

«Barn og diagnosesystemer i utvikling: oppfyller DSM-5 og ICD-11 sine hensikter?»

Sammenligning av posttraumatisk stresslidelse i DSM-5 og ICD-11 hos norske barn og unge:
prevalens, enighet, komorbiditet og prediktorer

Live Bones og Gudmund Guren



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITET I OSLO

Høst 2022

«Barn og diagnosesystemer i utvikling: oppfyller DSM-5 og ICD-11 sine hensikter?»

Sammenligning av posttraumatisk stresslidelse i DSM-5 og ICD-11 hos norske barn og unge:
prevalens, enighet, komorbiditet og prediktorer

© Live Bones og Gudmund Guren

2022

Barn og diagnosesystemer i utvikling: oppfyller DSM-5 og ICD-11 sine hensikter?

Live Bones og Gudmund Guren

<http://www.duo.uio.no>

Universitetet i Oslo

Sammendrag

Forfattere: Live Bones og Gudmund Guren

Tittel: «Barn og diagnosesystemer i utvikling: oppfyller DSM-5 og ICD-11 sine hensikter?»

Veiledere: Tine Jensen (hovedveileder) og Marianne Skogbrott Birkeland (biveileder)

Bakgrunn og mål: Mange barn og unge rammes av potensielt traumatiserende hendelser. Diagnostiseringen av disse barna regnes som mangelfull. I revideringen av diagnosesystemene DSM-5 og ICD-11 ble ulike valg som skiller konseptualiseringen av PTSD tatt. Hvilken betydning endringene fikk for diagnostisering av barn og unge, og hvorvidt diagnosesystemene tok nok hensyn til deres utvikling, er lite forsket på. Vi trenger å vite mer om forskjellen vil påvirke hvilke barn og unge som oppfyller kriteriene for PTSD. Er systemene sensitive for at barn uttrykker symptomer annerledes enn voksne. Har det betydning hvilket system som anvendes på hvem som får behandling? I denne studien undersøker vi betydningen av de ulike diagnostiske tilnærmingene til PTSD i DSM-5 og ICD-11 for barn og unge med faktorene: prevalens, enighet, komorbiditet og prediktorer.

Metode: Hovedoppgaven baserer seg på data innhentet fra studier gjennomført ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Utvalg én består av barn og unge henvist til barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) over hele Norge og ett av Statens Barnehus. Utvalg to består av barn og unge henvist til BUP. Det tredje utvalget består av barn henvist til kommunale tjenester for psykisk helse for trinnvis TF-CBT-behandling. Det samlede utvalget bestod av 290 barn og unge (7-18 år). Samtlige ble kartlagt for traumeeksponering med selvrapporteringsskjemaet KATES-2. Det ble i et utvalg på 106 deltakere undersøkt tilleggsvansker med spørreskjema Short Mood and Feeling Questionnaire, 165 omsorgspersoner besvarte selvrapporteringsskjemaet Pediatrisk symptomsjekkliste-17. Frekvensanalyse ble brukt for å finne prevalens av PTSD. Krysstabellanalyse ble brukt for å undersøke diagnostisk enighet i DSM-5 og ICD-11. For å undersøke prevalens av symptomkategoriene ble det gjennomført frekvensanalyse på dikotome variabler. Vi undersøkte komorbiditet med frekvensanalyse på dikotome variabler. Vi brukte multippel logistisk regresjonsanalyse for å estimere prediktive verdier.

Resultater: Resultatene viste en signifikant forskjell i prevalens mellom PTSD med DSM-5 på 55.9 % og med ICD-11 på 33.2 %. Det var en moderat grad av enighet på 74.5 % mellom diagnosene i de to diagnosesystemene. Analysene viste ved bruk DSM-5 sammenlignet med

ICD-11 at flere oppfylte kriterier for gjenopplevelse (87.7 % vs. 45.8%) og aktivering (81 % vs. 64.7 %). Ved bruk av DSM-5 sammenlignet med ICD-11 ble det rapportert større overlapp mellom depresjon og PTSD (24.5 % vs. 12.3 %), og mellom oppmerksomhet og PTSD (21.8% vs. 12.1 %). Analysene viste at høyere alder påvirket sannsynlighet for å få PTSD både ved bruk av DSM-5 og ICD-11. I tillegg hadde jenter og de med høyere antall traumer høyere sannsynlighet for å få PTSD ved bruk av ICD-11.

Konklusjon: Denne studien har undersøkt effekten de reviderte diagnosesystemene DSM-5 og ICD-11 har på diagnostiseringen av PTSD for barn. Resultatene indikerer at det er en betydelig forskjell mellom diagnosesystemene og at denne forskjellen kan få betydning for om barn oppfyller kriteriene for diagnosen. Forskjellene kan føre til ulikt grunnlag for tilgang til behandling, og hvilken type behandling som blir tilbudt. Begge diagnosesystemene viste overlappende symptomer mellom PTSD og depresjon, og PTSD og oppmerksomhetsvansker. Denne overlappen understreker viktigheten av å forstå PTSD hos barn som et komplekst og sammensatt tilstandsbilde – både for klinikere og for videre forskning.

Takk!

Aller først ønsker vi å rette en stor takk til veilederne våre Tine Jensen og Marianne Skogbrott Birkeland, for god veiledning gjennom hele oppgaveprosessen. Det har vært veldig lærerikt for oss å diskutere med dere, og å få være vitne til at dere diskuterer dere imellom. Dere er en knallgod duo som har møtt oss med engasjement for oppgaven og for oss som studenter i en hovedoppgaveprosess. Vi føler oss veldig heldige!

Denne oppgaveprosessen har vært lærerik på mange områder, og vi er glade for at vi har fått bruke mye tid på å fordype oss i et tema vi er engasjert i. Vi ønsker å takke Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) for tilgang på data. Takk til barn og foreldre som har gitt sitt samtykke og bidrar til forskning.

Vi vil rette personlige takk fra hver vår ende.

Live,

Jeg skylder mamma en stor takk for hjelp med korrekturlesing, og ikke minst søndagsmiddager. Jeg vil takke Kaisa for å være min livslange støttespiller. Til slutt vil jeg takke min kjære Markus for varme klemmer, støttende ord og nødvendige pauser.

Gudmund,

Jeg stiller meg helt bak Live sin takk av hennes mor. Jeg ønsker å takke Thea for å være oppmuntrende, motiverende og heiende hele veien. I tillegg vil jeg takke Askjell for at jeg har fått låne macen din det siste halve året, den har vært særdeles viktig.

Til slutt ser vi på hverandre og nikker anerkjennende mens vi leser neste setning høyt i kor: Takk for et veldig fint samarbeid – det har vært tykt og tynt og det imellom, det har mest av alt vært gjennomgående fint å ikke stå alene i det, men å dele det med deg!

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Introduksjon	1
1.2 Traume og potensielt traumatiserende hendelser	3
1.2.1 Teoretiske perspektiver	4
1.2.2 Posttraumatisk stress hos barn og unge	6
1.2.3 Kategorisering av traumer	7
1.3 Diagnosesystemenes definisjon av PTSD	8
1.3.1 Revideringen av diagnosesystemene	8
1.3.2 Diskusjon rundt diagnosesystemenes definisjon av PTSD	11
1.3.3 Diagnostisering av barn og unge	15
1.4 Forskning på betydning av ulikhetene i DSM-5 og ICD-11	16
1.4.1 Studier på voksne	16
1.4.2 Studier på barn og unge	18
1.5 Formålet med studien og problemstillinger	20
2. Metode	21
2.1 Kontekst og prosedyrer	21
2.2 Utvalg	23
2.3 Mål	24
2.3.1 Måleinstrumenter	24
2.4 Statistiske analyser	27
2.4.1 Prevalens av PTSD	27
2.4.2 Diagnostisk enighet	27
2.4.3 Prevalens på symptomkategorier	27
2.4.4 Komorbiditet	28
2.4.5 Prediktorer for DSM-5 og ICD-11	28
3. Resultater	28
3.1 Bakgrunnsvariabler	28
3.2 Prevalens av PTSD	29
3.3 Diagnostisk enighet	29
3.4 Prevalens på symptomkategorier	30
3.5 Komorbiditet	31
3.6 Prediktorer for DSM-5 og ICD-11	31

4. Diskusjon	32
4.1 Intensjonen med revideringene	32
4.2 Resultater av revideringene	33
4.2.1 Prevalens og enighet mellom diagnosesystemene	33
4.2.2 Komorbiditet	34
4.2.3 Karakteristika hos unge med PTSD	36
4.3 To ulike diagnosesystemer: Fordeler og ulemper i klinisk praksis	39
4.3.1 Diagnosenes formål	39
4.3.2 Bør vi tenke helt nytt?	42
4.4 Styrker og begrensninger	45
4.4.1 Design	45
4.4.2 Validitet	45
4.4.3 Reliabilitet	47
4.4.4 Selvrapporing og rapportering fra omsorgspersoner	47
4.4.5 Type potensielt traumatiserende hendelse	47
4.5 Implikasjoner	48
4.5.1 For videre forskning.....	48
4.5.2 For praksis	48
5. Konklusjon	50
Litteraturliste	51
Vedlegg/ Appendiks	61

1. Innledning

1.1. Introduksjon

En betydelig andel barn og unge i Norge opplever i løpet av oppveksten én eller flere potensielt traumatiserende hendelser. En studie av 9 240 norske ungdommer i alderen 12-16 år, undersøkte omfang av vold- og overgrepserfaringer og omsorgssvikt i oppveksten. Undersøkelsen viste at 1 av 20 norske barn og unge har opplevd alvorlig fysisk vold i oppveksten. Som å bli slått med knyttneven eller hard gjenstand, blitt sparket eller banket opp. Den viste videre at 1 av 5 har vært utsatt for psykisk vold fra foreldre, ved å bli gjort narr av, truet med å bli sendt bort, truet med å bli slått eller skadet, låst inne eller ute fra hjemmet og om trussel om å få kjæledyret sitt skadet. Av ungdommene rapporterte 1 av 20 å ha opplevd seksuelle overgrep fra voksne i form av ufrivillig kyssing, å bli vist andres private kroppsdeler, å bli bedt om å vise egne private kroppsdeler, om å bli berørt på egne kjønnsorganer eller å måtte berøre andres, eller de har hatt samleie eller måttet være med på samleielignende handlinger (Hafstad og Augusti, 2019).

Av 7 033 avgangselever i norsk videregående skole svarte 25 % å ha opplevd fysisk vold fra en forelder. Andelen som oppga grov vold, som slag med knyttneve eller gjenstand, bank og andre voldelige krenkelser, var 8 %. Videre oppga 22 % av jentene og 8 % av guttene at de var blitt utsatt for mildt seksuelt overgrep, dette inkluderer alle uønskede seksuelle hendelser som dreide seg om beføling og onanering. Mer alvorlige seksuelle krenkelser, som alle andre former for uønsket sex, inkludert voldtekt og voldtektsforsøk ble rapportert av 15 % av jentene og 7 % av guttene (Mossige og Stefansen, 2007).

Å eksponeres for potensielt traumatiserende hendelser utløser stressreaksjoner hos de aller fleste. For mange avtar reaksjonen i løpet av kort tid, men hos noen vedvarer stressreaksjonene og personene kan utvikle posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Av barn og unge som har opplevd en potensielt traumatiserende hendelse vil omtrent 16 - 40 % utvikle PTSD (Alisic et al., 2014; Fletcher, 1996). En norsk studie viser at omtrent halvparten av de henvist til BUP hadde opplevd en potensielt traumatiserende hendelse (Ormhaug et al., 2012).

Erkjennelsen av at barn kan utvikle PTSD er relativt ny. Lenore Terr (1981) gjennomførte en av de første studiene som systematisk undersøkte barns responser etter en traumatiserende hendelse. Da 26 barn i alderen 5 – 14 år ble kidnappet i en skolebuss og holdt fanget i en varebil under jorda i 16 timer, utrykte foreldrene i en avisartikkel i etterkant av hendelsen bekymring over barnas emosjonelle responser. Terr gjennomførte på bakgrunn av dette detaljerte intervjuer med barna. Studien fant at barna viste gjenopplevelse av hendelsen i

drømmer og de viste unngåelsesatferd knyttet til tanker og situasjoner som minnet dem om kidnappingen, dette var responser lik de man så hos voksne. I motsetning til studier av voksne, rapporterte ikke barna å oppleve livaktige minner av hendelsen som om den skjedde på nytt, de uttrykte ikke tegn på affektiv nummenhet og de glemte ikke viktige aspekter fra hendelsen (Terr, 1981). Studien regnes som den første som dokumenterte likheter og ulikheter mellom barn og voksnes reaksjoner på traumatiserende hendelser.

Psykiske lidelser er delt inn i diagnosekategorier i de internasjonale diagnosesystemene Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5 (DSM-5) og International Classification of Disease – 11 (ICD-11). Posttraumatisk stresslidelse er blant de mest brukte diagnosene blant psykologer og psykiatere over hele verden (Maercker et al., 2013). Formålet med å kategorisere psykisk og fysisk sykdom som diagnoser, er å gi mennesker så riktig helsehjelp som mulig. Det er derfor en forutsetning ved diagnosesystemene at de kan brukes på en måte som gjør at de fleste klinikere vil gjøre de samme diagnostiske vurderingene. Ved å ha diagnoser skapes en felles forståelse i diskusjon med kollegaer (Malt et al., 2018). Et annet formål med diagnoser er at de fungerer veiledende for hvilken behandling som kan være mest hensiktsmessig i møte med de symptomene som beskrives. I Norge gis mange velferdsytelser basert på diagnoser og relatert funksjonsnedsettelse, og de kan utløse rettigheter i form av rett til behandling eller rett til trygd (Malt et al., 2018; Aubert og Zimmermann, 2020). Psykiatriske diagnoser har dermed flere ulike formål innen forskning, klinisk praksis og rettigheter for pasienter.

Det har vært en pågående diskusjon i feltet knyttet til utfordringer ved å ha to diagnosesystemer for klassifisering av psykiske lidelser (Brewin, 2013; Friedman, 2013; Kilpatrick, 2013). Under utviklingen av DSM-5 og ICD-11 gjorde American Psychiatric Association (APA) og Verdens Helseorganisasjon (WHO) en innsats for å harmonisere de to systemene. Klassifiseringen av psykiske lidelser presenteres nå som mer lik mellom DSM-5 og ICD-11 enn de tidligere systemene (First et al., 2021). Likevel har forskningen pekt på forskjeller som kan få betydelige konsekvenser, og forskjellene i hvordan diagnosesystemene definerer PTSD er diskutert. Diskusjonen er imidlertid ikke ny og eksisterte før siste revidering av diagnosesystemene. Klassifiseringen av PTSD i DSM-IV og ICD-10 skilte seg fra hverandre på flere områder, i hvordan de definerte traumatiserende hendelser som utløste symptomer og tilstedeværelse av funksjonsfall (Stein et al., 2014). ICD-10 ble kritisert for å ha lav terskel for oppfyllelse av kriteriene, og DSM-IV ble kritisert for å ha for stor bredde i symptomene (Maercker et al., 2013). Selv om de forsøkte å harmonisere diagnosesystemene i siste revidering av DSM-5 (APA, 2013) og ICD-11 (WHO, 2019) er det forskjeller i

konseptualiseringen av PTSD. Denne oppgaven har som formål å undersøke betydningen av disse forskjellene. Forskningen gjort på voksne har nærmest utelukkende funnet høyere estimater på PTSD ved bruk av DSM-5 sammenlignet med ICD-11 (Brewin et al., 2017). Det er gjort mindre forskning på utfallet av de ulike konseptualiseringene på prevalens og komorbiditet hos barn, og det som er gjort gir mindre entydige resultater enn hos voksne (Bruckmann et al., 2020).

Mange barn rammes som nevnt av potensielt traumatiserende hendelser og forskningslitteraturen på diagnostisering av barn regnes som mangelfull (La Greca et al., 2017). Barn har posttraumatiske stressreaksjoner som uttrykkes forskjellig avhengig av barnets utviklingsnivå (Salmon og Bryant, 2002). Uttrykket til PTSD hos barn ser annerledes ut enn hos voksne, og kan fortolkes som andre utfordringer som depresjon og konsentrasjonsvansker (Ormhaug et al., 2012). Det kan gjøre det ekstra utfordrende å diagnostisere PTSD hos barn, og det kan være behov for avgrensninger i diagnosen, også sett opp mot andre tilstandsbilder. Om et barn ikke får tilpasset behandling for PTSD, fordi symptomene tolkes som noe annet, kan det sette dem på et negativt utviklingsspor. Studier har vist at man ser en naturlig bedring hos barn og unge som har opplevd en potensielt traumatiserende hendelse fra den første måneden til et halvt år etter hendelsen. I perioden etter et halvt år antar man at symptomene kan bli kroniske uten behandling (Hiller et al., 2016). Ubehandlet PTSD kan få et kronisk forløp over flere år hos mer enn en tredjedel av barn som utvikler lidelsen (Yule et al., 2000). Å diagnostisere riktig og tilby tilpasset behandling til barn med PTSD er derfor av betydning, det kan minimere forstyrrelser i utviklingen og hindre mulige negative effekter traumer kan få. På bakgrunn av dette har denne oppgaven som formål å utvide kunnskapen om effekten de nye ulike diagnostiske tilnærmingene til PTSD har for barn og unge (vi omtaler heretter denne gruppen som barn).

1.2 Traume og potensielt traumatiserende hendelser

Begrepet traume kan i psykologisk forstand forstås i lys av sin etymologiske opprinnelse fra greske trauma som betyr sårskade (Malt, 2022). Traume har blitt brukt både i beskrivelsen av skadene en hendelse forårsaker, og om hendelsen. Men hendelser i seg selv er ikke traumatiserende, og for å tydeliggjøre det kaller vi det potensielt traumatiserende hendelser (Frueh et al., 2010). Reaksjonene og påfølgende skade som følger en potensielt traumatiserende hendelse kalles posttraumatiske reaksjoner. Det er stor variasjon i typer hendelser som kan regnes som traumatiserende. Barns posttraumatiske reaksjoner påvirkes av

deres utviklingsnivå. Hvilke reaksjoner som oppstår etter traumer påvirkes av alder, kognitiv-, sosial- og emosjonell utvikling (Pynoos et al., 1999).

De fleste som opplever potensielt traumatiserende hendelser utvikler som nevnt ikke psykiske helseproblemer (Frueh et al., 2010). Men for noen vedvarer de posttraumatiske reaksjonene og kan få stor innflytelse på personens liv. Hvordan posttraumatiske reaksjoner uttrykker seg varierer fra person til person, men typisk er opplevelsen av forstyrrende minner om hendelsen, generell og spesifikk uro, anspenthet i muskler, endring i fryktrespons, generell nedsatt fungering og mestring i hverdagen, og endring i personens eget syn på seg selv (Van der Kolk, 2022). Hvis en potensielt traumatiserende hendelse fører til en alvorlig nok reaksjon, og symptomer vedvarer hos en person over tid, kan det utvikle seg til posttraumatisk stresslidelse (PTSD).

1.2.1 Teoretiske perspektiver

Det er blitt fremsatt flere psykologiske modeller som kan hjelpe oss å forstå hvordan PTSD utvikles og opprettholdes. Her nevnes to sentrale modeller for PTSD.

En kognitiv modell

Ehlers og Clarks kognitive modell (2000) regnes som en av de mest studerte og brukte teoriene om PTSD. Modellen baserte seg på flere tidligere teorier, blant annet emosjonell prosesseringsteori (Foa og Rothbaum, 1998) og dual representation theory (Brewin et al., 1996; Brewin og Holmes, 2003). I følge Ehlers og Clark (2000) kunne det at PTSD oppstår hos noen mennesker forklares ut fra at prosessering av den traumatiserende hendelsen har gjort at personen opplever traumatet som en nåværende trussel. Det oppstår som konsekvens av to faktorer: å tolke traume og/eller følgetilstandene overdrevent negativt, og svekket traumehukommelse. Forfatterne beskrev svekket traumehukommelse som utilstrekkelig integrering av minner under den traumatiserende hendelsen. Den manglende integreringen gjør at stimuli til stede før og i hendelsen knyttes til fare. Konsekvenser av dette er økt følsomhet for stimuli assosiert med hendelsen, og at minner raskt hentes frem ved eksponering for stimuli som ligner hendelsen. Ehlers og Clark (2000) trakk frem hvordan dette forklarer gjenopplevelse, påtrengende minner og ufullstendige minner fra traumatet.

Ehlers og Clark (2000) mente at om personen tolket hendelsen som en alvorlig trussel vil risikoen for posttraumatiske reaksjoner øke. For å hindre ubehaget knyttet til vedvarende følelse av trussel, kan personen benytte seg av problematiske atferdsmessige og kognitive

strategier som hindrer dem i å endre negative tolkninger og bearbeide traumeminnet. Modellen til Ehlers og Clark var hovedsakelig utviklet for voksne, og ble kritisert for ikke å ta høyde for barns utvikling (Salmon og Bryant, 2002). I ettertid er det gjennomført flere studier som gir støtte til anvendeligheten av modellen hos barn, som viser at kognitive faktorer som negative tolkninger, svekket traumehukommelse og uhensiktsmessige mestringsstrategier kan forklare posttraumatiske stressreaksjoner også hos barn (Ehlers et al., 2003; Meiser-Stedman, 2002; Meiser-Stedman et al., 2019; Stallard, 2003).

En utviklingsmodell

Pynoos et al. (1999) utviklet en kompleks utviklingsmodell om barns eksponering for traumatisk stress i et utviklingsrammeverk som inkluderer barnet i samspill med miljø, familie og samfunnsmessige forventinger. Modellen inkluderer utviklingsmessige, sosiale og individuelle aspekter hos barn. Disse aspektene inkluderer egenskaper som temperament, mestringsstrategier, tilknytningsstil og tidligere tilfeller av psykiske utfordringer. Modellen legger til grunn at en potensielt traumatiserende hendelse kan få omfattende virkninger på barns allerede tillærte evner og aldersbestemte oppgaver, i tillegg til å påvirke løsningen av nye oppgaver i tiden etter hendelsen og derfor den videre utviklingen. Eksempler på slike oppgaver kan være læring, oppmerksomhet og emosjonsregulering.

Pynoos et al. (1999) trekker frem at barn i tidlig utvikling er avhengig av interaksjon med omsorgsperson for å forstå kontekstuell fare og beskyttende handlinger. De beskriver foreldre med begrepet «protective shield», for å illustrere hvordan omsorgspersonene fungerer som et beskyttende skjold for sine barn. Videre fremkommer det i modellen at barnets avhengighet til den voksne og dets forventning om beskyttelse også kan skape et potensielt problem. I tilfeller hvor barnet er vitne til at omsorgspersonen utsettes for en skade eller dør, eller barnet på andre måter opplever å være uten foreldrenes beskyttelse i en potensielt traumatiserende hendelse, kan barnets beskyttelsesbehov overses. I slike tilfeller rammes barnet på to måter, på den ene siden er de selv utsatt for en traumatiserende hendelse og i tillegg har de en opplevelse av å ikke være beskyttet av omsorgspersonen når de trenger det.

Det er flere globale teorier og modeller som forsøker å forklare hvorfor noen mennesker utvikler psykologiske vansker etter potensielt traumatiserende hendelser. To av de mest sentrale ble presentert her. Ehlers og Clark beskrev i sin teori posttraumatiske stressreaksjoner på en måte som i tillegg til å forklare hvordan PTSD kan oppstå hos noen mennesker, bidrar med symptomatisk forståelse. Pynoos et al. (1999) bidro med forståelse

knyttet til hvordan posttraumatiske reaksjoner kan ha effekt på flere områder i et barns liv og gå utover deres utvikling eller sosiale funksjon. Samlet sett er teoriene relevante for forståelse av PTSD, og kan fungere som en kobling mellom klinisk praksis og forskning.

1.2.2 Posttraumatisk stress hos barn og unge

Før ble barns reaksjoner på potensielt traumatiserende hendelser ansett som kortvarige vansker som ikke ville få alvorlige konsekvenser. I dag er det derimot godt etablert at barn kan være høyst sårbare i tiden etter en potensielt traumatiserende hendelse og utvikle posttraumatiske stressreaksjoner (Dyregrov og Yule, 2006). Traumene anses som spesielt skadelige hos barn da reaksjonene kan manifestere seg i grunnleggende utviklingsprosesser, som i utvikling av hjernen og nervesystemet og i etableringen av sosiale relasjoner og personlighet (Putnam, 2006). Som nevnt fant Terr (1981) at barn viste mange av de samme posttraumatiske symptomene som voksne, dette underbygges av flere studier i ettertid (Fletcher, 1996). Det betyr ikke at symptomene er identiske av den grunn, man vet at utviklingsnivå påvirker posttraumatiske symptomer, og posttraumatisk stress kommer til uttrykk på andre måter hos barn enn hos voksne (Salmon og Bryant, 2002).

Barn kan etter en potensielt traumatiserende hendelse oppleve en sjokktilstand, synlig i form av gråt, svært stresset atferd eller tegn på at de er redde (Yule, 2001). Mange fylles umiddelbart av repeterende og forstyrrende tanker om hendelsen. Tankene kan gjøre seg særlig gjeldende når omgivelsene rundt barnet stilner og avledninger ikke lenger er like tilgjengelige, for eksempel når barnet skal forsøke å sove. Søvnmonsteret kan være særlig utsatt de første ukene. Forstyrrende tanker og minner kan også trigges av påminnere i omgivelsene (Yule, 2001). Hos barn kommer reaksjonene særlig til uttrykk som emosjonsregulering, sinnemestring og relasjonelle faktorer (Cloitre et al., 2006). Flere vil få et forsterket sinneuttrykk og vil oppleves som mer irritable enn tidligere. Dette gjelder i situasjoner med omsorgspersoner, men kan og komme til uttrykk når de er sammen med venner (Yule, 2001). Barn i skolealder viser ofte opposisjonell atferd, hyperaktivitet, og sosiale problemer som stressrespons. Det er vanlig at barn uttrykker overdreven engstelighet for seg selv og andre, samt symptomer på depresjon. I tillegg kan vanskene komme til uttrykk i form av somatiske plager som vondt i magen og hodet (Goenjian et al. 1995; Yule og Udwin, 1991). I forsøk på å forstå effekten av traumer hos barn er det nødvendig å ta hensyn til utviklingsnivå. Symptomuttrykket kan fremstå ulikt i ulike aldersgrupper, typiske symptomer på traumereaksjoner vil anses som normal eller unormal atferd avhengig av

barnets alder (De Young et al. 2011; Scheeringa et al. 2003). For eksempel vil det å gi uttrykk for ubehag ved atskillelse fra en omsorgsperson bli vurdert som normalt hos et barn som er fire år, og unormalt hos en ungdom på fjorten år.

Ungdomsårene preges av andre utviklingsmessige utfordringer enn de man ser hos yngre barn. I en periode av livet som handler om å skape egen identitet, utvikle nære relasjoner med venner og utvikle uavhengighet fra foreldre, kan ungdom være mer vulnerable for følelsesmessige responser. De kan være redde for å bli sett som annerledes enn venner i omgangskretsen, og posttraumatisk stress kan derfor føre til at ungdom trekker seg unna og isolerer seg fra venner og familie (Pynoos et al., 1999). Forskning tyder på at posttraumatisk stress øker risikoen for dårligere prestasjoner på skolen. Hos ungdom er det høyere grad av selvskadning, selvmordstanker, uforsvarlig atferd og rusmisbruk knyttet til PTSD, enn hos yngre barn (Nooner et al., 2012). Som beskrevet er reaksjonsuttrykket til barn og unge etter en traumatiserende hendelse kompleks, og det er viktig at alder og utviklingsstadium hensyntas i diagnostisering av PTSD.

1.2.3 Kategorisering av traumer

Det anses som nyttig å kategorisere traumatiserende hendelser personer har opplevd for å forstå sammenhengen mellom type opplevelse og reaksjoner som oppstår i ettertid. Flere forskere har forsøkt skille mellom ulike typer traumatiserende hendelser. Da Terr (1991) delte inn i to typer var hun første som foretok et skille. Type 1 inkluderte om det var én uventet hendelse som inntraff som et plutselig sjokk, for eksempel trafikkulykke eller voldtekt. Type 2 inkluderte en serie hendelser av ytre slag, for eksempel krig, kronisk sykdom og seksuell mishandling (Terr, 1991).

En annen todeling brukt i forskning, er skille mellom interpersonlige og ikke-interpersonlige traumer. Interpersonlige traumer brukes om traumer som forekommer i en mellommenneskelig kontekst, hendelser som seksuelt overgrep, fysisk overgrep, og å være vitne til vold er eksempler. Ikke-interpersonlig traumer brukes om hendelser uten mellommenneskelig kontekst, som ulykker, alvorlig medisinsk behandling og naturkatastrofer (Chu et al., 2008; Kilpatrick et al., 2013). Studier på interpersonlige traumer viser større grad av psykologiske reaksjoner i etterkant, enn ikke-interpersonlige (Cloitre et al., 2009). I en metaanalyse kom det frem at rundt én av ti utviklet PTSD etter å ha vært utsatt for en ikke-interpersonlig traumehendelse, sammenlignet utviklet én av fire PTSD etter en interpersonlig

traumehendelse. Metaanalysen viste at variabelen som i størst grad predikerte utvikling av PTSD var typen traume barna hadde opplevd. (Alisic et al., 2014).

Antall traumatiserende hendelser barn opplever påvirker de posttraumatiske reaksjonene (Finkelhor et al., 2009). Det er vanlig å skille mellom det å ha vært utsatt for én versus flere traumatiserende hendelser. I denne oppgaven bruker vi begrepet multitraumatisering for å beskrive barn som har opplevd flere ulike traumatiserende hendelser. Barn som utsettes for flere traumatiserende hendelser har økt risiko for å oppleve posttraumatiske stressreaksjoner (Finkelhor et al., 2009). Risikoen for at barn tilegner seg mestringsstrategier som er uhensiktsmessige for deres utvikling øker når de opplever flere traumatiske hendelser (Pynoos et al., 1999). Forskning tyder på at det å ha opplevd multitraumatisering påvirker symptomuttrykket ved PTSD. Spesielt multitraumatisering i barndommen predikerer større symptomkompleksitet både i barndommen og voksen alder (Cloitre et al., 2009).

1.3 Diagnosesystemenes definisjon av PTSD

PTSD-diagnosen dekker de vanligste psykologiske vanskene som mange utvikler i etterkant av en traumatiserende hendelse. PTSD ble inkludert i et diagnostisk system ved utgivelsen av tredje utgave av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) i 1980 (APA, 1980) og regnes enda som relativt ny i internasjonal nosologi (Brewin, 2016). PTSD var opprinnelig en diagnose for voksne, og ble først beskrevet hos barn i 1987 i DSM-III-R (APA, 1987). I et mangfold av definisjonsmuligheter er diagnosene gjenstand for kontinuerlig vurdering og kritikk. Endringene i kriteriene til PTSD gjenspeiler blant annet utfordringene med å avgjøre hva som regnes som normale eller maladaptive reaksjoner på traumer.

1.3.1 Revideringen av diagnosesystemene

Revidering av ICD-11

I revideringen av ICD-11 la WHO vekt på klinisk nytte som grunnlag for utviklingen av PTSD ved å ha et lite antall symptomer i tråd med klinikernes syn på diagnosen (Hyland et al., 2016). Målet med forenklingen var å forhindre diagnostisk overlapp og gjøre det enklere for klinikere å diagnostisere ved å identifisere symptomer som beskriver kjernen av PTSD. Den reviderte ICD-11 definisjonen er forenklet og fokuserer på noen få kjernesymptomer. Symptomkategoriene gjenopplevelse, unngåelse og økt aktivering ble beholdt og består av til

sammen seks symptomer (se tabell 1). Gjenopplevelseskriteriet er strammet inn og er nå spesifisert til å oppleves i nåtid (Maercker et al., 2013). D-kriteriet fra ICD-10 som inkluderte symptomer på søvnevansker, irritabilitet og konsentrasjonsvansker, er utelatt for å fjerne felles symptomer for PTSD og andre lidelser (Eid og Herlofsen, 2004). I ICD-11 kreves det nå at nedsatt funksjon er til stede. Dette ligner DSM-systemet og er gjort for å forsøke å skille PTSD fra normale responser på ekstreme stressfaktorer (Maercker et al., 2013). I ICD-11 inkluderte arbeidsgruppen en søsterdiagnose, kompleks PTSD (CPTSD). CPTSD er ment å beskrive mer gjennomgripende posttraumatiske reaksjoner, ved å inkludere utviklingen av vedvarende symptomer på affektreguleringsvansker, negativ selvoppfatning og relasjonelle vansker i tillegg til kjernesymptomene ved PTSD (First et al., 2021).

Revidering av DSM-5

Symptomprofilen i DSM-5 ble endret til 20 symptomer fra 17 symptomer i DSM-IV (se tabell 1) (APA, 2013; Friedman, 2013). Arbeidsgruppen kom frem til en bred definisjon basert på tanken om å gi klinikere et bredt utvalg symptomer og symptomkategorier som skal dekke de mest typiske representasjonene av diagnosen. Grunlaget for dette var blant annet å inkludere forskjellige uttrykk av PTSD-diagnosen observert hos voksne (Friedman, 2013). Symptomene tilhører fire symptomkategorier: gjenopplevelse (B), unngåelse (C), negative endringer i kognisjoner og humør (D), og endringer i aktivering og reaktivitet (E) (APA, 2013). Arbeidsgruppen inkluderte en ny symptomkategori negative endringer i kognisjoner og humør, som inneholder symptomer som i DSM-IV befant seg i unnvikelseskategorien (Friedman, 2013). Disse symptomene ligner symptomene ved CPTSD i ICD-11. For å ha én betegnelse på en symptomkategori hvor DSM-5 og ICD-11 har hvert sitt navn, vil endringer i aktivering og reaktivitet i denne oppgaven omtales som økt aktivering.

Tabell 1

Posttraumatisk stresslidelse diagnostiske kriterier i DSM-5 (alder >6 år) og ICD-11 (alle aldre)

<i>DSM-5 (309.81 (F43.10))</i>		<i>ICD-11 (lidelser spesielt assosiert med stress)</i>	
		<i>PTSD (6B40)</i>	Kompleks PTSD (6B41)

A	<i>Ekspontert for en traumatiserende hendelse, enten ved direkte eksponering, å være vitne til traumat, erfaring om at familie eller nær venn har vært utsatt for traume, eller gjentatt eller ekstrem grad av indirekte eksponering for aversive detaljer om traume.</i>		<i>Ekspontert for en eller flere hendelse(r) eller situasjon(er) (enten kortvarig eller langvarig) av ekstremt truende eller grusom karakter.</i>		<i>Ekspontert for en eller flere hendelse(r) eller situasjon(er) (enten kortvarig eller langvarig) av ekstremt truende eller grusom karakter.</i>
B	<i>Gjenopplevelsessymptomer (én påkrevd)</i>	1.	<i>Gjenopplevelse av den traumatiske hendelsen i nåtid (én påkrevd)</i>	1.	<i>Gjenopplevelse av den traumatiske hendelsen i nåtid (én påkrevd)</i>
B1	Uønskede påtrengende minner	(a)	Påtrengende minner/bilder	(a)	Påtrengende minner/bilder
B2	Mareritt knyttet til traume	(b)	Mareritt knyttet til traume	(b)	Mareritt knyttet til traume
B3	Flashbacks				
B4	Dissosiative reaksjoner ved eksponering for traumatiske påminnelser/triggere				
B5	Fysisk reaktivitet ved eksponering for traumatiske påminnelser/triggere				
C	<i>Unngåelse av traumerelatert stimuli (én påkrevd)</i>	2.	<i>Unngåelse av påminnelser som kan gi en gjenopplevelse av den traumatiske hendelsen/situasjonen (én påkrevd)</i>	2.	<i>Unngåelse av påminnelser som kan gi en gjenopplevelse av den traumatiske hendelsen/situasjonen (én påkrevd)</i>
C1	Tanker og følelser	(a)	Tanker og minner	(a)	Tanker og minner
C2	Situasjoner	(b)	Aktiviteter, personer og situasjoner	(b)	Aktiviteter, personer og situasjoner
D	<i>Negative endringer i kognisjoner og humør (minst tre av symptomene)</i>				
D1	Dissosiativt hukommelsestap				
D2	Negative forventninger til seg selv/verden				
D3	Forvrengt skyldfølelse				
D4	Negative emosjonell tilstand				
D5	Redusert interesse				
D6	Emosjonell svekkelse				
E	<i>Endringer i aktivering og reaktivitet (minst to av symptomene)</i>	3.	<i>Økt aktivering, vedvarende opplevelse av økt trussel for fare (én påkrevd)</i>	3.	<i>Økt aktivering, vedvarende opplevelse av økt trussel for fare (én påkrevd)</i>
E1	Utbrudd av irritabilitet og sinne				

E2	Uforsvarlig/selvdestruktiv atferd						
E3	Hyperårvåkenhet	(a)	Hyperårvåkenhet	(a)	Hyperårvåkenhet		
E4	Forsterket skremselsrespons	(b)	Forsterket skremselsrespons	(b)	Forsterket skremselsrespons		
E5	Konsentrasjonsvansker						
E6	Søvnproblemer						
						4.	<i>Vansker med affektregulering</i>
						(a)	Følsomhet
						(b)	Under eller overaktivering
						5.	<i>Negativt selvbilde</i>
						(a)	Forminsket, verdiløs, beseiret
						(b)	Skam, skyld eller svikt
						6.	<i>Relasjonelle vansker</i>
						(a)	Unngåelse av relasjoner
		(b)	Vansker med å holde nærhet til andre				
F	Varighet: >1 mnd. etter traume	Varighet: minst flere uker		Varighet: minst flere uker			
G	Betydelig funksjonsfall	Betydelig funksjonsfall		Betydelig funksjonsfall			

Note: Oversatt. Kriteriene i ICD-11 er tilpasset for denne hovedoppgaven og skrevet som spesifikke symptomkriterier. (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2019)

1. 3.2 Diskusjon rundt diagnosesystemenes definisjon av PTSD

Revideringen av diagnosesystemene førte til diskusjon mellom gruppene som utarbeidet DSM-5 og ICD-11. Det er fortsatt pågående uenighet om hvilket system som best fanger opp dem som opplever posttraumatisk stress etter en traumehendelse. For å forstå diskusjonen som har preget feltet bedre er det interessant å se nærmere på noen hovedargumenter fra begge arbeidsgruppene.

PTSD klassifisert som stresslidelse

DSM-IV klassifiserte PTSD som en angstlidelse, DSM-5 forlot denne tilnærmingen og innførte en ny klassifisering kalt stresslidelser (APA, 2013). Denne begrunnes med kunnskap om at frykt kun er en av mange emosjoner personer som har gjennomgått traumer opplever

(Resick og Miller, 2009). I ICD-11 er PTSD klassifisert under lidelser spesielt assosiert med stress (Maercker et al., 2013). Arbeidsgruppen bak ICD-11 påpeker at en spesifikk gruppe lidelser krever en stressfaktor som utløsende årsak. De trakk frem at stressutløste lidelser kan skilles fra andre lidelser som depresjon, angst, rus og psykosomatiske vansker. Dette er lidelser hvor stress har mindre bestemt funksjon og kan være en risikofaktor, en utløsende faktor eller ikke til stede (Maercker et al., 2013). Arbeidsgruppene bak begge diagnosesystemene var derfor enig i at PTSD skulle klassifiseres som en lidelse relatert til stress (Maercker et al., 2013).

Forandringer på A-kriteriet

PTSD skiller seg fra andre psykiske lidelser, ved å kreve en etiologisk hendelse i form av å bli eksponert for én eller flere potensielt traumatiserende hendelser for å kunne stille en diagnose. Selv om det regnes som en sentral del av diagnosen å ha opplevd en potensielt traumatiserende hendelse, har eksponeringskriteriet (kalt A-kriteriet) vært gjennom flere endringer siden introduksjonen i DSM-III (APA, 1980; Hyland et al., 2021). Det er enighet i diagnosesystemene om at en person må ha opplevd en potensielt traumatiserende hendelse for å oppfylle kriteriene for PTSD (Brewin et al., 2017). Likevel har de ulike tilnærminger til eksponeringskriteriet. Endringene av A-kriteriet i DSM-5 inkluderte tydeliggjøring i beskrivelser av hva som anses som traumatisk. Beskrivelsene innebærer at eksponering kan forekomme på flere måter: som personlig erfaring, som vitne til eller at man får høre om detaljene i en hendelse som har rammet andre nære, som venner og familie, eller ved gjentatt eksponering av detaljer fra en traumatiserende hendelse (Miller et al., 2014). ICD-11 gir klinikere veiledning og beskriver i sin definisjon at PTSD og CPTSD «kan utvikle seg etter eksponering for en ekstremt truende eller forferdelig hendelse eller serie av hendelser» (Hyland et al., 2021). ICD-11 legger til rette for en mer åpen og subjektiv vurdering av en traumatiserende hendelse.

Del to av A-kriteriet (A2), som tok for seg personens subjektive emosjonelle reaksjon ved hendelsen (bla. intens frykt, hjelpeløshet) ble fjernet både i DSM-5 og ICD-11 (Miller et al., 2014). Begrunnelsen var evidens som viste at personer som har fått PTSD ikke nødvendigvis hadde disse følelsene i hendelsestidspunktet (Friedman et al., 2011).

Symptomene

I valget mellom en bred og en smal definisjon har arbeidsgruppene gjensidig kritisert hverandre. ICD-11 har blitt kritisert for å ha gått for en for smal tilnærming, som blir for

generell i symptomuttrykket og utelukker det arbeidsgruppen bak DSM-5 anså som viktige symptomer (Kilpatrick, 2013). Definisjonen til DSM-5 har blitt kritisert for å være for bred og kompleks. DSM-5 sin definisjon av PTSD består av betydelig flere symptomer, og antallet skiller seg markant fra andre lidelser som angst og depresjon (Brewin, 2013).

I forsøk på å skape klinisk nytte argumenterte arbeidsgruppen bak DSM-5 for å presentere diagnosen som en liste over symptomer og diagnostiske algoritmer. Sammenlignet fokuserer ICD-11 på klinisk nytte ved å gi beskrivelser av lidelsen, som er ment å inkludere essensielle trekk (Sachser et al., 2022). Det gjør definisjonene markant forskjellige.

Symptomkategorier – gjenopplevelse og økt aktivering

Gjenopplevelse og økt aktivering er de to symptomkategoriene som skiller seg mest fra hverandre i de ulike diagnose-systemene. Det er bred enighet i feltet om at opplevelsen av ufrivillige bilder av traumehendelser som trenger inn i bevisstheten er et kjernesymptom ved PTSD. Hvorvidt disse bildene skal forekomme som en opplevelse av at hendelsen skjer på nytt eller som et ubehagelig minne har vært diskutert (Brewin, 2011). Ifølge Brewin er følelsen av at bildene og minne oppleves her og nå en kjernefaktor som skiller inntrengende bilder etter traumatiserende hendelser fra lignende inntrenginger man ser ved andre psykiske lidelser, som depresjon. Brewins poengtering av at minner skal gjenoppleves her og nå, påvirket revideringen av både DSM-5 og ICD-11.

I følge Brewin et al. (2010) manglet B1-symptomet (påtrengende minner) i DSM-IV et tydelig skille mellom minner og grubling. De trakk frem hvordan kriteriet hadde likhetstrekk med gjentagende grubling sett ved depresjon og andre psykiske lidelser, og derfor var for uspesifikt for PTSD. Begrunnelsen var at påtrengende minner etter en traumatiserende hendelse fremkommer som sensoriske minner av kort varighet med en her og nå-kvalitet, mens grublende tanker som knyttes til depresjon er evaluerende og har lenger varighet. Økt ubehag knyttet til minnene, mangel på kontekst og følelsen av at minnene ble gjenopplevd i nåtid påvirker alvorlighetsgraden av PTSD (Brewin et al., 2010). Arbeidsgruppen tok høyde for dette i utviklingen av i DSM-5 hvor B1-symptomet nå gjelder uønskede påtrengende sensoriske-, emosjonelle-, fysiologiske- eller atferdsminner, og utelukker abstrakte tanker og vurderinger av den traumatiserende hendelsen. Arbeidsgruppen godkjente et mer restriktivt B1-kriterium for å forsøke og utelukke depressive symptomer (Friedman, 2013).

Arbeidsgruppen bak ICD-11 beskriver gjenopplevelseskriteriet som uønskede, påtrengende minner som forkommer her og nå, og anser dette som en kjernefaktor ved PTSD. I revideringen ble det spesifisert at gjenopplevelsen skal forekomme i nåtid. Dette er en

endring fra gjenopplevelseskriteriet i ICD-10, hvor det ikke var et krav at minnene skulle oppleves som om de forekom her og nå. Det betyr at i ICD-11 inngår det i kriteriet at den traumatiserende hendelsen ikke bare huskes ufrivillig, men oppleves som gjentatt her og nå i form av levende bilder eller minner, tilbakeblikk eller gjentatte drømmer eller mareritt (Brewin, 2013).

Diagnosesystemene er forskjellige i hvilke symptomer de har inkludert knyttet til økt aktivering. Mens ICD-11 inkluderer vedvarende opplevelse av økt trussel, hyperårvåkenhet og forsterket skremselsrespons, har DSM-5 i tillegg inkludert irritabilitet og sinne, uforsvarlig eller selvdestruktiv atferd, konsentrasjonsvansker og søvnproblemer. Dette er symptomer ICD-11 opplevde som for uspesifikke (Wisco et al., 2016).

Komorbiditet

Forekomst av flere ulike sykdommer eller lidelser samtidig hos en pasient kalles for komorbiditet og betyr samsykelighet (Malt og Hem, 2020). Funn fra flere studier viser at PTSD ofte forekommer sammen med andre psykiske lidelser. Forholdet mellom PTSD og komorbide tilstander er komplekst, ved noen lidelser kan det se ut som PTSD er med på å utvikle tilstanden, mens andre lidelser ser ut til å øke sårbarheten for å utvikle PTSD etter traumeeksponering (Brady et al., 2000). Spesielt affektive- og angstlidelser har symptomoverlapp som kan gjøre differensialdiagnostisering vanskelig. En av de største utfordringene kan være underdiagnostisering av PTSD som resultat av mangelfull vurdering av traumehistorien og fokus på andre mer tilgjengelige symptomer (Brady et al., 2000).

Flere av symptomene i DSM-5 overlapper med andre lidelser. Søvnforstyrrelser, konsentrasjonsvansker og irritabilitet overlapper med generalisert angstlidelse og depresjon, hvor sistnevnte i tillegg deler symptomer på negative oppfatninger om seg selv, selvbredelse, redusert interesse for aktiviteter og følelsesmessig nummenhet. At komorbiditet med PTSD og depresjon blir høy er derfor ikke overraskende (Brewin et al., 2017). Brewin og kolleger som del av en sub-arbeidsgruppe i revideringen av angst og dissosiative lidelser i DSM-5, mente at symptomer som overlapper med andre lidelser burde ekskluderes fra PTSD-diagnosen. De argumenterte for at mange symptomer vil skape for stor variasjon blant pasienter som oppfyller diagnosekriteriene (Friedman, 2013).

Målet med ICD-11 sin tilnærming var å fange opp spesifikke symptomer på PTSD blant annet for å redusere antall personer de antok representerte generell dysfori eller depresjon, og å redusere diagnostisk overlapp med andre lidelser (O'Donnell et al., 2014; Heeke et al., 2020). Forskning på latente faktorer ved PTSD har funnet at symptomer på angst

og depresjon ser ut til å være relatert til faktorer som reflekterer generell dysfori, heller enn de spesifikke aspektene ved PTSD som reflekterer gjenopplevelse, aktiv unngåelse og hyperaktivering (Brewin et al., 2017). Dette begrunner ICD-11 sin forenkling av PTSD hvor disse aspektene danner de tre kjernesymptomene (Stein et al., 2020). ICD-11 forsøkte å unngå overlapp med andre lidelser ved å fjerne symptomer, DSM-5 valgte å inkludere symptomer og argumenterte for at PTSD og andre psykiske lidelser kan forekomme samtidig. De komorbide tilstandene ved PTSD hos barn er i større grad observerbare, og tilfeller av PTSD kan misforstås som annen problematikk (Cohen og Scheeringa, 2009).

1.3.3 Diagnostisering av barn og unge

Hele spekteret av symptomer på PTSD har vist seg gjeldende hos barn. Derfor er det viktig at diagnosesystemene sikrer aldersrelaterte manifestasjoner og modifikasjoner av de diagnostiske kriteriene for PTSD som inkluderer fremtredende utviklingstrekk (Pynoos et al., 2009). Det diskuteres om de diagnostiske kriteriene utviklet for voksne passer for barn, som har en tendens til å utvikle færre eller mindre uttalte symptomer etter eksponering for traumatisk stress (Sachser og Goldbeck, 2016). Tidligere studier har vist at utviklingssensitive kriterier kan være mer effektive, og at de diagnostiske kriteriene for PTSD ikke er sensitive nok for barn (Cohen og Scheeringa, 2009; Perrin et al., 2000; Scheeringa et al., 2012). Hvor godt de diagnostiske kriteriene for PTSD passer for barn ble diskutert også før revisjonen av DSM-5 og ICD-11.

Arbeidsgruppen bak ICD-11 har inkludert beskrivelser av alderstilpassede symptompresentrasjoner for barn, for eksempel hvordan kjernesymptomer kan komme til uttrykk i form av repeterende lek eller i tegninger (WHO, 2019). Endringer i kriteriene eller barnespesifikke algoritmer er i midlertidig ikke spesifisert (Sachser og Goldbeck, 2016; Weems et al., 2021). Arbeidsgruppen bak DSM-5 tok hensyn til hvordan utviklingsforskjeller påvirker uttrykket til ulike lidelser ved å inkludere tekstbeskrivelser for lidelsene. PTSD i DSM-5 er mer utviklingssensitiv ved at diagnostiske terskler er senket for barn. I tillegg inkluderer DSM-5 en undertype av PTSD tilpasset barn i alderen 6 år og yngre. Den alderstilpassende diagnosen består av 16 symptomer fordelt på symptomkategoriene (a) gjenopplevelse, (b) unngåelse og negative endringer i kognisjoner og humør og (c) aktivering. Å kombinere kategoriene unngåelse og negative endringer i kognisjoner og humør gjenspeiler tilpasningen til forventet utviklingsnivå i førskolealder. For å oppfylle kriteriene for en PTSD-diagnose kreves det at barnet har ett symptom fra hver kategori som varer i minst én måned

og gir funksjonsfall (Vasileva et al., 2018). Det er fortsatt usikkerhet om hvordan PTSD bør defineres og måles hos barn i ulike aldre. Denne oppgaven ønsker å se nærmere på betydningen revisjonene har fått for diagnostisering av barn. Det er gjort mindre forskning på denne gruppen, og vi ser derfor både på forskning gjort på voksne og barn.

1.4 Forskning på betydning av ulikhetene i DSM-5 og ICD-11

Som beskrevet over representerer diagnosesystemene ulike syn på lidelsen, de skiller blant annet på antall symptomer, symptomkategorisering og hvordan de tar høyde for komorbide tilstander. Siden revideringen av DSM-5 og ICD-11 er det utført mange studier på voksne, som har sammenlignet og estimert betydningen av de konseptuelle forskjellene. Diskusjonen har vært preget av sannsynligheten om at ICD-11 sin innsnevring av symptomer vil redusere forekomsten av PTSD i befolkningen, og at DSM-5 med flere mulige symptomer vil gi større forekomst. Diskusjonen får støtte i forskningen, og ulikhetene har vist seg å påvirke PTSD-prevalens og komorbiditet.

1.4.1 Studier på voksne

Prevalens

Det eksisterer en rekke studier på voksne som undersøker betydningen på prevalens av PTSD-diagnosen avhengig av hvilket diagnosesystem som benyttes. I et representativt utvalg voksne ukrainske internt fordrevne var prevalensen av PTSD 27.4 % med DSM-5 og 21.0 % med ICD-11 (Shevlin et al., 2018). Heeke et al. (2020) rapporterte at DSM-5 identifisere signifikant flere tilfeller, 88.0 % ($n=147$), enn ICD-11 80.0% ($n=134$). O'Donnel et al. (2014) fant at prevalensen ved DSM-5 var signifikant høyere enn ICD-11 (6.7 % vs. 3 %). Videre fant de at en betydelig andel av de som oppfylte kriteriene for PTSD, kun gjorde det i ett sett med kriterier og ikke det andre (O'Donnel et al., 2014). I sum ser det ut til at forskning på forskjellene i diagnostiske kriterier gir bevis for at ICD-11 sin formulering av PTSD resulterer i lavere diagnostisk forekomst hos voksne, sammenlignet med DSM-5.

A-kriteriet

En studie undersøkte om det å kreve traumeeksponering vil påvirke frekvensen av PTSD i DSM-5 og ICD-11. De evaluerte virkningen av å bruke A-kriteriet (DSM-5), en utvidet traumedefinisjon i tråd med ICD-11 og uten eksponeringskriteriet. Resultatene viste at de fleste deltakerne oppfylte kriteriet for traumeeksponering basert på kriterium A (82 %) og

med det utvidede kriteriet (88 %). Når eksponeringskriterium ble utelatt, oppfylte 13.7 % diagnostiske kriteriene for PTSD, 13.2 % når det utvidede kriteriet ble brukt, og 13.2 % når A-kriteriet ble brukt. Studien tydet på at ICD-11 sin tilnærming med å gi klinisk veiledning i stedet for en formell definisjon, tilbyr en funksjonell løsning på noen av problemene knyttet til nåværende og tidligere forsøk på å definere traumatisk eksponering (Hyland et al., 2021).

Symptomkategorier

Forskning som ser på forskjellen mellom DSM-5 og ICD-11 på symptomkategorier finner at ulikheten mellom gjenopplevelse og økt aktivering i DSM-5 og ICD-11 forklarer deler av prevalensforskjellen (Brewin et al., 2017). ICD-11 har strengere gjenopplevelseskriterier enn DSM-5. I en studie falt prevalensen av deltakere som oppfylte kriteriene for PTSD-diagnose fra 9.0 % ved bruk av ICD-10 til 3.3 % ved bruk av ICD-11 (O'Donnel et al., 2014). Dette forklares av begrensningene gjort i antall gjenopplevings- og aktiveringssymptomer som kreves for å oppfylle kriteriene for PTSD (O'Donnel et al., 2014). Samlet viser forskningen at ICD-11 er strengere enn DSM-5, og deler av forklaringen er innstrammingen gjort i ICD-11, blant annet at kravet om at gjenopplevelseskriteriet skal gjelde her og nå (Brewin et al., 2017; Hyland et al., 2016).

Forskning komorbiditet

Både DSM-5 og ICD-11 beskriver PTSD som en uavhengig lidelse med diagnostiske grenser. Forskning på komorbiditet hos voksne viser likevel at begge diagnosesystemene har betydelig overlapp i symptomprofilene med andre internaliserende lidelser som alvorlig depresjon, dystymi og angst (Hyland et al., 2016; Shevlin et al., 2018). Forskingen viser at det er forskjell på hvilke symptomer de ulike systemene deler med ulike lidelser. Shevlin et al. (2018) fant høyere nivå av komorbiditet med angst og depresjon hos de som oppfylte kriteriene ved ICD-11. DSM-5 fanger opp betydelig flere med depresjon (Brewin et al., 2017) mens overlapp med depresjon og angst var høy ved begge de diagnostiske systemene (Heeke et al., 2020).

En studie av komorbiditet i DSM-5 og ICD-11 undersøkte PTSD-diagnosen sett opp mot generalisert angstlidelse og alvorlig depresjon. Resultatene viste at de som oppfylte kravene for PTSD ved ICD-11 hadde overlappende symptomer med generalisert angst, og generalisert angst og depresjon sammen. DSM-5 hadde på den andre siden flere overlappende symptomer med depresjon. Dette kan indikere at ICD-11 deler flere symptomer med angstlidelser, og DSM-5 deler flere symptomer med depressive lidelser (Shevlin et al., 2018).

Høyere forekomst av komorbiditet med depresjon ved DSM-5 enn ICD-11 går igjen i flere voksenstudier (O'Donnell et al., 2014).

1.4.2 Studier på barn og unge

Funn fra voksenfeltet tydeliggjør behovet for å øke kunnskapen om diagnostisering av PTSD hos barn og unge med DSM-5 og ICD-11, også sett i sammenheng med andre psykiske lidelser. Det er få slike studier gjennomført til nå, men resultatene av disse ser ut til å ligne de man finner i studier på voksne.

Prevalens

I en studie basert på 159 traumatiserte barn og unge ble de diagnostiske algoritmene for PTSD undersøkt. De fant 27.1 % færre positive tilfeller ved ICD-11 enn ved ICD-10 og 15.1 % mindre enn ved DSM-IV (Sachser og Goldbeck, 2016). Hafstad et al. (2017) fant i sin studie av overlevende etter terrorangrep på Utøya 2011, at ICD-11 identifiserer færre personer enn DSM-5. Elliot et al. (2021) undersøkte prevalensen for de nye PTSD-kriteriene i ICD-11 i forhold til ICD-10 hos barn og unge etter opplevelsen av en enkelt traumatiserende hendelse. Resultatene tyder på det samme som funn av studier voksne, ved bruk av ICD-11 vil færre barn og unge oppfylle kriteriene for diagnosen (Elliot et al., 2021). Sachser et al. (2018) undersøkte et utvalg bestående av 475 barn (7-17 år) fra psykiske helseklinikker for barn i USA, Norge og Tyskland. De fant at prevalens av PTSD var signifikant lavere ved bruk av ICD-11 (23.4%) sammenlignet med DSM-5 (37.8%). Forskjellene i prevalens kunne i stor grad forklares av lav forekomst av gjenopplevelsessymptomene ved ICD-11. De fant at å inkludere påtrengende minner til gjenopplevelseskriteriet økte prevalensen fra 23 % til 32 % i ICD-11 (Sachser et al., 2018). Til forskjell fra ovennevnte studier fant Danzi og La Greca (2016) svært lik prevalens ved bruk av de diagnostiske algoritmene på et utvalg barn (7-11 år) usatt for orkanene Ike og Charley: DSM-IV (15.3 % og 9.9 %), DSM-5 (14.1 % og 6.5 %) og ICD-11 (14.9 % og 8.9 %). Det er hittil gjennomført få studier på barn, og det er behov for flere. I sum tyder forskningen i barnefeltet så langt på at forekomst av PTSD blir lavere ved bruk av ICD-11. Dette er i tråd med funn på voksne.

Diagnostisk enighet

For å undersøke om de samme barna oppfyller kriterier for PTSD med DSM-5 og ICD-11 har flere studier undersøkt diagnostisk enighet mellom systemene. Hafstad et al.

(2017) fant det de omtalte som alvorlig lav enighet mellom de som oppfylte kriteriene for PTSD-diagnosen med både ICD-11 og DSM-5. Videre resultater viste at hvis de inkluderte påtrengende minner som et gjenopplevelseskriterium ved ICD-11 ble de diagnostiske frekvensene mer like (Hafstad et al., 2017). Sachser et al. (2018) rapporterte at 49 % oppfylte kravene til PTSD ved begge systemene. Av de rapporterte oppfylte 43 % PTSD kun med DSM-5 og 8 % kun med ICD-11. De rapporterte i likhet med Hafstad et al. (2017) at den diagnostiske enigheten med DSM-5 økte med 10-15 % ved inkludering av påtrengende minner uten her og nå-kravet i gjenopplevelseskriteriet (Sachser et al., 2018). Selv om prevalensen ved de to algoritmene var svært lik, fant Danzi og La Greca (2016) at den diagnostiske enigheten var lav på tvers av diagnosesystemene, hvor ICD-11 identifiserte barn med mer alvorlige kjernesymptomer på PTSD (symptomer delt av alle de diagnostiske systemene) (Danzi og La Greca, 2016). Lav enighet kan føre til utfordringer knyttet til diagnostisering, og kan føre til overbehandling eller mangel på traumespesifikk behandling avhengig av hvor i verden man blir diagnostisert.

Prediktorer

Forskning viser at faktorer som har vist å predikere PTSD inkluderer å være kvinne (Brewin et al., 2000) og å ha opplevd flere traumatiske opplevelser (kumulative traumer) (Copeland et al., 2007). Ditlevsen og Elklit (2010) fant i sin studie at kvinner hadde dobbelt så høy PTSD-prevalens som menn, det høyeste forholdet fant de mellom kvinner og menn i 21-25 år. Videre fant de at alder ikke påvirket PTSD-prevalens. Forskjeller knyttet til påvirkningen av prediktorene alder, kjønn og kumulative traumer hos barn spesifikt på DSM-5 opp mot ICD-11, har kun blitt undersøkt i en studie gjort av Bruckman et al. (2020). De identifiserte i tråd med tidligere studier på voksne, kvinnelig kjønn og kumulative traumer som signifikante risikofaktorer for PTSD. De fant ingen prediktiv verdi av alder. I sammenligning av DSM-5 og ICD-11 fant de at undersøkte prediktorer ikke har ulik innvirkning i de ulike diagnosesystemene.

Bidrag fra forskningen

Ser man på resultatene til Sachser og Goldbeck (2016), Hafstad et al. (2017), Elliot et al. (2021) og Sachser et al. (2018), tyder de på at det å anvende ICD-11 vil heve terskelen for å oppnå en PTSD-diagnose for barn. Kan det være slik at den smale tilnærmingen til ICD-11 kan gi en for restriktiv diagnose for traumatiserte barn? I store deler av verden benyttes ICD-kriteriene som indikasjon for behandling, og en betydelig andel barn kan oppleve å ikke få

tilpasset behandling basert på diagnosekriteriene. Det gjøres funn som tyder på at det i tillegg er liten diagnostisk enighet mellom DSM-5 og ICD-11 hos barn og unge (Danzi og La Greca, 2016; Hafstad et al., 2017). Ulikheter i prevalens og diagnostisk enighet skaper utfordringer knyttet til forskning og klinisk praksis. Barn som oppfylte kriteriene for PTSD i DSM-5 rapporterte også symptomer på angst og depresjon, det samme ble ikke funnet med ICD-11 (La Greca et al., 2017). Det finnes betydelig mindre forskning på komorbiditet med PTSD hos barn, her er det behov for videre forskning.

At det eksisterer to diagnoser med samme navn, som består av ulike symptomer, fanger opp ulike personer og gir ulik grad av overlapp med andre diagnoser, kan potensielt skape problemer for forskning, klinikere og pasienter. Det er uklart hvor stor innvirkning det vil få for barn, men det kan føre til at om man får en diagnose, som også betyr rett på behandling, avhenger av hvilket diagnosesystem terapeuten bruker. Det kan bety at barn som kan ha nytte av traumefokusert behandling muligens ikke får tilbud om dette.

1.5 Formålet med studien og problemstillinger

Det er godt etablert at barn kan utvikle PTSD. I litteraturen beskrives ulikheter i hvordan posttraumatiske stressreaksjoner kommer til uttrykk hos barn og voksne. Forskning på voksne har vist at både DSM-5 og ICD-11 finner overlapp mellom symptomer på andre lidelser og symptomer på PTSD. Det er lite forskning på betydningen diagnosesystemenes revisjoner har for barn og unge, men studier har vist at barn og unges symptomer på posttraumatisk stress kan forveksles med andre lidelser som generalisert angst, depresjon og oppmerksomhetsvansker. PTSD er som nevnt en av de mest brukte diagnosene av terapeuter over hele verden og vi har lite kunnskap om hvilken betydning det vil å ha diagnostisere barn og unge med enten DSM-5 eller ICD-11.

Ved å systematisk utrede, diagnostisere og behandle mennesker er det et etisk ansvar å kunne forankre de diagnostiske avgjørelsene i empiri. Formålet med denne undersøkelsen er å utvide kunnskapen om diagnostisering av PTSD hos barn og ungdom, knyttet til de gjeldende diagnosesystemene. I denne oppgaven skal vi se nærmere på betydningen av de ulike diagnostiske tilnærmingene til PTSD som finnes i DSM-5 og ICD-11, hos et utvalg norske barn og unge som har vært i kontakt med barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk eller kommunal psykologtjeneste grunnet potensielt traumatiserende erfaringer og symptomer. Vi har følgende fem problemstillinger:

- 1) Hvor stor andel barn og unge oppfyller kriteriene for PTSD-diagnose når kriteriene enten for DSM-5 eller ICD-11 legges til grunn? Vår hypotese er at flere barn ville oppfylle diagnosekriteriene for PTSD ved bruk av DSM-5, sammenlignet med ICD-11.
- 2) I hvilken grad er det de samme barna som oppfyller kriterier for PTSD ved anvendelse av DSM-5 og ICD-11? I tråd med tidligere studier på barn og unge forventer vi å se liten grad av enighet mellom de diagnostiske systemene.
- 3) Hva er prevalensen av de ulike symptomkategoriene? Vår hypotese er å finne størst forskjell i andel som rapporterte om gjenopplevelse og økt aktivering – og at symptomene i disse klyngene vil forekomme mer hyppig dersom DSM-5 kriteriene er brukt.
- 4) I hvilken grad er det overlapp mellom PTSD og andre psykiske plager som depresjon, eksteraliserende vansker og oppmerksomhetsvansker, avhengig av om man bruker DSM-5 eller ICD-11? Vår hypotese er at ICD-11 har mindre grad av overlapp med andre psykiske plager enn DSM-5.
- 5) Hva er den prediktive verdien av alder, kjønn, type traumehendelse og antall traumehendelser for PTSD i henhold til DSM-5 og ICD-11? Våre hypoteser er at: (a) jenter i større grad vil oppfylle kriteriene for PTSD, (b) at gruppen som har opplevd interpersonlige traumer i større grad vil oppfylle kriteriene, (c) at gruppen som har opplevd flere traumehendelser i større grad vil oppfylle kriteriene, og (d) at prediktorene vil gi like utslag i begge diagnosesystemene.

2. Metode

2.1 Kontekst og prosedyrer

Denne hovedoppgaven baserer seg på krysseksjonelle data hentet fra tre ulike utvalg. Utvalg én består av barn og ungdom som gjennom vanlige henvisningsprosedyrer er henvist til barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) over hele Norge og ett av Statens Barnehus. Utvalget er hentet fra «Implementering av TF-CBT i BUP 2018-2021», en større klinisk studie som gjennomføres av Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk

Stress (NKVTS). Prosedyre for studien var følgende: Deltakerne ble kartlagt for potensielt traumatiserende hendelser og symptomer som en del av standard utredning. Inklusjonskriteriene var om deltakere var eksponert for minst én potensielt traumatiserende hendelse, var mellom 6 og 18 år, og rapporterte posttraumatiske symptomer av klinisk relevans (skåre ≥ 15 på KATES-2). Terapeuter på BUP samlet inn data med selvrapporteringsskjemaene KATES-2 og PCS-17 (se 2.4.1 Måleinstrumenter) som var lastet inn på et nettbrett. Dataene ble så automatisk kryptert og sendt til Tjenester for Sensitive Data (TSD) ved Universitet i Oslo. Studien er godkjent av regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) (REK-nummer: 190005, NSD meldeskjemanummer: 754715). Samtlige deltakere fikk muligheten til å reservere seg fra studien (See også Jensen et al., 2022 for en nærmere beskrivelse).

Utvalg to består av også barn og ungdom som gjennom vanlige henvisningsprosedyrer er henvist til barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) over hele Norge. Dataene er hentet fra «Kartlegging av traumatiske erfaringer og symptomer – en internasjonal valideringsstudie» gjennomført av NKVTS. Prosedyren for denne studien var følgende: Deltakerne ble kartlagt for potensielt traumatiserende hendelser og symptomer som en del av vanlige inntaksprosedyrer. Inklusjonskriteriene var om deltakere var eksponert for minst én potensielt traumatiserende hendelse, var mellom 6 og 18 år, og rapporterte posttraumatiske symptomer av klinisk relevans, definert av en sumskåre ≥ 15 på KATES-2. Terapeuter på BUP brukte KATES-2, PSC-17 og SMFQ (Se 2.4.1 Måleinstrumenter) som ledd i kartleggingen av barna. Skjema ble sendt anonymt i posten til forskere som punchet resultatene og la dem inn på TSD ved Universitet i Oslo. REK vurderte at prosjektet falt utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. Helseforskningsloven § 2. Det ble innhentet samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger, og data er håndtert i anonym form og i tråd med anbefalinger fra NSD (Prosjektnummer er 61092 NSD). (Se også Sachser et al. (2022), for en nærmere beskrivelse).

Det tredje utvalget består av barn som er henvist til kommunale tjenester for psykisk helse for trinnvis TF-CBT-behandling. Dataene er hentet fra studien «Utprøving av Trinnvis TF-CBT i kommunale tjenester for psykisk helse» gjennomført av NKVTS. Prosedyren for studien var følgende: Barn som ble henvist til kommunale tjenester for psykisk helse ble kartlagt for potensielt traumatiserende hendelser og symptomer KATES-2, PSC-17 og SMFQ (Se 2.4.1 Måleinstrumenter). Inklusjonskriteriene for studien var at barnet måtte være mellom 7 og 12 år og vært eksponert for en potensielt traumatiserende hendelse minst én måned før kartleggingen. Barnet måtte ha fylt 3 år ved hendelsen og ved kartleggingen ha eksplisitt

minne om hendelsen. Barnet måtte rapportere minst 5 klinisk relevante symptomer på posttraumatisk stress hvor minst ett symptom var gjenopplevelse og ett var unngåelse. I tillegg måtte barnet bekrefte i individualsamtale med terapeut at barnet følte seg trygg i hjemmet med omsorgspersoner. Eksklusjonskriterier var om barnet viste antydning til suicidalitet, psykose, generelle lærevansker, autismspekterlidelse, eller annen tilstand som kunne være begrensende. I tillegg ekskluderte studien barn medisinert på psykoaktiv medisin eller som allerede fikk traumebehandling. Der omsorgsperson var årsak til en potensielt traumatiserende hendelse, hadde en diagnose tilknyttet rusmisbruk siste 3 månedene, eller viste annen tilstand som kunne begrense omsorgspersonens evne til å fullføre studien ble barnet ekskludert. Om det var søsken der begge oppfylte kriteriene ble kun den yngste inkludert i studien. Etter kartleggingen ble skjemaene digitalisert, anonymisert og lastet opp i TSD (Se også Skjærvø et al. (2022) for en nærmere beskrivelse). Se tabell 2 for en oversikt over måleinstrumenter brukt i de tre underutvalgene.

2.2 Utvalg

Dataene i utvalget for denne studien består av 290 barn fra 7 og 18 år fra de tre ovennevnte utvalgene med gjennomsnittsalder på 13.63 år ($SD = 2.87$) hvor 70.4 % av utvalget bestod av jenter.

Utvalget hadde vært eksponert for mellom 1 til 15 ulike potensielt traumatiserende hendelser (gjennomsnitt: 4.5). Selvrapporterte data var tilgjengelig for 290 deltakere; barn rapporterte seksuelt overgrep (44.5%), opplevd eller vært vitne til fysisk vold eller misbruk, (70.7%), mobbing (62.1%), naturkatastrofe, ulykke, eller medisinsk prosedyre (43.5), traumatisk tap (38.6%), krig (4.1%), og andre ikke spesifiserte stressende eller skremmende hendelser (43.8) (se tabell 4 for prosentandel per type traume). Mange deltakere har opplevd flere potensielt traumatiserende hendelser, og summen av prosentandelene overskrider derfor 100 %.

Tabell 2

Oversikt over begreper og måleinstrumenter brukt i de tre underutvalgene

Begrep	Måle-instrument	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Total N
Potensielt traumatiske hendelser og posttraumatiske stress symptomer	KATES-2	176	54	60	290
Symptomer på depresjon	SMFQ		52	54	106
Eksternalisering	PSC-17	60	48	57	165
Oppmerksomhetsvansker	PSC-17	60	48	57	165

2.3 Mål

2.3.1 Måleinstrumenter

KATES-2: Kartlegging av traumatiske erfaringer og posttraumatiske symptomer

KATES-2 er et selvrapporterings skjema utviklet for at barn fra 7-17 år kan rapportere om eksponering for potensielt traumatiserende hendelser og symptomer på posttraumatisk stress. Skjemaet består av to deler. Første del er et verktøy for undersøkelse av potensielt traumatiserende hendelser som kartlegger naturkatastrofer, ulykker, vold i hjemmet, opplevelse eller vitne til vold, mobbing, traumatisk tap, krig og seksuelt misbruk. Skjemaet er utformet som en strukturert liste som presenterer 15 ulike type traumer hvor deltakerne kan svare “ja” eller “nei”. Andre del kartlegger omfanget av posttraumatiske reaksjoner og gjennomføres hvis én eller flere av spørsmålene fra første del besvares med «ja». Denne er utarbeidet som 20 spørsmål som skal besvares på en Likert-skala med fire responskategorier (0 = aldri, 1 = noen ganger, 2 = ofte, 3 = nesten alltid) og 5 spørsmål om funksjonell fungering besvares med “ja” eller “nei” (Sachser et al., 2022).

KATES-2 er utarbeidet for å kunne anvendes både etter DSM-5 og ICD-11 sine kriterier for PTSD og CPTSD. Vi har anvendt en kategorisk skårings-tilnærming både med DSM-5 og ICD-11 sine diagnostiske algoritmer (se tabell 3). Med rapportert skåre ≥ 2 på et spørsmål registreres gitte symptom på posttraumatisk stress som til stede. Svekkelse ved psykologisk fungering vurderes etter fem dikotome variabler med to responskategorier, «ja» og «nei» som spør om tidligere rapporterte symptomer forstyrrer fem hovedområder ved fungering (å komme overens med andre, skole/jobb, hobbyer, familierelasjoner og generell tilfredshet). Cronbach's alpha for de 20 symptomspørsmålene viste en reliabilitet på .88.

For å tilfredsstillte kriterier for PTSD ifølge DSM-5 må følgende kriterier tilfredsstilltes: ≥ 1 symptom på gjenopplevelse (spørsmål 1-5), ≥ 1 symptom på unngåelse (spørsmål 6-7), ≥ 2 symptom på negativ selvfølelse/kognisjon (spørsmål 8-14 hvor høyeste skåre på spørsmål 9, 10, og 15 gjelder), ≥ 2 symptomer på økt aktivering (spørsmål 15-20), ≥ 1 ja-svar på funksjonell fungering.

For å tilfredsstillte kriterier for PTSD ifølge ICD-11 må følgende skårer på kategorinivå tilfredsstilltes: ≥ 1 symptom på gjenopplevelse (spørsmål 2, 3), ≥ 1 symptom på unngåelse (spørsmål 6, 7), ≥ 1 symptom på økt aktivering (spørsmål 17, 18), ≥ 1 ja-svar på funksjonell fungering.

For å tilfredsstillte kriterier for Kompleks PTSD ifølge ICD-11 må i tillegg følgende skårer på kategorinivå tilfredsstilltes: ≥ 1 symptom ved emosjonsregulering (spørsmål 14, 15a), ≥ 1 symptom på negativt selvkonsept (spørsmål 9d, 10a), ≥ 1 symptom på forstyrrelse i relasjon (spørsmål 9b, 13) (se tabell 3).

Tabell 3

Kategorisk skåring av KATES-2 ved DSM-5 og ICD-11

Kriterier	PTSD			
	DSM-5		ICD-11	
	Spørsmål	Krav	Spørsmål	Krav
Gjenopplevelse	1-5	≥ 1	2-3	≥ 1
Unngåelse	6-7	≥ 1	6-7	≥ 1
Negativ selvfølelse/kognisjon	8-14	≥ 2	-	-
Økt aktivering	15-20	≥ 2	17-18	≥ 1
Funksjonell fungering	1-5 j/n	≥ 1	1-5 j/n	≥ 1
CPTSD				
Emosjonsregulering	-	-	14, 15a	≥ 1
Negativt selvkonsept	-	-	9d, 10a	≥ 1
Forstyrrelse i relasjon	-	-	9b, 13	≥ 1

Note. På spørsmål 9a-d, 10a-b og 15a-b gjelder høyeste skåre. Hvert spørsmål skåres på en likert-skala fra 0-3 (0 = aldri, 1 = noen ganger, 2 = ofte, 3 = nesten alltid). Med rapportert skåre ≥ 2 på et spørsmål registreres gitte symptom på posttraumatisk stress som til stede.

Vi gjennomførte en kategorisering ved å summere antall interpersonlige og ikke-interpersonlige hendelser basert på samtlige 15 spørsmål ved KATES-2. Som interpersonlige hendelser summerte vi følgende spørsmål: påført vold (3, 4, 5), vitne til vold i familien (6),

seksuelt overgrep (8, 9), alvorlig mobbing (10, 11) og alvorlig sykdom eller dødsfall hos nær relasjon (12). Som ikke-interpersonlige hendelser summerte vi: naturkatastrofe (1), ulykke eller skade (2), vitne til vold i nærmiljøet (7), skremmende medisinsk behandling (13), krig (14) og andre skremmende hendelser (15).

Antall traumer opplevd fant vi ved å summere dikotome variabler per type traume rapportert med KATES-2. Interpersonlige traumer fant vi ved å summere spørsmål på symptomer som vi klassifiserte som interpersonlige (spørsmål 3-6, 8-9, 10-12).

Short Mood and Feelings Questionnaire

Short Mood and Feeling Questionnaire (SMFQ) er et selvrapporeringskjema på 13 spørsmål (se appendiks A1) som måler depresjonssymptomer hos barn og unge. Det er validert for bruk av barn i alderen 6 år og oppover. De 13 spørsmålene besvares på en 3-punkts Likert-skala (0= ikke sant, 1= noen ganger, 2= sant). En skåre på 12 eller høyere indikerer tilstedeværelse av sannsynlig depresjon (Angold og Costello, 1987). Reliabilitet og validitet har vist seg å være adekvate (Thabrew et al., 2018). Cronbach's alpha for de 13 spørsmålene var .89 i vårt utvalg.

Pediatrik symptomsjekkliste-17 (PSC-17)

Pediatrik symptomsjekkliste-17 (PSC-17) er et rapporteringskjema for å identifisere og vurdere emosjonelle- eller atferdsmessige problemer ved underskalaene: oppmerksomhetsvansker, internaliserende vansker (symptomer på depresjon og angst), og eksternaliserende vansker (symptomer på forstyrrende oppførsel). Skjemaet eksisterer både som selvrapporeringskjema for barn og unge og som rapporteringskjema for omsorgspersoner. Skjemaet har 17 spørsmål (se appendiks A2) som måles på en 3-punkts Likert-skala (0= aldri, 1= noen ganger, 2= ofte) (Gardner et al., 1999). En skåre på ≥ 15 på den totale skalaen (høyeste skåre mulig = 34) indikerer klinisk nivå for depresjon. I denne studien brukte vi underskalaene som måler oppmerksomhetsvansker og eksternalisering. En skåre på ≥ 7 på underskalaene for oppmerksomhetsvansker og eksternalisering indikerer betydelige klinisk nivåer (Gardner et al., 1999). Reliabilitet og validitet har vist seg å være adekvate (Jacobson et al., 2019). Cronbach's alpha for de 17 spørsmålene en reliabilitet på .80 i vårt utvalg.

2.4 Statistiske analyser

Samtlige analyser er gjennomført med IBM SPSS (Versjon 28). Grafikk er laget med Microsoft Office Excel (Versjon 16.54). Dataene er skåret med DSM-5 og ICD-11 sine algoritmer i tråd med KATES-2 sin kategoriske skåringsmanual (se vedlegg).

2.4.1 Prevalens av PTSD

Vi opprettet dikotome variabler for PTSD-diagnose etter KATES-2 sin kategoriske skåringsmanual og gjennomførte frekvensanalyse for å finne prevalensen av PTSD i DSM-5 og PTSD og CPTSD i ICD-11. Prevalens ble sammenlignet for statistisk signifikante forskjeller med McNemars test. For å vurdere i hvilken grad det er de samme barna som tilfredsstilte kriteriene i DSM-5 og ICD-11 anvendte vi Cohens kappa.

2.4.2 Diagnostisk enighet

For å finne diagnostisk enighet og spesifikke forskjeller mellom DSM-5 og ICD-11 gjennomførte vi en krysstabellanalyse. Da kunne vi finne hvem som oppfyller kriteriene for PTSD-diagnose ved DSM-5 og ICD-11, PTSD-diagnose kun ved DSM-5, PTSD-diagnose kun ved ICD-11, og hverken ved DSM-5 eller ICD-11.

2.4.3 Prevalens på symptomkategorier

For å undersøke prevalens av symptomkategoriene ved PTSD begynte vi med å fordele spørsmålene ved KATES-2 til tilhørende symptomkategori for så å summere skårene til symptomspørsmålene slik at vi fikk en sumvariabel for hver symptomkategori. Dette gjorde vi både for DSM-5 og ICD-11 etter deres kategoriske skåringsalgoritme (se tabell 3). Deretter lagde vi en dikotom variabel (ja/nei-variabel) per symptomkategori basert på kravene ved både DSM-5 og ICD-11 (se tabell 3). Vi gjennomførte så frekvensanalyse ved hver dikotome variabel.

For å vurdere statistisk signifikans ved prevalens mellom symptomkategoriene gjenopplevelse og økt aktivering anvendte vi McNemars test. Vi sjekket ikke om resterende symptomkategorier var statistisk signifikante da de enten ikke var inkludert i begge diagnosesystemene (negative endringer i kognisjoner og humør, emosjonsregulering, negativt selvkonsept, og forstyrrelse i relasjon) eller hadde identiske krav ved de kategoriske algoritmene tilknyttet DSM-5 og ICD-11 (unngåelse, og funksjonell fungering).

2.4.4 Komorbiditet

Vi undersøkte komorbiditet mellom PTSD og depresjon, oppmerksomhetsvansker, og eksternalisering ved å sammenligne utfallet ved SMFQ og PSC-17 opp mot utfallet ved KATES-2 i henhold til både DSM-5 og ICD-11. Prevalens av depresjon, oppmerksomhetsvansker og eksternaliserende vansker i utvalget fant vi med frekvensanalyse. For å vurdere statistisk signifikans ved prevalens mellom PTSD og de ovennevnte komorbide lidelsene anvendte vi McNemars test.

Vi summerte skårene på spørsmålene om depresjon fra SMFQ til en totalskåre. Deretter laget vi en ny dikotom variabel hvor totalskåre på ≥ 12 ga verdien 1 (sannsynlig depresjon), mens en skåre på under 12 fikk verdien 0 (ikke sannsynlig depresjon). For å undersøke prevalens av komorbiditet mellom depresjonsmål og mål på PTSD opprettet vi en dikotom variabel hvor 1 = både indikasjon på PTSD og depresjon og 0 = ikke indikasjon på både PTSD og depresjon. Vi lagde en slik variabel for PTSD med DSM-5 og en for PTSD med ICD-11. Deretter gjennomførte vi en frekvensanalyse for hver av disse dikotome variablene. Med oppmerksomhetsvansker, og eksternaliserende vansker gjorde vi det samme som nevnt over med skårene på PSC-17 for spørsmål tilknyttet nevnte vansker.

2.4.5 Prediktorer ved DSM-5 og ICD-11.

For å estimere den prediktive verdien variablene kjønn, alder, antall traumer, og interpersonlige traumer hadde på PTSD ifølge DSM-5-kriterier og PTSD ifølge ICD-11-kriterier anvendte vi multippel logistisk regresjonsanalyse. Variablene ble justert for hverandre.

3. Resultater

3.1 Bakgrunnsvariabler

Deltakerne denne studien hadde en gjennomsnittsalder på 13,63 (SD = 2,87) hvor 70.4 % av utvalget bestod av jenter. Gjennomsnittet av antall forskjellige potensielt traumatiserende hendelser opplevd var 4.5. Av de 290 deltakerne rapporterte 93.8% å ha opplevd minst ett interpersonlig traume.

Tabell 4

Andel som har rapportert ulike potensielt traumatiserende hendelser

Type traume (spørsmål)	% (Ntot=290)
1. Alvorlig naturkatastrofe, som flom, tornado, orkan, jordskjelv eller brann	11.4
2. Alvorlig ulykke eller skade, som bil-/sykkelulykke, hundebitt eller idrettsskade	27.6
3. Truet, slått eller hardt skadet av noen i familien min	35.2
4. Truet, slått eller hardt skadet av noen på skolen eller i nærmiljøet	42.8
5. Angrepet, knivstukket, skutt på eller ranet	7.6
6. Sett noen i familien min bli truet, slått, eller hardt skadet	36.6
7. Sett noen på skolen eller i nærmiljøet blitt truet, slått, eller hardt skadet	31.7
8. Noen har gjort seksuelle ting med meg (som tatt meg på tissen, rumpa, puppene) eller fått meg til å gjøre seksuelle ting med dem når jeg ikke kunne si nei. Eller jeg var tvunget eller presset	40.0
9. Noen har bedt om eller presset meg til å gjøre seksuelle ting på nettet eller i sosiale medier – som å ta eller sende bilder	18.6
10. Noen har mobbet meg ansikt til ansikt. Sagt veldig stygge ting som skremmer meg	57.6
11. Noen har mobbet meg på internett. Sagt veldig stygge ting som skremmer meg	30.7
12. Noen jeg er glad i har dødd plutselig eller på en brutal måte	38.6
13. Jeg har hatt en stressende eller skremmende medisinsk behandling	21.4
14. Opplevd eller vært i nærheten av krig	4.1
15. Opplevd andre stressende eller skremmende hendelser	43.8

3.2 Prevalens av PTSD

Prevalensen av PTSD i henhold til DSM-5 var 55.9% og i henhold til ICD-11 33.2%. Denne forskjellen var signifikant ($p < .001$), noe som betyr at bruk av DSM-5 medfører at flere får diagnosen PTSD sammenlignet med hvis man bruker ICD-11. Vi fant også at 19.3% oppfylte kriteriene til kompleks posttraumatisk stresslidelse (CPTSD). Denne diagnosen er ikke inkludert i DSM-5.

3.3 Diagnostisk enighet

Vi la sammen prosentandelen av de som kun ble identifisert med DSM-5 og de som ble identifisert med både DSM-5 og ICD-11, og fant at 74.5 % får diagnostisert PTSD med DSM-5. Ved å gjøre det samme med prosentandelen som identifiseres kun av ICD-11 og de som ble identifisert både ICD-11 og DSM-5 fant vi at 22% diagnostisert med PTSD med

ICD-11 ($p < .001$). Cohens kappa viste at det var en moderat grad av enighet mellom diagnosene satt i henhold til de to diagnosesystemene $\kappa = .508$ ($p < .001$).

Tabell 5

Prevalens av PTSD med DSM-5 og ICD-11

PTSD	%	N
Kun DSM-5	24.1	70
Kun ICD-11	1.4	4
Både ICD-11 og DSM-5	31.4	91
Verken ICD-11 eller DSM-5	43.1	125

3.4 Prevalens på symptomkategorier

Vi så på prevalens av symptomkategoriene til DSM-5 og ICD-11 (se tabell 6). Vi fant en størrelsesforskjell på 35.9% for Gjenopplevelse (81.7% v. 45.8; $p > .001$) og en forskjell på 16.3% for Økt aktivering (81.0% v. 64.7%; $p > .001$).

Tabell 6

Prevalens per symptomkategori

Symptomkategori	DSM- 5 (%)		ICD-11	
	(%)	(N total = 295)	(%)	(N total = 290)
Gjenopplevelse	81.7	241	45.8	135
Unngåelse	85.1	251	85.1	251
Negative endringer i kognisjoner og humør	73.9	218	n/a	n/a
Økt aktivering	81.0	239	64.7	191
Funksjonsnedsettelse	86.8	256	86.8	256
CPTSD (kun hvis ICD-11 PTSD er oppfylt)				
Vansker med affektregulering	n/a	n/a	66.9	194
Negative endringer i kognisjoner og humør	n/a	n/a	56.6	164
Forstyrrelse i relasjoner	n/a	n/a	57.6	167

3.5 Komorbiditet

Da vi undersøkte indikasjon på depresjon, fant vi en prevalens på 15.2% (Ntot=106). Skårene på oppmerksomhetsvansker viste prevalens på 23.4% (Ntot = 165). Eksternaliserende vansker hadde en prevalens på 6.2%. Blant deltakere som tilfredsstilte kriterier for PTSD i DSM-5 hadde 24.5% sannsynlig depresjon, og 21.8% hadde oppmerksomhetsvansker. Deltakere som tilfredsstilte kriteriene for PTSD i ICD-11 var 12.3% med sannsynlig depresjon, og 12.1% med oppmerksomhetsvansker.

Sammenlignet med deltakere diagnostisert med ICD-11 viser deltakere diagnostisert med PTSD ved DSM-5 signifikant høyere komorbiditet med depresjon (12.2%; $p = .001$) og oppmerksomhetsvansker (23.5%; $p = .001$). Dette betyr at når DSM-5 brukes kan en forvente en høyere komorbiditet mellom PTSD og depresjon, og mellom PTSD og oppmerksomhetsvansker.

3.6 Prediktorer for DSM-5 og ICD-11.

Vi undersøkte om det er ulike prediktorer for PTSD med DSM-5 og ICD-11 ved å gjennomføre multippel logistisk regresjonsanalyse med følgende variabler: kjønn, alder, antall traumer, interpersonlige traumer som prediktorer (se tabell 7). Med DSM-5 fant vi en signifikant større sannsynlighet for å få diagnostisert PTSD jo eldre man var. Med ICD-11 sin algoritme fant vi at det var signifikant større sannsynlighet å få diagnostisert PTSD om man er jente, jo eldre man er, og jo høyere antall ulike traumer man har opplevd.

Tabell 7

Prediktorer ved PTSD

	DSM-5			ICD-11		
	B	p	Exp(B)	B	p	Exp(B)
Kjønn	.311	.305	1.364	.792	.028	2.209
Alder	.140	.007	1.150	.139	.016	1.150
Antall traumer	.095	.137	1.099	.146	.029	1.157
Interpersonlige traumer	-.195	.755	.823	.233	.780	1.263

4. Diskusjon

Med denne studien ønsket vi å utvide kunnskapen om betydningen av å ha diagnosesystemer med divergerende diagnostiske kriterier for PTSD. Vi undersøkte hvilken betydning de ulike kriteriene for PTSD i DSM-5 og ICD-11 har for prevalens av PTSD, diagnostisk enighet, komorbiditet med depresjon og oppmerksomhetsvansker, og etter hva som kjennetegner barn som oppfyller kriteriene for PTSD. Oppsummert viste resultatene at enigheten mellom diagnosesystemene er relativt stor, men det var signifikante forskjeller i prevalens. Mer spesifikt fant vi at flere barn oppnådde diagnosekriteriene for PTSD ved bruk av DSM-5 sammenlignet med ved bruk av ICD-11. Analysene viste at det er flere som oppfylte kriterier for gjenopplevelse og økt aktivering ved bruk av DSM-5 kriteriene enn ICD-11. Det var større overlapp mellom depresjon og PTSD, og mellom oppmerksomhet og PTSD ved bruk av DSM-5 enn ved ICD-11. Det var liten overlapp mellom eksternalisering og PTSD ved bruk av både DSM-5 og ICD-11. Analysene viste også at i vårt kliniske utvalg, predikerte høyere alder sannsynlighet for å få PTSD både ved bruk av DSM-5 og ICD-11. I tillegg hadde jenter og de med høyere antall traumer større sannsynlighet for å få PTSD ved bruk av ICD-11. Hvordan kan vi forstå disse resultatene?

4.1 Intensjonen med revideringene

I innledningen presenterte vi en diskusjon rundt PTSD som har pågått siden 1970. Hensikten med DSM-5 var å favne bredt og inkludere symptomer som representerer PTSD. Målet med ICD-11 var et innsnevret og strengere diagnosesystem, som kun registrerte de som hadde utviklet posttraumatisk stress tilknyttet potensielt traumatiserende hendelser. Med andre ord kan man si at intensjonen bak DSM-5 er at de diagnostiske kriteriene skal fange opp hele tilstandsbildet av PTSD, mens arbeidsgruppen bak ICD-11 valgte å rendyrke differensialdiagnostikken og redusere sannsynligheten for overlapp mellom PTSD og andre diagnoser. Vi vil diskutere hvordan våre funn er relevante for den foregående diskusjonen. Først vil vi diskutere funnene i relasjon til andre studier, deretter ser vi på diagnosenes formål i lys av revideringen av DSM-5 og ICD-11, til slutt vil vi se en utviklingspsykologisk forståelse påvirker diagnostisering av traumer hos barn.

4.2 Resultat av revideringene

4.2.1 Prevalens og enighet mellom diagnosesystemene

Resultatene fra studien viste signifikant forskjell i prevalens av PTSD hos barn i diagnosesystemene. Med DSM-5 oppfylte 55.9 % kriteriene, og med ICD-11 oppfylte 33.2 % kriteriene. Som forventet viste resultatene at flere barn ville oppfylle diagnosekriteriene for PTSD ved bruk av DSM-5 sammenlignet med ved bruk av ICD-11, hypotesen vår ble bekreftet. Dette er i tråd med resultatene til Hafstad et al. (2017), Elliot et al. (2021) og Sachser et al. (2018), som fant at prevalens av PTSD var lavere ved bruk av ICD-11 enn med DSM-5. Våre resultater støtter antagelsen om at forskjellene etter revideringen av diagnosesystemene har betydning for prevalens også hos barn. Litteraturen har vist at ICD-11 er strengere enn DSM-5 (Hansen et al., 2015). Dette er i seg selv en mulig forklaring på hvorfor færre barn i vårt utvalg oppfylte kriteriene på PTSD ved bruk av ICD-11. Ved å inkludere flere symptomer har DSM-5 skapt muligheter for at mange forskjellige symptomsammensetninger kan oppfylle kriteriene for PTSD. Endringene i DSM-5 førte til 636 120 kombinasjoner av symptomrepresentasjoner (Galatzer-Levy og Bryant, 2013). Det betyr at mange barn vil bli diagnostisert med PTSD ved bruk av DSM-5, men ikke ved bruk av ICD-11.

Videre fant vi at den diagnostiske enigheten mellom DSM-5 og ICD-11 på 74.5 %, var større enn vi forventet basert på andre studier. Sachser et al. (2018) rapporterte en enighet på 54 % i sin studie og Danzi og La Greca (2016) fant 38 % enighet. En mulig forklaring på større enighet i våre resultater kan ha å gjøre med hvilke utvalg som ble undersøkt i de ulike studiene. Vårt utvalg bestod av barn i kontakt med kommunale tjenester for psykisk helse eller som var henvist til BUP. Det likner mest utvalget til Sachser et al. (2018) som bestod av barn fra psykiske helseklinikker i USA, Norge og Tyskland. Av nevnte studier er grad av diagnostisk enighet i vårt utvalg mest lik Sachser et al. (2018), selv om det likevel er en forskjell. Utvalget til Hafstad et al. (2017) av barn og unge utsatt for terrorhandling, og Danzi og La Greca (2016) med barn utsatt for naturkatastrofe, skiller seg mer fra vårt utvalg, disse finner begge lav grad av enighet mellom diagnosesystemene.

En siste forklaring kan være at vårt kliniske utvalg består av barn som strever, og det kan tenkes at vi har en gruppe barn som begge diagnosesystemene vil være enige om at oppfyller PTSD. Det er mulig å se for seg at et utvalg hvor en lavere andel vil oppfylle kriteriene for PTSD vil gi mindre enighet mellom diagnosesystemene, da det er sannsynlig at flere barn kan havne i grenseland mellom kriteriene.

4.2.2 Komorbiditet

Ormhaug et al. (2012) har påpekt at det kan være særlig vanskelig å diagnostisere barn med PTSD nettopp på grunn av overlappende symptomer med depresjon og andre internaliserende lidelser. Et mål for diagnosesystemene i revideringen var å øke spesifisiteten til diagnosen ved å inkludere symptomer essensielle for PTSD. Spesielt ICD-11 hadde fokus på å redusere symptomer som representerte generell dysfori eller depresjon og redusere overlapp med andre lidelser. DSM-5 tok til orde for at et bredt utvalg symptomer vil gi klinikere mulighet til å fange opp de typiske representasjonene av diagnosen. De ble kritisert for å fange opp symptomer som overlapper med generalisert angstlidelse og depresjon. I studien undersøkte vi komorbiditet ved å se på symptomer på depresjon, oppmerksomhetsvansker, og eksternaliserende vansker.

Depresjon

Det eksisterer som nevnt mindre forskning på komorbiditet med PTSD hos barn. I vår studie fant vi dobbelt så høy andel barn som hadde betydelig nivå av depresjonssymptomer i tillegg til PTSD ved DSM-5 (24.5%) enn hos barn diagnostisert med PTSD ved ICD-11 (12.3%). Dette var forventet ut fra tidligere studier på voksne (Hyland et al., 2016; O'Donnell et al., 2014; Shevlin et al., 2018). Resultatene er i tråd med funn gjort av La Greca et al. (2017), hvor mange barn som oppfylte kriteriene for PTSD i DSM-5 i tillegg hadde symptomer på depresjon og angst. De fant ikke den samme tendensen ved ICD-11. En forklaring kan være at noen symptomer ved depresjon er de samme som noen av symptomene ved PTSD i DSM-5. På den ene siden underbygger resultatene kritikken rettet mot DSM-5, et bredt utvalg symptomer fanger opp flere komorbide tilfeller med depresjon. På den andre siden støtter resultatene hensikten bak DSM-5, de ønsket å gå ut bredt for å sikre at pasientgruppen klinikere fanger opp representerer helheten i diagnosen.

En annen forklaring er at ICD-11 er strengere, det vil si at de har ekskludert kriterier de ikke regner som kjernesymptomer på PTSD. Det vil da bety at barn som oppfyller kriteriene i ICD-11 vil ha høyere andel kjernesymptomer på PTSD, enn barn som registreres med DSM-5. Videre kan man tenke seg at barn som oppfyller kriteriene i DSM-5 vil ha et bredere spekter av symptomer og dermed også et høyere antall kombinasjoner av symptomer. Om det er tilfelle kan vi tenke oss at det ved bruk av DSM-5 oppstår flere tilfeller av PTSD som vil ligne mer på depresjon enn ved bruk av ICD-11. Dette fordi noen av barna får kombinasjoner av symptomer som ligger så tett opp mot depresjon at de også oppfyller

kriteriene i måleinstrumentet for depresjon. Vi fant at ICD-11 fanger opp en andel barn med symptomer på depresjon, men i mindre grad enn DSM-5. Det ser altså ut til at ICD-11 til en viss grad har lyktes i å spesifisere kriterier for PTSD som utelukker symptomer som overlapper med depresjon.

Disse resultatene kan gi flere mulige utfall. Et mulig resultat av at ICD-11 er strengere og fanger opp tilfeller knyttet til kjernesymptomer, er at barn som får diagnosen er sikret behandling tilpasset de traumespesifikke symptomer som er mest fremtredende. Men et annet resultat ved bruk av ICD-11 er at en andel barn ikke oppfyller kriteriene for PTSD i hele tatt. Det kan bety at de ikke vil motta behandling med fokus på traumesymptomer, men kanskje heller får behandling for en annen lidelse. Vi ser både i litteraturen og i våre resultater at barn i tillegg til kjernesymptomer på PTSD viser uspesifikke symptomer, og at det er vanskelig å diagnostisere PTSD hos barn og unge (Ormhaug et al., 2012). Det kan være viktigere å sikre at barn som har psykiske plager etter traumer får behandling tilpasset disse, selv om de har symptomer på depresjon eller andre lidelser i tillegg. Det kan forebygge at de havner i et negativt utviklingsspor eller at PTSD blir kronisk som følge av manglende behandling (Hiller et al., 2016; Yule et al., 2000). Resultatene våre indikerer at hvilket diagnosesystem som benyttes, kan få betydning for hvilke barn som vil få behandling og hvilken type behandling de får.

Oppmerksomhet

Studier av barn har vist at hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) og traumelidelser kan opptre samtidig (Ford og Connor., 2009). Forskningslitteraturen antyder at det er betydelige forskjeller mellom PTSD og ADHD, men at barn med ADHD kan vise symptomer som ligner de stressresponsene man ser hos barn etter en potensielt traumatiserende hendelse (Daud og Rydelius, 2009; Løwgren og Evensen., 2019). I vår studie hadde vi ikke informasjon om hvorvidt barna oppfylte kriteriene for ADHD eller ikke, men oppmerksomhetssymptomer er en del av ADHD og vi undersøkte derfor overlapp mellom oppmerksomhetssymptomer og PTSD ved begge diagnosesystemene. Vi fant at overlapp mellom symptomer på oppmerksomhet og PTSD var 21.8 % i DSM-5 og 12.1 % i ICD-11. En mulig forklaring er at ICD-11 ekskluderte vansker med å konsentrere seg som symptom, for å forsøke å utelukke overlapp med andre lidelser, som ADHD.

Våre resultater tydeliggjør en utfordring i å skille mellom symptomene på disse lidelsene. Vi vet fra henvisninger til BUP at ADHD utgjør den største diagnosekategorien i psykisk helsevern for barn. Samtidig opplever mange en potensielt traumatiserende hendelse

uten at dette nevnes i henvisningen (Løwgren og Evensen, 2019). Vi vet også at slik PTSD uttrykkes hos barn kan fortolkes som andre utfordringer som konsentrasjonsvansker, hyperaktivitet og opposisjonell atferd (Ormhaug et al., 2012; Goenjian et al. 1995; Yule og Udwin, 1991). Hvis disse symptomene kun tolkes som symptomer på ADHD, kan det innebære at barn som henvises med mistanke om ADHD, egentlig kan ha opplevd potensielt traumatiserende hendelser uten at dette fremkommer i henvisningen. Denne utfordringen får frem kompleksiteten ved å diagnostisere PTSD hos barn, og viktigheten av å gjøre en grundig differensialdiagnostikk vurdering av ADHD i diagnostisering av PTSD og motsatt. I samsvar med våre resultater, antyder litteraturen at å implementere kartlegging av potensielt traumatiserende hendelser kan bidra til å identifisere flere traumeutsatte barn (Lang et al., 2017). I tillegg til å bidra differensialdiagnostisk ved å ta hensyn til at barn kan ha opplevd traumer, selv om det er henvist på bakgrunn av andre symptomer, som ADHD, vil implementering av rutinemessig kartlegging kunne rette et større fokus på at barn opplever potensielt traumatiserende hendelser.

At barn viser utfordringer knyttet til oppmerksomhet i sine traumereaksjoner er i tråd med utviklingsmodellen til Pynoos et al. (1999). Modellen trekker frem hvordan potensielt traumatiserende hendelser kan få innvirkning på barns tillærte evner og oppgaver, og påvirke utvikling av nye oppgaver i etterkant av hendelsen. Oppmerksomhet trekkes frem som et eksempel på dette. Barn som opplever traumatiske hendelser, vil få større utfordringer med å styre oppmerksomheten sin, siden PTSD symptomer medfører gjenopplevelser og aktivering knyttet til dette. Dersom de ikke får hjelp til å regulere egne følelser eller behandling av dette kan det tenkes at det forstyrrer utviklingen av funksjoner knyttet til oppmerksomhet og kapasiteten til å styre denne.

4.2.3 Karakteristika hos unge med PTSD

Analysene våre viste signifikant større sannsynlighet for å få diagnostisert PTSD både med DSM-5 og ICD-11 jo eldre barna var. I tillegg viste de at jenter og de som har opplevd høyere antall traumer har signifikant større sannsynlighet for å få diagnostisert PTSD med ICD-11. Bruckmann et al. (2020) har gjennomført det eneste studien (kjent for oss) på barn, som undersøker alder, kjønn og kumulative traumers innvirkning på PTSD i ICD-11 og DSM-5. De fant at konfidensintervaller for den prediktive verdien av identiske prediktorer i ICD-11 og DSM-5 viste stor grad av overlapp. Det betyr at prediktorene undersøkt i utvalget, ikke hadde en differensiell innvirkning sett opp mot de to ulike diagnosesystemene. Våre resultater

er ikke like entydige som de i Bruckmann et al. (2020) sin studie. Analysene våre viser innvirkning av ulike prediktorer i diagnosesystemene, kjønn og antall traumer påvirker sannsynlighet for å få diagnostisert PTSD ved ICD-11, mens analysene viser ikke signifikant sannsynlighet med DSM-5. Fordi det er gjort lite forskning på prediktorenes innvirkning på muligheten for å bli diagnostisert med PTSD i det ene eller andre diagnosesystemet, er det utfordrende å forstå hvorfor vi fant mindre entydige resultater i vårt utvalg.

Kjønn

En mulig forklaring på hvorfor kjønn predikerte PTSD i ICD-11 er at vi hadde et klinisk utvalg bestående av barn med høyt symptomtrykk. Tidligere forskning har vist at forekomsten av psykiske lidelser hos tenåringsjenter er høyere enn hos tenåringsgutter (Bang et al., 2018). Den nasjonale Ungdata-undersøkelsen viste et høyt nivå av psykiske plager både hos gutter og jenter, men med overvekt hos jenter. Hos gutter i alderen 13-16 år rapporterte 9 % høyt nivå av psykiske plager, sammenlignet med 25 % av jentene. I alderen 16-19 år rapporterte 12 % av guttene høyt nivå av psykiske plager, sammenlignet med 29 % av jentene (Bakken, 2021). Samtidig vet vi at resultatet av at ICD-11 fokuserte på kjernesymptomer på PTSD, er at de som oppfyller kriteriene har mer alvorlig symptomrepresentasjon (Barbano et al., 2019). Det kan tenkes at de som i vårt utvalg oppfyller kriteriene for PTSD ved ICD-11 er eldre jenter, som har opplevd flere traumer og har alvorlig symptomrepresentasjon. Dette vil i så fall kunne forklare hvorfor prediktorene kjønn (jente), alder og antall traumer hadde signifikant prediktiv verdi ved bruk av ICD-11. En mulig forklaring på hvorfor vi ikke fant lignende resultat for DSM-5 kan være at diagnosesystemet inkluderer personer med et bredere symptomuttrykk, det kan derfor tenkes at flere av de mindre alvorlige sykdomstilfellene havner i den gruppen. Ut fra våre analyser kan vi anta at flere gutter med mindre alvorlige symptomrepresentasjoner ville oppfylt kriteriene ved DSM-5, og at kjønn, type traume og antall traumer derfor ikke predikerer PTSD i DSM-5 i vårt utvalg. Flere jenter enn gutter oppnår kriteriene for PTSD, mens gutter viser større atferdsvansker assosiert med traumatiske stressorer (Dyregrov og Yule, 2006). Det kan tenkes at en annen mulig forklaring på overrepresentasjonen av jenter med PTSD, kan være at gutters symptomer sjeldnere vurderes som en konsekvens av traumeerfaringer, men heller tolkes som atferdsvansker.

Alder

I studien var det større sannsynlighet for å få PTSD-diagnose jo eldre barna var i begge diagnosesystemene. Forskningen som er gjort på alder som prediktor for PTSD, har

ikke vist konsistente tendenser til påvirkning av PTSD-prevalens (Ditlevsen og Elklit, 2010). Bruckmann et al. (2020) fant i sin studie at alder ikke predikerte PTSD diagnosen i noen av diagnosesystemene. Vi fant det motsatte i våre analyser, det kan tyde på at alder er en prediktor som varierer på tvers av utvalg. Det finnes lite forskning som kan hjelpe oss å forstå hvorfor vi finner at alder predikerer PTSD-diagnose i begge diagnosesystemene. En mulig forklaring kan være knyttet til selvrapporing. Om det er lettere for eldre barn å reflektere rundt sine egne vansker, fordi de har mer utviklet kognitiv kapasitet, vil i så fall yngre barn ha større utfordringer med å svare på spørsmål og rapportere om hendelser de har opplevd og vansker de har. Hvis diagnostisering av PTSD baserer seg på selvrapport kan da dette skape en risikofaktor for å ikke fange opp disse symptomene hos de yngre barna.

En annen forklaring på hvorfor alder predikerer sannsynligheten for å få PTSD, kan være at eldre barn kan ha opplevd flere traumer. Ungdom har hatt mer tid til å oppleve potensielt traumatiserende hendelser enn yngre barn har (Copeland et al., 2007; Finkelhor et al., 2009). En tredje mulige forklaring kan være at ungdom ofte har større grad av frihet og beveger seg rundt i samfunnet på egenhånd, med alderen øker graden av seksuell aktivitet og de viser en større tendens til risikoatferd (Forgey og Bursch, 2013). Disse faktorene kan øke sjansen ungdom har for å oppleve potensielt traumatiserende hendelser, sammenlignet med hos yngre barn.

Antall og type traumatiserende hendelse

Det viste seg ut fra våre analyser av interpersonlige traumer, at denne faktoren ikke har signifikant prediktiv verdi for noen av diagnosesystemene. I vårt utvalg hadde en andel på 93 % opplevd minst ett interpersonlig traume. Siden nesten alle hadde opplevd interpersonlige traumer var det trolig for liten varians i utvalget til å ha mulighet til å undersøke om dette har sammenheng med sannsynlighet for få PTSD diagnose. Våre resultater er i tråd med forskning som tyder på at rundt 80 % av traumeutsatte barn har opplevd både interpersonlig og ikke-interpersonlig traumatiske hendelser (Chu et al., 2008). Interpersonlig traumer knyttes til større grad av psykologiske reaksjoner (Cloitre et al., 2009), så det at vi i vårt kliniske utvalg ser en så stor grad av interpersonlig traumer er ikke overraskende.

Det å ha blitt utsatt for interpersonlige traumer kan tenkes å påvirke barnets syn på seg selv i større grad enn ikke-interpersonlige traumer. Det kan tenkes at barn får tanker om hvorfor mennesker rundt dem er hensynsløse overfor dem og tviler på sin egen rolle i det. «Hva er det med meg som gjør at jeg må oppleve dette igjen?». I tråd med Ehlers og Clark (2000) sin kognitive teori, vil negative tolkninger ha betydning for posttraumatiske

stressreaksjoner. Og om barn får slike tanker om seg selv kan det fremkalle problematiske mestringsstrategier og negative emosjoner, som hindrer dem i å endre negative tolkninger og bearbeide traumeminnet. Ikke-interpersonlige traumer forekommer ofte som enkelthendelser, hvor interpersonlige traumer oftere er gjentakende.

I vårt utvalg hadde 263 av 290 barn opplevd flere enn to ulike typer traumer, og gjennomsnittet på antall type traumer de hadde opplevd var 4.5. Våre analyser viser at antall traumer henger sammen med økt sannsynlighet for å få PTSD i ICD-11, men ikke i DSM-5. En forklaring på dette kan være lignende den vi så ved kjønn som prediktor, hvor vi trakk frem at DSM-5 inkluderer barn som viser et bredere symptomuttrykk, og dermed kan inkludere barn med mindre alvorlige symptompresentasjoner. Det er mange tidligere studier som har vist at gjentatte traumehendelser utgjør en risikofaktor for å utvikle PTSD (Finkelhor et al., 2009; Cloitre et al., 2006). Og det kan derfor tenkes at det er større sjanse for at antall traumer predikerer PTSD i ICD-11, hvis det er sånn at de fanger opp de sykeste barna. Våre resultater skiller seg fra studien til Bruckmann et al. (2020) som fant at kumulative traumer predikerte PTSD i begge diagnosesystemene.

En grunn til at det å bli utsatt for flere traumehendelser medfører posttraumatiske stressreaksjoner kan være at det øker antall mulige traumepåminnere. Ehlers og Clark (2000) beskrev i sin teori at uhensiktsmessige antagelser relatert til traumehendelser påvirker opprettholdelsen av traumesymptomer og negative emosjoner. Barn som opplever gjentatte traumer kan få antagelser som: det er min skyld det som skjedde, jeg er ødelagt eller andre er ikke til å stole på. Slike antagelser oppstår ofte hos barn når de prøver å skape mening til den traumatiserende hendelsen (Fagermoen et al., 2017). Det gjør at barnet kan føle at verden blir et utrygt sted hvor de ikke kan stole på andre mennesker. Det kan være vanskelig for barn å forstå hvorfor flere fæle ting har skjedd med dem, og enda vanskeligere å kommunisere rundt reaksjonene de får i etterkant. Slik kan multitraumatisering ramme barnets kognisjoner, utvikling og forståelse av seg selv.

4.3 To ulike diagnosesystemer: Fordeler og ulemper i klinisk praksis

4.3.1 Diagnosens formål

Diagnoser har en avgjørende betydning for mye som gjøres innen medisin og psykologi. De er nødvendige for å informere pasienter, og muliggjør kommunikasjon om lidelser mellom klinikere og forskere, de er avgjørende for å anvende effektiv og

hensiktsmessig behandling, og de gir rettigheter knyttet til oppfølging, behandlingstilbud og velferdsytelser (Surís et al., 2016). Diagnoser kan ha minst tre hovedformål: de skal legge til rette for kommunikasjon både klinikere seg imellom og med pasienter, de gir rettigheter og de fungerer som en veileder for type intervensjoner og behandling som kan være best egnet for pasienten. Hvordan kan vi forstå formålene i lys av våre resultater?

Kommunikasjonsformål

I litteraturen nevnes ofte at et formål med diagnoser er at de bidrar med å tilrettelegge for kommunikasjon mellom forskere og klinikere på nasjonalt og internasjonalt nivå ved å skape et felles språk for vansker (Kapadia et al., 2022; Lempérière, 1995). Resultatene våre indikerer at terapeuter som bruker DSM-5-kriterier for å avgjøre om et barn har PTSD, ikke nødvendigvis vil komme frem til at det samme resultat som terapeuter som bruker ICD-11-kriterier. Dette kan bety at terapeuter som bruker DSM-5 kan få en gruppe pasienter med PTSD som er litt annerledes enn de som bruker ICD-11. Våre resultater tyder på at pasientene til terapeutene som bruker DSM-5 vil ha litt mer symptomer på depresjon og oppmerksomhet, mens pasientene til dem som bruker ICD-11 vil ha flere symptomer på gjenopplevelse. PTSD betyr altså ikke det samme for de to gruppene barn.

For å kunne kommunisere godt og forstå hverandre er det en fordel å bruke ord og begrep på samme måte. Når det er nyanseforskjeller i hvordan PTSD blir operasjonalisert kan det skape misforståelser. For eksempel kan det tenkes at i kommunikasjon mellom klinikere som benytter seg av hvert sitt diagnosesystem, kan viktig informasjon gå tapt i antagelsen om at de snakker om de samme barna. Forskjell mellom diagnosesystemene representerer en utfordring knyttet til kommunikasjon mellom forskere tilknyttet forskning basert på DSM-5 eller ICD-11. For eksempel ved at man snakker om ulike definisjoner når man snakker om PTSD. Selv om klinikere tar høyde for at tilstandsbilder varierer innenfor en diagnose, kan det likevel være med på å gjøre det vanskeligere å snakke med andre klinikere og forskere om PTSD diagnostisert med et annet system enn de selv bruker. Samlet virker det ikke hensiktsmessig ut fra et kommunikasjonsformål å ha to diagnosesystemer hvor det ikke er de samme gruppene barn som oppfyller kriteriene for PTSD.

Rettighetsformål

Et annet formål med diagnoser er å regulere hvem som har rettigheter til behandling i helsevesenet. I praksis vil diagnosene påvirke hva helsevesenet tilbyr, og hva den enkelte har krav på etter loven. Enkelte diagnoser gir rettigheter til trygd, erstatning eller andre

hjelpetiltak (Aubert og Zimmerman, 2020). Det finnes retningslinjer for ulike psykiske lidelser som inneholder faglige anbefalinger, disse bidrar til å sette standarder for blant annet utredning, behandling og oppfølging av diagnosegrupper. På en måte fungerer diagnoser som en betingelse for spesialisert helsehjelp.

Valget mellom å bruke en bred tilnærming til diagnosekriterier slik som DSM-5, eller en smal tilnærming som ICD-11 kan få konsekvenser for hvilke rettigheter som utløses. Dersom du bruker en bred tilnærming får flere barn PTSD-diagnose, og flere får rettigheter til behandling. Dersom du bruker en smalere tilnærming vil færre få PTSD-diagnose og medfølgende rettigheter. Om det viktigste er å sikre at barn med symptomer på PTSD får tilgang på behandling hos BUP og kommunale helsetjenester, kan vi tenke at en god løsning vil være å ha et diagnosesystem som favner bredt. Vi kan argumentere for at å inkludere flere symptomrepresentasjoner tillater barn som har opplevd traumer, men i tillegg har symptomer som ligner oppmerksomhetsvansker eller depresjon, en plass i behandlingssystemet.

Analysene våre viste at 55 % oppfylte kriteriene for en diagnose med DSM-5, opp mot 33 % i ICD-11. En effekt av å bruke DSM-5 som diagnosesystem kan da være at flere barn ville fått en PTSD-diagnose og tilgang på behandling. En effekt av å bruke ICD-11 kan være at færre barn med symptomer forenelig med PTSD får rett til tilpasset behandling. I lys av dette står DSM-5 frem som et diagnosesystem som i større grad vil åpne for å gi flere barn med posttraumatisk stress tilgang til behandling og ressurser.

Behandlingsformål

Et tredje formål med diagnoser er å spesifisere hvilken type behandling eller intervensjon som vil være mest nyttig for det enkelte barnet. Ut fra et fokus på behandling kan et diagnosesystem med bred symptomrepresentasjon skape et vanskeligere utgangspunkt for valg av behandlingsmetode. Ved å fokusere på de 33 % som oppfylte kriteriene for PTSD i ICD-11, kan vi anta at de representerer barn og unge med de tydeligste kjernesymptomene på PTSD i utvalget. Da kan vi med større sikkerhet anta at hensiktsmessig behandling for barn som har oppfylt diagnosekriteriene med en smal tilnærming er tilpasset traumebehandling. Det er fortsatt usikkert hvor anvendelig PTSD-kriteriene er for barn, men kriteriene har vist seg å være et nyttig rammeverk for å veilede behandlingstiltak hos barn (Perrin et al., 2000). Når vi på den ene siden tenker at DSM-5 sin brede tilnærming kunne sikre flere diagnosen, kan vi tenke at ICD-11 med sin smale tilnærming og fokus på fange opp det traumespesifikke, kan gi tydeligere retning mot hensiktsmessig behandling.

En behandlingsmetode tilpasset barn (6-18 år) som har vært utsatt for traumatiserende hendelser og fått plager i etterkant, er traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT). Metoden ble utviklet for behandling av barn usatt for seksuelle overgrep, men har blitt tilpasset for barn eksponert for flere typer traumatiserende hendelser (Cohen et al., 2017). Litteraturen viser at TF-CBT er en god behandlingsmetode ved klinisk signifikante symptomer på PTSD og komorbide symptomer (Cohen et al., 2011; Goldbeck et al., 2016). Forskning som sammenlignet terapien som normalt gis i klinikk med TF-CBT, fant at ungdom som har fått behandlingen hadde en betydelig forbedring på posttraumatiske stress-symptomer. I tillegg forbedret behandlingen symptomer på depresjon og angst. Om et barn viser symptomer både på PTSD og depresjon, kan TF-CBT være en god tilnærming for å gi traumespesifikk behandling med samtidig effekt på flere symptomer (Jensen et al., 2014). Vi vet at traumer kan bli kroniske uten tilpasset behandling (Hiller et al., 2016; Yule et al., 2000). I tillegg vet vi at symptomer på PTSD i flere tilfeller opptrer samtidig som symptomer på andre lidelser, og det kan være vanskelig å vite hvilke plager som bør behandles først. At TF-CBT har effekt på flere typer symptomer er derfor et viktig bidrag for klinikere som skal sette i gang behandling av barn i denne gruppen. Vi kan tenke oss at med DSM-5 vil flere sikres å få tilbud om en type behandling, men behandlingen kan bli mindre spesifikk. Med ICD-11 vil færre oppfylle kriteriene til PTSD og få tilbud om behandling, men de som får diagnosen vil trolig få tilbud om traumefokusert behandling. Kanskje kunne man i større grad utnytte diagnosesystemenes sterke sider og anvendt begge. Da kunne DSM-5 gi bedre forståelse av barns tilstandsbilder etter traumatiserende hendelser og ICD-11 kunne danne grunnlag for intervensjon og behandlingsform. De ulike systemene vil altså kunne brukes til ulike formål.

Uavhengig av hvilken tilnærming som blir brukt bør behandlingen evalueres underveis. Da får klinikerne mulighet til å vurdere om behandlingen gir ønsket effekt, uavhengig om de tok tak i traumespesifikke symptomer eller symptomer på andre lidelser først. Det er lite praksis for å måle effekt av behandling underveis (Weisz et al., 2012). Weisz et al. (2012) har foreslått en modulær tilnærming til terapi for barn som baserer seg på større grad av re-testing og revurderinger underveis i behandlingsforløpet. Med modellen argumenterer de for større fleksibilitet ved diagnostisering, differensialdiagnostikk og behandling.

4.3.2 Bør vi tenke helt nytt?

Det har i lang tid vært bekymring knyttet til om diagnosesystemene har tilpasset kriterier til barn og tilstrekkelig tar høyde for barns utvikling (Garber, 1984). Bekymringen

har handlet om hvordan traumer påvirker barns utvikling, og validiteten til de diagnostiske kriteriene (Perrin, 2000). Ulike muligheter for å sikre inkludering av barns traumeproblematikk har vært foreslått. Som nevnt har diagnosesystemene forsøkt å gjøre endringer for å møte disse bekymringene. DSM-5 har senket terskelen for å oppfylle kriteriene og inkludert en undertype tilpasset barn under 6 år. ICD-11 har inkludert beskrivelser av utviklingsmessige representasjoner (Vasileva et al., 2018; WHO, 2019). Resultatene vi har presentert viser at barn som har opplevd traumatiserende hendelser er sårbare i møte med diagnosesystemene. Selv om det ble gjort tilpasninger er det fortsatt bekymring knyttet til om diagnosesystemene tar nok hensyn til at barn viser posttraumatiske stressreaksjoner på andre måter enn voksne.

Dette tydeliggjør behovet for diagnosesystemer som i større grad forholder seg til teori som trekker frem viktige deler av posttraumatiske stressreaksjoner i et utviklingsperspektiv, slik Pynoos et al. (1999) forsøker i sin modell. De trekker frem hvordan det å ha bli utsatt for en eller flere traumatiske hendelser i barndommen kan få konsekvenser på lang sikt. Ifølge Pynoos et al. (1999) er PTSD kun en av mulige konsekvenser. Barn kan også oppleve andre typer konsekvenser. For eksempel kan traumerelatert unngåelse lede til tapte utviklingsmuligheter for både barn og ungdom. Ungdoms opplevelse av innsnevrede utviklingsmuligheter kan ha en negativ effekt på ambisjoner, initiativ og motivasjon, som igjen kan få negative konsekvenser for deres psykiske helse. I modellen deres kommer det også frem at barn som har opplevd en traumatisk hendelse viser økt forekomst av angstlidelser, depressive plager, sosiale vansker, skolerelaterte problemer og risikoatferd. Å ha kjennskap til Pynoos et al. (1999) sin teori kan bidra til at klinikere får en større forståelse for hvor komplekse reaksjoner barnet kan ha etter en traumatisk hendelse, som strekker seg utover de spesifikke symptomene beskrevet i diagnosesystemene.

I mangel på et diagnosesystem som fanger opp alle mulige konsekvenser av traumer, kan modellen til Pynoos et al. (1999) være nyttig for å se helheten i hvordan barn og unge kan påvirkes av potensielt traumatiserende hendelser. Det er viktig i psykisk helsevern at klinikere kjenner til hvordan traumatiske hendelser kan påvirke mange aspekter av barnets liv, da kan kjennskap til teorier eller globale modeller som bidrar med ulik forståelse av PTSD hos barn og unge være nyttig for å lage en behandlingsplan.

En annen tilnærming som tar høyde for teori kan være å tilpasse seg barns reaksjoner på traumatiserende hendelser kan være å ytterligere justere de diagnostiske kriteriene til symptomer mer forenelig med uttrykket hos barn. I litteraturen kommer det frem at barn kan vise symptomer på traumereaksjoner som fortolkes blant annet som konsentrasjonsvansker,

depressive symptomer, de kan vise forsterket sinnereaksjon, økt redsel og ha søvnevansker (Ormhaug et al., 2012; Yule, 2001). Inkluderingen av en tilpasset undertype PTSD i DSM-5 var i tråd med forslag fra tidligere studier som pekte på behov for tilpasning til yngre barn (Scheeringa et al., 2012). Det er gjort få tilpasninger i diagnosesystemene for eldre barn og unge. Studier viser at selv om kriteriene i DSM-5 i større grad er sensitive for utviklingsaspektet enn DSM-IV er det fortsatt behov for tilpasninger hos barn fra 7 år og til ungdomsalder (Mikolajewski et al., 2017). En mulighet kan være å etablere et eget system tilpasset barn, som i tillegg til å justere symptomer inkluderer aspekter fra barnets komplekse symptomuttrykk, utviklingsstadium og oppvekstmiljø.

Det er flere utfordringer med dagens konseptualisering av PTSD i DSM-5 og ICD-11. I tillegg til utfordringene som ligger i at det finnes to diagnosesystemer med litt ulike operasjonaliseringer av PTSD, kan det være at det ikke er så nyttig å ha en kategorisk tilnærming til PTSD. To personer som begge har PTSD i henhold til samme diagnosesystem kan likevel ha nokså forskjellige uttrykk. Det har derfor blitt foreslått flere flerdimensjonale rammeverk for psykisk sykdom. Et av disse er en modell kalt Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). Modellen består av hierarkisk organiserte dimensjoner satt sammen av psykopatologiske trekk. HiTOP-syndromer er dimensjonale og kartlegger ikke nødvendigvis tradisjonelle lidelser (Kotov et al., 2021). En annen modell er Research Domain Criteria (RDoC), som representerer en alternativ tilnærming til studien av psykiske lidelser basert på empirisk identifisering av grunnleggende dimensjoner av forhold mellom hjernen, biologi og atferd. De forsøkte å styre unna DSM-systemet som nærmest utelukkende baserer seg på symptomer (Hawn et al., 2022). Forskergruppene bak HiTOP og RDoC har forsøkt å fange opp kompleksiteten ved traumatisk stressreaksjoner, ved å modellere noen av kjernekaraktistikkene til PTSD som ikke anses som tilstrekkelig representert i de eksisterende diagnosesystemene. Argumentet for dette var å gi forbedret representasjon av traumerelatert psykiatrisk komorbiditet (Hawn et al., 2022).

De nevnte dimensjonale systemene er i utviklingsfasen, men enkelte forskere ønsker at kompleksiteten ved PTSD ikke blir oversett, og nye måter å tenke rundt diagnostisering av både PTSD og andre lidelser vil trolig prege forskningsfeltet fremover. Diagnostisering av barn, unge og voksne vil nok eksistere slik de gjør i dag i overskuelig fremtid. Uten en nøyaktig diagnose vil det være vanskeligere å velge passende behandling, og god kommunikasjon om sykdommer mellom klinikere og forskere vil svekkes.

4.4 Styrker og begrensninger

4.4.1 Design

Denne studien er en naturalistisk kvantitativ studie med data hentet fra tre ulike utvalg. Det er første gang en undersøkelse som dette er gjort med et validert instrument som samler inn data som kan anvendes på algoritmene for PTSD både med DSM-5 og for ICD-11. Dette anser vi som en styrke for vår studie da det vil gi innsikt i PTSD hos barn med en empirisk, validert sammenligning av diagnosesystemene, og bidra til fremskritt på feltet. Dette er også nytt og viktig for klinikere som har behov for informasjon fra algoritmen til både DSM-5 og ICD-11 (Sachser et al., 2022).

4.4.2 Validitet

Validitet er et begrep som omhandler hvorvidt et resultat gir et mål av det resultatet er ment å gi et mål på (Kvale, 2007). Det finnes ulike typer validitet.

Ytre validitet

Vi bruker ytre validitet som et mål på resultatenes grad av generaliserbarhet utover undersøkelsen til andre populasjoner (Ringdal, 2001). Slik estimerer vi hvordan vi kan si noe generelt med bakgrunn i funnene våre. Vår studie består av et utvalg barn, med omsorgspersoner, som allerede er i et behandlingssystem, og vi definerer det som et klinisk utvalg. Vi anser det som en styrke at studien har et klinisk utvalg da diagnostisering gjennomføres i en klinisk setting. Det vil være problematisk å generalisere funnene våre utover et klinisk utvalg, og utover barn som allerede får behandling. Vi anser utvalget som stort i en klinisk sammenheng (N=290). Dette styrker studiens ytre validitet. Vi baserer studien på tre ulike utvalg som har noe ulik prosedyre. Vi har ikke vektlagt disse forskjellene i denne studien. At utvalget er samlet inn fra ulike prosjekter, med litt ulike prosedyrer og inklusjon- og eksklusjonskriterier kan ha påvirket resultatene.

Med representativitet forsøker vi å forstå likheten mellom utvalget vårt og populasjonen det er tenkt at utvalget representerer. Vårt kliniske utvalg representerer barn med omsorgspersoner som allerede er henvist og får behandling ved helsetjenester i Norge. Vi anser det som en styrke ved vårt utvalg at det består av deltakere fra et høyt antall Barne- og ungdomspsykiatriske klinikker og et av Statens Barnehus, og vi tenker at utvalget er representativt for lignende kliniske utvalg i Norge. Det vil med vårt utvalg være problematisk å si noe generelt om kliniske utvalg i andre land.

Utvalget består av flere jenter (70.4%) enn gutter (29.6%). Den eksisterende litteraturen trekker frem at flere jenter enn gutter rapporterer om psykiske plager (Bang et al., 2018). Fordelingen i utvalget forstår vi slik som en styrke for representativitet.

Begrepsvaliditet

Måleinstrumentene forsøker å måle abstrakte og ikke observerbare variabler. Man antar likevel at konstruktene har en kontinuerlig latent variabel der enhetenes sanne verdier er representert (Ringdal, 2001). Begrepsvaliditet er et mål på om et måleinstrument faktisk måler det teoretiske begrepet som det er tenkt at det skal måle (Ringdal, 2001). I denne studien gjelder det hvorvidt KATES-2 faktisk måler symptomer på PTSD, om SMFQ faktisk måler symptomer på depresjon og om PSC-17 faktisk måler symptomer på oppmerksomhetsvansker og eksternaliserende vansker. Vi har ikke vurdert faktorstrukturen til KATES-2 utover å vise til litteratur som argumenterer for god validitet (Sachser et al., 2022). Det samme gjelder for SMFQ (Thabrew et al., 2018), og operasjonaliseringen av oppmerksomhetsvansker og eksternaliserende vansker til PSC-17 (Jacobson et al., 2019).

Innholdsvaliditet

Innholdsvaliditet sier noe om utformingen av et måleinstrument og om det dekker de viktigste aspektene ved begrepet det skal registrere (Ringdal, 2001). I vår studie vil det bety om spørsmålene ved de ulike måleinstrumentene registrerer det de forsøker å måle. Våre data på PTSD er rapportert inn av barn mellom 7 og 18 år med selvrapportskjemaet KATES-2. Vi kan ikke være sikre på hvor lett det var for deltakerne å svare på spørsmålene i skjemaet. Vi kan regne med at det vil være ulike oppfatninger av spørsmålene. En styrke ved studien er at samtlige deltakere fylte ut skjemaet sammen med en fagperson med klinisk kompetanse som kunne bidra med oppklaringer rundt usikkerheter og misforståelser.

Vi ekskluderte PSC-17 sine mål på internaliserende vansker (depresjon og generell angstlidelse). Hovedgrunnen til dette var at vi opplevde at spørsmålene ment å måle internaliserende vansker, hadde for stor overlapp med SMFQ sine spørsmål om depresjon (4 av 5 spørsmål ved PSC-17). Vi vurderte at SMFQ gav et bedre mål på depresjon, og at PSC-17 ikke gav tilstrekkelig god nok informasjon om generell angstlidelse i utvalget. Vi ekskluderte derfor internaliserende vansker helt, og inkluderte kun SMFQ som mål på depresjon. Vi anser det som en svakhet at vi ikke har med mål på symptomer på internaliserende vansker utover symptomer på depresjon. Da vi ekskluderte data på internaliserende vansker ved PSC-17 (N=165) til fordel for data på depresjon ved SMFQ

(N=106) mistet vi omtrent en tredjedel av størrelsen i utvalget på internaliserende vansker, noe vi anser som en svakhet. Dette kan svekke ytre validitet ved resultatene på komorbiditet mellom PTSD og depresjon.

4.4.3 Reliabilitet

Reliabilitet omhandler hvorvidt gjentatte målinger med samme måleinstrument gir samme resultat (Ringdal, 2001). Ved å undersøke intern konsistens ved måleverktøyene får man et mål på reliabilitet mellom 0 og 1 på hvor stor grad av det som måles er kontinuerlig (den sanne verdien; 1) og hvor mye som endrer seg mellom hver måling (målefeil; 0) (Ringdal, 2001). Med Cronbachs alpha fant vi moderat til god reliabilitet ved alle måleinstrumentene anvendt i denne undersøkelsen. KATES-2 viste reliabilitet på .88 med DSM-5 og .65 med ICD-11. SMFQ viste reliabilitet på .89. PSC-17 viste reliabilitet på .80.

4.4.4 Selvrapporing og rapportering fra omsorgspersoner

Vi har anvendt data fra selvrapporing på eksponering for potensielt traumatiserende hendelser og symptomer på posttraumatisk stress (KATES-2) og symptomer på depresjon (SMFQ). Dette gjorde vi basert på forskning som viser at barn og unge rapporterer dette mer nøyaktig enn omsorgspersoner. Omsorgspersoner har en tendens til å underrapportere på vegne av barnet (Hope et al., 1999; Spiegel et al., 2022; Stover et al., 2010).

Vi anvendte kun data på oppmerksomhetsvansker og eksternaliserende vansker som var samlet inn med rapportering fra omsorgspersoner ved PSC-17. Dette valgte vi fordi litteraturen viser at omsorgspersoner rapporterer mer eksternaliserende problematikk enn barn og unge gjør selv (Stover et al., 2010). Begrensninger ved dette er at symptomene kan være overrepresentert på grunn av overrapportering. Et bedre estimat kunne vi kanskje fått ved å opprette en gjennomsnittskåre mellom selvrapporingen og rapporteringen fra omsorgspersoner.

4.4.5 Type potensielt traumatiserende hendelse

Ved kategoriseringen av typer potensielt traumatiserende hendelser var det flere utfordringer vi måtte ta hensyn til. Vi kunne ikke si noe om omfanget av en serie hendelser da vi kun hadde mål på antall ulike typer potensielt traumatiserende hendelser. Vi visste ikke hvor mange ganger en person hadde blitt eksponert for én type hendelse. Vi kunne derfor ikke kategoriserte hendelser etter Terr (1991) som type 1 eller type 2.

Vi har med utgangspunkt i litteraturen kategorisert potensielt traumatiserende hendelser etter interpersonlig og ikke-interpersonlig karakter. En mulig svakhet er at kategoriseringen ikke har en tydelig definert retningslinje i litteraturen, det skaper rom for feilvurderinger. Ved å kategorisere hendelser i interpersonlige og ikke-interpersonlige hendelser bidrar resultatene våre til å styrke den etablerte forskningslitteraturen om at hendelser av interpersonlig karakter kan etterlate seg større grad av psykologiske reaksjoner (Chu et al., 2008; Cloitre et al., 2009).

4.5 Implikasjoner

4.5.1 For videre forskning

Våre funn viser at hvilket diagnosesystem som benyttes vil påvirke om man oppfyller kriteriene for en diagnose eller ikke. Det vil være interessant med mer forskning som sammenligner PTSD i DSM-5 og ICD-11 hos barn og ser på betydningen av ulike diagnosesystemer. Spesielt vil det være interessant å se flere studier som benytter seg av KATES-2 som er tilpasset både DSM-5 og ICD-11, i flere typer utvalg, med andre type traumeopplevelser og på tvers av land.

Våre resultater viste komorbiditet mellom PTSD og andre lidelser i begge systemene. Vi fant høyere komorbiditet i DSM-5 mellom PTSD og depresjon og oppmerksomhetsvansker, enn i ICD-11. I lys av dette vil det være viktig å etablere mer kunnskap om komorbiditet mellom andre lidelser og PTSD hos barn. Vi undersøkte symptomer på oppmerksomhetsvansker, men i tråd med litteraturen bør kommende studier undersøke komorbiditet med PTSD og ADHD. Det kan bidra til å øke kunnskapen om hvordan vi kan sikre at symptomene ikke feiltolkes. Vi undersøkte ikke generalisert angstlidelse (GAD) i vårt utvalg. Det bør gjennomføres forskning som inkluderer mål på angstsymptomer, som kan se på sammenhenger mellom PTSD og GAD.

Vi ser en forskjell mellom diagnosesystemene i våre studier som understreker behovet for ytterligere forskning for å optimalisere konseptualisering og diagnostisering av PTSD hos barn. Det vil være interessant å undersøke om diagnosesystemene bør tilpasse kriteriene for PTSD hos barn i enda større grad.

4.5.2 For praksis

For klinikere i psykisk helsevesen er det viktig med god forståelse av hvordan traumatiske hendelser kan påvirke barn, hvordan det kan komme til uttrykk og hvordan dette

kan tas høyde for i diagnostisering av PTSD. Våre resultater indikerer at kriteriene for å oppfylle PTSD-diagnose er strengere i ICD-11 enn DSM-5 også hos barn. Selv om en betydelig andel av utvalget oppfylte kriteriene for PTSD, fant vi og en andel barn som ikke ville fått diagnosen ved bruk av ICD-11. Klinisk har disse funnene betydning på flere områder. Et av dem handler om risiko for feildiagnostisering i BUP. Differensialdiagnostikk og kartlegging av mulige traumer bør være et område som får fokus i psykisk helsevesen for å prøve å fange opp de som har opplevd traumer og ikke rapporterer om dette i henvisning.

Basert på resultatet som tyder på at hvilket diagnosesystem som benyttes kan få betydning for hvilke barn som får diagnosen og følgende behandling, kan det være problematisk å forholde seg til kun ett diagnosesystem, i Norge brukes ICD-systemet. I tråd med både-og-tankegangen, kan klinikere i diagnostisering av PTSD benytte seg av et måleinstrument som tar høyde for symptomene fra begge diagnosesystemene. Måleinstrumentet KATES-2 er et validert mål på symptomatologi hos traumatiserte barn og unge i tråd med symptomer på PTSD i både DSM-5 og ICD-11 (Sachser et al., 2022).

Videre viser resultatene våre hvor komplekst og utfordrende det er å fange opp symptomer på traumer hos barn. Selv om det er den eneste diagnosen som sier noe om årsakssammenheng i kriteriene, ser vi at det er en diagnose som kan oppstå som resultat av mange ulike hendelser og som arter seg i ulike symptomer hos barn, unge og voksne. Dette er viktig informasjon til klinikere som jobber i psykisk helsevesen og jevnlig setter diagnoser. Vi skal være forsiktige med å oppfatte diagnoser som noe som er, det kan gi oss en illusjon om at vi har forstått noe. Vi kan ut fra vår studie tenke at det blir relevant å fokusere mer på tilstandsbilder hos barn med posttraumatiske stressreaksjoner enn på selve diagnosen. Klinikere må huske at diagnoser er konstruksjoner av symptomer, ment som et redskap. I lys av dette kan det tenkes at å bruke kasusformulering som hjelpemiddel vil bidra til å forstå barnets utfordringer i lys av opprinnelse, utvikling og vedlikehold av problemet bedre (Tarrier og Calam, 2002). Begreper som ekvifinalitet og multifinalitet er sentrale her og innebærer at flere årsaker kan gi samme resultat, men også at den samme årsaken kan gi utfall som ser forskjellige ut (Skjerve, 2011). Vi kan ikke trekke slutninger bare ut fra hvordan symptomene ser ut, og er nødt til å se det store bildet og forsøke å få oversikt over hva barnet har opplevd. Det å tenke i termer som ekvifinalitet og multifinalitet, tilstandsbilder og kasusformuleringer er viktig for klinikere, særlig fordi vi tenker at diagnoser bare er en liten del av klinikernes verktøykasse i møte med barn med traumeerfaringer.

5. Konklusjon

Denne studien har undersøkt effekten de reviderte diagnosesystemene DSM-5 og ICD-11 har på diagnostiseringen av PTSD for barn. Vi har sammenlignet systemenes diagnosekriterier og undersøkt prevalens, diagnostisk enighet, komorbiditet med depresjon, oppmerksomhetsvansker og eksternaliserende vansker, og prediktorer for PTSD. Resultatene indikerer at det er en betydelig forskjell mellom diagnosesystemene og at denne forskjellen kan få betydning for om barn oppfyller kriteriene for diagnosen. Forskjellene kan føre til ulikt grunnlag for tilgang til behandling, og hvilken type behandling som blir tilbudt. Begge diagnosesystemene viste overlappende symptomer mellom PTSD og depresjon, og PTSD og oppmerksomhetsvansker. Denne overlappen understreker viktigheten av å forstå PTSD hos barn som et komplekst og sammensatt tilstandsbilde – både for klinikere og for videre forskning.

Litteraturliste:

- Alisic, E., Zalta, A. K., Van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K., & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204(5), 335-340.
doi:10.1192/bjp.bp.113.131227
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3. utg). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Angold, A., & Costello, E. J. (1987). *Mood and feelings questionnaire: Short version*. Duke University.
- Aubert, I. & Zimmermann, C. (2020). Ikke opp til pasienten. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(6).
- Bakken, A. (2021). Ungdata 2021. Nasjonale resultater. NOVA rapport 8/21. (No. 8/21). NOVA, OsloMet.
- Bang, L., Hartz, I., Furu, K., Odsbu, I., Handal, M., Suren, P., Torgersen, L. /Folkehelseinstituttet (2018). *Psykkiske plager og lidelser hos barn og unge (Folkehelse rapporten – 2016-2018)*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/#referanser>
- Barbano, A. C., van der Mei, W. F., Bryant, R. A., Delahanty, D. L., deRoon-Cassini, T. A., Matsuoka, Y. J., ... & Shalev, A. Y. (2019). Clinical implications of the proposed ICD-11 PTSD diagnostic criteria. *Psychological Medicine*, 49(3), 483-490.
- Brady, K. T., Killeen, T. K., Brewerton, T., & Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *Journal of clinical psychiatry*, 61, 22-32.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological review*, 103(4), 670.
- 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.
- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress

- disorder. *Clinical psychology review*, 23(3), 339-376.
- Brewin, C. R., Gregory, J. D., Lipton, M., & Burgess, N. (2010). Intrusive images in psychological disorders: characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychological review*, 117(1), 210.
- Brewin, C. R. (2011). The nature and significance of memory disturbance in posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 203–227.
doi:10.1146/annurev-clinpsy-032210-104544
- Brewin, C. R. (2013). “I wouldn't start from here”—An alternative perspective on PTSD from the ICD-11: Comment on Friedman (2013). *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 557-559.
- Brewin, C. R. (2016). Commentary: The evolving conception of posttraumatic stress disorder—reflections on Danzi and La Greca (2016). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(12), 1453-1454
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., ... & Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical psychology review*, 58, 1-15.
- Bruckmann, P., Haselgruber, A., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2020). Comparing rates of ICD-11 and DSM-5 posttraumatic stress disorder in Austrian children and adolescents in foster care: Prevalence, comorbidity and predictors. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1767988.
- Chu, A. T., DePrince, A. P., & Weinzierl, K. M. (2008). Children's perception of research participation: Examining trauma exposure and distress. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, 3(1), 49-58.
- Cloitre, M., Cohen, L. R., & Koenen, K. C. (2006). *Treating Survivors of Childhood Abuse. Psychotherapy for the Interrupted Life*. New York: The Guilford Press.)
- 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.
- Cohen, J. A., Mannarion, A. P., & Deblinger, E. (2017). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents* (2. utg.). New York: The Guilford Press
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Iyengar, S. (2011). Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence: A randomized controlled trial. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 165(1), 16-21.

- Cohen, J. A., & Scheeringa, M. S. (2009) Post-traumatic stress disorder diagnosis in children: challenges and promises, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11:1, 91-99,
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of general psychiatry*, 64(5), 577-584.
- Danzi, B. A., & La Greca, A. M. (2016). DSM-IV, DSM-5, and ICD-11: Identifying children with posttraumatic stress disorder after disasters. *Journal of child psychology and psychiatry*, 57(12), 1444-1452.
- Daud, A., & Rydelius, P. A. (2009). Comorbidity/overlapping between ADHD and PTSD in relation to IQ among children of traumatized/non-traumatized parents. *Journal of Attention Disorders*, 13(2), 188-196.
- De Young, A. C., Kenardy, J. A., & Cobham, V. E. (2011). Diagnosis of posttraumatic stress disorder in preschool children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(3), 375-384.
- Ditlevsen, D. N., & Elklit, A. (2010). The combined effect of gender and age on post traumatic stress disorder: do men and women show differences in the lifespan distribution of the disorder?. *Annals of general psychiatry*, 9(1), 1-12.
- Dyregrov, A., & Yule, W. (2006). A review of PTSD in children. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(4), 176-184.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345.
- Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. (2003). Cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in children: Results of a prospective longitudinal study. *Behaviour research and Therapy*, 41(1), 1-10.
- Eid, J., & Herlofsen, P. H. (2004). Posttraumatisk stressforstyrrelse i DSM-og ICD-systemene: Implikasjoner for forskning og behandling. *Tidsskrift for norsk psykologforening*.
- Elliott, R., McKinnon, A., Dixon, C., Boyle, A., Murphy, F., Dahm, T., ... & Hitchcock, C. (2021). Prevalence and predictive value of ICD-11 post-traumatic stress disorder and Complex PTSD diagnoses in children and adolescents exposed to a single-event trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(3), 270-276.
- Fagermoen, E. M., Østensjø, T., Skagemo, C. U., Moen, G. M., & Husebø, G. K. (2017). Traumefokusert kognitiv atferdsterapi og komplekse traumer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 54(10), 978-989.
- First, M. B., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D. J., Kogan, C. S., Saunders, J. B., ... & Reed, G.

- M. (2021). An organization-and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. *World Psychiatry*, 20(1), 34-51.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2009). Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth. *Child abuse & neglect*, 33(7), 403-411.
- Fletcher, K. E. (1996). Childhood posttraumatic stress disorder. I E. J. Mash & R. Barkley (red.), *Child psychopathology* (s. 242–276). New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. Guilford Press
- Ford, J. D., & Connor, D. F. (2009). ADHD and posttraumatic stress disorder. *Current Attention Disorders Reports*, 1(2), 60-66.
- Forgey, M., & Bursch, B. (2013). Assessment and management of pediatric iatrogenic medical trauma. *Current psychiatry reports*, 15(2), 1-9.
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., Strain, J. J., Horowitz, M. J., & Spiegel, D. (2011). Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28, 737–749. doi:10.1002/da.20845
- Friedman, M. J. (2013). Finalizing PTSD in DSM-5: Getting here from there and where to go next. *Journal of traumatic stress*, 26(5), 548-556.
- Frueh, B. C., Elhai, J. D., & Acierno, R. (2010). The Future of Posttraumatic Stress Disorder in the DSM. *Psychological Injury and Law*, 3(4), 260-270. doi:10.1007/s12207-010-9088-6) 230-235. doi:10.1192/bjp.bp.113.135285
- Galatzer-Levy, I. R., & Bryant, R. A. (2013). 636,120 ways to have posttraumatic stress disorder. *Perspectives on psychological science*, 8(6), 651-662.
- Garber, J. (1984). Classification of childhood psychopathology: A developmental perspective. *Child development*, 30-48.
- Gardner, W. P., Murphy, M., Childs, G., Kelleher, K. J., Pagano, M., Jellinek, M.,...Chiappetta, L. (1999). The PSC-17: A brief pediatric symptom checklist with psychosocial problem subscales. A report from PROS and ASPN. *Ambulatory Child Health*, 5, 225–236.
- Goenjian, A. K., Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Najarian, L. M., Asarnow, J. R., Karayan, I., ... & Fairbanks, L. A. (1995). Psychiatric comorbidity in children after the 1988: earthquake in Armenia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(9), 1174-1184.
- Goldbeck, L., Mucbe, R., Sachser, C., Tutus, D., & Rosner, R. (2016). Effectiveness of

- trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents: A randomized controlled trial in eight German mental health clinics. *Psychotherapy and psychosomatics*, 85(3), 159-170.
- Hafstad, G. S., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., Maercker, A., & Dyb, G. (2017). PTSD or not PTSD? Comparing the proposed ICD-11 and the DSM-5 PTSD criteria among young survivors of the 2011 Norway attacks and their parents. *Psychological Medicine*, 47(7), 1283-1291
- Hafstad, G. S., & Augusti, E. M. (2019). Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten. En nasjonal undersøkelse av norsk ungdom i alderen, 12.
- Hansen, M., Armour, C., Wang, L., Elklit, A., & Bryant, R. A. (2015). Assessing possible DSM-5 ASD subtypes in a sample of victims meeting caseness for DSM-5 ASD based on self-report following multiple forms of traumatic exposure. *Journal of Anxiety Disorders*, 31, 84-89.
- Heeke, C., O'Donald, A., Stammel, N., & Böttche, M. (2020). Same same but different? DSM-5 versus ICD-11 PTSD among traumatized refugees in Germany. *Journal of Psychosomatic Research*, 134, 110129.
- Hiller, R. M., Meiser-Stedman, R., Fearon, P., Lobo, S., McKinnon, A., Fraser, A., & Halligan, S. L. (2016). Research Review: Changes in the prevalence and symptom severity of child post-traumatic stress disorder in the year following trauma—A meta-analytic study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(8), 884-898.
- Hope, T. L., Adams, C., Reynolds, L., Powers, D., Perez, R. A., & Kelley, M. L. (1999). Parent vs. self-report: Contributions toward diagnosis of adolescent psychopathology. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21(4), 349-363.
- Hawn, S. E., Wolf, E. J., Neale, Z., & Miller, M. W. (2022). Conceptualizing traumatic stress and the structure of posttraumatic psychopathology through the lenses of RDoC and HiTOP. *Clinical Psychology Review*, 102177.
- Hyland, P., Shevlin, M., McNally, S., Murphy, J., Hansen, M., & Elklit, A. (2016). Exploring differences between the ICD-11 and DSM-5 models of PTSD: Does it matter which model is used?. *Journal of Anxiety Disorders*, 37, 48-53.
- Hyland, P., Karatzias, T., Shevlin, M., McElroy, E., Ben-Ezra, M., Cloitre, M., & Brewin, C. R. (2021). Does requiring trauma exposure affect rates of ICD-11 PTSD and complex PTSD? Implications for DSM-5. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 13(2), 133.
- Jacobson, J. H., Pullmann, M. D., Parker, E. M., & Kerns, S. E. (2019). Measurement based

- care in child welfare-involved children and youth: Reliability and validity of the PSC-17. *Child Psychiatry & Human Development*, 50(2), 332-345.
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., ... & Wentzel-Larsen, T. (2014). A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(3), 356-369.
- Jensen, T. K., Braathu, N., Birkeland, M. S., Ormhaug, S. M., & Skar, A. M. S. (2022). Complex PTSD and treatment outcomes in TF-CBT for youth: a naturalistic study. *European journal of psychotraumatology*, 13(2), 2114630.
- Kapadia, M., Desai, M., & Parikh, R. (2022). Fractures in the framework: limitations of classification systems in psychiatry. *Dialogues in Clinical Neuroscience*.
- Kilpatrick, D. G. (2013). The DSM-5 got PTSD right: Comment on Friedman (2013). *Journal of traumatic stress*, 26(5), 563-566.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Cicero, D. C., Conway, C. C., DeYoung, C. G., ... & Wright, A. G. (2021). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A quantitative nosology based on consensus of evidence. *Annual review of clinical psychology*, 17, 83-108.
- La Greca, A. M., Danzi, B. A., & Chan, S. F. (2017). DSM-5 and ICD-11 as competing models of PTSD in preadolescent children exposed to a natural disaster: Assessing validity and co-occurring symptomatology. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1), 1310591.
- Lang, J. M., Ake, G., Barto, B., Caringi, J., Little, C., Baldwin, M. J., ... & Connell, C. M. (2017). Trauma screening in child welfare: Lessons learned from five states. *Journal of child & adolescent trauma*, 10(4), 405-416.
- Lempérière, T. (1995). The importance of classifications in psychiatry. *L'encephale*, 21, 3-7.
- Løwgren, R. H., & Evensen, K. L. (2019). ADHD og traumer. Sammenhenger og utfordringer i klinisk praksis med barn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(7), 504-513.
- Maercker, A. (2021). Development of the new CPTSD diagnosis for ICD-11. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 8(1), 1-4
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., ... & Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3), 198-206.
- Malt, U. F. (2018). *Lærebok i psykiatri* (4 red. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malt, U., & Hem, E (2020). Komorbiditet. I *Store Norske Leksikon*, hentet 13. juni 2022 fra

<https://sml.snl.no/komorbiditet>

- Malt, U. (2022). *Traume*. I Store medisinske leksikon, hentet 24. juni 2022 fra www.sml.snl.no/traume
- Meiser-Stedman, R. (2002). Towards a cognitive–behavioral model of PTSD in children and adolescents. *Clinical child and family psychology review*, 5(4), 217-232.
- Meiser-Stedman, R., McKinnon, A., Dixon, C., Boyle, A., Smith, P., & Dalgleish, T. (2019). A core role for cognitive processes in the acute onset and maintenance of post-traumatic stress in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(8), 875-884.
- Mikolajewski, A. J., Scheeringa, M. S., & Weems, C. F. (2017). Evaluating diagnostic and statistical manual of mental disorders, posttraumatic stress disorder diagnostic criteria in older children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 27(4), 374-382.
- Miller, M. W., Wolf, E. J., & Keane, T. M. (2014). Posttraumatic stress disorder in DSM-5: New criteria and controversies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(3), 208.
- Mossige, S., & Stefansen, K. (Eds.). (2007). *Vold og overgrep mot barn og unge: En selvrapporderingsstudie blant avgangselever i videregående skole*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Nooner, K. B., Linares, L. O., Batinjane, J., Kramer, R. A., Silva, R., & Cloitre, M. (2012). Factors related to posttraumatic stress disorder in adolescence. *Trauma, Violence, & Abuse*, 13(3), 153-166.
- O'Donnell, M., Alkemade, N., Nickerson, A., Creamer, M., McFarlane, A., Silove, D., . . . Forbes, D. (2014). Impact of the diagnostic changes to post-traumatic stress disorder for DSM-5 and the proposed changes to ICD-11. *British Journal of Psychiatry*, 205(3), 234-240.
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Hukkelberg, S. S., Holt, T., & Egeland, K. (2012). Traumer hos barn–blir de glemte eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 49(3), 234-240.
- Perrin, S., Smith, P., & Yule, W. (2000). Practitioner review: The assessment and treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(3), 277-289.
- Putnam, F. W. (2006). The impact of trauma on child development. *Juvenile and Family Court Journal*, 57(1), 1-11.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., & Piacentini, J. C. (1999). A developmental

- psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological psychiatry*, 46(11), 1542-1554.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Layne, C. M., Briggs, E. C., Ostrowski, S. A., & Fairbank, J. A. (2009). DSM-V PTSD diagnostic criteria for children and adolescents: A developmental perspective and recommendations. *Journal of traumatic stress*, 22(5), 391-398.
- Resick, P. A., & Miller, M. W. (2009). Posttraumatic stress disorder: Anxiety or traumatic-stress disorder? *Journal of Traumatic Stress*, 22, 384–390. doi:10.1002/jts.20437
- Ringdal, K. (2001). Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode (s. 166- 170). Bergen: Fagbokforlaget.
- Sachser, C., & Goldbeck, L. (2016). Consequences of the diagnostic criteria proposed for the ICD-11 on the prevalence of PTSD in children and adolescents. *Journal of traumatic stress*, 29(2), 120-123.
- Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T., Jungbluth, N., Risch, E., ... & Goldbeck, L. (2018). Comparing the dimensional structure and diagnostic algorithms between DSM-5 and ICD-11 PTSD in children and adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 27(2), 181-190
- Sachser, C., Berliner, L., Risch, E., Rosner, R., Birkeland, M. S., Eilers, R., ... & Jensen, T. K. (2022). The child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2)—validation of an instrument to measure DSM-5 and ICD-11 PTSD and complex PTSD in children and adolescents. *European journal of psychotraumatology*, 13(2), 2105580.
- Salmon, K., & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder in children: The influence of developmental factors. *Clinical psychology review*, 22(2), 163-188.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L., & Putnam, F. W. (2003). New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(5), 561-570.
- Scheeringa, M. S., Myers, L., Putnam, F. W., & Zeanah, C. H. (2012). Diagnosing PTSD in early childhood: An empirical assessment of four approaches. *Journal of traumatic stress*, 25(4), 359-367.
- Shevlin, M., Hyland, P., Vallières, F., Bisson, J., Makhshvili, N., Javakhishvili, J., ... & Roberts, B. (2018). A comparison of DSM-5 and ICD-11 PTSD prevalence, comorbidity and disability: An analysis of the Ukrainian Internally Displaced Person's Mental Health Survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(2), 138-147.
- Skjerve, J. (2011). Kasusformuleringer; kognitiv atferdsterapi med barn og unge—Et nyttig

- og praktisk hjelpemiddel?. Tidsskrift for Norsk Psykologforening.
- Skjærvø, I., Martinsen, M., Næss, A., Jensen, T. K., Fagermoen, E. M., Skagemo, C. U., ... & Ormhaug, S. M. (2022). Feasibility of a Parent-led Stepped Care Trauma-focused Cognitive Behavioural Therapy for Children: a Mixed Methods Pilot Trial Protocol.
- Spiegel, J. A., Graziano, P. A., Arcia, E., Cox, S. K., Ayala, M., Carnero, N. A., & O'Mara, N. L. (2022). Addressing Mental Health and Trauma-Related Needs of Sheltered Children and Families with Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (TF-CBT). *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 49(5), 881-898.
- Stallard, P. (2003). A retrospective analysis to explore the applicability of the Ehlers and Clark (2000) cognitive model to explain PTSD in children. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31(3), 337-345.
- Stein, D. J., McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Atwoli, L., Friedman, M. J., Hill, E. D., ... & Kessler, R. C. (2014). DSM-5 and ICD-11 definitions of posttraumatic stress disorder: Investigating “narrow” and “broad” approaches. *Depression and anxiety*, 31(6), 494-505.
- Stein, D.J., Szatmari, P., Gaebel, W. et al. Mental, behavioral and neurodevelopmental disorders in the ICD-11: an international perspective on key changes and controversies. *BMC Med* 18, 21 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12916-020-1495-2>
- Stover, C. S., Hahn, H., Im, J. J., & Berkowitz, S. (2010). Agreement of parent and child reports of trauma exposure and symptoms in the early aftermath of a traumatic event. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2(3), 159.
- Surís, A., Holliday, R., & North, C. S. (2016). The evolution of the classification of psychiatric disorders. *Behavioral Sciences*, 6(1), 5
- Tarrier, N., & Calam, R. (2002). New developments in cognitive-behavioural case formulation. *Epidemiological, systemic and social context: An integrative approach. Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30(3), 311-328.
- Terr, L. C. (1981). Psychic trauma in children: observations following the Chowchilla school-bus kidnapping. *The American journal of psychiatry*, 138(1), 14-19.
- Terr, L. C. (1991). Acute responses to external events and posttraumatic stress disorders. In M. Lewis (Ed.), *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (pp. 755–763). Williams & Wilkins Co.
- Thabrew, H., Stasiak, K., Bavin, L. M., Frampton, C., & Merry, S. (2018). Validation of the

- mood and feelings questionnaire (MFQ) and short mood and feelings questionnaire (SMFQ) in New Zealand help-seeking adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 27(3), e1610.
- Van der Kolk, B. (2022). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- Vasileva, M., Haag, A. C., Landolt, M. A., & Petermann, F. (2018). Posttraumatic stress disorder in very young children: Diagnostic agreement between ICD-11 and DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, 31(4), 529-539.
- Weems, C. F., McCurdy, B. H., & Scozzafava, M. D. (2021). Toward a developmental model of continuity and change in PTSD symptoms following exposure to traumatic and adverse experiences. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 1-12.
- Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Palinkas, L. A., Schoenwald, S. K., Miranda, J., Bearman, S. K., ... & Research Network on Youth Mental Health. (2012). Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: A randomized effectiveness trial. *Archives of general psychiatry*, 69(3), 274-282.
- Wisco, B. E., Miller, M. W., Wolf, E. J., Kilpatrick, D., Resnick, H. S., Badour, C. L., ... & Friedman, M. J. (2016). The impact of proposed changes to ICD-11 on estimates of PTSD prevalence and comorbidity. *Psychiatry Research*, 240, 226-233.
- World Health Organization. (2019). ICD-11: International classification of diseases (11th revision). Hentet fra <https://icd.who.int/>
- Yule, W., & Udwin, O. (1991). Screening child survivors for post-traumatic stress disorders: Experiences from the 'Jupiter' sinking. *British Journal of Clinical Psychology*, 30(2), 131-138.
- Yule, W., Bolton, D., Udwin, O., Boyle, S., O'Ryan, D., & Nurrish, J. (2000). The long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: I: The incidence and course of PTSD. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(4), 503-511.
- Yule, W. (2001). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *International Review of Psychiatry*, 13(3), 194-200.

Appendiks / Vedlegg

A1

Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ)

1. Jeg var lei meg eller ulykkelig
 2. Jeg nøt ingen ting
 3. Jeg følte meg så trøtt at jeg bare ble sittende uten å gjøre noen ting
 4. Jeg var veldig rastløs
 5. Jeg følte meg lite verdt
 6. Jeg gråt mye
 7. Jeg synes det var vanskelig å tenke ordentlig eller konsentrere seg
 8. Jeg hatet meg selv
 9. Jeg følte meg som et dårlig menneske
 10. Jeg følte meg ensom
 11. Jeg tenkte at ingen egentlig var glad i meg
 12. Jeg tenkte at jeg aldri kunne bli så god som andre barn
 13. Jeg syntes jeg gjorde alt galt
-

A2

Pediatrik symptom sjekklister-17 (PSC-17)

1. Føler tristhet; er ikke glad
2. Føler håpløshet
3. Ser ned på seg selv
4. Bekymrer seg mye
5. Virker å ha det mindre gøy enn før
6. Er urolig, klarer ikke sitte stille
7. Dagdrømmer for mye
8. Blir lett distraheret
9. Har problemer med å konsentrere seg
10. Handler som drevet av en motor
11. Slåss med andre barn
12. Hører ikke på regler

13. Forstår ikke andre menneskers følelser

14. Erter andre

15. Skylder på andre for sine vansker

16. Nekter å dele

17. Tar ting som ikke tilhører han/henne

A3

Kartlegging av traumatiske erfaringer og symptomer – 2 (KATES-2)

KARTLEGGING AV TRAUMATISKE ERFARINGER OG SYMPTOMER - 2 (KATES-2) SELVRAPPORTERING (7-17 ÅR)

NAVN: _____ DATO: _____

Det hender man opplever stressende eller skremmende ting. Nedenfor er en liste over noen slike stressende og skremmende hendelser. Kryss av JA hvis dette har skjedd deg. Kryss av NEI hvis det ikke har skjedd deg.

	JA	NEI
1. Alvorlig naturkatastrofe, som flom, tornado, orkan, jordskjelv eller brann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Alvorlig ulykke eller skade, som bil/sykkelulykke, hundebitt eller idrettsskade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Truet, slått eller hardt skadet av noen i familien min.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Truet, slått eller hardt skadet av noen på skolen eller i nærmiljøet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Angrepet, knivstukket, skutt på eller ranet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sett noen i familien min bli truet, slått eller hardt skadet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Sett noen på skolen eller i nærmiljøet bli truet, slått eller hardt skadet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Noen har gjort seksuelle ting med meg (som tatt meg på tissen, rumpa, puppene) eller fått meg til å gjøre seksuelle ting med dem når jeg ikke kunne si nei. Eller jeg var tvunget eller presset.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Noen har bedt om eller presset meg til å gjøre seksuelle ting på nettet eller i sosiale medier – som å ta eller sende bilder.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Noen har mobbet meg ansikt til ansikt. Sagt veldig stygge ting som skremmer meg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Noen har mobbet meg på internett. Sagt veldig stygge ting som skremmer meg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Noen jeg er glad i har dødd plutselig eller på en brutal måte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Jeg har hatt en stressende eller skremmende medisinsk behandling.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Opplevd eller vært i nærheten av krig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Andre stressende eller skremmende hendelser? <u>Beskriv:</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Hvilken/hvilke av hendelsene plager deg mest i dag?		

Snu arket og svar på de neste spørsmålene om alle de skremmende og stressende hendelsene du har opplevd.

Sett en ring rundt 0, 1, 2, eller 3 for å beskrive hvor ofte det som står i listen under har vært plagsomt for deg de siste fire ukene: 0 = Aldri / 1 = Noen ganger/ 2 = Ofte/ 3 = Nesten hele tiden

1. Opprørende (skremmende/veldig ubehagelige) tanker eller minner av det som skjedde har dukket opp i hodet mitt.	0	1	2	3
2. Hatt vonde drømmer som minner meg om det som skjedde.	0	1	2	3
3. Hatt bilder i hodet mitt av det som skjedde. Det føles som det skjer igjen akkurat nå.	0	1	2	3
4. Blitt veldig urolig, redd eller trist når jeg har blitt minnet om det som skjedde.	0	1	2	3
5. Fått sterke følelser i kroppen når jeg har blitt minnet om det som skjedde (som svetting, hjertebank, urolig mage).	0	1	2	3
6. Jeg prøver å ikke tenke på det som skjedde. Eller å føle noe.	0	1	2	3
7. Jeg holder meg unna alt som minner meg om det som skjedde (personer, steder, ting, situasjoner eller å snakke om det).	0	1	2	3
8. Ikke klart å huske deler av det som skjedde.	0	1	2	3
9. Hatt negative tanker, slik som:				
a. Jeg kommer ikke til å ha et godt liv.	0	1	2	3
b. Jeg kan ikke stole på andre.	0	1	2	3
c. Verden er et utrygt sted.	0	1	2	3
d. Jeg er ikke bra nok.	0	1	2	3
10. Skyld for hendelsen.				
a. Skylder på meg selv for det som skjedde.	0	1	2	3
b. Skylder på andre for det som skjedde, selv om det ikke var deres feil.	0	1	2	3
11. Hatt mye vonde følelser (følt meg redd, sint, skyldig eller skamfull).	0	1	2	3
12. Ikke hatt lyst til å gjøre ting jeg har pleid å gjøre.	0	1	2	3
13. Ikke kjent nærhet til andre mennesker.	0	1	2	3
14. Ikke klart å ha gode eller glade følelser.	0	1	2	3
15. Å takle sterke følelser.				
a. Det er veldig vanskelig for meg å roe meg ned når jeg er opprørt.	0	1	2	3
b. Jeg føler meg sint. Har sinneutbrudd som går utover andre.	0	1	2	3
16. Jeg har gjort farlige eller utrygge ting.	0	1	2	3
17. Vært mere forsiktig enn vanlig (sjekker hvem som er rundt meg).	0	1	2	3
18. Vært skvetten.	0	1	2	3
19. Hatt problemer med å konsentrere meg.	0	1	2	3
20. Hatt problemer med å sovne eller sove gjennom hele natten.	0	1	2	3

Har disse problemene gjort noe med:

	JA	NEI		JA	NEI
1. Hvordan du har det med andre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4. Hvordan du har det sammen med andre i familien din	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Fritidsaktiviteter/om du har det gøy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5. Hvor fornøyd du er med livet ditt nå	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Skole eller arbeid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

SKÅRING MED GRENSEVERDIER FOR SCREENING

Barnets navn: _____ Dato: _____ Behandlingstraume(r): _____

Skåring for intensitet av posttraumatiske stressymptomer (DSM-5 PTSD)

Sum av symptomer på spørsmål 1 til 20.
Bruk kun en skåre for #9, #10 and #15. Bruk kun det spørsmålet barnet skårer høyest på.

Sum av DSM-5 PTSD = _____

CATS 7-17 år Skåre <15	CATS 7-17 år Skåre 15-20	CATS 7-17 år Skåre ≥ 21*	CATS 7-17 år Skåre ≥ 25*
Normalt. Ikke klinisk forhøyet.*	Moderat traumerelatert stress.*	Forhøyet stress. Over klinisk grense.*	Høyt traumerelatert stress. Sannsynlig PTSD.*

*Valideringsstudie: Sachser et al., 2022

Skåring for intensitet av posttraumatiske stressymptomer (ICD-11 PTSD)

Sum av symptomer på spørsmål #2, #3, #6, #7, #17, #18.

Sum av ICD-11 PTSD = _____

CATS 7-17 år Skåre <5	CATS 7-17 år Skåre 5-6	CATS 7-17 år Skåre ≥ 7*	CATS 7-17 år Skåre ≥ 9*
Normalt. Ikke klinisk forhøyet.*	Moderat traumerelatert stress.*	Forhøyet stress. Over klinisk grense.*	Høyt traumerelatert stress. Sannsynlig PTSD.*

*Valideringsstudie: Sachser et al., 2022

Skåring for intensitet av posttraumatiske stressymptomer (ICD-11 CPTSD)

Sum av symptomer på spørsmål #2, #3, #6, #7, #9b, #9d, #10a, #13, #14, #15a, #17, #18.

Sum av ICD-11 CPTSD = _____

CATS 7-17 år Skåre <9*	CATS 7-17 år Skåre 10-12*	CATS 7-17 år Skåre ≥ 13*	CATS 7-17 år Skåre ≥ 16*
Normalt. Ikke klinisk forhøyet*	Moderat traumerelatert stress.*	Forhøyet stress. Over klinisk grense.*	Høyt traumerelatert stress. Sannsynlig CPTSD.*

* Foreløpige kliniske grenser, avventer validering.

SKÅRING FOR Å STILLE SANNSYNLIG DIAGNOSE

Barnets navn: _____ Dato: _____ Behandlingstraume(r): _____

DSM-5 PTSD

DSM-5-kriterier:	Antall symptomer (Kun skåre på 2 eller 3 regnes som symptom)	Antall symptomer som må være oppfylt:	Er DSM-5-kriteriet oppfylt?	
Gjenopplevelse Spørsmål 1-5		1+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Unngåelse Spørsmål 6-7		1+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Negativ endring i humør/tanker Spørsmål 8-14 (høyeste av 9, 10 og 15)		2+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Hyperaktivering Spørsmål 15-20		2+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Innvirkning på fungering i dagliglivet 1-5 Ja/nei-spørsmål		1+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Sannsynlig DSM-5 PTSD-diagnose*			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei

ICD-11 PTSD og CPTSD

ICD-11-kriterier:	Antall symptomer (Kun skåre på 2 eller 3 regnes som symptom)	Antall symptomer som må være oppfylt:	Er ICD-11-kriteriet oppfylt?	
Gjenopplevelse Spørsmål 2, 3		1+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Unngåelse Spørsmål 6, 7		1+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Hyperaktivering Spørsmål 17, 18		1+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Innvirkning på fungering i dagliglivet 1-5 Ja/nei-spørsmål		1+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Sannsynlig ICD-11 PTSD-diagnose*			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei

CPTSD-kriterier (kun hvis kriterier for ICD-11 PTSD er oppfylt):				
Emosjonsregulering Spørsmål 14, 15a		1+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Negativt selvkonsept Spørsmål 9d, 10a		1+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Interpersonlige vansker Spørsmål 9b, 13		1+	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Sannsynlig ICD-11 CPTSD-diagnose*			<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei

*KATES-2 er laget for å være et kartleggingsinstrument som kan brukes til screening. Forhøyede skåre kan bety at traumefokusert behandling kan være nyttig. Siden KATES-2 er et selvrapporteringsinstrument bør behandlere imidlertid være forsiktige med å bruke det som et diagnostisk verktøy.

4

KATES-2 (SACHSER ET AL., 2022)
Norsk versjon v/Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)
Ved spørsmål kontakt Tine K. Jensen tine.jensen@nkvts.no eller Marianne S. Birkeland m.s.birkeland@nkvts.no.

A4

Syntax fra SPSS

* Encoding: UTF-8.

*Inndeling:

- Frekvens av type traumer og omgjøring av samtlige traumevariabler til dikotome variabler
- reliabilitet av KATES-2
- DSM-5: variabler og utregninger
- ICD-11: variabler og utregninger
- Analyser

*Variabler forklart:

- *KATE = selvrappoterering på traumeeksponering; 15 items.
- *cats = selvrappoterering på PTSD; 20 items

*Frekvens av samtlige type traumeitems

Fre KATE1

Fre KATE2

Fre KATE3

Fre KATE4

Fre KATE5

Fre KATE6

Fre KATE7

Fre KATE8

Fre KATE9

Fre KATE10

Fre KATE11

Fre KATE12

Fre KATE13

Fre KATE14

Fre KATE15

*Oppretter max-variabel for CATS9A-D, CATS10A-B og CATS15-A-B for å teste reliabilitet med DSM-5 sin skåringsalgoritme på PTSD

```
compute CATS9MAX = max (cats9A, cats9B, cats9C, cats9D).  
execute.
```

```
compute cats10MAX = max (cats10A, cats10B).  
execute.
```

```
compute cats15MAX = max (cats15A, cats15B).  
execute.
```

*Reliabilitet KATES-2 Barn med DSM-5 sin kategoriske skåringsalgoritme på PTSD

```
RELIABILITY
/VARIABLES=CATS1,
CATS2,
CATS3,
CATS4,
CATS5,
CATS6,
CATS7,
CATS8,
CATS9MAX,
CATS10MAX,
CATS11,
CATS12,
CATS13,
CATS14,
CATS15MAX,
CATS16,
CATS17,
CATS18,
CATS19,
CATS20.
```

*Reliabilitet KATES-2 med ICD-11 sin kategoriske skåringsalgoritme på PTSD.

```
RELIABILITY
/VARIABLES=CATS2,
CATS3,
CATS6,
CATS7,
CATS8,
CATS17,
CATS18.
```

*Reliabilitet KATES-2 med ICD-11 sin kategoriske skåringsalgoritme på Kompleks PTSD

```
RELIABILITY
/VARIABLES=CATS2,
CATS3,
CATS6,
CATS7,
CATS8,
CATS17,
CATS18,
CATS14,
CATS15A,
CATS9D,
CATS10A,
CATS9B,
CATS13.
```

*Lager sum av samtlige items på traumeeksponering og finner frekvens av opplevde traumer

```
COMPUTE Kates_sum=KATE1 + KATE2 + KATE3 + KATE4 + KATE5 + KATE6 + KATE7 + KATE8 + KATE9 +  
KATE10 + KATE11 + KATE12 + KATE13 + KATE14 + KATE15.  
EXECUTE.
```

```
FREQUENCIES VARIABLES=Kates_sum  
/STATISTICS=STDDEV SEMEAN MEAN MEDIAN SUM  
/ORDER=ANALYSIS.
```

*Lager variabler av type traume etter Sachser (2018)

```
COMPUTE Type_Seksuelt_overgrep=KATE8 + KATE9.  
EXECUTE.
```

```
COMPUTE Type_Fysisk=KATE3 + KATE4 + KATE5 + KATE6 + KATE7.  
EXECUTE.
```

```
COMPUTE Type_mobbing=KATE10 + KATE11.  
EXECUTE.
```

```
COMPUTE Type_tilfeldig_Natur_ulykke_medisinsk=KATE1 + KATE2 + KATE13.  
EXECUTE.
```

```
COMPUTE Type_tap= KATE12.  
EXECUTE.
```

```
COMPUTE Type_krig=KATE14.  
EXECUTE.
```

```
COMPUTE Type_annet_uspesifisert=KATE15.  
EXECUTE.
```

*Frekvensanalyse av type traumer

```
fre type_seksuelt_overgrep
```

```
fre type_fysisk
```

```
fre type_mobbing
```

```
fre type_tilfeldig_natur_ulykke_medisinsk
```

```
fre type_tap
```

```
fre type_krig
```

```
fre type_annet_uspesifisert
```

```
COMPUTE type_sum=Type_Seksuelt_overgrep + Type_Fysisk + Type_mobbing +  
Type_tilfeldig_Natur_ulykke_medisinsk + Type_tap + Type_krig + Type_annet_uspesifisert.  
EXECUTE.
```

```
fre type_sum
```

*cats =selvrapportering på PTSD; 20 items

*lager dikotome variabler av samtlige cats-items:

```
compute cats1_dik = 0.  
IF (CATS1 >= 2) cats1_dik=1.  
EXECUTE.
```

```
compute cats2_dik = 0.  
IF (CATS2 >= 2) cats2_dik=1.  
EXECUTE.
```

```
compute cats3_dik = 0.  
IF (CATS3 >= 2) cats3_dik=1.  
EXECUTE.
```

```
compute cats4_dik = 0.  
IF (CATS4 >= 2) cats4_dik=1.  
EXECUTE.
```

```
compute cats5_dik = 0.  
IF (CATS5 >= 2) cats5_dik=1.  
EXECUTE.
```

```
compute cats6_dik = 0.  
IF (CATS6 >= 2) cats6_dik=1.  
EXECUTE.
```

```
compute cats7_dik = 0.  
IF (CATS7 >= 2) cats7_dik=1.  
EXECUTE.
```

```
compute cats8_dik = 0.  
IF (CATS8 >= 2) cats8_dik=1.  
EXECUTE.
```

```
compute cats9A_dik = 0.  
IF (CATS9A >= 2) cats9A_dik=1.  
EXECUTE.
```

```
compute cats9B_dik = 0.  
IF (CATS9B >= 2) cats9B_dik=1.  
EXECUTE.
```

```
compute cats9C_dik = 0.  
IF (CATS9C >= 2) cats9C_dik=1.  
EXECUTE.
```

```
compute cats9D_dik = 0.  
IF (CATS9D >= 2) cats9D_dik=1.  
EXECUTE.
```

```
compute cats10A_dik = 0.  
IF (CATS10A >= 2) cats10A_dik=1.  
EXECUTE.
```

```
compute cats10B_dik = 0.  
IF (CATS10B >= 2) cats10B_dik=1.  
EXECUTE.
```

```
compute cats11_dik = 0.  
IF (CATS11 >= 2) cats11_dik=1.  
EXECUTE.
```

```
compute cats12_dik = 0.  
IF (CATS12 >= 2) cats12_dik=1.  
EXECUTE.
```

```
compute cats13_dik = 0.  
IF (CATS13 >= 2) cats13_dik=1.  
EXECUTE.
```

```
compute cats14_dik = 0.  
IF (CATS14 >= 2) cats14_dik=1.  
EXECUTE.
```

```
compute cats15A_dik = 0.  
IF (CATS15A >= 2) cats15A_dik=1.  
EXECUTE.
```

```
compute cats15B_dik = 0.  
IF (CATS15B >= 2) cats15B_dik=1.  
EXECUTE.
```

```
compute cats16_dik = 0.  
IF (CATS16 >= 2) cats16_dik=1.  
EXECUTE.
```

```
compute cats17_dik = 0.  
IF (CATS17 >= 2) cats17_dik=1.  
EXECUTE.
```

```
compute cats18_dik = 0.  
IF (CATS18 >= 2) cats18_dik=1.  
EXECUTE.
```

```
compute cats19_dik = 0.  
IF (CATS19 >= 2) cats19_dik=1.  
EXECUTE.
```

```
compute cats20_dik = 0.  
IF (CATS20 >= 2) cats20_dik=1.  
EXECUTE.
```

*Cats item 9, 10 og 15 har alternativer hvor høyest skårte alternativ prioriteres som skåre.

*lager dikotom max-variabel til samtlige dikotome variabler tilknyttet cats item 9, 10, og 15; hvis en av variablene har tilfredstillende skåre (1) vil dikotom max-variabel kodes som 1.

```
compute cats9max_dik = max (cats9A_dik, cats9B_dik, cats9C_dik, cats9D_dik).  
execute.
```

```
compute cats10max_dik = max (cats10A_dik, cats10B_dik).  
execute.
```

```
compute cats15max_dik = max (cats15A_dik, cats15B_dik).  
execute.
```

*Lager sum-variabel tilknyttet hvert kriterie iht DSM-5

```
compute Reexp_sum = cats1_dik + cats2_dik + cats3_dik + cats4_dik + cats5_dik.  
execute.
```

```
compute Avoid_sum = cats6_dik + cats7_dik.  
execute.
```

```
compute Negmood_sum = cats8_dik + cats9max_dik + cats10max_dik + cats11_dik + cats12_dik +  
cats13_dik + cats14_dik.  
execute.
```

```
compute hyperaro_sum = cats15max_dik + cats16_dik + cats17_dik + cats18_dik + cats19_dik + cats20_dik.  
execute.
```

```
compute func_sum = cats21 + cats22 + cats23 + cats24 + cats25.  
execute.
```

*Lager dikotom variabel knyttet til sum-kriterie-variabler ved DSM-5 iht. kategorisk skåring ved CATS-2-skåringsmanual:

```
compute Reexp_dik = 0.  
IF (Reexp_sum >= 1) Reexp_dik=1.  
EXECUTE.
```

```
compute Avoid_dik = 0.  
IF (Avoid_sum >= 1) Avoid_dik=1.  
EXECUTE.
```

```
compute Negmood_dik = 0.  
IF (Negmood_sum >= 2) Negmood_dik=1.  
EXECUTE.
```

```
compute Hyperaro_dik = 0.  
IF (hyperaro_sum >= 2) Hyperaro_dik=1.  
EXECUTE.
```

```
compute Func_dik = 0.  
IF (func_sum >= 1) Func_dik=1.  
EXECUTE.
```

*Lager sum-variabel på DSM-5 iht. skåre på samtlige kriterier.

```
compute dsm_antall = Reexp_dik + Avoid_dik + Negmood_dik + Hyperaro_dik + Func_dik.  
execute.
```

*Lager dikotom variabel med skåre = 5 som kriterie for DSM_diagnose = 1 = DSM-5-diagnose

```
compute DSM_diagnose = 0.  
IF (dsm_antall = 5) DSM_diagnose = 1.  
execute.
```

*ICD-11 PTSD

*Det er tidligere (se Syntax DSM5 eller lenger opp) lagd dikotome variabler av samtlige (20) items tilknyttet PTSD ved selvrapporing: catsX_dik.

*Lager sum-variabel tilknyttet samtlige PTSD-kriterie iht. ICD-11 sin algoritme ved CATS2-skåringsmanual sin

kategoriske skåring.

```
compute ICD_Reexp_sum = cats2_dik + cats3_dik.  
execute.
```

```
compute ICD_Avoid_sum = cats6_dik + cats7_dik.  
execute.
```

```
compute ICD_Hyperaro_sum = cats17_dik + cats18_dik.  
execute.
```

```
compute ICD_Func_sum = cats21 + cats22 + cats23 + cats24 + cats25.  
execute.
```

*lager dikotome variabler tilknyttet PTSD-kriterie-variabler iht. ICD-11 sin algoritme ved CATS2-skåringsmanual sin kategoriske skåring:

```
compute icd_reexp_dik = 0.  
IF (ICD_Reexp_sum >= 1) icd_reexp_dik=1.  
EXECUTE.
```

```
compute icd_avoid_dik = 0.  
IF (ICD_Avoid_sum >= 1) icd_avoid_dik=1.  
EXECUTE.
```

```
compute icd_hyperaro_dik = 0.  
IF (ICD_Hyperaro_sum >= 1) icd_hyperaro_dik=1.  
EXECUTE.
```

```
compute icd_func_dik = 0.  
IF (ICD_Func_sum >= 1) icd_func_dik=1.  
EXECUTE.
```

*Lager sum-variabel på de dikotome kriterie-variablene ved PTSD (ICD-11):

```
compute icd_antall = icd_reexp_dik + icd_avoid_dik + icd_hyperaro_dik + icd_func_dik.  
execute.
```

*Lager dikotom variabel på PTSD-diagnose iht. ICD-11-kriterier ved kategorisk skåring:

```
compute ICD_diagnose = 0.  
IF (icd_antall = 4) ICD_diagnose = 1.  
execute.
```

*ICD-11 CPTSD

*Lager sum-variabel tilknyttet samtlige CPTSD-kriterie iht. ICD-11 sin algoritme ved CATS2-skåringsmanual sin kategoriske skåring.

```
compute ICD_EmoReg_sum = cats14_dik + cats15A_dik.  
execute.
```

```
compute ICD_NegSelfCo_sum = cats9D_dik + cats10A_dik.  
execute.
```

```
compute ICD_Rel_a_sum = cats9B_dik + cats13_dik.  
execute.
```


*lager dikotome variabler tilknyttet CPTSD-kriterie-variabler iht. ICD-11 sin algoritme ved CATS2-skåringsmanual sin kategoriske skåring:

```
compute icd_EmoReg_dik = 0.  
IF (ICD_EmoReg_sum >= 1) icd_EmoReg_dik=1.  
execute.
```

```
compute icd_NegSelfCo_dik = 0.  
IF (ICD_NegSelfCo_sum >= 1) icd_NegSelfCo_dik=1.  
execute.
```

```
compute icd_Rel_a_dik = 0.  
IF (ICD_Rel_a_sum >= 1) icd_Rel_a_dik=1.  
execute.
```

*Lager sum-variabel på de dikotome kriterie-variablene ved PTSD (ICD-11):

```
compute icd_CPTSDantall = icd_reexp_dik + icd_avoid_dik + icd_hyperaro_dik + icd_func_dik +  
icd_EmoReg_dik + icd_NegSelfCo_dik + icd_Rel_a_dik.  
execute.
```

*Lager dikotom variabel på PTSD-diagnose iht. ICD-11-kriterier ved kategorisk skåring:

```
compute CPTSD_diagnose = 0.  
IF (icd_CPTSDantall = 7) CPTSD_diagnose = 1.  
execute.
```

*A N A L Y S E R

*problemstilling 1 og 2

*Frekvens av ICD_Diagnose DSM_diagnose og CPTSD_diagnose

fre icd_diagnose

fre dsm_diagnose

fre CPTSD_diagnose

*McNemar mellom DSM_Diagnose og ICD_Diagnose

```
NPAR TESTS  
/MCNEMAR=DSM_diagnose WITH ICD_diagnose (PAIRED)  
/MISSING ANALYSIS.
```

*Kappa mellom DSM_Diagnose og ICD_Diagnose

```
CROSSTABS  
/TABLES=DSM_diagnose BY ICD_diagnose  
/FORMAT=AVALUE TABLES  
/STATISTICS=KAPPA  
/CELLS=COUNT  
/COUNT ROUND CELL.
```

*problemstilling 3

*frekvens av samtlige cluster PTSD DSM-5:

fre reexp_dik

fre avoid_dik

fre negmood_dik

fre hyperaro_dik

fre func_dik

*frekvens av samtlige cluster PTSD ICD-11:

fre icd_reexp_dik

fre icd_avoid_dik

fre icd_hyperaro_dik

fre icd_func_dik

*frekvens av samtlige cluster CPTSD ICD-11

fre icd_EmoReg_dik

fre icd_NegSelfCo_dik

fre icd_Rel_a_dik

*Gruppe-variabel:

*ikke diagnose i følge dsm og ikke i følge icd: 0

*de som har diagnose i følge icd, men ikke dsm: 1

*de som har diagnose i følge dsm, men ikke icd: 2

*de som har diagnose ved begge manualene: 3

IF (DSM_diagnose = 0 AND ICD_diagnose = 0) gruppe = 0.

IF (DSM_diagnose = 0 AND ICD_diagnose = 1) gruppe = 1.

IF (DSM_diagnose = 1 AND ICD_diagnose = 0) gruppe = 2.

IF (DSM_diagnose = 1 AND ICD_diagnose = 1) gruppe = 3.

execute.

*Frekvensanalyse av gruppe:

frequencies gruppe.

execute.

*Mcnemar ved Gjenopplevelse

NPAR TESTS

/MCNEMAR=Reexp_dik WITH icd_reexp_dik (PAIRED)

/MISSING ANALYSIS.

*Mcnemar ved Endring i aktivering

```
NPART TESTS
/MCNEMAR=Hyperaro_dik WITH icd_hyperaro_dik (PAIRED)
/MISSING ANALYSIS.
```

*problemstilling 4

*sum mfq (depresjon)

```
compute mfq_sum = sum(MFQ_S_1,
MFQ_S_2,
MFQ_S_3,
MFQ_S_4,
MFQ_S_5,
MFQ_S_6,
MFQ_S_7,
MFQ_S_8,
MFQ_S_9,
MFQ_S_10,
MFQ_S_11,
MFQ_S_12,
MFQ_S_13).
execute.
```

des mfq_sum.

```
IF (mfq_sum > -1) mfq_dik = 0.
IF (mfq_sum >= 12) mfq_dik = 1.
```

fre mfq_dik

*overlapp med depresjon og PTSD

```
IF (mfq_sum > -1) DSM_MFQ = 0.
IF (mfq_dik = 1 AND DSM_diagnose = 1) DSM_MFQ = 1.
execute.
```

fre dsm_mfq

```
IF (mfq_sum > -1) ICD_MFQ = 0.
IF (mfq_dik = 1 AND ICD_diagnose = 1) ICD_MFQ = 1.
execute.
```

fre ICD_mfq

*statistisk signifikans ved mcnemar

```
NPART TESTS
/MCNEMAR=DSM_MFQ WITH ICD_MFQ (PAIRED)
/MISSING ANALYSIS.
```

*Reliabilitet (Cronbach's alpha) SMFQ

```
RELIABILITY
/VARIABLES=MFQ_S_1,
MFQ_S_2,
```

MFQ_S_3,
MFQ_S_4,
MFQ_S_5,
MFQ_S_6,
MFQ_S_7,
MFQ_S_8,
MFQ_S_9,
MFQ_S_10,
MFQ_S_11,
MFQ_S_12,
MFQ_S_13.

*PSC

*PSC reliabilitet (chronbach|s alpha)

RELIABILITY
/VARIABLES=PSC1_F,
PSC2_F,
PSC3_F,
PSC4_F,
PSC5_F,
PSC6_F,
PSC7_F,
PSC8_F,
PSC9_F,
PSC10_F,
PSC11_F,
PSC12_F,
PSC13_F,
PSC14_F,
PSC15_F,
PSC16_F,
PSC17_F.

*F_PCS_internalizing

compute psc_internalizing_sum = sum(PSC1_F,
PSC2_F,
PSC3_F,
PSC4_F,
PSC5_F).
Execute.

des psc_internalizing_sum.

IF (psc_internalizing_sum > -1) psc_internalizing_dik = 0.
IF (psc_internalizing_sum >= 5) psc_internalizing_dik = 1.

fre psc_internalizing_dik

*overlapp med diagnoser

IF (psc_internalizing_sum > -1) DSM_psc_internalizing = 0.

```
IF (psc_internalizing_dik = 1 AND DSM_diagnose = 1) DSM_psc_internalizing = 1.  
execute.
```

```
fre dsm_psc_internalizing
```

```
IF (psc_internalizing_sum > -1) ICD_psc_internalizing = 0.  
IF (psc_internalizing_dik = 1 AND ICD_diagnose = 1) ICD_psc_internalizing = 1.  
execute.
```

```
fre ICD_psc_internalizing
```

```
*statistisk signifikans ved mcnemar
```

```
NPAR TESTS
```

```
/MCNEMAR=DSM_psc_internalizing WITH ICD_psc_internalizing (PAIRED)  
/MISSING ANALYSIS.
```

```
*psc_attention (oppmerksomhetsvansker)
```

```
compute psc_attention_sum = sum(PSC6_F,  
PSC7_F,  
PSC8_F,  
PSC9_F,  
PSC10_F).  
Execute.
```

```
des psc_attention_sum.
```

```
IF (psc_attention_sum > -1) psc_attention_dik = 0.  
IF (psc_attention_sum >= 7) psc_attention_dik = 1.
```

```
fre psc_attention_dik
```

```
*overlapp med oppmerksomhetsvansker og PTSD
```

```
IF (psc_attention_sum > -1) DSM_psc_attention = 0.  
IF (psc_attention_dik = 1 AND DSM_diagnose = 1) DSM_psc_attention = 1.  
execute.
```

```
fre dsm_psc_attention
```

```
IF (psc_attention_sum > -1) ICD_psc_attention = 0.  
IF (psc_attention_dik = 1 AND ICD_diagnose = 1) ICD_psc_attention = 1.  
execute.
```

```
fre ICD_psc_attention
```

```
*statistisk signifikans med McNemar
```

```
NPAR TESTS
```

```
/MCNEMAR=DSM_psc_attention WITH ICD_psc_attention (PAIRED)  
/MISSING ANALYSIS.
```

```
*psc_externalizing (eksternaliserende problematikk)
```

```
compute psc_externalizing_sum = sum(PSC11_F,  
PSC12_F,
```

```
PSC13_F,  
PSC14_F,  
PSC15_F,  
PSC16_F,  
PSC17_F).  
Execute.
```

```
des psc_externalizing_sum.
```

```
IF (psc_externalizing_sum > -1) psc_externalizing_dik = 0.  
IF (psc_externalizing_sum >= 7) psc_externalizing_dik = 1.
```

```
fre psc_externalizing_dik
```

```
*overlapp med eksternaliserende problematikk og PTSD
```

```
IF (psc_externalizing_sum > -1) DSM_psc_externalizing = 0.  
IF (psc_externalizing_dik = 1 AND DSM_diagnose = 1) DSM_psc_externalizing = 1.  
execute.
```

```
fre dsm_psc_externalizing
```

```
IF (psc_externalizing_sum > -1) ICD_psc_externalizing = 0.  
IF (psc_externalizing_dik = 1 AND ICD_diagnose = 1) ICD_psc_externalizing = 1.  
execute.
```

```
fre ICD_psc_externalizing
```

```
*statistisk signifikans med McNemar
```

```
NPAR TESTS
```

```
/MCNEMAR=DSM_psc_externalizing WITH ICD_psc_externalizing (PAIRED)  
/MISSING ANALYSIS.
```

```
*problemstilling 5
```

```
*prediksjon av diagnoser
```

```
*Lage sumvariabel av internaliserende traumer og eksternaliserende traumer + frekvensanalyse av begge
```

```
Compute interpersonal_sum = sum(KATE3,  
KATE4,  
KATE5,  
KATE6,  
KATE8,  
KATE9,  
KATE10,  
KATE11,  
KATE12).  
Execute.
```

```
FREQUENCIES interpersonal_sum.
```

```
Compute not_interpersonal_sum =sum(KATE1,  
KATE2,  
KATE7,  
KATE13,  
KATE14).
```

Execute.

FREQUENCIES not_interpersonal_sum.

*Krysstabellanalyse mellom interpersonlig og ikke-interpersonlig

```
CROSSTABS
/TABLES=interpersonal_sum BY not_interpersonal_sum
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=KAPPA
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.
```

*lage dikotom variabel av inerpersonlig og ikke-interpersonlig

```
compute interpersonal_dik = 0.
IF (interpersonal_sum >= 1) interpersonal_dik=1.
execute.
```

```
compute not_interpersonal_dik = 0.
IF (not_interpersonal_sum >= 1) not_interpersonal_dik=1.
execute.
```

*Krysstabellanalyse mellom dikotome variabler av interpersonlig og ikke-interpersonlig.

```
CROSSTABS
/TABLES=interpersonal_dik BY not_interpersonal_dik
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=KAPPA
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.
```

*Logistisk regresjon DSM_diagnose justert

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES DSM_diagnose
/METHOD=ENTER KJONN ALDER Kates_sum interpersonal_dik
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

*Logistisk regresjon ICD_diagnose justert

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES ICD_diagnose
/METHOD=ENTER KJONN ALDER Kates_sum interpersonal_dik
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```