

“Interrupted” eller “Imaginal Exposure”?

EMDR og de Kreative Art-Terapiene i Traumebehandling av Barn og Ungdom. Er metodene så forskjellige?

Anette Thoresen



Masteroppgave i psykososialt arbeid – selvmord, rus, vold og traumer. Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet og

UNIVERSITETET I OSLO

2.mai. 2012

“Interrupted” eller “Imaginal Exposure”?

EMDR og de Kreative Art-Terapiene i Traumebehandling av Barn og Ungdom. Er metodene så forskjellige?

Anette Thoresen

Sammendrag

Problemområde:

Det er gjort begrenset forskning på bruken av de kreative art-terapiene, når det gjelder barn med PTSD (Goodman, Chapman & Gant (2009). Foreløpig finnes det kun en randomisert kontrollert studie (Chapman, Morabito, Ladkas, Schreiner & Knudson, 2001). Det er også mangel på eksperimentell forskning, når det gjelder nytten av slike metoder i forhold til voksne med samme diagnose. Beskrivelser av effekt av tilnærmingen overfor voksne er ofte hentet fra kliniske rapporter eller case-studier (Johnsen, Lahad & Grey, 2009) og arbeidet kan ikke umiddelbart overføres til behandlingen av barn. Derimot viser Spates, Kock, Cusack, Pagato & Waller (2009) til at mange meta-analytiske undersøkelser (Davidson & Parker, 2001; Van Etten & Taylor, 1998) og randomiserte kliniske studier har vist empirisk støtte for virkningen av EMDR i sammenligning med andre traumebehandlingsmetoder. Det er også optimisme, når det gjelder effekt i behandling av barn med EMDR, selv om det fortsatt ikke er tilstrekkelig med randomiserte kontrollerte studier som viser dette (ibid).

Oppgavens hypotese og problemstilling:

Min hypotese for studien er at EMDR og de kreative art-terapiene er tilnærmet like, når det gjelder vesentlige metodiske elementer i behandlingen av traumer.

Min problemstilling er om de kreative art-terapiene kan dra nytte av forskningen, da spesielt komponentanalyseforskningen, som er gjort innen EMDR, bl.a. når det gjelder den bilaterale stimuleringen og ”interrupted exposure” i dokumenteringen av egen effektivitet.

Metode:

Med utgangspunkt i konkrete databasesøk innen EMDR og de kreative art-terapiene knyttet til barn og traumer, gjennomgås en rekke artikler utvalgt på bakgrunn av

spesifikke kriterier. Artikkene søkes kategorisert gjennom bl.a. den metoden som Aveyard (2010 s. 128) kaller ”A simplified approach”.

Viktige funn:

Min studie har vist at det er vesentlige metodiske elementer i EMDR og de kreative art-terapiene som er tilnærmet like, spesielt når det gjelder den bilaterale stimuleringen og prosesseringen av det ikke adaptive materiale, frem mot en adaptiv løsning. Kanskje nettopp ”the interrupted exposure” som Shapiro påpeker som et av de vesentligste elementene i EMDR-metoden, og den frie assosieringen, har flest fellestrekk med behandlingen som skjer i de kreative art-terapiene. Eksponeringen er beskrevet som mer direkte i EMDR og mer indirekte og gradvis i de kreative art-terapiene, begge gir imidlertid rom for variasjoner.

Samtidig viser den resterende del av min analyse at de kreative art-terapiene ligger etter, når det gjelder diagnostisering, presisjon i behandlingen og metodisk spesifisitet. Det blir imidlertid gjort en del utmerket forskning, spesielt innen for det kvalitative området, som er viktig når det gjelder å vise at disse metodene har god effekt, også når det gjelder traumebehandling av barn. De kreative art-terapiene har imidlertid enda et stykke å gå, når det gjelder utforming av større presisjon i behandlingen og forskningen, selv om det skjer mye på dette feltet, som gir en bevegelse i riktig retning.

Forord

Førstelinje og barne- og ungdomspsykiatrien i en Oslo-bydel drev i årene 2003-2005 en gruppe, for i alt 8 jenter i alderen 11-13 år, utsatt for traumer og omsorgssvikt. Jentene representerte fem forskjellige nasjonaliteter, fire av jentene kom fra land i krig. Vi benyttet en kreativ art-terapi med spesiell fokus på drama, samskaping av fortellinger, med utstrakt bruk av improvisasjon, uten at jentenes egne historier (etter deres valg) var uttalte. De traumatiske opplevelsene var imidlertid likevel sentrale elementer i det gjenskapte. Fortellingene ble fremført for et publikum. Bedring av jentenes symptom-bilde har i årene etter avsluttet gruppe tilsynelatende vært god, uten at dette dog er objektivt dokumentert. Å oppleve jentenes entusiasme og mestring har inspirert til ytterligere utforskning av essensen i de kreative art-terapiene.

Jeg ønsker å takke familien min og kollegene mine, som har støttet meg og hjulpet meg gjennom disse tre årene, frem mot masteroppgaven.

En spesiell takk til veilederne mine, Ketil Eide og Egil Nygård.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	4
FORORD	6
1. INNLEDNING	9
1.1 INNTRODUKSJON.....	9
1.1.1 <i>Min hypotese og problemstilling</i>	10
1.2 BAKGRUNN FOR STUDIEN.....	10
1.3 STUDIENS RELATERING TIL TIDLIGERE STUDIER.....	11
1.3.1 <i>Hva er kjent?</i>	11
1.3.2 <i>Hva er ukjent?</i>	12
1.3.3 <i>Hva vil mitt arbeid tilføre kunnskapsfeltet?</i>	13
2. TEORI	15
2.1 TRAUMER OG BARN.....	15
2.1.1 <i>Traumer hos barn sett i et utviklingsmessig perspektiv</i>	15
2.1.2 <i>Den fysiologiske innvirkningen</i>	16
2.1.3 <i>Vurderingen av traumereaksjoner hos barn</i>	19
2.1.4 <i>Single eller multiple traumer</i>	19
2.1.5 <i>Utredningen av barnet</i>	20
2.1.6 <i>Posttraumatisk stress forstyrrelse (PTSD)</i>	20
2.1.7 <i>Andre traumereaksjoner hos barn</i>	22
2.1.8 <i>Behandling</i>	23
2.2 EMDR OG DE KREATIVE ART-TERAPIENE.....	25

2.2.1	<i>EMDR</i>	25
2.2.2	<i>De Kreative Art-Terapiene</i>	35
3.	METODE	40
3.1.	LITTERATURSTUDIER	40
3.1.1	<i>Reliabilitets- og validitetsutfordringer i denne litteraturstudie</i>	41
3.1.2	<i>Datagrunnlag. Utvalg. Fremgangsmåte for utvelgelse og datagrunnlag for studien.</i>	43
3.2.	ANALYSEMETODE	48
3.2.1.	A SIMPLIFIED APPROACH	48
4.	DATABEHANDLING OG ANALYSE	53
4.1	HELHETSINNTRYKK; OVERSIKTER, KVANTITATIVE ANALYSER OG EFFEKT.	53
4.1.1	<i>Rangering knyttet til "hierarchy of evidence"</i>	53
4.1.2	<i>Effektanalyse knyttet til metastudiene og de systematiske reviewene</i>	55
4.1.3	<i>Single eller multiple traumer</i>	63
4.1.4	<i>Gruppeterapi eller individualterapi</i>	64
4.1.5	<i>EMDR og gruppeprotokollen for barn</i>	65
4.2	KVALITATIVE ANALYSER; KREATIV ART-TERAPI OG TRAUMER?	65
4.2.1	<i>Case-studiene i de kreative art-terapiene; kvalitativ analyse</i>	66
4.2.2	<i>De kvalitative studiene i det kreative art-terapi materialet</i>	77
5.	RESULTATER OG DRØFTING	83
5.1	"PROSISERINGEN" VS. "BEARBEIDINGEN"?	83
5.2	RESULTATER OG DRØFTING; DE KVANTITATIVE ANALYSENE OG EFFEKT	90
6.	AVSLUTNING	95
	TABELLER	97
	KILDELISTE	98

1. Innledning

1.1 Innroduksjon

Jeg vil i denne studien gjøre en sammenligning av metodekomponenter innen de kreative art-terapiene, når det gjelder traumebehandling, med et utvalg av metodekomponenter innen den empirisk validerte og manualbaserte behandlingsmetoden Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

Studien har fokus på behandling av traumatiserte barn og ungdom.

Jeg bruker litteraturstudie som metode. Siden EMDR er manualbasert, og derfor relativt entydig, gjøres sammenligningen når det gjelder EMDR, gjennom teori, mens jeg i de kreative art-terapiene har benyttet bl.a. tekstkondensering for å få tydeligere frem essensen i traumebehandling.

I studien vil jeg i tillegg sammenligne effektstudier og systematiske reviews og meta-analyser innen EMDR og de kreative art-terapiene.

De to mest anerkjente og dokumenterte behandlingsformene for problematiske reaksjoner etter traumer er Traumefokusert Kognitiv Atferdsterapi (TF-CBT) og EMDR (se bl.a. referansene i denne oppgaven). Jeg har i denne oppgaven valgt å konsentrere meg om EMDR i min sammenligning med kreative art-terapi.

De kreative art-terapiene er iflg. "National Coalition of Creative Arts Therapies Associations" (2007) definert som "kunstterapi, musikkterapi, danse/bevegelsesterapi, dramaterapi eller psykodrama, poesi terapi og leketerapi". Dette er i overensstemmelse med American Psychological Association's definisjon (2011), her har en imidlertid ikke medregnet leketerapi. På bakgrunn av et behov for avgrensning, har jeg valgt å ikke ta med leketerapi, da det å inkludere denne terapiformen vil åpne opp for et mye større (bl.a. teoretisk) felt. Iflg. Malchiodi (2005) blir de kreative art-

terapiene, der jeg har valgt å benytte det engelske navnet, også kalt ekspressive terapier.

1.1.1 Min hypotese og problemstilling

Min hypotese er at EMDR og de kreative art-terapiene er tilnærmet like når det gjelder vesentlige metodiske elementer i behandlingen av traumer.

Problemstillingen er om de kreative art-terapiene dermed kan dra vesentlig nytte av forskningen, da spesielt komponentanalyseforskningen, som er gjort innen EMDR, bl.a. når det gjelder den bilaterale stimuleringen og ”interrupted exposure”, i dokumenteringen av egen effektivitet. Dette gjenstår imidlertid å se.

1.2 Bakgrunn for studien

Det er gjort begrenset forskning på bruken av de kreative art-terapiene, når det gjelder barn med PTSD (Goodman, Chapman & Gant (2009). Foreløpig finnes det kun en randomisert kontrollert studie (Chapman, Morabito, Ladkas, Schreiner & Knudson, 2001). Det er også mangel på eksperimentell forskning, når det gjelder nytten av slike metoder i forhold til voksne med samme diagnose. Beskrivelser av effekt av tilnærmingen overfor voksne er ofte hentet fra kliniske rapporter eller case-studier (Johnsen, Lahad & Grey, 2009) og arbeidet kan ikke umiddelbart overføres til behandlingen av barn. Derimot viser Spates, Kock, Cusack, Pagato & Waller (2009) til at mange meta-analytiske undersøkelser (Davidson & Parker, 2001; Van Etten & Taylor, 1998) og randomiserte kliniske studier har vist empirisk støtte for virkningen av EMDR i sammenligning med andre traumebehandlingsmetoder. Det er også optimisme, når det gjelder effekt i behandling av barn med EMDR, selv om det fortsatt ikke er tilstrekkelig med randomiserte kontrollerte studier som viser dette (ibid). Det er imidlertid et spørsmål om ”interrupted exposure” som er korte doser med ”exposure” varierende med kognitiv debriefing, som Shapiro (2001) viser til som et av EMDR’s unike bidrag, er kvalitetsmessig forskjellig fra den tilnærmingen som

skjer gjennom for eksempel drama, improvisasjon og samskaping av fortellinger. Goodman et al. (2009) viser til at det er nødvendig med ytterligere forskning, når det gjelder barn m.h.p. avklaring vedr. om det å uttrykke seg og mestre gjennom en kreativ tilnærming er tilstrekkelig eller om en direkte eksponering til traumatet er nødvendig m.h.p. å redusere symptomene.

Flere har påpekt at det pr. i dag ikke er et tilstrekkelig godt tilbud i førstelinje og BUP, økning i antall barn med krigsopplevelser til tross (Larsen & Øserk, 2000 i Borge, 2003) som bygger på den kunnskapen vi nå besitter om virkningen av traumatiske hendelser (Dyregrov & Dyregrov, 2008; Waaktaar & Christie; 2000; Waaktaar, Christie & Torgersen, 2004). De kreative art-terapiene har, i kraft av at barn og ungdom finner det kreative mediet (danse, drama, tegne o.s.v.) gjenkjennelig fra ordinære fritidsaktiviteter, og - på grunn av den utvidede mulighet for gruppetiltak - en mulighet for tilgang som EMDR ikke umiddelbart har. Samtidig er det slik at for eksempel mange flyktningebarn og -ungdom ikke blir eller ønsker seg henvist barne- og ungdomspsykiatrien hvor de evidensbaserte tiltakene befinner seg. EMDR-behandling er fortsatt et avgrenset gode.

1.3 Studiens relatering til tidligere studier

1.3.1 Hva er kjent?

Et sentralt stadie i EMDR-metoden er når pasienten blir bedt om å holde det mest ubehagelige bildet i bevisstheten, sammen med den negative kognisjonen om seg selv knyttet til dette bildet og de assosierte kroppslige affektene, og behandleren setter i gang med den bilaterale stimuleringen i form av øyebevegelser eller annen parallell rytmisk aktivitet (Shapiro, 1995). Francine Shapiro, som anses som "the originator and developer of EMDR" (Shapiro, 2001, back flap) understreker (s. 318) at EMDR er en integrert tilnærming som inneholder mange elementer. "Interrupted exposure" kan imidlertid være det unike tilskudd til standard eksponerings prosedyrer.

Johnsen et al. (2009), viser til at ”Imaginal Exposure” sannsynligvis er det viktigste terapeutiske element i all form for traumebehandling innen de kreative art-terapiene. Klienten forestiller seg den traumatiske scene og representerer den fysiske eller ”bygger den opp” gjennom sin atferd (for eksempel drama eller andre kreative medier). Den sensoriske stimuleringen gjennom den kreative tilnærmingen, forandrer det traumatiske forestillingsbildet. På samme måte som i EMDR, der en installerer den positive kognisjonen etter hvert som intensiteten i ubehaget går ned, er den kognitive restruktureringen, de kognitive intervensjonene, represseseringen og nyskaping av historier sentral i de kreative art-terapiene (ibid). Også den frie assosiasjonen kan se ut til å være et sentralt element i begge tilnærmingene.

Spates et al. (2009) viser til at manglende kontrollerte studier knyttet til bruken av øyebevegelser eller andre skiftende bevegelser gjør at en ikke kan konkludere med at den bilaterale stimuleringen har en avgjørende virkning på behandlingsutfallet. Det gjøres imidlertid mange studier for å kontrollere effekten (Kristjansdottir, K. & Williams, C, 201; Kuiken, D., Chudleigh, M. & Racher, D. 2010; van den Hout, M.A., Engelhard, I.M., Smeets, M.A.M, Hornsveld, H., Hoogeveen, E., de Heer, E., Toffolo, M.B.J. & Rijkeboer, M., 2010 m.fl.). I Carey (2006) understrekes at kreative art-terapiene bedre kan forstås gjennom neurovitenskap; en oppnår tilgang til den nonverbale høyre hemisfære gjennom bilder, lyder og bevegelser for så gjøre denne i stand til å kommunisere med den venstre for å oppnå kognitiv og affektiv ”mastery”.

1.3.2 Hva er ukjent?

På bakgrunn av ovenstående beskrivelse, gjort på bakgrunn av mitt subjektive utvalg av kilder, har jeg en antakelse om at EMDR og de kreative art-terapiene har vesentlige felles metode- og virkningselementer når det gjelder behandling av traumer. Dette gjenstår imidlertid å undersøke. Shapiro (2001) drar i sitt kapittel vedr. teori, forskning, og kliniske implikasjoner tilsynelatende ingen forbindelseslinjer til de kreative art-terapiene. Ved en overfladisk gjennomgang (forfatter, tittel m.v.) av de nærmere 700 referansene i boken (ibid) vises til kreative art-terapi to ganger. En

kan undre seg over dette, spesielt så lenge de kreative art-terapiene har eksistert vesentlig lengre enn EMDR. En mulighet er at det nettopp finnes lite forskningsbasert evidens som støtter effekten av slike tilnæringer. Ved innledende søk på databasene PsykINFO og Medline med kombinasjoner av søkeord innen de kreative art-terapiene og EMDR og barn og traumer er det totalt 1 treff, der case-beskrivelsen likevel tar utgangspunkt i en voksen kvinne. Dette er store og kjente databaser og en kan derfor anta at det foreløpig er skrevet lite rundt integreringen av de to feltene.

1.3.3 Hva vil mitt arbeid tilføre kunnskapsfeltet?

Som sagt innledningsvis er det innen traumebehandling av barn og ungdom innen førstelinjen og barne- og ungdomspsykiatrien behov for tilbud, som i større grad når ut til målgruppen. De kreative art-terapiene har imidlertid ikke oppnådd den anerkjennelse som er nødvendig for å kunne definere slike behandlingstiltak på lik linje med for eksempel EMDR eller TF-CBT.

Det vil, gjennom bruk av Shapiros egen grunnbok og artikler knyttet til området, bli gitt en gjennomgang av de grunnleggende metodekomponentene og deres integrering innen EMDR (Shapiro, 2001). Foreløpige databasesøk vitner om omfattende forskning knyttet til effekt og metodekomponenter når det gjelder voksne, noe som ikke virker å være tilfellet, når det gjelder de kreative art-terapiene. Det vil bli forsøkt klarlagt om det gjøres avgjørende avvik i metodekomponentene, når EMDR-metoden tilpasses barn og ungdom. En lignende litteraturgjennomgang vil bli gjort, når det gjelder de kreative art-terapiene.

Med utgangspunkt i konkrete databasesøk innen EMDR og de kreative art-terapiene knyttet til barn og traumer, gjennomgås en rekke artikler utvalgt på bakgrunn av spesifikke kriterier. Artikkene søkes kategorisert gjennom bl.a. den metoden som Aveyard (2010 s. 128) kaller "A simplified approach". Det vises til kapittel fire for en nærmere gjennomgang av analysemetode.

Johnsen et al. (2009 s. 486) viser til at kreative art-terapi er designet som spesifikke behandlinger for PTSD, sannsynligvis vil ha større terapeutisk effekt enn ikke spesifikke kreative art-terapi. Det ser ut til at de kreative art-terapiene er for lite spesifikke når det gjelder traumebehandling, og at utforming av forskningsdesign for nettopp å kunne dokumentere effekten vanskeliggjøres av dette. Johnsen et al. anbefaler ytterligere design, utvikling og testing av slike tilnærminger. De anbefaler også ytterligere forskning på det unike bidraget de kreative art-terapiene kan gi i oversettelsen av effektive intervensjonsmodeller på tvers av kulturer, tradisjoner og språkbarrierer.

2. Teori

Del en i dette kapitlet vil gjennomgå den fysiologiske innvirkningen av traumer, vurderingen av traumereaksjoner hos barn, single eller multiple traumer, utredningen, PTSD-diagnosen og andre traumereaksjoner samt de mest anbefalte behandlingstilnærmingene. Jeg vil forsøke å la traumer i et utviklingsmessig perspektiv gå som en rød tråd gjennom kapitlet.

Del to av kapitlet vil for det første se nærmere på EMDR-metoden, beskrive ”The Adaptive Information Processing Model”, som ligger bak behandlingsprotokollen dernest beskrive basiskomponentene i prosedyren og de åtte fasene i behandlingsprotokollen. Sentralt står Shapiros (2001) egne teorier. Jeg vil i tillegg forsøke å beskrive behandlingsprotokollen for barn.

I den siste del av kapitlet vil jeg se nærmere på de kreative art-terapiene; definisjoner av de forskjellige retningene, forskning samt behandlingsmodell når det gjelder traumer. Jeg forsøker å rette et fokus mot det virksomme innen disse terapiene.

2.1 Traumer og barn.

2.1.1 Traumer hos barn sett i et utviklingsmessig perspektiv

Franks (2011 s. 67) viser til at barn, når de blir utsatt for traumer er ”moving targets” fordi de er i utvikling. Katastrofer eller andre typer traumatiske hendelser vil dermed i større grad ha en avgjørende betydning – og vil, i tråd med Masten, Best & Garmezy’s (1990) resiliensforskning, hvor dette står sentralt, være en risiko for ”turning points” i barnas liv. Pynoos, Steinberg & Piacentini (1999 s. 1542) viser til at forskning innen utviklingsrelatert epidemiologi knyttet til traumatisk stress støtter at en tar hensyn til et komplekst utviklingsmessig perspektiv. En viser bl.a. til typologi, grad og betydningen av at barn blir utsatt for traumer. Bl.a. har en funnet belegg for

differensierte grader av utsatthet og opplevelse av traumet gjennom barndom og ungdom knyttet til alder, kjønn og iboende faktorer hos barnet. En gjør oppmerksom på at barnet samtidig er i et aktivt samspill med familie, skole, jevnaldrende, nærmiljøet og samfunnet som sådan, enheter som også er i stadig bevegelse. Franks (2011) viser til at barn trenger å skape en mening med traumet som tar hensyn til deres utviklingsnivå her og nå - og for resten av livet, om de skal bli helbredet fra en traumerelatert lidelse. Hun viser til Case (1999) som sier at barn må engasjeres i langiktig, omfattende endring som tar hensyn til de strukturene de lever i, der også ny erfaring blir assimilert.

2.1.2 Den fysiologiske innvirkningen

Neurofysiologiske og neurohormonelle studier av traumatiserte barn og ungdom viser til potensielle neuro-utviklingsmessige, stadie-relaterte sårbarheter i disse systemene (Pynoos et al.1999). Traumereaksjoner er både psykologiske og fysiologiske erfaringer, derfor er det viktig å ha kunnskap om traumers fysiologi hos barn; hvordan hjernen er organisert og forståelse for hvordan kropp og hjerne reagerer på traumatiske hendelser.

Nybrodahl & Håkonsen (2012) viser til at hjernen består av to halvdeler, eller hemisfærer; høyre og venstre. Disse samarbeider. De ulike ferdighetene er lokalisert til bestemte deler av hjernen. Hjernehalvdelene forbindes via corpus colossum, et komplekst koblingssystem som utveksler informasjon mellom dem og får høyre og venstre hjernehalvdel til å samarbeide. Hjernen får informasjon via våre fem sanser.

Hjernen består dernest av tre hoveddeler; reptilhjernen, det limbiske system eller mellomhjernen og cortex eller storhjernen. Reptilhjernen (ligner hjernen hos kaldblodige reptiler) innbefatter hjernestammen og lillehjernen. Reptilhjernen tar hånd om våre instinktive funksjoner, de som skal til for at vi overlever; pustemønstret, hjerterytmene og andre deler av kroppens automatiske funksjoner.

Det limbiske system eller mellomhjernen inkluderer en gruppe av strukturer som former en ring rundt hjernestammen: bl.a. hypothalamus, amygdala og hippocampus. Disse er hovedsetet for ”survival instincts” og regulerer det autonome nervesystem (Rotchild, 2000). Disse strukturene utgjør ”den emosjonelle hjernen” og styrer vår trang, våre behov, våre følelser og våre sosiale relasjoner. Det limbiske system styrer også verdier og evnen til å vurdere hva som er rett eller galt. Den emosjonelle hjernen prioriterer følelser frem for all annen informasjon. Det limbiske systemet styrer trangen til selvbeskyttelse, ”fight” eller ”flight” respons og den implisitte hukommelse (lært assosiasjon som linker følelsesmessige opplevelser til kontekst). Det limbiske system evaluerer erfaringer for emosjonell signifikans og reagerer på erfaringene ut fra læring over tid.

Cortex og neocortex eller storhjernen blir referert til som ”den tenkende hjerne”, fordi den er den delen av hjernen hvor visualisering, kreativitet innenfor kunst, musikk og teater, språk, skrift, tegning, resonering, kommunikasjon og planlegning foregår.

”Den tenkende hjerne” og det limbiske system inneholder kapasiteten for innsikt og erkjennelse og evnen, ikke bare til å tenke tanker, men også til å tenke om tanker, atferd og følelser.

Traumereaksjoner forekommer iflg. Malchiodi (2008) når de responser fra ”den tenkende hjernen” eller det limbiske system, som benyttes til å mobilisere seg overfor en personlig trussel, ikke blir brukt på en produktiv måte; en går inn i en overlevelsesmodus. Ved traumatisk stress, selv om nervesystemet fortsatt er høyaktivert, opplever barnet en splittelse eller svekkelse i den normale fungering og utvikler habituelle responser som eksplosive følelsesutbrudd, ikke overensstemmende atferd, psykologisk nummenhet, kognitive problemer eller andre reaksjoner, avhengig av personlighetsfaktorer, omgivelser og type/grad av stress.

Malchiodi (2008 s. 9) viser til Stenberg (2001) når hun sier at ”kroppen speiler følelsene”; følelsene er knyttet til mange hormonelle variasjoner så vel som kardiovaskulære og neurologiske affekter. Sensoriske erfaringer relatert til krise blir

lærte assosiasjoner, som kommer tilbake, når en opplever lignende stimuli; "the body remembers" (Rotchild, 2000).

"Minnelagring" foregår iflg. Malchiodi (2008) på følgende måte; det er to typer av minner; de eksplisitte og de implisitte. De deklarativer, eksplisitte minnene er basert på bevisst hukommelse; fakta, konsepter og ideer. Disse gir adgang til språk, prosesserer informasjon, resonering og mening. De implisitte er sensoriske og emosjonelle og er relatert til kroppens lærte minner, som for eksempel å lære å sykle, og er ikke knyttet til språk. Sansene blir den implisitte beholder av opplevelsen.

Brewin (2003) viser til Janet (1904); van der Hart & van der Kolk (1991) og Terr (1990) som har identifisert et annerledes type minnesystem, bl.a. basert på at det traumatiske minnesystemet forekommer klarere, mer detaljert og mer vedvarende enn andre minnesystemer; en tenker at det narrative minnesystemet ikke lukker av ved et traume, men at det narrative systemet og det spesielle traumeminnesystemet fortsetter å fungere ved siden av hverandre; det ene tar imidlertid av og til presedens over det andre. Brewin, Dalgliesh & Joseph (1996) foreslår at det narrative minne om et traume reflekterer operasjonen til et "verbally accessible memory" (et "verbalt tilgjengelig minne") system (VAM). Dette er integrert med andre autobiografiske minner og kan hentes frem, når og hvis en ønsker dette. VAM minnene er representert med en komplett personlig kontekst som inneholder fortid, nåtid og fremtid. De følelsene som er knyttet til hendelsene i evalueringen av det traumatiske minnet kalles sekundære følelser (s. 110, *ibid*) fordi de ikke er opplevd når traumet hendte. De foreslår at "gjenopplevelse" reflekterer operasjonen til et "situationally accessible memory" ("situasjons-tilgjengelig minne") system (SAM), bl.a. blir flashbacks kun trigget ufrivillig av situasjonsbetingede påminnelser (enten i de eksterne omgivelser eller intern i menneskets tanker) knyttet til traumet. SAM minnene har blitt innhentet gjennom for eksempel syn, lyder, kroppslige reaksjoner, som forandringer i hjertets slag, temperatur, rødmen og smerte. Derfor blir flashbacks mer detaljerte og følelsesladede enn ordinære minner.

2.1.3 Vurderingen av traumereaksjoner hos barn

Empiriske studier av traumatiserte skolebarn viser til at barn og ungdoms traumeerfaringer er komplekst sensoriske, fysiologiske, emosjonelle og kognitive og at de forskjellige reaksjonene kan være mer eller mindre fremtredende (Pynoos et al., 1997 i Pynoos et al.1999 s. 1543). Pynoos et al. (1999) foreslår at en moderne tilnærming til barns angstreaksjoner må ta hensyn til tre gjensidig relaterte mentale operasjoner: 1) vurderinger av ytre (eksternal) og indre (internal) farer som barnet er i, deres natur og omfang 2) emosjonelle og fysiologiske reaksjoner og deres regulering og 3) vurdering av type, grad og effektivitet av beskyttende intervensjoner. De vektlegger at slike vurderinger er sterkt rotfestet i neurobiologisk utvikling, erfaringshistorie og, spesielt for barn, tilgjengeligheten til og tilliten til voksne som agenter for beskyttelse og vern mot engstelse. Pynoos et al. (1999) har utformet en nyttig model; "Developmental psychopathology model of childhood traumatic stress" som i sin utforming nettopp tar for seg det komplekse samspillet mellom slike faktorer. Malchiodi (2008) er i samsvar med Pynoos et al. når han understreker at det er mange faktorer som påvirker hvordan barn responderer på traumatiske hendelser og om de vil utvikle emosjonelle lidelser som PTSD, akutte stress reaksjoner, affektive lidelser eller atferdsforstyrrelser.

2.1.4 Single eller multiple traumer

Terr (1991) beskriver to former for traumatiske hendelser; akutte eller type I traumer (single events) som f.eks. etter en bilulykke og kroniske eller type II traumer (multiple eller kumulative events) som f.eks. etter vedvarende seksuelle overgrep. I både type I og type II traumer kan barnet ha omfattende fysiologiske og/eller psykologiske plager. Hun understreker at forskjellene er knyttet til traumenes kontekst; den intense her og nå hendelse i motsetning til vedvarende og sykeliggjørende overgrep; til mekanismene som er knyttet til situasjonen hvor patologien oppstår og innflytelsen barnets symptomer har på dets videre utvikling. Symptomer etter type I traumer er

iflg. Terr de mest alminnelige hos barn. Karakteristisk for type II traumer er massiv fornektelse, psykisk nummenhet eller personlighetsproblematikk.

2.1.5 Utredningen av barnet

Nader i Wilson & Keane (2004) understreker at utredning av barns traumatiske reaksjoner er signifikant forskjellig fra utredningen av voksnes reaksjoner p.g.a. utviklingsmessige variabler. Hvordan symptomer manifesterer seg eller hvordan de blir rapportert varierer, knyttet til aldersgruppe. Utredningens nøyaktighet blir influert av aspekter ved barnet selv, omstendighetene rundt barnet, den traumatiske hendelsen, utrederen, måleinstrumentene og hvordan intervjuet foregår. Det er nødvendig å benytte multiple metoder og utredningsinstrumenter og forskjellige kilder for innhenting av informasjon. Skolebarn og ungdom rapporterer for eksempel generelt flere symptomer selv, enn det andre rapporterer om dem. Nader (ibid) og Cook, Spinazzola, Ford, Lanktree, Blaustein, Cloitre, DeRosa, Hubbard, Kagan, Liautaud, Mallah, Olafson & van der Kolk (2005) (s. 392: "Domains of Impairment in Children Exposed to Complex Trauma") gir en grundigere gjennomgang av utredning, metoder og måleinstrumenter enn det som det er plass til i denne studien.

2.1.6 Posttraumatisk stress forstyrrelse (PTSD)

Forskning vedr. barns traumatiske stressreaksjoner de siste ti-årene viser at barn utsatt for traumatiske hendelser reagerer med sentrale PTSD-kjernesymptomer på samme måte som traumatiserte voksne (Fletcher, 2003). Barn har i tillegg tilleggssymptomer som skyldfølelse, depresjon og generalisert angst, slik voksne har.

Malchiodi (2008 s. 4) refererer til The Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association, 2000) der traume blir definert som en eller flere hendelse(r) som skaper en vedvarende, omfattende psykologisk innvirkning på et barn. Dette kan være enkelthendelser som en trafikkulykke eller at barnet er vitne til at en annen person blir skadet, eller flere vedvarende eller tilbakevendende hendelser som av denne grunn blir traumatiske.

Eksempler på mulige kronifiserende traumehendelser er utsettelse for vedvarende omsorgssvikt eller overgrep, opplevelse av terrorisme, krig, katastrofe eller å miste sitt hjem eller viktige eiendeler eller familiemedlemmer som konsekvens av dette.

På bakgrunn av bl.a. forskningen til Terr (1981), der en vektla nytten av å intervju barna direkte, ble det i DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) påvist spesielle trekk ved barns PTSD (i motsetning til voksne). En tar hermed i større grad barns utviklingsstadier i betraktning. Fletcher (2003) viser til DSM-IV Diagnostic Criteria for Posttraumatic Stress Disorder (American Psychiatric Association, 1994). I denne vises til gjenopplevelse gjennom tilbakevendende og forstyrrende gjenkallelser av hendelsen, inkludert bilder, tanker eller sansning. *Hos små barn forekommer repetitiv lek der temaer eller aspekter av traumet blir uttrykt.* DSM-IV beskriver tilbakevendende stressende drømmer om hendelsen. *Hos barn kan det imidlertid forekomme skremmende drømmer uten gjenkjennelig innhold.* DSM-IV peker også på agerung eller en følelse av at hendelsen skjer på nytt (inkluderer bl.a. flashbacks). *Hos små barn kan det forekomme traumespesifikk gjenspilling av hendelsen.* En undersøkelse gjort av Chazan & Cohen (2010 s. 134) forteller i en begrenset studie (23 barn) om tre mønstre som går igjen i barnas posttraumatiske lek (min oversettelse): ”gjenspilling med trøst”; ”gjenspilling uten trøst”; og ”overveldende gjenspilling”. I DSM-IV vises i tillegg til intens psykologisk stress ved eksponering for interne eller eksterne hint som symboliserer eller minner om den traumatiske hendelsen. I diagnosen forekommer også vedvarende unngåelse av stimuli (tanker, følelser, aktiviteter, steder) som assosieres til traumet. På bakgrunn av dette kan en følelse av isolerthet eller fremmedgjøring forekomme, i tillegg til affektavflating og en følelse av at det ikke er noen fremtid. DSM-IV peker på økt agitering bl.a. indikert av søvnevansker, irritabilitet eller vredesutbrudd, konsentrasjonsvansker, å være overaktivert og skvettenhet. Symptomene skal ha klinisk innvirkning på skole, arbeid eller andre viktige områder. Hvis symptomene har vedvart kortere en tre måneder anses tilstanden som akutt, mens den anses for kronisk over tre måneder. *Drømmene kan hos små barn i løpet av uker forandre seg til generaliserte mareritt eller monstre. Hos barn kan fremtidstankene dreie seg om at livet er for kort til at en i det hele tatt*

blir voksen. Barn kan også få forskjellige fysiologiske symptomer som magevondt og hodepiner.

Terr (1991) understreker at en ikke alltid ser tilbakevendende drømmer hos barn, spesielt ikke hos barn under fem år. Flashbacks og unnvikelsesatferd er heller ikke så alminnelig. En bør være oppmerksom på at selv om frykt for hverdagslige ting, som for eksempel mørket og regressiv atferd er vanlig hos traumatiserte barn, er dette også karakteristisk ved mange andre forstyrrelser. Traume-spesifikke fobier må en imidlertid være oppmerksom på.

2.1.7 Andre traumereaksjoner hos barn

Pynoos et al.(1999) viser til at en bør ta modenhetsgrad og neurobiologi knyttet til utvikling i betraktning, når en ser på barnets evne til å emosjonelt vurdere, regulere og respondere til virkelige farer. Forskning vedr. traumatiske opplevelser og tap, knyttet til tvillinger som ikke har vokst opp under de samme forholdene, har vært potensielt utslagsgivende når en skal forklare barn og ungdoms psykopatologi (Pike & Plomin (1996). Pynoos et al. (1999 s. 1550) henviser til Costello & Angold (1994) som påviser en høy prevalens av angstforstyrrelser hos barn. Last, Perrin, Hersen & Kazdin (1992) antar at det er av betydning på hvilket tidspunkt i barnets utvikling en angstforstyrrelse tar til. De peker på en utviklingsmessig progresjon fra en enkel fobi fulgt av separasjonsangst til høy grad av engstelse eller en generell angstforstyrrelse, tvangsforstyrrelse, sosial fobi og panikk med og uten agorafobi, der andre mer har knyttet dette til en normativ progresjon i frykt og engstelse, aldersrelatert repetitiv atferd og lek og mentale aktiviteter (Carter et al.1995 og Craske 1997). Öst (1987) viser til at sosial fobi for eksempel ofte er trigget av en traumatisk eller sterkt stressende hendelse.

Fletcher (2003) har gjort en undersøkelse vedr. prevalens av posttraumatiske stressreaksjoner hos barn basert på 2.697 barn fra 34 studier. Han viser til at 36 % av barn som ble utsatt for traumatiske hendelser utviklet de diagnostiske kriteriene for PTSD i DSM-IV. Han oppsummerer andre symptomatiske responser hos barn i den

samme undersøkelsen; dissosiative responser (48 %), skyldfølelse (43%), generalisert angst eller frykter (39%), lav selvfølelse (34%), ”tanker om at negative ting kommer til å skje i fremtiden”(26 %), depresjon (25%) og separasjonsangst (23%). De responsene som ikke var så hyppige var selvdestruktiv atferd (9 %), panikk (8 %), spiseforstyrrelser (7%) et forstyrret tidsperspektiv (4%) og nattevandring (1%). Alternative og komorbide diagnoser som atferdsvansker og ADD, trenger ytterligere kartlegging. Den gjennomsnittlige insidensraten for disse diagnoser er 20 % for atferdsvansker og 13% for ADD.

Cook (2005 s. 390) viser til at komplekse (eller type II-traumer) resulterer i en livslang mangel eller tap av sentrale evner for selv-regulering og interpersonlig evne til relatering. Slike barn står ofte i risiko for ytterligere traumeerfaringer og kumulativ skade som kan følge dem inn i voksenalder. PTSD-diagnosen omfatter ikke de utviklingsmessige effektene av å være utsatt for komplekse traumer. Disse barna møter ofte kriteriene for DSM-IV's diagnoser; depresjon, ADHD, ODD, atferdsforstyrrelse, angstforstyrrelser, spiseforstyrrelser, søvnforstyrrelser, kommunikasjonsforstyrrelser, separasjonsangst og reaktiv tilknytningsforstyrrelse. Hver av disse forstyrrelsene omfatter bare et begrenset aspekt av det traumatiserte barns vansker når det gjelder selv-regulering og evne til relatering.

2.1.8 Behandling

Jensen (2011 s. 60) viser til at det er mangel på studier som vil kunne gi oss mer differensiert kunnskap om hvilken type intervensjon som fungerer best på ulike problemområder og i forhold til hvilken alder, når det gjelder ungdom. Det er imidlertid iflg. Jensen (ibid) gjort flere studier når det gjelder barn m.h.p. å vurdere effekt og grad av empirisk støtte (Finkelhor & Berliner 1995; Saunders, Berliner & Hansen, 2003; Silverman, et al. 2008). Den behandlingsmodell som har fått mest empirisk støtte i randomiserte og kontrollerte studier per i dag er traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) (Cohen & Mannarino, 2008; Silverman et al. 2008). Jensen viser til 8 randomiserte studier, der de fleste har vært utsatt for seksuelle

overgrep og /eller som har omhandlet multitraumatiserte barn. I behandlingsmodellen som Jensen viser til gjennomføres denne som en korttidsintervensjon (12-15 behandlinger), der behandlingsforløpet likevel tilpasses det enkelte barns spesifikke situasjon og vansker. Barnet må først lære ferdighetene i å håndtere stress før det kan prosessere traumeminnene. Komponentene i behandlingen er som følger; psykoedukasjon som brukes til å bekrefte barnets følelser og reaksjoner, avspenningsteknikker som brukes for å bidra til å redusere fysiologiske forandringer som kan ha oppstått p.g.a. den (de) traumatiske hendelsen(e), affektregulering; identifisere følelser, kognitiv mestring, konstruksjonen av et traumenarrativ, evt. ”in vivo” eksponering i tett samarbeid med foreldrene, kognitiv bearbeiding; prosessering av dysfunksjonelle tanker, trening i sosiale ferdigheter (og gjenkjenning av risikosituasjoner). Foreldrearbeidet følger alle komponenter i parallelle sesjoner. Jensen viser til de metodiske begrensningene; en vet lite om hvordan modellen kan brukes i vanlige barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, inntakskriteriene i de tidligere studiene var støttende foreldrefigurer; barn, som ikke har dette, vil antakelig trenge flere bredspektrede hjelpetiltak. Hun viser til at det er utviklet en modell for familier som lever under pågående stressende livsbetingelser. En grundig og bred vurdering av barnets symptomer må gjøres før behandling påbegynnes. Bl.a. bør en arbeide med å få kontroll over atferdsvansker først, om disse forekommer. Jensen viser til en pågående studie i Norge vedr. denne metoden.

Cook et al. (2005) viser til seks sentrale komponenter ved intervensjon ved komplekse traumer; 1) sikkerhet, ”internal” og i omgivelsene 2) selv-regulering i forhold til å modulere økt agitering 3) selv-reflektiv informasjonsprosessering; bl.a. konstrueringen av narrativer 4) integrering av de traumatiske erfaringene 5) relasjonell engasjering, bl.a. gjennom effektive arbeidsmodeller for tilknytning og det å benytte disse modellene i forhold til aktuelle relasjoner 6) forsterkning av positiv affekt; ”self-worth” og selvaktelse, bl.a. gjennom personlig kreativitet, og oppmuntring av orientering mot fremtiden; kompetense og mestring.

For ytterligere gjennomgang av behandling av traumatiserte barn og unge, som har fått empirisk støtte i randomiserte og kontrollerte studier, vises til gjennomgang i analysedelen i denne oppgaven.

2.2 EMDR og de kreative art-terapiene.

I beskrivelsen av behandlingsmetoden EMDR har jeg valgt å ta utgangspunkt i Francine Shapiros (2001) grunnbok "Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Basic Principles, Protocols, and Procedures. Second Edition".

Når det gjelder de kreative behandlingstilnærmingene, har jeg innhentet informasjon fra et variert utvalg av kilder: foreningene som representerer disse tilnærmingene, artikler og fagbøker.

2.2.1 EMDR

Shapiro (2001 s.11) referer til Chemtob, Tolin, van der Kolk & Pitman (2000); Shalev, Friedman, Foa & Keane, (2000) og the UK Department of Health (2001) når hun konstaterer at "the practice guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies" har utpekt EMDR som en effektiv behandling for behandling av PTSD.

The Adaptive Information Processing Model

The Adaptive Information Processing Model (AIP-modellen) er den modell som gir det teoretiske rammeverk og prinsipper for behandling i EMDR. Modellen forklarer også basis for patologi og personlig utvikling. Modellen er iflg. Shapiro (2001) i samsvar med Freud og Pavlovs tidlige forståelse av det som nå blir referert til som informasjonsprosessering; en antar at det i kroppen eksisterer en neurologisk balanse i et distinkt psykologisk system, som gjør at når vi mottar informasjon blir denne prosessert frem mot en "adaptive resolution". Shapiro mener med dette at forbindelsene til passende assosiasjoner er laget og at erfaringene blir utnyttet

konstruktivt av individet og blir integrert inn i et positivt emosjonelt og kognitivt skjema. Det som er nyttig er lært og lagret med den riktige affekt og står klar til fremtidig bruk. I AIP-modellen ligger det også konseptet om selv-heling, en konstruksjon som er basert på at kroppen har en helingsrespons knyttet til når den blir skadet. En antar at denne prosessen også foregår på et mentalt plan. Når systemet er blokkert eller i ubalanse, utvikles ikke-adaptive responser. Om blokkeringen fjernes kan prosessering gjenopptas og vil automatisk føre informasjonen frem til en adaptiv resolusjon.

Når noen erfarer et alvorlig psykologisk traume, kan det virke som det oppstår en ubalanse i nervesystemet. Denne kan for eksempel være forårsaket av forandringer i neurotransmittere, adrenalin o.s.v.. På grunn av denne ubalansen kan informasjonsprosesseringsystemet ikke fungere optimalt, og den informasjonen trenger når hendelsen skjer, som for eksempel bilder, lyder, affekter og fysiske sanseintrykk, forblir neurologisk og forstyrrer den som erfarer traumet. Derfor kan det originale (traume)materiale, som blir bevart i sin opprinnelige, sensoriske, tilstandsspesifikke form, bli trigget av mange indre og ytre stimuli. Disse kan derfor bli uttrykt i form av mareritt, flashbacks og påtrengende tanker.

Shapiro påpeker at "dual-focus" hypotesen kan være den mest nyttige forklaringen på EMDR's effekt. Det simultane fokus på det traumatiske minne samtidig med øyestimulering eller annen tosidig hjernestimulering (heretter kalt "bilateral stimulering") kan gjøre at det dermed aktiverte systemet prosesserer det dysfunksjonelt lagrete materiale. En har foreslått forskjellige mekanismer som bakenforliggende for at den bilaterale stimuleringen gjør aktivering lettere, eksempelvis; "avbetinging" forårsaket av en avslappingsrespons (Shapiro, 1989a, 1989b og Wilson et al. 1996 i Shapiro, *ibid*); et skifte i hjernens tilstand, som øker aktiveringen av og styrkingen av svake assosiasjoner og en faktor som har med å gjøre at klienten har sin oppmerksomhet rettet mot to steder simultant: han legger merke til nåværende stimuli og det forgangne traume.

En kan også tenke seg at det er øyebevegelsene alene som induserer en forandring i hjernens tilstand og at denne modifierer atferden til informasjonsprosesseringsystemet. En vil da måtte forvente at også andre rytmiske bevegelser eller andre former for støttende eller gjentatt stimulering har en lignende effekt.

Shapiro understreker at det er aktiveringen av informasjonsprosesseringsystemet som er det kliniske fokus for behandling, uansett om en benytter øyebevegelser eller andre former for effektiv stimuli.

Når en behandler en pasient med EMDR, ber en klienten fokusere på et ”target”, dvs. et spesifikt minne eller et drømmebilde; en person, en faktisk eller fantasert eller projisert hendelse; eller et aspekt ved en erfaring, som en kroppslig følelse eller tanke. Denne tanken kalles i EMDR en ”node” (knote), fordi den har en sentral plass i det fysiologisk assosierte materiale. Hvis det er et mål i terapien at klienten skal reagere annerledes, for eksempel med større ro, på target er det nødvendig å reprocessere alle dysfunksjonelle assosiasjoner (kanaler) som er knyttet til et slikt knutepunkt. En ser hvert nivå i reprocessingen som et plata hvor bilder, tanker og følelser forandrer seg mot en løsning.

Shapiro viser til (s.54) at EMDR best kan beskrives som en klient-sentrert, interaktiv, interaksjonell, intrapsykisk, kognitiv, atferdsrettet, kropporientert terapi. Alle disse modalitetene er involvert m.h.p. å behandle klienten som en hel person.

Komponenter i EMDR-behandling

Effektiv EMDR avhenger av at en finner det rette ”target”. De mest nyttige parametrene for behandling er bildet, de negative og positive tankene til dette, følelsene og i hvilken grad disse følelsene forstyrrer klienten og hvor kroppen opplever denne forstyrrelsen. Klienten blir bedt om å fokusere på et bilde (tydelig eller utydelig) som representerer enten hele hendelsen eller den mest opprørende delen. Klienten blir bedt om å si hvilke negative tanker eller assosiasjoner hun får om seg selv, knyttet til dette bildet. Dette kalles den negative kognisjonen. Denne

representer klientens nåværende tolkning av seg selv ”jeg er verdiløs”. Metoden reprosesserer kun ikke-adaptivt, dysfunksjonelt materiale; når beskrivelsen ikke er nøyaktig får en ikke noen observerbar reprosesserings effekt. Når en sier ”jeg er hjelpeløs” uten at det er noen nåværende fare, er dette en ikke adaptiv kognisjon der EMDR kan være nyttig i behandlingen.

Når den negative kognisjonen er identifisert i tilknytning til target er det neste skritt å identifisere den (ofte motsvarende) positive kognisjonen og gi en vurdering av den på en syv-punkts skala der en kjennes fullstendig galt og syv kjennes fullstendig riktig. Dette kalles en ”VOC-rating” (en kognitiv vurdering). Denne representerer en ”baseline” som en kan prosessere ut fra.

Klienten blir bedt om å huske bildet av minnet, den negative kognisjonen, gi et navn på den følelsen som hun har, og gi en ”subjektiv units of disturbance” (SUD) plassert på en skala, for hvordan det føles nå, fra en til ti. Det minnet som har den sterkeste rating på SUD kan en begynne å prosessere. En kan også starte med det eldste target, etter å ha benyttet en såkalt float-back teknikk fra den negative kognisjonen, m.h.p. å avklare om det finnes tidligere targets der denne følelsen er gjenkjennbar.

Behandler kan så benytte øye-stimulering, horisontalt eller diagonalt eller alternative former for bilateral stimulering; hånd-tapping (skiftevis på oppover vendte håndflater). Auditivt stimuli kan utføres gjennom å knipse skiftevis mellom høyre og venstre øre eller ved bruk av elektroniske ”headsets” til dette bruket. Også andre former for stimulering vil kunne være effektiv.

De åtte fasene i en traumebehandling

EMDR-behandling består av åtte faser. Antall faser som en benytter i hver fase og antall inkludert i hver behandling varierer mye fra klient til klient. Jeg har i denne beskrivelsen i tillegg til Shapiro (ibid), benyttet Rodenburg, Benjamin, Meijer & Jongeneei (2009):

Fase en. Klientens historie og planlegning av behandlingen.

En evaluerer pasientens stabilitet, fysiologiske forhold og aktuelle belastninger. Om en vurderer at klienten kan delta i EMDR-behandling innhenter en den informasjonen (historikk, diagnose m.v.) som skal til for å lage en behandlingsplan. En bestemmer også targets som skal reprocesseres.

Fase 2. Forberedelse

Involverer å etablere en terapeutisk allianse, forklare EMDR's teorier, prosesser og effekter. En arbeider også med avslapnings- og trygghetsprosedyrer, bl.a. benytter en "trygg plass". Om klienten ikke kan bruke guidede visualiseringsteknikker, der en prøver ut en enkel versjon av EMDR, knyttet til noe som klienten opplever er svakt ubehagelig, kan en ikke benytte EMDR-metoden overfor klienten.

Fase 3: Assessment (målingene)

Behandleren identifiserer targets komponenter og etablerer en "base-line" (start) - respons (se tidligere forklaring) før prosesseringen begynner. Klienten blir også bedt om å indikere stedet i kroppen der følelsen er lokalisert.

Fase 4: Desensitivering

Klienten blir bedt om å fokusere på det traumatiske minnet og den assosierte dysfunksjonelle kognisjon, følelsen, og den fysiske opplevelsen i kombinasjon med en serie av bilateral stimulering. Hver ny assosiasjon blir fulgt av en ny stimulering. En måler SUD inn til den går ned til 0 på en "Likert scale" der 0 er ikke ubehagelig i det hele tatt og 10 er ekstremt ubehagelig.

Fase 5: Installasjon

I installasjonsfasen blir det traumatiske minnet linket til den tidligere formulerte funksjonelle kognisjon, igjen med bilateral stimulering. Dette blir gjentatt til klienten måler dette til et syvtall på den syvpunkts "validity of cognition-scale" (VOC) til den funksjonelle kognisjonen.

Fase 6: Body Scan (gjennomgang av følelsene i kroppen).

Behandleren sjekker, gjennom å fokusere på både det opprinnelige bilde og den positive kognisjonen og så la oppmerksomheten gå til de forskjellige områdene i kroppen, om de fysiske sansefølelsene fortsatt er til stede.

Fase 7: Avsluttende runde.

Behandler bør aldri la klienten forlate rommet mens han fortsatt har et sterkt ubehag, eller om han er midt i en avreagering rundt de traumatiske opplevelsene. Derfor er det nødvendig å følge godt med på tiden under denne typen behandling. En kan benytte for eksempel ”trygg plass”, m.h.p. å få klienten tilbake til en roligere tilstand før han forlater rommet. Klienten bør også få vite at elementer av den traumatiske opplevelsen vil kunne fremtre mellom timene; dette er en del av prosesseringen og en helingsprosess og vil bli fulgt opp i neste time.

Fase 8: Reevaluering.

En re-evaluerer prosessen ved neste time; er det rester igjen av det opprinnelige target gjør en evt. oppfølging og bilateral stimulering knyttet til dette, før en fortsetter med evt. nytt target eller en kanal fra tidligere prosessering.

EMDR protokollen for barn

I beskrivelsen av EMDR protokollen for barn har jeg benyttet meg av Tinker & Wilson (1999); Rodenburg et al. (2009) og Kemp, Drummond & McDermott (2009).

En bruker en tilpasset protokoll med alders-tilsvarende modifikasjoner. Den passer også til voksne som har en mental funksjon som er under 18 år. De største tilpassningene er:

En anbefaler at behandleren møter barnet og foreldrene sammen innledningsvis. Kemp et al. (ibid) viser til at Nader & Pynoos (1993) anbefaler at en gjennomgår foreldrenes bekymringer rundt traumet, vurderer om foreldrene selv trenger (traume)

terapi. Foreldrene trenger også hjelp til å forstå barnets traumereaksjoner. En kan benytte for eksempel tegninger i utredningen av barnet. En anbefaler at behandleren inntar en klientsentrert tilnærming som er fleksibel, gir ubetinget positiv anerkjennelse og støtter barnets behov for trygghet og bekreftelse. Barnet kan benytte ”trygg plass” når som helst under eller imellom behandlingene. Dette gjør det mulig for barnet å slappe av under EMDR om barnet føler seg emosjonelt overveldet. Barnet får også et stoppsignal som det kan bruke under behandlingen; for eksempel ved å rekke opp en arm. En understreker at en ikke skal benytte EMDR med mindre barnet har fått tilstrekkelig tillit til behandleren og er i stand til å gi ærlig feed-back under prosessen.

Behandleren tilpasser seg barnets utviklingsmessige nivå ved å bruke et enkelt språk, og med å bruke visuelle hjelpemidler som tegninger og bilder. En kan for eksempel be barnet tegne ”den delen av ulykken som du opplevde som verst”. Noen ganger kan traumehendelser være en del av barnets tegninger eller lek fra før; disse kan da benyttes som det imaginære bilde av traumet. Om barnet ikke kan identifisere kognisjoner om traumbildet er det mulig å komme med mange forslag og identifisere disse ut fra dette. Ved identifisering av VOC og SUD-rateringer kan en benytte en visuell analog skala, og vise bruken med å prøve ut eksempler. Når en skal identifisere kroppslige følelser er det mulig å bruke tegning.

En velger en passende type bilateral stimulering. Små barn kan noen ganger ha vansker med øye-bevegelsene; en bruker da de andre formene eller former med for eksempel to hender med hanskedukker, fargete flekker på veggen eller tegneseriefigurer. Barn reagerer ofte raskere på behandlingen enn voksne og deres oppmerksomhetsspenn er kortere. En trenger derfor å bruke kortere serier med bilateral stimulering. Dette avkorter varigheten på behandlingen. En benytter et språk og forklaringer i behandlingen som er relatert til alderen. Det er viktig å kun stille små krav under prosesseringen og bekrefte enhver respons, som for eksempel et skuldertrekk. Det er også viktig å gi ytterligere forklaringer om det oppstår forvirring. Om barnet ønsker å tegne noe spontant under prosesseringen er det tillatt. Det er

viktig at barnet opplever å ha kontroll. En kan for eksempel snakke om hendelsen som om en er en tredje person, som ser denne ut av vinduet eller på tv, eller som en tegneserie.

Om barnet ikke er i stand til selv å evaluere kognitivt og emosjonelt, kan en be foreldre eller andre som arbeider med barnet om å reevaluere traumet.

Antall behandlinger som barnet er i behov for varierer, knyttet til type traumatisk hendelse og alvorlighetsgraden i psykopatologien.

Aktuell forskning (hva er det som virker i EMDR?)

Rodenburg et al.'s (2009) metanalyse viser til at kontroversene omkring EMDR's effektivitet og EMDR's pålitelighet spesielt dreier seg om dens antatte effektivitet knyttet til den ikke-empirisk støttede hypotesen om at bilateral stimulering er den terapeutisk distinkte komponenten. Rubin, Bischofshausen, Conroy-Moore, Dennis, Hastie, Melnick, Reeves & Smith (2001 s. 437) oppsummerer 9 forskjellige studier der en konkluderer at øyebevegelser ikke er den essensielle komponenten m.h.p. å oppnå den observerte effekten i EMDR og at EMDR ikke er mer effektiv enn andre eksponeringsbaserte terapier.

Shapiro (2001) viser som nevnt tidligere til også andre mulige forklaringer på EMDR's effektivitet. Teoriene er foreløpig ikke bekreftet via empiriske studier. Shapiro (ibid) påpeker at en, når en måler EMDR's effektivitet må ta alle dens prosedyreelementer i betraktning; mange av prosedyreelementene er hentet fra forskjellige tradisjoner som til sammen utgjør elementene for effektiv psykoterapi:

”Interrupted exposure”, er hentet fra andre eksponeringsterapiformer som ”desensitization” (Brom, Kleber & Defares, 1989 og Peniston, 1986) og direkte terapeutisk eksponering (”imaginal” og ”in vivo exposure”) (for eksempel Boudewyns & Hyer, 1990 og Foa et al., 1991 i ibid). Shapiro viser til at behandlerens forberedelse av klienten, som øker klientens evne til å være i kontakt med den forstyrrende imaginale erfaringen og alterneringen med korte doser av eksponering

med kognitiv debriefing er sannsynligvis veldig viktige aspekter av EMDR-behandling. Boudewyn & Hyer (1996) viser til at EMDR strukturerer en prosedyre hvor klienten beveger seg fra eksponering til metakommunikasjon, tilbake til eksponering og tilbake til metakommunikasjon. En lignende prosess ble definert som den beste i historiefortelling i psykoterapi (Rennie, 1994 i Shapiro (ibid)). Klienten skifter i posisjon fra nonrefleksiv/deltaker til refleksiv/observatør og skaper dermed et samspill mellom indre og ytre dialog (Shapiro, 2001 s. 319).

Klientens opplevelse av mestring og stabilitet blir oppmuntret ved bruk av mange elementer ved prosedyren. Han oppnår en følelse av kontroll, noe som minsker opplevelsen av stress. Det å fokusere oppmerksomheten på det forstyrrende materiale i korte perioder av gangen, mens en hører oppmuntrende terapeutiske utsagn, samtidig med at en blir klar over tryggheten i den kliniske konteksten kan utvikle avbetinging (Shapiro ibid s. 320).

Klienten blir oppmuntret til å rette oppmerksomheten, i en avgrenset tid, til den fysiologiske sansning skapt av det traumatiske minnet. Dette kan gjøre at klienten identifiserer og skiller de sensoriske effekter fra traumet fra de kognitivt ladede affektive tolkninger av disse sansningene (Shapiro, ibid s. 320).

Når klienten blir bedt om å identifisere den negative selv-kognisjonen som stammer fra traumet, kan dette gjøre klienten oppmerksom på dets irrasjonalitet, og han blir oppmerksom på hendelsens betydning for nåværende selvopplevelse. Det å formulere positive kognisjoner innebærer en restrukturering og det å se seg selv i et nytt lys. (Shapiro ibid, s. 321).

Gjenkjennelsen av det traumatiske materiale gjennom prosedyren (som hjelper klienten til å få en sammenheng og en forståelse av hendelsen) gjør dets lagring i den narrative hukommelsen lettere (Shapiro ibid s. 321).

Klienten blir bedt om å bare legge merke til sine indre opplevelser og blir spurt "hva kommer nå" ved enden av hvert sett med øye-bevegelser. Dette gjør at det automatisk kommer ny informasjon frem i hukommelsen. Klienten kan tilbringe veldig lite tid

eksponert for detaljene i det presenterte traume og kan bevege seg sekvensielt igjennom relatert materiale. Det å assosiere fritt kan være en mer relevant måte for å få tilgang til det mest relevante distraherende materiale enn prosedyren der en hele tiden vender tilbake til det opprinnelige traumatiske materiale (Shapiro ibid s. 321-322).

Shapiro (ibid s. 322-323) viser til at det kan være at øyebevegelsene eller annen form for stimuli drar klientens oppmerksomhet vekk fra det forstyrrende materiale akkurat lenge nok til at forebygge ”mindless emoting” og ”conceptualizing/ doing mode” og dermed nesten tvinger klienten inn i en ”mindfull” opplevelsestilstand i prosesseringen av forstyrrende materiale (”mindfull experiencing” refererer til det å være i og bevisst øyeblikket, samtidig med at en inntar en ikke-evaluerende og ikke-dømmende tilnærming til sin indre opplevelse (Tull, innh.2012). Ved ”mindless emoting” har, iflg. Teasdale & Barnard (1993 i Shapiro, 2001), klientene fordypet seg i og identifisert seg med, deres affektive reaksjoner; de har lite oppmerksomhet knyttet til seg selv, utforsker ikke eller reflekterer ikke over seg selv. I ”conceptualizing/doing mode” er oppmerksomheten dominert av relativt løse upersonlige tanker om seg selv eller følelser (som objekter), om målorienterte strategier for å kunne forstå eller håndtere følelser og emosjonelt relaterte problemer, og med evalueringer av nåværende ideal-misforhold i relasjon til disse mål.

Flere fysiologiske mekanismer kan bli aktivert av øyebevegelsene og alternative tosidige stimuli som brukes i EMDR; en er å opprettholde simultan ekstern oppmerksomhet i en kort periode der en samtidig opplever intern stress, en annen er aktivering av hjernefunksjoner som ligger inne i bevegelsene eller i oppmerksomheten rettet mot to simultane nåværende stimuli. Shapiro (ibid s. 324) viser også til ”orienting response”. Prosessering blir oppnådd på bakgrunn av en enkel orienteringsrespons; det interne fokus, som blir brakt frem av øyebevegelsene eller andre aktiviteter, forstyrrer det traumatiske assosierte nettverket slik at læring kan la seg gjøre. Når orienteringsresponsen blir trigget, stanser dette flukt og unngåelsesatferd (Armstrong & Vaughan,1994; MacCullouch & Feldman,1996) i

Shapiro (ibid). En klar tolkning av øye-bevegelsenes rolle er at de distraherer klienten bort fra traumet. Dette forårsaker avbetinging fordi klienten ikke klarer å konsentrere seg om det traumatiske bilde. Det vises til at EMDR ikke er hypnose, og dermed ikke har hypnotiske effekter. Klienten er aktiv og deltar hele veien.

Shapiro (ibid) understreker at den enkleste måten en kan forstå EMDR's effekt på er å beskrive dens aktivering av informasjonsprosesseringssystemet.

2.2.2 De Kreative Art-Terapiene

Definisjoner

De kreative art-terapiene har jeg, som nevnt i innledningen, valgt å definere som kunstterapi, musikkterapi, danse/bevegelsesterapi, dramaterapi eller psykodrama og poesi terapi. Jeg benytter navnet de ”kreative art-terapi” fordi ”de kreative kunstterapiene” ikke er dekkende i sin norske oversettelse og fordi ”kunst- og uttrykks-terapiene” ikke vil gi kreditt til de øvrige terapiformene som i den engelske versjonen dekkes av navnet, da en slik terapiform /forening allerede eksisterer i Norge.

Goodman et al.(2009 s. 491) viser til at de kreative art-terapiene

”benytter art modaliteter og kreative prosesser gjennom intensjonell intervensjon m.h.p. å frembringe helse, kommunikasjon og uttrykk; fremme integreringen av fysisk, emosjonell, kognitiv og sosial fungering; forsterke selvbevissthet og fremme forandring... Deltakelse i alle de kreative art-terapiene gir mennesker... måter å uttrykke seg på som kanskje ikke er mulig gjennom mer tradisjonelle terapier (National Coalition of Creative Arts Therapies, 2006 [online source]”

Malchiodi (2008) understreker at de kreative art-terapiene inkluderer avslapning, ”guided imagery” (fantasireise), visualisering og meditasjon. Goodman et al. (2009) viser til at Gil (2003) adskiller kreative art-terapi fra leketerapier, mest p.g.a. prosessen innen kunstutvikling og mediene en benytter.

Forskning

Aktuell evidensbasert CBT-praksis anser eksponering, enten direkte eller indirekte via traumenarrativet, å være en primær og nødvendig komponent i forhold til barn som har vært utsatt for traumer. Om en i kreative art-terapier ikke fokuserer på oppmerksomhet rundt og gjenkjennelse av traumet, avviker dette fra en slik tenkning (Cohen, Berliner & March, 2000 i Goodman et al, 2009). Goodman et al. (ibid) viser til at eksponering og kognitiv prosessering ofte er elementer i kreativ art-terapi, selv om en ikke bruker denne terminologien. Goodman et al. bekrefter (s. 497) (som i denne studien) at det er lite vitenskapelig litteratur knyttet til kreative art-terapier med barn med PTSD. De viser (s. 498) til en begrenset mengde RCT-studier og studier med og uten kontrollgruppe (Chapman et al., 2001; Coulter, 2000; Pifalo, 2002 og Steele & Raider, 2001) som en bakgrunn for dette.

Gil (2006 i Malchiod, 2008 s. 102) understreker at de kreative art-terapiene og de ekspressive terapiene begge benytter seg av gradvis eksponering og begge med affektivt materiale relatert til de traumatiske hendelsene. ”Ekspressive terapier blir initiert av barn, fremmet av klinikere og benyttet i begges tempo, i konteksten av et terapeutisk forhold, og med respekt for at barn trenger å benytte deres forsvarsmekanismer i en flytende form”(Gil, 2006 s. 26). Malchiodi (ibid) vurderer at det nettopp derfor blir vanskelig å evaluere dem i forhold til deres effektivitet.

Foa et al. (2009 s. 604-605) gir følgende anbefalinger når det gjelder fremtidig forskning innen de kreative art-terapiene (min oversettelse): 1) Utforskning av forholdet mellom den neurologiske fungering og de kreative art-prosesser. 2) En må bruke eksisterende standardiserte mål for PTSD, i tillegg til utvikling av passende kreativ art-basert verktøy. 3) Inkludere foreldre og andre omsorgspersoner i behandlingen. 4)Utvikling av manualiserte behandlingsprotokoller m.h.p. en bedre skissering av formatet og strukturen for behandlinger som kan sammenlignes på tvers

av de forskjellige retningene og med andre former for behandling. 5) Gjennomføre kontrollerte effektstudier av de kreative art-terapienes PTSD-behandlinger.

De Kreative Art-Terapiene og traumebehandling av barn

Goodmann et al. (2009, s. 492-493), (min oversettelse og reformulering) vurderer at verdien i de kreative art-terapiene i behandling av barn med traumer er knyttet til flere områder: De kreative art-terapiene er en del av vår kultur, tilgjengelige og kjente for barn og de er ikke bare assosiert med terapi (Bergmann, 2002; Sutton, 2002 i Goodmann et al. (2009)). Kreative art-terapi behandlinger er strukturert slik at den tillater et trygt og ikke truende område for barn der de kan utforske livet- i overgangen til den virkelige verden utenfor (Johnson, 1987; Kowski, 2007 (i Goodmann et al (2009); Kozłowska & Hanney, 2001; Sutton; 2002 i Goodmann et al. (2009)). Kreativ art-terapi sørger for en trygg grunn for truende materiale, der det går an å eksterialisere (sette utenfor seg selv) metaforer som en kan se på og dele (Loewy & Stewart; 2004 Winn, 1994 i Goodmann et al.2009). Materialer og ikke verbale måter å uttrykke seg på kan settes sammen med psykologiske oppgaver i samsvar med hva barnet kan tåle (Clements, Benasutti & Henry, 2001; Klorer, 2003). De kreative art-terapiene gir rom for individuelle intervensjoner som er tilpasset når barnet er trygg og klar. De kreative art-terapiene nærmer seg traumet symbolsk frem til direkte eksponering er mulig og tilrådelig. Metaforer kan være en hjelp til å dele eksponeringen opp og fungerer samtidig som en trygghet for direkte konfrontasjon (Bowers, 1992). Det å delta i kreative aktiviteter er morsomt og kan resultere i en følelse av kompetanse, selv uten at det blir satt ord på det (Bergmann, 2002; Kozłowska & Hanney, 2001). Kreativ art kan fremkalle spesielle fantasier eller virke avslappende (Atwood & Donheiser, 1997; Cassity & Theobold, 1990; Monti et al., 2006 og Winn, 1994). De kreative art-terapiene er spesielt verdifull for små barn, som ikke har et så velutviklet språk (Klorer, 2000; Lieberman, Van Horn og Ippen, 2005).

Johnson (1987, s. 7) beskriver tre stadier i behandlingen, men viser ikke til forskjeller mellom behandlingen av barn og voksne: for det første må pasienten søke å få tilgang til de traumatiske minnene på en trygg og kontrollert måte, forsøke å komme over

forneking eller hukommelsessvikt knyttet til minnene. For det andre må pasienten engasjeres i en lengre gjennomarbeidingsprosess hvor traumet kan bli anerkjent, undersøkt på nytt og gjort begripelig, noe som igjen resulterer i en modifisering av dets intensitet. Traumet forandrer seg fra en påtrengende gjenopplevelse til et minne som en kan gjenkalle når en ønsker det. Johnson anbefaler for det tredje gruppeterapi, gjerne med dramaterapi, som en måte å igjen delta i verden på.

Gjennom visuelle medier, bevegelse m.v. gjør en et skifte i de traumatiske erfaringer fra noe som en opplever i nåtid, til noe som skjedde i fortiden (Collie et al. i Malchiodi, 2008).

Malchiodi (ibid) viser til at tilknytningsforstyrrelser kan korrigeres gjennom for eksempel art og aktiviteter som har preg av lek. En kan reetablere de normale tilknytningsbyggende sensoriske erfaringer fra barndommen gjennom terapeutiske intervensjoner og gjennom å styrke foreldre og barn-relasjonen (Riley, 2001).

Kreativ art-terapi fra et neurovitenskapelig perspektiv

Når traumatisk materiale kommer opp i bevisstheten er den oftest billedlig (Cohn, 1993 Tower; 1993 i Goodman 2009) og Terr, (1991) fulgt av andre sensoriske former for informasjon. Traumatiske minner er sannsynligvis lagret i den høyre hemisfære (hjernehalvdel) (for eksempel Schiffer, Teicher & Papanicolau, 1995 og van der Kolk, 1996) noe som gjør den verbale tilgangen vanskeligere. "Effective therapy has to access the right hemisphere of the brain, and art making increases this connectivity" (Schore, sited in Hontz, 2006 i Goodman et al.,2009).

Kreative art-terapier har et viktig bidrag i behandlingen av barn utsatt for type II traumer (Malchiodi, 2008). Schiffer (2000) viser til at tidlige overgrep kan være assosiert med vedvarende neurologiske effekter, noe som kan føre til en mangel på integrasjon av den hemisfæriske funksjonen i den venstre og høyre hjernehalvdel. "Lateralized stimulation appears to be a powerfull adjunct for teaching the troubled aspects of patients that they are truly valuable and safe" (Schiffer, 2000). Schiffers forskning indikerer bruk av kreative art-terapier, nettopp m.h.p. å oppnå en tilgang til

de traumatiske minnene i den høyre hemisfære, noe som igjen vil føre til en større integrasjon av de to hjernehalvdelenene. En arbeider gjennom kreativ art-terapi på en måte som støtter de kognitive utviklingsmessige og emosjonelle vanskene.

3. Metode

Jeg har, på bakgrunn av problemstillingen, valgt en litteraturstudie. En sammenligning av metodeelementer i to behandlingsmetoder lar seg vanskelig gjøre på andre måter innenfor den avgrensningen som settes til et masterstudie. Det finns i den allerede eksisterende litteraturen et stort materiale som kan benyttes for analyse.

Jeg vil i dette kapitlet ta for meg litteraturstudier som sådan, mitt datagrunnlag, en kort presentasjon av datamaterialet samt se på validitetsutfordringer i litteratursøk.

3.1.Litteraturstudier

En litteraturstudie er iflg. Aveyard (2010) den altomfattende studie og tolkning av litteratur som omhandler et spesifikt tema. En litteraturstudie kan være en forundersøkelse til et større forskningsstudie eller den kan være en studie som står alene m.h.p. å besvare et spesifikt spørsmål. Aveyard understreker at en litteraturgjennomgang som blir gjennomført systematisk og der prosessen er dokumentert er en egen forskningsmetode, også selv om den ikke blir gjennomført etter for eksempel Cochrane stil. Aveyard understreker forskjellen på en systematisk litteraturgjennomgang og en narrativ studie, der en systematisk litteraturstudie defineres som ”en konsis oppsummering av den best mulige evidens som forholder seg til stramt definerte kliniske spørsmål” (min oversettelse). Hun viser her til Mulrow et al. 1997 (s. 389). M.h.p. å kunne definere litteraturgjennomgangen som systematisk bør en benytte eksplisitte og strenge metoder for å ”identifisere, kritisk vurdere og syntetisere relevante studier m.h.p. å kunne svare på et forhåndsdefinert spørsmål” (Aveyard 2010 s.14). Til dette benytter en en omfattende søke-strategi, der bl.a. inkluderings- og ekskluderingskriterier utvikles. Den innhentede litteratur settes under et kritisk søkelys definert ut fra forhåndsbestemte kriterier m.h.p. å definere kvaliteten eller validiteten av den innhentede forskning. Gjennom en systematisk tilnærming knytter en til slutt studiene sammen. En narrativ studie definerer Aveyard

(ibid, s. 17) som en gjennomgang der det ikke er noen definert metode m.h.p. å søke eller vurdere litteraturen. Utvelgelsene foregår mer eller mindre gjennom tilfeldigheter, noe som igjen øker risikoen for at konklusjonene i studien vil virke forutinntatte eller gir et skjevt bilde av virkeligheten. I denne studien benyttes hovedsakelig en systematisk gjennomgang.

Aveyard omtaler på side 127 metoden ”A simplified approach”, der en kombinerer resultatene av studier der det er benyttet meget forskjellige forskningsmetoder på en meningsfull måte. Denne metoden vil jeg komme nærmere tilbake til.

3.1.1 Reliabilitets- og validitetsutfordringer i denne litteraturstudie

Reliabilitet har med forskningsresultatenes konsistens og troverdighet å gjøre, og begrepet behandles ofte i sammenheng med om et resultat kan reproduseres på andre tidspunkter av andre forskere (Kvale & Brinkman, 2009). Høy reliabilitet er en forutsetning for høy validitet. Validitet blir i vanlige ordbøker definert som en uttalelses sannhet, riktighet og styrke, i bredere fortolkning dreier validitet seg om i hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke (ibid).

En studie av litteratur vil innebære skjønnsmessige vurderinger, noe som kan pekes på som en utfordring for reliabiliteten. Avgrensninger av materialet har imidlertid i denne studie blitt gjort gjennom å benytte kun en anerkjent database.

Avgrensningsprosessen har imidlertid vært komplisert og materialet har blitt omfattende. En annen ville til dels ha kunnet trekke andre konklusjoner ut fra det samme materiale. Samtidig sikrer en spesifisert søkeprosess med definerte inklusjons- og eksklusjonskriterier at en i alle fall vil kunne innhente et relativt tilsvarende materiale, om en skulle gjøre en lignende studie på nytt.

At jeg i oppgaven benytter en systematisk litteraturgjennomgang, med bidrag fra anerkjente metoder innen kvalitativ forskning, vil gi økt reliabilitet. Uansett er det mine vurderinger og subjektive tolkninger og analyser som avgjør hvilken retning studiet tar og hvilke konklusjoner som gjøres.

Fortolkende forskning er et begrep som noen ganger brukes om kvalitativ forskning Kvale & Brinkmann (2009 s. 214) viser til at de hermeneutiske og postmoderne forståelsesformene tillater et legitimt fortolkningsmangfold i motsetning til kravet om utvetydighet. Hermeneutikk avvises av Gadamer (2004) (i bid s. 218) å være en metode; forståelsen settes i stedet som menneskers fundamentale form for væren.

Jeg vil her, for en ordens skyld, vise til de hermeneutiske fortolkningsprinsipper (bearbeidet og utvidet etter Radnitzky i ibid s. 216 og 217); det første prinsippet gjelder den kontinuerlige frem- og tilbakeprosessen mellom deler og helhet, som er en følge av den hermeneutiske sirkel, denne betraktes som en spiral som åpner for en stadig dypere forståelse av meningen. Det andre består i at ”en meningsfortolkning slutter når man har nådd frem til en ”god gestalt”, en ”indre enhet i teksten, som er uten logiske innsigelser”. Et tredje prinsipp er testingen av ”delfortolkningene i forhold til tekstens globale mening og evt. også sammenlignet med andre tekster av samme forfatter”. Et fjerde prinsipp er tekstens autonomi, der teksten bør forstås ut fra sin egen referanseramme. Et femte at en tekst omhandler kunnskap om temaet for en tekst. Et sjette er at ”fortolkning av en tekst ikke er forutsetningsløs”, Det syvende prinsipp sier at ”enhver fortolkning rommer fornyelse og kreativitet”.

En forsker har en fortolkende rolle, og kan utgjøre en trussel mot validiteten i en litteraturstudie; mine forforståelser, holdninger og erfaringer kan virke inn på bruk av materialet, på funn og på konklusjoner. Jeg definerer meg som en forsker som står med et bein i flere leire; jeg er av bakgrunn klinisk sosionom; en sosialarbeider, men også en behandler av familier, barn og ungdom i mitt arbeid på en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Jeg er utdannet psykoterapeut innen formen Integrativ bevegelsesterapi, som i stor grad bruker kreative art-terapi. Samtidig er jeg utdannet EMDR-terapeut. Som sådan vil min bakgrunn kunne være både en sikring av oppgavens reliabilitet, men også det motsatte, fordi jeg har en forforståelse, eller fordommer, med meg når jeg i utgangspunktet skal søke å være verdinøytral.

I siste delen av min analyse forsøker jeg å trekke konklusjoner på grunnlag av 38 case-studier i stedet for å gå i dybden på enkeltstudier. Jeg så i utgangspunktet for

meg en type kvantitativ syntesedanning, men så at tidsrammene ikke tillot dette. Dette blir i stedet en type kvalitativ syntesedanning, der reliabiliteten forhåpentlig forsterkes av gjennomgangen av analysen av de 6 kvalitative studiene.

3.1.2 Datagrunnlag. Utvalg. Fremgangsmåte for utvelgelse og datagrunnlag for studien.

Database

Dataene i studien er innhentet fra databasen PsycINFO. PsycINFO blir produsert av The American Psychological Association og inneholder rundt 3 millioner "records" (registreringer eller data) med 50 millioner sitater og sammendrag fra faglitteratur, fortrinnsvis tidsskrifter (2500), fra 50 land og 29 språk, innen psykologi, sosialvitenskap, og atferdsvitenskap og helse. APA viser til at 98 % av fagbladene i databasen er fagfellevurdert. Basen er den største på verdensbasis (APA, 2011).

Fagfellevurdering

At en artikkel er fagfelle-vurdert betyr at den er gjennomgått av minst en anerkjent ekspert innen dette fagområdet, før en aksepterer artikkelen for utgivelse. Aveyard (2010) viser til at denne prosessen ikke er perfekt; det er ikke mulig for en ekspert å vite alt om alle temaer; ofte forekommer korreksjoner i seinere utgivelser av bladet; dermed forekommer fagfelle-vurderingen i praksis etter at artikkelen er gitt ut. I prinsippet er en fagfellevurdert artikkel en artikkel av god kvalitet.

Søkene, datering, søkeord

PsycINFO ble benyttet for søk når det gjaldt både de kreative art-terapiene og EMDR.

Begge søkene ble gjort 23.10.11.

Med ønske om et bredest mulig søk innen de kreative art-terapiene, ble søkeordene (etter mange forsøk); creative arts, dance-therapy, art therapy, expressive therapy,

psychodrama, drama therapy, og music therapy valgt. Når det gjelder EMDR, ble EMDR, brukt som søkeord.

Avgrensning i de elektroniske søkene; treff

Hensikten er å gjøre søk knyttet til behandling av barn og trauma, derfor ble ordene ”child” og ”trauma” valgt ut. M.h.p. å utvide søket vedr. child og trauma, ble det gjort tilføyelsen \$ etter disse ordene, som innebærer at en søker alle mulige versjoner av ordet, med ordet som ”rot”. Mp. (mp.) innebærer at søkeordet fremtrer i tittelen, sammendraget, overskrifter, innholdsfortegnelse, nøkkelbegreper, originaltittel, tester og metoder. Denne avgrensningen ble tilføyd etter alle søkeordene. Søket ble avgrenset til ”journals and english language and abstracts” m.h.p. å muliggjøre en gjennomgang av innholdet.

Resultatet av det elektroniske søket vedr. de kreative art-terapiene var 275 treff. Når det gjelder EMDR, var det 147 treff. Ved avgrensning til fagtidsskifter og engelsk språk og sammendrag får en hhv. 137 og 61 artikler.

De manuelle avgrensningene som ble gjort i materialet ved gjennomgang av sammendrag

Avgrensningene som ble gjort manuelt ved gjennomgang av sammendragene i hvert treff (se tabell 1) ble gjort med utgangspunkt i oppgavens problemstilling. En av oppgavens problemstillinger er knyttet til metodeelementer. Det har dermed vært essensielt å inkludere alle treff som på noen måte kan beskrive metodeelementer i behandlingen av barn og ungdom. En annen av oppgavens hensikter har vært å sammenligne brukes av de to typer behandling, da mer som helhetlige metoder, bl.a. gjennom effektmålinger. Systematiske reviews og meta-studier har dermed også blitt inkludert. Jeg ønsket ikke å betale for artiklene. De artiklene jeg ikke greide å innhente elektronisk ble dermed også ekskludert. Etter ekskluderingen var det igjen henholdsvis 50 av de kreative art-terapiartiklene og 25 av EMDR artiklene.

Tabell 1. Fordelingen av eksklusjon av treff på henholdsvis de kreative art-terapiartiklene og EMDR-artiklene.

Eksklusjonskriterier	De kreative art-terapiene (ekskluderte)	EMDR (ekskluderte)
voksenterapier	16	18
fagartikkel ikke knyttet til barn		2
bookreviews	15	6
kommentarartikler	3	2
oversiktsartikler (ex. over biennale)	1	
ledere	3	
kan ikke nedlastes elektronisk	4	2
ikke traumerelatert	1	
gjenganger (samme artikkel i to tidsskifter)		1
hovedsakelig kreativ intervensjon (feil kategori)		1
ikke mulig å innhente elektronisk p.g.a. alder (avgrensning til før 2000)*	44	4
(*I tidligere nevnte kategorier)	(13)	(2)
igjen av opprinnelig elektronisk søk	137 – 87= 50	61-36= 25

Andre søk

Dataene var i utgangspunktet planlagt innhentet fra to databaser; Ovid MEDLINE® og PsykINFO, evt. i tillegg søk gjennom referanselister m.v. OvidMEDLINE® ble valgt på bakgrunn av at det ved et raskt overblikk var knyttet en del biomedisinsk forskning til EMDR. PsykINFO på bakgrunn av tilknytningen til sosialvitenskap og psykologi. OvidMEDLINE® er den mest omfattende bibliografiske databasen til United States National Library of Medicine (NLM). Den inneholder 13 millioner bibliografiske sitater og forfattersammendrag fra mer enn 4600 biomedisinske tidsskrifter publisert i USA og i 70 andre land (National Library of Medicine, 2011).

Søk på OvidMEDLINE® med de samme elektroniske avgrensningene ga 22.09. 2012; 49 treff på de kreative art-terapiene. Den manuelle gjennomgangen med de samme eksklusjonskriteriene ga 31 artikler. 6 av disse artiklene overlapper artiklene på PsykINFO, en av disse var ikke mulig å hente ned på E-journals, og ble dermed bortvalgt. Altså er det i alt fem artikler som overlapper. 26 artikler er dermed aktuelle på OvidMedline®. På EMDR artiklene forekommer 31 treff i utgangspunktet med de elektroniske avgrensningene. Etter manuelle ekskluderingskriterier er 11 av disse aktuelle. Alle 11 artikler overlapper imidlertid artiklene på PsykINFO. På bakgrunn av muligheten for å klare å gjennomgå det totale materiale innenfor tidsrammen og at det tross alt ”kun” var 26 artikler igjen fra denne databasen valgte jeg på dette tidspunktet å velge bort OvidMedline ® som database. Det er innhentet et stort og variert materiale gjennom en velansett database som PsycINFO, og dette vurderte jeg å være tilstrekkelig.

Fordelingen av de kreative art-terapiene på de forskjellige terapiretningene

De 137 treffene etter bare de elektroniske avgrensningene på PsycINFO fordeles mellom de forskjellige kreative tilnærmingene på følgende måte (merk at flere kan overlape, da det forekommer flere søkeord i samme tekst): art therapy: 85 (62%), music therapy: 25 (18%), Creative arts: 17 (12%), psychodrama: 13 (9%), dance therapy: 6 (4%), drama therapy: 6 (4%), expressive therapy: 4 (3%).

En lignende fordeling er gjort når det gjelder de 38 case-studiene i de 50 kreative art-terapistudiene som var igjen etter den manuelle gjennomgangen (se tabell 6, s.67).

PTSD som søkeord

Om en avgrenser elektronisk med søkeordet PTSD på søket med bare den elektroniske avgrensningen på de kreative art-terapiene på PsycINFO, avgrenses søket til åtte treff. Om en avgrenser manuelt med de samme kriteriene som tidligere synes seks treff å være aktuelle artikler. Søkeordet PTSD gjør likevel en omfattende avgrensning i materialet. Ved en rask gjennomgang av det materiale som bortfaller, ser en at muligheten for å få frem bredden innen de kreative

behandlingstilnærmingene bortfaller. En går dessuten glipp av mange aktuelle artikler som inngående beskriver behandlingen av traumeproblematikk, uten at dette nødvendigvis er definert med bruk av PTSD-diagnosen. Mitt valg ble dermed å ta utgangspunkt i de 137 treffene.

Om en til det opprinnelige søket på EMDR (61 artikler) avgrensers elektronisk med PTSD er en nede i 26 treff. Etter en manuell gjennomgang ut fra de tidligere eksklusjonskriteriene står en igjen med 13 artikler. På bakgrunn av det valget jeg har gjort vedr. de kreative art-terapiene velger jeg heller ikke å avgrense med søkeordet PTSD her.

De kreative behandlingstilnærmingene og EMDR

Med henblikk på å undersøke integrerte behandlingskombinasjoner av EMDR og de kreative art-terapiene gjorde jeg 26.09.11 følgende søk: EMDR og de kreative tilnærmingene uten de elektroniske avgrensningene. Her fremkommer totalt 17 treff. Av disse er 9 bookreviews, der det ved gjennomgang av sammendrag tilsynelatende ikke forekommer en integrering av tilnærmingene, de omtales i hver sine kapitler i bøkene, 1 er en leder, en artikkel handler kun om behandling med EMDR, en er en effektstudie (kontroll). Totalt er 5 artikler sentrale. 3 av disse er ikke mulige å hente elektronisk gjennom E-journals (befinner seg i tidsskriftene: Canadian Art Therapy Association Journal; Analytische Psychologie og Dissertation Abstracts International). Av de to resterende treffene omhandler ingen av dem barn, men kan være nyttige i forhold til studiens problemstilling.

Et søk på EMDR og de kreative art-terapiene og de elektroniske avgrensningene (da kun barn og trauma) gir 20.09.11 i alt 1 treff: Savneet, T (2007). Denne artikkelen har jeg plassert i utvalget av kreative behandlingsintervensjoner, til tross for at den fremkom på begge søkene, da den hovedsakelig er en kreativ tilnærming. Case-eksemplet i artikkelen er en voksen kvinne, en viser i artikkelen til at metoden som en søker utviklet kan være nyttig i forhold til barn. Et tilsvarende søk på basen

OvidMEDLINE 26.09. 11 gir 0 treff. Ingen av søkene er avgrenset til all journals, english language og abstracts.

3.2 Analysemetode

Jeg har valgt Aveyards (2008) ”A Simplified approach” i min litteraturgjennomgang og analyse fordi den virker oversiktlig og er aktuell i forhold til min problemstilling. Jeg har valgt å supplere med en forenklet versjon av Systematisk Tekstkondensering (STC) og vil derfor beskrive denne nærmere.

3.2.1. A Simplified Approach

Jeg har i denne oppgaven benyttet Aveyard’s (2008) “A simplified Approach” som er en systematisk tilnærming for oppsummering av litteratur. Metodene fra Noblit & Hare’s (1988) syntetisering av kvalitative studier og Paterson, Thorne, Canam & Jillings (2001 s. 2) “critical interpretation of existing qualitative research” er i A Simplified Approach bearbeidet og tilpasset slik at en kan kombinere studienes resultater på en meningsfull måte. Aveyard (2008) viser til at en først og fremst skal bli kjent med sine studier eller artikler m.h.p. å være i stand til å gi en overordnet oppsummering av den informasjonen en har samlet. Oppsummeringen kan for eksempel gi en beskrivelse av studiene og informasjonen studien eller artikkelen gir, gjerne i kronologisk orden. Samtidig nedtegner en styrken og begrensningen i hver enkelt studie, for eksempel v.h.a. en tabell. Aveyard viser til Thorne, Jensen, Kearney, Noblit & Sandelowski (2004) som beskriver dette som en ”meta-summary”.

Neste skritt er å sammenligne og kontrastere studiene m.h.p. en integrasjon og tolkning av hva artiklene vil frem til i sin helhet. En ser først på resultat- eller diskusjonsdelen (om artikkelen ikke er en rapportering av forskningsfunn) for så å påføre koder knyttet til hovedfunn/diskusjonsområder. Ved fullført koding av alle studier, oppsummerer en hvor mange ganger en har påført den samme kode på

forskjellige studier; disse grupperes og mønstre utvikler seg. En ser så på likheter og forskjeller som igjen sammenlignes. Bl.a. er det mulig at en vil vektlegge den studie som gir sterkere evidens for sine funn enn en studie som ikke gjør dette. Samtidig er det her fullt mulig å på denne måten sammenligne resultater fra forskningsrapporter med andre studier, en må blott være nøye med å vurdere konteksten i begge studiene. Aveyard viser til at denne fremgangsmåten er lik fremgangsmåten til kvalitative forskere som analyserer kvalitative data.

Malterud (2008 s. 99) nevner den kvalitative analysemetoden systematisk tekstkondensering "Systematic Text Condensation" (STC) som er inspirert av "Giorgis fenomenologiske analyse". Denne virker å ha mange fellestrekk med metoden Aveyard skisserer i "A Simplified Approach". Malterud (2008 s. 51) viser til at om en ikke har dybdekunnskap om hermeneutisk filosofi, skal en erkjenne at en har et overfladisk forhold til begrepet hermeneutisk og håndtere det med tilsvarende respekt. Malteruds beskrivelse av STC, har jeg imidlertid forsøkt å sette meg inn i, som et supplement til "A Simplified Approach", da denne iflg. Malterud ikke krever omfattende kunnskap om fenomenologisk filosofi, samtidig er den overskuelig. Iflg. Giorgi (Malterud s. 99) er "formålet med den fenomenologiske analysen å utvikle kunnskap om informantens erfaringer og livsverden innen et bestemt felt. Vi leter etter essenser eller de vesentlige kjennetegn ved de fenomener vi studerer, og forsøker å sette våre egne forutsetninger i parentes i møtet med data (bracketing)."

Giorgi (Malterud s. 100) "anbefaler at analysen gjennomføres i fire trinn, der stikkordene er 1) å få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsbærende enheter, 3) å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene, og 4) å sammenfatte betydningen av dette. En går i STC fra helhetsinntrykk til temaer som vekker vår oppmerksomhet; disse temaene gis et midlertidig navn; relevant tekst skilles fra irrelevant; en identifiserer meningsbærende enheter; de meningsbærende enheter kodes. Kodingen innebærer en systematisk dekontekstualisering, der deler av teksten hentes ut fra sin opprinnelige sammenheng for senere å kunne leses i sammenheng med beslektede tekstelementer og den teoretiske referanserammen. Det kan være

nyttig å organisere materialet i form av en matrise (Malterud s. 105). I analysens tredje trinn abstraheres den kunnskapen som hver av kodegruppene representerer; vi har redusert materialet til et dekontekstualisert utvalg av sorterte og meningsbærende enheter. En sorterer materialet i grupper og tilsvarende subgrupper. Vi tolker teksten ut fra vårt faglige perspektiv og ståsted; vi kondenserer og forteller innholdet i hver subgruppe ved å utvikle et kunstig sitat – et artefakt forankret i data. I analysens fjerde trinn skal vi sette sammen bitene igjen – rekontekstualisere, fra hver enkelt kodegruppe og subgruppe. Med basis i de kondenserte tekstene og de utvalgte sitatene lager vi en innholdsbeskrivelse for hver kodegruppe. Innholdsbeskrivelsene og de eventuelt nye begrepene skal valideres i forhold til den sammenheng de var hentet ut fra. Vi skal rekontekstualisere resultatene opp mot materialet. Funnene skal vurderes opp mot foreliggende empiri og teori. Hvordan utfordrer funnene forskerens egen forklaringsmodell?

Noblit & Hare (1988) kaller sitt arbeid for meta-etnografi og viser til at etnografisk arbeid ikke kan forstås eller bli oppsummert utelukkende gjennom empiriske resultater. En går forbi betydningen av det enkelte studie m.h.p. å avsløre analogien mellom betydningen av flere studier – den meta-etnografiske syntese. Paterson et al.(2001) kaller sitt arbeid for meta-studie – parallelt til meta-analyse i kvantitative studier. En analyserer teorien, metodene, funnene og dernest syntesen av disse til nye måter å tenke på om et fenomen. Neste stadie er en meta-data-analyse; dvs. en benytter en systematisk metode m.h.p. komparativ analyse av forskningsfunn fra primærstudier. Det er tydelig at STC, meta-etnografi og meta-studie har mange likhetstrekk. Rammene rundt denne oppgaven har imidlertid ikke tillatt ytterligere detaljfokusering m.h.p. å få fram forskjellene.

Aveyard understreker at det er viktig at en er kreativ. Etter kodingen og utviklingen av tema vil det være mulig å utforske innholdet i temaene mer detaljert – knyttet til forskningsspørsmålet.

Aveyard understreker at det er nødvendig å gjøre en kritisk gjennomgang av hver enkelt studie, og helst med bruk av metoder og redskaper for dette, spesielt om en er

fersk innen forskning. Av redskaper som hun har nevnt, har jeg benyttet meg av Aveyard's (2008 s. 62) "hierarchy of evidence" utviklet av Sackett et al. (1996) som en mulig måte å rangere forskningsmetoder etter styrken på evidens. Dette hierarki fremstår slik: 1. Systematiske studier og meta-analyser 2) Randomiserte kontrollerte studier 3) Kohort studier, 4) Spørreundersøkelser, 5) Case studier 6) Kvalitative studier 7) Ekstertuttalelser 8) Anekdotisk fremstilling av mening.

Aveyard nevner også Wooliams, Williams, Butcher & Pye's (2009) "Be more critical", en praktisk guide m.h.p. å utvikle en mer kritisk tilnærming i valg og lesing av kilder samt i skriveprosessen. I tillegg har jeg valgt Malteruds (2003 s. 213) "Sjekkliste for kritisk lesing av kvalitative studier" hentet fra The Lancet.

Foa et al. (2009 s.16) viser til en type rangering tilpasset fra AHCPR ("Agency for Health Care Research and Quality"/U.S. Dept. of Health & Human Services), "classification of Level of Evidence", her i bokstavordenen A til F, der A er evidens basert på "randomized, well controlled clinical trials for individuals with PTSD og F er "evidence based on recently developed treatment that has not been subjected to clinical or empirical tests in PTSD". De øvrige mellomkategoriene er beskrevet v.h.a utsagn som "clinical observations that are sufficiently compelling" og "long-standing and wide-spread clinical practice". For en uerfaren forsker kan denne type kategorisering forekomme komplisert å benytte i praksis. Når jeg henviser til Foa et al. (2009) i mitt innledningskapitel er det imidlertid denne typen kategorisering som ligger til grunn for uttalelsene om EMDR og de kreative art-terapiene.

Foa & Meadows (1997) foreslår "gold standards" i studier som skal måle effekt av behandling. Disse er som følger: 1) klart definerte målsymptomer, 2) reliable og valide målemetoder, 3) evaluering av utenforstående, 4) trening i målemetoder 5) manualbaserte, reproduerbare, spesifikke behandlingsprogrammer, 6) upartisk opptak til behandlingen og 7) troskap til behandlingen. Sammenfattet viser Foa & Meadows til at det er nødvendig, m.h.p. å måle effekt i en studie, at en har målt og definert et spesifikt symptom; en kan ikke basere mål av effekt på pasient og behandler utsagn alene; utføring av målemetodene må være grundige;

behandlingsprogrammene må være manualbaserte og mulige å gjenta; pasienten må være tilfeldig fordelt eller stratifisert til behandlingen, som bør være gjennomført av minst to behandlere; det bør også være en gjennomgang vedr. om behandlingen ble gjennomført iflg. planen.

4. Databehandling og analyse

Jeg vil i dette kapitlet for det første forsøke å danne meg et helhetsinntrykk av alle artiklene, gjennom forskjellige typer analyse, slik Aveyard anbefaler. Dette går fra teoretisk ranking av artiklene, en gjennomgang av metastudiene og de systematiske reviewene i forhold til effekt av behandlingen til en fordeling av studiene i forhold til single eller multiple traumer, gruppe- og individualterapi.

Jeg vil dernest forsøke å gjøre en forenklet utgave av en systematisk tekstkondensering m.h.p. å få frem en rekontekstualisering, knyttet til metodekomponenter i de kreative art-terapiene. Denne rekontekstualiseringen danner et bakteppe til og kan sammenlignes med de seks kvalitative studiene som befinner seg i det kreative materialet. Rekontekstualiseringen formulert som et ”artefakt” og analysen av de kvalitative artiklene vil danne grunnlag for sammenligning med metodekomponenter (hentet fra teorikapitlet) i EMDR. Dette vil jeg komme tilbake til i kapittel fem (resultater og drøfting).

4.1 Helhetsinntrykk; oversikter, kvantitative analyser og effekt.

4.1.1 Rangering knyttet til “hierarchy of evidence”

Et forsøk på en rangering av artiklene innen de kreative art-terapiene jfr. tidligere nevnte evidenshierarki (Aveyard, 2010) (se tabell to) viser at hovedparten av artiklene befinner seg i kategorien case-studier (38 = 76 %). I denne kategorien har jeg også medregnet flere pilot/intervensjonsstudier med og uten ”prospektiv follow-up” (senere målinger m.h.p. evaluering av behandlingen). Den nest-største kategori er kvalitative studier (der kvalitative forskningsmetoder blir benyttet) (6 = 12 %). Tre artikler inneholder systematiske reviews og metaanalyser (6%). De øvrige fordeler

seg med to studier som er randomiserte kontrollerte studier (4%) og en studie som er en eksperiment vs. kontroll-gruppe uten randomisering (2%).

Tabell 1: Rangering av artiklene innen de kreative art-terapiene etter "hierarchy of evidence":

Systematiske reviews og meta-analyser	Eaton, Doherty, Kimberly & Widrick (2007), Rosner, Kruse & Hagl (2010), Wethington, Hahn, Fuqua-Whitley, Sipe, Crosby, Johnson, Liberman, Moscici, Price, LeShawndra, Farris, Geetika og Chattopadhyay (2008)
Randomiserte kontrollerte studier	Lyshak-Steltzer, Singer, St.John & Chemtob (2007), Chapman, Morabito, Ladakos, Schreier & Knudson (2001)
Ikke randomiserte, eksperiment vs. kontroll gruppe	Pretorius & Pfeiffer (2010)
Case-studier	<p>Pilot-studie, målt før og etter, intervensjon, prospektiv follow-up, case-beskrivelse: Høgberg & Hællstrøm (2008), Harris (2007), Pifalo (2007), Pifalo (2006)</p> <p>Pilot-studie, intervensjon og case-beskrivelse: Nilsson & Wadsby (2010) (målt før og etter), Hussey, Reed, Layman & Pasiati (2008) (ikke målt), Pifalo (2002) (målt før og etter)</p> <p>Teori/metode samt case-beskrivelse (ingen målemetoder): Harber (2011), Tortura (2010), Haen & Weber (2009), Harris (2009), McCullough (2009), McLaughlin (2009), Strehlow (2009), Gerteisen (2008), Chilcote (2007), Talwar (2007), Stronach Buschel & Hurvitz Madsen (2006), Haen (2005), Henley (2005), Klorer (2005), Testa & McCarthy (2004), Lantz & Raiz (2003), Ben-Asher, Koren, Tropea & Frankel (2002), Buck (2002), Haen & Brannon (2002), Howie, Burch, Conrad & Shambaugh (2002), Malley (2002), Kozlowska & Hanney (2001), Willemsen & Anscombe (2001)</p> <p>Utprøving av kreativ målemetode samt case-beskrivelse: Packman, Beck, VanZutphen, Long & Spengler(2003), Arrington & Yorgin (2001), Jolley & Vulic-Prtoric (2001)</p> <p>Beskrivelse av kreativ intervensjon rettet mot større gruppe uten å beskrive spesifikk case (ingen målemetoder): Berberian (2003), Gonzales-Dolginko (2003), Rabenstein & Lehmann (2000), Linesh (2002), Rasmussen (2002)</p>
Kvalitative studier	(kvalitative målemetoder) Ottarsdottir (2010), Coholic, Lougheed & Cadell (2009), Persons (2009), Sheller (2007), Robarts (2006), Ball (2002)

Et lignende forsøk på en rangering av EMDR-artiklene jfr. evidenshierakiet (tabell 2) viser at hovedparten av artiklene her også er i kategorien case-studier (12= 48 %). I denne kategorien har jeg her også medregnet intervensjonsstudier med og uten follow-up. Den nest-største kategorien er systematiske litteraturgjennomganger og meta-analyser (5= 20 %) og de randomiserte kontrollerte studiene (5= 20 %), studier med eksperiment vs. kontrollgruppe (2= 8 %).

Tabell 2: Rangering av EMDR-artiklene etter "hierachy of evidence".

Systematiske reviews og meta-analyser	Adler-Tapia & Settle (2009), Rodenburg, Benjamin, de Roos, Meijer & Stams (2009), Entholt & Yule (2006), Adler-Nevo & Manassis (2005), Diseth & Christie (2004)
Randomiserte kontrollerte studier	Ahmad & Sundelin-Wahlsten (2007), Ahmad, Larsson & Sundelin-Wahlsten (2006), Jaberghaderi, Greenwald, Rubin, Zand & Dolatabadi (2004), Chemtob, Nakashima & Carlson (2002) Rubin, Bishofshausen, Conroy-Moore, Dennis, Hastie, Melnick, Reeves & Smith (2001)
Ikke randomiserte, eksp. vs. kontrollgruppe	Hensel (2009), Kemp, Drummond. & McDermott (2009),
Case-studier	<p>Teori/metode samt case-beskrivelse: Beer & Bronner (2010), Madrid, Skolek, Shapiro (2006), Tufnell (2005), Greenwald (2000),</p> <p>Intervensjon, målt før og etter: Ribchester, Yule & Duncan (2010). Grootenhuis & Last (2009), Bronner, Beer, Van Zelm Van Eldik, Grootenhuis & Last (2009) Zaghrou-Hodali, Alissa & Dodgson (2008) Oras, Cancela de Ezpeleta & Ahmad (2004),</p> <p>Intervensjon, målt før og etter, prospektiv follow-up: Jarero, Artigas & Lopez Lena (2008), Fernandez (2007), Jarero, Artigas & Hartung (2006),</p> <p>Rodenburg, Benjamin, Meijer & Jongeneei (2009) (det blir benyttet både kvalitative og kvantitative målemetoder)</p>

4.1.2 Effektanalyse knyttet til metastudiene og de systematiske reviewene

Som tabell en og to viser, er det i det totale materialet til sammen 8 systematiske reviews og meta-analyser. Rodenburg et al., 2009; Adler Tapia & Settle, 2009; Eaton et al., 2007; Adler-Nevo & Manassis, 2005 og Wethington et al., 2008 er utformet m.h.p. avklaring av behandlingsmetoders effekt, mens Diseth & Christie 2004; Entholdt & Yules, 2006 og Rosner et al., 2010 er knyttet til diagnoser (dissosiering og sorg) eller flyktingestatus, der de i denne sammenhengen viser til anbefalte terapiformer.

Jeg har valgt å analysere alle studiene under et, da det innhentede materialet, knyttet til søkeordene på de to terapiretningene, overlapper hverandre. I tabell tre (nedenfor) er meta-studiene og de systematiske reviewene satt opp m.h.p. en raskere oversikt

over disse studiene. Jeg har i tabellen valgt å tilføye Lyshak-Steltzer et al. (2007), en nyere randomisert kontrollert studie innen kreativ art-terapi, som ikke forekommer i noen av de ovenstående studiene. I tillegg har jeg i tabellen påført tre interessante intervensjonsstudier med ”follow-up” (dog uten kontrollgruppe) innen kreativ art-terapi (Høgberg & Hællstrøm, 2008; Harris, 2007; Pifalo, 2006 og Pifalo 2007). Dette i hovedsak for å påpeke at det innen disse terapiformene, her også i kombinasjon med andre terapiretninger, finnes andre typer interessante effektstudier.

Tabell to (s. 57) viser fem randomiserte kontrollerte studier i EMDR materialet; disse gjennomgås i metanalysene og de systematiske reviewene.

Tabell en (s. 56) viser to randomiserte kontrollerte studier i kreativ art-terapimaterialet. En av disse (Chapman et al., 2001) gjennomgås i en systematisk review (Eaton et al., 2007) mens den andre, Lyshak-Stelzer et al. (2007) er tatt med i denne analysen, og i tabell tre, separat. Lyshak-Stelzer et al. omtaler sitt arbeid som et arbeid som tilfredsstillende kravene til Gold Standard. Studien var, når artikkelen ble skrevet, ikke ferdig.

Rodenburg et al (2009) og Adler-Tapia & Settle (2009) har gjennomgått i alt 26 EMDR-studier, der seks av studiene er overlappende. Alle Rodenburgs (2009) syv studier var randomiserte kontrollerte studier, mens Adler-Tapia & Settle (2009) i sin studie ikke stilte slike krav. Adler-Tapia & Settle (ibid) fant, i sine 19 studier, fire studier som tilfredsstilte Gold Standard kravene, når det gjaldt behandling av PTSD eller PTS symptomer: Ahmad et al., 2007; Chemtob et al., 2002; de Roos et al., 2009 og Jaberghaderi et al., 2004, fire av disse studiene finner en også i Rodenberg et al. (2009).

Oppsummering vedr. effekt

Sammenligningen av de to terapiformene i denne studien viser at EMDR-studiene har en klar overvekt av studier som tilfredsstillende Gold Standard kravene. Overvekten gjelder også randomiserte kontrollerte studier. Dette viser imidlertid kun at en har gjennomført gode studier for måling av effekt.

Rodenburg et al.(2009) viser til moderat effekt av EMDR, sammenlignet med ordinær behandling eller kontrollgruppe uten behandling. I sammenligning med CBT vises voksende effekt, målt i forhold til antall behandlinger. De viser til at en ikke kan konkludere med virkelig signifikant effekt, da behandlingen ble avsluttet når ønsket SUD eller VOC ble nådd. Rodenburg et al. (ibid) påpeker at det er viktig å rapportere om barna har fått det bedre på en klinisk signifikant måte, ikke kun gjennom standardiserte mål på traumeutfall. Forfatterne bemerker at færre behandlinger var assosiert med et bedre behandlingsutfall, noe som kan reflektere at barn, med traumer som ikke er så dypt forankret, responderer raskere på EMDR. En viser til at det er mulig at barn som har opplevd vedvarende og dypt forankrede traumer, som seksuelt misbruk, profitterer mer på andre typer traumebehandling, en viser her til CBT.

Adler-Tapia & Settles (2009) viser til at de fire randomiserte kontrollerte studiene etter gold standard krav belyser EMDR's effektivitet; bedring i PTSD-symptomer i forhold til venteliste. Bedringen fastholdes etter 6 mdr. Forfatterne påpeker at EMDR er mer effektiv enn CBT, p.g.a. færre behandlinger. Enkelte studier viser til at barnets omgivelser og stabiliteten i barnas livssituasjon påvirker bedringen av PTSD symptomene. EMDR's effektivitet i forhold til barn er fortsatt kun på antydningstadiet fordi det er vanskelig å gjennomføre kliniske forsøk med små barn. Det er i tillegg vanskelig å måle og diagnostisere PTSD-symptomer hos barn fordi de avviker fra voksnes symptomer. Forfatterne påpeker at troskap til EMDR-protokollen, hvilket er knyttet til suksessen med EMDR hos voksne, antagelig må standardiseres i studier med barn m.h.p. å få frem mer konsistent metodologi og forskningsresultater. Forfatterne konkluderer likevel med at artikkelen har dokumentert at en vesentlig mengde forskning demonstrerer at EMDR med barn er en lovende praksis som raskt beveger seg mot evidensbasert praksis, når det gjelder PTSD-symptomer.

Dieseth & Christie (2004) viser til Chemtob et al (2002) som et eksempel m.h.p. anbefaling av EMDR, Entholdt & Yules (2006) henter frem Oras et al. (2004) (i denne studien rangert som case-studie), Adler –Nevo & Manassis anbefaler EMDR som behandlingsmetode for type I traumer.

En konkluderer i Eaton et al. (2007) at art-terapi ble benyttet med held i mange typer kontekst i behandlingen av traumatiserte barn; art-terapi er et effektivt verktøy i etableringen av relasjon og en effektiv metode i behandlingen av de negative konsekvensene etter traume.

I Rosner et al. (2010) er musikkterapi (av to typer tilnærminger der effektstørrelser var inkludert) regnet som mest suksessfull i forhold til gjenlevende barn. Wethington et al. (2008) har i sin studie inkludert en art-terapistudie (Schreiner et al.; 2005) som er en oppfølger til Chapman et al. (2001). Denne studien viser i sammenligning med kontrollgruppen, en relativ reduksjon i PTSD-symptomer på 21 %, men funnene var ikke signifikante. Evidensen var utilstrekkelig til å fastslå effekt. I Lyshak-Stelzer et al. (2007) viser ungdommene i Traumefokusert Art-Terapigruppen større reduksjon i PTSD-alvorlighetsgrad enn ungdommene i Treatment As Usual-gruppen, i tillegg til lavere grad av atferdsproblematikk.

Det er verdt å merke seg at Eaton et al.'s (2007) hensikter med sin review over forskning vedr. art-terapi, har vært å komplementere studiet til Reynolds, Nabors & Quinlan (2000) som var basert på fem publiserte RCT-studier, fire ikke randomiserte og 8 intervensjonsstudier uten kontrollgruppe. Det ble benyttet eksperimentelle metoder m.h.p. å klarlegge art-terapis effektivitet innen forskjellige kategorier, for eksempel selv-aktualisering og selvfølelse. Det ble i tillegg benyttet forskjellige typer medier og lengden på terapien varierte. En vurderte at selv om art-terapi viste effektivitet var resultatene varierende.

En diskuterer i Eaton et al. utallige metodologiske og statistiske emner i forhold til fremtidig forskning og viser til Reynolds et al. (2000); det er i art-terapiene mangel på metodologisk spesifisitet, diagnose eller problem, tilnærmingen er ustrukturert og det er mangel på spesifisitet knyttet til variabler for utfall av behandlingen. En viser til at art-terapi behøver mer empirisk oppmerksomhet, bl.a. kan kvantitative og kvalitative metodologiske redskaper med fordel benyttes m.h.p. å besvare spørsmål omkring effektivitet.

Tabell 3: Oversikt over meta- studier reviews & andre studier	Type artikkel/ behand- lingsform	Antall studier n/ n i kontroll- gruppe	Type kontroll- gruppe	Diagnose/ Inklusjonskriterier	Alder/ Gj.snitts- alder	Konklusjon om effekt	Kommen- tarer
Rodenburg et al.(2009)	Meta-analyse EMDR (fire av studiene inkl. i mitt materiale)	7 studier n109/n100 i ktr.gruppe	- Ordinær behandling(effekt ikke fastslått) -venteliste -CBT	PTSD/PTSD Konrollgruppe Under 18 Måling etter behandling	Under 18 Gj.snitt; 10.88	Moderat effekt i sml. med ordinær behandling eller krontollgruppe uten behandling. Voksende effekt målt mot CBT antall behandlinger tatt i betraktning. Inneholder 4 RCT-studier som også går igjen i Adler-Tapia (2009) studien.	En kan ikke konkl. vedr. virkelig signifikant bedring (beh. avsl. når ønsket nivå på SUD og VOC ble nådd). Ikke konsistens vedr. type I eller type II traume.
Adler-Tapia & Settles (2009)	Review EMDR (8 inkludert i mitt materiale, derav tre ”gold standard”)	19 studier n391		PTSD/traumatisk stress/og andre diagnoser/Publiserte eller ”in press” (fagfelle-vurderte tidsskifter før 15.7.09), min. 80% barn. Case-studier, kliniske forsøk eller kvalitative studier	Min. 80% barn.	De 4 Randomiserte kontrollerte studiene belyser EMDR’s effektivitet; bedring i PTSD-symptomer, sml. med venteliste. Bedring fastholdes etter 6 mdr. Mer effektiv enn CBT p.g.a. færre behandlinger.	Gjennomgått med Gold-standard kriterier; (PTSD eller posttraumatisk stress= et kriterie) 4 tilfredsstillende kravene

Adler-Nevo & Manassis (2005)	Review over litteratur knyttet type I-traumer de siste ti årene. Behandlingstyper som mest ble benyttet; CBT, EMDR (1 RCT og 1 case-studie) og leketerapi	10 studier n		PTSD	Barn og ungdom	CBT-studier metodisk mest omfattende, benyttet manualbaserte, reproduserbare behandlinger; gruppe eller skolebaserte tilnærminger. EMDR kort og individuell. De fleste studier viser signifikant bedring, men har mangler i metoden.	Forskning på dette område forsømt, når det gjelder barn med PTSD, står i motsetning til prevalensen på dette område. (
Diseth & Christie (2004)	Systematisk overview over utredningsmetoder og behandlingsprinsipper, studier over 10 år; 175 artikler vedr. utredningsmetoder. 290 artikler som beskriver behandling.			Dissosiative forstyrrelser.	Barn og ungdom	EMDR kan være nyttig (viser til Chemtob et al (2002 RCT-studie). Art-terapi som supplement. Empatisk relasjon til hele barnet. Tillit og kontinuitet hos behandler gj. alle forandringer er en nøkkel i terapien. Den mest nyttige beh. er den mest eklektiske.	Art må balansere ml. art som oppmuntrer til mestring og art som er regressiv, som kan være begrensende ved traumatisk gjenopplevelse.
Entholdt & Yules (2006)	Review over de psykiske vanskene, assosierte risikoer og beskyttende faktorer så vel som effektive intervensjoner (spesielt for PTSD) som er forbundet med å være flyktning.			Publiserte studier.	Barn og ungdom.	Viser, når det gjelder EMDR, kun til en studie (Oras et al.; 2004) (i min studie kategorisert som case-studie) n13	Målemetoder basert på forfatters kliniske ekspertise (lite å hente i tidligere forskning). Foreslår semi-strukturerte intervjuer, tillits-etabl. over tid/ involvere foreldre. Intervensjon i faser.

Eaton et al. (2007)	Review over forskning og metoder m.h.p. å fastslå kreativ art-terapis effektivitet	12 studier (6 av studiene er inkl. i min studie)		Barn/traumatisk hendelse /Publiserte/ Fagfelle-vurderte/Kvantitative/ Kvalitative/Utelukkende art-terapi .	Barn og ungdom	Art-terapi benyttet med held i mange typer kontekst i beh. av tr. barn. Art terapi et effektivt verktøy i etabl. av relasjon/effektiv metode i beh. av de negative konsekvensene etter traume.	Kun en RCT-studie inkl. (Chapman et al.(2001). Pifalo et al. (2002) kategoriseres som kvasi-eksperimental.
Rosner et al. (2010)	Metaanalyse av intervensjoner for gjenlevende barn og ungdom; tilbud fra hj. basert familierterapi til work-shops; intervensjoner veldig varierte.	27 studier delt i to grupper; en med kontrollgruppe (15 studier) en uten (12 studier) n1073		Publisert før juni 2006. under 18 år, tap, behandling startet etter tapet, kvantitative målbare resultater/ studier med data etter behandling eller ved follow-up (ikke beh. i mellomtiden).	Barn og ungdom	Kun mulig å gruppere to typer behandlingstilnærming m.h.p. å måle effektstørrelse; musikkterapi og ”The Trauma/Grief Treatment manual” av Goenjian et al. (1997); effektstørrelser av single-study; de to mest suksessfulle; musikkterapi.	
Wethington et al. (2008)	En systematisk review vedr. effektiviteten i intervensjoner m.h.p. å redusere psykologisk skade blant barn og ungdom etter traumer; evaluerte 7 intervensjoner; ind. CBT; gruppe CBT; leketerapi; art-terapi; psykodynamisk terapi, farmakologisk terapi og psykologisk debriefing (den siste uavh. av symptomer).		Må inkl. kontrollgruppe uten intervensjon eller med forsinket eller en mindre dose av intervensjonen, eller i en singel kohort, inkludere en periode uten eksponering, fulgt av eksponering, fulgt av at eksponeringen blir tatt bort.	Under, eller som er 21 år, gjennomført i land med god økonomi (bestemte kriterier), publisert før mars 2007 og måle minimum en av de vanligste konsekvensene av å være utsatt for traumer. Primærstudie, ikke guideline eller review.	Barn og ungdom	Styrken på evidens oppsummert på bakgrunn av antall tilgjengelige studier, kvaliteten på design og gjennomføring m.v. En art-terapistudie inkl.: Schreiner et al. (2005) (opfølgingsstudie til Chapman et al. 2001) inkl. i min studie. Denne studien viser i sml. med kontrollgruppen, en relativ reduksjon i PTSD-symptomer på 21%, men funnene var ikke signifikante. Evidens utilstrekkelig til å fastslå effekt.	Studien evaluerer ikke EMDR

Lyshak-Stelzer et al. (2007)	Randomisert kontrollert studie (pilot). Undersøker effekten av en traumefokusert expressiv art-terapi protokoll (TF-ART); 13 collager m.h.p. å utvikle livshistorie.	n14/15 i ktr.gruppen	Treatment as usual (standard kunst og håndverksvirksomhet)	Høyt nivå av kroniske barne-PTSD-symptomer/atferdssymptomer/bredt utvalg av traumatisk erfaringer. Pasienter med flere hospitalinnleggelseser	Ungdom under 18 år.	Testet før og etter behandling. Gj.ført etter "Gold Standard" retningslinjer. Ungdommene i TF-ART behandlingen har større reduksjon i PTSD-alvorlighetsgrad enn ungdommene i TAU-gruppen pluss lavere grad av atferdsproblematikk.	Pilotstudie som nå er avsluttet.
Høgberg & Hællstrøm (2008)	Integrativ behandling; psyko-terapi, /psyko-educasjon/psyko-drama/EMDR/Kroppsorientert. Intervensjonsstudie testing før og etter intervensjon og follow-up	N14	Ingen kontrollgruppe	Suicidalfare/posttraume suicidal reaksjon/selvskading	Ungdom (10-18)	17 beh. i gj. snitt. Signifikant endring både rett etter og 22 måneder etter behandling.	Større kontroll over følelser, større følelses-fleksibilitet og bedre relasjonskompetanse.
Harris (2007)	Dans/bevegelse/drama i gruppe. Intervensjonsstudie testing før og etter intervensjon og follow-up.	n12	Ingen kontrollgruppe	Tidligere barnesoldater	Ungdom	16 behandlinger; viser seg forandringsaktive når det gjelder å ha styr på voldelige impulser, gjenfinner empati, gjenfinner gleden ved kollektiv anstrengelse.	Behandlingen satte gang i guttenes anstrengelser m.h.p. forsoning i deres lokalsamfunn.
Pifalo (2006) og Pifalo (2007)	Kombinasjon av CBT og art-terapi. Intervensjonsstudie, testing før og etter intervensjon og follow-up.	n41	Ingen kontrollgruppe.	Seksuelle overgrep	Barn i grupper; alder 8-10, 11-13 og 14-16.	8 behandlinger; reduksjon på 9 av 10 TSCC (trauma symptom checklist for children) underskalaer (depresjon angst og PTSD)	Art som en metode for å fremme behandlingen; reduserer angst og er spennings utløsende samt en aktiv del av den

4.1.3 Single eller multiple traumer

I en fordeling av artiklene knyttet til pasientens problematikk (tabell fire) er fordelingen innen EMDR-artiklene rimelig jevn, med en overvekt mot multiple traumer/problemområder. I kategorien ”begge” medregnes studier hvor et enkelt traume har vært et minimum for deltakelse i studien. Når en medregner natur- eller menneskeskapt katastrofer, er slutningen ”overvekt mot multiple traumer/problemområder” antakelig riktig. Når det gjelder de kreative art-terapiene er det en betydelig overvekt mot multiple traumer/ problemområder, medregnet natur- eller menneskeskapt katastrofe. Fordelingen mellom single traume og multiple traumer vanskeligjøres imidlertid i og med at det i mange artikler ikke er beskrevet målemetoder m.h.p. en mer konkret diagnostisering av barnas problematikk (se tabell en og to). I fire av EMDR-artiklene (n25) = 16% og 34 av de kreative art-terapiene (n50) = 68% er det ikke beskrevet målemetoder/testing. Traumene/problematikken er spesielt i de kreative behandlingstilnærmingene beskrevet narrativt.

Tabell 4: Fordelingen av EMDR-artiklene og artiklene vedr. de kreative art-terapiene på single traume/multiple traumer/begge/ikke definert.

	Single traume/ avgrenset probl.	Begge	Multiple traumer/ multiple problemområder	Ikke definert (natur eller menneskeskapt katastrofe)	(Metaanalyser og systematiske reviews)
EMDR n25	6 = 24% A	3=12% B	8=32% C	3 =12% D	(5=20%)
De kreative art../n50	6 =12% E	0%	36 = 72% F	5 =10% G	(3=6%)

A: Beer & Bronner (2010), Ribchester et al. (2010), Bronner et al. (2009), Hensel (2009), Kemp et al. (2009), Adler-Nevo & Manassis (2005) **B:** Ahmad & Sundelin-Wahlsten (2007), Ahmad et al. (2006), **C:** Benjamin et al. (2009), Zaghrout-Hodali et al. (2008), Madrid et al. (2006), Tuffnell (2005), Jaberghaderi et al. (2004), Oras et al.(2004), Rubin (2001), Greenwald (2000) **D:** Jarero et al. (2008), Fernandez (2007), Jarero et al. (2006), Chemtob et al. (2002) **E:** Ottarsdottir (2010), Talwar (2007), Packman et al. (2003), Howie et al. (2002), Mallay (2002), Chapman et al. (2001)**F:** Harber (2011), Nilsson & Wadsby (2010), Pretorius & Pfeifer (2010), Tortura (2010), Coholic et al. (2009), Haen & Weber (2009), Harris (2009), McCullough (2009), McLaughlin (2009), Perssons (2009), Strehlow (2009), Gerteisen (2008), Høgberg & Hællstrøm (2008) Hussey et al. (2008), Chilcote (2007), Harris (2007), Lyshak-Stelzer et al. (2007), Pifalo (2007), Pifalo (2006), Robarts (2006), Stronach Buschel & Hurvitz Madsen (2006), Henley (2005), Klorer (2005), Testa & Mc Carthy

(2004), Lantz & Raiz (2003), Ball (2002), Ben-Asher & Koren (2002), Haen & Brannon (2002), Pifalo (2002), Rasmussen (2002), Arrington & Yorgin (2001), Jolley & Vulic-Prtoric (2001), Kozlowska & Hanney (2001), Willemsen & Anscombe (2001), Rabenstein & Lehmann (2000) **G**: Sheller (2007), Haen (2005), Gonzales-Dolginko (2003), Berberian (2003), Buck (2002), Linessh (2002).

Som tidligere nevnt ble datamaterialet på spesielt de kreative artiklene meget begrenset om en avgrenset med søkeordet PTSD. Det er her spesielt i case-studiene at målemetodene ikke er beskrevet/benyttet. I og med at så stor del av de kreative artiklene er case-studier er dette kanskje forklaringen.

4.1.4 Gruppeterapi eller individualterapi

En fordeling av artiklene mellom om pasienten(e) får henholdsvis gruppeterapi eller individualterapi eller begge typer terapi (tabell fem) viser at en i EMDR-artiklene overveiende tilbyr individualterapi, mens de kreative art-terapiene fordeler seg noenlunde jevnt, dog med noe overvekt mot gruppeterapi. I en del av de kreative artiklene får pasientene tilbud om begge, noe som ikke er tilfellet i EMDR artiklene.

Tabell 5: Fordelingen av EMDR-artiklene vs. artiklene vedr. de kreative art-terapiene knyttet til gruppe. vs. individualterapi.

	Gruppeterapi	Individualterapi	Både gruppe og ind. terapi	(Metaanalyser og systematiske gjennomganger)	(Annet)*
EMDR n/25	3 =12% A	17 = 68 B	0%	5=20%	
De kreative/n50	21 =42% C	15 = 30% D	6 = 12% E	3=6%	5=10%

A: Jarero et al. (2008), Zaghrou-Hodali et al.(2008), Jarero et al. (2006) **B:** Beer & Bronner (2010), Ribchester et al. (2010), Bronner et al. (2009), Henzel (2009), Kemp et al. (2009), Rodenburg et al. (2009), Ahmad & Sundelin-Wahlsten (2007), Fernandez (2007), Ahmad et al. (2006), Madrid et al. (2006), Adler-Nevo & Manassis (2005), Tuffnell (2005), Jaberghaderi et al. (2004), Oras et al. (2004), Chemtob, Nakashima & Carlson (2002), Rubin et al. (2001), Greenwald (2000), **C:** Pretorius & Pfeifer (2010), Coholic et al. (2009), McLaughlin (2009), Harris (2009) Chilcote (2007), Lyshak-Stelzer et al. (2007),Harris (2007), Pifalo (2007), Pifalo (2006),Stronach Buschel & Hurvitz Madsen (2006) Haen (2005), McCarthy (2004), Berberian (2003), Haen & Brannon (2002), Howie et al. (2002), Linessh (2002), Pifalo (2002) Arrington & Yorgin (2001), Kozlowska & Hanney (2001),Willemsen & Anscombe (2001), Rabenstein & Lehmann (2000) **D:** Nilsson & Wadsby (2010), Ottarsdottir (2010), McCullough (2009), Strehlow (2009), Høgberg & Hællstrøm (2008), Hussey et al. (2008), Sheller (2007), Talwar (2007), Robarts (2006), Klorer (2005), Ben-Asher & Koren (2002), Mallay (2002), Rasmussen (2002)Chapman et al. (2001) **E:** Harber (2011), Haen & Weber (2009), Persons (2009), Gerteisen (2008),

Henley (2005), Ball (2002). ***behandling av mor og barn:** Tortura (2010), Lantz & Raiz (2003), Buck (2002) (6%) **og artikler som omhandler utprøving av kreative målemetoder :** Gonzales-Dolginko (2003) og Jolley & Vulic-Prtoric (2001) (4%).

4.1.5 EMDR og gruppeprotokollen for barn

I case-studiene Jarero et al., 2006, Zaghrou-Hodali & Dodgson, 2008 og Jarero et al. (2008), brukes EMDR-IGTP (gruppeterapi-protokollen) etter naturkatastrofe. I bruk av gruppeprotokollen oppsummeres at denne bør brukes sammen med barn som har opplevd samme kritiske hendelse (Jarero et al. 2008). I tillegg vises det til at protokollen benyttes med modifikasjoner; en bruker kreative intervensjoner; tegning, bilder av ansikter for måling av SUD (sad-face/smiley face) og en utelukker positiv og negativ kognisjon (VAC)-rating. ”Butterfly-hug”(en folder armene over brystet og klapper seg selv på overarmene) blir benyttet.

4.2 Kvalitative analyser; kreativ art-terapi og traumer?

Jeg skal i denne delen av kapitlet ta for meg den kvalitative analysen av case-studiene i de kreative art-terapiartiklene. Jeg vil i tillegg gjøre en analyse av de kvalitative studiene innen samme område m.h.p. å få frem tydelige metodekomponenter innen traumebehandling.

Som nevnt innledningsvis har jeg ikke funnet det aktuelt å gjøre en lignende analyse av case-studiene i EMDR- artiklene; metoden er manualbasert, slik at en analyse av metoden ikke ville bringe så mye nytt ut over det som allerede står i teorikapitlet. Fem av de 11 EMDR-case-studiene er i sin fremstilling hovedsaklig opptatt av effektmåling: nedgang i traumesymptomer, ikke en narrativ fremstilling av andre typer effekter eller metodebeskrivelse (Ribchester et al. 2010; Madrid et al., 2006; Bronner et al., 2009, Beer & Bronner, 2009 og Rodenburg et al. 2009). I studiene Tuffnell, 2005; Oras et al., 2004 og Greenwald (2000) blir EMDR benyttet som en del av en behandlingspakke sammen med andre terapiformer overfor kronisk PTSD. Jeg har valgt å ikke se nærmere på denne metodebruken i denne oppgaven. De øvrige

studiene har jeg nevnt tidligere i oppgaven under EMDR og gruppeprotokollen for barn.

4.2.1 Case-studiene i de kreative art-terapiene; kvalitativ analyse

Hovedparten (38) av studiene innen de kreative behandlingstilnærmingene er case-studier. Fordelingen av type kreativ behandlingstilnærming fordeler seg innen disse studiene med hovedparten på art-terapi, dernest musikkterapi, dans/bevegelse, dans/bevegelse/drama og dans/bevegelse. De øvrige fordeler seg jevnt (tabell 6).

Tabell 6: Fordelingen av de kreative art-terapi artiklene (case-studiene) på kreativ terapiform:

(A) Art- terapi: 26	68,5 %	(M) Musikkterapi: 3	7,9 %
(D) Drama: 1	2,6 %	(MA) Miks; Musikkterapi og art-terapi: 1	2,6 %
(DA) Miks; drama og art-terapi: 1	2,6 %	(PA) Miks; Psykodrama og art-terapi: 1	2,6 %
(DB) Dans/bevegelse: 2	5,3 %	(SD) Symboldrama: 1	2,6 %
(DBD) Miks; Dans/bevegelse/drama: 2	5,3 %		

A: Arrington & Yorgin (2001)A, Berberian (2003)A, Buck (2002)A, Chilcote (2007)A, Gerteisen (2008)A, Gonzales-Dolginko (2003)A, Harber (2011)A, Henley (2005)A, Howie et al. (2002)A, Jolley & Vulic-Prtoric (2001)A, Klorer (2005)A, Kozłowska & Hanney (2001)A, Lantz & Raiz (2003)A, Linesh (2002)A, Malley (2002)A, McCullough (2009)A, Packman et al. (2003)A, Pifalo (2007)A, Pifalo (2006)A, Pifalo (2002)A, Rabenstein & Lehmann (2000)A, Rasmussen (2002)A, Stronach, Buschel & Hurvitz Madsen (2006)A, Talwar (2007)A, Testa & McCarthy (2004)A, Willemsen & Anscombe (2001)A, D: Haen & Brannon (2002)D, DA: Haen (2005)DA, Haen & Weber (2009)DA, DB: Ben-Asher et al. (2002)DB, Tortura (2010)DB, DBD: Harris (2007)DBD, Harris (2009)DBD, M: Hussey et al. (2008)M, McLaughlin (2009)M, Strehlow (2009)M, PA: Høgberg & Hællstrøm (2008)PA, SD: Nilsson & Wadsby (2010)SD,

Analysen

Kvale & Brinkman (2010 s. 266) omtaler begrepet ”analytisk generalisering”, denne involverer en begrunnet vurdering av i hvilken grad funnene fra en studie kan brukes som en rettleiding for hva som kan komme til å skje i en annen situasjon. De viser til Kennedy (1979) som påstår at ”generaliseringens gyldighet avhenger av i hvilken grad trekkene som sammenlignes er relevante, noe som igjen er avhengig av en innholdsrik og dyptgripende beskrivelse av saken, preget av presisjon, omfattende informasjon og multidisiplinær vurdering” (ibid s. 267). Analysen videre vil, i tillegg til et enkelt forsøk på en kvantifisering, også inneholde en noe bredere beskrivelse av

de metodekomponentene som går igjen i materialet. Flyvbjerg (2006 s. 230) (i ibid s. 268) viser til at generaliserbarheten av kasusstudier kan økes gjennom en strategisk utvelgelse av kasuser, som tillater logiske deduksjoner som ” hvis dette (ikke) er gyldig i dette tilfellet, gjelder det i alle (ingen) tilfeller”. I hovedparten av case-studiene er art-terapi et sentralt element (art-terapi og studier der en bruker en miks-tilnærming tilsvarer 76% av studiene) generaliseringer knyttet til traumebehandling i materialet forenkles dermed, men vil måtte ta høyde for at andre typer kreative art-terapier kan legge vekt på andre behandlingskomponenter.

Med bakgrunn i oppgavens problemstilling, knyttet til sammenligning av metodekomponenter innen behandlingen av traumatiserte barn med EMDR-metoden og de kreative art-terapiene, vil jeg nå gjøre et forsøk på å benytte en kombinasjon av A Simplified approach (Aveyard, 2010 s. 128) og en, noe forenklet versjon, av Systematisk Tekstkondensering (STC) (Malterud, 2008 s. 99-113) overfor case-studiene. Hensikten er å få frem en rekontekstualisering som forhåpentlig vil si noe mer om essensen i traumebehandling og metodekomponentene innen disse tilnærmingene.

Iflg. STC går en fra et helhetsinntrykk til temaer som vekker oppmerksomhet. I gjennomlesingen av artiklene var det følgende kategorier som vekket min oppmerksomhet eller gikk igjen i materialet:

- a) teorier og referanser knyttet til traumer
- b) diagnoser eller problemområder
- c) type studie
- d) intervensjonstype; gruppe eller individualterapi, sted og deltakere
- e) lengde på terapien
- f) hvilke medier eller metoder ble benyttet

g) relasjoner i terapien

h) pasientens atferd

i) essensielle sider ved traumebehandlingen og resultater.

Jeg noterte stikkord og rene meningsenheter under hver kategori, spesielt fra sammendraget, men også fra artikkelens innhold i øvrig. Disse stikkordene/meningsenhetene vil uvilkaarlig bære preg av min subjektive utvelgelse. Kvale & Brinkman (2010 s. 250-251) viser som tidligere nevnt til at reliabilitet har med forskningsresultatens konsistens og troverdighet å gjøre. En spør seg om et resultat kan reproduseres på andre tidspunkter av andre forskere; en ønsker å motvirke en vilkaarlig subjektivitet. Samtidig ”kan en for sterk fokusering på reliabilitet motvirke kreativ tenkning og variasjon”. ”I en bredere fortolkning har validitet noe å gjøre med om en metode undersøker det den er ment å undersøke”. De viser i tillegg til Cronbach (1971, s. 443) som utvider begrepet ”begrepsvaliditet” til kvalitative sammenfatninger og kvantitative scorer- ””validering ble en åpen prosess der det å validere er å undersøke: ”validering er ikke bare bekreftelse; det er en prosess til utvikling av mer holdbare fortolkninger av observasjoner””. Jeg vil etter analysen av case-studiene som sagt analysere de seks kvalitative studiene (der en har benyttet kvalitative forskningsmetoder) som også er en del av det totale artikkelmaterialet. Disse studiene går nettopp i dybden når det gjelder en analyse vedr. de kreative art-terapienes metodeelementer. Dette vil gjøre det mulig å sammenligne funnene i begge type studier. Dette vil være et bidrag til å hindre en vilkaarlig subjektivitet og forhåpentlig høyne reliabiliteten.

Tidligere i oppgaven har jeg forsøkt å få frem et helhetsinntrykk av både EMDR-artiklene og de kreative art-terapiene, slik en anbefaler i STC, bl.a. gjennom en utvikling av tabeller og analyser.

I STC-analysens tredje trinn abstraheres den kunnskapen som hver av kodegruppene (se tidligere oversikt) representerer, en sorterer materialet i grupper og tilsvarende subgrupper; tolker teksten ut fra sitt faglige ståsted og utvikler et kunstig sitat- et

artefakt forankret i data. I den videre analysen av case-studiene knyttet til de kreative art-terapiene har jeg valgt ut temaområdene f), g), h) og i) m.h.p. å utforme subgrupper. Disse kategoriene har hatt forskjellig meningsinnhold knyttet til nettopp medier/metoder, relasjoner, atferd og essensielle sider og resultater knyttet til traumebehandling innen de kreative art-terapiene. Jeg har i gjennomgangen av disse kategoriene, gjennom gruppering, søkt å identifisere subgrupper. Oppdelingen er et forsøk på å skille ut de elementene/metodekomponentene som er spesifikke for kreative art-terapi. De subgruppene som jeg, ut fra mitt faglige ståsted, kom frem til er:

- medier eller materiale/konkrete instruksjoner (f.eks. tegne- ”tegn min verste dag - min beste dag”)
- spesifikke kreative art-terapikomponenter innen traumebehandling (f.eks. ”skaping av metaforer”, ”å adressere den non-verbale kjernen i det traumatiske minnet”)
- romming/en trygg terapeutisk relasjon
- bruk av rolle/rollespill og spille/gjenspill (f.eks. ”imitasjon, speiling, følge”)
- utvikling av et rom for utforskning av livet, i overgangen til verden utenfor (”art-terapi, utviklingen av overgangsfenomener”)
- omtale av hjernens fungering (for eksempel ”lagring i hjernen i den nonverbale og preverbale del”)
- bruk av overføring/motoverføring
- selvregulering og mestring
- mentalisering
- å fortelle/utvikle et narrativ

- familie
- terapiens betydning innen sosiale relasjoner/skolen/lokalsamfunnet

De enkelte oppdelingen av kategoriene med meningsinnhold bevarte ved plassering i enhetene sin opprinnelige artikkel-nummerering. Dette sikret muligheten for validering; å kontrollere om bruddstykkets plassering stemte overens med innholdet i den opprinnelige case-studien. Flere av utklippene plasserte jeg under flere subgrupper; teksten i kategoriene, som ofte besto av flere setninger, ble også oppdelt.

Kvale & Brinkmann (2010 s. 209-210) viser til at innholdsanalyse er en teknikk for systematisk kvantitativ beskrivelse av det åpenbare innholdet i et utsagn. De viser til at kodingen av en teksts meningsinnhold i kategorier gjør det mulig å kvantifisere hvor ofte bestemte temaer nevnes i en tekst, og hyppigheten av temaene kan deretter sammenlignes og korreleres med andre målinger. De viser i denne sammenhengen til Glaser & Strauss' tilnærming til kvalitativ forskning, som går under betegnelsen grounded theory. Grounded theory innebærer iflg. Kvale & Brinkmann en omhyggelig koding av materialet. Formålet er å utvikle en teori induktivt. Mitt forsøk på en koding viste seg å være feilslått, nettopp fordi bruddstykkene hadde blitt fjernet fra meningsinnholdet i den opprinnelige artikkelen. Den store mengden med artikler gjorde det også uoverkommelig å benytte en slik metode. Jeg så det derfor som nødvendig med en re-telling av temaene som forfatterne vektla (dvs i diskusjon, resultater, funn, metodebeskrivelse, men ikke i teoridelen). Denne tellingen kunne i det minste ligge bak en utregning av hvor mange av case-studiene som er representert i de forskjellige subgruppene. Dette vil kunne gi en liten pekepinn i forhold til hva forfatterne er opptatt av når det gjelder traumebehandling av barn (prosentene er avrundet til hele tall):

37 (97%) av case-studiene har et fokus på kreative medier eller materiale/konkrete instruksjoner, 36 (95%) oppgir spesifikke behandlingskomponenter innen traumebehandling, 29 (76%) har i sin beskrivelse et fokus rundt romming/en trygg terapeutisk relasjon, 23 (60%) har et fokus på selvregulering og mestring, 13 (34%)

har et fokus på terapiens betydning innen sosiale relasjoner/skolen/lokalsamfunnet, 12 (32%) er opptatt av familien, 11 (29%) har et fokus på å fortelle/utvikle et narrativ, 6 (16%) omtaler mentalisering, 5 (13%) benytter rolle/rollespill og spilling/respilling, 4 (10%) omtaler overføring og motoverføring, 3 (8%) omtaler hjernens fungering og 2 (5%) har fokus på utvikling av et rom for utforskning av livet, i overgangen til verden utenfor.

De gruppene som virker å være spesielt knyttet til konkrete metodekomponenter innen de kreative art-terapiene i de 38 case-studiene er: ”spesifikke behandlingskomponenter innen traumebehandling” og ”terapeutisk rolle/rollespill og spilling/respilling” i tillegg vil jeg se nærmere på gruppene ”å fortelle/utvikle et narrativ”, ”utvikling av et rom for utforskning av livet, i overgangen til verden utenfor”, ”hjernens fungering” og ”overføring og motoverføring” m.h.p. om det i disse meningsutklippene er interessante funn når det gjelder behandlingskomponenter som utelukkende er knyttet til en kreativ art-terapi. Jeg velger å ikke gå inn i gruppen ”romming/en trygg terapeutisk relasjon” Det er imidlertid verdt å merke seg at 76% har et fokus på dette i sine beskrivelser, en oppgir også spesifikke kreative art-terapi m.h.p. oppbygging av relasjonen. I tillegg har jeg fravalgt ”selvregulering og mestring” og ”mentalisering” (”the ability to use imagination to reflect on and interpret the thoughts, feelings and reflections of others in terms of ”intentional mental states”) (Fonagy & Target, 2008 i Haen & Weber 2009 s. 89), da innholdet i disse subgruppene i større grad virker å vise resultatene av behandlingen enn behandlingskomponenter, ”medier/materiale” og ”terapiens sosiale rolle..” samt området ”familie” er i tillegg valgt bort.

Jeg vil nå gjøre et forsøk på å utvikle kunstige sitat, i STC kallet ”artefakt” om spesifikke behandlingskomponenter innen kreative art-terapi, satt sammen av de nevnte subgruppene. I gjennomgangen av subgruppene kan det se ut som det kan være hensiktsmessig å velge en fremgangsmåte som viser utviklingen i tid i behandlingen; fra situasjonen hvor traumene er lagret; over det å gi uttrykk for traumet; til emosjonell prosessering og bearbeiding når traumet eller traumehistorien

er skapt. I modellen har jeg forsøkt å hente med så mange enheter som mulig, m.h.p. å gripe flest mulig av case-studiens beskrivelser. Når jeg viser til referanser etter hver enhet, har jeg på denne måten forsøkt å oppfylle STC's krav til en validering i forhold til den sammenhengen de er hentet ut fra. Overskriftene i kursiv kan betegnes som en innholdsfortegnelse, slik en foreslår i STC. I oppgavens videre fremstilling er det mulig å vurdere funnene opp mot foreliggende empiri og teori, bl.a. som nevnt tidligere, de seks kvalitative studiene som det totale artikkelmateriale inneholder. Da case-studiene, som er benyttet for artefaktene, omhandler barn og ungdom, har jeg tillatt meg å benytte ordene "barnet eller ungdommen" i stedet for "pasienten", "individet" eller "en":

Anbefalinger før behandlingen:

En skiller i kreativ art-terapi mellom den akutte krisestatus (overlevelsesbehov) og bearbeidingsfasen. Som et ledd i tilnærmingen til barnet og underveis i behandlingen kan oppbyggingen av et trygt sted, gjerne gjennom kreative uttrykksformer, være nyttig (Haen, 2005). Det er forskjellige oppfattelser når det gjelder bruk av traumbearbeiding; enkelte viser til at det skal benyttes teknikker som systematisk desensitivisering; en eksponerer for en fryktutløsende stimulus paret med en støttende emosjonell tilstand (Tortura, 2010), mens andre viser til at en mer trenger å prosessere kognitive, emosjonelle og sensoriske elementer av en traumatisk hendelse for å oppnå heling (Stronach Buschel & Hurvitz Madsen, 2006). En kombinasjon av CBT og art-terapi opplever en reduserer PTSD symptomer gjennom å adressere kognitive misattribusjoner samtidig med at en uttrykker følelser om tidligere overgrep (Rasmussen, 2002). I arbeidet med type II traumer, der barnets største problem (som egentlig overskygger traumereaksjonene) er mistro, kan det være vanskelig å etablere en relasjon overhodet; denne kan oppbygges gjennom kreative intervensjoner, Henley (2005) gir gode eksempler på dette.

Om lagring av traumene og følelsesuttrykket:

Når traumene er lagret i den nonverbale eller preverbale delen av hjernen er nonverbale behandlingsmetoder nyttige (Klorer, 2005). Art adresserer den ikke verbale kjernen i traumatiske minner (Talwar, 2007) og dans og bevegelse er en ikke-språklig kommunikasjon (Harris, 2009). Traume kan begrense verbalt uttrykk og alder begrenser kognitiv forståelse (Mallay, 2002), derfor kan art være en spesielt effektiv metode for barn som ikke er i stand til å verbalisere sine traumatiske erfaringer (Ben-Asher et al., 2002). Om barnet kun husker episoden delvis, kan bilder reflektere eller uttrykke barnets tilstand (Talwar, 2007). Barnet kan uttrykke følelser før det har ord for disse følelsene (Klorer, 2005) og en kan for eksempel i musikkterapi imitere, speile, følge, variere og utvikle vokale former, som kan romme og være med på å gi en utveksling av følelser. Disse følelsene gjenspeiler seg i behandleren og dermed også i barnet og er i sin tur igjen med på å fremme den videre observasjonen (McLaughlin, 2009).

Hvordan kreative uttrykksformer gir barnet rom til å vise seg selv; restitueringen:

Art-terapi er spirituell, reflekterer barnets verdenssyn (Arrington & Yorgin, 2001). En kan både i art-terapi og i dans/bevegelse trekke analogier mellom identitet, kropp og for eksempel skrevet materiale eller symboliseringen som fremtrer og dermed mellom det nonverbale og det verbale. Art, dans og bevegelse er dermed en møteplass for den indre verden og verden utenfor; den integrerer de to sidene og heler dermed kropp og sjel (Harber, 2011; Klorer, 2005 og Harris, 2009). Ritualene i for eksempel dansen kan være med å restituere identiteten (Harris, 2009). Den musiske dialogen kan fremme kommunikasjonen; oppmuntrer den nonverbale interaksjonen mellom mor og barn (og behandler) og hjelper dermed moren å romme sitt barn (McLaughlin, 2009). "Moments of meetings that goes beyond words" (Haen, 2005).

Eksempler på disse analogi-fenomenene er roller som barnet kan innta, som for eksempel "babyen" eller "monstret"; disse rollene kan (for eksempel i dramaterapi), være en nøkkel til barnets indre landskap (Haen & Brannon, 2002) i tillegg viser Packman et al. (2003) til at temaer som ensomhet, isolasjon og devaluering av en selv,

for søsken av benmargstransplanterte, kun ble uttrykt i projektive tester som ”human figure drawing”.

Ben-Asher et al.(2002) peker på ytterligere et perspektiv innen de kreative art-terapiene; bruken av overførings- og motoverføringsprosesser mellom barn og behandler gir informasjon til bevegelsesprosessen i bevegelsesterapi. Behandleren utvikler en indre sonar.

Prosesseringen; barnet tar imot og benytter seg av det kreative uttrykket:

I art-terapi benyttes kreativt materiale eller kreativ aktivitet til å beskrive og prosessere følelser og situasjoner; en utvikler overgangsobjekter som utvikles og bearbeides gjennom forskjellig art-materiale. En kan benytte temaer eller kreere ut fra fantasi (Chilcote, 2007); Eksempler på kreative instruksjoner er ”tegn et menneske/deg selv” (Packman et al, 2003), ”rysteboks” for å romme følelser (Henley, 2005), den kinetiske familietegning (Packman et al, 2003), skulpturere/konstruere bilder av avdøde, bruke metaforer, spille hendelse (Haen, 2005), ”feiltenkingskart”(ex.traume-ekkoer, for eks. fra overgriper) (Rasmussen, 2002). Tegningene kan være mål-orienterte (Mallay, 2002). Det nevnes bilder med emner som er egnet til å fremme emosjonelt uttrykk (Chilcote, 2007). Art er spesielt brukbar for barn i utviklingsland, materialene er ikke kostbare; er direkte; bruker enkle begreper og er lett å oversette (Chilcote, 2007). Flere påpeker at det å uttrykke seg selv og å bruke fantasien er mer effektiv og har mer potensiale, når det kommer fra barnet selv enn art-intervensjoner som er rettet mot spesielle tema og som kommer fra behandleren. Barnet finner sin egen vei (Ottarsdottir, 2010; Klorer, 2005). Viktig å vise ekstra oppmerksomhet knyttet til barn som har FASD (”Fetal Alcohol Spectrum Disorder”, en sammensetning av skader hos barnet som er knyttet til mors alkoholbruk under svangerskapet); en kan benytte visuelle hint for å støtte hukommelsesvansker (Gerteisen, 2008).

Drama og art kan fremme uttrykk for og romme for eksempel hevn; det understrekes at en må etablere trygghet og ha kompetanse når en benytter det å gjenspile elementer

ved traumet (Haen & Weber, 2009). Dans og bevegelsesprinsipper i en improvisert form kan benyttes sammen med mor og barn (Tortura, 2010), og kan som sådanne også være en type gjenspilling. I dramaterapi kan en benytte teknikker som ikke er traumefokuserte; en fokuserer på metaforens rolle, å spille roller og kreativ art (Haen, 2005). Det er viktig å gjøre en distinksjon mellom monsterrollen og barnet som oppfører seg som et monster, eller når det gjelder baby-rollen; å skille mellom barnet som ønsker å bli ivaretatt, men som uttrykker seg m.h.p. å bli avvist og forlatt av gruppen. Det er mulig i dramaterapi å skape dype og meningsfulle karakterer, metaforer og fortellinger som representerer barnets erfaringer (Haen & Brannon, 2002).

Den videre bearbeidingen av det kreative uttrykk, å kommunisere følelser, narrativet:

Art er en mindre direkte eksponering til traumatiske hint; den gir mulighet for desensitivisering av engstelse og ubehagelige kroppslige følelser, den tillater og fremmer verbal og ikke verbal kommunikasjon (Kozłowska & Hanney, 2001 og Arrington & Yorgin (2001). Art blir som et redskap, et verktøy; en arbeider med prosessuell hukommelse vs. bildehukommelse; kreering av bilder og konkrete eksternaliserte objekter som kan kontrolleres (Kozłowska & Hanney, 2001 og Gerteisen, 2008). Barnet kreerer historier, mens behandleren assisterer, er vitne og oppmuntrer et spontant narrativ (Howie et al.2002). Dikt, arbeidsskisser og tegning kan være et hjelperedskap m.h.p. å sette navn på følelser og for å knytte brudstykker av en historie sammen (Harber, 2001 og Kozłowska & Hanney, (2001). Narrativer, historiefortelling og emosjonell avstand kan gjøre en forandring i den låste og gjemte atferden (Harber, 2011). Det å samtidig erfare og reflektere; holde en estetisk distanse; å plassere seg selv i en tilstand av både kognisjon og affekt utvikler mentalisering (Haen & Weber, 2009) (mentalisering er et psykologisk konsept som beskriver evnen til å forstå ens egen og andres mentale tilstand, som ligger under den åpenbare atferden (The Free Dictionary, 2012))

Art-materiale kan kommunisere en hel konstellasjon av følelser og erfaringer ((Stronach Buschel & Hurvitz Madsen, 2006). Musikk vektlegger den emosjonelle

opplevelsen; kvaliteten på relasjonsopplevelsen (til behandleren) blir uttrykt og følt gjennom musikk (Strehlow, 2009). Art får forsvaret til å slappe av og barnet overvinner hemninger; blir mer følelsesnært og mer mottakelig i relasjonen, for eksempel til mor (Henley, 2005). Barnet tar emosjonelle risiker; rister løs undertrykte affekter (Henley, 2005). Art dreier seg om atferd, den er konkret, tilgjengelig og også kognitiv (Arrington & Yorgin, 2001). Barnet eller ungdommen kan regrediere inn i leker fra barndommen; spille karakterer, utvikle en "story-line" basert på fantasi m.h.p. å lage en avstand til hendelsen; bytte roller. Rollespill kan være en eksperimentell mestringsteknikk; en benytter i forkant et posttraumatisk interview eller protokoll (Haen & Weber, 2009). Art-terapi skaper vekst; barnet kan uttrykke følelser i stedet for å utagere dem, det kan representere seg selv gjennom en selv-laget figur uten et overgangsobjekt; vise frem de smertefulle opplevelsene som han har internalisert; avsløre disse for sin familie (Arrington & Yorgin og McCullough, 2009). Drama og art-terapi gir mulighet til å kreere metaforer, historier og temaer i lek som er både intense og repetitive; metaforen finner barnet (Haen, 2005). Art-materiale får barn til å finne sine resiliente sider, samtidig med at de uttrykker sine følelser om fryktelige tap. Barna og behandleren er vitner til både kreativ og destruktiv bruk av materialet; som en måte å gjøre seg fri; barna skaper en verden der de kan utforske livet, i overgangen til den virkelige verden (Howie et al (2002). Det er mulig å gi en empatisk respons til et barns art-produkt og dermed skape en metaforisk kommunikasjon (McCullough, 2009).

Det gis flere eksempler på bruken av art-terapi som kommunikasjon og på bruken av metaforer; Når barnet har en forførende atferd kan art-materiale og art-prosessen brukes som måte å tilfredsstille sine behov (Henley, 2005). Et felles prosjekt der en malte en minnevegg om 11.september utgjorde en felles katalysator for gruppelemmenes følelser knyttet til smertefull separasjon og utskrivning fra psykiatrisk hospital (Testa & McCarthy, 2004). Art-terapi og lek kan sørge for en følelse av å bli rommet for grupper med (førskole-) barn og deres stress; å arbeide med mor og far-figurer knyttet til eventyr; der forholdet mellom behandlerne også var sentral; å gjenskape familien i lek med dukker (Willemsen & Anscombe, 2001).

Lindringen/styrkingen:

Art og artistiske uttrykk lindrer traumer og smerten; å oppbygge en mur knytte ttil 11.september samler håp; ”jeg gjorde en forskjell”; dette øker beskyttelsesfaktorer (Berberian, 2003). En seremoniell sirkeldans; fri bevegelsesimprovisasjon; ”anyone can lead in any time” (Harris, 2009).

Forandringen og møtet:

Den virkelige kraften i fortellingen ligger i glimtene av forandring gjennom art og gjennom det å møte hverandre (Linesh, 2007).

4.2.2 De kvalitative studiene i det kreative art-terapi materialet

Det er seks studier, der det benyttes kvalitativ forskning, i det kreative art-terapi materialet: Ball, 2002; Coholic et al., 2009; Ottarsdottir, 2010; Persons, 2009; Robarts, 2006 og Sheller, 2007. De aller fleste studiene er dermed relativt nye; alle unntatt Robarts (2006), som omhandler musikkterapi, beskriver forskning på art-terapi. Jeg vil forsøke å trekke ut essensen i forskernes egne analyser av det virksomme i kreative art-terapi eller utredninger. Dette skal sammen med analysen av case-studiene danne grunnlag for drøftingen i kapitel fem.

I studiene er det benyttet følgende kvalitative metoder:

Observasjon av terapeutiske prosesser mellom traumatiserte barn og art-behandler i 50 behandlinger, 11 intervju med behandler, notater; tekstkondenseringsanalyse (Ball, 2002).

”Grounded theory”-strategi; analyse av prosessene i art-gruppe behandlinger i 17 grupper med 38 barn (barn i fosterhjem); individuelle intervjuer med barn etter gruppene :”hva likte du; forbedringer; utfordringer”, der fosterforeldre og bvn.arbeidere ble involvert; intervjuene transkribert og analysert (Coholic et al. 2009).

Bruk og analyse av en art-metode for utvikling av læring hos traumatiserte barn; 123 ind. behandlinger; testing, analyse av journalnotater med grounded theory (Ottarsdottir, 2010)

Fenomenologisk studie; 46 gutter i fengsel for alvorlige forbrytelser, tilbudt art-terapi; 350 av guttenes selvvalgte kunstproduksjoner ble evaluert og kategorisert i henhold til tematisk innhold- analyse av behov; intervju av alle guttene vedr. hvordan det var å være med i art-terapiprogrammet - innholdsanalyse m.h.p. å isolere kategorier som guttene fant nyttige; kreere en modulnarrativ i guttenes egne ord (Persons, 2009).

Deskriptiv studie; musikkterapibehandlinger med seks traumatiserte barn, som ble tatt opp på video; signifikante øyeblikk analysert (Robarts, 2006).

Fenomenologisk metode; åpne intervjuer og fotoopptakk av produkt, med 4 barn med antatte tilknytningsforstyrrelser som produserer fuglereeder m. imaginær fuglefamilie m.h.p. vurdering vedr. om denne metoden kan benyttes ved vurdering av tilknytning; tekstkondensering; analyse (Sheller, 2007).

Den kvalitative forskningen; beskrivelsen av studiene; hva er de virkningsfulle elementene i traumebehandling

I Balls (2002) analyse fremkommer at mysteriet omkring forandring ble sterkest konsentrert rundt det følelsesmessige i prosessen mellom barn og behandler og den gjensidige innflytelsen dem imellom. En kunne få innsikt i empatiske prosesser i interaksjonen mellom terapeut og klient, spesielt i utviklingen av rytme, resonans og dissonans, og i fremveksten av bilder fra deres utvekslinger. Ball har, i det spesifikke case en hypotese om at den trøstende rytme som barnet opplevde i det å lage art og sangen, støttet barnets evne til å erfare smertefulle følelser uten å utagere. Barnets dialog med behandleren og med art-produktet fremmet en dialog mellom forskjellige indre stemmer eller bilder; når behandleren gjennom prosessen blir i stand til å ”nære” barnet (resonans); skjer det store forandringer som uttrykkes og videreutvikles gjennom barnets tegning og de prosessene som så igjen skjer mellom barn og behandler. Barnet blir i stand til å distansere seg fra fortiden, bl.a. gjennom å projisere

bildet (som egentlig fremstiller henne selv) inn i behandleren; og dermed distansere seg fra det. Dette gjør henne i stand til å se et nytt bilde av seg selv. Barnet blir i stand til å symbolisere sine erfaringer i ord og bilder, å regulere sine følelser og impulser og til å observere seg selv. Teorier rundt art-terapis terapeutiske gjerning må iflg. Ball (2002) integrere forståelsen av det helende potensial i den kreative prosess med en dypere forståelse av utvekslingene mellom art-terapeuten, klienten og art-prosessen.

Coholic et al. (2009) Gruppen var designet m.h.p. å ha en innvirkning på livet til traumatiserte barn; de innledende resultatene av gruppene viser positiv nytte for de barn som deltar; barna lærer å forstå seg selv bedre og de lærer å relatere til andre. Coholic viser til at traumatiske erfaringer kan bli uttrykt på en trygg måte via art-arbeid, om en hjelper til med å modulere engstelsen til et vist nivå. Målet i gruppen er basert på troen om at det er en sammenheng mellom å utvikle selv-bevissthet og å øke sin selvfølelse. Resultatene er konsistente og nærmer seg hverandre selv om de ble analysert for unntak og forskjeller. Undersøkelsen indikerer at slike art-baserte grupper kan hjelpe barn til å utvikle mestringsferdigheter, selvbevissthet og aspekter ved selvfølelse. Coholic et al. viser til at barna kanskje kan profitere på deres økte ferdigheter i å bearbeide traumet og at de derfor kanskje kan vokse fra hendelsene.

Ottarsdottirs (2010) mål med hennes studie var å designe, studere og teste en terapeutisk metode som skal fremme læring samt øke det emosjonelle velbefinnende hos barn med lærevansker, som har opplevd stress eller traume. Hun viser til en ny terapeutisk metode AET ("Art Educational Therapy") som er et resultat av studien. AET er en metode som kombinerer psykologisk innsikt med et fokus på de emosjonelle blokkeringer som forhindrer læring. Betydning av et stadie, der barnet skriver ved siden av sitt tegnede bilde, i en lærings- og terapeutisk kontekst, ble identifisert, så vel som verdien av å skape en metode, der barnet regredierer til dette stadie m.h.p. å hente opp tidligere læringsaktivitet som barnet har glemt.

Persons (2009) Tiden som guttene deltok rangerte fra to måneder til to år, med gjennomsnittlig lengde på 8 måneder. Når en regner med både individuell og gruppeterapi mottok guttene fra 2 til 10 timer pr. uke med art-terapi, med et

gjennomsnitt på 5 timer pr. uke. I individuell art-terapi ble guttenes bilder prosessert, for det meste med erfaringsbaserte- eller gestaltprosedyrer, m.h.p. å få dem til å eie sine egne projeksjoner og utforske identitetstemaer, depresjon, aggresjon eller andre signifikante temaer. I andre timer valgte guttene det de selv ønsket og diskusjonen ble fokusert på enten bildet eller andre viktige temaer. Arbeidene ble som en regel aldri kritisert, behandler prøvde å ikke gi art-instruksjoner og søkte å skape trygge og aksepterende omgivelser. En regel var imidlertid at et påbegynt bilde alltid skulle gjøres ferdig. De artistiske produksjonene kunne bli klassifisert i ni forskjellige behovstilstander. Analysen av de avsluttende intervjuene vedr. hva guttene oppfattet som terapeutisk nyttig med art-terapien var iflg. Persons oppløftende; analysen isolerte åtte faktorer som 100% av guttene oppfattet som hjelpsomt med art-terapi; 1) Den har redusert deres stress-nivå; dette kan forbedre deres tilpasning på et bredere plan, og de har lært en ny form for mestring, derfor er dette et viktig behandlingsresultat. 2) Art hjalp dem med å redusere kjedsomhet. For disse guttene er dette ensbetydende med reduksjon i utagering. 3) Art-terapi forsterket guttenes selvtillit uavhengig av kunstneriske evner og den selvtilliten spredte seg til andre områder. 4) Guttene likte den positive anerkjennelsen fra andre 5) Art-terapi hjalp guttene med å ikke gi opp, når de ble frustrerte 6) De gjorde noe godt og morsomt som var positivt 7) Art-terapien økte evnen til å konsentrere og fokusere og 8) Guttene likte den måten en ble behandlet på, oppmuntret og ikke nedvurdert. Persons (s. 445) viser til at den omfattende art-terapien kan ha hjulpet til utvikling i hjernen m.h.p. å skape nye neurale forbindelser til den mer ”reasoned cerebral cortex” (den tenkende hjernen); en slik utvikling kan resultere i forminsknet avhengighet av responsene i det limbiske system (følelser). Han viser til (en neurologisk beskrivelse) og at art-terapien gjennom prosessering av traumemateriale og p.g.a. stressreduksjon og avslapning kan ha ledet til nye neurologiske utviklinger i hjernen. Enda en analyse av transkripsjonene der 50% - 85% av guttene har vært enige om virkningen av art-terapien viser at 85% har lært å redusere sitt sinn, 80% har redusert sin selvskadende atferd, 80% har forbedret sine relasjoner, 75% har redusert sin depresjon, 65% har

redusert mengden trøbbel de er i på institusjonen, 55% har redusert sin angst, 55% føler seg mer i kontroll, 50% har mer toleranse og aksept for andre.

Robarts (2006) valgte ut behandlinger der ”signifikante øyeblikke” ble valgt ut og analysert. Fra forskjellige perioder i sitt arbeid har Roberts identifisert øynefallende trekk ved terapeutisk forandring, som hun benevner ”kliniske gjenveier”, som hun har sett er like i alle saker. Til tross for at de enkelte barn var forskjellige, fant hun at de mest sentrale prosesser eller områder for sammenheng/symbolisering, hvor musikk hadde en mest signifikant rolle, ble sammenfattet med beskrivelsen av tre områder for relatering og symbolisering. Hun beskriver disse som: 1) en sympatisk resonans som skaper grunnen for relatering og regulering, og som dermed danner en basis for utviklingen av mening, 2) fremkomsten av motiv som signalerer og bygger mer bevisste dynamiske ekspressive former for relatering, 3) autobiografiske narrativer som spontant oppstår i sang eller en annen symbolsk ekspressiv form, noe som indikerer at de to første områdene har blitt assimilert. Dette er igjen et tegn på integrasjon og utvikling av symboler. En annen fase i prosjektet er å validere disse kriteriene m.h.p. å evaluere den kliniske prosessen og utviklingen av barnets kapasitet for selvregulering og utvikling i sosiale og familiære forhold. Robarts (2006, s. 265) oppsummerer resultatene av studien slik (min oversettelse): ”Når musikk, musikalitet og emosjonelt uttrykk blir forstått som noe som er biologisk basert og en del av vår menneskelige identitet, kan det kliniske potensial i musikkterapi bli mer verdsatt.” ... (prosessene i musikkterapien) ”gir innsikt og muligheter for forandring, fra sensorisk, preverbalt nivå til de mer sofistikerte nivåer for uttrykk”. ”Fordi musikk både kan nå og regulere kjernen i vår tilstedeværelse, kan musikkterapien for det traumatiserte barn arbeide med å støtte og forandre de forvrengte og splittede fundamentene av det kroppslige, emosjonelle selvet.” ”... musikk terapi med jenter utsatt for seksuelle overgrep kan, som del av et multidisiplinært program, hjelpe barnet med å bygge nye mønstre i forhold til å ”være” og ”å være med”, samt arbeide gjennom de forferdelige sporene som tidlige traumer har lagt etter seg.” ”.. fra en opplevelse av selv-sammenheng eller tilknytning kan barn begynne å finne en trygg plass”... ”som kan føles stabil og samtidig fleksibel i sin vitalitet.”

Sheller (2007) utforsker i sin studie barns indre opplevelse når det gjelder tilknytning og tidlig tilfredsstillelse av egne behov, reflektert i deres kreasjon av fuglereder. Hun viser til at det er vanskelig å generalisere resultatene til en større populasjon; de deskriptive dataene viser kun deltakernes mening. Likevel er temaer som en mangel på å føle seg trygg i nære forhold, en følelse av å være forlatt, en følelse av sårbarhet og fare og mangelen på beskyttelse eller ”næring” konsistente med tidligere forskning på området. Funnene ble bekreftet av personalet ved forskningsfasilitetene. Informasjon om barns egne perspektiver når det gjelder tilknytning er viktig tilleggsmateriale som vi trenger for å vurdere utrygg tilknytning.

5. Resultater og drøfting.

I dette kapitlet vil jeg drøfte de utvalgte teoriene om EMDR-metodens virksomme elementer (avsnitt 2.2.1) med rekontekstualiseringen vedr. de kreative art-terapiene (avsnitt 4.2.1). Forskernes egne analyser vedr. de virksomme elementene i de kvalitative studiene (avsnitt 4.2.2) og tidligere skrevet teori om de kreative art-terapiene (avsnitt 2.2.2) vil selvfølgelig også ha en sentral plass. Hensikten er å forhåpentlig nærme meg et svar på min innledende hypotese vedr. likhetstrekkene mellom de enkelte behandlingskomponentene i EMDR og behandlingskomponentene i de kreative art-terapiene. Når det gjelder metodekritikk vises til avsnitt 4.2.1.

Der det ikke henvises spesifikt til referanse, er beskrivelsene i EMDR hentet fra Shapiro (2001). Min bakgrunn tatt i betraktning, har jeg forsøkt å ikke begi meg ut på flere neuropsykologiske og ”hemisfæriske” fenomener enn det jeg selv kan romme.

I tillegg vil jeg drøfte resultatene vedr. de kvantitative analysene og effekt.

5.1 ”Prosiseringen” vs. ”Bearbeidingen”?

Modeller for forståelse

AIP-modellen gir det teoretiske rammeverket og prinsipper for behandling i EMDR. En forestiller seg en neurologisk balanse i nervesystemet, i et distinkt psykologisk system, som gjør at når vi mottar informasjon, blir denne prosessert frem mot en adaptiv løsning. I modellen ligger et konsept om selvheling. Psykologiske traumer kan medføre en ubalanse i nervesystemet, noe som gjør at informasjonsprosesseringen ikke foregår optimalt. Sanserintrykk knyttet til traumet forblir dermed neurologiske og forstyrrer barnet. Dette er en modell som ikke står i motsetning til teoriene innen de kreative art-terapiene, der en i store trekk viser til, at effektiv terapi må skape tilgang til den høyre hjernehalvdelen, der de traumatiske minnene antas lagret. Det er mitt inntrykk at en imidlertid ikke har beskrevet informasjonsprosesseringen og

tilgangen til de traumatiske minnene med helt de samme ordene og i samme grad. En bruker i større grad konkrete; ”traume kan begrense verbalt uttrykk og alder begrenser kognitiv forståelse” og metaforer; ”art er en møteplass for den indre og ytre verden” og ”en nøkkel til barnets indre landskap”.

Den bilaterale stimuleringen vs. den kreative utfoldelsen

En har i kreativ art-terapi, som i EMDR, et fokus på integrering av prosessene i de to hjernehalvdelenene. I kreativ art-terapi knyttet til Schiffers (2000) forskning en integrering som iflg. han kan foregå gjennom ”lateralisert” (knyttet til hjernehalvdelenene) stimulering. I EMDR er det den ”bilaterale” stimuleringen med øyebevegelser, ”tapping” eller andre former for stimulering som en antar fremmer represseringen, mens det i de kreative art-terapiene er den kreative utfoldelsen, dansen, bevegelsen, med eller uten musikk, eller dramaet i sine forskjellige former som er stimuleringen, og kanskje også da represseringen i seg selv, gjennom selve bevegelsen og sanseopplevelsen som denne innebærer. En bruker dog ikke disse ordene. Shapiro antar at den bilaterale stimuleringen gjør en avbetinging (av elementer knyttet til det traumatiske minnet) lettere, fordi den forårsaker en avslapningsrespons. Utallige teknikker innen de kreative art-terapiene gir en avslapningsrespons, samtidig med at en er i kontakt med traumematerialet; ”den trøstende rytme som barnet opplever i det å lage art – og sangen” (Ball (2002), ”art får forsvaret til å slappe av og barnet overvinner hemninger”(Henley, 2005). En kan anta at begge typer stimulering fremmer en repressering frem mot en adaptiv løsning, om en bruker de termene. Hvor raskt denne represseringen går for seg, ser imidlertid ut til å være forskjellig.

Målingene

I EMDR benytter en konkrete målinger under prosesseringen; SUD og VOC, noe som ikke forekommer i kreativ art-terapi. Shapiro viser til at en ved å fastsette den aktuelle negative kognisjonen om en selv, knyttet til target, blir oppmerksom på at den er irrasjonell. Det å formulere en positiv kognisjon, gjør at en ser situasjonen i et nytt

lys. Formulering av negativ og positiv kognisjon og evalueringen av disse er et eksempel på skiftet i posisjon fra nonrefleksiv/deltaker til refleksiv/observatør, og skaper dermed et samspill mellom indre og ytre dialog.

I kreativ art-terapi-materialet fremkommer det ”målinger” gjennom for eksempel tegning av ”min verste dag/min beste dag”, ”rysteboks” for å romme følelser (Henley, 2005), utviklingen av fortellingen knyttet til hendelsen, gjennom drama. En måling av negative kognisjoner som barnet selv skal formulere, har jeg ikke klart å hente ut av det kreative art-terapi-materialet. I den svært sensible relasjonsetableringen med et alvorlig traumatisert barn eller en ungdom, er det mitt inntrykk at en skal være forsiktig med å få barnet til å formulere en slik negativ kognisjon, ettersom denne har så mye erfaringer og negative opplevelser fra relasjoner knyttet til seg. Ball (2002) peker på betydningen av dissonans og resonans knyttet til mysteriet om forandring i terapiprosessene. Mallay (2002) viser til at traume kan begrense verbalt uttrykk og alder begrenser kognitiv forståelse. I EMDR er en i barneprotokollen spesielt opptatt av tilpassning til barnets nivå.

Eksposeringen – den dobbelte oppmerksomheten

I begge terapiformene kan en si at det foreligger en ”dual attention” stimuli. En har fokus på et ”target” i EMDR, mens den bilaterale stimuleringen pågår, mens en i traumebehandling i kreativ art-terapi retter oppmerksomheten mot et visualisert bilde, et produkt som har fremkommet mellom barnets fingre i leire, en bevegelse, en sansning eller for eksempel en persons fremtreden; disse kan, når en har fokus på traumebehandling, alle være konkrete uttrykk for et ubehag og blir ”prosessert” gjennom de kreative aktivitetene. Behandleren kan hjelpe til med å regulere og modulere følelsesuttrykket. Forskjellen i EMDR og kreativ art-terapi ligger antakelig i om en i kreativ art-terapi i samme grad intensjonelt fokuserer på (eller om barnet eksponeres for?) det konkrete traume.

Bearbeidingen (eller stimuleringen?) foregår i kreativ art-terapi gjennom det videre arbeid knyttet til variasjonene av de konkrete ubehagelige uttrykkene (leirproduktet,

bevegelsen, sansningen), med prosessuell hukommelse vs. bildehukommelse; de innsatte guttenes fullføring av bilder og det å få dem til å eie sine projeksjoner (Persons, 2009); skulptureringen av avdøde (Haen, 2005); det å spille deler av hendelsen i drama, eller å spille monstret eller babyen (Haen& Brannon, 2002).

Helhetlige terapier

De kreative art-terapiene er helhetlige terapier som, via sine definisjoner, inkluderer helheten -"kropp og sjel"- i barnet, en inkluderer barnets familie og tilknytningen til verden utenfor, noe som analysen også viser. Sentralt står også relasjonen mellom barn og behandler. Som sådan søker de kreative art-terapiene å være oppdatert innen moderne teorier innen utredning, diagnostisering og behandling av barnet. EMDR forteller i artiklene i mitt materiale ikke omfattende om relasjonsoppbyggingen; dette ligger implisitt i fasene i metoden. Når en i en artikkel beskriver effekt etter en-to EMDR behandlinger, kan en anta at det ut over disse to behandlinger har foregått en relasjonsoppbygging. Dette understrekes også i manualen. En kan undre seg over om den raske bedringen reflekterer at EMDR i større grad behandler type I traumer enn type II traumer.

Under store deler av terapiprosessen i de fleste beskrivelsene av de kreative art-terapiene vektlegger en relasjonsoppbygging og relasjonen mellom barn og behandler, eller evt. relasjonsoppbyggingen til barnets foreldre, eller adoptivforeldre, som i Klorer (2005). De overføringsprosesser, som skjer mellom barn og behandler og mellom de to og art-produktet (Ball, 2002; Robarts,2006) eller selve det kreative mediet, er et vesentlig element i barnets heling etter traumene og i arbeidet med å reparere skader fra tidlige tilknytningsprosesser. De fleste av art-artiklene i mitt materiale beskriver slike prosesser; analysen bekrefter også at de kreative art-terapiene i mitt materiale hovedsakelig benyttes i forhold til type II-traumer eller multiproblemområder. Robarts (2006, s. 260) gir i arbeidet med "Sally", som etter seksuelle overgrep fra 2 ½ til 7 år har utviklet alvorlige PTSD-symptomer, eksempler på disse overføringsprosessene (min oversettelse); "jeg spiller en tre-tonet klang, et simpelt musisk utsagn; jeg bruker den som en måte å "spørre" etter henne, uten å

bruke min stemme, men samtidig la henne vite at jeg er her og at jeg lytter til henne”..”Sally begynner å slå lette slag, sporadisk, i tempo med min sang”.

EMDR-terapi har blitt konstruert som en manualbasert, effektiv metode i arbeidet med de konkrete symptomene knyttet til PTSD-diagnosen, da spesielt type I traumer. Analysen bekrefter dette. Utgangspunktet for EMDR var ikke, slik de kreative art-terapiene gir seg ut for å være, en helhetlig terapi. Det kan likevel se ut til at begge terapiformene, til tross for sine utgangspunkt, har hatt sin eksistensberettigelse som et supplement til andre metoder, som for eksempel CBT. Flere av artiklene i materialet bekrefter dette.

EMDR har de senere årene, gjennom bl.a. forskning, også vist sin berettigelse, når det gjelder andre symptomer, som for eksempel tapsrelaterte minner (Hornsveld, Landwehr, Stein, Stomp, Smeets og van den Hout, 2010). Gjennom EMDR-utdanningen vises også til metoder, knyttet til kommende hendelser som for eksempel eksamen. Metoden får et større nedslagsfelt. Det blir i den senere tiden i tillegg rettet et større fokus på traumer i samfunnet, noe som blir ekstremt tydelig i forbindelse med rettssaken etter 22. juli-terroren. Det er min vurdering at EMDR i større grad tar plass som en helhetlig metode knyttet til traumebehandling i forhold til barn, noe som kan være misvisende, når den reelt, i sin åtte-trinns behandling, ikke kan romme alle de elementene som er nødvendige, når det for eksempel gjelder barn med tidlig relasjons- og traumeproblematikk. Med dette sier jeg ikke at kreativ art-terapi tilbyr alle elementene som skal til. Det er vel snarere, slik Dieseth & Christie (2004) konstaterer, at den beste terapien for dissosiering (type II traumer) oftest er den mest eklektiske.

Fokus på target eller eksternaliseringen

EMDR's target-begrep defineres ganske bredt: ”et minne, et drømmebilde, en person, en faktisk eller projisert hendelse...” På denne måten avviker de to retningene heller ikke fra hverandre. En tenker seg i EMDR at dette target (eller ”knuten”) som gir et kroppslig ubehag, har en sentral plass i det fysiologisk assosierte materiale og at en

skal prosessere alle dysfunksjonelle assosiasjoner knyttet til dette. Under prosesseringen i EMDR går en stadig tilbake til targetet m.h.p. å måle om ubehaget (SUD) har gått ned; her knyttes de emosjonelle og kognitive funksjonene; det er imidlertid sentralt (slik jeg har lært metoden) at en ikke benevner targetet med de ordene barnet i utgangspunkt brukte. Dette fordi ”minnet, drømmebildet, personen..” kan ha forandret seg under prosesseringen. Det er det nye materiale som blir gjenstand for ny prosessering.

I kreativ art-terapi er det iflg. mitt materiale kun få som beskriver ”eksponering for en fryktutløsende stimulus paret med en støttende emosjonell tilstand” (Tortura, 2010), altså en eksponering i mer tradisjonell forstand, som det sentrale elementet i kreativ art-terapis traumbearbeiding. I hovedparten av materialet virker det som bearbeidingen (eller prosesseringen?) foregår i et trygt rom, et ”transitional space” der en kan utforske livet, i overgangen til den virkelige verden, og eksponeringen er, så lenge barnet har behov for det, knyttet til en eksternalisering av konkreter ved traumet, som i mange tilfeller tar en kreativ form. Shellers (2007) ”fuglereeder” kan være et godt bilde på dette (her brukt som en utredningsmetode).

En viser i EMDR til at barnet kan tilbringe veldig lite tid eksponert for detaljene i det presenterte traumet og at barnet kan bevege seg sekvensielt gjennom relatert materiale. Det å assosiere fritt kan iflg. Shapiro (2001) være en mer relevant måte, for å få tilgang til det mest relevante distraherende materiale, enn prosedyren (i tradisjonell eksponering) der en hele tiden vender tilbake til det opprinnelige traumatiske materiale. Hun benevner prosessen, der en etter korte sekvenser med stimulering, stopper opp og spør ”hva kommer nå?” vekslende med kognitiv debriefing, ”interrupted exposure” og viser til denne metoden som en veldig vesentlig del av EMDR-behandling. I denne prosesseringen står barnet fritt til å plutselig tegne en tegning om det ønsker det. Det er erfaringen til bl.a. Persons (2009); Ottarsdottir (2010) og Klorer (2005) at det å uttrykke seg selv og å bruke fantasien er mer effektivt og har mer potensial, når det kommer fra barnet (eller ungdommen) selv, enn art-intervensjoner som er rettet mot spesielle tema eller som kommer fra behandleren.

I en intersubjektiv, empatisk relasjon mellom barn og behandler, slik en tilstreber i alle terapiformer, i et ”ikke personlig rom” (Johnson, 1987), er det et viktig element at barnet ikke føler seg presset. Dette gjelder også i traumeeksponering/bearbeiding i både EMDR og de kreative art-terapiene. En kan spørre seg hvordan en greier å holde seg lenge nok til et target, med et lite barn, uten at det føler et visst press. Om motivasjonen hos barnet m.h.p. å fjerne ubehaget, er stor nok, lar barnet en imidlertid gå tilbake til ubehaget.

Ball (2002 s. 90) beskriver en prosess i sin analyse som handler om at behandleren uforvarende introduserer diskrepans og utfordring i terapien gjennom å fokusere sine intervensjoner på organisering og form i det å lage ”art”. En dissonans i interaksjonen mellom seksåringen og behandler ser ut til å være relatert til det egentlige i barnets problem (hennes traume; overgrep og omsorgssvikt), så vel som til art-terapeutens håndtering av materialet. Det å spørre barnet; ”hva vil du gjøre med materialene” utfordret barnet til å artikulere en ide (sette i gang en kognitiv prosess, knyttet til et traumatisk materiale?), snarere enn å reagere ut sine impulser. Art-behandlerens spørsmål skapte også en følelse av adskilthet og konfrontasjon. Vendepunktet i terapien ble den terapeutiske signifikansen av resonans; beskrevet som ”weaving a holding blanket”. ”En kunne få innsikt i de empatiske prosessene gjennom art-behandlerens og barnets interaksjoner, spesielt i utviklingen av rytme, resonans og dissonans og i bilder som viste seg fra deres utvekslinger”. ”Erfaringen av resonans gjorde barnet i stand til å bruke art-behandleren og hennes intervensjoner til å engasjere seg i den kreative prosess”. EMDR behandleren kan i flere situasjoner balansere på en stram line, når det gjelder temaet resonans og dissonans i de terapeutiske prosessene.

For et barn med et kortere oppmerksomhetspenn, er det slik Shapiro uttrykker det, nødvendig å benytte kortere sekvenser med bilateral stimulering. En benytter ofte en skrevet fortelling under prosesseringen, for eksempel utarbeidet sammen med mor vedr. det lille barnets traumatiske opplevelse fra en sykehusinnleggelse. For det litt større barnet kan tegninger bidra til å bevare target og aspekter ved dette i en billedlig

form, slik at en kan gå tilbake til dette, for eksempel for å måle SUD. Det er vanskelig å se forskjellen på denne prosessen og sekvensene i en kreativ art-terapi prosess, i drama eller i bevegelse.

Shapiro viser til at en klar tolkning av øye-bevegelsene er at de distraherer klienten bort fra traumet, hvilket forårsaker avbetinging, fordi klienten ikke klarer å konsentrere seg om det traumatiske bildet. I en annen type distrahering, for eksempel en rollelek eller bevegelse i kreativ art-terapi er det et spørsmål om barnet kan bli distrahert så langt bort fra traumet; at en mister denne effekten.

Shapiro vektlegger at klienten opplever mestring og stabilitet ved mange elementer i prosedyren. Han oppnår en følelse av kontroll som minsker opplevelsen av stress. Det å fokusere oppmerksomheten på det forstyrrende materiale i korte perioder av gangen, mens en hører terapeutens oppmuntrende utsagn, samtidig med at en blir klar over tryggheten i den kliniske konteksten kan utvikle avbetinging. Således også i de kreative art-terapiene; jeg viser her til mine referanser fra min innledning til oppgaven, Waaktaar & Christie (2000) og deres bok ”Styrk Sterke Sider”.

Det har, som tidligere nevnt, tross omfattende forskning, ikke vært mulig å påvise at øyenbevegelsene i EMDR har den avgjørende effekt. Men EMDR virker. Det er da også nærliggende å tenke at andre typer stimuli har en bilateral effekt, som trigger en fysiologisk tilstand uten nødvendigvis å måtte foregå diagonalt eller horisontalt.

En kan kanskje anta at det er den spesielle sammensetningen av modaliteter som gjør EMDR så virkningsfull. Her ligger kanskje læringsmulighetene for de kreative art-terapiutøverne og forskerne.

5.2 Resultater og drøfting; de kvantitative analysene og effekt

Min hypotese vedr. likheten mellom de metodiske elementene i EMDR og de kreative art-terapiene ble i utgangspunktet forsøkt besvart gjennom et litteratursøk ut fra

bestemte søkekriterier. Utgangspunktet for søkene var de metodiske elementene og ikke effekt av terapiene. Søkeresultatene gjorde likevel effektanalysene og de kvantitative analysene mulige, om enn ikke fullstendige. Dette kan være en svakhet ved analysen. Men søket er reproducerbart, noe som gir en viss reliabilitet. Funnene bærer ikke preg av tilfeldighet. Om hensikten hadde vært bare en undersøkelse vedr. effekt, kunne oppgaven ha blitt besvart gjennom et mer systematisk søk, knyttet til søkeordet effekt, systematiske reviewer og meta-analyser. Når det gjelder de kreative art-terapiene ser jeg imidlertid en fare for at jeg ikke ville ha kommet over de studiene som egentlig påviser en effekt, om jeg bare hadde begrenset søkene til systematiske reviewer. Dette gjelder både intervensjonsstudier uten kontrollgruppe og de kvalitative studiene, som, slik Eaton et al.(2007) påpeker, med fordel kan benyttes m.h.p. å besvare spørsmål omkring effektivitet. Noe min analyse av disse studiene bekrefter (for eksempel Persons (2009) og Coholic et al.(2009)).

Funnene som er gjort gjennom de kvantitative analysene i denne oppgaven og gjennomgangen av de systematiske analysene og meta-studiene bekrefter tidligere analyser på feltet (Spates et al.,2009); det er grunn til optimisme, når det gjelder effekt av behandlingen av barn med EMDR. Denne virkningen kan imidlertid være spesielt knyttet til behandlingen av type I-traumer (Rodenburg et al., 2009) og en kan ikke konkludere med en signifikant effekt, da behandlingen ble avsluttet når ønsket SUD eller VOC var nådd, ikke når barna hadde fått det bedre på en klinisk signifikant måte. Rodenburg et al. (2009) undrer seg også over om barn med traumer som ikke er så dypt forankert, responderer raskere på EMDR og at de gode effektresultatene er en konsekvens av dette. Adler-Tapia & Settle's (2009) studie viser imidlertid stødigere funn, også når det gjelder barn med type II-traumer. Gold standard -RCT-studiene som er nevnt i analysen som bekrefter effekt, behandler også barn med mer omfattende problematikk. En understreker imidlertid at disse resultatene kun gjelder PTSD-symptomer. Det er imidlertid enkelte studier som viser til at barnets omgivelser og stabiliteten i barnas livssituasjon påvirker bedringen av PTSD-symptomer. Effektiviteten i forhold til barn er dessuten også kun på antydningstadiet, fordi det er vanskelig å gjennomføre kliniske forsøk med små barn. Troskapen til EMDR-

protokollen, må antakelig også standardiseres m.h.p. å få frem mer konsistent metodologi og forskningsresultater. Disse uttalelsene er interessante, knyttet til mangel på randomisert kontrollert forskning innenfor de kreative art-terapistudiene, nettopp på grunn av manglende konsistens.

Analysen av mitt materiale viser at EMDR behandler flere barn med type-II traumer eller med en bredere problematikk, enn med type I-traumer. Behandlingen foregår i all hovedsak med individualterapi. Samtidig gir analysen tendenser i retning av at EMDR er mest effektiv i forhold til type I traumer, eller evt. som et supplement til andre metoder når det gjelder Type-II traumer hos barn. Når det blir henvist til EMDR som en nyttig metode i de systematiske reviewene blir EMDR for det meste nevnt som en selvstendig terapiform, også i forhold til barn med alvorlige traumelidelser. Det er et spørsmål om den kanskje i større grad kun bør bli vurdert som en metode, et supplement, hovedsakelig knyttet til behandling av konkrete ubehag. Behandlingen av barn med type II-problematikk krever en omfattende utredning, relasjonsoppbygging over tid står sentralt i behandlingen og tilnærmingen bør være eklektisk. Dieseth & Christie (2004) eller Entholdt & Yules (2006) og teoriene som jeg i denne oppgaven viser til, bekrefter dette.

Når det gjelder de kreative art-terapiene viser min analyse at disse terapiene i dette materialet hovedsakelig blir benyttet i forhold til type II traumer eller problematikk som er mer omfattende enn det som fremgår av beskrivelsen av type I traumer i EMDR-artikler. Den narrative beskrivelsen av problemrådene og de hendelsene barna har vært utsatt for, kan til dels være et grunnlag for at jeg har formulert en slik slutning. Funnet er ikke basert på diagnoser. Søkene og analysen av funnene viser også, noe som bekrefter Goodman et al.'s (2009) uttalelse, at det er lite vitenskapelig litteratur knyttet til kreative art-terapi, når det gjelder barn med PTSD. Slik det fremgår i denne oppgaven, ga bruken av søkeordet PTSD en vesentlig avgrensning i det kreative art-terapi materialet (fra 137 til 6 treff). Det kan virke som det i de kreative art-terapiene er behov for et sterkere fokus på diagnostisering, når det gjelder barn. Om ikke p.g.a. forskningen, der en lettere vil kunne tilfredsstille de målbare

kravene, så i alle fall for å kunne gi barnet den spesifikke behandlingen som det trenger. At barna i det kreative art-terapi materialet ikke beskrives med denne diagnosen, behøver imidlertid ikke å bety at en ikke regner barnet for traumatisert; den narrative beskrivelsen gir ofte et grunnlag for å egentlig kunne definere barnet slik. Også innen de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i Norge i dag, blir mye godt behandlingsarbeid basert på en skjønnsmessig vurdering av diagnose ut fra barnets atferd og foreldrenes beskrivelse, ikke på bakgrunn av testing. At en i de kreative art-terapiartiklene ikke har beskrevet denne diagnosen, kan skyldes at dette. Tradisjonelt blir de kreative art-terapiene gitt av behandlere som ikke har den kompetansen (psykologspesialist eller lege) som skal til for å kunne stadfeste barnets diagnose. Dette kan også ligge bak.

Analysen bekrefter Goodman et al. (2009) og Eaton et al. (2007)' konklusjoner, når det gjelder den overveldende mengden av case-studier i forhold til randomiserte kontrollerte studier og intervensjonsstudier, når det gjelder de kreative art-terapiene. En overraskelse var det imidlertid å finne frem til ytterligere randomiserte kontrollerte studier (Lyshak-Steltzer et al. (2007) og eldre RCT-studier i materialet til Reynolds et al. (2000), som Eaton et al. (2007) viser til. Lyshak-Steltzer (2007) viser til metodens effektivitet og fremhever også Chapman et al.(2001) studien som en studie som har mange styrker, men at det ikke alt for oppløftende resultatet kunne skyldes at det kun ble gitt en art-behandling til hvert barn. Min analyse bekrefter at det er mangel på metodisk spesifisitet innen de kreative art-terapiene, når det gjelder traumebehandling av barn, bl.a. knyttet til diagnoser. Analysen viser imidlertid at det er gjort flere kvalitative studier m.h.p. å se nærmere på de effektive metodeelementene innen kreative art-terapi. Eaton et al (2007) viser til det kunstige skillet som har oppstått mellom kvantitative og kvalitative studier, der de kvalitative er rangert under de kvantitative og vurderingen vedr. at kvalitative resultater ikke kan måles kvantitativt. Almengyldige faktorer som klientfaktorer eller relasjonsfaktorer er mer fruktbare mål, når det gjelder bruk av kvalitative målemetoder. Persons (2009) er et eksempel på dette.

Når det gjelder gruppeterapi viser analysen at EMDR materialet kun har tre studier (eller 12%) som omhandler dette. Alle studiene er knyttet til behandling av barn under naturkatastrofer. En benytter her EMDR-s gruppeterapiprotokoll, tilrettelagt for barn. I det kreative art-terapimaterialet er det i alt 42% som omhandler gruppeterapi, 12% som omhandler både individualterapi og gruppeterapi, mens de øvrige 16% fordeler seg på ”annet” eller meta-analyser og systematiske reviews. Den overveldende mengden av gruppeterapi innen de kreative art-terapiene kan gjenspeile at disse gir behandling til barn med type II-traumer eller multiproblematikk, eller at disse terapiformene tradisjonelt har et omfattende fokus på barnets gjenetablering i sine sosiale roller og omgangskrets. Noe den kvalitative analysen også gjenspeiler. Johnson (1987), vektlegger også denne delen av traumeterapien i de kreative art-terapiene.

Det er interessant å lese hvordan en i EMDR benytter sin gruppeterapiprotokoll (EMDR-IGTP) overfor små barn i katastrofeområder (Jarero et al. 2006, Zaghrou-Hodali & Dodgson, 2008). En tilpasser med tegning, trygg plass, bilder av ansikter for måling av SUD, en utelukker positiv og negativ kognisjon og har ”butterfly hug” som barna gjør selv, som den bilaterale stimuleringen. Metoden blir på denne måten veldig lik en kreativ art-terapi.

6. Avslutning

Min hypotese for studien var at EMDR og de kreative art-terapiene var tilnærmet like, når det gjaldt vesentlige metodiske elementer i behandlingen av traumer. Goodman et al. (2009) viser til at det er nødvendig med ytterligere forskning, når det gjelder barn, vedr. om det å uttrykke seg og mestre gjennom en kreativ tilnærming er tilstrekkelig, eller om en direkte eksponering til traumet er nødvendig m.h.p. å redusere symptomene.

Min studie har vist at det er vesentlige metodiske elementer i EMDR og de kreative art-terapiene som er tilnærmet like, spesielt når det gjelder den bilaterale stimuleringen og prosesseringen av det ikke adaptive materiale, frem mot en adaptiv løsning. Kanskje nettopp "the interrupted exposure" som Shapiro påpeker som et av de vesentligste elementene i EMDR-metoden, og den frie assosieringen, har flest fellestrekk med behandlingen som skjer i de kreative art-terapiene. Eksponeringen er beskrevet som mer direkte i EMDR og mer indirekte og gradvis i de kreative art-terapiene, begge gir imidlertid rom for variasjoner. Det er ikke noen tvil om at de sansemessige prosessene som i høy grad blir aktivert under traumebehandling i en kreativ art-terapi, om det er i dans, drama, musikk eller art, har i seg en eksponering; med mulighet for å regulere, slik EMDR-prosesseringen gir mulighet for. Goodman et al's (2009) utsagn vedr. "å uttrykke seg og mestre gjennom en kreativ tilnærming, eller om en direkte eksponering.." degraderer de kreative art-terapiene i forhold til andre terapier som CBT og EMDR, når det gjelder muligheten for eksponering.

Samtidig viser den resterende del av min analyse at de kreative art-terapiene ligger etter, når det gjelder diagnostisering, presisjon i behandlingen og metodisk spesifisitet. Det blir imidlertid gjort en del utmerket forskning, spesielt innen for det kvalitative området, som er viktig når det gjelder å vise at disse metodene har god effekt, også når det gjelder traumebehandling av barn.

Min problemstilling vedr. om de kreative art-terapiene kan dra nytte av forskningen, da spesielt komponentanalyseforskningen, som er gjort innen EMDR, bl.a. når det gjelder den bilaterale stimuleringen og ”interrupted exposure” i dokumenteringen av egen effektivitet, kan en antagelig svare ja på. De kreative art-terapiene har imidlertid enda et stykke å gå, når det gjelder utforming av større presisjon i behandlingen og forskningen, selv om det skjer mye på dette feltet, som gir en bevegelse i riktig retning.

Tabeller

Tabell 1: Rangering av artiklene innen de kreative art-terapiene etter ”hierarchy of evidence”

Tabell 2: Rangering av EMDR-artiklene etter ”hierarchy of evidence”.

Tabell 3: Oversikt over metastudier, reviews & andre studier

Tabell 4: Fordelingen av EMDR-artiklene og artiklene vedr. de kreative art-terapiene på single traume/multiple traumer/begge/ikke definert.

Tabell 5: Fordelingen av EMDR-artiklene vs. artiklene vedr. de kreative art-terapiene knyttet til gruppe- vs. individualterapi.

Tabell 6: Fordelingen av de kreative art-terapiartiklene (case-studiene) på kreativ terapiform.

Kildeliste

- Adler-Nevo, G., & Manassis, K. (2005). Psychosocial treatment of pediatric posttraumatic stress disorder: the neglected field of single-incident trauma. *Depression and Anxiety*, 22(4), 177-189.
- Adler-Tapia, R., & Settle, C. (2009). Evidence of the efficacy of EMDR with children and adolescents in individual psychotherapy: a review of the research published in peer-reviewed journals. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(4), 232-247.
- Ahlborg, T., & Strandmark, M. (2001). The baby was the focus of attention - first-time parents' experiences of their intimate relationship. . *Nordic college of Caring Sceinces, Scand J. Caring Sci*.
- Ahmad, A., Larsson, B., & Sundelin-Wahlsten, V. (2007). EMDR treatment for children with PTSD: Results of a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(5), 349-354.
- Ahmad, A., & Sundelin-Wahlsten, V. (2008). Applying EMDR on children with PTSD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(3), 127-132.
- AmericanArtTherapyAssociation. (2012). What is art therapy? Retrieved 15.04., 2012, from www.arttherapy.org/about.html.
- AmericanDanceTherapyAssociation. (2012). What is Dance Therapy? Retrieved 15.04., 2012, from www.adta.org/about/who.cfm.
- AmericanMusicTherapyAssociation. (2012). Music Therapy makes a difference: What is music therapy? Retrieved 14.04.12, 2012, from <http://www.musictherapy.org/about/musictherapy/>
- AmericanPsychiatricAssociation. (1994). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4 ed.). Washington DC.
- AmericanPsychiatricAssociation. (2000). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*.
- AmericanPsychologicalAssociation. (2011). Society for the Psychology of Aesthetics, Creativity and the Arts (Division 10). Retrieved 12.10.11. http://apa.org/about/division/div_10.aspx
- AmericanPsychologicalAssociation. (2011). PsycINFO(R) Database Guide. Retrieved 06.10.11. <http://www.ovid.com/site/products/ovidguide/psycdb.htm>.
- Arrington, D., & Yorgin, P. D. (2001). Art Therapy as a cross-cultural means to assess psychosocial health in homeless and orphaned children in Kiev. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 18(2), 80-88.
- Atwood, J. D., & Donheiser, G. (1997). Me and my shadow; Therapy with sexually abused preadolescents. *Contemporary Family Therapy*, 19(2), 195-208.
- Aveyard, H. (2010). *Doing a Literature Review in Health and Social Care. A Practical Guide*. (Second ed.): Open University Press.
- B., F. E., & Meadows, E. (1997). Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder: a critical review. *Annu Rev Psychol*, 48, 449-480.
- Ball, B. (2002). Moments of change in the art therapy process. *The Arts in Psychotherapy*, 29(2), 79-92.
- Beer, R., & Bronner, M. B. (2010). EMDR in paediatrics and rehabilitation: An effective tool for reduction of stress reactions? *Developmental Neurorehabilitation*, 13(5), 307-309.
- Ben-Asher, S., Koren, B., Tropea, E. B., & Fraenkel, D. (2002). Case study of a

- Five Year-Old Israeli Girl in Movement Therapy with Case Discussion. *American Journal of Dance Therapy*, 24(1), 27-43.
- Berberian, M. (2003). Communal Rebuilding After Destruction: The World Trade Center Children's Mural Project. *Psychoanalytic Social Work*, 10(1), 27-41.
- Bergmann, K. (2002). The soul of trauma; music therapy in a post-war environment. *Australian Journal of Music Therapy*, 13, 3-16.
- Borge, A. I. H. (Ed.). (2007). *Resiliens i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Boudewyns, P. A., & Hyer, L. A. (1990). Physiological response to combat memories and preliminary treatment outcome in Vietnam veteran PTSD patients treated with direct therapeutic exposure. *Behavior Therapy*, 21, 63-87.
- Boudewyns, P. A., & Hyer, L. A. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as treatment for post-traumatic stress disorder (PTSD). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3, 185-195.
- Brewin, C. R. (2003). *Posttraumatic Stress Disorder. Malady or Myth?* New Haven London: Yale University Press.
- Brewin, C. R., Dalgliesh, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of post traumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.
- Brom, D., Kleber, R. J., & Defares, P. B. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 607-612.
- Bronner, M. B., Beer, R., Van Zelm van Eldik, M. J., Grootenhuis, M. A., & Last, B. F. (2009). Reducing acute stress in a 16-year old using trauma-focused cognitive behavior therapy and eye movement desensitization and reprocessing. *Developmental Neurorehabilitation*, 12(3), 170-174.
- Buck, H. L. (2002). Rebuilding the bridge: An Arab-American art therapist responds to 9/11. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 19(4), 164-167.
- Buschel, B. S., & Madsen, L. H. (2006). Strengthening connections between mothers and children: Art therapy in a domestic violence shelter. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 13(1), 87-108.
- Carey, L. (Ed.). (2006). *Expressive and Creative Arts Methods for Trauma Survivors*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Cassity, M. D., & Theobald, K. A. K. (1990). Domestic violence; assessments and treatments employed by music therapists. *Journal of Music Therapy*, 27(4), 179-194.
- Chapman, L., Morabito, D., Ladakos, C., Schreier, H., & Knudson, M. M. (2001). The effectiveness of art therapy interventions in reducing post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms in pediatric trauma patients. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 18(2), 100-104.
- Chazan, S., & Cohen, E. (2010). Adaptive and defensive strategies in post-traumatic play of young children exposed to violent attacks. *Journal of Child Psychotherapy*, 36(2), 133-151.
- Chemtob, C. M., Nakashima, J., & Carlson, J. G. (2002). Brief treatment for elementary school children with disaster-related posttraumatic stress disorder: A field study. *Journal of Clinical Psychology*, 58(1), 99-112.
- Chilcote, R. L. (2007). Art therapy with child tsunami survivors in Sri Lanka. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 24(4), 156-162.
- Clements, P. T. J., Benasutti, K. M., & Henry, G. C. (2000). Drawing from experience: Using drawings to facilitate communication and understanding

- with children exposed to sudden traumatic deaths. *Journal of psychosocial Nursing and Mental health Services.*, 39(12), 13-20.
- Coholoc, D., Loughheed, S., & Cadell, S. (2009). Exploring the helpfulness of arts-based methods with children living in foster care. *Traumatology*, 15(3).
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., et al. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-397.
- Devilly, G., J., & Brown, L. (2011). The role of imagery rehearsal with and without eye movements in the creation of false memories. *Psychology, Crime & Law*, 17(6), 529-543.
- Diseth, T. H., & Christie, H. J. (Nordic Journal of Psychiatry.). Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents - an overview of assessment tools and treatment principles. *Nordic Journal of Psychiatry.*, 59(4), 278-292.
- Dyregrov, K., & Dyregrov, A. (2008). *Krisepsykologi i praksis*: Fagbokforlaget.
- Eaton, L. G., Doherty, K. L., & Widrick, R. M. (2007). A review of research and methods used to establish art therapy as an effective treatment method for traumatized children. *The Arts in Psychotherapy.*, 34(3), 256-262.
- Ehnholt, K. A., & Yule, W. (2006). Practitioner Review: Assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.*, 47(12), 1197-1210.
- Fernandez, I. (2007). EMDR as treatment of post-traumatic reactions: A field study on child victims of an earthquake. *Educational and Child Psychology.*, 24(1), 65-72.
- Fletcher, K. (2003). *Childhood Posttraumatic Disorder*. in: Mash, Eric J. (red.) *Child Psychopathology. Second edition. (242-276)*. (2. ed.): The Guilford Press.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (Eds.). (2009). *Effective Treatments for PTSD. Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. (Second ed.). New York, London: The Guilford Press.
- Foa, E. B., & Meadows, E. A. (1997). Psychosocial Treatments for Posttraumatic Stress Disorder: A Critical Review. *Annu. Rev. Psychol.*, 48(449-480).
- Franks, B. A. (2011). Moving targets: a developmental framework for understanding children's changes following disasters. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 32, 58-69.
- Gerteisen, J. (2008). Monsters, monkeys, & madalas: Art therapy with children experiencing the effects of trauma and fetal alcohol spectrum disorder (FASD). *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 25(2), 90-93.
- Gil, E. (2006). *Helping abused and traumatized children; Integrating directive and nondirective approaches*. New York: Guilford Press.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. . New York. Aldine.
- Gonzales-Dolginko, B. (2003). Art therapists are increasingly dealing with trauma: Let's make sure we're all prepared. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 20(2), 106-109.
- Goodman, R., Chapman, L. M., & Linda, G. (2009). *Creative Art Therapies for Children*. in: Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J. & Cohen (red): *Effective Treatments for PTSD, Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies, Second Edition. (491-507)*. New York, London:

The Guilford Press.

- Greenwald, R. (2000). A trauma-focused individual therapy approach for adolescents with conduct disorder. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 44(2), 146-163.
- Grimen, H., & Terum, L. i. (Eds.). (2009). *Evidensbasert Profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Haen, C. (2005). Rebuilding Security: group therapy with Children Affected by September 11. *International Journal of Group Psychotherapy*, 55(3), 391-414.
- Haen, C., & Brannon, K. H. (2002). Superheroes, monsters, and babies: Roles of strength, destruction and vulnerability for emotionally disturbed boys. *The Arts in Psychotherapy*, 29(1), 31-40.
- Haen, C., & Weber, A. M. (2009). Beyond retribution: working through revenge fantasies with traumatized young people. *The Arts in Psychotherapy*, 36(2), 84-93.
- Harber, K. (2011). Creating a framework: Art Therapy elicits the narrative. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 28(1), 19-25.
- Harris, D. A. (2007). Pathways to embodied empathy and reconciliation after atrocity: Former boy soldiers in a dance/movement therapy group in Sierra Leone. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work & Counselling in Areas of armed Conflict*, 5(3), 203-231.
- Harris, D. A. (2009). The paradox of expressing speechless terror: Ritual liminality in the creative arts therapies' treatment of posttraumatic stress. *The Arts in Psychotherapy*, 36(2), 94-104.
- Henley, D. (2005). Attachment disorders in post-institutionalized adopted children: Art therapy approaches to reactivity and detachment. *The Arts in Psychotherapy*, 32(1), 29-46.
- Hensel, T. (2009). EMDR with children and adolescents after single-incident trauma: An intervention study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(1), 2-9.
- Howie, P., Burch, B., Conrad, S., & Shambaugh, S. (2002). Releasing trapped images: Children grapple with the reality of the September 11 attacks. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 19(3), 100-105.
- Hussey, D. L., Reed, A. M., Layman, d. L., & Pasiali, V. (2006). Music therapy and complex trauma: A protocol for developing social reciprocity. *Residential Treatment for Children & Youth*, 24(1-2), 111-129.
- Høgberg, G., & Hællstrøm, T. (2008). Active multimodal psychotherapy in children and adolescents with suicidality: Description, evaluation and clinical profile. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(3), 435-448.
- Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Zand, S. O., & Dolatabadi, S. (2004). A Comparison of CBT and EMDR for Sexually-abused Iranian Girls. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(5), 358-368.
- Janet, P. (1904). L'amnesie et la dissociations des souvenirs par l'emotion. *Journal de Psychologie*, 1, 417- 453.
- Jarero, I., Artigas, L., & Hartung, J. (2006). EMDR integrative group treatment protocol: A postdiaster trauma intervention for children and adults. *Traumatology*, 12(2), 121-129.
- Jarero, I., Artigas, L., Montero, M., & Lopez, L. (2008). The EMDR integrative group treatment protocol: Application with child victims of a mass disaster. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2), 97-105.

- Jensen, T. K. (2011). Posttraumatisk stress hos barn og unge - forståelse og prinsipper for behandling. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48(48), 57-63.
- Johnson, D. R. (1987). The role of the creative arts therapies in the diagnosis and treatment of psychological trauma. *The Arts in Psychotherapy*, 14, 7-13.
- Johnson, D. R., Lahad, M., & Gray, A. (2009). *Creative Therapies for Adults in: Foa, E.B., Keane, T.M., Freidman, M.J. & Cohen (red): Effective Treatments for PTSD, Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies, Second Edition. (479-490)*. New York & London: The Guilford Press.
- Jolley, R. P., & Vulic-Prtoric, A. (2001). Croatian children's experience of war is not reflected in the size and placement of emotive topics in their drawings. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(1), 107-110.
- Kemp, M., Drummond, P., & McDermott, B. (2010). A wait-list controlled pilot-study of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for children with post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms from motor vehicle accidents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(1), 5-25.
- Klorer, P. (2000). *Expressive therapy with troubled children*. Northvale: N:J. Aronson.
- Klorer, P. (2003). *Sexually abused children. Group approaches*. In: Malchiodi, C.A. (ed.) *Handbook of art therapy. (339-350)*. New York: Guilford press.
- Klorer, P. G. (2005). Expressive Therapy with Severely Maltreated Children: Neuroscience Contributions. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 22(4), 213-220.
- Kozlowska, K., & Hanney, L. (2001). An art therapy group for children traumatized by parental violence and separation. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 6(1), 49-78.
- Kristjansdottir, K., & Lee, C. W. (2011). A comparison of visual versus auditory concurrent tasks on reducing the distress and vividness of aversive autobiographical memories. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(2), 34-41.
- Kuiken, D., Chudleigh, M., & Racher, D. (2010). Bilateral Eye Movements, Attentional Flexibility and Metaphor Comprehension: The Substrate of REM Dreaming? *Dreaming*, 20(4), 227-247.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det Kvalitative Forskningsintervju. (Second ed.)*. Oslo.: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lantz, J., & Raiz, L. (2003). Play and Art in Existential Trauma Therapy with Children and Their Parents. *Contemporary Family Therapy: An international Journal*, 25(2), 165-177.
- Last, C. G., Perrin, S., Hersen, M., & Kazdin, A. (1992). DSM-III-R Anxiety Disorders in Children: Sociodemographic and Clinical Characteristics. *Journal of American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1070-1076.
- Liebermann, A. F., Van Horn, P. J., & Ippen, C. G. (2005). Towards evidence based treatment: Child-parent psychotherapy for preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1241-1248.
- Linesh, D. (2002). Art therapy students collect children's drawings: Parallel responses to September 11. *The Arts in Psychotherapy*, 29(3), 155-157.
- Lyshak-Stelzer, F., Singer, P., St.John, P., & Chemtob, C. m. (2007). Art therapy for adolescents with posttraumatic stress disorder symptoms: A pilot study. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 24(4), 163-169.

- Madrid, A., Skolek, S., & Shapiro, F. (2006). Repairing Failures in Bonding Through EMDR. *Clinical Case Studies*, 5(4), 271-286.
- Malchiodi, C. A. (Ed.). (2008). *Creative Interventions with Traumatized Children*: The Guilford Press.
- Mallay, J. N. (2002). Art Therapy, an effective outreach intervention with traumatized children with suspected acquired brain injury. *The Arts in Psychotherapy*, 29(3), 159-172.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative Metoder i Medisinsk Forskning. En innføring*. (Second ed.): Universitetsforlaget.
- Masten, A., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.
- Maxfield, L., Lake, K., & Hyer, L. (2004). Some Answers to Unanswered Questions about the Empirical Support for EMDR in the treatment of PTSD. *Traumatology*, 10(2), 73-89.
- McCullough, C. (2009). A child's use of transitional objects in art therapy to cope with divorce. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 26(1), 19-25.
- McLaughlin, K. (2009). Marrying together music therapy and participant observation: Helping four mothers and their children come together. *Infant Observation*, 12(2), 187-205.
- Monti, D. A., Peterson, C., Kunkel, E. J. S., Hauck, W. W., Pequinot, E., & Rhodes, L. e. a. (2002). A randomized, controlled trial of mindfulness based art therapy (MBAT) for women with cancer. *Psycho-Oncology*, 15(15), 363-373.
- Mulrow, C. D. (1994). Systemic reviews; rationale for systematic reviews. *British medical Journal*, 309, 597-599.
- NationalCoalitionofCreativeArtsTherapiesAssociations. (2007). Retrieved from <http://www.expressivemedia.org/iah>
- NationalLibraryofMedicine. (2011). Ovid MEDLINE Database Guide. Retrieved 06.10.11
- Nilsson, D., & Wadsby, M. (2010). Symbol drama, a psychotherapeutic method for adolescents with dissociative and PTSD symptoms: A pilot study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2010(3), 308-321.
- Noblit, G. W., & Hare, R. D. (1988). *Meta-Ethnography: Synthesizing Qualitative Studies. Qualitative Research Methods Series 11*. (Vol. Volume 11). Newbury Park, Beverly Hills, London, New Delhi: Sage Publications.
- Nybrodahl, S. T., & Håkonsen, H. O. (2012). Hjernens oppbygning og virkemåte. Retrieved 17.04.12, 2012, from http://home.online.no/-steinny/Kap.1/hjernens_oppbygning.htm
- Oras, R., de Ezpeleta, S. C., & Ahmad, A. (2004). Treatment of traumatized refugee children with Eye Movement Desensitization and Reprocessing in a psychodynamic context. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(3), 199-203.
- Ottarsdottir, U. (2010). Writing-Images. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 27(1), 32-39.
- Packman, W. L., Beck, V. L., VanZutphen, K. H., Long, J. K., & Spengler, G. (2003). The human figure drawing with donor and nondonor siblings of pediatric bone marrow transplant patients. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 20(2), 83-91.
- Paterson, B. L., Thorne, S. E., Canam, C., & Jillings, C. (2001). *Meta-Study of Qualitative Health Research. A Practical Guide to Meta-Analysis and Meta-*

- Synthesis*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- Peniston, E. G. (1986). EMG biofeedback-assisted desensitization treatment for Vietnam combat veterans post-traumatic stress disorder. *Clinical Biofeedback Health*, 9, 35-41.
- Persons, R. W. (2009). Art therapy with serious juvenile offenders: A phenomenological analysis. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 53(4), 433-453.
- Pifalo, T. (2002). Pulling out the thorns: Art therapy with sexually abused children and adolescents. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 19(1), 12-22.
- Pifalo, T. (2006). Art Therapy with Sexually Abused Children and Adolescents: Extended Research Study. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 23(4), 181-185.
- Pifalo, T. (2007). Jogging the cogs: Trauma-focused art therapy and cognitive behavioral therapy with sexually abused children. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 24(4), 170-175.
- Pike, A., & Plomin, R. (1996). Importance of Nonshared Environmental Factors for Childhood and Adolescent Psychopathology. *Journal of American Academy for Child and Adolescent Psychiatry*, 35(5), 560-570.
- Pretorius, G., & Pfeiffer, N. (2010). Group art therapy with sexually abused girls. *South African Journal of Psychology*, 40(1), 63-73.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., & Piacentini, J. C. (1999). A Developmental Psychopathology Model of Childhood Traumatic Stress and Intersection with Anxiety Disorders. *Biological Psychiatry*, 46, 1542-1554.
- Rabenstein, S., & Lehmann, P. (2000). Mothers and children together: A family group treatment approach. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 3(1), 185-205.
- Rasmussen, L. L. (2001). Integrating cognitive-behavioral and expressive therapy interventions: Applying the Trauma Outcome Process in treating children with sexually abusive behavior problems. *Journal of Child Sexual Abuse: research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 10(4), 1-29.
- Reynolds, M. W., Nabors, L., & Quinlan, A. (2000). The Effectiveness of Art Therapy: Does it Work? *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 17(3), 207-213.
- Ribchester, T., Yule, W., & Duncan, A. (2010). EMDR for childhood PTSD after road traffic accidents: Attentional, memory, and attributional processes. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(4), 138-147.
- Riley, S. (2001). *Group process made visible; group art therapy*. Philadelphia: Runner-Routledge.
- Robarts, J. (2006). Music Therapy with Sexually Abused Children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(2), 249-269.
- Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A. M., & Stams, G. J. (2009). Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 599-606.
- Rodenburg, R., Benjamin, A., Meijer, A. M., & Jongeneel, R. (2009). Eye movement desensitization and reprocessing in an adolescent with epilepsy and mild intellectual disability. *Epilepsy & Behavior*, 16(1), 175-180.
- Rosner, R., Kruse, J., & Hagl, M. (2010). A meta-analysis of interventions for bereaved children and adolescents. *Death Studies*, 34(2), 99-136.

- Rothchild, B. (2000). *The Body Remembers; The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. New York, London: W.W. Norton & Company.
- Rubin, A., Bishofshausen, S., Conroy-Moore, K., Dennis, B., Hastie, M., Melnick, L., et al. (2001). The effectiveness of EMDR in a child guidance center. *Research on Social Work Practice*, 11(4), 435-457.
- Schiffer, F. (2000). Can the Different Cerebral Hemispheres Have Distinct Personalities? Evidence and Its Implications for Theory and Treatment of PTSD and Other Disorders. *Journal of Trauma and Dissociation*, 1(2), 83-104.
- Schiffer, F., Teicher, F., & Papanicolou, A. (1995). Evoked potential evidence for right brain activity during the recall of traumatic memories. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 7, 169-175.
- Schreier, H., Ladakos, C., Morabito, D., Chapman, L., & Knudson, M. (2005). Posttraumatic Stress Symptoms in Children after Mild to Moderate Pediatric Trauma: A Longitudinal Examination of Symptom Prevalence, correlates, and Parent-Child Symptom Reporting. *The Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care*, 58(2), 353-363.
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Basic Principles, Protocols, and Procedures*. (Second ed.). New York, London.: The Guilford Press.
- Sheller, S. (2007). Understanding insecure attachment: A study using children's birth nest Imagery. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 24(3), 119-127.
- Spates, R. C., Koch, E., Cusack, K., Pagato, S., & Waller, S. (2009). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. in: Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J. & Cohen (red): *Effective Treatments for PTSD, Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies, Second Edition*. (279-305) New York & London: The Guilford Press.
- Steele, W. (2007). When Cognitive Interventions Fail with Children of Trauma: Memory, Learning, and Trauma Intervention. Retrieved from <http://www.tlcinst.org/cognitiveinterventions.html>
- Strehlow, G. (2009). The use of music therapy in treating sexually abused children. *Nordic Journal of Music Therapy*, 18(2), 167-183.
- Talwar, S. (2007). Accessing traumatic memory through art making: an art therapy trauma protocol (ATTP). *The Arts in Psychotherapy*, 34(1), 22-35.
- Terr, L. (1981). Psychic Trauma in Children; Observations Following the Chowchilla School-Bus Kidnapping. *American Journal of Psychiatry*, 138(1), 14-19.
- Terr, L. (1991). Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Testa, N., & McCarthy, J. B. (2004). The Use of Murals in Preadolescent Inpatient Groups: An Art Therapy Approach to Cumulative Trauma. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 21(1), 38-41.
- TheFreeDictionary. (2012), from <http://encyclopedia.thefreedictionary.com>
- Thorne, S., Jensen, L., Kearney, M. H., Noblit, G., & Sandelowski, M. (2004). Qualitative Matasynthesis: Reflections on Methodological Orientation and Ideological Agenda. *Qualitative Health Research* <http://qhr.sagepub.com/>, 14:1342. doi: 10.1177/1049732304269888
- Tinker, R. H., & Wilson, S. A. (1999). *Through the Eyes of a Child. EMDR with*

- Children*. New York - London.: W.W. Norton & Company.
- Tortura, S. (2010). Ways of seeing: An early childhood integrated therapeutic approach for parents and babies. *Clinical Social Work Journal.*, 38(1), 37-50.
- Tuffnell, G. (2005). Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of pre-adolescent children with post-traumatic symptoms. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10(4), 587-600.
- Tull, M. (2012). About.com Post Traumatic Stress (PTSD) Retrieved 19.04., 2012, from http://ptsd.about.com/od/glossary/g/Mind_def-htm
- van den Hout, M. A., Engelhard, I. M., Smeets, M. A. M., Hornsveld, H., Hoogeveen, E., de Heer, E., et al. (2010). Counting during recall: Taxing of working memory and reduced vividness and emotionality of negative memories. *Applied Cognitive Psychology.*, 24(3), 303-311.
- van der Kolk, B. A. (1996). *The body keeps the score; Approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder.* in: van der Kolk, B., McFarlane, A.C. & Weisæth, L. (red.) *Traumatic Stress. The Effects of overwhelming Experience on Mind, Body and Society.* (214-241). New York & London: The Guilford Press.
- van der Kolk, B. A., & van der Hart, O. (1991). The intrusive past; The flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago.*, 48, 425-454.
- Waaktaar, T., & Christie, H. J. (2000). *Styrk sterke sider. Håndbok i resiliencegrupper for barn med psykososiale belastninger.* Kommuneforlaget.
- Waaktaar, T., Christie, H. J., & Torgersen. (2004). How can Young People's Resilience be Enhanced? Experience from a Clinical Intervention Project. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1359-1045.
- Wethington, H. R., Robert, A., Fuqua-Whitley, D. S., Sipe, T. A., Crosby, A. E., Johnson, R. L., et al. (2008). The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(3), 287-313.
- Willemsen, H., & Anscombe, E. (2001). Art and play group therapy for pre-school children infected and affected by HIV/AIDS. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 6(3), 339-350.
- Wilson, J. P., & Keane, T. M. (Eds.). (2004). *Assessing Psychological Trauma and PTSD. Second edition.* New York London: The Guilford Press.
- Winn, L. (1994). *Post traumatic stress disorder and drama-therapy; treatment and risk reduction.* P.A./London: Jessica Kingsley.
- Wooliams, M., Williams, K., Butcher, D., & Pye, J. (2009). "Be More Critical". A Practical guide for Health and Social Care students: Oxford Brookes University, School of Health and Social Care.
- WorldHealthOrganisation. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders.* Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health. .
- Zaghrou-Hodali, M., Alissa, F., & Dodgson, P. W. (2008). Building resilience and dismantling fear: EMDR group protocol with children in an area of ongoing trauma. *Journal of EMDR Practice and Research.*, 2(2), 106-113.
- Öst, L.-G. (1987). Age of Onset in Different Phobias. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(3), 223-229.