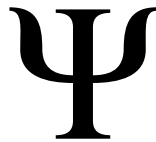




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



Manualbasert traumeterapi med voldsutsatte barn
En effektundersøkelse ved bruk av single-case design

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Kristine Kogstad
Linda Hana Flønes

Vår 2011

Veiledere

Hanne Cecilie Braarud, RBUP Vest, Senter for Krisepsykologi
Helge Holgersen, Universitetet i Bergen

Forord

Dette arbeidet er vår hovedoppgave for cand. psychol. graden. Vi vil gjerne takke barna og deres foresatte for deltakelse i prosjektet "Barn som lever med vold i familien". Deres bidrag gir økt forståelse for vansker hos barn som har erfart familievold, og har implikasjoner for videreutvikling av et tiltrent behandlingstilbud. Takk rettes også til psykologene ved Senter for Krisepsykologi for deres arbeid med barna, og engasjement i prosjektet.

Vi vil gi en stor takk til vår veileder, Hanne Cecilie Braarud, som alltid har vært tilgjengelig for veiledning og bidratt med gode innspill, engasjement og støtte i denne prosessen. Vi vil også takke Helge Holgersen for nyttige kommentarer på oppgaven, og et uvurderlig råd når vi var i stort behov for dette.

Data på et fjerde kasus, samt manglende oppfølgingsmål fra en deltaker i denne studien, vil foreligge i løpet av høsten 2011. Disse data vil inkluderes i den eksisterende artikkelen, som er planlagt sendt inn til Matrix, Nordisk tidsskrift for psykoterapi.

Vi benytter også anledningen til å takke hverandre for god støtte og et produktivt samarbeid.

Bergen, 12. april 2011

Kristine Kogstad og Linda Hana Flønes

Innholdsfortegnelse

Forord	III
Innholdsfortegnelse	IV
Manuskriptets tittelside	1
Sammendrag	2
Innledning	3
Metode	5
Utvalg og prosedyre	5
Forskningsdesign	6
Måleinstrumenter	7
Behandlingsmanual	8
Resultater	10
Diskusjon	12
Referanser	16
Abstract	22
Appendiks A: Figur 1	23
Appendiks B: Tabell 1	24
Appendiks C: Manuskriptretningslinjer for Matrix, Nordisk tidsskrift for psykoterapi.	25

Manualbasert traumeterapi med voldsutsatte barn
En effektundersøkelse ved bruk av single-case design

Kristine Kogstad^a og Linda Hana Flønes^b

^a Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen. E-post: kristinekogstad@hotmail.com.

^b Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen. E-post: lindaflones@hotmail.com.

Adresse for korrespondanse

Korrespondanse angående denne artikkelen kan rettes til Kristine Kogstad på e-post:

kristinekogstad@hotmail.com.

Sammendrag

Norske og internasjonale prevalensstudier viser at barn som erfarer familievold er et utbredt fenomen. Denne relasjonelle belastningen øker barns risiko for å utvikle et bredt spekter av traumerelaterte vansker. En traumefokusert kognitiv atferdsterapeutisk manual ble utviklet av Senter for Krisepsykologi for å adressere behovet for systematiske metodebeskrivelser i arbeid med denne gruppen. Et single-case multiple baseline design ble anvendt for å undersøke manualens effektivitet vedrørende reduksjon av traumerelaterte vansker hos tre barn mellom 8-14 år, som har erfart familievold. Generelt viser resultatene reduksjon over tid i traumerelaterte vansker hos samtlige kasus, men stor individuell variasjon på utfallsmål indikerer kompleksiteten i denne type problematikk. Inklusjon av flere kasus ville dermed vært hensiktsmessig for å avklare funnenes generaliserbarhet. Resultatene er likevel lovende vedrørende implementering av manualen i klinisk praksis.

Keywords: familievold, traumefokusert kognitiv atferdsterapi, single-case design.

Manualbasert traumeterapi med voldsutsatte barn

En effektundersøkelse ved bruk av single-case design

Barn erfarer familievold når de vokser opp i et familiemiljø hvor én eller begge omsorgspersoner utøver fysisk vold mot barnet og/eller mot hverandre (partnervold). Det rapporteres at mellom 80-90% av barn som lever i voldelige familier ikke beskyttes for partnervolden, til tross for omsorgsgivernes oppfattelse av det motsatte (Jaffe, Wolfe & Wilson, 1990). Studier indikerer også en økt risiko for at barn utsettes for fysisk vold i familier hvor det eksisterer partnervold (Appel & Holden, 1998). Begrepet *erfare* omfavner bredden av opplevelser barnet berøres av; begrepet betegner ikke bare det visuelle inntrykket, men en erkjennelse av volden gjennom alle sansemodaliteter, og påpeker en direkte, så vel som indirekte, eksponering for volden (Heltne & Steinsvåg, 2011).

En norsk undersøkelse (Mossige & Stefansen, 2007) viser at 25 % av unge har vært utsatt for minst én voldshendelse fra minst én forelder. Utsettelse for grov vold var rapportert av 8%, og 2 % anga å ha blitt utsatt for høyfrekvent vold. Omtrent 10 % av ungdommene hadde bevitnet fysisk vold mellom foreldrene, hvorav 6 % var grov vold. Grunnet begrensninger ved studien antas det imidlertid at omfanget av voldserfaring er større enn hva undersøkelsen fant.

Forskning viser at vold mot barn er et alvorlig problem også i verdenssamfunnet (World Health Organization, 2002). Studier estimerer eksempelvis at 38,5 % av ungdom i kurdiske Iran (Stephenson et al., 2006), 7% av unge voksne i Storbritannia (May-Chahal & Cawson, 2005) og 14% av barn i USA (Finkelhor, Ormrod & Turner, 2007) har erfart vold i hjemmet. Inkorporering av FNs Barnekonvensjon i det norske lovsystem i 2003 ("FNs barnekonvensjon", n.d.), og endringer i Barneloven (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 1981/2010), understreker et politisk og samfunnsmessig ansvar for å forhindre at barn utsettes for familievold.

Volden utgjør en vedvarende trussel mot den trygghet og forutsigbarhet i hverdagen ethvert barn er i behov av, samt forringer omsorgsevnen hos foreldrene (Heltne & Steinsvåg, 2011). Denne belastende erfaringen representerer potensielt traumatiske hendelser for barnet. Traumatiserte barn kan utvise symptomatologi forenlig med posttraumatisk stresslidelse (PTSD): gjenopplevelse, økt fysiologisk aktivering og unngåelse (American Psychiatric Association, 1994; World Health Organization, 1992). Vanlig assosiert problematikk er også internaliserende og eksternaliserende vansker som depresjon og angst, atferdsforstyrrelse og hyperaktivitet (Fletcher, 2003).

Traumatisering fra familievold kan videre forstås som et *komplekst* traume, som betegner "(...) opplevelsen av multiple, kroniske og vedvarende, utviklingsmessig negative traumatiske hendelser, som oftest av interpersonlig art (...) og som inntreffer tidlig i livet" (vår oversettelse: van der Kolk, 2005, s.402). Vedvarende, multiple og interpersonlig krenkende opplevelser mot barn resulterer ofte i et symptombylle som favner bredere enn PTSD, og litteratur om komplekse traumer viser til ytterligere negative konsekvenser for tilknytning, affektregulering, kognitiv- og atferdsmessig fungering, dissosiative opplevelser, samt vansker knyttet til selvfølelse. Ulike nevrobiologiske og øvrige somatiske konsekvenser er også rapportert (Cook et al., 2005). Dette brede spekter av konsekvenser illustrerer den komplekse problematikken disse barna kan utvise, samt betydningen av tidlig intervensjon og psykologisk behandling for denne gruppen.

Kognitiv atferdsterapi (CBT), i form av traumefokusert CBT (TF-CBT), er evidensbasert praksis og foretrukket behandling for PTSD (NICE, 2008; Bisson & Andrew, 2009). TF-CBT inkluderer komponenter rettet mot PTSD-, angst- og depresjonssymptom og andre traumerelaterte vansker (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006).

Behovet for systematiske metodebeskrivelser i arbeid med voldsutsatte barn og unge er betydelig (Dyregrov & Raundalen, 2008). I det statlig finansierte samarbeidsprosjektet "Barn

som lever med vold i familien”, mellom Senter for Krisepsykologi (SfK) og Alternativ til Vold (ATV), ble dette behovet adressert ved utvikling av ”Manual for barnefokusert traumeterapi for voldsutsatte barn”. Manualen er basert på arbeidet til Cohen et al. (2006), samt en systematisering av klinisk erfaring på traumefeltet. Mål med behandling er elaborering av traumers minnerepresentasjoner, og læring av strategier for håndtering og reduksjon av vansker tilknyttet disse (Dyregrov & Raundalen, 2008).

Denne studien undersøker og diskuterer behandlingsprosessen og effekten av manualisert behandling for tre barn som har erfart familievold, ved bruk av single-case design. I motsetning til eksperimentelle design med gruppegenererte data, vil single-case design kunne tilby den største innsikten i å forstå terapeutisk endring gjennom dens demonstrasjon av ulike behandlingskomponenters effekt på individuelle kasus' symptomer (Kazdin, 1982). Denne artikkelen søker å besvare problemstillingene: Er ”Manual for barnefokusert traumeterapi for voldsutsatte barn” effektiv for reduksjon av traumerelaterte vansker hos barn som har erfart familievold; og synes noen teknikker å være særlig virksomme?

Metode

Utvalg og Prosedyre

Fire barn, av begge kjønn, mellom 8 og 14 år ble rekruttert til studien via Barnehuset; et tverrfaglig kompetansesenter for barn og unge i kontakt med rettsvesenet (”Barnehuset”, 2011). Denne studien inkluderer tre av de fire opprinnelig rekrutterte deltakerne kalt D1, D2 og D3. Barna har erfart vold mellom omsorgsgivere i hjemmet og selv vært utsatt for fysisk vold. En sikkerhetsvurdering ble foretatt forut for prosjektdeltakelse for å avgjøre om ytterligere tiltak måtte igangsettes for beskyttelse av barnet og eventuelt omsorgsgiver. Samtykkeerklæring ble undertegnet ved rekruttering til studien.

I tillegg til ønske om hjelp til bearbeidelse av sine vansker, var inklusjonskriteria posttraumatiske vansker, atferdsvansker og emosjonelle problemer. For å vurdere om barna møtte disse kriteriene, fylte de ut Children's Revised Impact of Event Scale 13 (CRIES-13; Smith, Perrin, Dyregrov & Yule, 2003) og Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, Meltzer, Bailey, 1998) på Barnehuset. Eksklusjonskriteriene var barn som befinner seg i en ustabil bosituasjon, er akutt plassert, har diagnose psykisk utviklingshemming, der deltakelse eller forespørsel om deltakelse utfordret sikkerheten til barnet eller foresatte, eller der norskspråket ble en utfordring. Studien er godkjent av Den Regionale Komité for Medisinsk Forskningsetikk, Helseregion Vest (REK), samt Personvernombudet (PVO) ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

Forskningsdesign

Et single-case multiple baseline design på tvers av subjekter (Kratochwill & Levin, 2010) ble anvendt for å undersøke effekt av behandling. Single-case design muliggjør bevarelsen av kompleksiteten i, og konteksten av, kliniske fenomen slik de vanligvis oppstår i psykologisk behandling (Edwards, Dattilio & Bromley, 2004), og er anerkjent av APA Task Force on Evidence-Based Practice (2006) som effektstudie av psykologisk behandling.

Baselineperioder på 10, 14 og 21 dager ble anvendt i studien; D1 ble randomisert til en 14-dagers baselineperiode, og D2 og D3 til en 21-dagers baselineperiode. Konkret definert målatferd i form av symptomsmål på traumerelaterte vansker, ble kontinuerlig registrert i baseline-, intervensjons-, og oppfølgingsfasen ved bruk av registreringsskjema og kartleggingsbatteri. Batteriet ble utfylt ved oppstart, avslutning, og 3- og 6-månedersoppfølging. Ukentlig registrering muliggjør evaluering av behandlingseffekten, samt presisering av effekten av de ulike komponenter som introduseres i løpet av behandlingen (Kazdin, 1982). Behandlingseffekten vurderes ved visuell analyse av visuell fremstilling av data, og inspeksjon av data fra kartleggingsbatteri.

Tre psykologspesialister ved SfK utførte behandlingen. Behandlingsintegriteten ble sikret ved opplæring i manualen og veiledning fra en av manualforfatterne. Videoopptak av et utvalg behandlingstimer ble gjennomgått i veiledningen. Omsorgsgivers registrering i baseline- og intervensjonsfasen, og terapeutens loggføring av behandlingskomponenter anvendt i timene, tjener som kontrollbetingelser som reduserer tvetydighet i vurderingen av behandlingsintervensjonens effekt (Kazdin, 1982). Effektens varighet kontrolleres gjennom oppfølgingsundersøkelser ved 3- og 6 måneder post-intervensjon.

Måleinstrumenter

Kartleggingsbatteri. Opplevelsesskjema, videreutviklet av SfK fra Richters & Martinez (1992), anvendes for å kartlegge situasjoner med voldelig innhold barnet har erfart i hjemmet. Rosenberg Self-Esteem Scale (SES; Rosenberg, 1965) kartlegger et barns negative eller positive orientering til eget selv. Depression Self-Rating Scale for Children (Birlson-D; Birlson, 1981) måler ulike depressive symptomer hos barn de siste syv dager. Grad av selvrapporterte somatiske plager hos barn i løpet av de siste to uker måles ved Child Somatization Inventory (CSI; Walker, Garber & Greene, 1991; omarbeidet av Gjestad & Dyregrov, 2008). CRIES-13 (Smith et al., 2003; omarbeidet fra IES-8, Dyregrov & Yule, 1996) måler subjektiv innvirkning av en belastende hendelse, de siste syv dager. Grad av angst hos barn og unge registreres ved Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS; Reynolds & Richmond, 1978). SDQ (Goodman et al., 1998) kartlegger barnets sterke og svake sider de siste seks måneder.

Foresatte rapporterer barnets dissosiative symptomer ved bruk av Child Dissociative Checklist (CDC; Putnam, Helmers & Trickett, 1993); for selvrapportering av dissosiering og posttraumatisk lidelsestrykk anvendes Children's Dissociative Experiences Scale and Posttraumatic Symptom Inventory (CDES-PTSI; Stolbach, Silvern, Williams, Reyes & Kaersvang, 1997).

Registreringsskjema. Registreringsskjema for barnet, omsorgsgiver, og terapeut er utviklet ved SfK. Omsorgsgiver rapporterer ukentlig om barnet har opplevd noen påminnere om voldshandlinger, vonde og/eller farlige situasjoner, eventuell hjelp fra andre hjelpeinstanser og ellers viktige hendelser foregående uke. Barnet registrerer ukentlig relevant symptomatferd den siste uke. Terapeuten beskriver etter hver sesjon hvilke behandlingskomponenter som har vært i fokus, og hvorvidt det har fremkommet informasjon om hendelser den foregående uken som har påvirket barnets fungering.

Behandlingsmanual

Manualen baserer seg på prinsipper postulert av Ehlers & Clark (2000), og Brewin (2001; 2006). Disse prinsippene angir at traumeminner ikke tilstrekkelig integreres i den selvbiografiske hukommelse. Slik erfarer barnet en kontinuerlig trussel som oppleves uforklarlig utløst, og som det opplever redusert kontroll over. Behandlingsmålet er dermed bearbeiding og integrasjon av traumeminner i den selvbiografiske hukommelsen, som medfører reduksjon av gjenopplevelser, antakelser som opprettholder opplevelse av kontinuerlig trussel og dermed fysiologisk aktivering, og uhensiktsmessige mestringsstrategier (Dyregrov & Raundalen, 2008). Barna skal lære ulike ferdigheter for å motvirke unødig bekymring rundt, og unngåelse av, traumerelaterte påminnere. Terapiforløpet består i utgangspunktet av 12 sesjoner, men behandlingen og dens varighet, tilpasses individuelt. Slik tilstrebes en fleksibel bruk av manualen ut fra barnets behov, og manualen fungerer som en verktøykasse med fem hovedkomponenter:

Psyko-pedagogisk informasjon om reaksjoner og rasjonale for metoden. Den initielle delen av behandlingen omfatter psykoedukasjon vedrørende alminnelige reaksjoner etter voldserfaring i familien (se Wolak & Finkelhor, 1998). Det fokuseres også på etablering av terapeutisk allianse, samt undersøkelse av hva barnet har erfart. Omsorgspersoner, som

ikke har vært voldsutøvende mot barnet, involveres for å sikre støtte og forståelse for barnets vansker.

Metoder for å utvikle positive selvinstruksjoner og gjenkjenne følelser. Det anvendes intervensjoner basert på kognitiv restrukturering av fortolkning av traumatiske hendelser og hverdagslige situasjoner. Disse er bl.a. ABC-modellen (f.eks. Beck, 1976), psykoedukasjon gjennom å fremheve forståelse for sammenhengen, samt forskjellen, mellom tanker, følelser og atferd, og andre teknikker for affektgjenkjenning (se Cohen et al., 2006).

Selvhjelpsmetoder for å dempe ubehagelige sanseinntrykk. En rekke teknikker beskrives for å dempe påtrengende minnemateriale gjennom å oppnå kontroll over inntrykk, som ved bruk av forestillingsmetoder på invaderende forestillingsbilder, hørsels-, smaks- og lukteinntrykk (f.eks. Cohen et al., 2006), samt teknikker for tankestyring (f.eks. Cautela & Wisocki, 1977), bekymringstid (f.eks. Wells & Sembi, 2004), og distraksjonsmetoder (f.eks. Stallard, 2002).

Selvhjelpsmetoder for å dempe uro. Herunder inkluderes ulike avslapnings- og avspenningsteknikker (f.eks. Benson, 1975), eventuelle søvnhygieniske tiltak (f.eks. Cholz, 1995), og metoder for å håndtere mareritt (f.eks. Krakow & Zadra, 2006).

Metoder for å gå nær hendelsen og for å hindre unødig unngåelse. Unngåelse er en typisk strategi for håndtering av traumas ettervirkninger (Ehlers & Clark, 2000), og det er viktig å lære barn metoder for å forhindre ubeføyet unngåelse. Eksisterende påminnere kartlegges, og in vitro- (f.eks. Yule et. al, 2005) og in vivo-eksponeringsmetoder (f.eks. Ehlers & Clark, 2000), anvendes.

Metoder som eksempelvis Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; f.eks. Shapiro, 1995), kan også anvendes som et supplement til CBT-teknikker hvor det er indikasjoner på dette, og hvor terapeut har opplæring i metoden (Dyregrov & Raundalen, 2008).

Resultater

Tabell og figur er utført i Microsoft Excel 14.0.2. Figur 1 er en visuell fremstilling av sumskårer av barnets ukentlige registreringer. Svarresponser på kartleggingsbatteriet ble skåret etter instrumentenes skåringsnøkler, og individuelle resultater samt gjennomsnittsskårer, presenteres i Tabell 1.

Sett inn Figur 1 omtrent her

Sett inn Tabell 1 omtrent her

Det er lavere enn 50 % variabilitet (0 %, 0 % og 17 % for D1, D2 og D3, respektivt) i selvrapporterte symptomvansker i baselinefasen, som anbefalt i single-case design, se Figur 1. Den lave variabiliteten påpeker et stabilt symptomtrykk før behandling, og muliggjør prediksjon om at symptomtrykket ikke vil reduseres uten intervensjon (Kazdin, 1982). Gjennomsnitt av sumskårer reduseres fra baseline-, til intervensjons-, og oppfølgingsfasen for D2 ($M = 12$; $M = 6,4$; $M = 0,5$) og D3 ($M = 19$; $M = 16,4$; $M = 14$), men stiger noe for D1 ($M = 0$; $M = 0,3$; $M = 1$).

Gjennomsnittsverdiene i Tabell 1 viser en gjennomgående reduksjon fra før til etter behandling på typiske posttraumatiske vansker og dissosiasjons-, depresjons-, somatiserings- og angstsymptom. En økning i prososial atferd vises også. Mål på selvfølelse er imidlertid redusert ved behandlingsslutt, men viser en betydelig økning ved 6-månedersoppfølging. Generelt demonstrerer gjennomsnittsmål ved oppfølgingsundersøkelsene at symptomreduksjonen er varig.

Gjennom terapeutens loggføring beskrives D1's symptombilde å ha et affektivt innhold, samt å være særlig preget av påtrengende minnemateriale, fysiologisk aktivering og lav terskel for perseptuell priming (se Ehlers & Clark, 2000). Relativt til dette kasusets øvrige responsstil, vises forholdsvis høye mål på RCMAS og CDES-PTSI i kartleggingsbatteriet. Angst er fremtredende hos D2, og disse plagene prioriteres i start av behandling; kartleggingen strekker seg dermed over de fire første timer. D3 utviser i hovedsak affektive og kognitive depresjonssymptom, samt påtrengende minnemateriale.

Slik det fremgår av Figur 1, viser verdier i intervensjonsfasen unike trender i symptommanifestasjon hos alle kasus. Ved visuell inspeksjon av D1's kurve fremstår symptomtrykket lavt gjennom intervensjonsfasen. Det vises imidlertid en diskrepans mellom selvrappoterings, og det som fremkommer av terapeutens ovennevnte loggføring og i Tabell 1. Hovedintervensjon for dette kasus er eksponering, og EMDR introduseres i siste del av fasen. D1 mottar flere sesjoner i intervensjonsfasen.

D2's kurve er jevnt nedadgående med en brattere trend i start av behandlingsforløpet, da symptom utløst av ekstern hendelse adresseres umiddelbart i behandlingen. I behandlingsforløpet anvendes særlig selvhjelpsmetoder for å dempe uro ved avslapningsøvelser, håndtering av affekt ved kognitiv restrukturering, og å redusere traumatiske påminnere ved eksponering og forestillingsmetoder. Disse teknikkene repeteres gjennom intervensjonsfasen. En stigning i kurven sees mellom I2 og I3, da barnet har reagert med angst på oppstått hendelse. I påfølgende time adresseres dette ved bruk av psykoedukasjon. Fra I4 til I5 halveres verdien, da det arbeides med ovennevnte teknikker. Kurven indikerer mild økning i symptomtrykk fra I11 til I12.

Som illustrert i Tabell 1, skiller generelt kasus D3 seg fra D1 og D2 ved høyere symptomrapportering. Ved visuell inspeksjon av Figur 1, ses en fluktuerende trend i D3's kurve. En stigning i kurven sees fra I3 til I4. Dette reflekterer at kasuset har opplevd sterke

påminnere relatert til voldsutøver, og rapporterer mye tristhet knyttet til dette. En økning sees fra I5 til I6, og fra I7 til I8. Sesjoner mellom I5 og I7, I7 og I9, avlyses grunnet sykdom. Fra I8 vises en jevn helling i kurven. I denne perioden ser barnet voldsutøver tilfeldig ved flere anledninger. Særlig anvendte teknikker er affekthåndtering og positive selvinstruksjoner ved kognitiv restrukturering, samt forestillingsmetoder for arbeid med mareritt og annet påtrengende materiale, og disse gjentas gjennom behandlingsfasen.

Oppfølgingsfasen viser idiosynkratiske trender for kasusene (se Figur 1), men totalt sett en redusert rapportering av symptomvansker. D1 viser mild økning ved 3-månedersoppfølging, med en påfølgende reduksjon ved 6-månedersoppfølging. For D2 ses lavest rapporterte nivå av traumerelaterte vansker ved begge oppfølgingsmål. D3's kurve demonstrerer økning av rapporterte symptom ved 3-månedersoppfølging. Dette relateres til at kasusets tidligere voldserfaringer fremdeles behandles i andre instanser, noe som er belastende for D3. Dette skaper behov for ekstra oppfølgingstime halvannen måned senere, og barnet rapporterer da å ha det mye bedre.

Diskusjon

Resultatene gir indikasjoner på at manualen er effektiv for reduksjon av traumerelaterte symptom hos barn som har erfart familievold, og oppfølgingsundersøkelsene viser at effekten er varig. Visuell inspeksjon av endringer i kurvenes trend, og undersøkelse av loggføring fra sesjoner tilknyttet disse, muliggjør konklusjonen at komponentene avhjelper symptomvansker. Det indikeres også at alle behandlingskomponentene anvendes, men i ulik grad, avhengig av barnets symptombilde. Da symptomene favner bredt og er av ulikt mønster, har terapeutene vektlagt individuell tilpasning av teknikker. Dette gir holdepunkter for at terapeutene anvender manualen fleksibelt, i tråd med dens intensjoner, men gjør det innfløkt å utlede fra resultatene om noen komponenter har større effekt enn andre. Gjentatt anvendelse av symptomtilpassede teknikker synes effektivt, da resultatene viser reduksjon i rapportert

symptomtrykk som følge av dette. Dette påpeker igjen nødvendigheten av en fleksibel tilnærming til denne problematikken.

Stor individuell variasjon i resultater på kartleggingsbatteriet problematiserer anvendelsen av gjennomsnittsverdier for å vurdere intervensjonseffekt, og konklusjoner om effekt kan dermed ikke trekkes udiskutert. D3's relativt høye skårer på kartleggingsbatteriet, kan reflektere at barnet møter voldsutøver tilfeldig, parallelt med behandlingsintervensjonen, og slik lever med en kontinuerlig trussel som re-trigger traumereaksjoner (Ehlers & Clark, 2000). Dette påpeker at posttraumatiske vansker ikke bare utløses av interne faktorer, men også eksterne hendelser (Feather & Ronan, 2006). Høy fysiologisk aktivering og perseptuell priming hos D1, opprettholdes likeledes av eksterne hendelser.

D3's møter med voldsutøver under intervensjonsfasen kan videre tenkes å ha implikasjoner for behandlingsresponsivitet, som kan forklare fluktuasjonen i selvrapporterte plager som vises i kurvens trend. Senere i forløpet reflekteres likevel ikke dette i forhøyet rapportert symptomtrykk, til tross for disse gjentatte møtene. Kurvens nedadgående trend etter I8 kan gjenspeile behandlingsutbytte for kasus. Det noteres også en sammenheng mellom repetisjon av symptomtilpassede teknikker og reduksjon av symptomtrykk hos D2. Hos D1 derimot, innsettes flere sesjoner og et skifte i teknikkbruk observeres; dette kan indikere at CBT-teknikkene ikke var like egnet for å avhjelpe dette barnets vansker.

Ekstrem lav rapportering på registrerings skjema observeres videre hos D1, men gjennom loggføring indikeres betydelig symptomtrykk. Dette viser ikke bare til utfordringer tilknyttet bruk av selvrapporteringsmål, men kan gjenspeile unngåelse av traumemateriale, samt et tilknytningsaspekt ved kompleks traumatisering gjennom simultane, motstridende følelser av lojalitet til, og frykt for, voldsutøver. Disse mønstrene, samt de vidt forskjellige symptombildene barna utviser, vitner om kompleksiteten i skadeeffekter av familievold.

Terapeutens utsettelse av kartlegging grunnet presserende angst hos D2, er et eksempel på den nødvendige kliniske fleksibiliteten, men samtidig en utfordring til studiens interne validitet. Det er tenkelig at første mål på RCMAS for dette kasus skulle vært betraktelig høyere enn når det rapporteres på et senere tidspunkt. På den andre side vitner dette om økologisk validitet som muliggjøres av single-case design, og den bevarelsen av kompleksiteten som er realistisk i en klinisk hverdag. Dette eksemplifiseres også ved D3's vansker med utfylling av CDES-PTSI, da dette i seg selv presenterer eksponering til traumemateriale. Manglende data er dermed et resultat av problematikken som studeres, men som samtidig svekker studiens eksperimentelle integritet, da dette gir et ufullstendig mål på kartleggingsbatteriet. Generelt problematiseres også konklusjoner om varighet av behandlingseffekten av manglende data ved 6-månedersoppfølging hos D3.

Andre trusler til studiens interne validitet er D1's to baselinemål, som utfordrer mulighet for prediksjon av behandlingseffekt for dette kasus (Kazdin, 1982). Videre rapporterer D3 forbigående sykdom ved høye registreringsmål i intervensjonsfasen; slik kan man betvile målenes validitet, da det er sannsynlig at disse reflekterer sykdomsfølelse. D1's mål er imidlertid stabile i baselineperioden, og D3's trend er nedadgående til tross for de høye registreringene. Dette støtter at intervensjonen har en effekt. Intern validitet styrkes ved at det er tre terapeuter, og ikke en, som utfører behandling (se Feather & Ronan, 2006). Vedrørende behandlingsutfall er det dog viktig å poengtere at disse kan knyttes til spesifikke kvaliteter ved den enkelte terapeut; selv innen samme terapeutiske tilnærming finner man forskjeller tilknyttet terapeutkarakteristika (Kim, Wampold & Bolt, 2006).

Kazdin (1982) påpeker betydningen av konkret definert målatferd i single-case design. Reliabilitet og validitet til studiens instrumenter er tilfredsstillende for dette formål. Likevel kan det diskuteres om utslag på instrumentene er en sann refleksjon av barnas

symptomvansker. Som diskutert kan oppstått diskrepans mellom D1's rapportering og terapeutens loggføring demonstrere aspekt ved barnets vansker, men det er også mulighet for at instrumentene ikke er adekvate for å fange opp disse. Det fremkommer at barna har betydelig lidelsestrykk, men det er få utslag over kutteskårer i kartleggingsbatteriet.

Studien har vektlagt mål på symptomtrykk og reduksjon av dette, samt nøye beskrivelser av teknikkbruk. Imidlertid viser forskning at også terapeutisk allianse er en viktig og målbar variabel som har en robust effekt på behandlingsutfall (Summers & Barber, 2003), og ved en eventuell replikasjon av studien anbefales inklusjon av et slikt mål. I forhold til psykisk lidelse hvor krenkelse og tillitsbrudd fra den voksne part er et slikt sentralt element, kan det tenkes at alliansemål gjennom behandlingsforløpet kan bidra til en økt forståelse av de ulike intervensjoners betydning.

Manualen synes egnet for å avhjelpe deltakernes traumerelaterte vansker, på tross av vanskenes varierende intensitet, og idiosynkrasi. Dette tenkes å være muliggjort av symptomtilpasset teknikkbruk og gjentatt anvendelse av disse. En fleksibel bruk av manualen hviler på at terapeuten har utviklet gode kliniske ferdigheter til å avlese pasientens tilstand og behov. Manualen består av en rekke spesifikke intervensjoner underordnet fem hovedkomponenter, som i seg selv krever trening for å utøves adekvat. Dens bredde og mangfoldighet ses imidlertid ikke som en mangel, snarere som et nødvendig svar på den bredde og særtrekk en finner innenfor den gruppen vi søker å hjelpe.

Inklusjon av flere kasus ville vært hensiktsmessig for å støtte funnenes generaliserbarhet, i tillegg til videre forskning ved randomiserte kontrollerte studier (RCT), for å understøtte konklusjonene trukket fra denne studien. Funnene er likevel lovende i forhold til implementering av manualen, for å møte behandlingsbehov hos de mange barn som lever med vold i familien.

Referanser

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4 ed.). Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence based practice in psychology. *American Psychologist*, *61*(4), 271-285. doi:10.1037/0003-066X.61.4.271
- Appel, A. E., & Holden, G. W. (1998). The co-occurrence of spouse and physical child abuse: A review and appraisal. *Journal of Family Psychology*, *12*(4), 578-599.
- Barnehuset. Et tverrfaglig kompetansehus. Gjenhentet 26.01.2011 fra <http://bergen.barnehuset.com/>
- Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (1981/2010). *Lov om barn og foreldre (barnelova)*. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. Gjenhentet 05.02.2011 fra <http://www.lovdata.no/all/nl-19810408-007.html>
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Benson, H., & Klipper, M. Z. (1975). *The relaxation response*. New York: William Morrow and Company, INC.
- Birleson, P. (1981). The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: A research report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *22*(1), 77-88.
- Bisson, J., & Andrew, M. (2009). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) (Review): The Cochrane Collaboration. Gjenhentet 17.01.2011 fra www.thecochranelibrary.com
- Brewin, C. R. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *39*(4), 373-393.
doi:10.1016/S0005-7967(00)00087-5

Brewin, C. R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 44(6), 765-784.

doi:10.1016/j.brat.2006.02.005

Cautela, J. R., & Wisocki, P. A. (1977). The thought stopping procedure: Description, application, and learning theory interpretations. *The Psychological Record*, 27(1), 255-264.

Chóliz, M. (1995). A breathing-retraining procedure in treatment of sleep-onset insomnia: Theoretical basis and experimental findings. *Perceptual and Motor Skills*, 80, 507-513.

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: The Guildford Press.

Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., . . . van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398.

Dyregrov, A., Kuterovac, G., & Barath, A. (1996). Factor analysis of the impact of event scale with children in war. *Scandinavian Journal of Psychology*, 37, 339-350.

Dyregrov, A., & Raundalen, M. (2008). *Manual for barnefokusert traumeterapi for voldsutsatte barn*. Upublisert arbeid. Senter for Krisepsykologi, Bergen.

Edwards, D. J. A., Dattilio, F. M., & Bromley, D. B. (2004). Developing evidence-based practice: The role of case-based research. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(6), 589-597. doi:10.1037/0735-7028.35.6.589

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345.

doi:10.1016/S0005-7967(99)00123-0

Feather, J. S., & Ronan, K. (2006). Trauma-focused cognitive behavioural therapy for abused

- children with posttraumatic stress disorder: A pilot study. *New Zealand Journal of Psychology*, 35(3), 132-145.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Re-victimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth. *Child Abuse and Neglect*, 31(5), 479-502. doi:10.1016/j.chiabu.2006.03.012
- Fletcher, K. E. (2003). Childhood posttraumatic stress disorder. In E. J. Mash & R. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology* (2 ed., pp. 330-371). New York: Guilford Press.
- FNs barnekonvensjon. (n.d.). I *Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet*. Gjenhentet 17.01.2011 fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/tema/barn_og_ungdom/fns_barnekonvensjon.html?id=1038.
- Gjestad, R., & Dyregrov, A. (2008). Kartlegging av psykiske ettervirkninger hos barn og ungdom med flyktningbakgrunn. Erfaringer med bruk av kartleggings skjema. I Senter for Krisepsykologi (Ed.). Bergen.
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The strengths and difficulties questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(3), 125-130. doi:10.1007/s007870050057
- Heltne, U., & Steinsvåg, P. Ø. (2011). Begrepsavklaringer og oversikt. I U. Heltne & P.Ø. Steinsvåg (Red.), *Barn som lever med vold i familien. Grunnlag for beskyttelse og hjelp*. (pp.18-27). Oslo: Universitetsforlaget.
- Jaffe, P. G., Wolfe, D. A., & Wilson, S. K. (1990). *Children of battered women*. Newbury Park, CA.: Sage Publications, Inc.
- Kazdin, A. E. (1982). *Single-case research designs. Methods for clinical and applied settings*. New York: Oxford University Press.

- Kim, D., Wampold, B. E., & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects in psychotherapy: A random-effects modeling of National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program data. *Psychotherapy Research, 16*(2), 161-172. doi: 10.1080/10503300500264911
- Krakow, B., & Zadra, A. (2006). Clinical management of chronic nightmares: Imagery rehearsal therapy. *Behavioral Sleep Medicine, 4*(1), 45-70.
doi:10.1207/s15402010bsm0401_4
- Kratochwill, T. R., & Levin, J. R. (2010). Enhancing the scientific credibility of single-case intervention research: Randomization to the rescue. *Psychological Methods, 15*(2), 124-144. doi:10.1037/a0017736
- May-Chahal, C., & Cawson, P. (2005). Measuring child maltreatment in the United Kingdom: A study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect, 29*(9), 969-984. doi:10.1016/j.chiabu.2004.05.009
- Mossige, S., & Stefansen, K. (2007). Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrappoteringsstudie blant avgangselever i videregående skole: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2008). Summary of cognitive behavioural therapy interventions recommended by NICE. Gjenhentet 15.02.2011 fra <http://www.nice.org.uk/usingguidance/commissioningguides/cognitivebehaviouraltherapyapyservice/summarycbtinterventions.jsp>.
- Putnam, F. W., Helmers, K., & Trickett, P. K. (1993). Development, reliability and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse and Neglect, 17*, 731-741.
- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1978). What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology, 6*, 271-280.
doi: 10.1007/BF00919131

- Richters, J. E., & Martinez, P. (1992). *Things I Have Seen and Heard: A structured interview for assessing young children's violence exposure*. Rockville MD: National Institute of Mental Health.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton New Jersey: Princeton University Press.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: The Guilford Press.
- Smith, P., Perrin, S., Dyregrov, A., & Yule, W. (2003). Principal components analysis of the impact of event scale with children in war. *Personality and Individual Differences, 34*, 315-322. doi:10.1016/S0191-8869(02)00047-8
- Stallard, P. (2002). *Think good-feel good. A cognitive behavior therapy workbook for children and young people*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Stephenson, R., Sheikhattari, P., Assasi, N., Eftekhar, H., Zamani, Q., Maleki, B., & Kiabayan, H. (2006). Child maltreatment among school children in the Kurdistan Province, Iran. *Child Abuse and Neglect, 30*(3), 231-245. doi:10.1016/j.chiabu.2005.10.009
- Stolbach, B. C., Silvern, L., Williams, W., Reyes, G., & Kaersvang, L. (1997). *The children's dissociative experiences scale and posttraumatic symptom inventory*. Paper presented at the International Society for Traumatic Stress Studies, Montreal, Quebec, Canada.
- Summers, R. F., & Barber, J. P. (2003). Therapeutic alliance as a measurable psychotherapy skill. *Academic Psychiatry, 27*(3), 160-165. Gjenhentet 28.03.2011 fra <http://ap.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/27/3/160>
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder. Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals, 35*(5), 401-408.
- Walker, L. S., Garber, J., & Greene, J. W. (1991). Somatization symptoms in pediatric

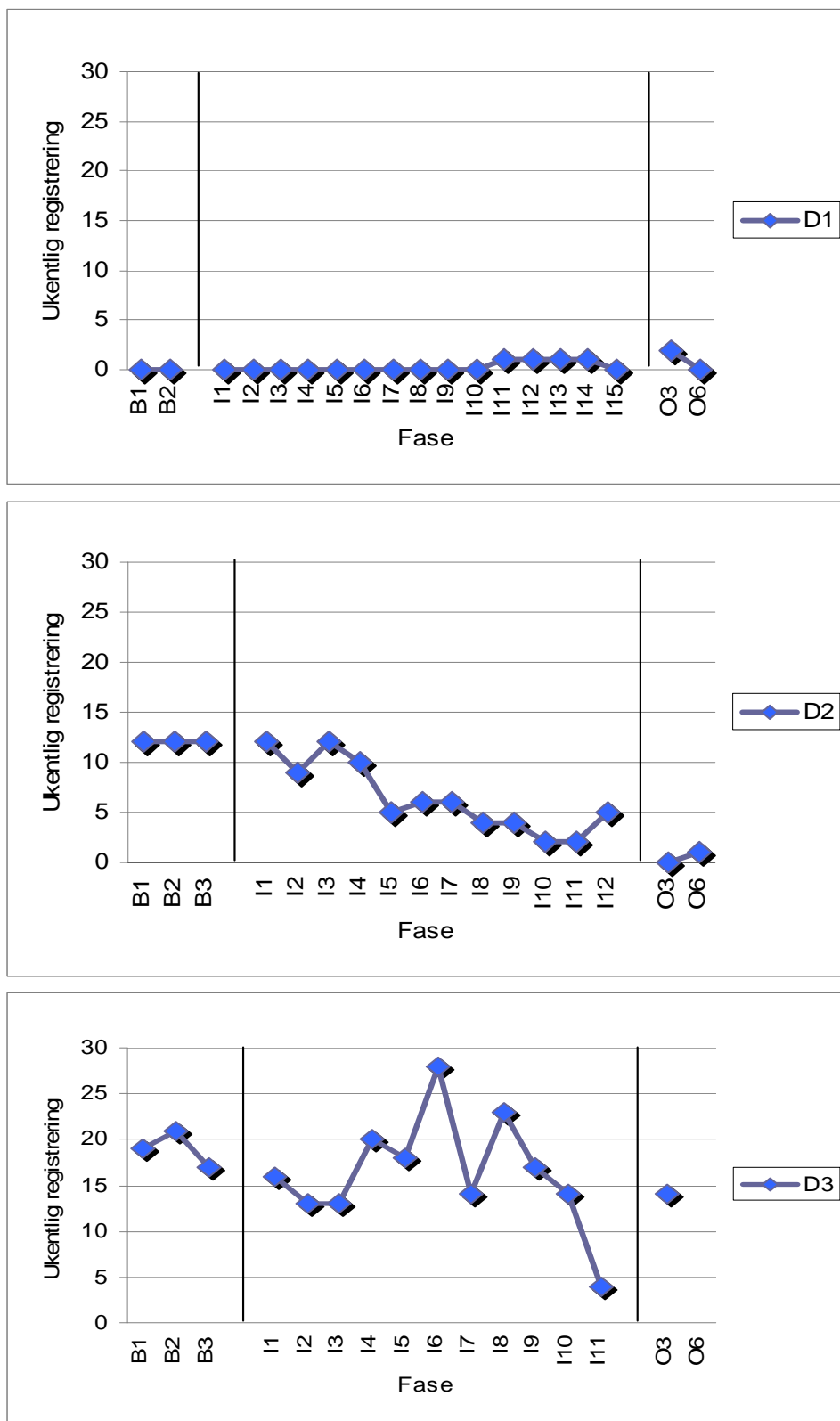
- abdominal-pain patients -relation to chronicity of abdominal-pain and parent somatization. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19(4), 379-394.
- Wells, A., & Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a brief new treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(4), 307-318. doi:10.1016/jbtep.2004.07.001
- Wolak, J., & Finkelhor, D. (1998). Children exposed to partner violence. In J. L. Jasinski & L. M. Williams (Eds.), *Partner violence. A comprehensive review of 20 years of research* (pp. 73-112). Thousand Oaks, CA.: Sage Publications, Inc.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. (10 ed.). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2002). *World report on violence and health. Summary*. Geneva: World Health Organization.
- Yule, W., Dyregrov, A., Neuner, F., Pennebaker, J. W., Raundalen, M., & Emmerik, A. v. (2005). *Writing for recovery. A manual for structured writing after disaster and war*. Children and War Foundation. Bergen.

Abstract

Studies indicate a vast prevalence of children experiencing family violence. This aversive relational experience put children at risk of developing a wide range of trauma-related problems. A trauma-focused cognitive behavioural treatment manual was developed by Center for Crisis Psychology, addressing the need for systematic descriptions of technique for clinical work with this group. A single-case multiple baseline design was applied to investigate the treatment manual's efficiency in reducing trauma-related problems in three children aged 8-14 years, subjected to family violence. All subjects showed reduced trauma-related difficulties over time; however, large individual differences on outcome measures illustrate the complexity of the clinical problem under study. Inclusion of additional subjects would thus further demonstrate the findings' generalizability; still, results are promising regarding the implementation of this treatment manual in clinical practice.

Keywords: Family violence, trauma-focused cognitive behavioural therapy, single-case design.

Appendiks A



Figur 1. Visuell fremstilling av ukentlige registreringer på tvers av faser for samtlige kasus. B = Baselinefase; I = Intervensjonsfase; O = Oppfølgingsfase. Ledsagende tall indikerer respektiv registrering.

Appendiks B

Tabell 1

Deltakernes resultater på kartleggingsbatteri

Instrument	Deltaker	Før behandling	Etter behandling	3 mnd oppfølging	6 mnd oppfølging
CRIES-13	D1	2	2	3	0
	D2	9	0	0	1
	D3	17**	8	19**	-
	<i>M</i>	9,3	3,3	7,3	0,5
RCMAS	D1	13	8	7	10
	D2	11	7	2	7
	D3	32**	28**	24**	-
	<i>M</i>	18,7	14,3	11,0	8,5
Birleson-D	D1	5	8	6	1
	D2	12	7	4	1
	D3	27**	13	23**	-
	<i>M</i>	14,7	9,3	11,0	1,0
CDC	D1	3	1	2	0
	D2	7	3	1	1
	D3	11	12	-	-
	<i>M</i>	7,0	5,3	1,5	0,5
CDES-PTSI	D1	31	8	8	9
	D2	34*	37*	31	34*
	D3	-	-	-	-
	<i>M</i>	32,5	22,5	19,5	21,5
Selvfølelse	D1	23	19	22	30
	D2	25	23	23	24
	D3	6	0	6	-
	<i>M</i>	18,0	14,0	17,0	27,0
CSI	D1	0	2	2	0
	D2	14	0	0	0
	D3	26	11	34	-
	<i>M</i>	13,3	4,3	12,0	0,0
SDQ subskala	D1				
	E	0	0	0	0
	A	2	2	1	1
	H	4	2	2	3
	V	2	1	1	0
	P	6	6	9	10
SDQ subskala	D2				
	E	0	0	2	0
	A	1	1	1	1
	H	2	2	4	1
	V	4*	1	3	3
	P	5*	5*	7	8
SDQ subskala	D3				
	E	9**	9**	7**	-
	A	4*	1	2	-
	H	6*	8**	7**	-
	V	4*	4*	3	-
	P	8	10	9	-

Nota. Borderlineskåre og kutteskåre er indikert ved * og **, respektivt. Manglende data er indikert ved -. E = emosjonelle vansker; A = atferdsvansker; H = hyperaktivitet; V = problematiske vennerelasjoner; P = prososial atferd.

Appendiks C

Retningslinjer for manuskriptforfattere i Matrix, Nordisk tidsskrift for psykoterapi.

VEJLEDNING TIL FORFATTERNE

Manuskripter innsendes med epost (elektronisk mail) i vedheftet fil i word 1993 format eller nyere til Redaksjonen for Matrix att ansvarlig redaktør Svein Tjelta svtjelta@online.no Forfatter(es) kontaktdetaljer (ordinær post og telefon)skal være med i henvendelsen.

Henvendelser vedrørende publicering rettes til hovedredaktør svtjelta@online.no.

Bøger til anmeldelse sendes til bogansvarlige panelmedlem Søren Aagaard, Tolstojs alle 43B, 2860 Søborg, Danmark. Ved boganmeldelse bedes oplyst bogens navn, forfatter, forlag, pris, sider og isbn samt anmelders kontaktinformation.

Manuskriptet skrives med dobbelt linieafstand og en venstre margen på 3 cm i A4-format.

Artikler skal have et omfang mellem 10-25 manussider (ca. 2500 trykenheder pr. trykt side).

Artikler skrives på dansk, norsk eller svensk.

Manuskriptet skal omfatte følgende:

- Titel (kort og informativ)
- På titelsiden navn, profession og adresse på forfatterne
- Artiklen indledes med et resume
- Artiklen afsluttes med et engelsk resume inklusive 3-5 søgeord/keywords til sidst

For *teoretiske artikler* skal resuméet fylde ca 75-100 ord og omfatte:

- artiklens emne (en sætning)
- formål, problemstilling og hovedlinje i fremstillingen
- hvilket materiale artiklen bygger på (f.eks. egne erfaringer eller publiceret materiale)

For *empiriske artikler* skal resuméet fylde ca. 100-120 ord og rumme en beskrivelse af:

- undersøgelsens fokus/problemstilling
- forsøgspersoner
- undersøgelsesmetoder
- resultater inkl. evt. signifikansniveauer
- I tilslutning til artiklen udarbejdes en litteraturliste, som følger APA citation og referenceformat for eksempel:

Henvisninger i teksten:

Mitchell (1988) var i sær optaget af.. Eller: Tidligere lagde Mitchell (1988) vægt på. Eller: I 1988, skrev Mitchell at.....

Referencelisten:

Tidsskriftartikel:

Nielsen, G.H., Binder, P.E., & Holgersen, H. (2004). Individualterapi med barn og unge: En velfunderet, nyttig og regningsssvarende behandlingsform? *Matrix* 21, 22-40.

Bog:

Karterud, Sigmund (1999). *Gruppenalyse og psykodynamisk gruppepsykoterapi*. Oslo: Pax.

Bogkapitel:

Grant, J., & Sandell, R. (2004). Close family or mere neighbours. In P. Richardson, H. Kächele & C. Renlund (Eds.), *Research on psychoanalytic psychotherapy with adults* (81-108). London: Karnac.

Teknik

- Kun standardforkortelser anvendes.
- Illustrationer. I begrænset omfang er der mulighed for at bringe sort/hvide fotos, stregtegning, tabeller. Alle indsendes i original udførelse med selvstændig forståelig undertekst på selvstændigt ark.
- Forfattere får tilsendt korrektur, som returneres til forlaget inden for en opgiven tidsfrist.
- Forfatterne får ved udgivelsen tilsendt 2 eksemplarer af det tidsskrift, hvori deres artikel/anmeldelse er publiceret.

Referee

Redaktionen benytter eksterne referees.

Alle rettigheder forbeholdes. Mekanisk, fotografisk eller anden gengivelse af eller kopiering fra dette blad eller dele heraf er *kun* tilladt i overensstemmelse med overenskomst mellem Undervisningsministeriet og Copy-Dan. Enhver anden udnyttelse er uden forlagets skriftlige samtykke forbudt ifølge gældende dansk lov om ophavsret. Undtaget herfra er kort uddrag til brug ved anmeldelser.