

# Emosjonell aktivering og unngåelse hos barn og ungdom som mottar traumefokusert kognitiv atferdsterapi

Karen Wallem Anundsen og Marie Berg Oppedal



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

April 2021



**Emosjonell aktivering og unngåelse hos  
barn og ungdom som mottar  
traumefokusert kognitiv atferdsterapi**

© Karen Wallem Anundsen og Marie Berg Oppedal

2021

Emosjonell aktivering og unngåelse hos barn og ungdom som mottar traumefokusert kognitiv atferdsterapi

Karen Wallem Anundsen og Marie Berg Oppedal

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

**Forfattere:** Karen Wallem Anundsen og Marie Berg Oppedal

**Tittel:** Emosjonell aktivering og unngåelse hos barn og ungdom som mottar traumefokusert kognitiv atferdsterapi.

**Hovedveileder:** Marianne Skogbrott Birkeland. Biveileder: Tine Jensen.

**Bakgrunn:** Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) er en evidensbasert behandling for barn og unge med posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Det er imidlertid få studier som har undersøkt hvilke terapeutiske prosesser som henger sammen med behandlingsutfall hos barn og unge som mottar TF-CBT. I denne studien undersøker vi nivå og endringsforløp av emosjonell aktivering og unngåelse hos barn og unge under eksponeringsarbeidet i TF-CBT, og hvorvidt nivå og endringsforløp av emosjonell aktivering og unngåelse i de narrative timene henger sammen med endring i posttraumatiske stressymptomer (PTSS).

**Metode:** Hovedoppgaven er basert på lydopptak fra implementeringsstudien "*Behandling av traumatiserte barn og unge, TF-CBT - implementering 2012-2017*" som ble gjennomført ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Utvalget besto av 87 barn og ungdom (12-19 år) med traumatiske erfaringer og PTSS over klinisk nivå. Deltagerne var pasienter ved BUP og mottok TF-CBT. Vi kodet lydopptak av inntil seks tilgjengelige timer under eksponeringsarbeidet, og benyttet kodemanualen CHANGE. Vekstkurveanalyser ble benyttet for å undersøke sammenhenger mellom startnivå og endringsforløp av de to variablene emosjonell aktivering og unngåelse og endring i PTSS. Regresjonsanalyser ble brukt for å undersøke hvorvidt unngåelse kan være en moderator for sammenhengen mellom emosjonell aktivering og endring i PTSS.

**Resultater:** Resultatene viste en sammenheng mellom startnivå av emosjonell aktivering i de narrative timene og etterfølgende endring i PTSS. Vi fant et moderat startnivå av emosjonell aktivering og en liten nedgang over de narrative timene. Videre fant vi et lavt startnivå av unngåelse, men ingen signifikant endring over de narrative timene. Det var ingen signifikante sammenhenger mellom nivå og endringsforløp av unngåelse og endring i PTSS. Vi fant ikke støtte for at unngåelse i starten av bearbeidingsfasen modererer sammenhengen mellom startnivå av emosjonell aktivering og endring i PTSS.

**Konklusjon:** Studien indikerer at barn og ungdom som er emosjonelt aktivert når de arbeider med eksponering til traumehistorien sin opplever nedgang i PTSS. Det at mange av

ungdommene opplevde et lavt nivå av unngåelse i de narrative timene kan tyde på at ferdighetstreningen og den gradvise eksponeringen i TF-CBT har vært en hensiktsmessig forberedelse på det narrative arbeidet. Flere studier bør undersøke hvilke terapeutiske prosesser i eksponeringsarbeidet som bidrar til endring i PTSS hos barn og ungdom som mottar TF-CBT.

# Forord

Arbeidet med hovedoppgaven har vært en lærerik og utfordrende prosess. Vi er takknemlige for at vi har fått et innblikk i terapitimer hvor barn og ungdom forteller om traumehistoriene sine. Det har vært både krevende og meningsfullt å lytte til over hundre timer med traumebehandling. Vi har først og fremst blitt dypt berørt av motet til ungdommene i terapiprosessen. Vi har fått innsikt i terapi med traumatiserte barn og ungdom, og vi tar med oss denne kunnskapen videre i arbeidet som kommende psykologer.

Vi ønsker først og fremst å takke våre veiledere Marianne Skogbrott Birkeland og Tine Jensen for støtte, konstruktive tilbakemeldinger og faglig engasjement. Takk for at dere har delt av deres tid og kunnskap og svart på våre utallige spørsmål. Vi ønsker særlig å rette en stor takk til Marianne for kodesamarbeid og metodeveiledning. Vi ønsker også å takke Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) for at vi fikk lytte til terapitimer fra forskningsprosjektet *“Behandling av traumatiserte barn og unge, TF-CBT - implementering 2012-2017”* og bruke datamaterialet som grunnlag for hovedoppgaven vår. Vi setter stor pris på muligheten til å lære av dyktige terapeuter. Vi ønsker særlig å takke ungdommene som har bidratt i forskningsprosjektet og delt traumehistoriene sine. Vi ønsker også å rette en stor takk til familie og venner for støtte, oppmuntring og hjelp til korrekturlesing. Til slutt ønsker vi å takke hverandre for samarbeidet og samholdet i arbeidet med hovedoppgaven og vennskapet gjennom 6 år med studier.

Karen Wallem Anundsen og Marie Berg Oppedal

Oslo, april 2021





# Innholdsfortegnelse

<b>1 INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN.....	1
1.1.1 <i>Formålet med oppgaven</i> .....	3
1.2 PTSS HOS BARN OG UNGDOM.....	3
1.3 BEHANDLING AV PTSS HOS BARN OG UNGDOM.....	6
1.3.1 <i>Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT)</i> .....	6
1.3.2 <i>Forskning på TF-CBT</i> .....	8
1.3.3 <i>Hva henger sammen med endring i TF-CBT?</i> .....	8
1.4 EMOSJONELL AKTIVERING.....	10
1.4.1 <i>Sammenhengen mellom emosjonell aktivering og PTSS</i> .....	12
1.5 UNNGÅELSE.....	14
1.5.1 <i>Definisjon av unngåelse</i> .....	14
1.5.2 <i>Sammenhengen mellom unngåelse og PTSS</i> .....	16
1.6 PROBLEMSTILLING.....	18
<b>2 METODE</b> .....	<b>20</b>
2.1 IMPLEMENTERINGSSTUDIEN VED NKVTS.....	20
2.2 UTVALG.....	21
2.3 PROSEDYRE.....	22
2.4 ETISKE BETRAKTNINGER.....	24
2.5 INSTRUMENTER.....	24
2.5.1 <i>Uavhengige variabler</i> .....	24
2.5.2 <i>Avhengige variabler</i> .....	25
2.6 STATISTISKE ANALYSER.....	27
2.6.1 <i>Forundersøkelser</i> .....	29
<b>3 RESULTATER</b> .....	<b>30</b>
3.1 PTSS GJENNOM BEHANDLINGSFORLØPET.....	30
3.2 HOVEDANALYSER.....	31
<b>4 DISKUSJON</b> .....	<b>37</b>

4.1 STARTNIVÅ OG ENDRINGSFORLØP AV EMOSJONELL AKTIVERING OG UNNGÅELSE I DE NARRATIVE TIMENE .....	37
4.2 SAMMENHENG MELLOM EMOSJONELL AKTIVERING OG PTSS.....	38
4.3 SAMMENHENG MELLOM UNNGÅELSE OG PTSS.....	43
4.3.1 Metodologiske årsaker til nullfunn .....	45
4.4 STUDIENS STYRKER OG SVAKHETER.....	47
4.4.1 Studiens design og analyser .....	47
4.4.2. Begrepsvaliditet .....	48
4.4.3 Reliabilitet .....	49
4.4.4 Generaliserbarhet .....	50
4.5 KLINISKE IMPLIKASJONER OG VIDERE FORSKNING .....	50
<b>5 KONKLUSJON .....</b>	<b>53</b>
<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>54</b>
<b>VEDLEGG / APPENDIKS .....</b>	<b>0</b>
VEDLEGG 1 .....	1
VEDLEGG 2 .....	35
VEDLEGG 3 .....	36
VEDLEGG 4 .....	38

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Mange barn og ungdom opplever potensielt traumatiserende hendelser, og blant disse utvikler noen symptomer på posttraumatisk stresslidelse (PTSD). En nasjonal undersøkelse med deltagere i alderen 18-19 år har vist at 23% har blitt utsatt for seksuell vold i oppveksten, mens 21% har blitt utsatt for fysisk vold fra minst en av foreldrene sine og 8% har sett eller hørt fysisk partnervold mot en av foreldrene sine i oppveksten (Mossige & Stefansen, 2016). Studien viser at omtrent 1 av 10 jenter og 2% av gutter har blitt utsatt for voldtekt. En nyere nasjonal undersøkelse med deltagere i alderen 12-16 år har vist at omtrent 1 av 20 har opplevd alvorlig fysisk vold og 1 av 5 har opplevd mindre alvorlig fysisk vold i oppveksten, mens omtrent 1 av 5 har opplevd seksuelle krenkelser fra jevnaldrende og 1 av 20 har blitt utsatt for seksuelle overgrep fra en voksen (Hafstad & Augusti, 2019). PTSD hos barn og ungdom kan føre til et betydelig funksjonsfall i dagliglivet. Forskning har vist at traumatiske erfaringer som vold og overgrep i barne- og ungdomsårene kan påvirke emosjonell og sosial fungering, relasjoner, skoleprestasjoner og fysisk og psykisk helse (Dworkin, 2018; Ford et al., 2010; Gerson & Rappaport, 2013; Green et al., 2010; Lepore et al., 2013; Lewis et al., 2019; Springer et al., 2007; Strøm, Thoresen, Wentzel-Larsen & Dyb, 2013; Thoresen & Hjemdal, 2014; Vibhakar et al., 2019). Flere studier har også vist at traumatiske erfaringer i barndom er knyttet til nedsatt livskvalitet, søvnvansker, hodepine, skolefravær og redusert deltagelse i arbeidslivet (Dyb et al., 2015; Hafstad & Augusti, 2019; Liu et al., 2013; Strøm, Thoresen, Wentzel-Larsen, Hjemdal et al., 2013). Ettersom traumatiske erfaringer i barndom er et utstrakt problem, er det nødvendig å kunne tilby virksomme behandlingsmetoder til barn med traumerelaterte plager.

Forskning har vist at traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) er en virksom behandling for barn og ungdom med symptomer på posttraumatisk stress (PTSS) (de Arellano et al., 2014; Dorsey et al., 2017; Goldbeck et al., 2016; Jensen et al., 2014). TF-CBT er anbefalt i internasjonale retningslinjer for behandling av PTSS over klinisk nivå hos barn og unge (International Society for Traumatic Stress Studies [ISTSS], 2018; National Institute for Clinical Excellence [NICE], 2018), og det arbeides med å implementere behandlingsmetoden i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) i Norge. TF-CBT er en manualbasert behandlingsform for traumatiserte barn og ungdom og foreldrene deres. Behandlingsformen

inkluderer komponentene psykoedukasjon, styrking av foreldreferdigheter, stressmestring, følelsesregulering, kognitiv mestring, traumenarrativ, kognitiv prosessering, in-vivo mestring av traumepåminnere, fellessamtaler med barn og foreldre og styrking av fremtidig sikkerhet og videre utvikling (Cohen et al., 2018). Behandlingen vektlegger gradvis eksponering til traumeminnet og parallelt foreldrearbeid. Ettersom TF-CBT viser god effekt i behandling av barn og ungdom med PTSS, brukes behandlingsmetoden i dag ved mange BUP-er i Norge. Det er samtidig noen barn som ikke har effekt av TF-CBT. Studier viser at omtrent ett av fem barn oppfyller kriteriene for en PTSD-diagnose etter endt behandling (Jensen et al., 2014). Det er dermed viktig å undersøke nærmere hva som bidrar til at TF-CBT har effekt og hvilke terapeutiske prosesser som bidrar til bedring hos barn og ungdom med PTSS.

Det er lite kunnskap om og forskning på prosessvariabler og endringsmekanismer på barnefeltet. Det er også få studier som spesifikt har undersøkt sammenhenger mellom prosessvariabler og behandlingsutfall hos barn og ungdom i TF-CBT. I behandlingsforskning kan prosessvariabler defineres som alt som skjer mellom og i pasienten og terapeuten i løpet av terapiprosessen (Orlinsky & Howard, 1986). Endringsmekanismer refererer til prosesser i terapi som fører til endring i behandlingsutfall (Kazdin, 2009), og kan defineres som endringer som skjer i pasienten som er tenkt å ha en kausal sammenheng med behandlingsutfall (Doss, 2004). Det har vært uklart i litteraturen hva som er sammenhengen mellom prosessvariabler og endringsmekanismer, men det kan forstås som at prosessvariabler påvirker hvorvidt endringsmekanismer oppstår i pasienten, og at endringsmekanismer igjen påvirker utfall (Crits-Cristoph et al., 2013). Emosjonell aktivering og unngåelse er to prosessvariabler som kan tenkes å henge sammen med utfall hos barn og ungdom i TF-CBT, men som i liten grad er forsket på. Emosjonell aktivering har blitt fremhevet som nødvendig for at den foreslåtte endringsmekanismen emosjonell prosessering skal finne sted i eksponeringsterapi (Foa & Kozak, 1986). Unngåelse er en annen prosessvariabel som har blitt knyttet til emosjonell prosessering (Brown et al., 2019; Foa & Kozak, 1986), og kan defineres som motvillighet til å forbli i kontakt med ubehagelige indre opplevelser (Hayes et al., 1996). Ettersom det er lite forskning på endringsmekanismer i eksponeringsarbeidet i TF-CBT, kan det å undersøke disse variablene nærmere gi oss viktig kunnskap. Det er essensielt å få mer kunnskap om hvilke terapeutiske prosesser som bør fremmes for å fasilitere endring i terapi med traumatiserte barn og ungdom, og dermed sikre best mulig behandlingseffekt.

### **1.1.1 Formålet med oppgaven**

I denne oppgaven er formålet å forstå mer om sammenhenger mellom prosessvariablene unngåelse og emosjonell aktivering i TF-CBT og symptombedring hos barn og ungdom med PTSS over klinisk nivå. Oppgaven er basert på et større forskningsprosjekt som ble gjennomført i regi av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) i perioden 2012-2017 med et formål om å implementere TF-CBT som behandling for traumatiserte barn og ungdom henvist til spesialisthelsetjenesten. I denne hovedoppgaven vil begrepet barn brukes om både barn og ungdom i alderen 6-18 år med mindre annet er spesifisert. Ettersom forskning har vist at TF-CBT er en virksom behandling for barn og ungdom med PTSS, er det viktig å få mer kunnskap om hvilke prosessvariabler i TF-CBT som bidrar til at behandlingen har effekt, slik at vi best mulig kan hjelpe traumatiserte barn.

## **1.2 PTSS hos barn og ungdom**

Barn og ungdom som har blitt eksponert for potensielt traumatiserende hendelser kan reagere på ulike måter etter hendelsen og kan potensielt utvikle symptomer på posttraumatisk stress (PTSS) som vedvarer over tid. De kan også utvikle posttraumatisk stresslidelse (PTSD). I diagnosemanualen DSM 5 (American Psychiatric Association [APA], 2013) defineres potensielt traumatiserende hendelser som hendelser hvor personen opplever eller er vitne til eller konfrontert med død eller trussel om død, alvorlig skade eller seksuell vold. Barnet kan reagere med å bli overveldet og oppleve hjelpeløshet og intens frykt i situasjonen. Blant barn og ungdom som har blitt utsatt for potensielt traumatiserende hendelser opplever noen en naturlig tilfriskning i de første månedene (Hiller et al., 2016), mens noen utvikler vedvarende PTSS (Alisic et al., 2014). Det er flere faktorer som virker inn på hvorvidt barn og ungdom utvikler vedvarende PTSS eller PTSD.

Studier som har undersøkt hvilke risikofaktorer som predikerer PTSD hos barn som har opplevd potensielt traumatiserende hendelser viser at traumets alvorlighetsgrad og varighet, grad av eksponering og barnets subjektive opplevelse av hendelsen, inkludert tapsopplevelser, frykt og oppfattet livsfare i situasjonen, er assosiert med PTSD hos barn (Trickey et al., 2012). I tillegg har en rekke studier vist at tidligere utviklingshistorie og eksponering for alvorlig stress og traumer, komorbide psykiske plager, høy grad av PTSS tidlig i forløpet, distraksjon, tankeundertrykking, maladaptive kognisjoner knyttet til hendelsen, sosial tilbaketrekning, liten sosial støtte og dårlig familiefungering gir økt risiko for å utvikle PTSD hos barn og ungdom (Copeland et al., 2007; Meiser-Stedman et al., 2009;

Trickey et al., 2012). En metaanalyse fant også at kjønn henger sammen med PTSD hos barn, hvor jenter har økt risiko for å utvikle PTSD (Alisic et al., 2014). Flere studier har dokumentert økt risiko for PTSD dersom barnet har opplevd gjentatte traumer (Langley et al., 2013; Lavi et al., 2013). Videre har studier vist at interpersonlige traumer har en særlig negativ innvirkning på utviklingsforløp hos barn (Alisic et al., 2014; Copeland et al., 2007).

PTSD er kjennetegnet av at symptomer på posttraumatisk stress utløses av traumepåminnere i hverdagen. Traumepåminnere omfatter indre og ytre signaler som minner barnet om den traumatiske hendelsen (Pynoos et al., 1999), slik som steder, personer, situasjoner, samtaler, tonefall, lyder, lukter, tanker, minner og kroppslige fornemmelser som barnet enten bevisst eller ubevisst forbinder med traumet (Cohen et al., 2018). I hverdagen kan traumepåminnere utløse en overgeneralisert fryktrespons, sterk fysiologisk aktivering og emosjonell dysregulering, hvor barnet gjenopplever overveldende følelser og kroppslige fornemmelser som ble erfart i forbindelse med den traumatiske hendelsen. Det kan videre føre til at barnet også tenker og handler som om hendelsen skjer igjen i nåtiden, kalt “flashbacks” (Brewin et al., 1996; Cohen et al., 2018). Barnet kan forsøke å håndtere disse traumerelaterte symptomene ved å unngå traumepåminnere (Cohen et al., 2018; Pynoos et al., 1999).

PTSD defineres som en stresslidelse i diagnosemanualen DSM-5, fordi symptomene oppstår som en reaksjon på en potensielt traumatiserende hendelse eller en såkalt stressor (kriterium A). Eksempler på potensielt traumatiserende hendelser er å bli utsatt for fysisk vold, voldtekt eller seksuelle overgrep, å ha vært vitne til vold i hjemmet, i nærmiljøet eller på skolen eller å oppleve krig, katastrofer, terror, ulykker, skremmende medisinsk behandling eller uventet eller voldsrelatert dødsfall hos barnets omsorgsperson eller andre som står barnet nært. I DSM-5 beskrives de følgende fire symptomgruppene for PTSD: gjenopplevelse (B), unngåelse (C), endringer i tanker og følelser (D) og endringer i aktivering og reaktivitet (E) (APA, 2013). Barnet kan ha ulike symptomer på gjenopplevelse i form av gjentagende og påtrengende minner og drømmer om den traumatiske erfaringen, dissosiative reaksjoner og tilbakevendende tanker og bilder knyttet til hendelsen. I tillegg kan traumepåminnere aktivere intense emosjonelle og fysiologiske reaksjoner hos barnet. Unngåelse handler om ulike måter barnet unngår å bli minnet om hendelsen. Barnet kan forsøke å unngå traumepåminnere som oppstår på et indre plan ved å unngå minner, tanker og følelser som er relatert til hendelsen og et ytre plan ved å unngå steder, personer, objekter, samtaler og aktiviteter som utløser minner, følelser og tanker som barnet forbinder med hendelsen. I tillegg kan barnet unngå å gå ut eller på skolen. En slik omfattende unngåelse kan føre til at barnet har mindre sosial kontakt med andre og dermed mindre tilgang på emosjonell og sosial støtte i tiden etter hendelsen.

Basert på forskning som viser en sammenheng mellom negative kognisjoner som oppstår etter traumatiske hendelser og utvikling av PTSD, ble symptomgruppen negative endringer i kognisjoner og humør lagt til i DSM-5 (Cox et al., 2014; Diehle et al., 2014). De kognitive og affektive symptomene kan omfatte dysfunksjonelle tanker relatert til hendelsen, negative antagelser om seg selv, andre og verden og negativ emosjonalitet, slik som frykt, skyld og skam. Barnet kan oppleve en dyptgående endring i selvbildet og synet på andre etter hendelsen, noe som kan påvirke interpersonlig fungering (Cohen et al., 2018). En negativt ladet selvfølelse og svekket tillit til andre kan føre til at det er vanskelig for barnet å etablere nye og tillitsfulle relasjoner med andre. I tillegg kan affektive symptomer inkludere redusert interesse og deltagelse i aktiviteter i hverdagen, redusert evne til å oppleve positive følelser og følelsesmessig nummenhet, som også kan omfatte at barnet føler seg frakoblet i forhold til nære familiemedlemmer og venner (APA, 2013). Symptomer på endringer i aktivering og reaktivitet knyttet til hendelsen inkluderer irritabilitet, konsentrasjonsvansker, søvnvansker og hyperårvåkenhet (APA, 2013). Videre inkluderer symptomer på hyperaktivering økt oppmerksomhet mot mulige trusler i omgivelsene og hypersensitivitet overfor nøytrale og ufarlige stimuli som minner om faresignaler knyttet til den traumatiske erfaringen. Barnet kan bli preget av en dyptgripende utrygghet og oppleve at kroppen er i kronisk alarmberedskap (Cohen et al., 2018). En slik kronisk stressbelastning hos barn er særlig skadelig fordi det kan virke inn på deres utvikling og fungering i hverdagen.

En rekke studier har dokumentert at barndomstraumer kan ha store konsekvenser senere i livet (Briere et al., 2008; Cloitre et al., 2009; Norman et al., 2012), samtidig som nevrobiologisk forskning har vist at traumer som oppstår i sensitive utviklingsperioder kan virke inn på hjernens utvikling (Teicher & Samson, 2016). Nordanger og Braarud (2017) hevder at potensielt traumatiserende hendelser i barne- og ungdomsårene kan føre til at alarmsystemet i hjernen styrkes og overaktiveres. De beskriver at alarmsystemet aktiveres når amygdala registrerer mulige trusler i omgivelsene og sender signaler til binyrene. Binyremargen skiller ut adrenalin og noradrenalin, som utløser *fight-flight-freeze*-responsen til kroppen. Dersom trusselen vedvarer, frigjør binyrebarken stresshormonet kortisol (Brodal, 2013). Nordanger og Braarud (2017) beskriver at hippocampus og prefrontal korteks inngår i et reguleringsystem i hjernen, det vil si strukturer og nettverk som regulerer eller modulerer alarmreaksjoner i kroppen. Prefrontal korteks fortolker og gir mening til nye hendelser basert på konteksten (Ford, 2009) og tidligere erfaringer som er lagret i hippocampus, og dermed kan reguleringsystemet vurdere om en potensiell trussel er farlig eller ufarlig og sende signaler tilbake til alarmsystemet. Ifølge Nordanger og Braarud (2017) kan traumatisk stress

hos barn føre til vedvarende PTSS ved at alarmsystemet sensitiviseres og styrkes, samtidig som avvikende frigjøring av kortisol over tid har en nedbrytende effekt på reguleringssystemet (Ford, 2009), slik at nevralt forbindelser i og mellom prefrontal korteks og hippocampus og mellom de regulerende strukturene og alarmsystemet inhiberes (Lehrner et al., 2016; Shalev & Bremner, 2016). Nordanger og Braarud (2017) mener også at traumatisk stress hos barn kan innvirke på reguleringssystemets *utvikling*, slik at de lettere overveldes av intense emosjoner og minner om hendelsen.

## **1.3 Behandling av PTSS hos barn og ungdom**

### **1.3.1 Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT)**

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) er en evidensbasert behandlingsmodell for barn og unge mellom 6 og 18 år som strever med posttraumatisk stress (Cohen et al., 2018). Behandlingsmodellen integrerer kognitive og atferdsmessige prinsipper og traumesensitive intervensjoner med kunnskap om tilknytning og neurobiologi (Cohen et al., 2018). TF-CBT er en korttidsterapi som vanligvis foregår over 12 til 15 behandlingstimer med barnet. Det er også anbefalt å inkludere omsorgsgiver i behandlingen (NICE, 2018). Parallelt gjennom hele behandlingsforløpet har terapeuten samtaler med omsorgsgiver med fokus på å utvikle foreldreferdigheter og få hjelp til å forstå og møte barnets følelser og atferd i lys av den traumatiske erfaringen (Cohen et al., 2018). TF-CBT er en komponentbasert behandlingstilnærming som består av ni komponenter som arbeides med over tre faser: stabiliserings- og ferdighetstreningssfasen, bearbeidingsfasen og konsolideringsfasen. De ulike komponentene arbeides med i en anbefalt rekkefølge, men på en fleksibel måte som tilpasses til det enkelte barnet. Eksempelvis kommer arbeid med ferdigheter som stressmestring og følelsesregulering før arbeid med traumenarrativet, slik at barnet kan bruke disse ferdighetene i arbeidet med eksponering til traumenarrativet.

Stabiliserings- og ferdighetstreningssfasen inneholder komponentene psykoedukasjon, styrking av foreldreferdigheter, stressmestring, følelsesregulering og kognitiv mestring. I den første fasen formidler terapeuten psykoedukasjon om traumer og traumereaksjoner til barnet og omsorgsgiver. Videre arbeides det med å gjenkjenne, uttrykke og regulere traumerelaterte følelser og å forstå sammenhengen mellom tanker, følelser og handlinger. I den første fasen lærer også barnet å håndtere stressreaksjoner og traumepåminnere, eksempelvis gjennom avspenningsøvelser og pusteøvelser som barnet kan bruke for å redusere kroppslig aktivering.



Selv om traumet ikke snakkes detaljert om i den første fasen i TF-CBT, arbeides det med gradvis eksponering gjennom hele behandlingsforløpet.

Bearbeidingsfasen består av komponentene traumenarrativ og kognitiv prosessering. I denne fasen bearbeides traumeminnet og det arbeides med å endre dysfunksjonelle tanker knyttet til den traumatiske hendelsen. I bearbeidingsfasen snakker terapeuten og barnet om den traumatiske hendelsen og arbeider med gradvis eksponering til traumeminnet. Videre utforsker og arbeider de med uhensiktsmessige tanker knyttet til den traumatiske erfaringen. Den gradvise eksponeringen gjennomføres ved å skrive ned den traumatiske erfaringen som et traumenarrativ. Barnet forteller om traumet mens terapeuten skriver ned traumehistorien. Deretter leses traumenarrativet opp flere ganger og utbroderes gradvis med flere detaljer over flere timer sammen med barnet, slik at barnet desensitiviseres overfor traumepåminnere (Cohen et al., 2018). I arbeidet med traumenarrativet stiller terapeuten spørsmål som hjelper barnet med å få frem tanker og følelser i forbindelse med hendelsen. Videre ber ofte terapeuten barnet om å rapportere subjektivt ubehag på en skala fra 1 til 10 når traumenarrativet leses opp. På den måten kan terapeuten følge med på i hvilken grad barnet opplever emosjonell aktivering og ubehag og hvorvidt ubehaget reduseres over de narrative timene. Ett av målene med traumenarrativet er å frakoble traumepåminnere fra overveldende og smertefulle traumerelaterte følelser, slik som frykt, hjelpeløshet, skam, sinne og tristhet (Cohen et al., 2018). Dette skjer ved at barnet gradvis eksponeres for de traumerelaterte følelsene i arbeidet med traumenarrativet, slik at barnet dermed erfarer at overveldende følelser og kroppslig aktivering reduseres. Videre vil dette redusere barnets behov for å unngå traumepåminnere (Cohen et al., 2018). I denne fasen arbeides det videre med å identifisere og endre dysfunksjonelle tanker knyttet til traumet (for eksempel “jeg er ødelagt” eller “menn er farlige”). Terapeuten og barnet utforsker de uhensiktsmessige tankene over flere timer og arbeider sammen med å finne frem til alternative, mer hjelpsomme tanker. Arbeidet med traumenarrativ og kognitiv prosessering foregår ofte delvis samtidig i bearbeidingsfasen.

Konsolideringsfasen inneholder komponentene in-vivo mestring av traumepåminnere, fellessamtaler med barnet og omsorgsgiver og arbeid med å fremme sikkerhet og fremtidig utvikling. Fellessamtalene har til hensikt å styrke kommunikasjonen mellom omsorgsgiveren og barnet, særlig om barnets traumatiske erfaring. I den tredje fasen er det fokus på integrasjon og konsolidering av ferdigheter som barnet har lært i løpet av behandlingen.

### **1.3.2 Forskning på TF-CBT**

Flere metaanalyser og review-artikler har dokumentert at TF-CBT er en virksom behandling for å redusere symptomer på posttraumatisk stress hos barn og unge (de Arellano et al., 2014; Dorsey et al., 2017). Det er gjennomført en rekke studier, deriblant flere RCT-studier, som viser at TF-CBT er en effektiv behandling for barn og ungdom med PTSS på tvers av ulike land og kulturer (Goldbeck et al., 2016; Jensen et al., 2014; Jensen et al., 2017; Kameoka et al., 2015; Kameoka et al., 2020; Murray et al., 2015). Det er også evidens for at TF-CBT har god effekt ved ulike typer traumer (Cohen et al., 2011; Jaycox et al., 2010) og ved multiple og komplekse traumer (Cohen et al., 2016; Cohen et al., 2012). En norsk studie fant at TF-CBT er mer virksom enn “treatment as usual” (TAU) i BUP og fører til mer nedgang i PTSS, depressive symptomer og generelle psykiske plager hos traumatiserte barn og ungdom (Jensen et al., 2014). Det er også dokumentert at behandlingseffekten vedvarer etter endt behandling (Cohen et al. 2005; Gutermann et al., 2017; Jensen et al., 2017).

### **1.3.3 Hva henger sammen med endring i TF-CBT?**

TF-CBT er altså en veldokumentert behandlingstilnærming for barn og ungdom med PTSS, men vi har mindre kunnskap om hvilke terapeutiske prosesser som henger sammen med behandlingsutfall og hvilke mekanismer som bevirker endring i TF-CBT. Kunnskap om hvilke terapeutiske prosesser som henger sammen med behandlingsutfall i TF-CBT kan antyde mulige endringsmekanismer i terapi med traumatiserte barn og ungdom. Videre kan slik kunnskap styrke opplæringen av terapeuter ved å belyse hvilke terapeutiske prosesser og intervensjoner som kan fremme endring hos barn og unge som strever med PTSS og dermed bidra til gode behandlingsutfall. I tillegg kan økt kunnskap om terapeutiske prosesser som bidrar til nedgang i PTSS hos barn og ungdom gi en retning for fremtidig forskning. TF-CBT består av flere ulike behandlingskomponenter, og det er dermed mulig at flere ulike mediatorer bidrar til endring i denne behandlingsmetoden. Den terapeutiske alliansen mellom terapeuten og barnet, kognitive prosesser hos barnet og betydningen av traumenarrativet er tre av prosessvariablene som har blitt undersøkt som mulige mediatorer i TF-CBT.

Den terapeutiske alliansen er en sentral fellesfaktor i terapi og en moderat, men robust prediktor for behandlingsutfall (Flückiger et al., 2018; Horvath et al., 2011; Martin et al., 2000; McLeod, 2011; Shirk et al., 2011). Den terapeutiske alliansen kan også betraktes som en grunnleggende og betydningsfull komponent i terapi med traumatiserte barn og ungdom. Ormhaug og medarbeidere (2014) undersøkte sammenhengen mellom allianse og behandlingsutfall i terapi med barn og unge med PTSS som ble randomisert til enten TF-CBT

eller TAU. De fant at god allianse midtveis i behandlingsforløpet predikerte nedgang i PTSS hos gruppen som mottok TF-CBT, men ikke hos gruppen som mottok TAU. Resultatene kan tyde på at det er interaksjonen mellom den terapeutiske alliansen og de spesifikke behandlingskomponentene som bidrar til nedgang i PTSS. Forfatterne foreslår at det er mulig at allianse fremmer mer aktiv involvering i det terapeutiske arbeidet, og at dette også kan bidra til symptomreduksjon. Det kan dermed tenkes at det er særlig viktig med en god allianse mellom terapeuten og barnet i arbeidet med traumeminnet, ettersom eksponeringsarbeidet kan oppleves som krevende av barnet. Samtidig viser nyere forskning at arbeid med eksponering kan bidra til en bedre allianse. Ovenstad og medarbeidere (2020) gjennomførte en studie hvor de fant at arbeidet med gradvis eksponering i TF-CBT henger sammen med en bedre allianse hos ungdom som vurderes som passive og frakoblet tidlig i behandlingsforløpet. Resultatene kan tyde på at det er en sammenheng mellom de traumespesifikke intervensjonene og den terapeutiske alliansen i TF-CBT, og at det kan være hensiktsmessig å studere de spesifikke komponentene i behandlingsmodellen.

Flere studier har undersøkt sammenhenger mellom kognitive prosesser hos barnet og behandlingsutfall i TF-CBT. Det kan tenkes at kognitive prosesser hos barnet er av særlig betydning i arbeidet med kognitiv prosessering i bearbeidingsfasen, hvor terapeuten og barnet arbeider sammen med å endre dysfunksjonelle tanker knyttet til den traumatiske erfaringen. Av kognitive prosesser hos barnet har studier vist at overgeneralisering og akkomodasjon henger sammen med behandlingsutfall i TF-CBT (Hayes et al., 2017; Ready et al., 2015). Overgeneralisering refererer til en tendens til å oppfatte globale og abstrakte mønstre som gjelder på tvers av mennesker, steder og situasjoner med manglende diskriminering mellom spesifikke og isolerte hendelser (Ready et al., 2015). En slik måte å prosessere informasjon på kan føre til at barn utvikler posttraumatiske kognisjoner eller dysfunksjonelle tanker relatert til den traumatiske erfaringen (for eksempel “verden er farlig” eller “andre mennesker er ikke til å stole på”). Akkomodasjon er derimot en måte å prosessere informasjon på som forsterker diskriminering mellom stimuli, spesifiserer traumerelaterte tanker (Ready et al., 2015) og bidrar til et mer balansert eller nyansert syn på seg selv, andre og verden (Hayes et al., 2007). Ready og medarbeidere (2015) fant at overgeneralisering i TF-CBT predikerte høyere nivå av internaliserende symptomer ved behandlingsslutt, mindre symptombedring og høyere nivå av eksternaliserende symptomer 1 år etter endt behandling. De fant at akkomodasjon var assosiert med lavere nivå av internaliserende symptomer ved behandlingsslutt, mer symptombedring og lavere nivå av eksternaliserende symptomer 1 år etter endt behandling. Flere studier viser også en sammenheng mellom endring i posttraumatiske kognisjoner og

endring i PTSS (Knutsen et al., 2018; Jensen et al., 2018). Jensen og medarbeidere (2018) fant at barn som mottok TF-CBT rapporterte signifikant lavere nivå av posttraumatiske kognisjoner og PTSS ved behandlingsslutt sammenlignet med barn som mottok TAU. De fant at endring i posttraumatiske kognisjoner skjer før reduksjon av PTSS. Resultatene indikerer dermed at endring i posttraumatiske kognisjoner medierer nedgang i PTSS.

Arbeid med traumenarrativet er en sentral komponent i TF-CBT. Ifølge Cohen og medarbeidere (2018) er målet med dette eksponeringsarbeidet å desensitivisere barnet for traumepåminnere, redusere unngåelse og fysiologisk aktivering og hjelpe barnet å integrere traumet som en del av livshistorien sin. Det er imidlertid gjennomført få studier som har undersøkt endringsmekanismer i arbeidet med traumenarrativet i TF-CBT. En studie av Deblinger og medarbeidere (2011) undersøkte hvorvidt antall timer med TF-CBT og inklusjon av traumenarrativet virket inn på behandlingseffekt hos barn, og fant at det ikke var signifikant forskjell i endring i PTSS når traumenarrativet var inkludert sammenlignet med når traumenarrativet ikke var inkludert i behandlingen. De fant likevel at barn som fikk behandling som inkluderte arbeid med traumenarrativet rapporterte mindre frykt assosiert med å tenke på eller snakke om traumet sammenlignet med barn som mottok TF-CBT uten den narrative komponenten (Deblinger et al., 2011). En annen studie av Knutsen og Jensen (2019) undersøkte om endringer i traumenarrativet fra første til siste time med eksponering predikerte endring i PTSS. De fant at narrativene ble mer organisert, mindre fragmentert og mer beskrivende om tanker og følelser, men at endringene i traumenarrativet ikke predikerte endring i PTSS. Forskning på endringsmekanismer i TF-CBT bidrar altså med kunnskap om at endring i dysfunksjonelle tanker fører til reduksjon av PTSS hos barn og unge (Knutsen et al., 2018; Jensen et al., 2018), en endringsprosess som trolig er knyttet til arbeidet med kognitiv prosessering i bearbeidingsfasen. Det er derimot gjennomført mindre forskning på endringsmekanismer i eksponeringsarbeidet i TF-CBT. Det mangler altså kunnskap om hvilke terapeutiske prosesser i arbeidet med eksponering til traumenarrativet som bidrar til reduksjon av PTSS hos traumatiserte barn og ungdom.

## **1.4 Emosjonell aktivering**

Emosjonell prosessering av traumet har blitt fremhevet som en viktig endringsmekanisme i eksponeringsterapi (Foa et al., 2006; Foa & Kozak, 1986). Det er bred enighet om at emosjonell aktivering i terapi er en nødvendig forutsetning for emosjonell prosessering og terapeutisk endring (Foa & Kozak, 1986; Greenberg, 2015; Samoilov &

Goldfried, 2000). Emosjonell aktivering i en terapeutisk kontekst kan forstås som negative emosjoner hos klienten som aktiveres i terapitimere (Greenberg, 2015). For eksempel opplever de fleste barn en viss grad av emosjonell aktivering i terapitimene når de skal snakke om traumehendelsen i arbeidet med traumenarrativet i TF-CBT. Ifølge Foa og Kozak (1986) er aktivering av frykt en nødvendig forutsetning for emosjonell prosessering av den traumatiske erfaringen. Foa og Kozak (1986) utviklet en emosjonsprosesseringsteori, hvor de foreslo at sterke og overveldende følelser utløses av traumepåminnere som følge av en overgeneralisert fryktstruktur som er lagret i hukommelsen. Ifølge emosjonsprosesseringsteori inneholder fryktstrukturen informasjon om 1) stimuli som barnet enten bevisst eller ubevisst forbinder med fare, 2) fryktresponsen når barnet oppfatter fare i omgivelsene, og 3) den mening som barnet tillegger stimuli assosiert med traumet og fryktresponsen (Brown et al., 2019; Foa & Kozak, 1986). De ulike elementene henger sammen, slik at hele fryktstrukturen aktiveres hvis enkeltelementer ved strukturen aktiveres i hverdagen (Asnaani et al., 2016). En adaptiv fryktstruktur vil aktiveres i farlige situasjoner (man ser en bjørn og oppfatter den som farlig) og fremkalle en adaptiv respons (adrenalin utskilles i blodet og man beveger seg raskt vekk). En fryktstruktur kan forstås som maladaptiv dersom assosiasjonene mellom stimuli, fryktrespons og mening ikke reflekterer reelle forhold, slik at fryktresponsen forsterkes og aktiveres av nøytrale og ufarlige stimuli som personen forbinder med fare (Brown et al., 2019; Foa & Kozak, 1986; Foa & McLean, 2016). En maladaptiv fryktstruktur kan altså aktiveres når barnet eksponeres for ufarlige stimuli eller kroppslige responser som er assosiert med traumet, såkalte traumepåminnere (Foa et al., 2006). For eksempel kan et barn som har blitt utsatt for vold i oppveksten bevisst eller ubevisst assosiere sinne hos andre med fare for vold. Barnet kan derfor oppfatte sinne hos andre som et faresignal, slik at barnet overveldes av intense traumerelaterte følelser og kroppslig aktivering i situasjoner i hverdagen hvor det ikke er en reell fare for vold. Fryktstrukturen kan også aktiveres når barnet eksponeres for traumepåminnere i arbeidet med eksponering til traumenarrativet i TF-CBT.

Foa og Kozak (1986) foreslår at eksponering til traumet fører til reduksjon av PTSS gjennom endringsmekanismen emosjonell prosessering. Ifølge Foa og Kozak (1986) er det to betingelser som må oppfylles for å muliggjøre emosjonell prosessering i terapi. For det første må fryktstrukturen aktiveres slik at den er tilgjengelig for endring. For det andre må ny informasjon som ikke passer sammen med de feilaktige assosiasjonene i fryktstrukturen integreres i strukturen, slik at det dannes nye, mer adaptive assosiasjoner (Asnaani et al., 2016; Foa & Kozak, 1986). Eksempelvis kan barn gjenoppleve traumerelaterte følelser og fysiologisk aktivering i terapitimene hvor de eksponeres for traumeminnet, og bli redd for at

hendelsen skjer igjen i nåtiden, men erfare at det er trygt i terapirummet. Foa og Kozak (1986) foreslår at fryktreduksjon eller habituering mellom terapitimer med eksponering kan indikere at de maladaptive assosiasjonene i fryktstrukturen er endret. Det er uklart hvorvidt det utvikles en ny fryktstruktur som konkurrerer med den gamle fryktstrukturen eller om assosiasjonene i den eksisterende fryktstrukturen endres (Foa et al., 2006; Foa & McLean, 2016). Craske og medarbeidere (2008) foreslår at det oppstår ny læring som konkurrerer med eller inhiberer fryktbasert læring relatert til traumet, såkalt inhibitorisk læring. Det betyr at de maladaptive assosiasjonene ikke elimineres, men forblir intakt mens mer adaptive og realistiske assosiasjoner utvikles mellom stimuli, respons og meningslementer (Craske et al., 2008; Foa et al., 2006; Foa & McLean, 2016). Det tenkes altså at to konkurrerende strukturer eller sett med assosiasjoner kan aktiveres av de samme stimuliene og responsene, hvor målet med eksponeringsterapi er at den nye strukturen eller de nye assosiasjonene lettere aktiveres når felleselementer er tilstede i hverdagen (Foa & McLean, 2016). Ifølge Foa og Kozak (1986) er altså aktivering av fryktstrukturen nødvendig, men ikke tilstrekkelig, for at emosjonell prosessering skal forekomme i terapi. Det er også nødvendig at barnet tar inn ny, korrigerende informasjon som ikke er forenelig med de maladaptive meningslementene og feilaktige forventningene som ligger i fryktstrukturen (Brown et al., 2019; Foa et al., 2006; Foa & Kozak, 1986). Hvis barnet som forbinder sinne hos andre med vold opplever en intens fryktreaksjon hver gang lærere eller medelever på skolen viser tegn på sinne, kan barnet forsøke å unngå å gå på skolen. Det kan oppleves som behagelig for barnet å forsterke unngåelsesatferden, men samtidig mister barnet muligheten til å lære at sinne hos andre ikke er farlig. Ifølge Foa og Kozak (1986) er dermed fryktaktivering nødvendig for emosjonell prosessering av traumet og reduksjon av PTSS, mens fryktreduksjon mellom terapitimer hvor det arbeides med eksponering til traumet er en indikasjon på korrigerende læring.

#### **1.4.1 Sammenhengen mellom emosjonell aktivering og PTSS**

Ifølge Foa og Kozak (1986) kan emosjonell aktivering i forbindelse med eksponeringsarbeid i terapi indikere at fryktstrukturen er aktivert. Foa og medarbeidere (1995) gjennomførte en studie på voksne, hvor de fant en sammenheng mellom høyere nivå av PTSS før behandling, fryktaktivering i terapi og endring i PTSS. Jaycox og medarbeidere (1998) undersøkte sammenhenger mellom ulike endringsforløp av fryktaktivering og endring i PTSS hos voksne i eksponeringsterapi. De fant at et høyt nivå av frykt i første time med eksponering i kombinasjon med en gradvis nedgang i fryktaktivering mellom terapitimene henger sammen med nedgang i PTSS. På den andre siden har flere andre studier på

voksenfeltet ikke funnet en sammenheng mellom fryktaktivering i eksponeringsarbeid og reduksjon av PTSS (Rauch et al., 2004; van Minnen & Hageraars, 2002). Det er dermed uklart om nivå av fryktaktivering henger sammen med endring i PTSS. Det er så vidt vi vet ikke gjennomført noen studier som har undersøkt sammenhengen mellom nivå av emosjonell aktivering i terapi og PTSS hos barn og ungdom. Flere studier på voksenfeltet har vist at sinne, skam og skyld er relatert til PTSS (Badour et al., 2017; Beck et al., 2011). I denne studien har vi undersøkt negative traumerelaterte følelser som frykt, tristhet, sinne, skyld og skam i terapitimer hvor det arbeides med eksponering til traumenarrativet i TF-CBT. Etersom TF-CBT er en anbefalt metode for behandling av PTSS hos barn og ungdom, er det interessant å vite om emosjonell aktivering i de narrative timene bidrar til reduksjon av PTSS hos barn og ungdom som mottar denne behandlingsmetoden.

Fryktreduksjon eller habituering mellom terapitimer er også en indikator på emosjonell prosessering av traumet, ifølge emosjonsprosesseringsteori (Brown et al., 2019; Foa og Kozak, 1986). I arbeidet med traumenarrativet i TF-CBT forstås reduksjon av subjektivt ubehag hos barnet som et tegn på fremgang (Cohen et al., 2018). Flere studier har vist en sammenheng mellom fryktreduksjon over tid hos voksne i eksponeringsterapi og nedgang i PTSS (Gallagher & Resick, 2012; Jaycox et al., 1998; Rauch et al., 2004; van Minnen & Foa, 2006; van Minnen & Hageraars, 2002). For eksempel fant van Minnen og Foa (2006) en signifikant sammenheng mellom fryktreduksjon mellom eksponeringstimer og nedgang i PTSS hos voksne. Sripada og Rauch (2015) fant også en sammenheng mellom fryktreduksjon og nedgang i PTSS hos voksne i eksponeringsterapi. De fant at klienter som responderte særlig godt på behandlingen i form av mer symptomreduksjon opplevde mer nedgang i frykt mellom terapitimer enn klienter som responderte mindre godt på behandlingen. Studier har også vist at andre følelser som skyld (Resick et al., 2002; Stapleton et al., 2006) og sinne (Galovski et al., 2014; Stapleton et al., 2006) reduseres i løpet av traumebehandling, men det er imidlertid uklart basert på empirien som foreligger om reduksjon av andre traumerelaterte følelser enn frykt henger sammen med reduksjon av PTSS. Det er altså mulig at nedgang i emosjonell aktivering i forbindelse med arbeidet med traumenarrativet i TF-CBT henger sammen med symptombedring hos barn og ungdom, ettersom dette kan indikere emosjonell prosessering av den traumatiske erfaringen og korrigerende av fryktstrukturen. Det er imidlertid ikke gjennomført studier som har undersøkt hvorvidt det er en sammenheng mellom reduksjon av emosjonell aktivering mellom terapitimer og endring i PTSS hos barn og ungdom i eksponeringsterapi.

Det er samtidig ikke entydig evidens for at fryktreduksjon i eksponeringsterapi henger sammen med bedring (Asnaani et al., 2016; Craske et al., 2008). På bakgrunn av blandet evidens for sammenhengen mellom fryktreduksjon og symptombedring har flere forskere foreslått at fryktreduksjon eller habituering ikke nødvendigvis er et tegn på korrigerende læring, og at det å tolerere frykt kan være et viktigere mål i eksponeringsterapi enn å redusere frykt (Craske et al., 2008; Bluett et al., 2014). Bluett og medarbeidere (2014) undersøkte sammenhengen mellom fryktreduksjon mellom terapitimer og reduksjon av PTSS hos voksne i eksponeringsterapi. De fant at en mindre andel av deltagerne (35,3%) opplevde signifikant nedgang i frykt i løpet av behandlingen, og at denne gruppen opplevde mer reduksjon av PTSS enn deltagere som ikke opplevde fryktreduksjon mellom terapitimene. Det var derimot ingen forskjell mellom gruppene i diagnostisk status etter endt behandling. Ifølge Bluett og medarbeidere (2014) kan resultatene derfor indikere at fryktreduksjon mellom terapitimer ikke er nødvendig for reduksjon av PTSS. Det er altså uklart basert på forskningslitteraturen om nedgang i emosjonell aktivering mellom terapitimer henger sammen med reduksjon av PTSS. Ifølge emosjonsprosesseringssteori er det nødvendig med et tilstrekkelig høyt nivå av emosjonell aktivering i eksponeringsterapi, ettersom dette kan indikere at fryktstrukturen er aktivert, mens reduksjon av emosjonell aktivering mellom terapitimer hvor det arbeides med eksponering til traumet kan indikere at fryktstrukturen er endret (Brown et al., 2019; Foa & Kozak, 1986). Det er evidens for at emosjonell aktivering i terapitimer og fryktreduksjon mellom terapitimer henger sammen med reduksjon av PTSS hos voksne i eksponeringsterapi, men det mangler kunnskap om hvorvidt disse terapeutiske prosessene henger sammen med reduksjon av PTSS hos traumatiserte barn og ungdom.

## **1.5 Unngåelse**

### **1.5.1 Definisjon av unngåelse**

Unngåelse kan forstås som opplevelsesunngåelse (*experiential avoidance*), slik Hayes og medarbeidere (1996) definerer begrepet. Opplevelsesunngåelse defineres som motvillighet til å forbli i kontakt med ubehagelige indre opplevelser, slik som følelser, tanker, minner, kroppslige fornemmelser og atferdsmessige predisposisjoner, og forsøk på å endre formen eller frekvensen til de indre opplevelsene og hendelsene som utløser dem (Hayes et al., 1996). En slik definisjon sammenfaller til en viss grad med forståelsen av unngåelse i PTSD, men kan også skilles fra unngåelsessymptomene som inngår i PTSD ved at opplevelsesunngåelse kan forstås som et bredere og mer overordnet begrep. Ifølge Hayes og medarbeidere (1996)



inkluderer opplevelsesunngåelse flere ulike strategier for unngåelse enn eksempelvis emosjonell unngåelse, kognitiv unngåelse og tankeundertrykking, og representerer en mer generell sårbarhetsfaktor som predikerer en rekke ulike former for psykopatologi, inkludert PTSD (Aldao et al., 2010; Hayes et al., 1996). Ifølge dette perspektivet omfatter unngåelse enhver form for maladaptive strategier som individet tar i bruk for å unngå, inhibere eller modifisere ubehagelige indre opplevelser (Hayes et al., 1996). Eksempelvis kan unngåelsesstrategiene inkludere forsøk på å undertrykke sterke følelser og ubehagelige tanker knyttet til den traumatiske erfaringen, å unngå steder og aktiviteter som utløser påtrengende minner eller å unngå å snakke om traumet i behandlingstidene, men unngåelse kan også komme til uttrykk som følelsesmessig nummenhet eller dissosiasjon (Hayes et al., 1996).

Det kan tenkes at unngåelse reflekterer en strategi for regulering av ubehagelige indre opplevelser som fungerer godt på kort sikt, ettersom unngåelse kan redusere emosjonell aktivering og ubehag, men som fungerer mot sin hensikt på lang sikt (Hayes et al., 1996; Hayes et al., 2004). Forskningslitteraturen på feltet har dokumentert at mental distraksjon og tankeundertrykking kan ha en positiv effekt på kort sikt ved at de medfører en reduksjon av ubehaget som utløses av tankene som individet forsøker å unngå, men at disse unngåelsesstrategiene også fører til at tankene og de medfølgende emosjonene forsterkes og forekommer med økt frekvens over tid (Gold & Wegner, 1995; Wenzlaff & Wegner, 2000). En slik paradoksalt effekt kan forklares med at bevisst tankeundertrykking krever at individet formulerer og følger en verbal instruksjon om å ikke tenke på spesifikke ubehagelige tanker (for eksempel "ikke tenk på en isbjørn"). Problemet med denne strategien er at instruksjonen nødvendigvis inneholder de spesifikke tankene (for eksempel "en isbjørn") som individet forsøker å unngå (Hayes et al., 1996). Det betyr at den verbale instruksjonen om å ikke tenke på de ubehagelige tankene fungerer som en påminner om nettopp disse tankene (Wenzlaff & Wegner, 2000), som oppstår hyppigere som en direkte konsekvens av forsøkene på å unngå dem. Det kan dermed tenkes at bruk av unngåelse som en reguleringsstrategi hos personer med PTSS kan føre til en midlertidig reduksjon av påtrengende minner, ubehagelige tanker og sterke følelser som utløses av traumepåminnere, men at unngåelse kan medføre en påfølgende økning i affektiv dysregulering, gjenopplevelser og overgeneralisering (Brewin et al., 2010; Williams et al., 2007). På den måten kan unngåelsesstrategier altså bidra til en økning i PTSS. Ifølge Hayes og medarbeidere (1996) kan unngåelse også begrense hensiktsmessig og nødvendig endring, fordi adaptive forsøk på å oppnå endring i de fleste tilfeller forutsetter at individet utholder kontakt med ubehagelige indre opplevelser og smertefulle følelser. Det er dermed mulig at unngåelse kan begrense endring i PTSS hos barn og ungdom i TF-CBT.

### **1.5.2 Sammenhengen mellom unngåelse og PTSS**

Flere sentrale teorier om PTSD har fremhevet rollen til unngåelse i vedvarende PTSS. Ehlers og Clark (2000) utarbeidet en kognitiv teori om PTSD hvor de foreslår at unngåelse hindrer nye, korrigerende erfaringer som kan nyansere og kontekstualisere traumeminnet og endre dysfunksjonelle tanker knyttet til den traumatiske erfaringen. Ifølge Ehlers og Clark (2000) utvikles og opprettholdes symptomer på posttraumatisk stress når den traumatiske erfaringen prosesseres, fortolkes og lagres i hukommelsen på en måte som fører til at individet opplever en sterk nåværende frykt og trussel mot egen person. Ifølge modellen er det tre prosesser som bidrar til vedvarende PTSS: minner, mening og mestring, hvor unngåelse handler om forsøk på mestring. Ehlers og Clark (2000) mener at en opplevelse av nåværende fare og trussel mot personen oppstår gjennom de to prosessene som handler om minner og mening. For det første mener de at det skjer en forstyrrelse i autobiografiske minner kjennetegnet av mangelfull utdyping og kontekstualisering og samtidig sterk assosiasjon og perseptuell priming. En slik forstyrrelse i hukommelsen fører til at traumeminnet lettere aktiveres av enkeltelementer ved den traumatiske erfaringen. Det betyr at sanseinntrykk, slik som lyder, lukter, synsinntrykk og kroppslige reaksjoner som er assosiert med hendelsen, lettere utløser påtrengende minner og flashbacks. For det andre mener de at individet utvikler dysfunksjonelle tanker eller overgeneraliserte tolkninger relatert til den traumatiske erfaringen og følgevirkningene av hendelsen, inkludert egne reaksjoner og symptomer i tiden etter hendelsen. Ifølge Ehlers og Clark (2000) fører disse to prosessene til en opplevelse av nåværende fare, påtrengende minner, fysiologisk aktivering og sterke følelser som individet forsøker å håndtere ved å bruke en rekke dysfunksjonelle atferdsmessige og kognitive mestringsstrategier, inkludert unngåelse. Disse dysfunksjonelle eller maladaptive mestringsstrategiene reduserer opplevelsen av nåværende fare og ubehag på kort sikt, men hindrer endring i dysfunksjonelle tanker og traumeminnet og opprettholder dermed symptomer på posttraumatisk stress på lang sikt.

Ifølge emosjonsprosesserings-teori kan unngåelse forstyrre eller inhibere emosjonell prosessering av den traumatiske hendelsen og endring i dysfunksjonelle kognisjoner, som er nødvendig for å oppnå tilstrekkelig habituering av den overgeneraliserte fryktresponsen (Brown et al., 2019; Foa & Kozak, 1986; Rauch & Foa, 2006). Eksempelvis kan barn forsøke å unngå traumepåminnere i terapi, inkludert tanker og følelser som er assosiert med hendelsen, noe som kan bidra til å begrense deres involvering i det terapeutiske arbeidet og forhindre at eksponeringen til traumeminnet kan ha en gunstig effekt på behandlingsutfall.

Dersom en ungdom for eksempel har en dysfunksjonell tanke om at det er farlig å tenke på den traumatiske hendelsen (for eksempel “hvis jeg tenker på det, så mister jeg kontrollen”), kan ungdommen bli underinvolvert i arbeidet med traumenarrativet. Unngåelse i terapitimene kan eksempelvis komme til uttrykk som at ungdommen nekter å svare på spørsmål relatert til den traumatiske erfaringen, sier at hun ikke vil snakke om hendelsen, svarer kort på spørsmål eller bytter tema gjentatte ganger i timene. En slik underinvolvering kan bidra til at ungdommen mister muligheten til å nyansere traumeminnet, korrigere dysfunksjonelle tanker og få en ny erfaring med å bruke mer adaptive mestringsstrategier for å regulere følelser og kroppslig aktivering som utløses av påminnere om hendelsen. Disse unngåelsesstrategiene representerer altså forsøk på å håndtere opplevelsen av nåværende fare og de medfølgende symptomene på posttraumatisk stress, men har en paradoksal effekt ved at de opprettholder og forsterker overgeneralisert frykt og PTSS (Brown et al., 2019; Ehlers & Clark, 2000; Rauch & Foa, 2006; Seligowski et al., 2015). Det er dermed mulig at nedgang i unngåelse i eller mellom terapitimer i TF-CBT kan bidra til nedgang i PTSS hos barn og unge. Det er også mulig at høyere nivå av unngåelse i terapi hindrer at barn og unge oppnår tilstrekkelig emosjonell aktivering i eksponeringsarbeidet, slik at unngåelse dermed også begrenser effekten av emosjonell aktivering på endring i PTSS.

Flere studier på voksenfeltet har belyst sammenhengen mellom unngåelse og utvikling av PTSS og andre traumerelaterte plager hos personer som har blitt eksponert for potensielt traumatiserende hendelser (Kumpula et al., 2011; Plumb et al., 2004; Tull et al., 2004). Det er imidlertid gjennomført få studier som har undersøkt en slik sammenheng hos barn. Det kan tenkes unngåelse er et særlig sentralt tema i terapi med barn og ungdom, ettersom de ofte ikke tar initiativ til å søke behandling selv og kanskje ikke har et eget ønske om å gå i behandling. Shenk og medarbeidere (2012) fant at unngåelse medierer sammenhengen mellom eksponering for traumatiske hendelser i barndom og PTSS hos jenter i alderen 14 til 19 år. Shenk og medarbeidere (2014) gjennomførte også en longitudinell studie med samme utvalg og fant at unngåelse medierte forholdet mellom traumatiske hendelser og PTSS ved oppfølging 1 år etter endt behandling. Samlet sett indikerer disse studiene at unngåelse trolig bidrar til å utvikle og opprettholde vedvarende PTSS hos ungdom. Det er derimot mindre kunnskap om hvorvidt unngåelse i *terapitimer* i TF-CBT henger sammen med endring i PTSS hos traumatiserte barn og ungdom.

Det er så vidt vi har kjennskap til gjennomført to studier som har undersøkt hvorvidt unngåelse hos barn i terapitimer henger sammen med behandlingsutfall i TF-CBT, men bare en av dem (Hayes et al., 2017) har undersøkt sammenhengen med endring i PTSS. Yasinski

og medarbeidere (2018) fant at høyere nivå av unngåelse hos barn og deres omsorgsgivere tidlig i terapiforløpet predikerte frafall, som også kan forstås som en form for unngåelse. Denne studien indikerer altså at unngåelse i terapitimene henger sammen med behandlingsutfall i TF-CBT, men har imidlertid ikke undersøkt hvorvidt unngåelse henger sammen med endring i PTSS. Hayes og medarbeidere (2017) undersøkte sammenhenger mellom ulike prosessvariabler i bearbeidingsfasen som kan indikere enten konstruktiv (desentrering og akkomodasjon) eller uproduktiv prosessering (overgeneralisering, ruminering og unngåelse) og PTSS hos barn og unge mellom 7 og 17 år i TF-CBT. De fant ingen sammenheng mellom unngåelse og PTSS, men de fant at akkomodasjon var assosiert med mindre unngåelse og mer desentrering. Det er dermed uklart basert på studiene som foreligger hvorvidt nedgang i unngåelse i eller mellom terapitimer henger sammen med endring i PTSS hos barn og ungdom som mottar TF-CBT. Det er nødvendig å gjennomføre flere studier som undersøker sammenhengen mellom unngåelse i terapitimer med barn og ungdom og endring i PTSS.

Det kan tenkes at høy grad av unngåelse i terapi hindrer konstruktiv emosjonell prosessering av traumet. Det er svært få studier som har undersøkt hvorvidt det er nødvendig med et tilstrekkelig høyt nivå av emosjonell aktivering og reduksjon av emosjonell aktivering i eksponeringsarbeidet for å oppnå endring i PTSS hos barn og unge i TF-CBT. Det mangler kunnskap om mulige sammenhenger mellom unngåelse og emosjonell aktivering i terapi med traumatiserte barn og ungdom, og hvorvidt forholdet mellom disse to prosessvariablene henger sammen med endring i PTSS. Det er mulig at nivå av unngåelse i terapi modererer sammenhengen mellom emosjonell aktivering og endring i PTSS, slik at høyere nivå av unngåelse inhiberer sammenhengen mellom emosjonell aktivering og PTSS, mens lavere nivå av unngåelse bidrar til en sterkere sammenheng mellom emosjonell aktivering og PTSS. Det kan altså tenkes at et tilstrekkelig høyt nivå av emosjonell aktivering, redusert emosjonell aktivering og redusert unngåelse i de narrative timene i TF-CBT kan bidra til emosjonell prosessering av den traumatiske hendelsen.

## **1.6 Problemstilling**

I denne oppgaven ønsker vi først å undersøke nivå og endring i emosjonell aktivering og unngåelse over de narrative timene i TF-CBT, og deretter å undersøke sammenhenger mellom nivå og endringsforløp av de to prosessvariablene og endring i PTSS hos barn og ungdom. Vi vil også undersøke om unngåelse i terapitimene påvirker sammenhengen mellom

emosjonell aktivering og endring i PTSS. Ved å undersøke dette kan vi få mer kunnskap om terapeutiske prosesser i eksponeringsarbeidet i TF-CBT som kan bidra til symptombedring hos barn og unge med PTSS. Denne oppgaven har følgende problemstillinger:

- 1) Hva er startnivået av emosjonell aktivering i første narrative time og hvor mye endrer den emosjonelle aktiveringen seg over de narrative timene i TF-CBT? Hva er startnivået av unngåelse i første narrative time og hvor mye endrer unngåelse seg over de narrative timene?
- 2) Predikerer nivå og endringsforløp av emosjonell aktivering i de narrative timene endring i PTSS? Predikerer nivå og endringsforløp av unngåelse i de narrative timene endring i PTSS?
- 3) Modererer unngåelse i terapitimene sammenhengen mellom emosjonell aktivering og endring i PTSS?

Det er så vidt vi er klar over ingen tidligere studier som har undersøkt nivå og endringsforløp av emosjonell aktivering og unngåelse over tid i TF-CBT, og vi har derfor ingen konkrete hypoteser knyttet til den første problemstillingen. Basert på teori (Ehlers & Clark, 2000; Foa & Kozak, 1986) og tidligere forskning har vi følgende hypoteser:

- 1) Nivå og endringsforløp av emosjonell aktivering i de narrative timene predikerer endring i PTSS.
- 2) Nivå og endringsforløp av unngåelse predikerer endring i PTSS.
- 3) Unngåelse i den første narrative timen modererer sammenhengen mellom emosjonell aktivering i den første narrative timen og endring i PTSS.

## 2 Metode

Denne oppgaven er basert på data som er samlet inn til forskningsprosjektet *“Behandling av traumatiserte barn og unge, TF-CBT - implementering 2012-2017”* ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). I det følgende vil vi beskrive denne studien og deretter presentere metoden for denne oppgaven.

### 2.1 Implementeringsstudien ved NKVTS

Datamaterialet i hovedoppgaven vår er basert på data som er innhentet fra 46 ulike barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) i den offentlige spesialisthelsetjenesten som deltok i NKVTS sin implementering av TF-CBT i norske BUP-er i prosjektperioden 2012-2017. Deltagerne i studien ble henvist til BUP og fikk tilbud om behandling i henhold til ordinære inntaksrutiner i spesialisthelsetjenesten. Det ble gjennomført en kartlegging av traumatiske erfaringer og PTSS ved inntak (T1). De ungdommene som rapporterte om traumatiske erfaringer og PTSS over klinisk nivå fikk tilbud om TF-CBT dersom det ble vurdert som hensiktsmessig med traumefokusert behandling. PTSS ble også kartlagt etter omtrent seks behandlingstimer (T2) og etter avsluttet behandling (T3). Deltagerne ble informert om studien i forbindelse med at de fikk tilbud om TF-CBT, og det ble innhentet skriftlig informert samtykke til deltagelse fra ungdommene og foreldrene deres. 115 terapeuter deltok i forskningsprosjektet. De fikk opplæring i TF-CBT og individuell veiledning av sertifiserte TF-CBT terapeuter ved NKVTS som lyttet til lydopptak av terapitimer i to til tre av sakene til hver enkelt terapeut.

De følgende inklusjonskriteriene ble brukt i forbindelse med denne oppgaven: terapiforløpet er godkjent som TF-CBT, det foreligger samtykke til lagring av lydopptak, det foreligger tilgjengelige lydopptak for minst tre terapitimer i bearbeidingsfasen og måling av PTSS med KATES eller CPSS før behandlingsstart og etter avsluttet behandling. Det ble gjennomført ordinære kartlegginger og vurderinger før deltagere ble tilbudt TF-CBT. Selv om TF-CBT kan tilbys for barn fra 6-årsalderen, ble det besluttet å kode terapitimer for barn mellom 12 og 18 år, ettersom vi var særlig interessert i å undersøke terapeutiske prosesser hos ungdom. Det forelå opprinnelig samtykke til lagring av data i 181 saker. Av de 181 sakene ble totalt 94 saker ekskludert fra studien vår, ettersom det var feil i filformatet i 10 av sakene, kun to eller færre lydopptak fra bearbeidingsfasen i 20 av sakene, PTSS ble målt med CPSS på ett måletidspunkt og CATS på et senere tidspunkt i 7 av sakene, pasienten var 11 år eller

yngre i 18 av sakene, behandlingen ble avbrutt i 35 av sakene og 4 av sakene ble benyttet som øvingssaker. Det betyr at totalt 87 saker utgjør datagrunnlaget i studien vår.

## 2.2 Utvalg

Utvalget som ble inkludert i oppgaven vår besto av barn og ungdom ( $N = 87$ ) med traumatiske erfaringer og PTSS målt over klinisk nivå. Deltagerne var pasienter ved BUP og mottok TF-CBT. I studien vår ble deltagerne behandlet ved totalt 29 BUP-er i Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord. Deltagerne var i alderen 12-19 år ( $M = 15,8$ ,  $SD = 1,8$ ). Det var 68 jenter og 19 gutter i utvalget (78,2% jenter og 21,8% gutter). Deltagerne i studien vår rapporterte om mellom 1 og 8 potensielt traumatiserende hendelser ( $M = 3,0$ ,  $SD = 1,8$ ). De hyppigst forekommende potensielt traumatiserende hendelsene som det ble rapportert om i utvalget vårt var mobbing og trusler, fysisk vold fra et familiemedlem, vitne til vold i familien, alvorlig skade, sykdom eller død hos en person som står barnet nært og voldtekt. De potensielt traumatiserende hendelsene som ble rapportert hyppigst som behandlingstraume i utvalget vårt var fysisk vold fra et familiemedlem, voldtekt, seksuelle overgrep, vitne til vold i familien og mobbing. I utvalget vårt hadde 50,6% ( $n = 44$ ) ett behandlingstraume, 31,0% ( $n = 27$ ) to behandlingstraumer, 10,3% ( $n = 9$ ) tre behandlingstraumer, 3,4% ( $n = 3$ ) fire behandlingstraumer, og 1,1% ( $n = 1$ ) fem behandlingstraumer. I 3,4% ( $n = 3$ ) av sakene ble det ikke oppgitt behandlingstraume.

Tabell 1

*Oversikt over traumatiske erfaringer og behandlingstraumer*

	Totalt rapporterte traumer	Behandlings-traumer
Fysisk vold fra et familiemedlem	32,2%	26,4%
Voldtekt	21,8%	21,8%
Seksuelle overgrep utført av voksen	20,7%	19,5%
Vitne til vold i familien	31,0%	17,2%
Mobbing eller trusler	37,9%	16,1%
Seksuelle overgrep; tvunget til å ta på andres private kroppsdeler	16,1%	12,6%
Vold påført av andre utenfor familien	18,4%	11,5%
Seksuelle overgrep; andre har tatt på eller fotografert egne private kroppsdeler	13,8%	11,5%
Alvorlig sykdom, skade eller død av en person som står barnet nært	26,4%	5,7%
Skremmende opplevelse hos lege, tannlege eller på sykehus	17,2%	3,4%
Vitne til vold utenfor familien	13,8%	2,3%
Alvorlig ulykke	12,6%	2,3%
Terror eller krigshandlinger	2,3%	1,1%
Blitt kidnappet eller forsøkt kidnappet	5,7%	1,1%
Naturkatastrofe	3,4%	0%
Andre skremmende hendelser	18,4%	10,3%

## 2.3 Prosedyre

Vi kodet lydopptak fra terapitimer i TF-CBT i en gruppe med tre andre kodere, og brukte kodemanualen *The change and growth experiences scale* i kodearbeidet (CHANGE; Hayes et al., 2007). Kodearbeidet ble utført i perioden høsten 2019 og våren og høsten 2020 som en del av et større forskningsprosjekt ved NKVTS. Koderne gjennomførte opplæring og pilotkoding med veileder Marianne Skogbrott Birkeland, som er en del av forskningsgruppen ved NKVTS. I pilotkodingen ble fem øvingssaker med seks behandlingstimer hver kodet. Kodegruppen kodet de samme øvingssakene og diskuterte kodingene mellom hver øvingssak for å sikre tilstrekkelig inter-rater reliabilitet. De sakene som ble benyttet i pilotkodingen ble ikke inkludert i datamaterialet til denne hovedoppgaven.



Intraclass correlation coefficient (ICC; Bartko, 1966) ble brukt til å beregne inter-rater reliabilitet i øvingssakene. ICC er et mål på enighet mellom to eller flere sett med målinger av samme subjekt som er utført av ulike observatører (Bartko, 1966). ICC estimerer grad av enighet ved å sammenligne varians i de ulike målingene. Det ble besluttet å starte med koding når ICC for øvingssakene ble beregnet til 0,75. Ifølge Burdock og medarbeidere (1963) kan dette regnes som god reliabilitet. ICC ble brukt i øvingssakene fordi alle koderne kodet de samme øvingssakene, men etter opplæringsfasen ble få saker kodet av de samme to koderne, og ICC ble derfor ikke benyttet som et mål på inter-rater reliabilitet etter opplæringsfasen.

Hver koder ble tilfeldig tildelt mellom 14 og 16 saker som ble kodet høsten 2019. Totalt ble 55 saker kodet høsten 2019. Koderne fulgte retningslinjene for koding som er beskrevet i kodemanualen (se vedlegg 1). Vi dobbeltkodet lydklippene i alle sakene de første seks ukene, det vil si at to og to kodere kodet hver sak. Deretter dobbeltkodet vi sakene annenhver uke, og kodet en sak hver alene annenhver uke gjennom perioden høsten 2019. Det ble gjennomført konsensusmøter annenhver uke, hvor vi diskuterte sakene som ble dobbeltkodet for å unngå rater-drift og sikre tilfredsstillende inter-rater reliabilitet. I perioden våren og høsten 2020 ble totalt 34 saker kodet av veileder Marianne Skogbrott Birkeland og en av forfatterne i denne hovedoppgaven. Konsensusmøtene fant sted digitalt omtrent en gang i måneden i 2020. På konsensusmøtene ble de variablene med mer enn 1 skåre i forskjell på en firepunktsskala mellom de to koderne diskutert, slik at vi kom frem til en enighet om skåren. Vi beregnet gjennomsnittet av de to skårene som var satt i de tilfellene hvor det bare var 1 skåre i forskjell mellom koderne. For eksempel hvis en koder vurderte unngåelse som 1, mens den andre vurderte unngåelse som 2, ble gjennomsnittet på 1,5 brukt i datasettet. Med en slik fremgangsmåte har vi sikret en akseptabel inter-rater reliabilitet, hvor gjennomsnittlig prosentandel av enighet innen 1 skåre på firepunktsskalaen i sakene er 91,7% for unngåelse og 98,6% for emosjonell aktivering.

Hver sak består av et utvalg av opptil seks timer i bearbeidingsfasen i TF-CBT, hvor utvalget ble foretatt av veileder Marianne Skogbrott Birkeland. Det ble vurdert at det ikke var mulig å kode alle timene i bearbeidingsfasen i hver sak av kapasitetshensyn. I saker med seks eller færre timer ble samtlige timer kodet, mens i saker med mer enn seks timer ble et utvalg på seks timer kodet. Det ble tilstrebet å opprettholde en balanse mellom den narrative komponenten og komponenten med kognitiv prosessering i datamaterialet, og derfor ble det valgt ut tre timer med vekt på narrativ og tre timer med vekt på kognitiv prosessering, dersom det var mulig. Av samme grunn ble også første og siste time av hver komponent kodet. Vi kodet bare noen terapitimer om gangen for å unngå feilkoding grunnet tretthet. Koderne fikk

ikke informasjon om PTSS-nivå eller behandlingsutfall hos deltagerne under kodingen. Dessuten ble sakene som er dobbeltkodet ikke diskutert før på konsensusmøtene for å unngå at koderne påvirket hverandre under kodingen. Kodegruppen fikk også veiledning gjennom mailkorrespondanse med professor og forsker Adele Hayes ved University of Delaware, som har utviklet kodemanualen.

## **2.4 Etiske betraktninger**

Etiske retningslinjer har blitt fulgt i arbeidet med denne hovedoppgaven. Vi har signert en taushetsplikterklæring for datamaterialet som vi fikk tilgang til gjennom forskningsprosjektet ved NKVTS. Datamaterialet har blitt oppbevart på et sikkert område på Tjenester for oppbevaring av sensitive data (TSD) som tilfredsstiller lovkrav om behandling og lagring av sensitive forskningsdata. Deltagere i forskningsprosjektet signerte en informert samtykkeerklæring der de samtykket til at terapiopptakene deres skal brukes til forskning ved NKVTS. Forskningsprosjektet er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (prosjektnummer 2017/1619 A).

## **2.5 Instrumenter**

### **2.5.1 Uavhengige variabler**

#### **Emosjonell aktivering og unngåelse (CHANGE)**

Vi benyttet kodemanualen CHANGE (Hayes et al., 2007) for å måle unngåelse og emosjonell aktivering. CHANGE er en observasjonsbasert kodemanual som har som hensikt å måle variabler som kan inhibere eller fasilitere terapeutisk innsikt, prosessering og endring. Kodemanualen ble tilpasset NKVTS ved Marianne Skogbrott Birkeland. De følgende variablene ble valgt ut til forskningsprosjektet ved NKVTS: positivt og negativt syn på seg selv, positivt og negativt håp, positive og negative emosjoner mellom timene, positive og negative emosjoner i timene, positiv og negativ atferd mellom timene, unngåelse, uproduktiv prosessering, overgeneralisering, kognitiv-emosjonell prosessering, akkomodasjon og desentrering. Disse kategoriene ble samlet i et kodeskjema som ble brukt til å registrere kodene i hver enkelt sak. Vi kodet alle disse variablene i kodearbeidet ved NKVTS, men har valgt å undersøke variablene unngåelse og negative emosjoner i timene i studien vår.

Hver variabel i CHANGE kodes på en firepunktsskala fra 0 til 3 (0 = ikke tilstede eller veldig lav; 1 = lav; 2 = medium; 3 = høy). Kategoriene som måler syn på seg selv, håp, emosjoner mellom timene, emosjoner i timene og atferd mellom timene kodes basert på

intensitet (ikke tilstede, lav, medium eller høy) og valens (positiv eller negativ), mens kategoriene som måler prosessvariablene unngåelse, uproduktiv prosessering, overgeneralisering, kognitiv-emosjonell prosessering, akkomodasjon og desentrering kodes etter grad (ikke tilstede, lav, medium og høy). Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende og kan forekomme samtidig. Koderne skrev ned utsagn som tilhørte variablene i kodeskjemaet og satte en global skåre for hver variabel basert på innholdet i hele behandlingstimen. Hver variabel ble kodet basert på retningslinjene og eksemplene i kodemanualen.

Vi benyttet variabelen negative emosjoner i timene som mål på emosjonell aktivering i timene. Ifølge kodemanualen skal variabelen reflektere i hvilken grad negative emosjoner er aktivert i terapitimene. Ifølge instruksjonene skal koderne først vurdere intensitet og deretter vurdere varighet av emosjonsuttrykket for å sette den globale skåren. I tillegg skal koderne vurdere både innholdet i det pasienten sier, for eksempel spesifikke ord som gir uttrykk for at ungdommen er trist, sint, engstelig, anspent eller irritert, og hva de hører i lydklippet, for eksempel tonefall, gråting eller nummenhet. Det ble også kodet dersom terapeuten kommenterte ansiktsuttrykk eller kroppsspråk hos barnet. I de narrative timene i TF-CBT brukes ofte en skala mellom 1 og 10, en såkalt SUD-skala («subjective units of distress»), slik at barnet i forbindelse med eksponeringen kan rapportere grad av ubehag. Det ble kodet som høy grad av negative emosjoner i timen dersom barnet oppga en høy SUD i timen.

I CHANGE konseptualiseres unngåelse som opplevelsesunngåelse, slik begrepet defineres av Hayes og medarbeidere (1996). I kodemanualen beskrives det at unngåelse omfatter forsøk på å beskytte eller forsvare seg ved å distansere seg fra problemer og aversive indre opplevelser, og kan utarte seg som sosial tilbaketrekning, nummenhet, mental unngåelse, konsentrasjonsvansker, distraksjon, bruk av humor for å unngå å snakke om det som er ubehagelig, minimering, å bytte tema i samtalen eller å nekte å gå inn i temaet i terapi. Høy grad av unngåelse kan eksempelvis innebære at pasientene oppleves som nummen eller frakoblet i behandlingstimen.

## **2.5.2 Avhengige variabler**

### **Kartlegging av potensielt traumatiserende hendelser (KATES del 1)**

Sjekklisten KATE (KATES del 1) ble brukt i implementeringsstudien for å kartlegge eksponering for potensielt traumatiserende hendelser. KATES er et selvrapporteringskjema for barn og ungdom i alderen 6-18 år som har som hensikt å kartlegge traumatiske erfaringer og symptomer på posttraumatisk stress (se vedlegg 2). KATES del 1 spør om barnet har opplevd ulike potensielt traumatiserende hendelser basert på definisjonen i DSM-5 gjennom

15 spørsmål som barnet kan svare ja eller nei på. KATES del 1 inneholder spørsmål om hvorvidt barnet har opplevd krig, alvorlige naturkatastrofer, slik som flom, brann, jordskjelv eller orkan, alvorlige ulykker eller skader, mobbing, å bli truet, slått eller hardt skadet av noen i familien, å bli truet, slått eller hardt skadet av noen i nærmiljøet eller på skolen, å bli angrepet, knivstukket, skutt eller ranet, å ha sett at noen i familien eller i nærmiljøet har blitt truet, slått eller hardt skadet, seksuelle overgrep, seksuelle overgrep på nett, plutselig eller voldsomt dødsfall hos en person som står barnet nært eller å ha gjennomgått stressende eller skremmende medisinsk behandling. Dersom barnet rapporterer om flere hendelser, ber terapeuten barnet om å ta utgangspunkt i den barnet opplever som den verste hendelsen.

### **Kartlegging av symptomer på posttraumatisk stress (PTSS)**

Spørreskjemaene CPSS og CATS ble brukt for å måle endring i PTSS. En ny utgave av DSM ble utgitt i løpet av prosjektperioden til implementeringsstudien, og det ble derfor benyttet to ulike måleinstrumenter for kartlegging av symptomer på posttraumatisk stress. CPSS er basert på de diagnostiske kriteriene for PTSD i DSM-IV, mens CATS er basert på kriteriene i DSM-5. I sakene som ble kodet høsten 2019 ble CATS brukt som mål på nivå av PTSS, mens i sakene som ble kodet i 2020 ble CPSS brukt som mål på PTSS. CATS ble benyttet i 52 av sakene (59,8%) og CPSS ble benyttet i 35 av sakene (40,2%).

CPSS (Child PTSD Symptom Scale; Foa et al., 2001) har som hensikt å måle PTSS hos barn og ungdom i alderen 8-18 år (se vedlegg 3). Skjemaet er basert på selvrapportering og består av to deler. Den første delen er basert på kriteriene for PTSD i DSM-IV og inneholder 17 spørsmål om symptomene som inngår i faktorene gjenopplevelse, unngåelse og hyperaktivering. Barnet rapporterer om hvor ofte symptomene har vært tilstede de siste to ukene på en skala fra 0 til 3 (0 = ikke i det hele tatt; 1 = en gang i uken eller mindre; 2 = 2 til 4 ganger i uken; 3 = 5 eller flere ganger i uken). Den andre delen undersøker barnets fungering i dagliglivet gjennom seks spørsmål knyttet til barnets forhold til familien sin og vennene sine, fritidsaktiviteter, plikter og oppgaver hjemme, skolearbeid og tilfredshet med livet. Disse spørsmålene besvares som tilstede eller ikke tilstede. Det ble opprinnelig anbefalt å bruke en skåre på 11 som klinisk cut-off på CPSS (Foa et al., 2001). Nixon og medarbeidere (2013) har senere anbefalt en skåre på minst 16 som cut-off for klinisk nivå av PTSS. Vi har derfor benyttet en CPSS-skåre på 16 som cut-off i denne studien. Studier som har undersøkt de psykometriske egenskapene til CPSS viser tilfredsstillende test-retest reliabilitet, divergent og konvergent validitet og indre konsistens med en Cronbachs alfa på mellom 0,83 og 0,90 (Foa et al., 2001; Nixon et al. 2013). En studie fant at den norske utgaven har tilfredsstillende

indre konsistens i gjenopplevelse ( $\alpha = 0,83$ ), unngåelse ( $\alpha = 0,78$ ), hyperaktivering ( $\alpha = 0,74$ ) og spørsmålene som måler funksjon ( $\alpha = 0,90$ ) (Ormhaug et al., 2012).

CATS er den norske versjonen av Child and Adolescent Trauma Screen (CATS; Sachser et al., 2017). CATS undersøker tilstedeværelsen av posttraumatiske stresssymptomer de siste to ukene knyttet til den traumatiske hendelsen som barnet oppgir som den mest plagsomme hendelsen, og hvorvidt symptomene påvirker barnets fungering sammen med andre mennesker, sammen med familien sin og på skolen, fritidsaktiviteter eller arbeid og barnets tilfredshet med livet sitt (se vedlegg 4). Spørreskjemaet består av 20 utsagn som besvares på en skala fra 0 til 3 (0 = aldri; 1 = en gang iblant; 2 = halvparten av tiden; 3 = nesten hele tiden). Disse utsagnene er knyttet til kriteriene i DSM-5 som omhandler gjenopplevelse (B), unngåelse (C), negative endringer i kognisjoner og humør (D) og hyperaktivering (E). Det vurderes at barnet har symptomer på posttraumatisk stress over klinisk grenseverdi dersom barnet rapporterer om symptomer som gir en sumskåre på 15 eller mer og samtidig rapporterer om minst ett symptom i hver av de fire symptomgruppene (NKVTS, 2020). Vi har derfor brukt en cut-off på 15 som klinisk grenseverdi for PTSS målt med CATS i studien vår. En valideringsstudie som undersøkte CATS basert på data innhentet i Norge, Tyskland og USA fant at skalaen har tilfredsstillende psykometriske egenskaper og høy reliabilitet med en Cronbachs alfa på mellom 0,90 og 0,93 (Sachser et al., 2017).

I studien vår har vi bare tilgang på sumskårene, og kan derfor ikke beregne reliabilitet med Cronbachs alfa på disse måleinstrumentene. Sumskåren i CPSS kan variere mellom 0 og 51, mens sumskåren i CATS kan variere mellom 0 og 60. Fordi CATS og CPSS har ulike målerange, ble de to skalaene omregnet til en felles skala med en range på 0-100, slik at det er mulig å sammenligne PTSS målt med de to instrumentene.

## 2.6 Statistiske analyser

Datamaterialet ( $N = 87$ ) ble analysert med IBM SPSS 27 og Mplus versjon 8.3 (Muthén & Muthén, 1998-2019). IBM SPSS 27 ble brukt til å beskrive utvalget og PTSS gjennom behandlingsforløpet. Mplus ble brukt til å gjennomføre regresjonsanalyser og vekstkurveanalyser (*growth curve modelling*). Fordelen med vekstkurver er at vi kan undersøke utviklingen av de to prosessvariablene hos deltakerne over tid. Mens tradisjonelle statistiske metoder, slik som multippel regresjon, analyserer aggregerte data og endring på gruppenivå og behandler individuelle forskjeller som feilvarians, inkluderer vekstkurveanalyser individuelle forskjeller i endringsmønster over tid.

For å ta høyde for eventuelle skjevheter i distribusjonen, ble MLR (*maximum likelihood estimation with robust errors*) brukt som estimator i analysene. MLR er en robust estimator som ikke krever at datamaterialet er normalfordelt, og kan brukes til å analysere skjevfordelte data. For å vurdere hvorvidt den estimerte modellen passer med dataene (*the model fit*), undersøkte vi  $\chi^2$  distribusjonen, RMSEA (*the root mean square error of approximation*) og CFI (*the comparative fit index*). RMSEA-verdier mellom 0,10 og 0,08 regnes vanligvis som en indikator på en tilstrekkelig *model fit* og verdier mellom 0,08 og 0,05 regnes som en indikator på en akseptabel *model fit*, mens verdier under 0,05 ofte tolkes som en god *model fit* (Browne & Cudeck, 1992; Hu & Bentler, 1999; Little, 2013). CFI-verdier mellom 0,90 og 0,94 regnes vanligvis som en indikator på en akseptabel *model fit*, mens verdier over 0,95 ofte tolkes som en indikator på en god *model fit* (Browne & Cudeck, 1992; Hu & Bentler, 1999; Little, 2013). Et signifikansnivå på 0,05 ble brukt i analysene ( $p < 0,05$ ).

### **Problemstilling 1: Startnivå og endring i emosjonell aktivering og unngåelse**

Mplus ble brukt til å gjennomføre to ulike vekstkurveanalyser for å undersøke gjennomsnittlig startnivå og endringskurve og varians i startnivå og endringskurve til henholdsvis emosjonell aktivering og unngåelse i de narrative timene.

### **Problemstilling 2: Sammenhenger mellom emosjonell aktivering, unngåelse og PTSS**

For å undersøke sammenhenger mellom emosjonell aktivering og PTSS, og mellom unngåelse og PTSS, ble det gjennomført to vekstkurveanalyser med emosjonell aktivering og unngåelse som uavhengige variabler og endring i PTSS som avhengig variabel. Det er mulig at det skjer en betydelig reduksjon av PTSS allerede i de første timene av TF-CBT. Ettersom vi ønsket å undersøke sammenhenger mellom emosjonell aktivering og unngåelse i de narrative timene og endring i PTSS, brukte vi endring mellom PTSS målt etter omtrent seks behandlingstimer (T2) og PTSS ved behandlingsslutt (T3) som avhengig variabel. Med dette fikk vi mulighet til å isolere og fange opp endring i PTSS som oppsto etter bearbeidingsfasen.

### **Problemstilling 3: Interaksjonseffekt av unngåelse på sammenhengen mellom emosjonell aktivering og endring i PTSS**

For å undersøke hvorvidt unngåelse kan være en moderator for sammenhengen mellom emosjonell aktivering og endring i PTSS i de narrative timene gjennomførte vi to regresjonsanalyser. I den første regresjonsanalysen inkluderte vi nivå av emosjonell aktivering og nivå av unngåelse i den første narrative timen vi kodet som uavhengige prediktorer for endring i PTSS. I den andre regresjonsanalysen undersøkte vi hvorvidt

sammenhengen mellom emosjonell aktivering i den første narrative timen og endring i PTSS er avhengig av nivå av unngåelse i den første narrative timen. I disse analysene ble prediktorene sentralisert. Til sammen har vi seks modeller som er oppsummert i tabell 2.

Tabell 2

*Oversikt over modeller for å undersøke emosjonell aktivering og unngåelse over tid, sammenhenger mellom emosjonell aktivering og PTSS, og sammenhenger mellom unngåelse og PTSS*

Modell	Avhengige variabler	Uavhengige variabler
Modell 1	Nivå og endringskurve av emosjonell aktivering	Tid
Modell 2	Nivå og endringskurve av unngåelse	
Modell 3	Nivå og endringskurve av emosjonell aktivering	Endring i PTSS mellom T2 og T3
Modell 4	Nivå og endringskurve av unngåelse	
Modell 5	Enkeltprediktorer: Startnivå av unngåelse og startnivå av emosjonell aktivering	
Modell 6	Interaksjon mellom startnivå av emosjonell aktivering og startnivå av unngåelse	

### 2.6.1 Forundersøkelser

Det ble først forsøkt å gjennomføre vekstkurveanalyser for emosjonell aktivering og unngåelse målt over seks terapitimer hvor det ble arbeidet med traumenarrativet. Fordi det var få deltagere som arbeidet med traumenarrativet helt frem til tidspunkt 5 og 6, fikk dataprogrammet beregningsproblemer, og tidspunkt 5 og 6 ble derfor ekskludert fra analysene. Det var dermed mulig å beregne en modell basert på dataene.

# 3 Resultater

## 3.1 PTSS gjennom behandlingsforløpet

Behandlingsforløpene besto av mellom 8 og 34 timer ( $M = 17,4$ ,  $SD = 5,2$ ). PTSS ble målt ved behandlingsstart (T1), etter omtrent seks behandlingstimer (T2) og ved behandlingsslutt (T3). Deltagerne i utvalget vårt hadde en gjennomsnittlig nedgang på 30,1 ( $SD = 17,8$ ) på skalaen fra 0 til 100. Det var en maksimal nedgang på 78,3 og en minimal nedgang på -17,7 i utvalget vår. Det betyr at noen av deltagerne i studien vår hadde en økning i PTSS. En cut-off på 16 ble brukt som klinisk grenseverdi for PTSS målt med CPSS, mens en cut-off på 15 ble brukt for PTSS målt med CATS. Det ble definert at deltagere med PTSS over cut-off ved behandlingsslutt ikke responderte på behandlingen. Basert på en slik definisjon var det 30 deltagere (34,4%) som ikke responderte på behandlingen. Resultatene er presentert i tabell 3.

Tabell 3

*Nivå av PTSS gjennom behandlingsforløpet*

Tidspunkt	PTSS	SD	Min	Maks	Antall over cut-off CATS	Antall over cut-off CPSS	Antall deltagere
Start	53,3	18,2	17,7	92,2	n = 52 (59,8%)	n = 31 (35,6 %)	N = 87
Time 6	43,2	21,0	3,9	96,7	n = 40 (46,0%)	n = 21 (24,1%)	n = 80
Slutt	23,2	19,0	0,0	76,7	n = 17 (19,5 %)	n = 13 (14,9%)	N = 87

*Merk.* CATS = Child and Adolescent Trauma Screen. CPSS = Child PTSD Symptom Scale.



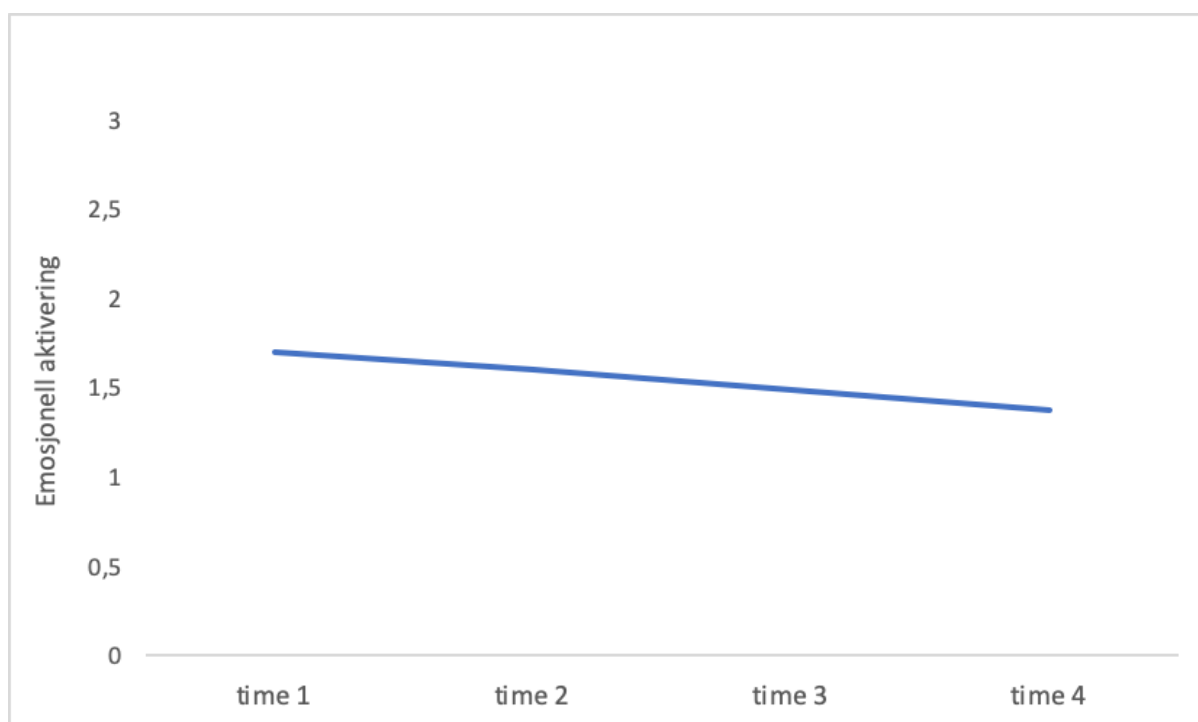
## 3.2 Hovedanalyser

### Problemstilling 1: Startnivå og endring i emosjonell aktivering og unngåelse

Vi undersøkte gjennomsnittlig startnivå og endringskurve og varians i startnivå og endringskurve for emosjonell aktivering i de fire første narrative timene vi kodet. Den latente lineære vekstkurvmodellen ga en god model fit (RMSEA = 0,000, CFI = 1,000). De ustandardiserte estimatene av gjennomsnitt og varians i startnivå (*intercept*) og endringskurve (*slope*) for emosjonell aktivering er presentert i tabell 4. Vi fant at gjennomsnittlig startnivå for emosjonell aktivering var 1,71 ( $p < 0,001$ ). Det kan vurderes som et moderat nivå, ettersom variabelen ble kodet på en firepunktsskala fra 0 til 3 (0 = ikke tilstede eller veldig lav; 1 = lav; 2 = medium; 3 = høy). Som vi ser av tabell 4, fant vi en gjennomsnittlig lineær endringskurve for emosjonell aktivering på -0,01 ( $p = 0,014$ ). Det betyr at deltagerne gjennomsnittlig hadde en liten nedgang i emosjonell aktivering over de narrative timene. Vi fant en signifikant variasjon på 0,51 i startnivå av emosjonell aktivering ( $p < 0,001$ ), men vi fant ikke signifikant variasjon i den lineære endringskurven for emosjonell aktivering ( $p = 0,075$ ). I tabell 4 ser vi også at startnivå av emosjonell aktivering ikke var signifikant assosiert med endringskurven for emosjonell aktivering ( $p = 0,119$ ).

Figur 1

*Endringsforløp av emosjonell aktivering over de første fire kodede narrative timene*



Tabell 4

*Ustandardiserte estimater og standardfeil for gjennomsnitt og varians i startnivå og lineær endringskurve for emosjonell aktivering*

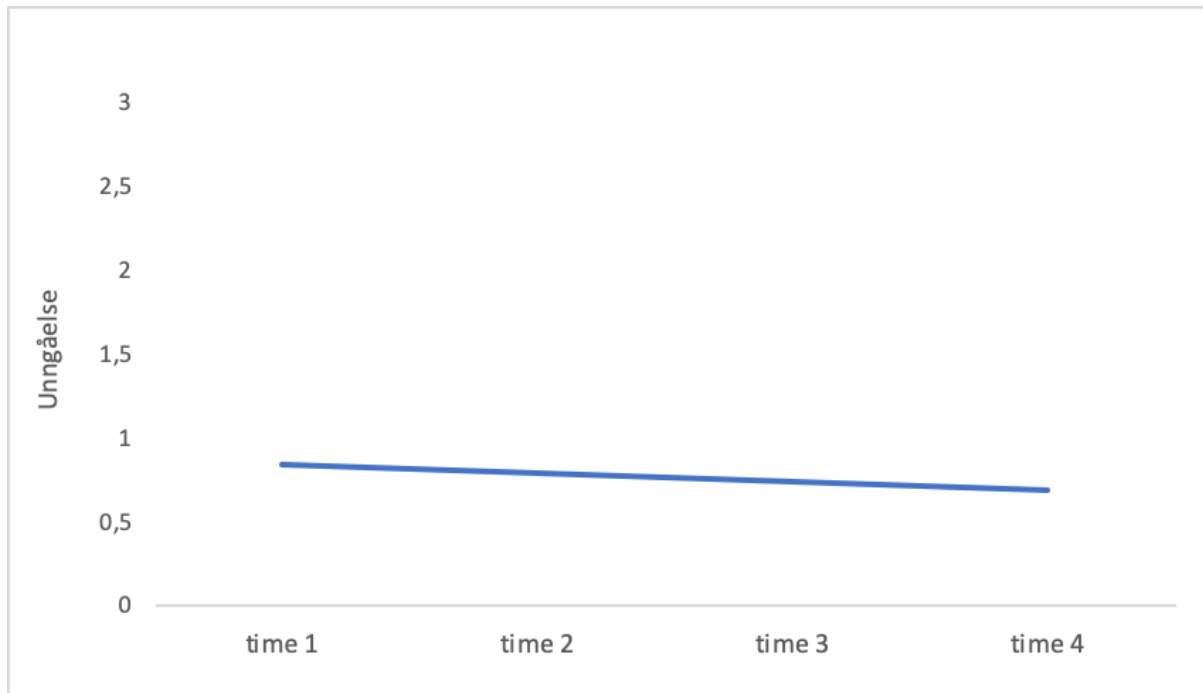
Variabel	Gjennomsnitt			Varians		
	Estimat	S.E	<i>p</i>	Estimat	S.E	<i>p</i>
Startnivå	1,71	0,10	0,000	0,51	0,14	0,000
Endringskurve	-0,11	0,05	0,014	0,06	0,03	0,075
Startnivå x Endringskurve	-0,08	0,05	0,119			

*Merk.* N = 87.

Vi undersøkte gjennomsnittlig startnivå og endringskurve og varians i startnivå og endringskurve for unngåelse i de fire første narrative timene vi kodet. Den latente lineære vekstkurvemodellen ga en god model fit (RMSEA = 0,005, CFI = 1,000). De ustandardiserte estimatene av gjennomsnitt og varians for startnivå og endringskurve for unngåelse er presentert i tabell 6. Vi fant at gjennomsnittlig startnivå for unngåelse var 0,84 ( $p < 0,001$ ). Vi fant ikke en signifikant lineær endringskurve ( $p = 0,219$ ). Det betyr at unngåelse gjennomsnittlig ikke endret seg over tid i de narrative timene. Vi fant en statistisk signifikant variasjon på 0,46 i startnivå av unngåelse ( $p = 0,001$ ), som betyr at det var individuelle forskjeller i deltagerens nivå av unngåelse i den første narrative timen som ble kodet. Som vi ser av tabell 5, fant vi ikke signifikant variasjon i den lineære endringskurven ( $p = 0,857$ ). Det betyr at det var signifikant variasjon i grad av unngåelse i utvalget vårt i den første narrative timen, men at unngåelse var stabilt over tid i de narrative timene. Vi fant ikke en signifikant sammenheng mellom startnivå og endringskurven for unngåelse ( $p = 0,568$ ).

Figur 2

*Endringsforløp av unngåelse over de første fire kodede narrative timene*



Tabell 5

*Ustandardiserte estimater og standardfeil for gjennomsnitt og varians i startnivå og lineær endringskurve for unngåelse*

Variabel	Gjennomsnitt			Varians		
	Estimat	S.E	<i>p</i>	Estimat	S.E	<i>p</i>
Startnivå	0,84	0,10	0,000	0,46	0,14	0,001
Endringskurve	-0,05	0,04	0,219	0,01	0,03	0,857
Startnivå x Endringskurve	-0,03	0,05	0,568			

*Merk.* N = 87.

## Problemstilling 2: Sammenhenger mellom emosjonell aktivering, unngåelse og PTSS

Vi undersøkte sammenhenger mellom startnivå og den lineære endringskurven av emosjonell aktivering og differanse i PTSS mellom T2 og T3. Den latente lineære vekstkurvmodellen ga en god model fit (RMSEA = 0,000, CFI = 1,000). De ustandardiserte og standardiserte estimatene for sammenhenger mellom gjennomsnittlig startnivå og endringskurve for emosjonell aktivering og endring i PTSS er presentert i tabell 6.

Vi fant at det ikke var en signifikant sammenheng mellom startnivå av emosjonell aktivering og differanse i PTSS ( $p = 0,052$ ). Som vi ser av tabell 6, fant vi at det ikke var en signifikant sammenheng mellom den lineære endringskurven av emosjonell aktivering og endring i PTSS ( $p = 0,703$ ).

Tabell 6

*Ustandardiserte og standardiserte estimater og standardfeil for sammenhenger mellom gjennomsnittlig startnivå og endringskurve for emosjonell aktivering og endring i PTSS*

Variabel	Ustandardiserte estimater			Standardiserte estimater		
	Estimat	S.E	$p$	Estimat	S.E	$p$
Startnivå sammenheng med differanse i PTSS	8,79	4,52	0,052	0,30	0,15	0,042
Endringskurve sammenheng med differanse i PTSS	6,95	18,26	0,703	0,08	0,21	0,707

*Merk.* N = 87.

Vi undersøkte sammenhenger mellom startnivå av unngåelse og differanse i PTSS mellom T2 og T3. Ettersom vi ikke fant en signifikant lineær endringskurve for unngåelse i den første analysen (se tabell 5), ble endringskurven definert som 0 i denne modellen. Det vil si at vi kun undersøkte startnivå av unngåelse som prediktor for PTSS. Den latente lineære vekstkurvmodellen ga en god model fit (RMSEA = 0,000, CFI = 1,000). De standardiserte og ustandardiserte resultatene er presentert i tabell 7. Vi fant ikke en signifikant sammenheng mellom startnivå av unngåelse og endring i PTSS for verken ustandardiserte ( $p = 0,371$ ) eller standardiserte estimater ( $p = 0,369$ ).

Tabell 7

*Ustandardiserte og standardiserte estimater og standardfeil for sammenhengen mellom startnivå av unngåelse og endring i PTSS*

Variabel	Ustandardiserte estimater			Standardiserte estimater		
	Estimat	S.E	<i>p</i>	Estimat	S.E	<i>p</i>
Startnivå sammenheng med differanse i PTSS	3,84	4,29	0,371	0,12	0,13	0,369

*Merk.* N = 87.

### **Problemstilling 3: Interaksjonseffekt av unngåelse på sammenhengen mellom emosjonell aktivering og endring i PTSS**

Vi undersøkte om nivå av emosjonell aktivering og unngåelse i den første narrative timen hadde uavhengige sammenhenger med endring i PTSS. I regresjonsanalysen ble variablene tatt inn i modellen samtidig. Modellen passet dataene godt (RMSEA = 0,000, CFI = 1,000). De standardiserte resultatene er presentert i tabell 8. Vi fant at startnivå av emosjonell aktivering predikerte endring i PTSS ( $p = 0,037$ ). Det var ikke en signifikant sammenheng mellom startnivå av unngåelse og endring i PTSS ( $p = 0,343$ ) når startnivå av emosjonell aktivering var tatt hensyn til. Deretter undersøkte vi om sammenhengen mellom startnivå av emosjonell aktivering og endring i PTSS var moderert av startnivå av unngåelse. Analysen ga en god model fit (RMSEA = 0,000, CFI = 1,000). De standardiserte estimatene er presentert i tabell 8. Som vi ser av tabell 8, fant vi ingen signifikant interaksjon mellom startnivå av unngåelse og emosjonell aktivering ( $p = 0,690$ ) i denne analysen. Det vil si at startnivå av emosjonell aktivering virket å predikere endring i PTSS.

Tabell 8

*Standardiserte estimater og standardfeil for sammenhengen mellom startnivå av emosjonell aktivering og unngåelse og endring i PTSS og interaksjon mellom aktivering og unngåelse*

Variabel	Modell 5 (Hovedeffekt)			Modell 6 (Interaksjon)		
	Estimat	S.E	<i>p</i>	Estimat	S.E	<i>p</i>
Sammenheng med endring i PTSS						
Startnivå emosjonell aktivering	0,22	0,10	0,037	0,21	0,10	0,041
Startnivå unngåelse	-0,10	0,10	0,343	-0,08	0,11	0,448
Unngåelse x Emosjonell aktivering				-0,04	0,10	0,689

*Merk. n = 80.*

## 4 Diskusjon

Hensikten med denne studien var å få mer kunnskap om hva som bidrar til endring i traumebehandling. Vi ønsket å undersøke om emosjonell aktivering og unngåelse henger sammen med endring i PTSS hos barn og ungdom med PTSS over klinisk nivå som mottar TF-CBT. Vi ønsket også å få mer kunnskap om nivå og endringsforløp av emosjonell aktivering og unngåelse hos barn og ungdom i eksponeringsarbeidet i TF-CBT. Resultatene viste en sammenheng mellom startnivå av emosjonell aktivering i de narrative timene og etterfølgende endring i PTSS. Det var ingen signifikante sammenhenger mellom nivå og endringsforløp av unngåelse i de narrative timene og endring i PTSS. Vi fant ikke støtte for at unngåelse i starten av bearbeidingsfasen modererer sammenhengen mellom startnivå av emosjonell aktivering og endring i PTSS.

### 4.1 Startnivå og endringsforløp av emosjonell aktivering og unngåelse i de narrative timene

Resultatene viste at gjennomsnittlig startnivå av emosjonell aktivering var moderat hos ungdommene i utvalget vårt (1,71 på en skala fra 0 til 3), og at deltagerne gjennomsnittlig opplevde en liten nedgang i emosjonell aktivering over de narrative timene i TF-CBT. Resultatene våre kan sees i sammenheng med studien til Hayes og medarbeidere (2017), hvor de fant et noe lavere gjennomsnittlig nivå av emosjonell aktivering (1,51 på samme skala). Hayes og medarbeidere (2017) undersøkte imidlertid gjennomsnittlig nivå av emosjonell aktivering i *alle* timene i bearbeidingsfasen, som består av både arbeid med traumenarrativet og arbeid med kognitiv prosessering, mens vi undersøkte gjennomsnittlig startnivå og endringsforløp av emosjonell aktivering i timene hvor det ble arbeidet med traumenarrativet. Det er mulig at arbeidet med kognitiv prosessering aktiverer negative følelser i mindre grad enn arbeidet med eksponering til traumenarrativet. Videre fant vi et lavt gjennomsnittlig startnivå av unngåelse hos ungdommene i utvalget vårt (0,84 på en skala fra 0 til 3). Det var ikke en signifikant endring i gjennomsnittlig unngåelse hos ungdommene over de narrative timene i bearbeidingsfasen. Hayes og medarbeidere (2017) fant et gjennomsnittlig nivå av unngåelse på 1,13 hos barn og ungdom i bearbeidingsfasen. Vi fant altså et noe lavere nivå av unngåelse i de narrative timene i denne studien.

Emosjonell aktivering og unngåelse henger sammen, ettersom unngåelse kan forstås som en maladaptiv emosjonsreguleringsstrategi. Hvis barn og ungdom opplever for høy og overveldende emosjonell aktivering i terapitimene, kan de forsøke å unngå det som skaper

den emosjonelle aktiveringen. I TF-CBT arbeider man derfor først med stabilisering og ferdighetstrening før man starter på arbeidet med bearbeiding av traumet (Cohen et al., 2018). Det er mulig at arbeidet med psykoedukasjon, stressmestring og emosjonsregulering i den første fasen av TF-CBT bidrar til at ungdommene lærer nye, mer hensiktsmessige mestringsstrategier for å regulere smertefulle og intense følelser som utløses av påminnere om traumet. De trenger dermed ikke å bruke unngåelsesstrategier for å håndtere traumerelaterte følelser som aktiveres i arbeidet med traumenarrativet, ettersom de har tilgang på mer adaptive strategier for emosjonsregulering. Det at vi fant et moderat nivå av emosjonell aktivering og et lavt nivå av unngåelse i de narrative timene kan dermed indikere at behandlingsmodellen virker slik den har som hensikt.

Et annet aspekt ved behandlingsmodellen er at det anbefales å gjennomføre en gradvis eksponering gjennom hele behandlingsforløpet (Cohen et al., 2018). Hensikten er at barnet gradvis skal lære å håndtere negative traumerelaterte følelser og kroppslig aktivering som utløses av traumepåminnere i en trygg kontekst i terapitimene (Cohen et al., 2018). Når barnet gradvis eksponeres for traumepåminnere i terapitimene uten å bli overveldet av intense negative følelser kan nye assosiasjoner mellom traumeminnet og opplevelsen av trygghet og mestring utvikles (Cohen et al., 2018). Den gradvise eksponeringen starter allerede i de første timene av TF-CBT når terapeuten gir barnet psykoedukasjon om traumer, traumepåminnere og posttraumatisk stress. Det er dermed mulig at unngåelse i terapitimene først og fremst reduseres som følge av gradvis eksponering i stabiliserings- og ferdighetstreningssfasen, altså at unngåelse reduseres *før* arbeidet med traumenarrativet starter i bearbeidingsfasen. Ettersom resultatene våre indikerer at unngåelse i terapitimene trolig reduseres i tilstrekkelig grad tidlig i terapiforløpet, er det ikke uventet at unngåelse ikke ser ut til å reduseres ytterligere i løpet av de narrative timene i bearbeidingsfasen. Samlet sett kan ferdighetstreningen og den gradvise eksponeringen i TF-CBT bidra til at barn og ungdom kan oppnå et moderat nivå av emosjonell aktivering og et lavt nivå av unngåelse, slik at det dermed er mulig å bearbeide traumeminnet i bearbeidingsfasen.

## **4.2 Sammenheng mellom emosjonell aktivering og PTSS**

Resultatene viste at det var en signifikant sammenheng mellom startnivå av emosjonell aktivering og endring i PTSS. Det betyr at høyere startnivå av emosjonell aktivering i bearbeidingsfasen predikerte mer reduksjon av PTSS, mens lavere startnivå predikerte mindre reduksjon av PTSS. Resultatene er i tråd med vår hypotese, og kan tyde på



at et tilstrekkelig høyt nivå av emosjonell aktivering i de narrative timene kan bidra til emosjonell prosessering av den traumatiske hendelsen. Ifølge emosjonsprosesseringsteori er aktivering av fryktstrukturen en nødvendig forutsetning for at individet skal kunne tilegne seg korrigerende informasjon og utvikle en ny, adaptiv struktur som konkurrerer med den maladaptive fryktstrukturen (Brown et al., 2019; Foa et al., 2006; Foa & Kozak, 1986). Foa og Kozak (1986) foreslår at dette innebærer en emosjonell prosessering av traumeminnet som kan føre til nedgang i PTSS. Ifølge emosjonsprosesseringsteori er emosjonell aktivering i terapitimer en indikasjon på at fryktstrukturen er aktivert (Foa et al., 2006; Foa & Kozak, 1986). Våre funn kan dermed tyde på at tilstrekkelig aktivering av fryktstrukturen i arbeidet med traumenarrativet bidrar til nedgang i PTSS hos barn og ungdom som mottar TF-CBT. Resultatene kan indikere at det er viktig å fasilitere en tilstrekkelig høy grad av emosjonell aktivering i arbeidet med traumenarrativet for å oppnå bedring i PTSS hos traumatiserte barn og ungdom.

Resultatene i studien vår kan altså tyde på at det å oppnå et tilstrekkelig høyt nivå av emosjonell aktivering er en sentral terapeutisk prosess i arbeidet med traumenarrativet, som trolig bidrar til en konstruktiv emosjonell prosessering av traumet. Våre funn indikerer at traumerelaterte følelser som frykt, tristhet, sinne, skyld og skam aktiveres i moderat grad hos ungdommene i arbeidet med traumenarrativet, og at disse følelsene reduseres i liten grad mellom de narrative timene. Ifølge behandlingsmanualen for TF-CBT er det hensiktsmessig at pasientene opplever et passe nivå av emosjonell aktivering i arbeidet med traumenarrativet. I tråd med dette foreslår Rauch og Foa (2006) at overinvolvering og underinvolvering i terapi kan hindre emosjonell prosessering av traumet og føre til mindre nedgang i PTSS. Ifølge Rauch og Foa (2006) kan underinvolvering i eksponeringsarbeidet føre til at fryktstrukturen ikke aktiveres, mens overinvolvering kan føre til at individet ikke klarer å ta inn og integrere korrigerende informasjon som kan bidra til å modifisere fryktstrukturen. En ungdom som er overinvolvert i arbeidet med eksponering til traumeminnet kan eksempelvis bli overveldet av traumerelaterte følelser og kroppslig aktivering som utløses av traumepåminnere i narrativet. Det at vi fant en moderat grad av emosjonell aktivering i de narrative timene kan forstås som at ungdommene på gruppenivå trolig ikke ble overveldet av negative traumerelaterte følelser, men at de heller ikke var underinvolvert i det terapeutiske arbeidet, fordi de eksempelvis forsøkte å unngå smertefulle følelser. Ettersom vi fant en sammenheng mellom startnivå av emosjonell aktivering og PTSS, kan resultatene våre indikere at ungdommene med høyere startnivå av emosjonell aktivering trolig var *passe* involvert i arbeidet med traumenarrativet, og at dette kan ha bidratt til nedgang i PTSS. I denne studien har vi imidlertid ikke undersøkt

hvorvidt det er et optimalt nivå av emosjonell aktivering i timene hvor det arbeides med eksponering til traumat. Det er dermed mulig at en undergruppe av ungdommene var overinvolvert i arbeidet med traumenarrativet, og at dette kan ha bidratt til mindre reduksjon av PTSS. Fremtidige studier bør derfor undersøke om det eksisterer et optimalt nivå av emosjonell aktivering i det narrative arbeidet i TF-CBT.

Våre funn kan indikere at barn og unge lærer å håndtere negative traumerelaterte følelser som oppstår i arbeidet med traumenarrativet. Dette er i tråd med TF-CBT-manualen, ettersom behandlingskomponentene tidlig i terapiforløpet er rettet mot å lære barn og unge ferdigheter knyttet til stressmestring og emosjonsregulering, slik at de klarer å regulere negative traumerelaterte følelser som utløses av traumepåminnere i narrativet og dermed ikke bli overveldet av dem (Cohen et al., 2018). Det er mulig at hver av behandlingskomponentene som gjennomføres før traumenarrativet bidrar til en gradvis eksponering til traumerelaterte følelser. Ettersom funnene våre peker mot at det å ha kontakt med negative traumerelaterte følelser i arbeidet med traumenarrativet er en hensiktsmessig terapeutisk prosess, kan dette indikere at traumatiserte barn og ungdom kan lære å regulere intense og smertefulle følelser relatert til den traumatiske erfaringen på en adaptiv måte gjennom behandlingskomponentene i TF-CBT. Dette kan sees i sammenheng med tidligere studier som har vist at PTSS er signifikant assosiert med en tendens til å bruke maladaptive strategier for emosjonsregulering i stor grad og å bruke mer adaptive strategier i liten grad (Chesney & Gordon, 2017). Det er også mulig at terapeutene i denne studien rettet spesifikke intervensjoner mot å hjelpe ungdommene med å regulere sterke negative følelser hvis de merket at ungdommene opplevde så høy grad av emosjonell aktivering at de ble overveldet. En slik hjelp til regulering av traumerelaterte følelser i terapitimene kan fungere som en korrigerende erfaring, ettersom ungdommene dermed opplever at de mestrer å regulere smertefulle følelser som utløses av traumepåminnere.

Resultatene våre er i tråd med resultatene i studien til Foa og medarbeidere (1995), hvor de fant en sammenheng mellom høyere grad av fryktaktivering i første time med eksponeringsarbeid og reduksjon av PTSS hos voksne i eksponeringsterapi. Resultatene er derimot ikke i tråd med andre studier som ikke fant en slik sammenheng (Rauch et al., 2004; van Minnen & Hageraars, 2002). En mulig forklaring på ulike funn på tvers av studier er at flere traumerelaterte følelser enn frykt bidrar til å opprettholde PTSS. Tidligere studier har vist at negative emosjoner som sinne, skam og frykt er signifikant assosiert med posttraumatisk stresslidelse hos voksne etter eksponering for interpersonlige traumer, slik som seksuell eller fysisk vold (Badour et al., 2017). Badour og medarbeidere (2017) fant at

sinne og skam var mer robuste prediktorer for posttraumatisk stress enn frykt hos kvinner utsatt for interpersonlige traumer. Enkelte studier har også vist at skam og skyld er assosiert med alvorlighetsgrad av PTSS hos kvinner utsatt for vold (Beck et al., 2011). Det er altså mulig at aktivering av flere traumerelaterte følelser enn frykt i terapitimer hvor det arbeides med eksponering til traumeminnet er særlig viktig når barn og ungdom har opplevd interpersonlige traumer. I denne studien undersøkte vi endringsforløp av emosjonell aktivering hos barn og ungdom med ulike typer traumer, men de vanligste behandlingstraumene var fysisk vold fra et familiemedlem, voldtekt og seksuelle overgrep. Det er dermed mulig at vi fant en sammenheng mellom emosjonell aktivering i terapitimene og PTSS fordi vi inkluderte flere negative følelser enn frykt. I denne studien differensierte vi imidlertid ikke mellom ulike traumerelaterte følelser. Fremtidig forskning på dette feltet bør derfor undersøke hvorvidt det er differensierte sammenhenger mellom aktivering av ulike negative traumerelaterte følelser i terapitimer hvor det arbeides med eksponering til traumeminnet og reduksjon av PTSS hos barn og ungdom som mottar TF-CBT.

Et interessant spørsmål er hva som bidrar til at fryktstrukturen endres. Våre funn kan indikere at fryktstrukturen endres i arbeidet med traumenarrativet, ettersom vi fant at høyere startnivå av emosjonell aktivering i de narrative timene bidrar til nedgang i PTSS hos barn og ungdom. Ifølge emosjonsprosesserings-teori er fryktaktivering i terapitimer og fryktreduksjon mellom terapitimer indikatorer på emosjonell prosessering av traumet, som er den foreslåtte endringsmekanismen som fører til reduksjon av PTSS (Brown et al., 2019; Foa & Kozak, 1986). Foa og Kozak (1986) foreslår at aktivering av fryktstrukturen er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig, forutsetning for emosjonell prosessering av den traumatiske erfaringen. Ifølge emosjonsprosesserings-teori er det også nødvendig at ny, korrigerende informasjon som ikke er forenelig med de maladaptive assosiasjonene i fryktstrukturen gjøres tilgjengelig, slik at nye, mer adaptive assosiasjoner kan utvikles og integreres i strukturen (Brown et al., 2019; Foa & Kozak, 1986). Basert på studien vår kan vi ikke si hvordan fryktstrukturen endres hos barn og ungdom i bearbeidingsfasen, men en mulig forklaring er at eksponeringen til traumenarrativet bidrar til at ungdommene lærer at traumeminnet ikke er farlig i nåtiden, selv om den traumatiske hendelsen var farlig. Det er også mulig at eksponeringsarbeidet bidrar med ny, korrigerende informasjon i form av at ungdommene erfarer at kroppslig aktivering og intense emosjonelle reaksjoner på traumeminnet reduseres noe over tid. En annen mulighet er at ungdommene erfarer at det er mulig å regulere smertefulle traumerelaterte følelser når de eksponeres for traumehistorien i terapitimene, og at dette fungerer som en korrigerende erfaring som bidrar til redusert kroppslig og emosjonell aktivering i møte med

traumepåminnere i hverdagen. Det kan også tenkes at det er en korrigerende interpersonlig erfaring å dele traumehistorien i en trygg kontekst med terapeuten. Dette er kanskje særlig viktig i terapi med barn og unge som har erfart tillitsbrudd i forbindelse med den traumatiske erfaringen. Det er altså mulig at et tilstrekkelig nivå av emosjonell aktivering i arbeidet med traumenarrativet fungerer som en korrigerende erfaring som fører til endring i fryktstrukturen og dermed nedgang i PTSS hos barn og ungdom.

Resultatene viste at det ikke var en signifikant sammenheng mellom reduksjon av emosjonell aktivering og endring i PTSS. Dette er ikke i tråd med vår hypotese, og kan tyde på at nedgang i emosjonell aktivering mellom terapitimer hvor det arbeides med eksponering til traumeminnet ikke bidrar til reduksjon av PTSS hos barn og ungdom. Resultatene støtter ikke antagelsen i emosjonsprosesseringsteori om at fryktreduksjon er en indikator på emosjonell prosessering av den traumatiske erfaringen (Foa et al., 2006; Foa & Kozak, 1986). Resultatene er ikke i tråd med tidligere studier som har vist at fryktreduksjon mellom terapitimer henger sammen med reduksjon av PTSS hos voksne (Gallagher & Resick, 2012; Jaycox et al., 1998; Rauch et al., 2004; van Minnen & Foa, 2006). En mulig årsak til at vi ikke fant en sammenheng mellom reduksjon av emosjonell aktivering og nedgang i PTSS i denne studien er at det arbeides med gradvis eksponering til den traumatiske erfaringen gjennom hele behandlingsforløpet i TF-CBT (Cohen et al., 2018). Det er dermed mulig at emosjonell aktivering reduseres mer gradvis i TF-CBT sammenlignet med andre behandlingsmetoder. En mulig retning for videre forskning er dermed å undersøke om reduksjon av emosjonell aktivering hos barn og ungdom gjennom hele behandlingsforløpet predikerer nedgang i PTSS.

En annen mulig årsak til at vi ikke fant en sammenheng mellom reduksjon av emosjonell aktivering og PTSS er at andre terapeutiske prosesser i de narrative timene bidrar til symptombedring. Det er mulig at ungdommene i denne studien opplevde endring i PTSS uavhengig av reduksjon av emosjonell aktivering, fordi de lærte å tolerere de traumerelaterte følelsene i arbeidet med eksponering til traumenarrativet. I studien til Bluett og medarbeidere (2014) fant de at en betydelig andel av pasientene med PTSS ikke opplevde nedgang i frykt mellom terapitimer i eksponeringsterapi, men at de likevel opplevde symptombedring. Ifølge Bluett og medarbeidere (2014) kan det dermed tenkes at fryktreduksjon mellom terapitimer ikke er nødvendig for reduksjon av PTSS. De fant likevel en sammenheng mellom fryktreduksjon mellom timene og lavere nivå av PTSS ved behandlingsslutt hos en mindre andel av pasientene som opplevde nedgang i frykt (Bluett et al., 2014). Det er dermed mulig at fryktreduksjon mellom terapitimer hvor det arbeides med eksponering til traumet i noen

tilfeller bidrar til reduksjon av PTSS, men at det å tolerere og akseptere negative traumerelaterte følelser er en mulig alternativ endringsmekanisme i eksponeringsterapi (Craske et al., 2008). I tråd med dette har enkelte studier identifisert aksept som en adaptiv emosjonsreguleringsstrategi som henger sammen med lavere nivå av PTSS (Tull et al., 2007). Det er dermed mulig at det å tolerere og akseptere de negative traumerelaterte følelsene som utløses i arbeidet med eksponering til traumenarrativet kan bidra til reduksjon av PTSS hos traumatiserte barn og ungdom som mottar TF-CBT. Det å tolerere emosjonelt ubehag kan forstås som evnen til å engasjere seg i målorientert atferd og samtidig utholde kontakt med smertefulle følelser og ubehag (Daughters et al., 2009). Flere studier har vist en sammenheng mellom evnen til å tolerere ubehagelige følelser og PTSS (Marshall-Berenz et al., 2010; Vujanovic et al., 2013), men det er uklart i litteraturen om det å tolerere ubehag knyttet til negative traumerelaterte følelser i terapi har en direkte sammenheng med nedgang i PTSS. Det er altså mulig at arbeidet med eksponering til traumeminnet fremmer inhibitorisk læring (Craske, 2008) og bidrar til at ungdommene klarer å tolerere negative traumerelaterte følelser i terapitimene, slik at de kan oppnå en adaptiv avstand til det traumerelaterte materialet og passe involvering i det terapeutiske arbeidet som bidrar til emosjonell prosessering av traumet. Det kunne dermed vært interessant å studere videre om det å tolerere traumerelaterte følelser i det narrative arbeidet i TF-CBT henger sammen med nedgang i PTSS.

### **4.3 Sammenheng mellom unngåelse og PTSS**

Resultatene viste ingen signifikante sammenhenger mellom gjennomsnittlig nivå og endringsforløp av unngåelse i de narrative timene og PTSS. I denne studien fant vi heller ikke en signifikant moderatoreffekt av startnivå av unngåelse på sammenhengen mellom startnivå av emosjonell aktivering og endring i PTSS. En mulig årsak til at vi ikke fant en sammenheng mellom unngåelse i terapitimene og PTSS er at en slik sammenheng ikke eksisterer. Det er også mulig at det er en sammenheng mellom unngåelse i terapitimene og PTSS, men at vi ikke avdekket den i denne studien. Resultatene er ikke i tråd med våre hypoteser, ettersom vi forventet å finne en sammenheng mellom unngåelse i terapitimer og PTSS basert på teorier om posttraumatisk stress som trekker frem unngåelse som en maladaptiv mestringsstrategi som opprettholder PTSS (Ehlers & Clark, 2000; Foa & Kozak, 1986) og studier som viser at unngåelse predikerer utvikling av PTSS hos voksne (Kumpula et al., 2011; Plumb et al., 2004) og ungdom (Shenk et al., 2012; Shenk et al., 2014). Ifølge teoriene kan unngåelse opprettholde PTSS ved å inhibere emosjonell prosessering av den traumatiske erfaringen og

hindre nye, korrigerende erfaringer som kan modifisere dysfunksjonelle tanker og traumeminnet (Brown et al., 2019; Ehlers & Clark, 2000; Foa & Kozak, 1986; Rauch & Foa, 2006). Det er dermed grunn til å anta at lav grad av unngåelse eller nedgang i unngåelse i eller mellom terapitimer med eksponering til traumenarrativet henger sammen med reduksjon av PTSS, men vi fant altså ingen sammenhenger mellom unngåelse i terapitimene og PTSS.

Resultatene er i tråd med studien til Hayes og medarbeidere (2017), hvor de fant at det ikke var en sammenheng mellom unngåelse i bearbeidingsfasen og PTSS. Resultatene våre kan indikere at unngåelse, i form av forsøk på å unngå å gå inn i traumehistorien i terapitimer, ikke er en sentral terapeutisk prosess i arbeidet med traumenarrativet i TF-CBT. Det er samtidig interessant at Hayes og medarbeidere (2017) fant at akkomodasjon var assosiert med mindre unngåelse og mer desentrering, mens overgeneralisering var assosiert med mindre desentrering og mer negative emosjoner og ruminering i bearbeidingsfasen i TF-CBT. Ifølge Hayes og medarbeidere (2017) er akkomodasjon og desentrering tegn på konstruktiv emosjonell prosessering i terapi, mens unngåelse, overgeneralisering og ruminering indikerer uproduktiv prosessering. Det er mulig at et lavt nivå av unngåelse i de narrative timene kan bidra til en mer konstruktiv emosjonell prosessering av traumet, hvor barn og ungdom utvikler et mer akkomodert og nyansert syn på den traumatiske hendelsen og diskriminerer mellom farlige og ufarlige stimuli (Hayes et al., 2007; Ready et al., 2015). Det er også mulig at et høyt nivå av unngåelse i de narrative timene hindrer reduksjon av overgeneralisering, som innebærer manglende diskriminering mellom spesifikke og isolerte hendelser og stimuli (Ready et al., 2015), og bidrar til en mer uproduktiv prosessering av traumet. En annen mulighet er at unngåelse i arbeidet med traumenarrativet henger sammen med desentrering, som handler om å akseptere og oppnå en passe avstand til traumerelaterte tanker og følelser fremfor å bli overinvolvert eller overvældet av dem (Hayes et al., 2007). Det kan altså tenkes at unngåelse i de narrative timene henger sammen med andre viktige terapeutiske prosesser som fasiliterer endring i PTSS hos barn og ungdom som mottar TF-CBT.

En annen mulig forklaring på at vi ikke fant en signifikant sammenheng mellom unngåelse og endring i PTSS, er at høy grad av unngåelse hos ungdom i bearbeidingsfasen muligens kan henge sammen med frafall tidlig i behandlingsforløpet, i tråd med studien til Yasinski og medarbeidere (2018). Det er mulig at unngåelse hos barn og ungdom i TF-CBT ikke oppdages og avhjelpest tidlig nok i terapiforløpet, slik at de avslutter behandlingen prematurt. Frafall tidlig i terapiforløpet kan forklare hvorfor vi fant et lavt gjennomsnittlig nivå av unngåelse i de narrative timene. I studien vår ble 35 saker ekskludert fordi behandlingsforløpet ble avbrutt. En mulig årsak til frafall i disse sakene kan ha vært

unngåelse hos ungdommene. Resultatene våre kan altså forklares med at traumatiserte barn og ungdom med høy grad av unngåelse faller fra behandlingen før de har startet på arbeidet med traumenarrativet. Det er dermed mulig at fremtidige studier bør undersøke hvorvidt unngåelse hos barn og ungdom tidlig i TF-CBT henger sammen med frafall, ettersom frafall også kan forstås som en form for unngåelse hos barn og ungdom med PTSS.

I denne studien fant vi ikke støtte for at unngåelse i starten av bearbeidingsfasen virker inn på sammenhengen mellom startnivå av emosjonell aktivering og endring i PTSS. Vi forventet å finne en slik moderatoreffekt av unngåelse i denne studien, ettersom sentrale teorier på feltet fremhever betydningen av å redusere unngåelse, fremme konstruktiv prosessering av traumet og fasilitere inhibitorisk læring (Ehlers & Clark, 2000; Foa & Kozak, 1986; Craske, 2008). En metaanalyse på feltet har vist at unngåelse er en maladaptiv strategi for emosjonsregulering som henger sammen med alvorlighetsgrad av PTSS (Seligowski et al., 2015). I denne studien fant vi imidlertid ikke støtte for hypotesen om at unngåelse modererer sammenhengen mellom emosjonell aktivering og reduksjon av PTSS. Det er likevel mulig at det eksisterer sammenhenger mellom unngåelse i de narrative timene og reduksjon av PTSS, men at de ikke ble identifisert i denne studien. I det følgende vil vi drøfte mulige metodologiske årsaker til nullfunn.

### **4.3.1 Metodologiske årsaker til nullfunn**

#### **Forklaringer knyttet til lite variasjon og endring i unngåelse og emosjonell aktivering**

Det var et relativt lavt gjennomsnittlig startnivå av unngåelse i utvalget vårt, og vi fant ingen signifikant endring i unngåelse over de narrative timene. Andre studier som har brukt kodemanualen CHANGE for å undersøke unngåelse hos barn og ungdom med PTSS har også funnet et lavt nivå av unngåelse i TF-CBT (Hayes et al., 2017; Yasinski et al., 2018). Ettersom unngåelse forekom i liten grad i de narrative timene, og i tillegg var stabilt over timene, er det nærliggende å tenke at unngåelse i terapitimene kanskje ikke er en avgjørende terapeutisk prosess i eksponeringsarbeidet ved TF-CBT. Samtidig kan nullfunn forklares med at vi ikke fant en signifikant gjennomsnittlig endring i unngåelse over terapitimene, slik at det derfor ikke var mulig å finne en sammenheng mellom endringsforløp av unngåelse og PTSS. Lite variasjon i nivå og endringsforløp av unngåelse og lav grad av unngåelse i terapitimene kan ha ført til at vi ikke fant noen sammenhenger mellom unngåelse i terapitimene og endring i PTSS. Dette kan også ha vært grunnen til at vi ikke fant en interaksjonseffekt av startnivå av unngåelse på sammenhengen mellom emosjonell aktivering og PTSS.

Det er mulig at lite variasjon og endring i emosjonell aktivering kan ha ført til at vi ikke fant en sammenheng mellom reduksjon av emosjonell aktivering og PTSS. Etersom deltagerne gjennomsnittlig opplevde en liten nedgang i emosjonell aktivering, kan det ha vært vanskelig for analysene å fange opp sammenhengen mellom endringsforløp av emosjonell aktivering og PTSS. En mulig årsak til at vi fant lite variasjon og reduksjon av emosjonell aktivering i denne studien er knyttet til at vi brukte en lineær modell i vekstkurveanalysene. Med en lineær modell kan vi kun avdekke en eventuell sammenheng mellom et lineært endringsforløp og PTSS. Hvis det reelle endringsforløpet av emosjonell aktivering i utvalget vårt ikke var lineært, kan dette ha begrenset muligheten for å avdekke en sammenheng mellom endringsforløp av emosjonell aktivering og endring i PTSS. Det kan eksempelvis hende at det først forekom en økning i den emosjonelle aktiveringen, og at det deretter forekom en nedgang i aktiveringen, slik at vi dermed fant mindre nedgang i emosjonell aktivering over de narrative timene enn det som reelt sett var tilfelle. En ny studie på feltet fant at kurvelineære endringer, men ikke lineære endringer, i negative traumerelaterte følelser og kognisjoner i bearbeidingsfasen i TF-CBT predikerte endring i PTSS hos barn og ungdom (Alpert et al., 2021). Alpert og medarbeidere (2021) fant at en økning og en påfølgende nedgang i traumerelaterte responser predikerte lavere nivå av PTSS etter endt behandling. Fremtidige studier bør derfor undersøke hvorvidt det er en kurvelineær sammenheng mellom emosjonell aktivering og PTSS hos traumatiserte barn og ungdom.

### **Forklaringer knyttet til utvalg av narrative timer**

En annen mulig årsak til nullfunn er knyttet til utvalget av timer i bearbeidingsfasen. På bakgrunn av at vi i denne studien ikke hadde kapasitet til å kode alle timene, ble det foretatt et utvalg på opp til seks timer i bearbeidingsfasen. Dersom det var seks eller færre timer i bearbeidingsfasen, kodet vi alle timene, mens i saker med mer enn seks timer i denne fasen ble et utvalg på omtrent tre timer med narrativt arbeid og tre timer med kognitiv prosessering kodet. Det er mulig at utvalget av timene ikke gir et representativt bilde av nivå og endringsforløp av emosjonell aktivering og unngåelse. Det kan tenkes at det ville ha påvirket resultatene dersom alle de narrative timene ble kodet, ettersom det eksempelvis er mulig at vi ikke kodet timene med høyest og lavest nivå av emosjonell aktivering og unngåelse eller timene hvor det ble arbeidet mest intenst med eksponering. Det er dermed mulig at reelle sammenhenger mellom nivå og endringsforløp av prosessvariablene og endring i PTSS ikke ble fanget opp i denne studien. Samtidig ble første og siste time med traumenarrativ kodet, noe som kan indikere at resultatene kan si noe om endringsforløp av



unngåelse og emosjonell aktivering i bearbeidingsfasen i TF-CBT. Det betyr også at vi har informasjon om startnivå av prosessvariablene, men fordi vi ekskluderte time 5 og 6, har vi ikke informasjon om sluttnivå av emosjonell aktivering og unngåelse i de narrative timene i alle sakene. Det gjaldt imidlertid en mindre andel av sakene. Det kan altså tenkes at egenskaper ved studien førte til at vi ikke fant signifikante sammenhenger mellom unngåelse og PTSS og endringsforløp av emosjonell aktivering og PTSS.

### **Forklaringer knyttet til størrelsen på utvalget**

En annen mulig årsak til nullfunn i denne studien er knyttet til størrelsen på utvalget. Det er mulig vi ikke har et stort nok utvalg til å finne små sammenhenger mellom variablene og PTSS. Det at vi har et relativt lite utvalg ( $N = 87$ ) kan føre til lavere statistisk styrke. Med lavere statistisk styrke øker risikoen for type II-feil. Det vil si at det gir økt sannsynlighet for at vi ikke avdekker sammenhenger i studien vår som eksisterer i virkeligheten. Det er altså mulig at vi ikke fant sammenhenger mellom unngåelse og PTSS og endringsforløp av emosjonell aktivering og PTSS som følge av at vi har et relativt lite utvalg i denne studien. Samtidig er utvalget i studien vår relativt stort sammenlignet med andre kliniske studier.

## **4.4 Studiens styrker og svakheter**

Vi har frem til nå pekt på noen svakheter ved studien i forbindelse med drøftingen av mulige metodologiske årsaker til nullfunn, inkludert lite variasjon i unngåelse og endringsforløp av emosjonell aktivering, utvalget av narrative timer og størrelsen på utvalget. I det følgende vil studiens styrker og svakheter diskuteres.

### **4.4.1 Studiens design og analyser**

En styrke ved denne studien er at den er basert på et betydelig datagrunnlag bestående av opptil fire måletidspunkt i hver av de 87 sakene. Vi har gjennomført en av få studier som har undersøkt emosjonell aktivering og unngåelse i de narrative timene i TF-CBT. Vi har imidlertid begrenset mulighet til å si noe om kausalitet. I denne studien brukte vi observasjonskoding for å undersøke sammenhenger mellom terapeutiske prosesser og PTSS hos barn og ungdom i TF-CBT. Det er mulig at bruk av observasjonskoding kan ha ført til at vi ikke fanget opp all emosjonell aktivering og unngåelse i terapitimene.

En annen styrke ved studien er at vi brukte vekstkurver til å undersøke endringsforløp av emosjonell aktivering og unngåelse over tid i de narrative timene. Bruk av vekstkurveanalyser gjør at denne studien kan gi viktig informasjon om både nivå og

endringsforløp av emosjonell aktivering og unngåelse hos ungdommene over tid i de narrative timene. En fordel med vekstkurver er altså at vi kan undersøke utviklingen av emosjonell aktivering og unngåelse over tid. En annen fordel med vekstkurveanalyser er at de gir informasjon om individuelle forskjeller i nivå og endringsmønster hos deltagerne.

En svakhet ved studien er at det ble beregnet like langt tidsintervall mellom hver terapitime vi kodet i analysene, men dette samsvarer ikke helt med våre data og kan dermed påvirke resultatene. For det første var det ikke like mange narrative timer i hver sak. For det andre har vi av kapasitetshensyn kodet et utvalg på seks timer i noen av sakene. Det betyr at vi i noen saker har kodet alle de narrative timene, mens vi i andre saker har kodet et utvalg av timene. Det er dermed ikke like tidsintervaller mellom hver av de kodede timene i sakene som er inkludert i analysene. Det at vi har kodet et utvalg av timer i noen av sakene betyr også at det er timer i bearbeidingsfasen som ikke ble inkludert i analysene. Det er dermed mulig at viktig informasjon om emosjonell aktivering og unngåelse i de narrative timene ikke ble fanget opp i studien vår. Det er blant annet mulig at nivå av emosjonell aktivering og unngåelse hos deltagerne i de narrative timene var høyere eller lavere enn det resultatene viste i denne studien. Det er også mulig at det var undergrupper i utvalget vårt med ulike startnivå og endringsforløp av unngåelse i de narrative timene. Det er dermed mulig at ulike nivå og endringsforløp av unngåelse hos ungdommene maskeres i analysene, slik at det ikke er mulig å avdekke differensierte sammenhenger mellom ulike endringsforløp av unngåelse og PTSS. Det kunne vært interessant om videre studier undersøker nærmere om barn og unge med PTSS over klinisk grenseverdi ved behandlingsslutt har høyere nivå av unngåelse og mindre nedgang i unngåelse enn deltagere med PTSS under klinisk grenseverdi.

#### **4.4.2. Begrepsvaliditet**

I denne studien har vi brukt måleinstrumentene CPSS og CATS for å måle PTSS hos deltagerne. Både CPSS (Foa et al., 2001; Nixon et al. 2013) og CATS (Sachser et al., 2017) har god begrepsvaliditet. Det er imidlertid en svakhet ved studien at vi har brukt to ulike måleinstrumenter som er basert på ulike versjoner av diagnosemanualen DSM for å måle PTSS. Videre har vi benyttet observasjonskoding for å måle konstruktene unngåelse og emosjonell aktivering. Etersom emosjonell aktivering og unngåelse er terapeutiske prosesser som ikke kan observeres eller måles direkte, har vi i denne studien operasjonalisert begrepene slik de beskrives i kodemanualen CHANGE. Med observasjonskoding er det mulig å få mer objektive målinger av de terapeutiske prosessene i terapitimene. Samtidig forutsetter observasjonskoding også subjektive tolkninger av innholdet i timene. Det er dermed mulig at

koderne kan ha feiltolket atferd og utsagn som fremkom i timene. Det kan for eksempel tenkes at gråting i timen kan tolkes som et tegn på en adaptiv terapeutisk prosess som bidrar til emosjonell prosessering av den traumatiske hendelsen, hvor ungdommen føler sorg over egne smertefulle erfaringer. I et annet tilfelle kan gråting derimot tolkes som en maladaptiv eller uproduktiv prosessering av den traumatiske hendelsen, hvor ungdommen for eksempel er overveldet av sterke negative følelser og preget av ruminering over dysfunksjonelle tanker om å ha skyld i hendelsen. Det er dermed mulig at to observatører kan tolke den samme observerbare atferden på ulike måter basert på en skjønnsmessig, helhetlig vurdering av innholdet i timen. På bakgrunn av muligheten for feiltolkning ved observasjonskoding, tilstrebet kodegruppen å opprettholde en felles forståelse av begrepene i kodearbeidet. På den måten forsøkte vi å sikre god begrepsvaliditet.

En utfordring ved å undersøke sammenhengen mellom unngåelse og PTSS er at unngåelse i terapiforløpet ikke bare er forventet å predikere mindre endring i PTSS, men er også en av symptomgruppene i PTSD. Det er dermed en viss grad av overlapp mellom unngåelse og PTSS, men det kan også argumenteres for at konstruktene kan skilles fra hverandre på et konseptuelt nivå. For det første kan unngåelse forstås som et bredere begrep som utgjør en underliggende sårbarhetsfaktor for å utvikle psykiske lidelser generelt (Hayes et al., 1996), og ikke for å utvikle PTSS spesielt. Det kan tenkes at unngåelse ved PTSS handler om bruk av unngåelsesstrategier for å håndtere ubehagelige indre opplevelser som er særskilt knyttet til den traumatiske erfaringen, mens unngåelse i kontekst av denne studien refererer til en mer generell tendens til å unngå aspekter ved indre opplevelser som individet evaluerer som ubehagelige eller aversive, inkludert indre opplevelser relatert til traumatiske erfaringer (Tull et al., 2004). For det andre består PTSS av symptomer på gjenopplevelse, hyperaktivering og endring i kognisjoner og emosjoner, i tillegg til symptomer på unngåelse (APA, 2013). Det kan derfor tenkes at utfallsmålet i studien vår har en begrenset overlapp med unngåelse slik begrepet forstås som en prosessvariabel, men at det er mulig å observere en sammenheng mellom unngåelse i terapitimer og PTSS, ettersom utfallsmålet også inkluderer symptomer på gjenopplevelse, hyperaktivering og endring i tanker og følelser.

#### **4.4.3 Reliabilitet**

En styrke ved denne oppgaven er at fem observatører har vurdert tilstedeværelsen og graden av de terapeutiske prosessene i terapitimene. Kodegruppen dobbeltkodet en stor andel av sakene. Det kan tenkes at dette bidrar til mer objektive vurderinger av de terapeutiske prosessene. I kodearbeidet gjennomførte vi konsensusmøter hvor vi drøftet sakene som ble

dobbeltkodet for å sikre tilfredsstillende inter-rater reliabilitet. For å vurdere reliabilitet beregnet vi gjennomsnittlig prosentandel av enighet innen 1 skåre på firepunktsskalaen for alle sakene. Det var svært høy grad av enighet mellom koderne for både unngåelse og emosjonell aktivering.

#### **4.4.4 Generaliserbarhet**

I denne studien har vi undersøkt et klinisk utvalg av barn og ungdom med traumatiske erfaringer og klinisk PTSS som ble behandlet med TF-CBT i spesialisthelsetjenesten. Utvalget består av barn og ungdom som har opplevd ulike typer traumer og multiple traumer. Det var 78,2% jenter og 21,8% gutter i utvalget vårt. En slik skjevhet i kjønnsfordelingen kan muligens påvirke i hvilken grad resultatene kan generaliseres til gutter med PTSS. Det er også mulig at utvalget vårt reflekterer en reell kjønnsfordeling blant barn og ungdom med klinisk signifikant PTSS som mottar TF-CBT i BUP, ettersom studier viser at flere jenter enn gutter utvikler posttraumatisk stresslidelse etter traumatiske erfaringer (Alisic et al., 2014). Deltagerne ble behandlet ved 29 ulike BUP-er i Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord. Det at vi har et relativt stort klinisk utvalg bidrar til at resultatene kan ha stor overføringsverdi. Samtidig er dette også en svakhet ved studien, ettersom vi ikke har eksperimentell kontroll på flere variabler som kan påvirke resultatene. Ettersom utvalget består av barn og ungdom med PTSS over klinisk nivå som mottok TF-CBT, er det mulig at resultatene ikke kan overføres til andre tilstander, aldersgrupper eller behandlingsmetoder.

### **4.5 Kliniske implikasjoner og videre forskning**

TF-CBT er anbefalt i internasjonale retningslinjer som en evidensbasert behandling for barn og unge som strever med posttraumatisk stress (ISTSS, 2018; NICE, 2018). I de senere årene har NKVTS arbeidet med implementering av TF-CBT i Norge på oppdrag fra Helsedirektoratet. Målet er å utvide tilbudet om TF-CBT til alle BUP-er i Norge, slik at barn og unge som har opplevd traumer og strever med posttraumatisk stress skal få tilbud om kunnskapsbasert behandling (NKVTS, 2021). Det er dermed viktig å utvikle mer kunnskap om terapeutiske prosesser og endringsmekanismer i TF-CBT som kan bidra til best mulig behandlingseffekt og optimalisering av behandlingsmetoden. Kunnskap om hvilke terapeutiske prosesser som predikerer symptombedring kan også være til hjelp for klinikere, som kan vektlegge og fremme disse prosessene i terapirommet. Resultatene i denne studien indikerer dessuten at en betydelig andel av barn og unge ikke har tilfredsstillende effekt av TF-CBT i BUP, hvor 34,4% av ungdommene rapporterte om PTSS over klinisk grenseverdi

ved behandlingsslutt. Det er dermed viktig av samfunns- og helseøkonomiske hensyn å forstå mer om sammenhenger mellom terapeutiske prosesser og symptombedring hos barn og unge med PTSS over klinisk nivå. Ikke minst kan det å få mer kunnskap om hva som kan bidra til gode behandlingsutfall i TF-CBT forhindre at posttraumatisk stress hos barn og unge kan få store konsekvenser for sosial, emosjonell og akademisk utvikling. Vi har gjennomført en av få studier som har undersøkt hvorvidt emosjonell aktivering og unngåelse i arbeidet med traumenarrativet i TF-CBT henger sammen med endring i PTSS hos barn og unge.

Resultatene i denne studien kan ha betydning for klinikere som arbeider med behandling av posttraumatisk stress hos barn og ungdom. Resultatene viser en sammenheng mellom startnivå av emosjonell aktivering og endring i PTSS. Funnene våre tyder på at høyere nivå av emosjonell aktivering i arbeidet med traumenarrativet kan bidra til symptombedring hos barn og unge som mottar TF-CBT. En implikasjon av disse funnene er at det er viktig å fremme tilstrekkelig emosjonell aktivering i eksponeringsarbeidet for å bidra til nedgang i PTSS. Det betyr at barn og unge med PTSS trolig kan ha nytte av å kjenne på, utforske og prosessere traumerelaterte følelser i arbeidet med traumenarrativet, og at dette kan bidra til en adaptiv emosjonell prosessering av den traumatiske erfaringen. Funnene våre indikerer at det er viktig at terapeutene følger med på grad av emosjonell aktivering hos barn og ungdom i de narrative timene i bearbeidingsfasen. En implikasjon av dette er at det er hensiktsmessig at terapeutene i TF-CBT bruker SUD-skalaer («subjective units of distress») for å følge med på i hvilken grad barn opplever subjektivt ubehag i arbeidet med eksponering til traumenarrativet. Dette kan bidra til at terapeutene fanger opp hvis barn og ungdom er underinvolvert i eksponeringsarbeidet, slik at de kan ta i bruk terapeutiske intervensjoner for å fasilitere tilstrekkelig emosjonell aktivering i de narrative timene. En annen implikasjon av funnene er at det kanskje kan være hjelpsomt å gi informasjon til barn og unge som mottar TF-CBT om at emosjonell aktivering i arbeidet med traumenarrativet kan bidra til symptombedring. Ettersom arbeidet med eksponering til traumeminnet kan oppleves som krevende og smertefullt, kan det å gi barn og ungdom et godt begrunnet rasjonale for arbeidet med traumenarrativet ved å tematisere betydningen av emosjonell aktivering kanskje fremme motivasjon for å utholde kontakt med traumerelaterte følelser i eksponeringsarbeidet. Funnene våre indikerer at reduksjon av emosjonell aktivering i arbeidet med traumenarrativet ikke nødvendigvis er et tegn på symptombedring i TF-CBT. En implikasjon av dette er at det kanskje er viktig at terapeuter først og fremst monitorerer barnets PTSS gjennom terapiforløpet for å undersøke om behandlingskomponentene har effekt heller enn å benytte reduksjon av emosjonell aktivering som et tegn på symptombedring. En annen implikasjon av

resultatene er at barn og ungdom kan oppnå symptombedring uten å oppleve reduksjon av emosjonell aktivering i arbeidet med eksponering til traumeminnet.

Resultatene i denne studien har viktige implikasjoner for fremtidig forskning. Vi fant et lavt og stabilt nivå av unngåelse hos ungdommene i de narrative timene. Implikasjoner av dette er at det er mulig at unngåelse reduseres i stabiliserings- og ferdighetstreningsfasen før arbeidet med traumenarrativet i bearbeidingsfasen. Det er kanskje viktig at klinikere arbeider med å redusere unngåelse i terapitimene tidlig i behandlingsforløpet, ettersom det kanskje er vanskelig å redusere unngåelse etter bearbeidingsfasen. Et interessant spørsmål er hvorvidt det er en sammenheng mellom nedgang i unngåelse i terapitimene i stabiliserings- og ferdighetstreningsfasen og endring i PTSS. En retning for fremtidig forskning er å undersøke hvorvidt unngåelse hos barn og unge tidlig i behandlingsforløpet henger sammen med PTSS. Flere studier bør også undersøke hvorvidt unngåelse hos barn og unge tidlig i terapiforløpet henger sammen med frafall, ettersom kunnskap om prediktorer for frafall kan bidra til at terapeuter kan forebygge at barn og unge med PTSS avslutter behandling for tidlig. I tillegg bør funnene våre replikeres. Fremtidig forskning på dette feltet kan bidra til at flere barn og unge som strever med posttraumatisk stress kan oppleve god effekt av TF-CBT.

## 5 Konklusjon

Formålet med studien var å få mer kunnskap om hva som henger sammen med reduksjon av PTSS hos barn og unge som mottar TF-CBT. Resultatene viste at startnivå av emosjonell aktivering i arbeidet med traumenarrativet henger sammen med endring i PTSS. Det var ingen sammenheng mellom endring i emosjonell aktivering over de narrative timene og endring i PTSS. Det var ingen signifikante sammenhenger mellom startnivå og endringsforløp av unngåelse i de narrative timene og endring i PTSS. I denne studien fant vi ikke støtte for at unngåelse modererer sammenhengen mellom startnivå av emosjonell aktivering og endring i PTSS. Det er få studier som har undersøkt hvilke terapeutiske prosesser og endringsmekanismer i arbeidet med traumenarrativet som henger sammen med endring i PTSS hos barn og ungdom. Denne studien fremhever betydningen av at barn og ungdom som mottar TF-CBT opplever emosjonell aktivering i arbeidet med traumenarrativet i bearbeidingsfasen. Resultatene i denne studien gir klinisk viktig informasjon til terapeuter som arbeider med TF-CBT, som dermed kan rette intervensjoner mot å fremme tilstrekkelig emosjonell aktivering i det narrative arbeidet. Flere studier bør undersøke hvilke terapeutiske prosesser som bidrar til endring hos barn og ungdom som mottar TF-CBT. Det er særlig nødvendig å få mer kunnskap om terapeutiske prosesser og endringsmekanismer i arbeidet med traumenarrativet i TF-CBT.

# Litteraturliste

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Alisic, E., Zalta, A. K., van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K. & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204(5), 335-340. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227>
- Alpert, E., Hayes, A. M., Yasinski, C., Webb, C. & Deblinger, E. (2021). Processes of change in trauma-focused cognitive behavioral therapy for youths: An approach informed by emotional processing theory. *Clinical Psychological Science*, 9(2), 270-283. <https://doi.org/10.1177/2167702620957315>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. utg.).
- de Arellano, M. R., Lyman, R., Jobe-Shields, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Huang, L. & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children and adolescents: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(5), 591-602. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300255>
- Asnaani, A., McLean, C. P. & Foa, E. B. (2016). Updating Watson & Marks (1971): How has our understanding of the mechanisms of extinction learning evolved and where is our field going next? *Behavior Therapy*, 47(5), 654–668. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.02.003>
- Badour, C. L., Resnick, H. S. & Kilpatrick, D. G. (2017). Associations between specific negative emotions and DSM-5 PTSD among a national sample of interpersonal trauma survivors. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(11), 1620-1641. <https://doi.org/10.1177/0886260515589930>
- Bartko, J. J. (1966). The intraclass correlation coefficient as a measure of reliability. *Psychological Reports*, 19(1), 3-11. <https://doi.org/10.2466/pr0.1966.19.1.3>
- Beck, J. G., McNiff, J., Clapp, J. D., Olsen, S. A., Avery, M. L. & Hagewood, J. H. (2011). Exploring negative emotion in women experiencing intimate partner violence: Shame,



- guilt, and PTSD. *Behavior Therapy*, 42(4), 740-750.  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.04.001>
- Bluett, E. J., Zoellner, L. A. & Feeny, N. C. (2014). Does change in distress matter? Mechanisms of change in prolonged exposure for PTSD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(1), 97-104.  
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.09.003>
- Brewin, C. R., Dalgleish, T. & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103(4), 670–686.  
<https://doi.org/10.1037/0033-295X.103.4.670>
- Brewin, C. R., Gregory, J. D., Lipton, M. & Burgess, N. (2010). Intrusive images in psychological disorders: Characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychological Review*, 117(1), 210–232.  
<https://doi.org/10.1037/a0018113>
- Briere, J., Kaltman, S. & Green, B. L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 223–226.  
<https://doi.org/10.1002/jts.20317>
- Brodal, P. (2013). *Sentralnervesystemet* (5. utg.). Universitetsforlaget.
- Brown, L. A., Zandberg, L. J. & Foa, E. B. (2019). Mechanisms of change in prolonged exposure therapy for PTSD: Implications for clinical practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 29(1), 6-14. <https://doi.org/10.1037/int0000109>
- Browne, M. & Cudeck, R. (1992). Alternative ways of assessing model fit. *Sociological Methods & Research*, 21(2), 230–258. <https://doi.org/10.1177/0049124192021002005>
- Burdock, E. I., Fleiss, J. L. & Hardesty, A. S. (1963). A new view of interobserver agreement. *Personell Psychology*, 16(4), 373-384. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1963.tb01283.x>
- Chesney, S. A. & Gordon, N. S. (2017). Profiles of emotion regulation: Understanding regulatory patterns and the implications for posttraumatic stress. *Cognition and Emotion*, 31(3), 598-606. <https://doi.org/10.1080/02699931.2015.1126555>
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J. & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and

- adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399–408. <https://doi.org/10.1002/jts.20444>
- Cohen, J. A., Iyengar, S. & Mannarino, A. P. (2011). Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence: A randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 165(1), 16-21. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.247>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Deblinger, E. (med Jensen, T. K., Granly, L. & Fagermoen, E. M.). (2018). *Behandling av traumer og traumatisk sorg hos barn og ungdom* (I. C. Goveia, Overs.). Universitetsforlaget.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Jankowski, K., Rosenberg, S., Kodya, S. & Wolford, G. L. (2016). A randomized implementation study of trauma-focused cognitive behavioral therapy for adjudicated teens in residential treatment facilities. *Child Maltreatment*, 21(2), 156-167. <https://doi.org/10.1177/1077559515624775>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Kliethermes, M. & Murray, L. A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child Abuse & Neglect*, 36(6), 528-541. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.03.007>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*, 29(2), 135-145. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.12.005>
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A. & Costella, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64, 577–584. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.577>
- Cox, K. S., Resnick, H. S. & Kilpatrick, D. G. (2014). Prevalence and correlates of posttrauma distorted beliefs: Evaluating DSM-5 PTSD expanded cognitive symptoms in a national sample. *Journal of Traumatic Stress*, 27(3), 299-306. <https://doi.org/10.1002/jts.21925>
- Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N. & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46(1), 5-27. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.10.003>

- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C. & Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy process-outcome research. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (s. 298-340). Wiley.
- Daughters, S. B., Reynolds, E. K., MacPherson, L., Kahler, C. W., Danielson, C. K., Zvolensky, M. & Lejuez, C. W. (2009). Distress tolerance and early adolescent externalizing and internalizing symptoms: The moderating role of gender and ethnicity. *Behaviour Research and Therapy*, 47(3), 198-205.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.12.001>
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. K. & Steer, R. A. (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: Impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and Anxiety*, 28(1), 67-75.  
<https://doi.org/10.1002/da.20744>
- Diehle, J., Schmitt, K., Daams, J. G., Boer, F. & Lindauer, R. (2014). Effects of psychotherapy on trauma-related cognitions in posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 27(3), 257-264.  
<https://doi.org/10.1002/jts.21924>
- Dorsey, S., McLaughlin, K. A., Kerns, S. E., Harrison, J. P., Lambert, H. K., Briggs, E. C., Cox, J. R. & Amaya-Jackson, L. (2017). Evidence base update for psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 46(3), 303-330.  
<https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1220309>
- Doss, B. D. (2004). Changing the way we study change in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(4), 368-386.  
<https://doi.org/10.1093/clipsy.bph094>
- Dyb, G., Stensland, S. & Zwart., J. (2015). Psychiatric comorbidity in childhood and adolescence headache. *Current Pain and Headache Reports*, 19(5), 1-8.  
<https://doi.org/10.1007/s11916-015-0479-y>
- Dworkin, E. R. (2018). Risk for mental disorders associated with sexual assault: A meta-analysis. *Trauma, Violence & Abuse*, 21(5), 1011-1028.  
<https://doi.org/10.1177/1524838018813198>

- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Foa, E. B., Huppert, J. D. & Cahill, S. P. (2006). Emotional processing theory: An update. I B. O. Rothbaum (Red.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (s. 3-24). Guilford.
- Foa, E. B., Johnson, K. M., Feeny, N.C. & Treadwell, K. R. (2001). The child PTSD symptom scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 30(3), 376-384. [https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3003\\_9](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3003_9)
- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>
- Foa, E. B. & McLean, C. P. (2016). The efficacy of exposure therapy for anxiety-related disorders and its underlying mechanisms: The case of OCD and PTSD. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 1-28. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093533>
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Massie, E. D. & Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior therapy*, 26(3), 487-499. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80096-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80096-6)
- Ford, J. D. (2009). Neurobiological and developmental research: Clinical implications. I C. A. Courtois & J. D. Ford (Red.), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide* (s. 31–58). Guilford Press.
- Ford, J. D., Elhai, J. D., Connor, D. F. & Frueh, B. C. (2010). Poly-victimization and risk of posttraumatic, depressive, and substance use disorders and involvement in delinquency in a national sample of adolescents. *The Journal of Adolescent Health*, 46, 545–552. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.11.212>

- Gallagher, M. W. & Resick, P. A. (2012). Mechanisms of change in cognitive processing therapy and prolonged exposure therapy for PTSD: Preliminary evidence for the differential effects of hopelessness and habituation. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 750-755. <https://doi.org/10.1007/s10608-011-9423-6>
- Galovski, T. E., Elwood, L. S., Blain, L. M. & Resick, P. A. (2014). Changes in anger in relationship to responsivity to PTSD treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(1), 56–64. <https://doi.org/10.1037/a0031364>
- Gerson, R. & Rappaport, N. (2013). Traumatic stress and posttraumatic stress disorder in youth: Recent research findings on clinical impact, assessment and treatment. *Journal of Adolescent Health*, 52(2), 137-143. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.018>
- Gold, D. B. & Wegner, D. M. (1995). Origins of ruminative thought: Trauma, incompleteness, nondisclosure, and suppression. *Journal of Applied Social Psychology*, 25(14), 1245-1261. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1995.tb02617.x>
- Goldbeck, L., Muehe, R., Sachser, C., Tutus, D. & Rosner, R. (2016). Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents: A randomized controlled trial in eight German mental health clinics. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(3), 159-170. <https://doi.org/10.1159/000442824>
- Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M. & Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: Associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, 67(2), 113-123. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.186>
- Greenberg, L. S. (2015). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings* (2. utg.). American Psychological Association.
- Gutermann, J., Schwartzkopff, L. & Steil, R. (2017). Meta-analysis of the long-term treatment effects of psychological interventions in youth with PTSD symptoms. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 20(4), 422-434. <https://doi.org/10.1007/s10567-017-0242-5>
- Hafstad, G. S. & Augusti, E. M. (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år* (Rapport nr. 4/2019). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

- Hayes, A. M., Feldman, G. C. & Goldfried, M. R. (2007). The change and growth experiences scale: A measure of insight and emotional processing. I L. G. Castonguay & C. Hill (Red.), *Insight in psychotherapy* (s. 231-253). American Psychological Association.
- Hayes, A. M., Yasinski, C., Grasso, D., Ready, B. R., Alpert, E., McCauley, T., Webb, C. & Deblinger, E. (2017). Constructive and unproductive processing of traumatic experiences in trauma-focused cognitive-behavioral therapy for youth. *Behavior Therapy, 48*(2), 166-181. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.06.004>
- Hayes, S. C., Stosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P., Karekla, M. & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record, 54*(4), 553-578. <https://doi.org/10.1007/BF03395492>
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioural disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152-1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hiller, R. M., Meiser-Stedman, R., Fearon, P., Lobo, S., McKinnon, A., Fraser, A. & Halligan, S. L. (2016). Research Review: Changes in the prevalence and symptom severity of child post-traumatic stress disorder in the year following trauma - a meta-analytic study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57*(8), 884-98. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12566>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 9-16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Hu, L. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6*(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- International Society for Traumatic Stress Studies. (2018). *Posttraumatic stress disorder prevention and treatment guidelines: Methodology and recommendations*. <https://istss.org/clinical-resources/treating-trauma/new-istss-prevention-and-treatment-guidelines#documents>

- Jaycox, L. H., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Walker, D. W., Langley, A. K., Gegenheimer, K. L., Scott, M. & Schonlau, M. (2010). Children's mental health care following Hurricane Katrina: A field trial of trauma-focused psychotherapies. *Journal of Traumatic Stress, 23*(2), 223-231. <https://doi.org/10.1002/jts.20518>
- Jaycox, L. H., Foa, E. B. & Morral, A. R. (1998). Influence of emotional engagement and habituation on exposure therapy for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(1), 185-192. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.185>
- Jensen, T. K., Holt, T. & Ormhaug, S. (2017). A follow-up study from a multisite, randomized controlled trial for traumatized children receiving TF-CBT. *Journal of Abnormal Child Psychology, 45*, 1587-1597. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0270-0>
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., Hukkelberg, S. S., Indregard, T., Stormyren, S. D. & Wentzel- Larsen, T. (2014). A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 43*(3), 356-369. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.822307>
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Fjermestad, K. W. & Wentzel-Larsen, T. (2018). Change in post-traumatic cognitions mediates treatment effects for traumatized youth - A randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology, 65*(2), 166-177. <https://doi.org/10.1037/cou0000258>
- Kameoka, S., Tanaka, E., Yamamoto, S., Saito, A., Narisawa, T., Arai, Y., Nosaka, S., Ichikawa, K. & Asukai, N. (2020). Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy for Japanese children and adolescents in community settings: A multisite randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology, 11*(1), Artikel 1767987. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1767987>
- Kameoka, S., Yagi, J., Arai, Y., Nosaka, S., Saito, A., Miyake, W., Takada, S., Yamamoto, S., Asano, Y., Tanaka, E. & Asukai, N. (2015). Feasibility of trauma-focused cognitive behavioral therapy for traumatized children in Japan: A pilot study. *International Journal of Mental Health Systems, 9*(26), <https://doi.org/10.1186/s13033-015-0021-y>

- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research, 19*(4-5), 418-428.  
<https://doi.org/10.1080/10503300802448899>
- Knutsen, M. L., Czajkowski, N. O. & Ormhaug, S. M. (2018). Changes in posttraumatic stress symptoms, cognitions, and depression during treatment of traumatized youth. *Behavior Research and Therapy, 111*, 119-126.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.10.010>
- Knutsen, M. & Jensen, T. K. (2019). Changes in the trauma narrative of youth receiving trauma-focused cognitive behavioral therapy in relation to posttraumatic stress symptoms. *Psychotherapy research, 29*(1), 99-111.  
<https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1303208>
- Kumpula, M. J., Orcutt, H. K., Bardeen, J. R. & Varkovitzky, R. L. (2011). Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as prospective predictors of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 120*(3), 617-627.  
<https://doi.org/10.1037/a0023927>
- Langley, A. K., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Jaycox, L. H., Schonlau, M., Scott, M., Walker, D. W. & Gegenheimer, K. L. (2013). Trauma exposure and mental health problems among school children 15 months post-Hurricane Katrina. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 6*(3), 143-156. <https://doi.org/10.1080/19361521.2013.812171>
- Lavi, T., Green, O. & Dekel, R. (2013). The contribution of personal and exposure characteristics to the adjustment of adolescents following war. *Journal of Adolescence, 36*(1), 21-30. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.09.003>
- Lehrner, A., Daskalakis, N. & Yehuda, R. (2016). Cortisol and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in PTSD. I D. J. Bremner (Red.), *Posttraumatic stress disorder: From neurobiology to treatment* (s. 265-290). John Wiley & Sons.
- Lepore, S. J., Kliwer, W. & Lochman, J. (2013). Violence exposure, sleep disturbance and poor academic performance in middle school. *Journal of Abnormal Child Psychology, 41*(8), 1179-1189. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9709-0>
- Lewis, S. J., Arseneault, L., Caspi, A., Fisher, H. L., Matthews, T., Moffitt, T. E., Odgers, C. L., Stahl, D., Teng, J. Y. & Danese, A. (2019). The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and



- Wales. *The Lancet Psychiatry*, 6(3), 247-256. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30031-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30031-8)
- Little, T. D. (2013). *Longitudinal structural equation modeling*. Guilford Press.
- Liu, Y., Croft, J., Chapman, D. P., Perry, G., Greenlund, K., Zhao, G. & Edwards, V. J. (2013). Relationship between adverse childhood experiences and unemployment among adults from five US states. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 357–369. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0554-1>
- Marshall-Berenz, E. C., Vujanovic, A. A., Bonn-Miller, M. O., Bernstein, A. & Zvolensky, M. J. (2010). Multimethod study of distress tolerance and PTSD symptom severity in a trauma-exposed community sample. *Journal of Traumatic Stress*, 23(5), 623-630. <https://doi.org/10.1002/jts.20568>
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>
- McLeod, B. D. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 603– 616. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.02.001>
- Meiser-Stedman, R., Dalgleish, T., Glucksman, E., Yule, W. & Smith, P. (2009). Maladaptive cognitive appraisals mediate the evolution of posttraumatic stress reactions: A 6-month follow-up of child and adolescent assault and motor vehicle accident survivors. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(4), 778–787. <https://doi.org/10.1037/a0016945>
- Mossige, S. & Stefansen, K. (2016). *Vold og overgrep mot barn og unge: Omfang og utviklingstrekk 2007-2015* (NOVA Rapport 5/2016). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Murray, L. K., Skavenski, S., Kane, J. C., Mayeya, J., Dorsey, S., Cohen, J., Michalopoulos, L. T. M., Imasiku, M. & Bolton, P. (2015). Effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy among trauma-affected children in Lusaka, Zambia: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 169(8), 761-769. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.0580>
- Muthén, B. & Muthén, L. K. (1998-2019). *Mplus* (Versjon 8.3) [Programvare]. Muthén & Muthén. <https://www.statmodel.com>

- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2020). *Kartlegging av traumer og posttraumatisk stress hos barn og unge (KATES): Veiledning til gjennomføring*. Hentet 20. desember 2020 fra <https://www.nkvts.no/content/uploads/2020/10/Veiledning-for-gjennomforing-av-KATES-I-Barn-6-18-ar-og-omsorgsgiver.pdf>
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2021). *Implementering av TF-CBT i BUP 2018-2021*. Hentet 8. mars 2021 fra <https://www.nkvts.no/prosjekt/ledelse-og-implementering-av-tf-cbt/>
- National Institute for Clinical Excellence. (2018, 5. desember). *Post-traumatic stress disorder: NICE guideline*. [www.nice.org.uk/guidance/ng116](http://www.nice.org.uk/guidance/ng116)
- Nixon, R. D. V., Meiser-Stedman, R., Dalgleish, T., Yule, W., Clark, D. M., Perrin, S. & Smith, P. (2013). The child PTSD symptom scale: An update and replication of its psychometric properties. *Psychological Assessment*, 25(3), 1025-1031. <https://doi.org/10.1037/a0033324>
- Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2017). *Utviklingstraumer: Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Fagbokforlaget.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), Artikkel e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1986). The psychological interior of psychotherapy: Explorations with the therapy session reports. I L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Red.), *Guilford clinical psychology and psychotherapy series. The psychotherapeutic process: A research handbook* (s. 477-501). Guilford press.
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Hukkelberg, S. S. & Egeland, K. (2012). Traumer hos barn - blir de gjemt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49, 235-240.
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Wentzel-Larsen, T. & Shirk, S. R. (2014). The therapeutic alliance in treatment of traumatized youths: Relation to outcome in a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1), 52-64. <https://doi.org/10.1037/a0033884>

- Ovenstad, K. S., Ormhaug, S. M., Shirk, S. R. & Jensen, T. K. (2020). Therapists' behaviors and youths' therapeutic alliance during trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 88*(4), 350-361.  
<https://doi.org/10.1037/ccp0000465>
- Plumb, J. C., Orsillo, S. M. & Luterek, J. A. (2004). A preliminary test of the role of experiential avoidance in post-event functioning. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 35*(3), 245-257. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.04.011>
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M. & Piacentini, J. C. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Society of Biological Psychiatry, 46*(11), 1542-1554. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(99\)00262-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(99)00262-0)
- Rauch, S. & Foa, E. (2006). Emotional processing theory (EPT) and exposure therapy for PTSD. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 36*(2), 61-65.  
<https://doi.org/10.1007/s10879-006-9008-y>
- Rauch, S. A. M., Foa E. B, Furr, J. M. & Filip, J. C. (2004). Imagery vividness and perceived anxious arousal in prolonged exposure treatment for PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 17*(6), 461-465. <https://doi.org/10.1007/s10960-004-5794-8>
- Ready, C. B., Hayes, A. M., Yasinski, C. W., Webb, C., Gallop, R., Deblinger, E. & Laurenceau, J. P. (2015). Overgeneralized beliefs, accommodation, and treatment outcome in youth receiving trauma-focused cognitive behavioral therapy for childhood trauma. *Behavior Therapy, 46*(5), 671-688.  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.03.004>
- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C. & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(4), 867-879. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.4.867>
- Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., Jensen T. K., Jungbluth, N., Risch, E., Rosner, R. & Goldbeck, L. (2017). International development and psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). *Journal of Affective Disorders, 210*, 189-195. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.040>

- Samoilov, A. & Goldfried, M. R. (2000). Role of emotion in cognitive-behavior therapy. *Clinical psychology: Science and Practice*, 7(4), 373-385.  
<https://doi.org/10.1093/clipsy.7.4.373>
- Seligowski, A. V., Lee, D. J., Bardeen J. R. & Orcutt, H. K. (2015). Emotion regulation and posttraumatic stress symptoms: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(2), 87-102. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.980753>
- Shalev, A. Y. & Bremner, D. J. (2016). Posttraumatic stress disorder: From neurobiology to clinical presentation. I D. J. Bremner (Red.), *Posttraumatic stress disorder: From neurobiology to treatment* (s. 3-26). John Wiley & Sons.
- Shenk, C. E., Putnam, F. W. & Noll, J. G. (2012). Experiential avoidance and the relationship between child maltreatment and PTSD symptoms: Preliminary evidence. *Child Abuse and Neglect*, 36(2), 118-126. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.09.012>
- Shenk, C. E., Putnam, F. W., Rausch, J. R., Peugh, J. L. & Noll, J. G. (2014). A longitudinal study of several potential mediators of the relationship between child maltreatment and posttraumatic stress disorder symptoms. *Development and Psychopathology*, 26(1), 81-91. <https://doi.org/10.1017/S0954579413000916>
- Shirk, S. R., Karver, M. S. & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 17-24. <https://doi.org/10.1037/a0022181>
- Springer, K. W., Sheridan, J., Kuo, D. & Carnes, M. (2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 31(5), 517-530.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.01.003>
- Sripada, R. K. & Rauch, S. A. M. (2015). Between-session and within-session habituation in prolonged exposure therapy for posttraumatic stress disorder: A hierarchical linear modeling approach. *Journal of Anxiety Disorders*, 30, 81-87.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.01.002>
- Stapleton, J. A., Taylor, S. & Asmundson, G. (2006). Effects of three PTSD treatments on anger and guilt. Exposure therapy, eye movement desensitization and reprocessing, and relaxation training. *Journal of Traumatic Stress*, 19(1), 19-28.  
<https://doi.org/10.1002/jts.20095>

- Strøm, I. F., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T. & Dyb, G. (2013). Violence, bullying and academic achievement: A study of 15-year-old adolescents and their school environment. *Child Abuse & Neglect*, 37(4), 243-251.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.10.010>
- Strøm, I. F., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., Hjemdal, O. K., Lien, L. & Dyb, G. (2013). Exposure to life adversity in high school and later work participation: A longitudinal population-based study. *Journal of Adolescence*, 36(6), 1143-1151.  
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.09.003>
- Teicher, M. H. & Samson, J. A. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241-266. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12507>
- Thoresen, S. & Hjemdal, O. K. (2014). *Vold og voldtekt i Norge: En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv* (Rapport 1/2014). Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress.
- Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L. & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 32(2), 122-138.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.12.001>
- Tull, M. T., Barrett, H. M., McMillan, E. S. & Roemer, L. (2007). A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behavior Therapy*, 38(3), 303-313.  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.10.001>
- Tull, M. T., Gratz, K. L., Salters, K. & Roemer, L. (2004). The role of experiential avoidance in posttraumatic stress symptoms and symptoms of depression, anxiety, and somatization. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(11), 754-761.  
<https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000144694.30121.89>
- van Minnen, A. & Foa, E. B. (2006). The effects of imaginal exposure length on outcome of treatment for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 19(4), 427-438.  
<https://doi.org/10.1002/jts.20146>

- van Minnen, A. & Hagenaaars, M. (2002). Fear activation and habituation patterns as early process predictors of response to prolonged exposure treatment in PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 15*(5), 359-367. <https://doi.org/10.1023/A:1020177023209>
- Vibhakar, V., Allen, L. R., Gee, B. & Meiser-Stedman, R. (2019). A systematic review and meta-analysis on the prevalence of depression in children and adolescents after exposure to trauma. *Journal of Affective Disorders, 255*, 77-89. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.005>
- Vujanovic, A. A., Hart, A. S., Potter, C. M., Berenz, E. C., Niles, B. & Bernstein, A. (2013). Main and interactive effects of distress tolerance and negative affect intensity in relation to PTSD symptoms among trauma-exposed adults. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 35*(2), 235-2243. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9325-2>
- Wenzlaff, R. M. & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology, 51*, 59-91. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.59>
- Williams, J. M. G., Barnhoefer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E. & Dalgliesh, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin, 113*(1), 122–148. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.122>
- Yasinski, C., Hayes, A. M., Alpert, E., McCauley, T., Ready, C. B., Webb, C. & Deblinger, E. (2018). Treatment processes and demographic variables as predictors of dropout from trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) for youth. *Behavior Research and Therapy, 107*, 10-18. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.05.008>



# **Vedlegg / Appendiks**



## Vedlegg 1

# Change and Growth Experiences Scale (CHANGE)

## Client Variables



Hayes, A. M.<sup>1</sup>, Feldman, G. C., & Goldfried, M. R. (2007). The CHANGE: A measure of insight and emotional processing. In L. G. Castonguay & C. Hill (Eds.) *Insight in psychotherapy*. (pp. 231-253). Washington, DC: American Psychological Association.

<sup>1</sup>Corresponding author. University of Delaware, Dept. of Psychological and Brain Sciences, 108 Wolf Hall, Newark, DE 19716-2577 Ph: 302-831-0484, e-mail: ahayes@udel.edu

ADAPTED NKVTS v/Marianne Skogbrott Birkeland m.s.birkeland@nkvts.no



## Client Coding Overview

This coding system, called the CHANGE, is designed to study variables that can inhibit or facilitate therapeutic change. The CHANGE assesses client or participant variables, as well as therapist interventions.

**CHANGE Client Variables.** The coding system assesses content areas and client processes.

**CONTENT AREAS:** Rated for *intensity* (low, medium, high) and *valence* (positive, negative)

- 1) View of the Self
- 2) Sense of Hope
- 3) Emotion
- 4) In-Session Emotion
- 5) Behavior

**PROCESS VARIABLES:** Rated at three *levels* (low, medium, high)

### **Maladaptive**

- 1) Avoidance
- 2) Unproductive Processing
- 3) Overgeneralization

### **Adaptive**

- 4) Cognitive-Emotional Processing
- 5) Accommodation
- 6) Decentering

## Important Coding Guidelines:

- 1) The **coding categories are not mutually exclusive**, which means that categories overlap and can co-occur. For instance, there can be both positive and negative emotion or positive and negative hope in the same session.
- 2) When coding a series of sessions over the course of therapy for the same individual, **consider the context** provided by the previous sessions. At times, the person will refer loosely to previous content. For instance, a person might talk about past failures and feelings of incompetence and then in subsequent sessions say, "I screwed up again. Here we go again, I feel horrible." The terms, "screwed up again" and "here we go again" refer back to the more explicitly articulated negative view of the self and cycle of self-criticism from previous sessions. When referring back to the trauma, clients might refer to it as "that day" or "that horrible time" in the sessions after they explain what happened. Keep this in mind, and use prior session content/statements as context.
- 3) In using context, consider the person's baseline, and information gained from previous sessions, but also use a standard scale so that comparisons can be made across individuals. For instance, when coding the material from someone who is depressed, the emotional tone is often consistently negative. In this context, a glimmer of positive emotion can appear to warrant a high rating, when it should actually be coded as LOW. Similarly, in the context of chronic anxiety, a mildly positive event can seem to warrant a high positive emotion rating because the baseline is so low. Be careful of this **baseline bias**.
- 4) Use both **frequency and intensity to inform the intensity ratings**

**Frequency:** Number of occurrences: A high number of occurrences contributes to a higher rating

**Intensity:** Content/meaningfulness of the content or process. A single instance that is very meaningful or profound and therapeutically relevant contributes to a higher rating.
- 5) General Guidelines for Intensity Rating:
  - a. **LOW:** In general, LOW ratings are given when clients use descriptors such as "might, maybe, sometimes, could, a little, kind of, etc or describe something that occurred for a brief period of time (e.g., "for a minute I thought I might...", "I got teary eyed for a second...", "I kind of felt...").
  - b. **MEDIUM:** When a client expresses certainty in a statement, is not wavering back and forth ("am feeling..." rather than "I might be feeling..."), or if something occurs for a moderate amount of time, this will generally be coded as MEDIUM.
  - c. **HIGH:** Statements that are elaborated on (e.g., really, a lot, all the time, very, incredibly, terribly, unbelievably), occur often throughout a client's week, or are repeated frequently throughout a session are generally coded as HIGH.
- 6) Most categories are **global ratings** based on the entire session. Read each of the

statements over the course of the session to inform an overall global rating.

7) Guidelines for Coding 3<sup>rd</sup> Person Perspective:

TF-CBT therapists often ask questions from a third person perspective to encourage the child to talk about his or her feelings without explicitly having to talk about himself or herself. Only code this third person information if there is a clear link to the child's own situation.

- Therapist asks child "How do you think kids who lost their parents might feel?" Child responds, "Well, when they found out their dad died in a car accident, they might feel really sad and realize that no one is safe from danger."

Here, the child provided some specific details beyond the therapist's question (e.g. identified "dad" and also death in car accident) that indicate the child's response was likely a reflection of how she was feeling/thinking in response to her dad's death. Thus, the information from this statement would be coded.

## TIMING GUIDELINES

There are several time frames to consider when coding:

- **Between-session:** This material occurs in the time period since the last session.
- **In-session:** This material occurs during the session
- **Trauma narrative:** This material describes events, thoughts, and feelings at the time of the trauma and also the current responses to recalling the trauma. Code only current responses and material that is new or elaborated rather than material that has already been presented.
- **Past:** This material occurs before the last session and is not coded.

Most categories are coded considering both in-session AND between-session material, but the two time frames can be separated for any of the categories, depending on the research questions.

The **behavior category** is usually only coded for the between-session time frame.

The **emotion category** has an in-session category that is specific to that time frame.

When the therapist and client work on the **trauma narrative**, the child often rereads the narrative or adds to it in each session. Do not recode the material that was already presented in the previous sessions, unless new information is added or the material is elaborated. For instance, if a child begins to see that the abuse was not his fault, you would code cognitive/emotional processing and also accommodation (if a new, more balanced belief



emerges). If this material is reread or repeated in the next session, processing and accommodation would not be coded again, unless new information is added.

**EXAMPLES OF TIME FRAME:**

- 1) The client refers to a suicide attempt made three years ago --- "Three years ago, I took a lot of pills. I tried to take my life and ended up in the hospital. I felt terrible and hopeless. But, I don't feel that way anymore. I am a strong person and actually, I'm really hopeful that things are going in the right direction for me."

**Coded As:**

POSITIVE, MEDIUM Hope  
POSITIVE, MEDIUM View of the Self

**Why?** Do NOT code the suicide attempt as a negative behavior or the client feeling "terrible and hopeless" because this is how she felt three years ago. However, code the client's current views, which are captured under the positive sense of self and hope categories.

- 2) The client talks about her relationship with her mother - When I was 16, my mom got remarried, and I was really upset. I ran away and stayed with some friends for about a week. She thought something terrible happened to me, but I didn't care. I was so angry at her, and I didn't care what she thought.

**Coded As: NONE**

**Why?** Both the behavior (running away) and the emotions (anger) occurred in the past. The client does not state anything about his current views on this situation. If he followed up with "Now, I really love my mom. I am happy we worked things out," this statement would likely get a code for positive relationships and positive emotion.

- 3) The client talks about his past substance use - "I really screwed up back then. I was drinking every day and never went to school. I feel awful about it. Why would I do that to myself? What was wrong with me? Now that I am sober, I am so mad at myself for not finishing school. What an idiot. I will always be behind everyone else."

**Coded As:**

NEGATIVE, HIGH Emotion  
NEGATIVE, HIGH View of the Self  
MEDIUM Unproductive Processing

**Why?** Do NOT code the drinking as negative behavior, because this was in the past. However, code the client's current views on the situation, which all surround a negative view of self and negative emotion. Negative self is coded as HIGH because of the strong language (I screwed up, What an idiot, etc.) and the amount of negative self statements. Negative emotion is HIGH because of the strong language (awful). If that emotion was also apparent in the session, in-session negative emotion would also be coded. He gets somewhat stuck questioning and beating himself up without any insight or change in perspective (MEDIUM unproductive processing code).

- 4) The client writes in her trauma narrative about how scared and helpless she felt when her father would physically abuse her. She says that she still walks around feeling nervous, helpless, and hopeless. She is also feeling this as she writes the

narrative in session.

**Coded As:**

NEGATIVE, HIGH Emotion  
 NEGATIVE, HIGH In-session Emotion

**Why?** The client not only felt these emotions at the time of the trauma, but she also continues to experience these negative emotions and hopelessness, including over the past week and in the session. Therefore, negative emotions are rated overall and in the session.

In the next session, she reads the narrative. If the same emotions are triggered in this session, they are coded again. If she elaborates to say that she is beginning to realize how much the abuse has affected her and her relationships with others, that new material would be coded as well.

**Coded As:**

NEGATIVE, HIGH Emotion (if the emotion continued over the week since the last session)  
 NEGATIVE, HIGH In-session Emotion  
 MEDIUM Processing  
 NEGATIVE, HIGH Perceived Relationships

**Why?** The client continued to experience the negative feelings over the week and then again in session when continuing to work on the trauma narrative. New material also emerged, as she began to have some insight into the effects of the abuse (Processing, Perceived Relationships).

## THE CODING PROCESS

- 1) Before coding, ***listen or read through all of the material once*** and take notes as you go. The notes will help you to remember the reasons for your coding decisions and will help you in the discussions in the consensus meetings. If you find a given section or category particularly difficult to code, you might want to make note of the issues and what went into your decision. The coding meeting might be a week after you have coded the tape, and this will help you to remember your thought process.
- 2) When coding, **try to balance attention to details with an ability to think abstractly** and see the bigger picture.
- 3) It is also important to maintain focus by **pacing yourself** carefully. It is difficult to code accurately when you are rushed or code in binges. Coding for hours on end can also make it difficult to concentrate.
- 4) In the discussion meetings, it helps to present your questions and to agree with others only when the consensus makes sense. The goal of consensus meetings is accuracy, so try not to be defensive or rigid. Coding requires an **openness and flexibility but not acquiescence or defensiveness**.
- 5) Rate each category from **0 (none)** to **3 (high)**, using the scale relevant for that category. Make sure that all of the categories for each session are completed.

**REMEMBER:** Before coding, listen through all of the material once, and take notes as you go. **THEN**, code the material once you have finished watching, listening, or reading.



## CONTENT OF THE SESSION

**INSTRUCTIONS:**

Rate the intensity of the following areas focused on in the session. The intensity (0-3) and valence (positive or negative) are considered.

**INTENSITY:**

0 = NONE
1 = LOW
2 = MEDIUM
3 = HIGH

**CONTENT AREAS AND VALENCE**

<b>NEGATIVE</b>	<b>POSITIVE</b>
1. View of the Self	1. View of the Self
2. Sense of Hope	2. Sense of Hope
3. Emotion (general and in-session)	3. Emotion (general and in-session)
4. Behavior	4. Behavior





## 1. VIEW OF THE SELF :

This category captures the person's self-concept and sense of worth, desirability, competence, and identity. View of the self can be very general (e.g., I feel good about myself because I went out with my friends) OR can be treatment related (e.g., I am so proud of myself that I did my homework). Note that self statements must be explicitly stated by the client; you can NOT infer judgments of self (e.g., I messed up (without any elaboration) does NOT imply a self judgment; see examples).

**Code client's subjective self perception. There must be a self judgment in the statement. Do NOT infer self judgments.**

**Negative statements:** low self-esteem, self-criticism, worthlessness, feelings of failure, not living up to one's potential, or of being flawed or not having a clear sense of self, weak, guilty, stupid, ashamed, stupid, etc.

- o **Negative behaviors and emotions do not necessarily reflect a negative sense of self** (e.g., Negative behavior: "I didn't resist his pressure and I gave in again" is NOT coded under the self category). However, if there is a judgment of the self tied in with the negative behavior, you should code it (e.g., "I am so ashamed of myself because I didn't resist his pressure and I gave in again").

**Positive statements:** positive sense of self, self-acceptance, feeling of accomplishment and competence, clear sense of self, feeling proud of the self, feeling strong (emotionally), feeling blessed

## VIEW OF THE SELF EXAMPLES:

- 1) "I don't like this state that I am in. I feel like I don't quite know who I am or what I want. I'm confused".

**Coded as:** (NEGATIVE, LOW)

**Why?** Stating confusion or lack of identity usually warrants a LOW rating; person is questioning their self worth and they do not like that state, which implies a negative valence. However, the person is not clearly stating that they are bad/worthless etc. They aren't even saying that they might be bad, so this is a LOW rating.

- 2) "I've got some problems that I've got to get under control. Why do I get so out of control?"

**Coded as:** (NEGATIVE, LOW)

**Why?** This is a self-criticism statement (use of why do "I", helps to clarify that person is judging the self negatively). But it is vague and unelaborated (e.g., does not specify problems or how she gets out of control).

- 3) "I messed up this time. But, it wasn't my fault."

**Coded As:** NONE

**Why?** Simply stating the behavior of "messing up" does NOT imply a self judgment. Client then follows up by placing the blame externally, further justifying NO code for the self variable. If the client stated "I mess up this time. Why do I ruin everything?" you would code negative self because there is clearly a self judgment tied to the behavior of messing up.

- 4) I didn't do any of my homework. It just confirmed for me that I am weak and damaged forever as a result of my rape.

**Coded As:** (NEGATIVE, HIGH)

**Why?** Client stated a negative behavior (not doing homework) which does not warrant a self rating. However, she then followed up with a negative evaluation of self (weak, damaged forever). Client was not wavering, and damaged forever is a strong statement, so the intensity of this rating is HIGH. This is also an example of HIGH Overgeneralization.

- 5) "I feel so proud of myself. For the first time in years I was able to go to the mall. I feel like a completely new person!"

**Coded As:** (POSITIVE, HIGH)

**Why?** She uses elaboration (e.g., so proud, completely new). This person clearly views this as a big accomplishment, so this is coded as HIGH.



## 2. HOPE:

This captures the person's capacity to see the possibility of change in the future, to recognize recent positive changes and feeling better, and/or to express commitment or determination to make changes. Hope can be directly related to treatment goals or can be broader (e.g., sense of hope or optimism about the world in general).

**Capture views of the future, recent positive changes, or a determination to make changes. Simply stating "I hope" is NOT enough to rate Hope.**

**Negative Sense of Hope:** feeling of being stuck, trapped, having no way out, feeling tired of trying, or a lack of commitment, feelings/thoughts that the world in general is going downhill or will never improve (e.g., the world as dangerous and the client believes this will never improve); feeling permanently changed/damaged. Sometimes one can experience a giving up of old ways before change. Although this is hopelessness before change, it is still negative hope.

**Positive Sense of Hope:** feeling of movement and possibility, commitment or determination to change (can be hope related to feeling better about the trauma, or just general life improvement), noticing that the treatment is working

### HOPE EXAMPLES:

- 1) "I hope I get better one day."

**Coded As:** NONE

**Why?** This does not suggest whether the client is hopeful or hopeless about the future. Simply stating the word "hope" does not provide enough evidence to suggest whether a client believes that positive changes will occur. If this client followed up with "...and I believe that I am going to get better," positive hope would be coded here.

- 2) "Yep. I am getting better. This treatment is working for me."

**Coded As:** (POSITIVE, MEDIUM)

**Why?** Client is expressing recognition of recent positive change in his/her life. This is more than a LOW rating because she is not wavering (e.g., I think I might be getting better), but it is not elaborated enough to warrant a HIGH rating.

- 3) "I am starting to think I might get better. I am beginning to think that there might be a way out of this mess."

**Coded As:** (POSITIVE, LOW)

**Why?** Client is using tentative language and does not elaborate. Again, the wavering/questioning language usually warrants a LOW rating in all categories. Client is commenting on starting to see some possibility of change (e.g., beginning) but is still ambivalent (e.g., might)

- 4) "I guess there's a difference between trying and actually succeeding at it. I don't know, I think I'm trying. I don't know what else I'm supposed to do."

**Coded as:** (NEGATIVE, LOW)

**Why?** Client comments on being unsure about trying (e.g., I think I'm trying), but obviously not succeeding. She gives a sense of being stuck, not knowing what to do but it is not elaborated.

- 5) "I hate my life, I feel stuck. I can't see a way out."

**Coded As:** (NEGATIVE, HIGH)

**Why?** Client using explicit language of feeling trapped (e.g., stuck, no way out) to describe the inability to perceive change in life.

- 6) "I am realizing that I do have some control over my mood and fate."

**Coded as:** (POSITIVE, MEDIUM)

**Why?** Client is realizing a possibility of change, but it is not as elaborated as it would be for a score of HIGH.

- 7) "I have got to stop beating myself up. I must stop. But, I just don't know how to make the change."

**Coded as:** (POSITIVE, HIGH; NEGATIVE, LOW)

**Why?** Client is clearly determined and committed to stop and make a change (e.g., I must stop). Note that a commitment to making changes in the future is positive hope. However, she is also questioning their ability to do this, so there is also a small negative piece to this statement. She doesn't use strong enough language to warrant a medium or high rating. Remember, when people are questioning things or using tentative language, it usually warrants a low rating.

- 8) "Everyone is into drugs and drinking. The world is going downhill and I don't see anything getting better in the future."

**Coded as:** (NEGATIVE, HIGH)

**Why?** This is an example of negative hope in general, about the world as a whole rather than hope specifically about treatment progress. This is stronger than a low because there is no wavering language but is not enough to warrant a high rating because there is not enough elaboration. This is also an example of HIGH Overgeneralization.

- 9) "I was able to stay on the story and stay focused better than last time. Every time it's sort of a struggle to keep focused, but it is getting easier."

**Coded as:** (POSITIVE, MEDIUM)

**Why?** Client is discussing the improvement she has made doing imaginal exposure, and how it is getting easier to do. However, there is still room for improvement, since the client expresses how "Every time it's sort of a struggle." Thus, this example is given a MEDIUM rating rather than a HIGH.



### **3. EMOTION:**

This category focuses on the emotion that the client **expresses verbally or nonverbally about their own emotional state**. This can be indicated by arousal and also by silence or calm. Try to find specific emotion words to code the emotional valence. Emotional tone is considered, but it is best to find concrete examples of emotion words. Code only the client's emotion (e.g. "I was so angry") and NOT others' emotions (e.g. "my mom was so angry"). Emotion words are often accompanied by descriptors that help to rate the intensity (e.g. a lot, really, super). Emotions that are expressed during the session are coded as In-session Emotion. A list of negative and positive emotion words is at the end of this document.

**Rate this category based on what the client states or shows nonverbally related to how he/she is feeling. Feeling numb is always negative. Consider modifying words, therapist responses, and context to rate intensity.**

#### **General Guidelines for coding Emotion:**

- Negative and positive emotions are rated separately, but they can co-occur. It is possible to have high levels of positive and negative emotions in the same session.
- If the person reports mood swings or being "up and down," try to figure out the extent of negative and positive moods (e.g., I was feeling really down on Monday, but Tuesday I was only feeling a little down; this would not be coded as both positive and negative). However, if the client says, "On Monday I felt a little down, but on Tuesday I saw my grandmother and I felt pretty happy", this means some positive and some negative, please rate the intensity of both.
- Take into account the intensity of the emotion word. For example, feeling INFURIATED is likely to warrant a stronger rating than feeling UPSET.
- Feeling NUMB = the inability to feel anything. Even under circumstances in which a person would usually feel sad for example (e.g. get into an argument with a friend, a funeral, loss of pet), they report feeling nothing and when they should feel happy (e.g. graduation) they feel nothing. This is always coded as negative emotion.



**Negative Emotion Statements:** Words or tone related to distress, such as feeling anxious, nervous, tense, jittery, volatile, angry, irritable, edgy, sad, blue, depressed, guilty, ashamed, angry, lonely, bitter, empty, numb

**Positive Emotion Statements:** Words or tone related to emotional stability, calm, contentment, or happiness. Words can include even-keeled, balanced, less reactive, less easily triggered or set-off, peaceful, tranquil, quiet, less keyed-up, joyful, relieved, enthusiastic, excited

- Note that positive emotion also includes CALMNESS or feeling less “on edge” or “jumpy”. Clients may report a shift from feeling anxious/tense to stronger and better able to manage their distress. They may also report feeling happy/pleased that they are getting their life back, getting back to their old self, etc.

## **EMOTION EXAMPLES:**

- 1) “I am miserable. Actually, I can’t even feel anymore. I went from lonely to numb, and now I feel nothing. Constantly, I feel nothing.”

**Coded As:** (NEGATIVE, HIGH)

**Why?** Client uses strong negative emotion words (e.g., miserable), and explicitly states feeling numb “constantly.” If the client stated that she felt numb “sometimes” this may have warranted a MEDIUM rating.

- 2) “I felt anxious a couple of times this week. It didn’t last very long.”

**Coded as:** (NEGATIVE, LOW)

**Why?** Client comments negative emotion of anxiousness, but mentions the short period.

- 3) “My mood has been all over the place this week. I’ve had moments of quiet, where I think that some day I might not be scared all of the time, but then I have days of feeling blue and nervous. I’ve been able to pull myself out, but it is scary.”

**Coded as:** (POSITIVE, LOW; NEGATIVE, MEDIUM)

**Why?** Client starts off by mentioning “up and down” emotions. She starts off by mentioning moments of calm when she’s not feeling scared, but there’s some ambivalence (e.g., might). Then she mentions negative emotions that are scary, but seem to be controllable (e.g., been able to pull myself out). This is an example where you would code both the positive and negative moods.

- 4) I felt wonderful knowing that I had the support of my family. They were there for me.”

**Coded as:** (POSITIVE, HIGH)

**Why?** Client uses strong positive emotion words (e.g., wonderful).

- 5) “Good. It felt good. I felt like I needed to go back through and tell it to somebody who would understand what happened to me.”

**Coded as:** (POSITIVE, MEDIUM)

**Why?** Client is describing a positive emotion of calm and perhaps relief being able to reveal the traumatic memory to someone. She repeats the word “good” twice and elaborates what this means to her (e.g., having somebody listen and understand it). This



is a MEDIUM rating rather than LOW.

- 6) "A little bit better. I think writing about the trauma, I feel a little bit better each time."

**Coded as:** (POSITIVE, LOW)

**Why?** Client is describing a feel of improvement in little increments.

#### **4. IN-SESSION EMOTION:**

This category captures the extent to which emotion is activated **in the therapy session (emotion in the moment)**. Use intensity of an emotion to guide your first impression (e.g., are they sobbing (HIGH) or just tearing up (LOW), and then use the duration to modulate or scale overall rating up or down (e.g., entire session (HIGH) or only for a few minutes LOW).

**Consider both client statements and what you see (e.g., facial expressions, body posture, etc.) and hear (e.g., crying, sniffing).**

**Negative In-Session Emotion:** consider negative emotion words and also tone of voice of feeling anxious, nervous, tense, jittery, angry tone of voice, irritable, edgy, quivering voice, fists clenching, client crying, client tapping leg, client becoming sweaty, curling up in a ball, playing with hair or touching face continually, frowning, brow furrowing, jaw clenching, holding back tears, crying

**Positive In-Session Emotion Statements:** consider positive emotion words and also facial expressions, gestures, sighs of relief indicating calm, contentment, or happiness, smiling, laughing, looking relaxed.

#### **IN-SESSION EMOTION EXAMPLES:**

- 1) "Yes, I am feeling a little uncomfortable right now" (client shifting in seat, not making eye contact with therapist, nervous laugh)

**Coded As:** (NEGATIVE, ...)

**Why?** Client uses a negative emotion word (e.g., uncomfortable) which would be coded as (NEGATIVE, LOW for Emotion), but he is shifting in his seat and not making eye contact with his therapist. To rate the intensity, take into account the duration of the shifting (e.g., does he shift in his seat twice and then is able to sit still, or is this shift going on for a large portion of the session). Also, nervous laughter is NOT a positive in-session emotion.

- 2) Client raises voice at therapist in frustration or cries for a long period of time when talking about her trauma.

**Coded as:** (NEGATIVE, HIGH)

**Why?** The client is showing extreme negative non-verbal behavior by yelling in a loud tone and crying. Do not automatically rate crying as a HIGH – take into account duration

and intensity of tears (e.g., is she tearing up, sobbing uncontrollably? Each of these would warrant a different level of intensity).

- 3) Client is extremely jittery, hands wringing during the entire session, but he tells the therapist that he is calm.

**Coded As:** (NEGATIVE, HIGH)

**Why?** This is a mismatch between verbal and non-verbal emotion. Use context to determine the level of emotion being experienced. The jittery manner and wringing of his hands suggest a MEDIUM or HIGH level of emotion, depending on the intensity and duration of the behavior.

- 4) Client is smiling while telling the therapist how proud she is for completing her trauma narrative.

**Coded As:** (POSITIVE, ...)

**Why?** Client is smiling, which indicates a positive emotion. Consider the context and whether they barely cracked a smile (LOW) for a fleeting moment or are they clearly grinning with teeth showing or a big smile (HIGH). Any emotion words or the therapist responses can help to determine the intensity.

## **5. BEHAVIOR:**

(NOTE: DO NOT RATE IN-SESSION BEHAVIOR)

This category captures the number of adaptive and maladaptive actions the person engaged in **over the week (or the time since their last session)**. Consider the **number of behaviors** and their **intensity** to rate this category. This category can also be scored as high if the person engages fully in an activity that has been an especially important therapeutic task or goal, such as refraining from drinking or fighting, changing a habitual pattern, standing up to a difficult person, or ending an unhealthy relationship. Here there is only one behavior, but it is especially important. This category can be coded when the person engages in a behavior or does not engage in a maladaptive behavior. In other words, not doing something maladaptive by exhibiting control can be coded as a behavior (e.g. "I stopped myself from drinking last night."). Also, engaging in tasks that were previously avoided is a positive behavior (e.g., going to church, signing up for classes, going to social events, etc.). Active planning or setting up a "to do" list are also considered behaviors. Note that avoiding trauma reminders (e.g., thoughts, situations, or places) is considered a negative behavior.

**Code client's reports of positive or negative behavior. Use therapeutic context and therapist's response to inform your rating. Note that negative behavior will often overlap with avoidance.**

### **General Guidelines for Behavior:**

- o Negative and positive behaviors are rated separately, but they OFTEN co-occur. It is possible to have a high level of both positive and negative behaviors in the past week.
- o Code the behavior based on the client's report of the behavior, but take into



account therapeutic context and the discussion between the client and therapist about the valence of the behavior. For example, if the client went out with a guy in school (after avoiding men for years) and said that the date was terrible but she was glad she did it, this would be a positive behavior. This behavior is consistent with the goals of therapy.

- Not doing homework or therapeutic tasks can count as negative behaviors, and doing the assignments can count as positive behaviors.

**Negative Behaviors:** poor decisions that interfere with a client's well being; can be broad (e.g., started a fight with a friend for no reason) or therapy-related (e.g., stayed in the house because they were avoiding seeing anyone who resembled their assailant), avoidance

- Negative behaviors can often co-occur with the Avoidance variable. Avoidance when a client should clearly be engaging in a certain activity is also negative behavior.
- A negative behavior can take the form of the client doing something that interferes with therapy or goes against their therapeutic goals. Many of the behaviors may be related to how the client has been coping with their PTSD symptoms (e.g., was extremely irritated and yelled at her boyfriend for no reason).

**Positive Behaviors:** decisions or actions that improve a client's well being, can be broad or therapy-related. These are often behaviors that contribute to therapeutic goals.

## **BEHAVIOR EXAMPLES:**

- 1) "I got myself to go out with some friends this week, even though I didn't feel like it. I only stayed for an hour, and then I went home."

**Coded as:** (POSITIVE, LOW)

**Why?** This is one behavior that is a step in the positive direction, but it is not a big step and is not elaborated, so it cannot be given more than a low rating. Do not code negative behavior because we can not infer a reason for staying only 1 hour.

- 2) "I can't believe I did it! I was able to resist calling my brother who abused me, even though I was feeling very lonely. I saved myself from feeling humiliated again. It was hard, but I did it."

**Coded as:** (POSITIVE, HIGH)

**Why?** This is one behavior, but it is something that the person has been struggling with and reflects a significant accomplishment.

- 3) "Well, I did it. I screwed up big time. I lost it! and started yelling at my teacher. I am so sick of being bossed around, and I lost my temper. I'm scared that I might get kicked out of school."

**Coded As:** (NEGATIVE, HIGH)

**Why?** This is one behavior, but it is something that the person has been struggling with and reflects a significant lapse. Here context from previous sessions is relevant.

- 4) "I sat around all weekend playing over and over everything I've done wrong. I didn't get out of the house or try the things that you (therapist) showed me to do to stop beating myself up. I didn't eat, and I slept all day."

**Coded as:** (NEGATIVE, HIGH)

**Why?** This is an example of not doing something; also client did not complete any homework. The person indulged the ruminative thinking by not using the strategies he/she had been learning in therapy and by oversleeping and not eating.

- 5) "I avoided a few things that week, but I was a little better than usual. I couldn't get myself to go to one class because I was afraid of being called on, but I did go to the other classes, and I went to the gym."

**Coded as:** (NEGATIVE, LOW; POSITIVE, MEDIUM)

**Why?** The avoidance was mild, and there were at least two instances of approach behavior.

- 6) "I tried to overdose on pills. A lot of pills. I just didn't see the point in living."

**Coded as:** (NEGATIVE, HIGH)

**Why?** A suicide attempt is clearly a negative behavior.

- 7) "A couple times earlier I felt like things [emotions] rolling up almost to the surface and I thought about what you said, just let it out. The first time I felt it and it went away without me doing anything. The second time I was pushing it away, and I was like, 'Oh don't do that.'"

**Coded as:** (NEGATIVE, LOW; POSITIVE, MEDIUM)

**Why?** Not letting out emotions was something this client has been struggling with. The first time the client reports the emotions went away automatically on their own. However, a LOW negative rating is given for the second time, because the client acknowledges she was pushing the emotions away, but she recognized the negative behavior and actively tried to stop it, which is coded a positive MEDIUM. A MEDIUM negative rating would be given if the client struggled even more to control the negative behavior. It's given a MEDIUM positive rating because the client actively stops herself from pushing the emotions away and eventually allows herself to feel the emotions. If the client merely thought, "Oh I probably shouldn't have done that," and still pushes the feelings away, a LOW positive rating would be warranted.



## PROCESSES

### **INSTRUCTIONS:**

Rate the extent to which the client exhibits the following processes in-session and the extent the client reports experiencing these processes outside of the therapy room. Importantly, the process categories are NOT coded for valence (positive, negative) but are coded for intensity: **absent, low, medium, or high.**

### **INTENSITY:**

<b>0 = NONE or VERY LOW</b>
<b>1 = LOW (some)</b>
<b>2 = MEDIUM (moderate)</b>
<b>3 = HIGH (a lot)</b>

**PROCESS VARIABLES:** Rated at three *levels* (low, medium, high)

#### **Maladaptive**

Avoidance  
Unproductive Processing  
Overgeneralization

#### **Adaptive**

Cognitive-Emotional Processing  
Accommodation  
Decentering



## AVOIDANCE

This category is best conceptualized as experiential avoidance, which S. Hayes (Hayes et al., 1996) defines as **difficulty remaining in contact with aversive experiences** (including bodily sensations, emotions, thoughts, memories, and behavioral predispositions) and/or taking action to alter the aversive experiences or the events that elicit them. This category captures attempts to protect or defend oneself by pulling away from rather than moving toward problems or issues. Pulling away can take many forms, such as social withdrawal, staying in bed, numbing, mentally avoiding certain topics, substance use for coping, distraction, difficulty concentrating and focusing, wandering off topic, using humor to avoid the topic, minimizing, blaming others or external circumstances. Some other words associated with this category are “disengaged, disconnected, unplugged, sleepwalking through life, numbed, or tranced out.”

**Only code avoidance if it is maladaptive.** Sometimes it is normal or adaptive to avoid someone or situations or to distract and take a break from distress. This category is only coded when the avoidance is not therapeutic.

Avoidance *can* co-occur with cognitive emotional processing. Additionally, a person can be making attempts to approach a difficult topic or emotion during a session, and yet avoidance during that same session can still be rated as high.

<b>0 = NONE</b>	<b>No or little evidence of avoidance</b>
<b>1 = LOW</b>	<p><b>Some avoidance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Low frequency and intensity; Person demonstrates some avoidance, but it is a vague or fleeting reference in session</li> <li>• Evidence for avoidance is implied but not direct</li> </ul> <p><b>EXAMPLES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “I was feeling kind of anxious, so I didn’t feel like going out this week.” (Person mentions some avoidance, but it is not elaborated enough to score medium or high)</li> <li>• “Sigh... This is too hard to talk about... (silence).” Therapist is giving the client encouragement to continue with imaginal exposure.</li> </ul> <p>If the client stayed silent for a short time, and it took just a few prompting from the therapist to continue, this would be rated LOW. If the therapist gave several encouraging statements, and the client continues with the therapeutic task, this would be rated MEDIUM. If the silence continues for an extended period of time, and/or the client cannot engage, this would be rated HIGH.</p>
<b>2 = MEDIUM</b>	<p><b>Moderate avoidance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clear evidence of avoidance</li> <li>• Moderate frequency and/or intensity <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Moderate intensity</li> <li>○ Higher intensity, but references to avoidance in the session are short or vague</li> <li>○ Session includes notable number of lighter references to avoidance</li> </ul> </li> </ul>



	<p><b>EXAMPLES</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• "I want to talk about what happened, but I am scared that I'll lose control. I'll start crying and may never stop."</li><li>• "I played video games to shut my head off. It numbs me out."</li></ul>
<b>3 = HIGH</b>	<p><b>High level of avoidance</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• High intensity and/or frequency</li><li>• Strong evidence of avoidance</li><li>• Multiple occurrences of avoidance</li></ul> <p><b>EXAMPLES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• "I can't believe she did this to me. I just can't believe it. It makes me sick to think that my mother could hurt me like that, so I try to erase it from my mind."</li><li>• "I have been blank this week. I'm in a fog and feel totally numb and shut down." (person shuts down after an intense session)</li><li>• Therapist asks client to describe the abuse, and the client responds: "I don't know... (silence) I don't want to talk about this anymore. I'm not going to talk about this anymore. I'm tired."</li></ul>



## UNPRODUCTIVE PROCESSING (RUMINATION, WORRY, VENTING)

This category captures the extent to which the person approaches a problem, explores, tries to understand, and make meaning of it BUT gets stuck repetitively thinking about or analyzing a problem **without significant insight**. Unproductive processing can occur not only in a session or essay but also across time; therefore, it is important to consider the context. For instance, in session after session, the person can spin on a topic or theme, or that can happen in a single session. This category also includes venting, worry, or other types of repetitive and unproductive processes. Sometimes unproductive processing can take the form of a rant or a list of complaints or worries. This category is coded when a client questions a problem area with **no signs of a perspective shift or resolution**.

<b>0 = NONE</b>	<b>No or little evidence of being stuck</b>
<b>1 = LOW</b>	<p>Exploring and questioning a problem with <b>some evidence</b> of repetitive or intrusive thoughts or repetitive venting of emotion with little or no insight.</p> <p>EXAMPLES</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• "I began to wonder what was wrong with me. Why did my dad beat me? Why am I so bad?"</li><li>• "I can't believe I feel so alone. I feel like a freak. I feel unwanted. I don't have any friends."</li></ul> <p>Both of these clients are starting to get stuck, but there is no clear evidence that they are yet.</p>
<b>2 = MEDIUM</b>	<p>Exploring and questioning a problem area with <b>clear evidence</b> of repetitive thoughts and emotions with little or no insight. The repetition is not as frequent or as elaborated as at the high level.</p> <p>EXAMPLES</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• "Why am I afraid of boys? Is it related to the rape? What is wrong with me? Why can't I be normal? I'm so sick of myself."</li><li>• "I've been thinking about what I could have done to protect myself. I go over different angles and beat myself up."</li></ul> <p>There is evidence of being stuck, but it is not as elaborated and clear as the high levels.</p>
<b>3 = HIGH</b>	<p><b>Strong evidence</b> of repetitive thoughts and emotions. These can involve rumination, perseveration, obsessions, repetitive intrusive thoughts, and difficulty disengaging from emotions. There is usually evidence of vicious cycles and of being caught in a cognitive/emotional loop.</p>



<p><b>EXAMPLES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• “I spent most of the week worrying. I can’t stop thinking about how I could get hurt again. It makes me afraid to go out.” (There is evidence that the worry is occurring across time and that it is affecting behavior.)</li><li>• “I can’t stop thinking about how rotten the world is. Everyone is so mean. What happened to all the nice people? I am on guard all of the time, even in my dreams.” (These thoughts are occurring repetitively and are intruding at night in the person’s dreams.)</li></ul>
--

## OVERGENERALIZATION

**Global, exaggerated beliefs about self, others, or the world** related to the traumatic event that are broadly applied across time and life situations. Includes a lack of discrimination, difficulty attending to information inconsistent with beliefs, and an overly general level of abstraction.

- **Positively valenced overgeneralization is still maladaptive, if it suggests no limits.**
  - For instance, it is inaccurate and maladaptive to think that you can protect yourself in any situation or that you can or need to control everything in your life.

A) **Some common themes of overgeneralized beliefs in trauma survivors include:**

### SAFETY

- “I am unable to protect myself”
- “The world is dangerous place”

### TRUST

- A specific group of people (e.g., men, teachers) or other people in general are dangerous or untrustworthy
- Can’t trust oneself (e.g., “I can’t trust my own judgment”)

### POWER/CONTROL

- Have little control over my own life or my symptoms “(e.g., “I will never get better”, “My flashbacks are in control [over me]”
- “If I don’t have complete control of a given situation, bad things will happen”
- “I need to have all the control in relationships to prevent getting hurt”
- “I can avoid bad consequences by giving others all the power in relationships”

NOTE: There are times when a person may describe, accurately, that they have trouble coping with their emotions. Overgeneralization should be coded when there is evidence that the person has an exaggerated sense of powerlessness over their emotions (e.g., “I am not able to change the way the feel”) or makes global generalizations that they will always feel this terrible.

### ESTEEM

- “I am damaged goods, flawed to the core”
- “I am bad, worthless person”
- “I deserve what happened to me” (abuse)



**VIEW OF OTHERS AND ALIENATION**

- People are uncaring or out for themselves, people are bad and malicious, world/people as a whole are bad
- “The world takes and takes and never gives back”
- Lonely, isolated from others, empty, no connection with others (even if in genuinely loving and intimate relationships)
- “I don’t fit in. I feel like a freak.”

- B) **Words such as “sometimes,” “moderately,” and “sort of” suggest limitations** or add nuance to a belief, suggesting that the thought is **NOT** overgeneralized. This is not always the case, however, as some statements may be so extreme (e.g., “I sometimes think of all the bad things in my life and that I am doomed.”) that the statement may still be overgeneralized, even with moderating language like ‘sometimes’
- C) **Extreme words such as “always,” “never,” “most” “rarely” and “everyone/anyone/no one”** often suggest an extreme or global nature to the belief and are often indicators that the thought may be overgeneralization. Example: “I never feel safe” “I always have my guard up and can’t trust people”

<b>0 = NONE</b>	<b>No or little evidence</b> of overly abstract, global, or exaggerated beliefs
<b>1 = LOW</b>	<p><b>Some overgeneralization</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Some evidence of exaggeration of thoughts or some evidence of repetitive occurrences of a particular overgeneralized thought or theme (e.g., inability to trust others), but the description of these thoughts is brief or not elaborated</li> </ul> <p>OR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Low frequency and intensity; Person demonstrates some overgeneralization, but it is a vague or fleeting reference in session</li> <li>• Evidence for exaggerated or overgeneralized thoughts, but it is implied</li> </ul> <p>NOTE: Some people do live in dangerous areas, so be careful to distinguish between realistic worries about safety, trust, et. .and exaggerated, global thoughts</p> <p>EXAMPLES</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “I often feel scared in large crowds because I’m afraid something bad could happen to me”</li> </ul>
<b>2 = MEDIUM</b>	<p><b>Moderate overgeneralization</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clear evidence of overgeneralization or recurring overgeneralized thoughts or themes</li> <li>• Moderate frequency and/or intensity               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Moderate intensity</li> <li>○ Higher intensity, but references to overgeneralization in the session are short, vague, or unelaborated</li> <li>○ High frequency, session includes notable number of lighter references to overgeneralization</li> </ul> </li> </ul> <p>EXAMPLES</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “I don’t let boys at school get too close to me because they might hurt me”</li> </ul>





	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Why me? Why do bad things happen me? Why did I get abused?”</li> </ul>
<b>3 = HIGH</b>	<p><b>High level of overgeneralization</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• High intensity and/or frequency</li> <li>• Strong evidence of overly global thoughts and/or repetitive occurrence of a particular overgeneralized thought or theme</li> </ul> <p>EXAMPLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “What my aunt did to me left a scar on my heart that will never heal”</li> <li>• “You can’t trust anybody”</li> <li>• “Men are no good”</li> </ul>

## COGNITIVE/EMOTIONAL PROCESSING

This category captures the extent to which the person approaches a problem and explores, tries to understand, challenge, and make meaning of it. It can begin as thinking about and questioning a problem area or exposing oneself to new information that is then followed by an **insight or shift in perspective or meaning**. This does not simply involve following the therapist’s interpretations. The ratings of low, medium, and high reflect **level** of processing rather than frequency or intensity. At medium and high levels, there are often emotional or behavioral manifestations of this shift in perspective or meaning. Context is important. At high levels, processing can lead to accommodated thoughts that are healthy and balanced. This is not required, but there is often overlap between high levels of processing and accommodation. Unproductive exploration, churning, and rumination are not coded as processing (see Unproductive Processing category).

<b>0 = NONE</b>	<b>No processing or slight movement</b> toward thinking about or approaching a problem
<b>1 = LOW</b>	<p>Exploring and questioning a problem area, but without a significant insight. A <b>minor insight</b> gained from personal experience or data gathered, with little or no elaboration.</p> <p>EXAMPLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “I began to wonder why I had stayed quiet for so long. Was I too afraid to get help?”</li> <li>• “I wonder why I am so scared of succeeding. Why don’t I want people to notice me?”</li> <li>• In these examples, there is some questioning that has the potential to be productive, but there are only small or minor insights.</li> <li>• “I can’t stop thinking about everything that I did wrong and why I got hurt (NOTE: This is NOT cognitive/emotional processing because it involves repetitive questioning that is not productive. This rumination is coded instead in the next category, Unproductive Processing)</li> </ul>
<b>2 = MEDIUM</b>	Exploring and questioning a problem area with <b>some new connections and insights</b> , but no substantial perspective shifts



	<p>EXAMPLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "I realized that I am afraid to succeed. I have been holding myself back because I might be afraid to fail." (A good insight, but not elaborated enough for a high rating.)</li> <li>• "I made myself go back to school where I got hurt, and my anxiety decreased a little bit. It is in the past, and I am starting to be able to handle it."</li> <li>• "After talking about his death over and over with my therapist, it is beginning to be less painful. I am starting to blame myself a little less."</li> </ul>
<b>3 = HIGH</b>	<p>Engaged and exploring or confronting a problem area with <b>substantial insight and perspective shifts</b>. This can include making new meaning of experience, integrating past experience with current functioning, benefit finding, reframing, reaching a higher level of abstraction, and resolution/acceptance. Note: The insight/realization does not have to occur in that session or that week, as long as it is stated (or re-stated) with conviction and represents a shift toward a healthier perspective.</p> <p>EXAMPLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Then I realized that I have to stop running from everyone. I run and run so that I won't get hurt, but then I can't feel at all, and I am all alone. I am tired. I want to feel again, connect with people, and feel alive."</li> <li>• "I feel more solid. Bad things can happen, but somehow I don't let things knock me down as I did before. It hurt that my dad died...it really hurt, but I am starting to heal. I think I am stronger now, and maybe that is something that he gave me."</li> <li>• "My mother was a jerk to me. Parents aren't supposed to hurt kids. I thought it was my fault, but it wasn't. I was afraid of my own shadow, but then something snapped. I finally protected and took care of myself."</li> </ul>

## ACCOMMODATION

This category captures the extent to which the person shows **a clear, balanced view of self, others, or the world**.

- Includes **beliefs or thoughts about oneself, others, or the world**.
- **Accommodated thoughts can be both positively and negatively valenced**
  - Just because a statement is positive does not make it accommodation. Accommodation must include a healthy, balanced view of the situation. It should reflect that the individual processed information to arrive at a balanced conclusion.
  - Accommodation can also be negatively valenced. For instance, a person may have an unrealistically positive belief that becomes more realistic when new information from a traumatic event is incorporated. It is important that the new belief is realistic and not exaggerated.
    - Example: After being sexually abused, child comes to realize that not all adults are trustworthy.

- **Words such as “sometimes,” “moderately,” and “sort of” suggest limitations** or more nuanced beliefs, which might suggest an accommodated belief. Example:
  - “Some people are dangerous, but not everyone.”
  - This is not always the case, however, as some statements may include moderators but not be balanced and healthy (e.g., “I sometimes want to kill myself” or “Sometimes I feel like it is all my fault.”)
- **Extreme words, such as “always” or “never” suggest there are no limitations**, which more often indicate overgeneralization
- **Words such as “most”, “often”, “rarely” and “a little” can suggest balanced, accommodated thoughts if positively valenced.**
  - Example: “I am usually able to trust others”
- **Accommodation can co-occur with other coding categories.**

*Example:*

- “I know it’s not my fault, but sometimes I feel like it is.”
- Here, there is evidence for some accommodation as the child recognizes that the abuse is not his fault, but there is also evidence that he continues to feel self-blame at times.
- You will also need to draw upon the context of the session to help determine the extent to which the youth believes the accommodated and the less healthy parts of this thought
- A child may show a shift in thoughts over the course of a single session, for instance, the child may start out believing that the abuse was all her fault or that she cannot trust men (high overgeneralization). During the in-session discussion, the child may begin to consider the idea that it was not her fault (low accommodation) or change her thinking so that she no longer blames herself (high accommodation). Both overgeneralization and accommodation occurred and both would be coded.



<p><b>0 = NONE</b></p>	<p><b>No accommodation or reference is too vague</b> to clearly indicate accommodation, or only slight movement toward adaptive processing and incorporation of information into existing beliefs</p>
<p><b>1 = LOW</b></p>	<p>Some accommodation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Requires signs that person has begun to process information but has not reached new, balanced view</li> <li>• Low frequency and/or intensity:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Person demonstrates some accommodation, but it is vague or fleeting reference in session</li> <li>○ Person makes accommodation statement, but the depth or meaning the statement holds for the client is limited</li> </ul> </li> </ul> <p>EXAMPLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "I can trust my mom, my teacher, and my therapist, but I can't trust my dad" (child was sexually abused by father)</li> </ul>
<p><b>2 = MEDIUM</b></p>	<p><b>Moderate accommodation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clear evidence of successful/adaptive information processing that reaches new balanced view, but not as much depth or importance as higher rating</li> <li>• Moderate frequency and/or intensity             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Person makes accommodated statements that have a somewhat deep level of meaning for the person, but the statement does not yet hit a high level of depth</li> <li>○ High intensity, but references to accommodation in the session are short, vague, or unelaborated</li> <li>○ High frequency, session includes notable number of low level references to accommodation</li> </ul> </li> </ul> <p>EXAMPLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "I can trust my mom and grandmother, but some family can hurt you" (was physically abused by relative)</li> </ul>
<p><b>3 = HIGH</b></p>	<p><b>High level of accommodation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• High intensity and/or frequency of adaptive, balanced thoughts</li> <li>• Strong evidence of information processing that results in a meaningful shift to a clear, balanced view</li> <li>• The content of the accommodation statement is deep and meaningful for the client</li> </ul> <p>EXAMPLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "What my dad did to me is wrong. I used to think it was my fault, but I learned it is never OK for someone to hit their child."</li> </ul>



## DECENTERING (METACOGNITIVE AWARENESS)

This category captures the extent to which a person takes a **present-centered, nonjudgemental perspective on his or her thoughts and feelings**. Full decentering involves the acceptance of thoughts and feelings, even distressing ones, and a slight separation of oneself from thoughts and feelings. Overall, decentering captures the relationship an individual has with his/her thoughts or feelings, representing the **extent to which a person can take a step back** from these experiences, focus on the present, notice the thoughts and feelings in a larger context, and relate to/thinking about thoughts and feelings from a distance rather than becoming immersed and swept away by them.

<p><b>0 = N/A</b> <b>NONE OR LITTLE EVIDENCE</b></p>	<p><b>N/A or no distance</b> from internal experiences. Person identifies with thoughts and feelings, takes thoughts/feelings as reality; no evidence that individual is differentiating himself and his thoughts/feelings</p> <p>EXAMPLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "He [boy from school] called me names. I told him to stop, but he wouldn't, and then I felt like I was going to blow. I punched him and punched him." (This person experienced strong emotions and was overtaken by them)</li> <li>• Therapist: "What makes you think that you caused the sexual abuse?" "I feel bad and guilty that I didn't do anything to stop it" "Because it made me feel good"</li> </ul> <p>(Here, the client is caught up in her feelings--bad/guilty in the first example and experiencing pleasure during the abuse in the second example— and she is unable to separate herself from these feelings. Because she has these feelings, she thinks it must have been her fault.)</p>
<p><b>1 = LOW</b></p>	<p><b>Some evidence</b> that the person can identify thoughts, feelings and the connection between them or that the person has a sense that these thoughts/feelings are not necessarily realistic</p> <p>EXAMPLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "My brain tells me it's not my fault, but my heart tells me otherwise."</li> <li>• "I realize I have become so used to pain that when things are going well, I sabotage my life."</li> </ul>
<p><b>2 = MEDIUM</b></p>	<p><b>Clear evidence</b> that the person both identifies the connection between thoughts/feelings AND has clear sense that these thoughts are not necessarily realistic</p> <p>EXAMPLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "My guilt does not mean it was my fault. The feeling of shame does not mean I did something wrong."</li> <li>• "I keep looking back to that day and asking myself, what did I do wrong? That is where the anger comes in, and it makes me scared of what I may do to someone out of fear. So that stops me from interacting with people."</li> </ul>



<p><b>3 = HIGH</b></p>	<p>Strong, clear evidence that person is able to distance self from thoughts/feelings. This includes ability to identify thoughts/feelings as just thoughts/feelings, accept thoughts/feelings, integrate thoughts/feelings with information from the situation and accept (and not avoid) these thoughts and feelings.</p> <p>High Decentering is often manifested as the person actively approaching distressing thoughts and feelings. The person can identify what they are thinking and feeling, recognize that this does not necessarily represent reality, and reason through these thoughts and feelings. The person expresses that he is able to notice and sit with thoughts and feelings without immediately or automatically reacting or trying to reduce them</p> <p>EXAMPLES:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• "I felt myself getting really, really angry, but instead of throwing a punch, I took a deep breath and got a grip. I told him [boy in neighborhood] to stop talking to me like that."</li><li>• "I started feeling really upset and sad when I had to leave my mom's house [at the end of the weekend visitation], but I remembered that I will feel sad sometimes. It's normal. Instead of crying in my room when I got home, I went and played with my cousins."</li><li>• "Now that I have been able to connect the past to behaviors and feelings, I am able to progress. I'm learning to let feelings pass. I think learning to experience my feelings is important for me so that I can cope with and release emotions. I want to be very aware of letting myself take time to let those feelings in so that I can process them."</li></ul>
------------------------	---



<b>CODING SHEET: CLIENT VARIABLES</b>											
<b>Session #</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>Coder:</b>
+ Self											+ Self
- Self											- Self
+ Hope											+ Hope
- Hope											- Hope
+ Emotion											+ Emotion
- Emotion											- Emotion
+ In-Session Emotion											+ In-Session Emotion
- In-Session Emotion											- In-Session Emotion
+ Behavior											+ Behavior
- Behavior											- Behavior
<b>PROCESSES</b>											
Avoidance											Avoidance
Unproductive Processing											Unproductive Processing
Overgeneralization											Overgeneralization
Cog/Emotional Processing											Cog/Emotional Processing
Accommodation											Accommodation
Decentering											Decentering



## LIST OF EMOTION WORDS

List adopted from: [www.psychpage.com/learning/library/assess/feelings.html](http://www.psychpage.com/learning/library/assess/feelings.html)

### 1. Pleasant Feelings

OPEN	HAPPY	ALIVE	GOOD
understanding	great	playful	calm
confident	gay	courageous	peaceful
reliable	joyous	energetic	at ease
easy	lucky	liberated	comfortable
amazed	fortunate	optimistic	pleased
free	delighted	provocative	encouraged
sympathetic	overjoyed	impulsive	clever
interested	gleeful	free	surprised
satisfied	thankful	frisky	content
receptive	important	animated	quiet
accepting	festive	spirited	certain
kind	ecstatic	thrilled	relaxed
	satisfied	wonderful	serene
	glad		free and easy
	cheerful		bright
	sunny		blessed
	merry		reassured
	elated		
	jubilant		
LOVE	INTERESTED	POSITIVE	STRONG
loving	concerned	eager	impulsive
considerate	affected	keen	free
affectionate	fascinated	earnest	sure
sensitive	intrigued	intent	certain
tender	absorbed	anxious	rebellious
devoted	inquisitive	inspired	unique





attracted	nosy	determined	dynamic
passionate	snoopy	excited	tenacious
admiration	engrossed	enthusiastic	hardy
warm	curious	bold	secure
touched		brave	
sympathy		daring	
close		challenged	
loved		optimistic	
comforted		re-enforced	
drawn toward		confident	
		hopeful	

**Difficult/Unpleasant Feelings**

<b>ANGRY</b>	<b>DEPRESSED</b>	<b>CONFUSED</b>	<b>HELPLESS</b>
irritated	lousy	upset	incapable
enraged	disappointed	doubtful	alone
hostile	discouraged	uncertain	paralyzed
insulting	ashamed	indecisive	fatigued
sore	powerless	perplexed	useless
annoyed	diminished	embarrassed	inferior
upset	guilty	hesitant	vulnerable
hateful	dissatisfied	shy	empty
unpleasant	miserable	stupefied	forced
offensive	detestable	disillusioned	hesitant
bitter	repugnant	unbelieving	despair
aggressive	despicable	skeptical	frustrated
resentful	disgusting	distrustful	distressed
inflamed	abominable	misgiving	woeful
provoked	terrible	lost	pathetic
incensed	in despair	unsure	tragic



infuriated	sulky	uneasy	in a stew
cross	bad	pessimistic	dominated
worked up	a sense of loss	tense	
Boiling		on-edge	
Fuming		uncomfortable	
Indignant			

INDIFFERENT	AFRAID	HURT	SAD
insensitive	fearful	crushed	tearful
dull	terrified	tormented	sorrowful
nonchalant	suspicious	deprived	pained
neutral	anxious	pained	grief
reserved	alarmed	tortured	anguish
weary	panic	dejected	desolate
bored	nervous	rejected	desperate
preoccupied	scared	injured	pessimistic
cold	worried	offended	unhappy
disinterested	frightened	afflicted	lonely
lifeless	timid	aching	grieved
	shaky	victimized	mournful
	restless	heartbroken	dismayed
	doubtful	agonized	
	threatened	appalled	
	cowardly	humiliated	
	quaking	wronged	
	menaced	alienated	
	Wary	lonely	

## Vedlegg 2

Nasjonalt kunnskapssenter  
om vold og traumatisk stress

### KATE-B: Kartlegging av traumeerfaringer – Barn

For å kunne hjelpe deg best mulig, er det nyttig for oss å vite litt om ting du kan ha opplevd. Nedenfor finner du noen spørsmål om ting som noen ganger hender barn og ungdom. Dersom noe av dette har skjedd med deg, og du følte deg **redd, forvirret eller hjelpeløs** så kryss av for JA. Hvis det er et spørsmål du ikke vil svare på, kan du krysse av for "PASS".

	JA	NEI	PASS
1 <b>Har du noen gang vært utsatt for eller sett en alvorlig ulykke som for eksempel en bilulykke, et fall eller en brann?</b>			
2 <b>Har du noen gang vært utsatt for en naturkatastrofe? (for eksempel kraftig storm, oversvømmelse, tsunami, snøstorm, lynnedslag?)</b>			
3 <b>Har du vært utsatt for terror- eller krigshandlinger?</b>			
4 <b>Har du noen gang hatt skremmende opplevelser hos lege eller tannlege eller når du har vært på sykehus?</b>			
5 <b>Har noen som du har vært glad i blitt hardt skadet, alvorlig syk eller dødd plutselig?</b>			
6 <b>Har du noen gang blitt utsatt for alvorlig mobbing eller trusler, enten på internett, på mobil, facebook eller lignende?</b>			
7 <b>Har du noen ganger blitt bortført eller kidnappet, eller har noen forsøkt å tvinge deg inn i en bil?</b>			
8 <b>Har du noen gang blitt angrepet, overfalt, ranet, skadet eller blitt truet av noen utenfor familien?</b>			
9 <b>Har du noen gang sett andre utenfor familien slåss eller angripe hverandre?</b>			
10 <b>Har du noen gang sett noen i familien slåss eller angripe hverandre?</b>			
11 <b>Har du blitt slått, sparket eller lugget av noen hjemme?</b>			
12 <b>Har en voksen eller en som var mye eldre enn deg noen gang tatt på deg eller gjort ting med kroppen din som du ikke ville?</b>			
13 <b>Har noen tatt på eller tatt bilder av dine private kroppsdeler (tiss, rumpen, pupper) uten at du ville det?</b>			
14 <b>Har du blitt tvunget til å ta noen andre på deres private kroppsdeler (tiss, rumpe, pupper) uten at du ville det?</b>			
15 <b>Har du noen gang blitt voldtatt?</b>			
16 <b>Har du opplevd noe annet som har gjort deg redd eller hvor du følte deg forvirret eller hjelpeløs? I så fall hva:</b>			

KATE-B: Kartlegging av traumatiske erfaringer. Barneversjon. Utarbeidet av NKVTS 2011.

# Vedlegg 3

CPSS © Foa, Johnson, Feeny & Treadwell (2001) - 1  
Godkjent oversetting av NKVTS 2008

## CPSS - PTSD symptomskala for barn

Navn: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

Nedenfor finner du en liste med problemer som barn og unge noen ganger opplever etter at de har opplevd en oppskakende hendelse. Les hver av dem nøye og sett en sirkel rundt det tallet (0 – 3) som best beskriver hvor ofte problemet har plaget deg de siste to ukene.

0	1	2	3
Ikke i det hele tatt	En gang i uken eller mindre/ en gang i blant	2 til 4 ganger i uken/ halvparten av tiden	5 eller flere ganger i uken/ nesten hele tiden

- (1) 0 1 2 3 Oppskakende tanker eller bilder av hendelsen(e) har dukket opp i hodet ditt når du ikke ville det
- (2) 0 1 2 3 Har hatt vonde drømmer eller mareritt
- (3) 0 1 2 3 Handlet eller følt som om hendelsen(e) skjedde igjen (hørt noe eller sett et bilde av det og følt det som om jeg var der igjen)
- (4) 0 1 2 3 Følt deg oppskaket når du tenker på, eller hører om, hendelsen(e) (for eksempel følt deg redd, sint, trist eller skyldig osv.)
- (5) 0 1 2 3 Har hatt kroppslige reaksjoner når du tenker på, eller hører om, hendelsen(e). (for eksempel begynt å svette, fått hjertebank)
- (6) 0 1 2 3 Prøvd å ikke tenke på, snakke om eller ha følelser om hendelsen(e)
- (7) 0 1 2 3 Prøvd å unngå aktiviteter, mennesker eller steder som minner deg om de traumatiske hendelsen(e)
- (8) 0 1 2 3 Ikke klart å huske viktige deler av de oppskakende hendelsen(e)

Fortsetter på neste side

0	1	2	3
Ikke i det hele tatt	En gang i uken / av og til	2 til 4 ganger i uken / halvparten av tiden	5 eller flere ganger i uken / nesten hele tiden

- (9) 0 1 2 3 Har vært mye mindre interessert i, eller ikke gjort, de tingene du pleide å gjøre
- (10) 0 1 2 3 Ikke følt deg nær menneskene rundt deg
- (11) 0 1 2 3 Ikke klart å ha sterke følelser (for eksempel ikke klart å gråte, eller ikke klart å være veldig glad)
- (12) 0 1 2 3 Følt at dine planer eller håp for fremtiden ikke kommer til å skje (for eksempel at du ikke vil få jobb eller bli gift eller få barn)
- (13) 0 1 2 3 Har hatt problemer med å sovne eller sove gjennom natten
- (14) 0 1 2 3 Følt deg irritabel eller hatt raseriutbrudd
- (15) 0 1 2 3 Har hatt problemer med å konsentrere deg (for eksempel mistet tråden i en film på TV, glemte hva du har lest, ikke greid å følge med på skolen)
- (16) 0 1 2 3 Har vært overdrevent forsiktig (for eksempel sjekket hvem eller hva som er rundt deg)
- (17) 0 1 2 3 Har vært nervøs eller lettskremt (for eksempel når noen kommer gående bak deg)

Vær så snill å indikere om de problemene du har vurdert ovenfor har påvirket noen av de følgende områdene i livet ditt den siste uken. Lag en sirkel rundt J for Ja og N for Nei.

- (18) J N Morsomme aktiviteter og hobbyer
- (19) J N Forhold til venner
- (20) J N Skolearbeid
- (21) J N Forhold til familien din
- (22) J N Plikter og oppgaver hjemme
- (23) J N Generelt hvor fornøyd du er med livet

# Vedlegg 4

## CATS (Child and Adolescent Trauma Screen) – Kartlegging av posttraumatisk stress NKVTS 2015

<b>KUN TF-CBT terapeuter som skal fylle ut.</b>	Hvor i løpet:	<input type="checkbox"/> Oppstart av TF-CBT behandling	Type løp:	<input type="checkbox"/> Opplæringssak med veiledning
		<input type="checkbox"/> Midtveis (ca. 6 time)		<input type="checkbox"/> Opplæringssak på egenhånd
		<input type="checkbox"/> Avslutning		<input type="checkbox"/> Sertifisert

Sett en ring rundt 0, 1, 2 eller 3 for å beskrive hvor ofte det som står i listen under har vært plagsomt for deg de siste to ukene:

0 = Aldri, 1 = En gang i blant, 2 = Halvparten av tiden, 3 = Nesten hele tiden

Hvor ofte har du:

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 1. Hatt opprørende (skremmende/ veldig ubehagelige) tanker eller bilder av det som skjedde som plutselig har dukket opp i hodet ditt.                           | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Hatt vonde drømmer som minnet deg om det som skjedde.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Følt det som om det som skjedde, skjer om igjen.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Blitt veldig ute av deg, redd eller trist når du har blitt minnet om det som skjedde.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Hatt sterke følelser i kroppen når du har blitt minnet om det som skjedde (som svetting, hjertebank, urolig mage).   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Prøvd å la være å tenke på, eller ikke ha følelser om det som skjedde.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Holdt deg unna alt som har minnet deg om det som skjedde (personer, steder, ting, situasjoner eller å snakke om det).  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Ikke klart å huske deler av det som skjedde.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Hatt negative tanker om deg selv eller andre. Tanker om at jeg ikke kommer til å få et godt liv, jeg kan ikke stole på noen, eller at hele verden er utrygg. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Skyldt på deg selv for det som skjedde. Eller skyldt på noen andre når det ikke var deres feil.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Hatt mye vonde følelser (som å føle seg redd, sint, skyldig eller skamfull).  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Ikke hatt lyst til å gjøre ting du pleide å gjøre.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Ikke kjent nærhet til andre mennesker (som å føle seg alene selv om man er sammen med andre).   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Ikke klart å ha gode eller glade følelser.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Følt deg veldig sint, hatt raseriutbrudd, eller latt sinnet gå utover andre.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Gjort farlige eller utrygge ting (som kunne ha skadet deg).   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Vært mer forsiktig enn vanlig (som å ha sjekket hvem som er rundt deg).   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Vært skvetten.  | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Hatt problemer med å konsentrere deg.   | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. Hatt problemer med å sovne eller sove gjennom hele natten.  | 0 | 1 | 2 | 3 |

Har de problemene du nå har fortalt om, gjort noe med:

- |   |                             |                              |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Hvordan du har det sammen med andre mennesker      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| 2. Fritidsaktiviteter/ ha det gøy                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| 3. Skole eller arbeid                                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| 4. Hvordan du har det sammen med andre i familien din | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |
| 5. Hvor fornøyd du er med livet ditt nå               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei |

Skåre: \_\_\_\_\_

Tilbys TF-CBT? Ja  Nei

Hvis nei, hvorfor? \_\_\_\_\_

CATS skal kun brukes i samarbeid med helsepersonell. Oversatt CATS del 2 versjon 1.0. Tine K. Jensen - [tine.jensen@nkvts.no](mailto:tine.jensen@nkvts.no) 2018.