortet fremtid. Dette gælder i særdeleshed for ikke-traumatiserede forældre, der svarer for deres børn. Klinikere ønsker ikke at "lede" børn under et interview. For at undgå dette, kan klinikerne spørge barnet om specifikke detaljer om begyndelsestidspunkt, hyppighed og varighed. I en undersøgelse fandt man, at 88% af PTSD-symptomatologien ikke var identificerbar på baggrund af kliniske interviews af børn. Genoplevelsessymptomer og undgåelsessymptomer kræver i særdeleshed, at individet forstår, at dets følelser og adfærd er relateret til minder om tidligere oplevelser, som de prøver at undgå at huske.

Det er utilstrækkeligt at stille uspecifikke spørgsmål om undgåelsessymptomer eller genoplevelsessymptomer såsom: "Føler du det hårdt/skræmmende at tænke på ting der minder dig om den traumatiske begivenhed?" Intervieweren må sammensætte disse indledende spørgsmål til hver patients specifikke individuelle oplevelse med spørgsmål som: "Blev du bange/oprørt da du gik forbi huset hvor hændelsen skete"? Mange børn vil svare nej til det uspecifikke spørgsmål men ja til det specifikke, endda under forudsætning af, at de er blevet undervist i hvad det er, intervieweren spørger om. Udover forekomsten af PTSD-symptomer bør klinikerne under vurderingen yderligere spørge barnet og forælderen om symptomernes sværhedsgrad og funktionelle lidelser. "The Child PTSD Symptom Scale" inkluderer en rating af funktionel lidelse, som kan anvendes sideløbende med behandlingsforløbet, så man kan følge eventuelle forbedringer. Ved yngre børn kan man anvende mere udviklingsvarende visuelle rating-systemer, såsom graduerede billeder af ansigter eller angst-termometre, til at vurdere sværhedsgraden af symptomer og funktionsnedsættelse.

Selvom psykologisk testning eller spørgeskemaer ikke er påkrævede for at stille en PTSD-diagnose, er der adskillige redskaber, som kan være anvendelige til at supplere det kliniske interview af unge mellem 4-17 år. Klinikere kan måske finde "The Clinician's Assessment of PTSD symptoms - Child and Adolescent version"⁴⁹ eller "the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children – present and lifetime Version PTSD section"⁵⁰ behjælpelige i den sammenhæng. Begge indeholder forældre-barn konsensus rating-systemer for PTSD symptomer, der er relateret til et valgt oplevet traume i begyndelsen af interviewet. "The Posttraumatic Stress Disorder Semi-Structured Interview" and "Observational Record for Infants and Young Children" er interviews, der skal udfyldes af omsorgspersoner. De to sidstnævnte interviews inkluderer udviklingsvarende modifikationer.⁵¹

Anbefaling 3. I den psykiatriske vurdering bør klinikerne overveje differentialdiagnoser eller andre psykiatriske lidelser og somatiske tilstande, som i den kliniske fremtræden kan minde om PTSD (MS).

Visse psykiatriske lidelser kan fremstå med symptomer, der minder om dem, man ser ved PTSD. Undgåelses og genoplevelsessymptomer såsom rastløshed, hyperaktivitet, disorganiseret og/eller agiteret adfærd eller leg kan forveksles med symptomer på attention-deficit/hyperactivity disorder

(ADHD). Symptomer på øget stress (arousal) såsom besvær med at sove, dårlig koncentrationsevne, og overvagtksomhed overlapper også mange ADHD-symptomer. Medmindre man grundigt har undersøgt traumehistorien hos barnet og sammenholdt tidspunktet for, hvornår symptomerne opstod eller forværredes, med tidspunktet for, hvornår barnet eventuelt var udsat for en traumatisk stressor, kan disse lidelser være svære at kende fra hinanden. Den kliniske fremtræden i oppositional defiant disorder (ODD) kan også minde om den, man ser ved PTSD, idet vredesudbrud og irritabilitet ikke er ukendte symptomer hos børn, der f.eks. til stadighed er i kontakt med en person, der har en udøvende rolle i forhold til traumat. PTSD kan ligne panikangst, hvis barnet har udprægede angstsymptomer, er tydeligt bange for ting, steder eller personer, der minder om traumat og undgår at tale omkring traumat. PTSD kan fejlagtigt diagnosticeres som en anden angstlidelse inklusiv socialfobi, OCD, generaliseret angst eller specifik fobi på grund af undgåelse af relaterede stimuli, fysiologisk og psykologisk "arousal" ved eksponering overfor frygtede stimuli, søvnproblemer og forhøjet vagtsomhed. PTSD kan også minde om depression på grund af forekomsten af selvskadende adfærd, undgående adfærd, følelsesmæssig tilbagetrækning (numbing), og/eller søvnproblemer. PTSD kan fejldiagnosticeres som bipolar affektiv lidelse på grund af hyperaktivitet, og andre angstsymptomer der kunne ligne maniske symptomer; f.eks. kan adfærd/leg, der gentager den traumatiske begivenhed, overseksualiserende adfærd og utilpassede forsøg på coping, komme til udtryk som manisk adfærd. En gennemgang af de reviderede kriterier for mani hos unge og PTSD-symptomer hos børn viser et stort overlap mellem symptomer.⁵² PTSD kan yderligere fejldiagnosticeres som misbrugslidelser, fordi narkotiske stoffer og/eller alkohol ofte anvendes for at lamme eller undgå ubehagelige følelser eller tanker relateret til traumat. Omvendt er det vigtigt at huske, at der er mange unge med en traumehistorie, som har misbrugslidelser men få PTSD-symptomer. Disse unge vil ofte have større gavn af behandling for misbrugslidelsen end PTSD-behandling.

Nogle børn med PTSD kan være ekstremt agiterede. Den voldsomme grad af vagtsomhed, flashbacks, søvnforstyrrelser, følelsesmæssig tilbagetrækthed og/eller social isolation kan minde om psykotiske symptomer. Andre børn med PTSD kan have underlige måder at tænke på, der bør adskilles fra hallucinationer i forbindelse med psykotiske lidelser. Muligheden for delirium bør også

overvejes ved sansemæssige forstyrrelser og bevidsthedsmæssige udfald. Enhver fysiologisk lidelse relateret til en traumeoplevelse bør føre til øjeblikkelig lægehjælp.

Fysiologiske lidelser, der kan fremstå som PTSD-lignende symptomer, inkluderer forhøjet stofskifte, koffeinisme, migræne, astma, anfaldslidelser og katekolamin- eller serotonin-producerende tumorer. Receptpligtig medicin, der kan give bivirkninger som kan fremstå som PTSD-lignende symptomer er: Antihistaminer, lægemidler med virkning på det sympatiske nervesystem, steroider, SSRI-præparater og antipsykotiske præparater. Medicin der ikke er receptpligtig, som kan give PTSD-lignende symptomer, inkluderer slankepiller, antihistaminer og medicin anvendt mod forkølelse.

PTSD er ofte associeret med somatiske lidelser såsom hovedpine og mavesmerter. En psykiatrisk undersøgelse bør overvejes tidligt i et lægeundersøgelsesforløb af unge med somatiske klager, specielt hos dem, man ved har været udsat for en eller flere traumatiske hændelser. Nyere undersøgelser tyder på, at traumeudsættelse påvirker immunforsvaret negativt hos børn.⁵³

Behandling

Anbefaling 4. Ved behandlingsplanlægning bør man overveje en overordnet behandlingstilgang, som tager hensyn til sværhedsgraden af symptomerne og graden af funktionsnedsættelse relateret til PTSD hos barnet (MS).

Behandling af børn med PTSD-symptomer bør inkludere psykoedukation af barnet og forældrene og også konsultation på barnets skole, i fald informeret samtykke er opnået. Yderligere bør barnet behandles med traume-fokuseret terapi inkluderende kognitiv adfærdsterapi (KAT), psykodynamisk terapi og/eller familierapi. Medicinsk behandling kan også overvejes i den multimodale tilgang til børn med PTSD. Skole-baserede screeninger og behandling bør overvejes efter større traumatiske hændelser på samfunds-niveau da dette er en effektiv måde at identificere og behandle berørte børn på. Udvalgelse og timing af de specifikke behandlingsmoduler for et individuelt barn og familie i klinisk praksis bør involvere overvejelser om psykosociale stressorer, risikofaktorer, sværhedsgrad af symptomatologi, funktionsnedsættelse, alder, kognitive og udviklingsmæssige evner hos barnet,

familiens funktion og komorbide lidelser både hos barn og forældre. Yderligere er det vigtigt at overveje familiens holdninger til og fordomme overfor specifikke interventioner.

Børn med særligt svære PTSD-symptomer, som ikke opfylder kriterierne for en PTSD-diagnose, har ofte betragtelig funktionsnedsættelse sammenlignet med de børn, der opfylder kriterierne.^{27,33} Afgørelser om behandling af børn bør tage sværhedsgraden af symptomer og graden af funktionsnedsættelse i betragtning, uanset om barnet opfylder diagnosekriterierne for PTSD eller ej. Før der foreligger yderligere beviser fra komparative undersøgelser, bør behandling af mild PTSD indledningsvist behandles med psykoterapi. Gyldige grunde til at anvende medicinsk behandling sammen med psykoterapi kan være et behov for akut symptomnedsættelse hos børn med svær PTSD, en komorbid lidelse, der kræver samtidig medicinsk behandling, eller utilfredsstillende effekt af psykoterapi og potentiale for bedre effekt ved kombination med medicinsk behandling.⁵⁴

Der foreligger beviser for, at inklusion af forældre i behandlingen er positivt i forhold til at afhjælpe børnenes traumerelaterede symptomer. Deblinger et al.⁵⁵ gav traumefokuseret KAT til børn alene, forældre alene, og forældre og børn sammen, og sammenlignede disse tre former for behandling med en kontrolgruppe, der fik normal behandling. Den terapiform, hvor både forældre og børn var deltagende, viste sig at være den mest effektive i forhold til symptomreduktion af depression og adfærdsproblemer. Undersøgelser har desuden vist, at et lavere stress-niveau hos forældrene^{39,56} og en højere grad af støtte fra forældrene⁵⁷ forudsiger bedre behandlingseffekt for PTSD symptomnedsættelse ved behandling med traumefokuseret KAT.

Anbefaling 5. Behandlingsplaner bør inkludere passende interventioner for komorbide lidelser (MS).

Børn med PTSD har ofte komorbide lidelser. Grundig diagnosticering og behandling bør udføres på ordentlig vis, således at behandlingen også er i overensstemmelse med de eksisterende praksisanbefalinger for behandling af den/de komorbide lidelser. PTSD optræder ofte sammen med depression,⁵⁸ ADHD,⁵⁹ misbrugslidelser⁶⁰ og andre angstlidelser.⁵⁸ Ideelt set bør behandlingen af de komorbide lidelser integreres i den overordnede behandlingsplan. Der findes en evidens-baseret

model for samtidig behandling af PTSD og misbrugslidelser.^{61,62} Denne model integrerer evidensbaserede interventioner for PTSD og misbrugslidelser og fokuserer på at skabe tryghed i netet.

Anbefaling 6. Traume-fokuseret terapi bør anses som førstevalgs-behandling for børn og unge med PTSD (MS).

Overbevisende forskning viser, at traumefokuseret terapi, altså de terapiformer, der specifikt retter sig mod barnets traumatiske oplevelser, er overlegne i forhold til at behandle PTSD symptomer ved sammenligning med andre terapiformer. Dette er påvist for helt små børn såvel som unge.^{63,64,65} Traumefokuseret terapi kan indeholde elementer af diverse terapielementer såsom psykoanalytiske, tilknytningsterapeutiske og kognitivt adfærdsterapeutiske elementer. Vigtigheden af at fokusere på barnets traumatiske oplevelse giver mening, når man tænker på undgåelsessymptomerne i PTSD: At prøve at undgå at tale om traumerelaterede emner er en forventelig reaktion, når barnet får et valg om, hvad han/hun vil snakke om i terapien. I en undersøgelse, der sammenlignede børnecentreret terapi med traumefokuseret terapi fandt man, at børnene sjældent valgte at snakke om personlige traumatiske oplevelser af sig selv. Behandlingsplanen og timingen i traumefokuseret terapi er meget afhængig af børnenes svar og reaktioner, som observeres af forældre og klinikerne igennem behandlingsforløbet. Hvis barnets tilstand forværres under forløbet, kan det være et signal om, at man bør øve nogle af de tidligere indlærte øvelser, således at barnet bliver bedre til disse, nærmere end at man bør opgive en traumefokuseret tilgang.

Af de traumefokuserede tilgange har traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi (TF-KAT)⁶⁶ størst empirisk støtte i forhold til behandling af børn og unge. TF-KAT og lignende terapiformer har vist sig at være effektive i adskillige randomiserede kontrollerede undersøgelser af børn med PTSD, hvor disse blev sammenlignet med børn på venteliste eller børn, der blev behandlet med alternative behandlingsformer. Barn-forælder terapi⁶⁸ kombinerer elementer af TF-KAT med tilknytningsteori, og er blevet undersøgt i et randomiseret kontrolleret studie. En traumefokuseret psykoanalytisk model til seksuelt misbrugte børn⁶⁵ er desuden blevet testet i en randomiseret undersøgelse. Mange andre modeller er på udviklingsstadiet.

Baseret på forskningsstudier, der vil blive præsenteret nedenfor, er der stigende støtte til

anvendelsen af traumefokuseret terapi som 1) direkte retter sig mod barnets traumatiske oplevelser, 2) inkluderer forældrene, så de bliver vigtige "forandringsagenter" og 3) ikke kun fokuserer på symptombedring, men også på at bedre barnets generelle funktion, resiliens og det udviklingsmæssige udgangspunkt.

Kognitiv Adfærdsterapi

I TF-KAT-baserede terapiformer tilbyder klinikerne typisk stresshåndteringsredskaber, som kan anvendes i de eksponeringsbaserede øvelser, der som oftest også er en del af terapien. Cohen et al.⁶⁶ beskrev de mest almindelige TF-KAT elementer under følgende betegnelser: *Psykoedukation* (f.eks. at undervise børn og forældre om den traumatiske hændelse, hvor mange børn der udsættes for hændelsen, hvorfor det hænder osv., og at undervise om almindelige traume-reaktioner inklusive PTSD og om TF-KAT tilgangen); *Styrke forældrekompetencer* (brug af effektive forældreinterventioner såsom ros, positiv opmærksomhed, selektiv opmærksomhed, time-out og forstærkning); *Afslapningsøvelser* (fokuseret vejrtrækning, muskelafspænding og andre individuelle afslapningsøvelser, der kan modvirke den fysiologiske stressmanifestation); *Affektiv regulering* (brug af positiv selvsnak, tankeafbrydelse og positive indre billeder; øge sikkerhedsfølelse, problemløsningssevner og sociale evner; genkende og regulere negative affektive tilstande); *Kognitiv coping* (forstå forbindelsen mellem tanker, følelser og adfærd; ændre upræcise og uhensigtsmæssige tanker); *Traumefortælling* (skabe en fortælling om barnets oplevelse af den traumatiske hændelse og placere denne fortælling i en kontekst af hele barnets liv); *In vivo eksponering* (graderet eksponering overfor frygtede stimuli); *Barn-forældre sessioner* (fælles-sessioner, hvor barnet deler traumefortællingen med forældrene, og andre familie-relaterede problemstillinger adresseres); *Øge følelsen af fremtidig tryghed og mulighed for normal udvikling* (tale om bekymringer relateret til fremtidige oplevelser og om at vende tilbage til normaludvikling). Forskellige variationer af TF-KAT anvender forskellige kombinationer og forskellige "doser" af disse praksis-komponenter afhængigt af målgruppe og type af traume.

Den mest anvendte og bedst validerede manual-baserede KAT-protokol for PTSD er TF-KAT.^{66,69} TF-KAT er blevet anerkendt som understøttet og effektiv baseret på resultater fra

forskningsundersøgelser.⁷⁰ TF-KAT er designet til børn med PTSD, depression, angst og andre traumerelaterede problemer såsom overdreven skyldfølelse og skam. TF-KAT bliver typisk praktiseret med børn og deres forældre (hvis de ikke er gerningsmænd). TF-KAT kan dog også udføres i gruppesessioner. TF-KAT er blevet testet i adskillige randomiserede undersøgelser, der inkluderer mere end 500 børn, og disse har udvist signifikant symptombedring sammenlignet med standardbehandlinger,⁵⁵ ustrukturerede behandlinger,^{56,71} børnecentreret terapi⁶³ og venteliste-kontrolgrupper⁷² hos børn mellem 3 og 17 år gamle. Behandlingseffekten var stabil efter et år i adskillige af disse undersøgelser.⁷³⁻⁷⁶ TF-KAT er blevet tilpasset latinamerikanske unge⁷⁷ og indfødte amerikanske familier.⁷⁸ TF-KAT blev udført på spansk og engelsk efter terrorangrebene 11. september, 2001 og var effektiv i forhold til at mindske PTSD symptomer.⁷⁹ TF-KAT er også blevet specielt tilpasset sorgtilstande hos børn. I to forsøg med denne behandling har man påvist signifikant bedring af PTSD og sorgsymptomer.^{80,81}

Den bedst undersøgte Gruppe-KAT-manual er Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools (CBITS). CBITS inkluderer alle praksiskomponenterne beskrevet ovenfor med undtagelse af forældrekomponenten, som er begrænset og valgfri i CBITS-modellen. CBITS tilbyder en lærer-del til at undervise lærere omkring den potentielle indflydelse, et traume kan have på klassens adfærd og læring. CBITS tilbydes i gruppeformat på skolen (gruppesessionerne bliver holdt på skolen, men ikke i barnets undervisningstid). Traumefortællingsdelen bliver som det eneste typisk udført alene med terapeuten. CBITS er blevet testet i to undersøgelser af børn, der er blevet udsat for vold. Stein et al.⁶⁷ dokumenterede, at CBITS var mere effektivt i forhold til at mindske symptomer på PTSD og depression end det at stå på venteliste. Katataoka et al.⁸² fandt også, at børn, der blev behandlet med CBITS, havde færre symptomer end kontrol-ventelisten. Denne undersøgelse blev foretaget på en gruppe af immigrerede latinamerikanske børn.

"Seeking safety"⁶¹ er et manualiseret individuelt eller gruppebehandlingstilbud til PTSD og komorbide misbrugslidelser, der inkluderer affektiv modulation, at arbejde med at nedsætte misbrugsrisikoen, og traumespecifik kognitiv processering. "Seeking safety" var mere effektiv end standardbehandling i en lille randomiseret undersøgelse af unge piger med PTSD og misbrugslidelse.⁶²

Adskillige andre KAT-manualer til behandling af PTSD hos børn og unge er ved at blive

undersøgt og/eller evalueret. "UCLA Trauma and Grief Component Therapy" er en individuel eller gruppebaseret interventionsmodel for unge. Modellen anvender KAT og flere andre evidensbaserede elementer for at mindske PTSD og genvinde normaludvikling. Denne terapiform mindskede PTSD, sorg og depressive symptomer i en undersøgelse af bosniske flygtninge.⁸³ I en anden undersøgelse af unge, der havde været udsat for vold, anvendte man ligeledes denne model og reducerede PTSD-symptomerne.⁸⁴ Modellen viste sig også effektiv i forhold til at reducere børns PTSD-symptomer i forbindelse med terror.⁷⁹ Individuel TF-KAT terapi har også vist sig at være mere effektiv til at mindske PTSD-symptomer end det at stå på venteliste efter enkeltraumer.⁸⁵ En kognitiv og familierapi-baseret model "Surviving Cancer Competently Intervention Program", udføres i grupper på fire og i familiesessioner på en hel dag, og har vist sig at være mere effektiv end det at stå på venteliste, i forhold til at mindske stresssymptomer hos unge kræftoverlevende.⁸⁶

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) er en effektiv behandling til PTSD hos voksne men de fleste randomiserede undersøgelser af EMDR til børn har haft store metodologiske mangler. En randomiseret kontrolleret undersøgelse af svenske børn viste, at EMDR-manualen var mere effektiv til at mindske genoplevelsessymptomer end det at stå på venteliste.⁸⁷ Forskerne bag denne undersøgelse beskrev dog, at der var mange forskelle i teknikker og komponenter imellem EMDR til børn og EMDR til voksne. Forskerne beskrev ligeledes, at ligheden mellem den strukturerede EMDR-teknik og dets komponenter, og principperne i kognitiv terapi er slående. Det kognitive element i EMDR gør det anvendeligt til børn og derfor er EMDR inkluderet i dette afsnit om KAT.

Psykodynamisk traumefokuseret terapi (PDTT)

PDTT sigter efter at promovere en sammenhængende personlighedsopfattelse, sund udvikling og at mindske traumesymptomer.⁸⁸ Hos yngre børn har denne terapiform fokuseret på forældre-barn forholdet for at adressere traumatiske hændelser, som forælderen (typisk moderen) havde været udsat for (f.eks. vold i hjemmet), eller hvor forælderen var så traumatiseret eller emotionelt udsat, at han/hun var ude af stand til at vedligeholde barnets udvikling. Hos ældre børn er PDTT målrettet mere modne kognitive evner, med det formål at objektivisere og forklare symptomer, identificere traumeminder samt identificere miljømæssige faktorer, som kan komplicere bedring – i særdeleshed

interaktioner, der kan øge forekomsten af regressiv adfærd hos barnet. Den relativt ustrukturerede terapiform kan bidrage til, at børn og unge får en større fornemmelse af kontrol – en følelse, der måske ikke har været tilstede siden den ukontrollerbare traumatiske hændelse.⁸⁸

Barn-forælder psykoterapi er en relationsbaseret behandlingsmodel til små børn (spædbørn til 7 års alderen) som har oplevet familietraumer såsom vold i hjemmet.⁶⁸ Terapiformen inkluderer følgende elementer: At facilitere passende adfærd, at hjælpe forælderen med at tolke og forstå barnets følelser og handlinger, øge følelsesmæssig støtte til barn og forælder, at fremme empatisk kommunikation, kriseintervention, konkret hjælp med specifikke problemstillinger, at udvikle et fælles barn-forælder narrativ om familietraumatet og at korrigere negative kognitive forvrængninger vedrørende dette. Endelig er et element i PDTT at adressere traumatisk sorg. Som det fremgår af denne beskrivelse, er det svært at beskrive denne terapiform som én specifik behandlingsintervention; det er nærmere en blanding af psykodynamiske, kognitivt adfærdsmæssige, social indlærings- og tilknytnings-teoretiske elementer.

Forælder-barn terapi gives i fælles-sessioner. Barn-forælder terapi er blevet testet i en randomiseret kontrolleret undersøgelse af 3-5 årige børn, som havde været udsat for ægteskabelig vold mellem deres forældre. Terapiformen viste sig at være mere effektiv til at mindske PTSD symptomer og adfærdsmæssige vanskeligheder end "sagsbehandling" (case management³) og individuel terapi.⁶⁴ Undersøgelsen viste, at bedringen af de adfærdsmæssige problemer opretholdtes efter 6 måneder. PTSD-symptomerne vurderedes i denne undersøgelse ikke 6 måneder efter, grundet finansielle begrænsninger.⁸⁹ Barn-forælder terapi er blevet tilpasset små børn, der lider af traumatisk sorg,⁹⁰ og bliver lige nu testet i en undersøgelse af denne population.

Trowell et al.⁶⁵ fandt, at individuel psykoanalytisk psykoterapi, der rettede sig mod seksuelt misbrugsrelaterede traumer, var mere effektiv end gruppe-psykoedukation til at mindske PTSD-symptomer hos seksuelt misbrugte børn og unge. Selvom tiden for hver enkel terapisesion var nogenlunde tilsvarende, var det samlede gennemsnitlige antal terapisesioner meget forskellige for

³ En egentlig oversættelse eksisterer ikke på dansk

henholdsvis gruppe-psykoedukation og individuel psykoterapi (18 imod 30), og dette kan selvsagt have stor betydning for resultatet af undersøgelsen.

Anbefaling 7. SSRI-præparater kan overvejes til behandling af børn og unge med PTSD (L).

SSRI præparater er blevet godkendt til brug til voksne med PTSD, og er de eneste medicinske præparater, der har vist sig at mindske symptomer i alle tre PTSD symptomklynger.⁹¹⁻⁹³ Der er væsentlige forskelle mellem voksne og børn i forhold til fysiologi og manifestation af PTSD, som kan få betydning for virkningsgraden af medicin i denne aldersgruppe.⁹⁴ De første undersøgelser af brug af antidepressiva til børn⁹⁵ illustrerer, hvorfor børneklirikere bør være forsigtige med at basere behandling af børn på undersøgelser af voksne, og hvorfor flere medicinske forsøg af børn med PTSD er nødvendige. En nyere behandlingsundersøgelse af akut PTSD, der involverede mere end 6000 voksne deltagere viste, at de, der fik medicin, havde flere PTSD symptomer end de, der fik psykoterapi.³⁴

Foreløbige undersøgelser har antydnet at SSRI-præparater kan være behjælpelige til at reducere PTSD-symptomer hos børn. Seedat et al.⁹⁶ sammenlignede forbedringsgraden hos 24 børn og voksne, der fik SSRI præparater, og demonstrerede en lignende forbedring imellem grupperne. En tyrkisk undersøgelse af Fluoxetine viste behandlingseffektivitet hos seksogtyve 7 til 17 årige med PTSD relateret til oplevelser af et jordskælv.⁹⁷

To nyere randomiserede undersøgelser har evalueret virkningen af SSRI præparater til at behandle PTSD hos børn og voksne. Den første undersøgelse fandt ingen effekt af Sertraline sammenlignet med placebo hos 67 børn med PTSD diagnoser. Begge grupper oplevede i denne undersøgelse dog stor forbedring af symptomer, hvilket peger på en stærk placeboeffekt.⁹⁸ Den anden undersøgelse sammenlignede TF-KAT og Sertraline med TF-KAT og placebo hos fireogtyve 10 til 17 årige med PTSD-symptomer relateret til seksuelt misbrug.⁹⁹ Alle børn udviste store forbedringer uden forskel mellem grupperne, med undtagelse af i "Childrens Global Assessment Scale". Denne undersøgelse konkluderede, at selvom det kan være fordelagtigt for nogle børn at starte med Sertraline samtidig med TF-KAT, er det generelt anbefaleligt at starte kun med TF-KAT og tilføje et SSRI-præparat, hvis alvorligheden af barnets symptomer, eller manglende respons på behandlingen

indikerer et behov for yderligere intervention. Børn med komorbide depressive lidelser, generel angst, OCD eller andre lidelser, der er kendt for at kunne behandles med SSRI præparater, kan med fordel behandles med disse tidlige i behandlingsforløbet. Mere end 60% af deltagerne i TF-KAT og Sertraline-undersøgelsen havde komorbid depression.⁹⁹ På trods af dette indikerer undersøgelsen ikke en klar fordel ved brug af Sertraline i forhold til PTSD og depressionssymptomer sammenlignet med placebogruppen. Nylige undersøgelser har antydnet, at der kan være visse risici forbundet med brug af SSRI-præparater.¹⁰⁰⁻¹⁰¹ Yderligere kan SSRI præparater hos nogle børn føre til et øget aktivitetsniveau, irritabilitet, forstyrret søvnmønster og uopmærksomhed. Fordi disse symptomer også er symptomer på PTSD-symptomklyngen øget stress, er SSRI præparater måske ikke den optimale behandling til disse børn. I disse situationer kan man overveje alternative psykotropiske medikamenter. På baggrund af ovenstående, vides ikke nok om virkningen af SSRI-præparater hos børn til at støtte behandling af børn med PTSD udelukkende med SSRI præparater.

Anbefaling 8. Medicinske præparater udover SSRI-præparater kan overvejes til behandling af børn og unge med PTSD (L).

Retningslinjer for behandling af PTSD hos voksne foreslår at SSRI-præparater kan anbefales til behandling af PTSD hos voksne, at antiadrenerg medicin såsom Clonidin og Propanolol kan bidrage til at nedsætte øget vagtsomhed og genoplevelses-symptomer, at visse krampestillende midler viser lovende resultater i forhold til at nedsætte PTSD-symptomer med undtagelse af undgåelses-symptomer og at benzodiazepiner ikke har vist sig at være at være gavnlige i behandling af PTSD-specifikke symptomer.^{102,103}

Det er på baggrund af medicinske forsøg blevet foreslået, at andre medikamenter end SSRI-præparater kan være gavnlige i behandling af unge med PTSD. Disse medikamenter inkluderer Alfa og Beta-blokkere, ikke-SSRI-antidepressiva, humørstabiliserende præparater og opiat. Robert et al.¹⁰⁴ tildelte indlagte børn med brandsår og akut stress forstyrrelse enten Imipramin eller Kloral. Denne undersøgelse viste, at efter 6 måneder havde de børn, der var blevet tildelt Imipramin, en signifikant lavere forekomst af PTSD end de, der havde fået Kloral. Tricycliske antidepressiva er dog ikke at anbefale som førstevalgs-behandling til børn med PTSD. Saxe et al.¹⁰⁵ udførte en naturalistisk

undersøgelse af forholdet mellem morfindosis og efterfølgende udvikling af PTSD hos svært forbrændte børn og fandt, at hvis man kontrollerer for den subjektive oplevelse af smerte, var der en signifikant lineær sammenhæng mellem den gennemsnitlige morfin dosis og reduktion af PTSD symptomer efter 6 måneder.

Undersøgelser peger på, at børn og voksne med PTSD har en øget forekomst af dopamin 16, og dette mener man bidrager til den vedvarende og overgeneraliserede angst, der er karakteristisk for PTSD. Dopamin-blokkere såsom neuroleptika kan derfor tænkes at mindske PTSD-symptomer. En undersøgelse af Risperidon viste, at 13 ud af 18 drenge udviste bedring af meget svære PTSD symptomer.¹⁰⁶ Disse børn havde en høj forekomst af komorbide symptomer, som kunne forventes at bedres ved brug af Risperidon, f.eks havde 85 % af drengene ADHD og 35 % havde bipolar affektiv lidelse. Både Alfa- og Beta-blokkere er blevet anvendt med nogen succes til børn med PTSD-symptomer. Clonidin har vist sig at nedsætte pulsen, angst, impulsivitet og PTSD-symptomer på overvagtssomhed hos børn med PTSD.^{107, 108} I en caseundersøgelse resulterede Clonidin-behandling i bedring af søvnrytme og øget neural integritet i anterior cingulate.¹⁰⁹ I en anden undersøgelse fandt man, at Propanalol nedsatte genoplevelsese- og overvagtssomheds-symptomer hos børn med PTSD-symptomer¹¹⁰ Hypothalamus-området er også komplekst dysreguleret hos børn med PTSD. Dette kan muligvis reguleres via farmakologiske interventioner, for eksempel ved brug af corticotrofin-udløsende antagonist¹⁰³. Der er dog ikke foretaget undersøgelser af virkningen af dette hos børn endnu.

Anbefaling 9. Man kan i behandlingsplanlægningen overveje, om barnet bør skifte skole (KR).

Børn med svære PTSD-symptomer kan have indlæringsproblemer. Dette skyldes ofte overvagtssomhed overfor en oplevet eller reel trussel i barnets miljø, og kan være et særligt problem, hvis personer eller ting, der minder barnet om den traumatiske begivenhed, er til stede på barnets skole. Et eksempel på et skolerelateret traume kan være et seksuelt overfald eller mobning, der er foregået på skolen, særligt hvis gerningsmanden stadig har undervisning på skolen. Et andet eksempel på et skolerelateret traume var et flodskred i forbindelse med orkanen Katrina i New Orleans. Børnene, der

gik på skolen i området, hvor flodskredet fandt sted, blev konstant mindet om den traumatiske begivenhed.

Selvom man bør forsøge at få børn til at overkomme deres frygt for ting der minder dem om traumatiske begivenheder (mennesker, steder eller situationer, der som udgangspunkt er sikre, og som kun synes skræmmende for børnene på grund af generaliseret frygt), bør børn også beskyttes fra reelle, stadige trusler eller farer, når det er muligt. Børn, som oplever svær funktionsnedsættelse relateret til frygt for ting, der minder dem om den traumatiske begivenhed, kan have gavn af at skifte skole til et sted, hvor disse mennesker, steder eller situationer ikke forekommer. Dette gælder særligt, hvis der er tvivl om barnets sikkerhed, f.eks hvis den person, der har gjort barnet ondt, og/eller deres kammerater stadig generer barnet.

Anbefaling 10. Brug af restriktive "genfødsels" terapier og andre teknikker der indskrænker, kontrollerer, eller tilbageholder mad og vand eller på anden måde udøver tvang, er ikke anbefalet (IA).

Restriktive "genfødsels"- eller tilbageholdelses-terapier, der med tvang tilbageholder og/eller begrænser indtag af mad og vand eller på anden måde udøver tvang, er blevet anvendt til børn som har oplevet alvorlige tidlige traumer eller tab. Ofte er disse børn blevet diagnosticeret med en mere alvorlig lidelse som reaktiv tilknytningsforstyrrelse snarere end PTSD. Der er ingen beviser for, at denne terapiform skulle virke, og i visse tilfælde har disse interventioner ført til alvorlig sygdom eller død.¹¹¹ Disse interventioner kan derfor ikke anbefales.

Forebyggelse og tidlig screening

Anbefaling 11. Skole- eller andre samfundsbaseede screeninger for PTSD-symptomer bør foretages efter traumatiske hændelser der har påvirket et større antal børn(KR).

Efter traumatiske hændelser på samfundsniveau, som potentielt kan traumatisere et større antal børn, er det vigtigt at foretage screeninger for PTSD i skolen eller andre steder, hvor børnene normalt samles. Dette er vigtigt for forebyggelse og tidlig identificering af de børn, som er i risikogruppen for

at udvikle PTSD. Typisk vil sådanne screeninger ikke finde sted umiddelbart efter en traumatisk hændelse på samfundsniveau grundet en række faktorer som for eksempel, at de voksne (inklusive lærere og skoleledere) også er blevet evakueret, har mistet pårørende og/eller er blevet traumatiserede, og at skoler normalt ikke er forberedt på så store screeningsindsatser.¹¹² Baseret på empiriske undersøgelser der viser, at PTSD-symptomer ofte begynder umiddelbart efter den traumatiske begivenhed og at de, som naturligt bedres, vil gøre det indenfor en måned, bør screening ideelt set påbegyndes omkring en måned efter den traumatiske begivenhed. Der eksisterer modeller for effektiv skolebaseret screening efter katastrofer på samfundsniveau³⁹ og for skolebaseret behandling.¹¹³ På baggrund af, at symptomerne måske ikke opstår umiddelbart efter traumeudsættelsen, og fordi PTSD ikke er den eneste lidelse, børn udvikler efter traumeudsættelse, giver det mening også at screene børn for kendte risikofaktorer for at udvikle psykiske problemer og at lave en opfølgings-undersøgelse af de børn som er i størst risiko for at udvikle negative psykologiske følger.

Gruppe-interventioner i skolen eller i andre samfundsbaserede institutioner kan give effektiv tidlig behandling til børn med PTSD-symptomer. Interventionsprogrammer, der søger at fremme resiliens hos unge med henblik på at gøre de unge mere "immune" overfor følgerne af traumatiske begivenheder, er ved at blive undersøgt i flere lande.¹¹⁴

Begrænsninger ved anbefalingerne

Ovenstående anbefalinger er udviklet til at hjælpe fagfolk med kliniske beslutninger. Disse anbefalinger har ikke til hensigt at definere standarden for behandling, og skal ikke tænkes at indeholde alle passende behandlingsmetoder. Den ultimative beslutning vedrørende behandling af en specifik patient må træffes på baggrund af alle omstændigheder præsenteret af patienten og/eller hans/hendes familie, og kan kun træffes af den givne behandler.

Referencer

1. Costello EJ, Erkanli A, Fairbank JA, Angold A. The prevalence of potentially traumatic events in childhood and adolescence. *JTrauma Stress*. 2002;15(2):99-112.
2. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37(suppl):4S-26S.
3. Aaron J, Zaglu H, Emery R. Posttraumatic stress in children following acute physical injury. *J Pediatr Psychol*. 1999;24(4):335-343.
4. Rothbaum B, Foa E, Riggs D. A prospective examination of posttraumatic stress disorder in rape victims. *J Trauma Stress*. 1992;5(3):455-475.
5. Kessler R, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson C. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(12):1048-1060.

6. Sinclair E, Salmon K, Bryant R. The role of panic attacks in acute stress disorder in children. *J Trauma Stress*. 2007;20(6): 1069-1073.
7. Pfefferbaum B, Stuber J, Galea S, Fairbrother G. Panic reaction to terrorist attacks and probable posttraumatic stress disorder in adolescents. *J Trauma Stress*. 2006;19(2):217-228.
8. Litz BT, Gray MJ. Early intervention for trauma in adults: a framework for first aid and secondary prevention. In: Litz BT, ed. *Early Intervention for Trauma and Traumatic Loss*. New York: Guilford Press; 2004:87-111.
9. Stallard P, Velleman R, Salter E, Howse I, Yule W, Taylor G. A randomised controlled trial to determine the effectiveness of an early psychological intervention with children involved in road traffic accidents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006; 47(2):127-134.
10. Briere J, Spinazzola J. Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *J Trauma Stress*. 2005; 18(5):401-412.
11. Kilpatrick DG. A special section on complex trauma and a few thoughts about the need for more rigorous research on treatment efficacy, effectiveness, and safety. *J Trauma Stress*. 2005;18(5): 379-384.
12. Scheeringa MS, Peebles CD, Cook CA, Zeanah CH. Toward establishing procedural criterion and discriminant validity for PTSD in early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;40(1):52-60.
13. Bryant B, Mayou R, Wiggs L, Ehlers A, Stores G. Psychological consequences of road traffic accidents for children and their mothers. *Psychol Med*. 2004;34(2):335-346.
14. Scheeringa MS, Wright MJ, Hunt JP, Zeanah CH. Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptoms in children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 2006;163(4):644-651.

15. Meiser-Stedman R, Smith P, Glucksman E, Yule W, Dalgleish T. The PTSD diagnosis in preschool- and elementary school-age children exposed to motor vehicle accidents. *Am J Psychiatry*. 2008;165(10):1326-1337.
16. De Bellis MD, Keshevan MS, Clark DB et al. Developmental traumatology, part II: brain development. *Biol Psychiatry*. 1999; 45(10):1271-1284.
17. Saigh PA, Mroveh M, Bremner JD. Scholastic impairments among traumatized adolescents. *Behav Res Ther*. 1997;35(5):429-436.
18. Diamond T, Muller RT, Rondeau LA, Rich JB. Relationships among PTSD symptomatology and cognitive functioning in adult survivors of child maltreatment. In: Columbus FH, ed. *Advances in Psychology Research*. Vol 5. Huntington, NY: Nova Science Publishers; 2001:253-279.
19. Fergusson DM, Horwood J, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood; II: psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(10):1365-1374.
20. Brent DA, Oquendo M, Birmaher B et al. Familial pathways to early-onset suicide attempt: risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(9):801-807.
21. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(12):1490-1496.
22. Stiffman AR, Dore P, Earls FJ, Cunningham R. The influence of mental health problems on AIDS-related risk behaviors in young adults. *J Nerv Ment Dis*. 1992;180(5):314-320.
23. Warshaw MG, Fierman E, Pratt L et al. Quality of life and dissociation in anxiety disordered patients with histories of trauma or PTSD. *Am J Psychiatry*. 1992;150(10):1512-1516.

24. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(3):216-222.
25. Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno R, Saunders BE, Resnick HS, Best CL. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *J Consult Clin Psychol*. 2003; 71(4):692-700.
26. Essau CA, Conradt J, Peterman F. Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in German adolescents. *J Anxiety Disord*. 2000;14(3):263-279.
27. Carrion VG, Weems CF, Ray R, Reiss AL. Toward an empirical definition of pediatric PTSD: the phenomenology of PTSD in youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(2):166-173.
28. Koplewicz HS, Vogel JM, Solanto MV et al. Child and parent response to the 1993 World Trade Center bombing. *J Trauma Stress*. 2002;15(1):77-85.
29. Kuterovic-Jagodic G. Posttraumatic stress symptoms in Croatian children exposed to war: a prospective study. *J Clin Psychol*. 2003;59(1):9-25.
30. La Greca A, Silverman WK, Vernberg EM, Prinstein MJ. Symptoms of posttraumatic stress in children after Hurricane Andrew: a prospective study. *J Consul Clin Psychol*. 1996;64(4):712-723.
31. Vila G, Porche LM, Mouren-Simeoni MC. An 18-month longitudinal study of posttraumatic disorders in children who were taken hostage in their school. *Psychosom Med*. 1999;61(6):746-754.
32. McFarlane A. Posttraumatic phenomena in a longitudinal study of children following a natural disaster. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1987;26(5):764-769.
33. Scheeringa M, Zeanah C, Myers L, Putnam F. Predictive validity in a prospective follow-up of PTSD in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44(9):899-906.
34. Shalev A, Freeman S, Adessky R, Watson P. Who needs care, who wants care, who is helped by early intervention: 5600 trauma survivors' results. Paper presented at: 22nd Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies; November 2006; Hollywood, CA.

35. Pine DS, Cohen JA. Trauma in children and adolescents: risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biol Psychiatry*. 2002;51(7): 519-531.
36. Cohen JA, Mannarino AP. Factors that mediate treatment outcome in sexually abused preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(10):1402-1410.
37. Laor N, Wolmer L, Mayes LC, Gershon A, Weitzman, R, Cohen DJ. Israeli preschool children under SCUDs: a 30-month followup. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(3):349-356.
38. Hoven CW, Duarte CS, Lucas CP et al. Psychopathology among New York City public school children 6 months after September 11. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(5):545-552.
39. Pfefferbaum B, Nixon SJ, Krug RS et al. Clinical needs assessment of middle and high school students following the 1995 Oklahoma City bombing. *Am J Psychiatry*. 1999;156(7):1069-1074.
40. Thienkrua W, Cardozo BL, Chakkraband MLS et al. Symptoms of posttraumatic stress disorder and depression among children in tsunami-affected areas in Southern Thailand. *JAMA*. 2006; 296(5):549-559.
41. Caspi A, McClay J, Moffitt TE et al. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*. 2002;297(5582):851-854.
42. Finkelhor D, Hamby SL, Ormrod R, Turner H. The Juvenile Victimization Questionnaire: reliability, validity, and national norms. *Child Abuse Negl*. 2005;29(4):383-412.
43. Steinberg AM, Brymer MJ, Decker KB, Pynoos RS. The UCLA PTSD Reaction Index. *Curr Psychiatry Rep*. 2004;6(2):96-100.
44. Foa EB, Treadwell K, Johnson K, Feeny NC. The Child PTSD Symptom Scale: a preliminary examination of its psychometric properties. *J Clin Child Psychol*. 2001;30(3):376-384.
45. Levendosky A, Huth-Bocks A, Semel M, Shapiro D. Trauma symptoms in preschool-age children exposed to domestic violence. *J Interpers Violence*. 2002;17(2):150-164.

46. Dehon C, Scheeringa M. Screening for preschool posttraumatic stress disorder with the Child Behavior Checklist. *J Pediatr Psychol*. 2005;31(4):431-435.
47. Briere J. *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1996.
48. Gilbert A. *Psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSC-YC)* [unpublished dissertation]. California School of Professional Psychology, Alliant University; 2003.
49. Nader KO, Kriegler JA, Blake DD, Pynoos RS, Newman E, Weathers FW. *Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents for DSM-IV*. Los Angeles: National Center for PTSD and UCLA Trauma Psychiatry Program, Department of Psychiatry, UCLA School of Medicine; 1996.
50. Kaufman J, Birmaher B, Brent D et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children—Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(7):980-988.
51. Scheeringa M, Zeanah C, Myers L, Putnam F. New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(5):561-570.
52. Axelson D, Birmaher B, Strober M et al. Phenomenology of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(10):1139-1148.
53. De Bellis MD, Burke L, Trickett PK, Putnam FW. Antinuclear antibodies and thyroid function in sexually abused girls. *J Trauma Stress*. 1996;9(2):369-378.
54. March JS. Combining medication and psychosocial treatments: an evidence based medicine approach. *Int Rev Psychiatry*. 2002;14(2):155-163.
55. Deblinger E, Lippmann J, Steer R. Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: initial treatment outcome findings. *Child Maltreat*. 1996;1(4):310-321.
56. Cohen JA, Mannarino AP. Interventions for sexually abused children: initial treatment findings. *Child Maltreat*. 1998;3(1):17-26.

57. Cohen JA, Mannarino AP. Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse Negl.* 2000;24(7):983-994.
58. Dixon A, Howie P, Starling J. Trauma exposure, posttraumatic stress, and psychiatric comorbidity in female juvenile offenders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005;44(8):798-806.
59. Ford JD, Racusin R, Ellis CG et al. Child maltreatment, other trauma exposure and posttraumatic symptomatology among children with oppositional disorder and attention deficit-hyperactivity disorders. *Child Maltreat.* 2000;5(3):205-217.
60. Lipschiz D, Rasmusson AM, Anyan W et al. Posttraumatic stress disorder and substance use in inner city girls. *J Nervous Mental Disease.* 2003;191(11):714-721.
61. Najavits LM. *Seeking Safety: A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse.* New York: Guilford Press; 2002.
62. Najavits LM, Gallop RJ, Weiss RD. Seeking Safety therapy for adolescent girls with PTSD and substance use disorders: a randomized clinical trial. *J Behav Health Serv Res.* 2006;33(4): 453-463.
63. Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP, Steer R. A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuserelated PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004;43(4):393-402.
64. Lieberman AF, Van Horn P, Ippen CG. Toward evidence-based treatment: Child Parent Psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005;44(12):1241-1248.
65. Trowell J, Kolvin I, Weeranamthri T et al. Psychotherapy for sexually abused girls: psychopathological outcome findings and patterns of change. *Br J Psychiatry.* 2002;160:234-247.
66. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents.* New York: Guilford Press; 2006.
67. Stein BD, Jaycox LH, Kataoka SH et al. A mental health intervention for school children exposed to violence: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2003;290(5):603-611.

68. Lieberman AF, Van Horn P. Don't Hit My Mommy! A Manual for Child-Parent Psychotherapy with Young Witnesses of Family Violence. Washington, DC: Zero To Three Press; 2005.
69. Deblinger E, Heflin AH. Treating Sexually Abused Children and Their Nonoffending Parents: A Cognitive Behavioral Approach. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1996.
70. Saunders BE, Berliner L, Hanson RF, eds. Child Physical and Sexual Abuse: Guidelines for Treatment. Revised Report: April 26, 2004. National Crime Victims Research and Treatment Center. http://colleges.musc.edu/ncvc/resources_prof/OVC_guidelines04-26-04.pdf. Accessed March 19, 2008.
71. Cohen JA, Mannarino AP. A treatment outcome study for sexually abused preschool children: initial findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(1):42-50.
72. King NJ, Tonge BJ, Mullen P et al. Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: a randomized clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(11): 1347-1355.
73. Cohen JA, Mannarino AP. A treatment study of sexually abused preschool children: outcome during one year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(9):1228-1235.
74. Cohen JA, Mannarino AP, Knudsen K. Treating sexually abused children: one year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse Negl*. 2005;29(2):135-145.
75. Deblinger E, Steer RA, Lippmann J. Two year follow up study of cognitive behavioral therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse Negl*. 1999; 23(12):1371-1378.
76. Deblinger E, Mannarino AP, Cohen, JA, Steer RA. A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45(12):1474-1484.

77. DeArellano MA, Waldrop AE, Debliner E, Cohen JA, Danielson CK, Mannarino AP. Community outreach program for child victims of traumatic events: a community-based project for underserved populations. *Behav Modif.* 2005;29(1):130-155.
78. Bigfoot D. Indian Country Child Trauma Center, University of Oklahoma Health Sciences Center description. National Child Traumatic Stress Network Web site.
http://www.nctsnet.org/nccts/nav.do?pidabt_ntwk#36. Accessed March 18, 2008.
79. Hoagwood KE, CATS Consortium. Impact of CBT for traumatized children and adolescents affected by the World Trade Center disaster. *J Clin Child Psychol.* In press.
80. Cohen JA, Mannarino AP, Knudsen K. Treating childhood traumatic grief: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004;43(10):1225-1233.
81. Cohen JA, Mannarino AP, Staron V. Modified cognitive behavioral therapy for childhood traumatic grief (CBT-CTG): a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006;45(12):1465-1473.
82. Kataoka SH, Stein BD, Jaycox LH et al. A school-based mental health program for traumatized Latino immigrant children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003;42(3):311-318.
83. Layne CM, Pynoos RS, Saltzman WR et al. Trauma/grieffocused group psychotherapy: school-based post-war intervention with traumatized Bosnian youth. *Group Dynamics Theory Res Pract.* 2001;5(4):277-290.
84. Saltzman WR, Pynoos RS, Layne CM, Steinberg AM, Aisenberg E. Trauma- and grief-focused intervention for adolescents exposed to community violence: results of a school-based screening and group treatment protocol. *Group Dynamics Theory Res Pract.* 2001;5(4):291-303.
85. Smith P, Yule W, Perrin S, Tranah T, Dalgleish T, Clark D. Cognitive behavior therapy for PTSD in children and adolescents: a preliminary randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46(8):1051-1061.

86. Kazak AE, Alderfer MA, Streisand R et al. Treatment of posttraumatic stress symptoms in adolescent survivors of childhood cancer and their families: a randomized clinical trial. *J Fam Psychol.* 2004;18(3):493-504.
87. Ahmad A, Sundelin-Wahlsten V. Applying EMDR on children with PTSD. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2007. doi:10.1007/s00787-007-0646-8.
88. Lieberman AF, Ippen CG, Marans S. Psychodynamic treatment of child trauma. In: Foa EB, Friedman MJ, Keane T, Cohen JA, eds. *Effective Treatments for PTSD.* 2nd ed. New York: Guilford Press; in press.
89. Lieberman AF, Ippen CG, Van Horn P. Child-parent psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006;45(8):913-918.
90. Lieberman AF, Compton NC, Van Horn P, Ippen CG. *Losing a Parent to Death in the Early Years: Guidelines for the Treatment of Traumatic Bereavement in Infancy and Early Childhood.* Washington, DC: Zero To Three Press; 2003.
91. Brady KT, Pearlstein T, Asnis GM et al. Double-blind placebocontrolled study of the efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic stress disorder. *JAMA.* 2000;283(14):545-554.
92. Davidson JRT, Malik ML, Sutherland SM. Response characteristics to antidepressants and placebo in posttraumatic stress disorder. *Int Clin Psychopharmacol.* 1996;12(6):291-296.
93. van der Kolk B, Dreyfuss D, Michaels M et al. Fluoxetine in posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry.* 1994;55(12):517-522.
94. Cohen JA. Pharmacologic treatment of children. *Trauma Violence Abuse.* 2001;2(2):155-171.
95. Birmaher B, Ryan ND, Brent DA, Williamson DE, Kaufman J. Child and adolescent depression: a review of the last 10 years. Part II. *J Amer Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996;35(12):1575-1583.

96. Seedat S, Stein DJ, Ziervogel C et al. Comparison of response to selective serotonin reuptake inhibitor in children, adolescents, and adults with PTSD. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2002; 12(1):37-46.
97. Yorbik O, Dikkatli S, Cansever A, Sohmen T. The efficacy of fluoxetine treatment in children and adolescents with posttraumatic stress disorder symptoms [in Turkish]. *Klin Psikofarmakol Bulteni*. 2001;11:251-256.
98. Robb A, Cueva J, Sporn J, Yang R, Vanderburg D. Efficacy of sertraline in childhood posttraumatic stress disorder [abstract P3.8]. In: *Scientific Proceedings*. Chicago, IL: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; 2008.
99. Cohen JA, Mannarino AP, Perel JM, Staron V. A pilot randomized trial of combined trauma-focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(7):811-819.
100. Hammad TA. Results of the analysis of suicidality in pediatric trials of newer antidepressants. Presented at: US Food and Drugs Administration Psychopharmacologic Drugs Advisory Committee and the Pediatric Advisory Committee; September 2004; Rockville, MD.
101. Mitka M. FDA alert on antidepressants for youth. *JAMA*. 2003;290(19):2534.
102. Alarcón RD, Glover S, Boyer W, Balon R. Proposing an algorithm for the pharmacological management of posttraumatic stress disorder. *Ann Clin Psychiatry*. 2000;12(4): 239-246.
103. Friedman MJ, Davidson JRT, Mellman TA, Southwick SM. Pharmacotherapy. In: Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, eds. *Effective Treatment for PTSD*. New York: Guilford Press; 2000:84-105.
104. Robert R, Blakeney PE, Villarreal C, Rosenberg L, Meyer WJ III. Imipramine treatment in pediatric burn patients with symptoms of acute stress disorder: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(7):873-880.

105. Saxe G, Stoddard F, Courtney D et al. Relationship between acute morphine and the course of PYSD in children with burns. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40(10):915-921.
106. Horrigan JP, Barnhill LJ. Risperidone and PTSD in boys. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1999;11:126-127.
107. Harmon RJ, Riggs PD. Clinical perspectives: clonidine for posttraumatic stress disorder in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(9):1247-1249.
108. Perry BD. Neurobiological sequelae of childhood trauma: PTSD in children. In: Murburg MM, ed. *Catecholamine Function in Posttraumatic Stress Disorder: Emerging Concepts*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994:223-255.
109. De Bellis MD, Keshevan MS, Harenski KA. Case study: anterior cingulate N-acetylaspartate concentrations during treatment of a maltreated child with PTSD. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2001;11:311-316.
110. Famularo R, Kinscherff R, Fenton T. Propranolol treatment for childhood posttraumatic stress disorder, acute type: a pilot study. *Am J Dis Child*. 1988;142(11):1244-1247.
111. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005; 44(11):1206-1219.
112. Cohen JA. Early mental health interventions for trauma and traumatic loss in children and adolescents. In: Litz BT, ed. *Early Interventions for Trauma and Traumatic Loss*. New York: Guilford Press; 2004:131-146.
113. Chemtob CM, Nakashima JP, Hamada RS. Psychosocial intervention for postdisaster trauma symptoms in elementary school children: a controlled community field study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002;156(3):211-216.

114. Macy RD, Macy DJ, Gross S, Brighton P. Save the Children Basic Training for the 9-Session CBI: A Psychosocial Trauma Informed Structured Intervention for Youth Facing Life Threat and Other Extreme Traumatic Stress Exposures. Boston: Center for Trauma Psychology; 1999.