

Ghid de bune practici în gestionarea traumelor psihice la copil și adolescent

Best practices in managing psychotraumas in children and adolescents

Bogdan Fițiu¹, Georgiana Golea¹, Iuliana Jucuți¹

Rezumat

În ultimii 20 de ani s-a acordat o atenție sporită maltratării psihice a copilului, dar cu toate acestea problematica necesită încă aportul profesioniștilor în sănătate mintală din întreaga lume.

Am analizat articole și ghiduri internaționale referitoare la gestionarea traumelor psihice în rândul copiilor și tinerilor cu scopul de a identifica practicile cu cele mai promițătoare rezultate clinice.

Am observat că expunerea la un eveniment traumatic va cauza, în general, distress emoțional pe termen scurt urmat de posibila afectare psihică pe termen lung și că datorită mediului cultural divers și a percepției individuale asupra evenimentului, terapiile cognitiv-comportamentale ar trebui să fie prima linie de tratament cu pliere pe structura culturală a pacientului.

Terapii precum desensibilizarea și reprocesarea evenimentului traumatic se oferă pacientului în sesiuni de terapie individuală, iar calitatea actului psihoterapeutic depinde de relația dintre terapeut, pacient și familie, acestea fiind punctul de plecare pentru o recuperare de succes.

Cuvinte cheie: maltratare psihică, practici curente, cognitiv-comportamental, mediu cultural, desensibilizare, terapie farmacologică

Summary

In the past 20 years there has been a constant attention to psychical and emotional maltreatment of children but the problem still needs ongoing supervision from mental health professionals around the world.

In this paper we analyzed international guidelines and scientific articles about the management of the psychotraumatic events that children and adolescents suffer in order to identify the clinical practices with the most promising result in the care of those exposed to trauma.

We observed that the exposure to a traumatic event is generally accompanied by short term emotional distress followed by possible long term damage, and that because of the highly heterogeneous cultural environments and the individual's perspective over the traumatic experience a multilevel system of therapy is needed.

These therapies include: trauma focused cognitive behavioral therapy, pharmacologic therapies, social services involvement, eye movement desensitization and reprocessing therapy.

These therapies are proposed to the patients in individual settings and the quality of the psychiatric care depends on the relationship between the patient, its family and the therapist, this being the starting point for a successful recovery.

Key words: psychotrauma, best practices, cognitive behavioral therapy, cultural environment, desensitization, pharmacologic therapy

Lucrare prezentată la cel de-al XIV-lea Congres al Societății de Neurologie și Psihiatrie a Copilului și Adolescentului din România (SNPCAR) în 12 octombrie 2013, Alba Iulia. Coordonator Științific: Dr. Axinia Corcheș, Clinica de Psihiatrie și Neurologie a Copilului și Adolescentului, Timișoara

Paper presented at the XIV Congress of the Romanian's Society of Neurology and Psychiatry for Children and Adolescent's on 12th of October, 2013. Scientific Coordinator: MD Axinia Corcheș, Department of Child and Adolescent Psychiatry and Neurology, Timisoara

¹ Medic rezident Clinica de Psihiatrie și Neurologie a Copilului și Adolescentului Timișoara, bogdan.fitiu@gmail.com

¹ Medical resident officer, Department of Psychiatry and Neurology for Children and Adolescent, Timisoara bogdan.fitiu@gmail.com

Introducere

Una dintre primele cercetări referitoare la modul de manifestare al traumelor psihice la copii a fost coordonată de Anna Freud în timpul celui de-al doilea război mondial, care a observat modul în care copiii făceau față situației de război. Echipa coordonată de ea a constatat că, pentru copiii mici, rămânerea lângă o figură parentală stabilă este mai puțin traumatizantă, în ciuda bombardamentelor, decât situația în care copilului i se asigura securitatea fizică în condițiile unui șoc de despărțire sau ale unei traume de separare.

Trauma este descrisă ca o reacție normală la un eveniment extrem. Este important de amintit că nu este neapărat evenimentul în sine cel care provoacă traume, cât gândurile unei persoane, sentimente, convingeri și experiența din jurul acestui eveniment (Boscarino, 2004). Impactul unui eveniment traumatic diferă în funcție de tipul traumei, de intensitatea cu care acesta a avut loc, de durata expunerii, precum și de rețeaua de suport social, experiențele din trecut și mediul cultural din care provine copilul, fiecare experimentând evenimentul traumatic diferit, neavând nici o modalitate de a prezice câți vor dezvolta probleme de sănătate mintală (Eckes & Radunovich, 2012).

În SUA până la vârsta de 16 ani mai mult de două treimi din adolescenți suferă un eveniment traumatic (Presidential Task Force on Posttraumatic Stress Disorder and Trauma in Children and Adolescents, APA, 2008). Bineînțeles, estimările ratelor de expunere la traume și sechelele psihologice ulterioare în rândul copiilor și adolescenților variază în funcție de eșantion, modalitatea de măsurare ale acestora și de alți factori.

Obiectivul lucrării

Identificarea celor mai bune practici la care un profesionist în sănătatea mintală trebuie să adere în prezent pentru a promova bunăstarea, demnitatea și autonomia celor ce au manifestat o psihotraumă.

Material și metodă

Am analizat articole și ghiduri internaționale publicate în perioada 2003-2013 referitoare la gestionarea traumelor psihice.

Rezultate

După expunerea la un eveniment traumatic, distressul emoțional pe termen scurt este aproape universal. Aproape toți copiii și adolescenții exprimă în faza acută post-expunere schimbări de comportament, însă nu toate răspunsurile pe termen scurt sunt problematice (unele dintre ele pot reflecta încercări adaptative de coping la o situație dificilă). Se pot regăsi dezvoltarea de simptome din sfera anxietății, tulburărilor de somn și coșmarurilor, tristeții, furiei, iritabilității, lipsei intereselor pentru activități normale, hipoprosexie de concentrare, eșec școlar, acuze somatice.

Cea mai mare parte a copiilor și adolescenților dezvoltă reziliență în urma experiențelor traumatice (în special cei care au fost expuși la un singur incident). La cei care au existat traume repetate, care au avut manifestări din sfera anxietății anterior expunerii și care provin din familii adverse, riscul de posibilă afectare psihică pe termen lung este mai ridicat.

Sistemele de terapie focusate pe traumă ar trebui să includă (Ellis et al, 2011):

Profesionistul în sănătatea mintală are un rol crucial în facilitarea recuperării copiilor, adolescenților și familiilor în care a apărut un eveniment traumatic. Acesta are responsabilitatea de a respecta cele mai bune practici clinice curente și de a cunoaște gold standardul în terapie post-traumă, iar prin furnizarea de informații profesioniștilor din alte domenii în care este implicat lucrul cu copiii (cadrele didactice, alte ramuri ale serviciilor de sănătate, persoane care fac parte din comunitatea religioasă) ajută la depistarea cât mai precoce și reintegrarea acestor pacienți. Aceste informații sunt cu atât mai folositoare dacă sunt oferite anterior producerii evenimentului traumatic, sub formatul educației preventive. Este important ca profesionistul în sănătatea mintală să poată comunica la nivelul developmental al aparținătorilor pentru a-i asigura că acest comportament este format din reacții normale la evenimente anormale (Moroz, 2009).

Instruirea familiei de a păstra rolurile normale ale copilului și de a-i asigura acestuia rutina neschimbată este o prioritate în vederea restabilirii sentimentului de siguranță al acestuia. Mesele regulate, frecventarea colectivității, jocul într-un mediu securizat, etc., pot ajuta în această privință (Packard, 2008).

Asigurarea terapiei necesare bazată pe nevoile actuale ale copilului și respectarea dorinței familiei

privind acordarea/neacordarea terapiei – politica “ușii deschise” – sunt două dintre provocările cu care se confruntă specialistul în sănătate mintală implicat în terapia psihotraumelor.

Un caz particular îl constituie copiii ce provin din familii de altă etnie sau din grupuri minoritare, în cazul acestora existând bariere adiționale de tipul accesului limitat la serviciile de sănătate mintală și considerente rasiale. Încercarea de a înțelege experiența trăită din punctul de vedere al copilului, al familiei și al comunității, poate duce la o ghidare a eforturilor terapeutice, de aceea este imperios ca specialistul să își orienteze atenția spre mediul cultural, politic, demografic și religios al copilului (American Psychiatric Association, 2011).

Terapia cognitiv comportamentală (TCC) centrată pe traumă

Într-o metaanaliză a tratamentelor psihosociale bazate pe dovezi Terapia Cognitiv Comportamentală (TCC) centrată pe traumă a fost singura intervenție care a întrunit criteriile de eficacitate terapeutică Silverman et al (Silverman et al, 2008) cât și Kauffman Best Practices Project (Kauffman Best Practices Project, 2004) care au fost folosite în aceste două studii separate pentru a evalua tratamentele psihosociale oferite copiilor și adolescenților expuși unor evenimente traumatice, fiind și singura formă de terapie cu un rating științific de 1 (forma de terapie bine susținută de dovezi științifice Child Welfare System Relevance Level: High).

TCC centrată pe traumă a fost susținută de un intens efort de cercetare ce a permis validarea ei în multiple cazuri ca fiind una din primele linii de tratament ce poate fi administrat în cazuri de traumă exceptând cazurile de depresie severă, ideeație suicidară sau consumul activ de substanțe psiho-actives, care necesită tratament specific. (National Child Traumatic Stress Network - NCTSN, 2004, 2008).

TCC centrată pe traumă reprezintă un model terapeutic unit între părinte și copil oferit copiilor care prezintă tulburări emoționale și comportamentale semnificative după experimentarea unor situații de viață traumatice. Sistemul de terapie înglobează intervenții asupra traumei cu modele de terapie comportamentale, familiale și principii umaniste oferite într-un mod unic și adresându-se specific fiecărui pacient și familiei sale. Deși inițial această formă de terapie a fost dezvoltată pentru tratarea victimelor abuzului sexual, recent a fost adaptată pentru a putea

fi administrată copiilor cu o gamă largă de experiențe traumatice (NCTSN, 2004, 2008).

Pentru o bună colaborare între terapeut, copil și familia acestuia înaintea începerii programului, ghidurile de implementare a acestei forme de tratament recomandă ca părinții și copilul să fie informați că: TCC centrată pe traumă a fost dovedită ca o metodă eficientă de tratament, de obicei necesită între 12-16 ședințe de terapie oferite individual (Villalba J A, Lewis L, 2007), și că discuția despre evenimentul traumatic, deși dureroasă, este un element cheie în succesul terapeutic. Acest ultim aspect al terapiei se va desfășura în mod progresiv, fără a forța copilul să vorbească despre acest aspect, și în completa colaborare cu familia pacientului (NCTSN 2004, 2008).

TCC centrată pe traumă este eficientă în mod primar pentru reducerea reacțiilor traumatice, de tipul stress-ului post-traumatic (gânduri intrusive, amintiri supărătoare, reacții fizice de tipul hiperactivării, probleme de concentrare sau iritabilitate) și în același timp se adresează simptomelor depresive, anxietății, tulburărilor de comportament, tulburărilor de sexualizare (în special în urma traumelor de natură sexuală), rușinea legată de experimentarea traumei, probleme legate de încredere și competența socială post-traumatică. Totodată ghidurile de implementare a TCC centrate pe traumă recomandă implicarea familială prin intermediul părintelui sau al persoanei de îngrijire, însă dacă acesta nu este disponibil copiii nu ar trebui excluși din această formă de tratament. (NCTSN 2004, 2008). Totuși TCC centrată pe traumă nu este un model unic de terapie, pentru ca aceasta să fie folosită este nevoie de dovezi clare că probemele experimentate la momentul începerii terapiei sunt legate clar de un eveniment traumatic (PTSD, depresie, anxietate) și că orice altă tulburare psihiatrică comorbidă (avută înaintea evenimentului traumatic) este sub control pentru ca terapeutul să poată începe un proces terapeutic fără a fi constant împiedicat să progreseze.

Componentele sistemului de TCC centrată pe traumă: (Cohen and Mannarino, 2008).

- 1. Psihoeducația** – reprezintă o componentă esențială pentru angajarea copilului și a familiei în planul de tratament. Terapeutul explică acestora importanța problematicei, a comportamentului post-traumă și normalizează aceste reacții, de exemplu se pot oferi date statistice despre evenimentele post-traumă, despre durata simptomatologiei, despre cum se vor

desfășura ședințele, despre planul terapeutic pe care copilul îl va începe. Aceste date ajută la reducerea sentimentului de stigmă și la o scădere a nivelului de îngrijorare din partea părinților și a familiei pacientului. Psihoeducația este o componentă cheie a sistemului TCC centrat pe traumă și se va oferi la orice etapă a tratamentului în funcție de cerințele informative ale participanților (părinte, copil, familie largită).

2. **Parenting** – o a 2-a componentă cu rol major o reprezintă ședințele paralele ale părinților care primesc informații esențiale în legătură cu abilitățile de parenting necesare pentru a face față comportamentelor diverse care pot apărea după o situație traumatică: agresivitate, schimbări bruște de dispoziție, sau enurezis. În plus aceștia sunt sfătuiți să nu devină hiperprotectivi sau să tolereze comportamente care pe termen lung pot fi dăunătoare copilului. Toate aceste sfaturi trebuie individualizate, terapeutul trebuind să țină cont și de mediul cultural din care provine fiecare familie și să se adapteze credințelor acestora.
3. **Tehnici de relaxare** – sunt esențiale pentru a modula afectele copilului și să îi permită acestuia să revină la un status emoțional adecvat fiecărei situații în care se găsește: la școală, la grădiniță, la locul de joacă sau în interacțiunea cu prietenii. Aceste seturi de exerciții sunt adresate restabilirii unui sentiment de calm și relaxare pe care copilul l-a pierdut în urma experimentării traumei. Acestea pot include tehnici de relaxare musculară progresivă, tehnici de respirație, tehnici de mentalizare sau yoga (în cazul adolescenților), sau orice alt lucru care aduce plăcere și calm copilului. Terapeutul în colaborare cu părintele și copilul trebuie să evalueze fiecare tehnică din “setul de urgență” pentru a putea testa eficacitatea acestora și a schimba sau întări o anumită practică care este de ajutor. Tehnicile de relaxare trebuie să aducă atât confort fizic cât și psihologic și trebuie să poată fi utilizate indiferent de locul în care se află copilul.
4. **Tehnici de modulare a afectului** – folosite la fel ca și tehnicile de relaxare între sesiunile de terapie permit copilului să învețe cum să reacționeze la evenimentele pozitive sau negative

care apar după traumă. Unii copii devin extrem de activați la cel mai mic distress iar alții devin neresponsivi chiar și în cazul unor evenimente pozitive ulterioare. Acest set permite îmbunătățiri substanțiale în interacțiunile cu familia și chiar și în momentul socializării cu cei de aceeași vârstă.

5. **Tehnicile cognitive** – permit copilului și familiei acestuia să recunoască legătura dintre emoție, gânduri și comportamente. Copilul este încurajat de terapeut să înțeleagă legătura dintre aceste trei părți legate de evenimentul traumatic suferit, să identifice gândurile și emoțiile asociate acestuia și să decidă dacă acestea sunt de ajutor în vreun fel sau dacă sunt reale. Apoi copilul poate fi îndrumat să găsească gânduri alternative care să se potrivească mult mai bine experienței trăite, explorând ce noi emoții și trăiri generează acestea, și dacă aceste noi emoții sunt mai benefice decât cele avute anterior. În acest fel copilul poate identifica că are complet control asupra gândurilor sale și în consecință asupra emoțiilor pe care le trăiește și ale comportamentelor care derivă.
6. **Nararea traumei și reprocesarea cognitivă a evenimentului traumatic** – după ce au fost parcurse etapele care oferă copilului setul de tehnici cu care se poate ajuta, terapeutul trece la un model de lucru centrat pe traumă. Copilul este astfel încurajat să nareze trauma prin modul dorit (eseu, poezie, cântec sau altă formă scrisă) pentru a putea să înlăture evitarea amintirilor traumatice, pentru a identifica distorsiunile cognitive care pot apărea și pentru a pune evenimentul traumatic în contextul întregii vieți de până atunci, înlăturând sentimentul de victimizare. Această narațiune este împărtășită și părintelui pentru a îl pregăti pentru ședințe unite părinte-copil. Analizând textul împreună cu terapeutul copilul poate să își înlăture eventualele distorsiuni cognitive apărute: auto-învovățire, rușine, stimă de sine scăzută în relație cu trăirea evenimentului traumatizant. Acest lucru se realizează cu setul de tehnici învățat în etapele anterioare.
7. **Ședințe unite părinte-copil** – în timpul acestor ședințe comunicarea se schimbă părintele fiind în prim plan adresând și comunicând

direct cu copilul despre evenimentul traumatic și permite corectarea oricăror distorsiuni cognitive de tipul fricii copilului de o reacție parentală negativă și permite copilului să înțeleagă că părintele reprezintă și el o sursă de informație în legătură cu înțelegerea și reprocessarea evenimentului traumatic.

Modelul terapeutic centrat pe traumă este unul flexibil și permite aplicarea lui în situații traumatice variate având în cercetare 70 de studii și metaanalize care certifică eficiența atât pe termen lung cât și scurt a acestui tip de intervenție cu beneficii în reducerea simptomatologiei post-traumatice asociat cu un nivel mai redus de apariție a tulburărilor comorbide (Bisson, 2013).

Serviciile sociale. Cei mai mulți dintre copiii și adolescenții care au experimentat expuneri traumatice nu sunt identificați și, prin urmare, nu primesc tratament de specialitate. Nu rare sunt cazurile în care, chiar dacă sunt identificați, aceștia nu primesc serviciile profesioniștilor în sănătate mintală (acest lucru este valabil în special pentru grupurile minoritare etnice care au acces mai redus la serviciile de sănătate mintală). Numărul îngrijorător de copii și adolescenți care se află în această situație poate fi modulat pozitiv de către un serviciu social ce conține echipe specializate pe recunoașterea și intervenția în criză în cazul copiilor expuși psihotraumelor.

Medicația psihotropă tratamentul medicamentos pentru pacienții expuși la evenimente traumatice reprezintă o provocare pentru medicul psihiatru datorită modalităților reduse de tratament psihofarmacologic existente. Kaplan & Sadock citează utilizarea SSRI (sertraline și paroxetine) ca cea mai eficientă terapie medicamentoasă care se adresează unei zone simptomatologice largi în tulburarea de stress post-traumatic fiind eficace nu doar în cuparea simptomelor depresive. Thomas în 2014 (Thomas, 2014) aduce în discuție utilizarea Prazosinului pentru tratarea coșmarurilor și a flashback-urilor din cadrul tulburării de stress post-traumatic în doză unică seara la culcare (18 mg pentru femei și 25 mg pentru bărbați). Simptomele intrusivă PTSD pot răspunde și la administrarea de doză mică de antipsihotice atipice, iar neurolepticele clasice de tipul Haloperidol ar trebui rezervate pentru tratamentul acut al stărilor de agitație psihomotorie extremă (Lowenstein et al, 2008). Propranololul poate ajuta la diminuarea simptomelor legate de hiperactivarea la stimuli externi care sunt

percepuți mai pronunțat în perioadele de după expunerile la evenimentele traumatice (Vaiva et al, 2012). Benzodiazepinele de tipul clonazepam și lorazepam se pot prescrie atunci când simptomele legate de anxietate sau atacuri de panică sunt prezente sub rezervă ca PTSD-ul determină apariția terorii și nu neapărat a anxietății din acest motiv simptomatologia trebuie evaluată riguros (Foa, 2009)

Terapia de desensibilizare și reprocessare prin mișcări oculare rapide (EMDR) tehnica cunoscută încă din anul 1987 privește legătura dintre imaginile traumatice și cognițiile negative asociate acestora precum și a emoțiilor negative care apar în acele momente (Korn and Leeds, 2010). Scopul este desensibilizarea și reprocessarea treptată a individului și înlocuire în final a imaginilor și afectelor negative cu imagini pozitive prin stimularea rapidă și bilaterală a unor imagini de către terapeut care sunt sacadate extrem de rapid. Acest proces se repetă până când evocarea evenimentului traumatic nu mai este asociat cu reacții de distress fizic sau psihic. Efectul este similar cu cel al somnului REM care este responsabil de integrarea evenimentelor episodice și ca terapie induce pacientului o stare asemănătoare somnului REM, iar în acest fel evenimentele traumatice sunt reintegrate în memoria semantică, fără a mai induce efecte mediate hipocam-pic cu consecințele negative ale acestora mediate de amigdală (Kaslow, 2002). O serie de studii printre care și Van der Kolk et al, 2007 arată eficiența terapeutică a EMDR comparative cu administrarea de fluoxetina, timp de 8 săptămâni, observându-se că grupul supus terapiei EMDR prezintă o rată de responsivitate de 81 %. Totuși Ghidul International Society for Traumatic Stress Studies, citat de Foa în 2009, avertizează că utilizarea prea rapidă a EMDR asupra pacienților cu tulburare din spectrul disociativ se asociază cu evenimente clinice psihiatrice adverse. Van der Hart et al (2006) aduce în lumină aceeași situație, riscul iminent atunci când EMDR se folosește în tratarea pacienților expuși la evenimente traumatizante cronic este acela de reactivare a “prea multă amintire” traumatică prea devreme înainte ca pacientul să fie consolidat. Deși este o unealtă terapeutică eficientă un studiu din 2008 realizat de Eloffsson și colaboratorii săi, arată că doar 50% din pacienții tratați sunt ajutați cu adevărat.

Aderarea la protocoale stricte de interviu psihiatric asigură o identificare corectă a traumei. Dintre acestea, CBC (Child Behavior Checklist)- un instrument adaptat pe vârstă ce este completat de către părinți,

profesori etc., măsoară schimbările de comportament de tipul hiperactivității, agresivității, violenței- și CAFAS (Child & Adolescent Functional Assessment Scale) - evidențiază comportamentele problematice pe baza comportamentelor în mediul familial și în colectivitate, comportamentului față de ceilalți și de sine, consumului de substanțe, emoțiilor- fiind două dintre cele mai folosite instrumente de evaluare.

Concluzii

- Pentru a ajuta copilul să proceseze evenimentul traumatic și să revină la funcționalitatea anterioară sunt elaborate în lume numeroase seturi de bune practici, girate de asociațiile mondiale și naționale de psihiatrie;
- Aderarea la standardele relevante de îngrijire psihiatrică asigură uniformitatea în cadrul terapiei, risc scăzut de evoluție nefavorabilă și protecția psihiatrului în fața malpraxisului;
- Dezvoltarea și consolidarea parteneriatelor dintre diverse instituții care asigură screening-ul și

identificarea corectă a copiilor și adolescenților care au fost supuși unor evenimente traumatice;

- Sistemul de terapie cognitiv comportamentală centrată pe traumă aduce împreună o intervenție asupra traumei cu modele de terapie comportamentală. Acest model este oferit individual și în sesiuni unite cu părintele, terapeuții fiind atenți la nevoile acestuia și la validarea din punct de vedere cultural a terapiei
- Identificarea necesității terapiei psiho-farmacologice;
- Încorporarea unei strategii holistice și dezvoltarea de tipul minte-suflet-corp care asigură o îngrijire adecvată atât a copilului cât și a familiei din care provine;
- Investirea în programe de prevenție, intervenție și educare a publicului larg de natură epidemică a traumei. Aceste programe ar îmbunătăți nu numai calitatea vieții individului cât și a familiei și societății și ar asigura reducerea costurilor economice.

*

*

*

Introduction

One of the earliest researches on the traumatic effects of the war on children was coordinated by Anna Freud who observed the way children dealt with the war experiences during the Second World War. Her team found that being closed to a stabilizing paternal figure made the war experience less traumatic than simply offering the child a secure environment without the comfort and care of a parent, and it was amplified when the child suffered from separation anxiety or a shocking separation from the parent.

Psychotrauma is described as natural reaction to an extreme event. It is important to underline that the event alone is not responsible for the trauma but rather the thoughts, feelings and convictions the individual has about the event itself. (Boscarino J, 2004) The impact of the traumatic event over an individual differs on the basis of the duration of the exposure, the intensity of the event, the past experiences he had, the individual's social support networks, and the cultural environment in which the child lived making

it almost impossible to predict if a mental health problem will arise. (Eckes&Radunovich, 2012)

In the USA by the time children reach 16 years if age two thirds of them report suffering from a traumatic event. (Presidential Task Force on Posttraumatic Stress Disorder and Trauma in Children and Adolescents, APA, 2008) However the rates of exposure vary according to the population, the testing tools and other factors including cultural ones.

Aim of the study

To identify the best practices a mental health professional should currently use to promote the wellbeing, the autonomy and the dignity of those exposed to a traumatic experience.

Material and Method

We analyzed international guidelines and articles published during 2003-2013 regarding the management of trauma related problems.

Results

Following the exposure to a traumatic event short term emotional distress is universal. Almost all children and adolescents experience behavioral problems in the early stages of trauma, but not all of these responses are problematic, some reflect coping mechanisms to the event. Other problems may arise regarding anxiety symptoms, sleep problems and nightmares, anger, lack of interest for daily activities, attention deficits, irritability, and somatic symptoms.

Some children and adolescents develop resilience in the face of trauma (especially those who suffered a single traumatic event). Regarding the risk of poor psychiatric outcomes those who live in aversive families and those that had prior mental health problems tend to have a higher risk of mental health problems.

Trauma focused therapy systems should include: (Ellis et al, 2011)

A mental health professional that is a vital part in the recovery from a traumatic experience. The mental health professional has the responsibility to know and apply the best current practices and to offer the patients a gold standard therapy and to aid the adjacent professional that work with the children (school teachers, medical doctors, social services workers). These information are best given in the educational form as a preventive step. It is also important that the terms used by the mental health professional should be adapted to the developmental level of all those involved in the therapeutic process and to insure the child's caregiver that the current behavior is a normal response to an abnormal event. (Moroz, 2009).

A key priority in the recovery of children suffering from traumatic experiences is instructing the caregivers to maintain the routine the child new before like regular meals, keeping in touch with peers that help the child to restore its feeling of safety. (Packard, 2008)

One of the challenges that mental health professionals may encounter refer to the family's wish to accept or deny therapy, in these cases "open door policy" should be applied meaning that the therapist will stand by until parents have a proper understating of the children's need for therapy.

Another challenge is dealing with children that come from different ethnic and cultural groups that may have limited access to mental health services due to their economic status or beliefs. In these

cases the therapist must focus its therapeutic efforts keeping in mind the different cultural, political and demographical origin of the child. (American Psychiatric Association, 2011).

Trauma focused Cognitive – Behavioral Therapy (TF-CBT):

In a meta-analysis of evidence based psychosocial treatments TF-CBT was the only form of treatment to meet Silverman's Criteria of therapeutic efficacy (Silverman et al, 2008) and also Kauffman's Best Practices Project (2004) criteria which were used in these two separate studies that evaluated the best course of treatment in post-traumatic exposure, and also obtain a number one scientific rating (an evidence based therapeutic approach; Child Welfare System Relevance Level: High).

Trauma focused cognitive behavioral therapy is sustained by a number of researches that allowed it to be validated as a treatment plan in cases that required post-trauma care except in cases that involved post-traumatic depression, suicidal ideation, or substance abuse. (National Child Traumatic Stress Network - NCTSN 2004, 2008)

TF-CBT is a united therapeutic model approach between the parent, child that is offered to children presenting with significant behavioral and emotional problems connected with the traumatic experience. This therapy system brings together trauma-related interventions with behavioral and specific family therapy sessions offered in individual settings and adapted to each individual patient and its family. Although initially it was developed to help victims of sexual abuse, recent changes made it possible to adapt this therapeutic system to meet the needs of children subjects to a wide range of traumatic experience. (NCTSN 2004, 2008)

In order to establish a better cooperation between the therapist, the child and its family TF-CBT implementation guidelines recommend that those participating should be informed that trauma focused cognitive behavioral therapy is an evidence based method of treatment, that it usually requires between 6-12 therapy sessions, that it will be offered individually to each child, individual (Villalba J. A., Lewis L., 2007), and that discussing about the traumatic event- although painful- is a key part of the therapeutic process.

TF-CBT is efficient primarily in reducing trauma related symptoms such as post-traumatic reactions

(intrusive thoughts, upsetting memories, physical hyper arousal, attention and irritability) and also depressive symptoms, anxiety, conduct disorders, shame related to trauma (especially when sexual abuse is the case), trust issues and post-traumatic social functioning. The implementation manuals for TF-CBT recommend that the parent or caregiver should be included in the therapeutic approach but if this is not possible children should not be denied treatment with this form of therapy. (NCTSN 2004, 2008) However TF-CBT is not the only treatment approach, and for it to be used clear evidence is needed that the mental health problems experienced at the start of the therapy are related to a traumatic event and that any other psychiatric disorder that was present prior to the start of the treatment is being well managed so that constant problems are avoided in the course of the therapy.

Components of the trauma focused cognitive behavioral model: (Cohen&Mannarino, 2008)

1. Psychoeducation – is an essential part of the therapeutic alliance between the child, the therapist and the family. To start the therapist explains the importance of the problems the child may experience and that the behavioral changes that occur are transient thus offering a message of hope in the face of the unknown. These facts help to reduce stigma and decrease the anxiety the parent and the child feel. Psychoeducation is the first key component and should start from the initial contact with the therapist and it will be offered at any stage during therapy based on the needs of the parent, child or its extended family.
2. Parenting – the second component that has a major role in therapy is offering the parents parallel sessions and interventions that optimize their parenting skills that they need in to cope with the symptoms that may arise: aggression, enuresis or sudden mood changes. Parents may be advised to not become overprotective or alternatively to accept disruptive behaviors in an effort to further protect their children. Therapists must collaborate with parents to individualize the treatment plan and are attentive to the individual needs and more importantly to the cultural background of the family.
3. Relaxation skills – these set of skills are

aimed at reversing any psychological changes that may have resulted from the traumatic experience. These tools are effective in the situation that stressful triggers appear in different settings: at school, home or during peer to peer interactions, providing the child with a sense of control and calm that was deprived after the traumatic event. These skills may include deep breathing, yoga, mindfulness exercises (for adolescents), progressive muscle relaxation, listening to music or doing sports. Therapists then work with the child and its family in order to fine tune the practices that help the most in bringing psychical or psychological comfort and that the child can practice regardless of the setting.

4. Affective modulation skills – are used between therapeutic sessions in order to help the child face the negative or positive events that may arise after the traumatic experience. After trauma some children become hyper aroused so that even a minor distress can trigger a major response while others seem unresponsive to positive events. These set of tools help the child to improve its social skills and also improve the family interactions.
5. Cognitive coping skills – allow the child and the parents to recognize the connection among thoughts, feelings and behaviors as they relate to everyday situations and to the traumatic event. Therapists allow children and their parents to identify the thoughts, feeling and behaviors they associated with the thoughts and to evaluated if these are helpful or not. Then children and parents are encouraged to think of alternative thoughts for each of the problematic situation and to explore the new feeling and behaviors, and to identify if these new sets of feeling and behaviors would be more pro-social than before. Also the child obtains a feeling of control over its thoughts, feelings and behaviors and the consequences they generate.
6. Trauma narrative and cognitive reprocessing – after all the sets that help the child and parent in building the skills set have been completed, work can begin on the traumatic event and its specific components. Children should be encouraged to develop a trauma narrative by

gradually telling the story of what happened by writing or singing about it (books, poems, songs). Thus the child can overcome the avoidance of the traumatic memories and identifies the cognitive distortions that were associated and helps the child to contextualize the traumatic experience into the larger framework of his or hers life. Therapists should share the narrative process with the parents to prepare them for the following parent-child sessions. After the child creates the narrative task, the therapist assists the child in cognitively reprocessing distortions that contribute to the negative states such as shame, self-blame and low self esteem.

7. Child-parent sessions – conjoined parent-child sessions are an important part of the TF-CBT model, and children experience added benefits when parents participate. During these sessions children are encouraged to share the traumatic experience directly with the parent aiding further in the recovering from cognitive distortions the child may have such as feeling of guilt that the parents may be upset or have a negative opinion of the child.

Trauma focused cognitive behavioral therapy is a flexible therapeutic model allowing it to be applied in various traumatic events having a background of almost 70 meta-analysis studies that certifies the short and long terms benefits in reducing the post-traumatic symptoms and lowers the risk of comorbid psychiatric disorders.(Bisson, 2013)

Social services A vast majority of children and adolescents suffering from traumatic events are not identified and therefore do not receive adequate psychiatric care. Even when these types of situation are identified some still do not receive help from mental health professionals (this is true especially for ethnic groups and those experiencing poor social conditions that have a lower access to health services). The high number of children that are not receiving proper care may be lowered by an efficient team of social workers specialized and trained in recognizing and intervening in case of children exposed to traumatic experiences.

Pharmacologic management The psychopharmacologic treatment of traumatized patients is a challenge for any psychiatrist as there are few drugs available that target this complex problem. Kaplan & Sadock wrote about the use of

Selective Serotonine Reuptake Inibitors (fluoxetine and paroxetine) as the most efficient molecules in treating the vast symptomatology of the post-traumatic disorder not limiting it to treating only depressive disorder. Thomas in an article from 2014 (Thomas, 2014) bring to discussion the use of Prazosin as treatment for nightmares and flash-backs using a one time administration before bedtime (18 mg for women and 25 mg for men). Intrusive PTSD symptoms may respond well to the use of a low dosage of atypical antipsychotic medication and for extreme agitation or aggressive behavior Haldol should be taken into consideration (Lowenstein et al, 2005). Propranolol may be effective in diminishing hyper arousal symptoms when external triggers are at fault, which may be experienced at enhanced intensity due to the recent traumatic event (Vaiva et al, 2012). Benzodiazepines, usually lorazepam or clonazepam, may be used to treat panic attacks and anxiety however the physician should take into consideration that typically PTSD gives rise to terror not anxiety, and the situations must be evaluated rigorously (Foa, 2009).

Rapid eye movement desensitization and reprocessing therapy is a technique discovered since 1987 targets the link between traumatic images and cognitive effects and emotions that they associate when they arise. (Korn and Leeds, 2010) The purpose of this treatment method is to desensitize and to help the individual reprocess the negative images using bilateral stimuli that cause the patient to integrate the experience in a more adaptive way. This process is repeated again and again until symptoms of physical and emotional distress no longer appear. The effect is similar to that of REM sleep, as it is known that during REM phase the integration of episodic memories into the memory and as a therapy it serves to integrate these distressing memories into the semantic memory, without them further inducing hippocampic activation that has negative consequences over the amigdala. A number of studies, including Van der Kolk et, 2007 shows that the clinical efficiency of the EMDR therapy when compared to the administration of fluoxetine for 8 weeks, has a responsive rate for the EMDR group of close to 81 %. However the International Society for Traumatic Stress Studies Guideline (Foa, 2009) warns that the use of EMDR therapy on patients that exhibit dissociative disorders is dangerous and can cause significant adverse psychiatric outcomes.

Van der Hart et al, 2006 bring into light the same problem stating that the use of MDR on chronically traumatized patients can cause it to bring up “too many traumatic memories too soon”. Although it has been established as a safe and useful clinical tool a study by Sondergaardet from 2008 shows that only 50% of the patients treated with this type of therapy are helped.

Adherence to strict psychiatric interview protocols ensures that a traumatizing event can be accurately discovered. For example, Child behavior Checklist (CBCL) an age appropriate interview method for parents or teachers analyses the child's aggression, hyperactivity or shifts in behavior associated with violence, and Child & Adolescent Functional Assessment Scale (CAFAS) asses clusters of symptoms regarding behavioral issues, social interactions, substance abuse and negative affect are some of the most used tools for screening and diagnosis.

Conclusions

- In order to help the child process the traumatic event to which he has been exposed and to help him gain previous functionality guidelines and gold standard practices have been developed worldwide
- Adherence to these relevant standards in

psychiatric care ensures uniformity in the treatment of trauma related symptoms, lowers the risk of adverse outcomes, and ensures that the therapist is protected against malpraxis

- Appropriate partnerships must be established within relevant institutions for the screening and identification of those children and adolescent that have been exposed to traumatic events and need help in the form of therapy
- The trauma focused cognitive behavioral therapy system brings together an integrated approach in the treatment of post traumatic symptoms. These therapeutic model is offered individually and in child-parent sessions, with a constant watch over the needs of the patient and it cultural beliefs
- The need for psychopharmacological treatment should be carefully assessed at all times
- Therapist need to incorporate a developmental and a holistic body-mind-spirit approach to ensure adequate care for the child and its family
- Investments in programs to educate, prevent and to intervene when necessary should be enforced. These programs would not only improve quality of life for those exposed to trauma, but also lower the costs of care.

*

*

*

Bibliografie / Bibliography

1. ***Child Sexual Abuse Task Force and Research & Practice Core, National Child Traumatic Stress Network. (2004). How to Implement Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. Durham, NC and Los Angeles, CA: National Center for Child Traumatic Stress. Reference Update 2008.
2. ***International Society for the Study of Trauma and Dissociation: Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision, Journal of Trauma & Dissociation, 2011, 12 (2): 115-187
3. American Psychological Association, Presidential Task Force on Posttraumatic Stress Disorder and Trauma in Children and Adolescents - Children and Trauma. Update for Mental Health Professionals, 2008, <http://www.apa.org/pi/families/resources/children-trauma-update.aspx>
4. Benedek D, Friedman M, Zatzick D, Ursano R. Guideline Watch Practice Guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder, Psychiatric Services, 2009, <http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28§ionid=1682793>
5. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD), Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jul 18;(3). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17636720>
6. Bisson J. Disseminating and implementing evidence-based practice. Eur J Psychotraumatol, 2013, 4: 10.3402/ejpt.v4i0.21252. Published online Jun 6 2013
7. Boscarino J. Posttraumatic Stress Disorder and Physical Illness: Results from Clinical and Epidemiologic Studies, New York Academy of Sciences, 2004, 141-153.
8. Child Sexual Abuse Task Force and Research & Practice Core, National Child Traumatic Stress Network. (2004). How to Implement Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. Durham, NC and Los Angeles, CA: National Center for Child Traumatic Stress.
9. Cohen J, Mannarino A. Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy for Children and Parents, Child and Adolescent Mental Health, 13:4, 158-162, November 2008

10. Eckes A, Radunovich HL. Trauma and Adolescents. Gainesville, FL: Department of Family, Youth & Community Sciences, Florida Cooperative Extension Service, Institute of Food and Agricultural Sciences, University of Florida, 2007. <http://edis.ifas.ufl.edu/fy1004>
11. Elfosson U, von Scheele U, Theorell T, Sondergaard HP, Physiological correlates of eye movement desensitization and reprocessing, 22:4, 622-634, 2008
12. Ellis H, Fogler J, Hansen S, Forbes P, Navalta C, Saxe G, Trauma Systems Therapy: 15-Month Outcomes and the Importance of Effecting Environmental Change, Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 2012, 4(6): 624-630.
13. Foa E. Effective treatments for PTSD, Guilford Press, New York, 2009
14. Kaslow FW, Nurse AR, Thompson P, EMDR in conjunction with family systems therapy. In F. Shapiro (Ed.), EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism, American Psychological Association, Washington DC, 2002, 289-318
15. Kauffman Foundation (2004). Closing the Quality Chasm in Child Abuse Treatment. Identifying and Disseminating Best Practices, 2004, from <http://www.chadwickcenter.org/Documents/Kauffman%20Report/ChildHosp-NCTA brochure.pdf>
16. Korn D, Leeds A. Preliminary Evidence of Efficacy for EMDR Resource Development and Installation in the Stabilization Phase of Treatment of Complex Posttraumatic Stress Disorder, Journal of Clinical Psychology, 2002, 58(12): 1465- 1487
17. Loewenstein RJ, Putnam FW, The dissociative disorders, in Comprehensive Textbook of Hospital Psychiatry. Edites by Sharfstein SS, Dickerson FB, Oldham JM. Washington DC, American Psychiatric Publishing, 2008, 103-118
18. Moroz J, The Effects of Psychological Trauma on Children and Adolescents, Report Prepared for the Vermont Agency of Human Services, Department of Health Division of Mental Health Child, Adolescent and Family Unit, 2009. http://mentalhealth.vermont.gov/sites/dmh/files/report/caf/DMH-CAFU_Psychological_Trauma_Moroz.pdf
19. Packard E. Warding off secondary trauma: Robin Chang's research could improve outreach to first-responders in the aftermath of traumatic events, Monitor on psychology, 2008, 39(6):95
20. Sadock B, Kaplan I, Sadock V. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/clinical Psychiatry, Lippincott Williams & Wilkins, 2007, 621-622
21. Silverman W , Ortiz C , Viswesvaran C, Burns B , Kolko D, Putnam F, Amaya-Jackson L. Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents Exposed to Traumatic Events, Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 2008, 37(1): 156 – 183.
22. Tomas M. Treatment of Sleep Disturbances in Post-Traumatic Stress Disorder. Ment Health Clin, 2014, 4(2):59.
23. Vaiva G, Ducrocq F, Jezequel K, Averland B, Lestavel P, Brunet A, Marmar C. Immediate Treatment with Propranolol Decreases Posttraumatic Stress Disorder Two Months after Trauma, Biol Psychiatry, 2003, 54:947-949. Reference update 2012, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14573324>
24. Van der Hart O, Nijenhuis E, Solomon R. Dissociation of the Personality in Complex Trauma-Related Disorders and EMDR: Theoretical Considerations, Journal of EMDR Practice and Research, 2010, 4:2, 75-92.
25. Villalba J, Lewis L. Children, adolescents, and isolated traumatic events: Counseling considerations, for couples and family counselors. The Family Journal, 2007, 15:1, 31-35