

Kartlegging av traumer hos barn og unge

- Hvordan reagerer barn og unge i BUP?

Nancy Ellen Dos Santos



Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

April 2015

© Nancy Ellen Dos Santos

2015

Kartlegging av traumer hos barn og unge – Hvordan reagerer barn og unge i BUP?

Nancy Ellen Dos Santos

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Forfatter: Nancy Ellen Dos Santos

Tittel: Kartlegging av traumer barn og unge – Hvordan reagerer barn og unge i BUP?

Veiledere: Tine Kristin Jensen og Silje Mørup Ormhaug

Bakgrunn: En del barn som har blitt utsatt for traumer vil trenge behandling. For å lage en god behandlingsplan trenger terapeuten å vite om barnets livserfaringer og hverdagsliv. Dette innebærer også å vite om de er utsatt for, eller har vært utsatt for traumer, og om de eventuelt har plager knyttet til traumene. Dersom barnet har utviklet PTSD-diagnose vil barnet ha nytte av traumespesifikk behandling. For å vite om traumeopplevelser anbefalere flere systematisk kartlegging av traumer fordi barna ikke nødvendigvis forteller om traumeerfaringer, foreldre og henviser til BUP kjenner ikke alltid til barnets traumeerfaringer, eller fordi traumene ikke alltid oppdages i BUP. Det er en del barrierer mot kartlegging av traumer, og terapeuter er bekymret for om barn og unge vil bli emosjonelt opprørte av spørsmål om traumer og traumerelaterte plager. Det er imidlertid få studier som har undersøkt traumeutsatte barns opplevelse av slik kartlegging. I denne oppgaven er hovedmålet å undersøke hvordan barn og unge henvist til BUP opplever å bli spurt om sine traumeopplevelser, og hva som påvirker barnets opplevelse. Til slutt blir det undersøkt hvilke barn som ikke vil delta på kartleggingen igjen.

Metode: Hovedoppgaven baserer seg på innhentede data fra en behandlingsstudie gjennomført ved NKVTS. Utvalget består av 99 barn og ungdom (10 -18 år) henvist til åtte BUP i landet. Barna hadde opplevd én eller flere traumatiserende hendelser, og utviklet betydelig PTS-symptomer. Korrelasjons- og regresjonsanalyser ble benyttet for å undersøke sammenheng mellom barnas opplevelser og andre variabler. For å undersøke gruppeforskjeller i barnas opplevelse ble *t*-test og enveis ANOVA benyttet. For å undersøke hvilke barn som ikke ville svare på kartleggingen igjen ble regresjonsanalyser benyttet.

Resultater: Det var få barn som opplevde kartleggingen som veldig emosjonelt opprørende. Flere opplevde kartleggingen som lite vanskelig, men noe kjedelig. PTS-symptomer predikerte best hvor emosjonelt opprørte og vanskelig barna opplevde kartleggingen. Det var ingen sammenheng mellom alder, kjønn, antall traumer og type traumer, og hvordan barna

opplevde kartleggingen. De barna som ikke ville delta i kartleggingen igjen var barn som opplevde kartleggingen som kjedelig.

Konklusjon: Den antatte risikoen ved å spørre om traumer støttes ikke av denne studien. Likevel bør terapeutene møte traumeutsatte barn med empati, anerkjennelse, bekreftelse, og respondere adekvat på barnas historier. På den måten kan terapeuten bidra med at barna opplever kartlegging eller spørsmål om traumer som mindre opprørende eller vanskelig. Det er heller større konsekvenser assosiert med å unnlate spørsmål om traumeopplevelser og traumerelaterte plager, deriblant at traumene ikke blir avdekket, barnets traumeopplevelser blir ikke bearbeidet, barn kan feildiagnostiseres, barnet kan risikere å ikke få tilpasset behandling og barnets symptomer kan forverres. Gjennom systematisk kartlegging av traumer kan terapeuten skape en anledning og tilrettelegge for at barnet kan snakke om traumer.

Forord

Jeg vil først og fremst takke veilederne mine, Tine Jensen og Silje Ormhaug, for muligheten til å være en del av dette prosjektet. Det har vært spennende og lærerikt å fordype meg innen traumer hos barn og unge. Spesielt vil jeg takke min hovedveileder, Tine, for engasjementet hennes, gode diskusjoner og hjelpsomme veiledningstimer, samt hennes tilgjengelighet til siste stund. En stor takk rettes til Silje for metode- og statistikkveiledning, gode innspill, raske svar og engasjement. Prosessen har vært lang, men gode ord og diskusjoner har vært til nytte når veien mot mål har vært noe utydelig.

Jeg vil også takke mine studievenner. De har vært til støtte gjennom hele skriveprosessen, enten med en klem, hyggelige samtaler eller gode pauser på PSI. Spesielt takk til Kristin Garaas Løchen for gjennomlesing og korrektur av oppgaven. Til slutt vil jeg takke min forlovede Eskil Skovdahl Moseng – du har vært min klippe gjennom hele det siste studieåret.

Oslo, 20. april 2015

Nancy Ellen Dos Santos

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Introduksjon.....	1
1.2	Hvorfor er det interessant å vite hva barn synes om kartlegging?.....	1
1.2.1	Barn utsettes for traumer, men henvises de til BUP?.....	2
1.2.2	Kan vi forvente at barn forteller selv?.....	4
1.2.3	Hvorfor trenger terapeuten å vite om barns traumeerfaringer?.....	5
1.2.4	Hva synes klinikere om å spørre om traumer?.....	7
1.3	Studier om barns opplevelse av å bli spurt om traumatiske opplevelser.....	9
1.3.1	Befolkningsstudier.....	9
1.3.2	Andre studier som undersøker traumatiserte barn.....	10
1.4	Hva kan påvirke barns opplevelse av kartlegging?.....	11
1.4.1	Posttraumatisk stresslidelse.....	11
1.4.2	Type traumer og multiple traumer.....	13
1.4.3	Kjønn og alder.....	14
1.4.4	Oppsummering.....	15
1.5	Problemstillinger.....	16
2	Metode.....	17
2.1	Bakgrunn.....	17
2.2	Prosedyre.....	17
2.3	Utvalget.....	18
2.4	Materiale.....	19
2.4.1	Kartleggingsverktøy: Clinical-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA).....	19
2.4.2	Spørreskjema – The Reaction Questionnaire.....	20
2.5	Intervensjons, og sammenligningsgruppe.....	21
2.6	Preliminære analyser.....	21
2.6.1	Målingsnivå.....	22
2.6.2	Uteliggere og normalfordeling.....	22
2.6.3	Samlede skårer – emosjonell opprørthet, vanskelighetsgrad og kjedsomhet.....	23
2.7	Statistiske analyser.....	24
2.7.1	Korrelasjonsanalyse.....	24
2.7.2	Regresjonsanalyse.....	24
2.7.3	T-test.....	25
2.7.4	Enveis ANOVA.....	26
2.7.5	Effektstørrelse.....	27

3	Resultater	29
3.1	Behandlingsgrupper	29
3.2	Barnas opplevelse av å bli kartlagt for traumer	29
3.3	Barn som opplevde kartleggingen som emosjonelt opprørende, vanskelig og kjedelig	30
3.3.1	Hvordan reagerte barn med forhøyede PTS-symptomer?	31
3.3.2	Hvordan reagerte barn utsatt for ulike traumetyper og antall traumer?	31
3.3.3	Ble barnets opplevelse påvirket av kjønn og alder?	34
3.3.4	Hva predikerte barnas reaksjoner?	34
3.4	Hvilke barn vil ikke svare igjen?	36
4	Diskusjonen	37
4.1	Hovedfunnene	37
4.1.1	Barna ble ikke så opprørte – hvordan kan vi forstå det?	37
4.1.2	Sammenhengen mellom PTS-symptomer og emosjonell opprørthet	38
4.1.3	Hvor vanskelig opplevde barna at kartleggingen var?	39
4.1.4	Hvor kjedelig opplevde barna at kartleggingen var?	41
4.1.5	Sammenhengen mellom type og antall traumer og barnets opplevelse	41
4.1.6	Barna som ikke ville svare igjen	42
4.2	Styrker og begrensninger ved studien	44
4.2.1	Studiens validitet og reliabilitet	45
4.3	Implikasjoner og fremtidig forskning	47
4.4	Konklusjon	49
	Litteraturliste	51
	Vedlegg 1	61

Tabeller:

Tabell 1: Beskrivelse av utvalget.....	19
Tabell 2. Normalfordeling av residualer for de avhengige variablene i regresjonsmodellene 1-5.....	25
Tabell 3. Barnas opplevelse av kartleggingen – The Reaction Questionnaire	30
Tabell 4. Barnas opplevelse av kartleggingen – emosjonell opprørthet, vanskelighetsgrad og kjedsomhet	30
Tabell 5. Korrelasjoner mellom barnets reaksjoner og PTS-symptomer målt ved T1 og T3, antall traumer og alder	31
Tabell 6. Enveis ANOVA: Opplevelse av kartleggingen hos barn utsatt for ulike type traumer	33
Tabell 7. T-test. Kjønnforskjeller i barnas opplevelser	34
Tabell 8: Standardiserte betakoeffisienter for regresjonsmodell 1-3.	35
Tabell 9. Standardiserte betakoeffisienter for regresjonsmodell 4	36
Tabell 10. Standardiserte betakoeffisienter for regresjonsmodell 5.	36

1 Innledning

1.1 Introduksjon

En del barn som blir utsatt for traumer vil trenge behandling. Behandlingsstudier viser at traumatiserte barn som har utviklet posttraumatisk stresslidelse har nytte av traumespesifikk behandling (Ehlers et al., 2010; Ehring et al., 2014; Silverman et al., 2008). For å lage en god behandlingsplan trenger behandler å vite om barnets livserfaringer og hverdagsliv. Dette innebærer også å vite om de er utsatt for, eller har vært utsatt for traumer, og om de eventuelt har plager knyttet til traumene (Jensen, 2012; Pine & Cohen, 2002; Silverman et al., 2008; Zhanville & Cattaneo, 2009). Vi kan imidlertid ikke alltid regne med at barns traumatiske opplevelser er nevnt i henvisningen til BUP (Hedtjærn, Hultmann & Broberg, 2009; Ormhaug, Jensen, Hukkelberg, Holt & Egeland, 2012), eller at barnet forteller om traumet av seg selv (McElvaney, Greene & Hogan, 2014; Thoresen & Hjemdal, 2014; Ullman, Foynes & Tang, 2010). Dette er bakgrunnen for at fagfolk anbefaler at terapeuten selv må spørre barn om traumeopplevelser som en del av inntaksvurderingen slik at en tilpasset behandlingsplan kan utarbeides. Det kan se ut til at det er en del barrierer mot slik kartlegging og at terapeuter er redd for at barnet skal bli opprørt av å bli stilt slike spørsmål (Dowd, Kennedy, Knapp & Stallbaumer-Rouyer, 2002; Hultmann, Möller, Ormhaug & Broberg, 2014; Read, Hammersley & Rudegeair, 2007; Slep, Heyman & Foran, 2015; Sprague et al., 2012). Vi vet imidlertid lite om det er slik at barn blir opprørt av å bli stilt spørsmål om egne traumeopplevelser (Finkelhor, Vanderminden, Turner, Hamby & Shattuck, 2014; Kassam-Adams & Newman, 2005; Zajac, Ruggiero, Smith, Saunders & Kilpatrick, 2011). Det er viktig å undersøke dette empirisk slik at terapeuten kan gjøre forskningsbaserte avgjørelser knyttet til risikoen ved slik kartlegging. Hva synes barn om å bli kartlagt for traumer og traumerelaterte plager, og hva påvirker barnets opplevelse av kartleggingen? Denne oppgaven tar sikte på å belyse disse spørsmålene.

1.2 Hvorfor er det interessant å vite hva barn synes om kartlegging?

1.2.1 Barn utsettes for traumer, men henvises de til BUP?

Mange barn utsettes for potensielt traumatiserende opplevelser, og i en ny norsk befolkningsstudie fant Thoresen og Hjemdal (2014) at blant 4527 voksne (18-75 år) rapporterte 4,7 % av kvinnene at de hadde opplevd voldtekt før de fylte 18 år. Litt under 1/3 av respondentene hadde opplevd noen form for fysisk vold fra foresatte i oppveksten, og blant kvinnene hadde 4,0 % og 1,5 % av mennene opplevd seksuell omgang før fylte 13 år, med en person minst fem år eldre (Thoresen & Hjemdal, 2014). I en nasjonal intervjuundersøkelse der 2062 norske 16- og 17-åringer ble stilt konkrete og detaljerte spørsmål om vold og seksuelle overgrep viste rapporten at én av to ungdommer hadde vært utsatt for noen form for fysisk vold fra foresatte. Det var 13,3 % av jentene og 3,7 % av guttene som rapporterte at de hadde opplevd noen form for seksuelt overgrep i løpet av livet sitt (Myhre, Thoresen & Hjemdal, 2015). Ungdommene ble også spurt om andre potensielt traumatiserende hendelser som livstruende sykdom, livstruende ulykker, om de hadde opplevde at nærstående død ved drap, ulykke eller selvmord, vitne til drap, skade eller overgrep, annen alvorlig skade/livsfare, eller annen svært skremmende hendelse. Det var det totalt 35,1 % som svarte at de hadde opplevd minst én av de seks potensielt traumatiserende hendelsene som det ble spurt om (Myhre et al., 2015). I tråd med dette fant Mossige og Stefansen (2007) at blant 7033 avgangselever i videregående skole, rapporterte 25 % å ha opplevd minst ett tilfelle av fysisk vold fra en forelder i løpet av oppveksten, og 15 % av jentene og 7 % av guttene rapporterte å ha opplevd av alvorlig seksuell krenkelse eller overgrep i løpet av det siste året. I et representativt utvalg ungdommer (15-16 år) rapporterte 23,6 % av guttene og 11,8 % av jentene at de hadde blitt utsatt for vold fra jevnaldrende i løpet av det siste året, og 3,3 % av guttene og 4,6 % av jentene hadde opplevd vold fra voksne (Schou, Dyb & Graff-Iversen 2007). Det var 1,6 % av guttene og 6,1 % av jente som rapporterte at de hadde opplevd seksuelle overgrep. Vi har ingen nasjonal oversikt over hvor mange som opplever andre type traumer, f.eks krig, ulykker og naturkatastrofer.

Tross en høy forekomst av traumatiske opplevelser blant barn og unge finnes det ingen nasjonal oversikt over hvor mange av de henviste pasientene til spesialisthelsetjenesten for barn og unges psykiske helse (BUP) som har vært utsatt for traumatiske hendelser de siste årene. Den siste oversikten er fra 2009, og da var alvorlig reaksjoner etter traumer, kriser eller katastrofer den viktigste henvisningsgrunnen i 1,8 % ($n = 882$) av henvisningene til BUP

(Sitter, 2010). Dataene for henvisningsgrunn ble samlet inn fra landets helseregioner (Sør-Øst, Vest, Midt-Norge, og Nord) etter Opptrappingsplanen for psykisk helse som ble gjennomført i perioden 1998-2008. Andre studier har funnet at betydelig flere barn har vært utsatt for traumer enn henvisningen rapporterer om. I en behandlingsstudie fant forskerne at blant 511 barn og ungdom oppga 47,2 % at de hadde opplevd én eller flere traumatiske hendelser (Ormhaug et al., 2012). Hos barn og unge som rapporterte om posttraumatisk stressreaksjon over klinisk grense var traumet utelatt i 40,2 % av henvisningene. Resultatet fra denne studien indikerer at nesten halvparten av alle barn og unge som henvises til BUP, kan ha opplevd én eller flere traumatiserende hendelser, og at andelen som også rapporterer om forhøyede symptomer for posttraumatisk stress er høy. Lignende funn fant Hedtjärn et al. (2009) i en undersøkelse i Sverige. Ved én enkelt BUP ble familievold rapportert i 6 % av de nye henvisningene. Tallet økte derimot til 21 % da det ble innført systematisk kartlegging ved inntaket til klinikken. Her var potensielt traumatiserende hendelser utelatt i en del av henvisningene, og først gjennom systematisk kartlegging kom det fram flere voldshistorier. I en intervjuundersøkelse av ungdommer rapporterte kun rundt halvparten av de som hadde blitt voldtatt og under en tredjedel av voldsutsatte at de hadde snakket med helsepersonell om sine opplevelser, helseproblemer eller bekymringer de hadde som følge av hendelsen (Myhre et al., 2015). Denne andelen er lav tatt i betraktning den høye risikoen for helseplager som følge av voldtekt og alvorlig voldsutsatthet, og gir et inntrykk av at helsetilbudet ikke er tilstrekkelig.

I tidsperioden 2001-2002 fant Reigstad, Jørgensen og Wichstrøm (2006) at i et representativt utvalg av 129 BUP-pasienter i Nordland oppga 60,2 % av ungdommene (12-18 år) å ha vært utsatt for minst ett tilfelle av fysisk mishandling, seksuelle overgrep eller omsorgssvikt. I samme tidsperiode var det kun 1-3 % av barn i BUP som hadde en traumatisk hendelse oppgitt på ICD-10 akse 5 som beskriver barnets psykososiale miljø og livshendelser. Det betyr at det er stor diskrepans mellom forekomst av av ICD-10 akse 5 diagnose for seksuelt og fysisk mishandling, og selvrappporter av slik mishandling. Diskrepansen mellom opplevde og oppdagede traumer i behandlingssystemet er alvorlig og tyder på at behandlere ofte ikke er klar over barnets traumeopplevelser.

1.2.2 Kan vi forvente at barn forteller selv?

Studier viser at mange barn holder sine overgrepserfaringer skjult. Thoresen og Hjemdal (2014) oppdaget at nesten en tredjedel av deltakerne i en befolkningsstudie aldri hadde fortalt noen om opplevd voldtekt før fylte 18 år, og omkring 25 % hadde aldri fortalt om at de hadde vært utsatt for alvorlig fysisk vold fra en forelder. Blant ungdommer som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep og vold fra foresatte hadde henholdsvis 21,3 % og 53,1 % aldri fortalt noen om hendelsen (Myhre et al., 2015). Denne høye andelen personer som ikke har fortalt om tidligere traumer sammenfaller med andre studier oppsummert av McElvaney et al. (2014). Det varierer hvor mange som har fortalt om sine overgrepserfaringer. Noen barn fortalte om traumet umiddelbart etterpå, mens det i andre tilfeller tok 16 år før personen fortalte om barndomstraumet til noen (McElvaney et al., 2014; Read, McGregor, Coggan & Thomas, 2006). I en oppsummering av London, Bruck, Ceci og Shuman (2007) fant de at rundt 60-70 % av voksne ikke hadde fortalt noen om overgrep i barndommen.

Det er flere grunner til å anta at mange barn synes det er vanskelig å fortelle om traumatiske hendelser. Uavhengig av type traume vil mange barn med PTS-symptomer være preget av unnvikelse (J. A. Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006). Det i seg selv kan være til hinder for at barn forteller noe til en voksen. Andre faktorer som barnets kjønn, alder, relasjon til overgriper, bekymringer for seg selv og frykt påfølgende konsekvenser, trusler fra overgriper, skam og skyldfølelse kan hindre barnet i å fortelle om sine traumatiske opplevelser (Jensen, Gulbrandsen, Mossige, Tjersland & Reichelt, 2005; McElvaney et al., 2014; Pipe, Lamb, Orbach & Cedeberg, 2007; Ullman et al., 2010). En irsk studie undersøkte hva som påvirket avsløringsprosessen blant 22 barn som hadde opplevd seksuelle overgrep. Den vanligste grunnen til at barna ikke fortalte om traumet var frykten for å ikke bli trodd og skamfølelse (McElvaney et al., 2014). Noen fortalte at det ville være for flaut å fortelle foreldrene, for andre var skammen knyttet til at de ikke motsatte seg overgrepet eller ikke gjorde motstand mot overgriper, eller skamfølelsen kom av at de ble utsatt for et nytt seksuelt overgrep. Frykten var også knyttet til redselen for at avsløringen skulle bryte opp familien, at overgriperen skulle få problemer, frykt for sin egen sikkerhet, hva andre ville tenke og frykt for at de selv ville havne i trøbbel (McElvaney et al., 2014). Blant 286 barn (12-17 år) plassert i fosterhjem på grunn av mishandling (fysisk, seksuelt, emosjonelt, neglekt og vitne til vold i hjemmet) ble lignende hindringer beskrevet (Lev-Wiesel, Gottfried, Eisikovits & First, 2014). Det var kun 37,6 % som hadde fortalt om traumet ved direkte spørsmål, mens de

andre var usikre på hvordan de skulle formulere det, eller trengte mye forsikring om at de var trygge før de kunne si noe (Lev-Wiesel et al., 2014).

Avsløring av traume er en del av en dialogisk prosess, der både barnet og den voksne er en del av en interaksjon som fremmer avsløring (Jensen et al., 2005; Staller & Nelson-Gardell, 2005). Basert på en del forskning har det kommet fram hva som kan gjøre denne prosessen lettere for barnet. For at barn kan fortelle voksne om sine traumatiserende opplevelse er det veldig viktig at de kan forvente at de blir trodd (Jensen et al., 2005; McElvaney et al., 2014; Schaeffer, Leventhal & Asnes, 2011; Ullman et al., 2010). Det vil også være lettere for barnet å fortelle om traumet dersom de blir stilt direkte spørsmål om potensielt traumatiserende hendelser. Jensen et al. (2005) fant at barnet trenger både en anledning til å snakke om opplevelsen sin, en hensikt, og en sammenheng. Det betyr at terapeuter som fremstår som tillitsvekkende personer som åpner for dialog om det som plager barnet, kan skape en situasjon eller en anledning der barnet kan føle seg trygg til å fortelle om sine traumeopplevelser. Videre bør barnet oppleve at det å fortelle har en hensikt. Terapeuten kan formidle at en hensikt med å fortelle er at terapeuten trenger å vite om barnets livshistorie, deriblant traumeopplevelser, for å hjelpe barnet med hans/hennes plager. Terapeuten er også i en posisjon der han eller hun kan skape en sammenheng som gjør det lettere for barnet å fortelle om traumeopplevelser. Et av barna i Jensen et al. (2005) sin studie fortalte at det var lettere å fortelle om overgrep etter at hun og moren hadde sett på en dokumentar som omhandlet overgrep. Ved at temaet overgrep var adressert i programmet var det lettere for barnet å si til mor: «det har skjedd med meg også». Dette kan bety at det er lettere for et barn å fortelle om overgrep hvis en terapeut tar ansvar for å bringe temaet frem i en samtale. Det er viktig å forstå mer om hvordan vi kan tilrettelegge for at barn kan fortelle om traumer i en terapeutisk kontekst (Follette, La Bash & Sewell, 2010; Malloy, Brubacher & Lamb, 2013; Ullman et al., 2010).

1.2.3 Hvorfor trenger terapeuten å vite om barns traumeerfaringer?

Flere og flere forskere anbefaler systematisk kartlegging av traumer (Lothian & Read, 2002; Ormhaug et al., 2012; Savell, 2005; Sosialstyrelsen, 2014). En slik anbefaling kommer på bakgrunn av den ovenfor nevnte kunnskap om at noen barn aldri forteller om sine traumeerfaringer (McElvaney et al., 2014; Myhre et al., 2015; Thoresen & Hjemdal, 2014; Ullman et al., 2010), studier som viser at foreldre og henviser til BUP ikke kjenner til barnets

traumeerfaringer (Hedtjärn et al., 2009; Ormhaug et al., 2012), og at opplevde traumeerfaringer ikke nødvendigvis blir oppdaget i BUP (Reigstad et al., 2006).

Det kan være utfordrende å utvikle en behandlingsplan uten kunnskap om barnets tidligere livserfaringer (Jensen, 2012; Zanville & Cattaneo, 2009). Uten kjennskap til potensielt traumatiserende hendelser som barnet kan ha vært utsatt for kan man ikke sette en PTSD-diagnose ut fra ICD 10 og DSM 5 kriteriene (J. A. Cohen et al., 2006). Det er ikke alle barn som utvikler PTSD etter en traumatisk opplevelse (Alisic et al., 2014), men for de som utvikler PTSD viser behandlingsstudier, metaanalyser og review-artikler at de som får en traumespesifikk behandling får betydelig mer symptomlette enn de som ikke får det (Ehlers et al., 2010; Ehring et al., 2014; Jensen et al., 2014; Pine & Cohen, 2002; Silverman et al., 2008). Silverman et al. (2008) evaluerte 21 behandlingsstudier som hadde undersøkt ulike psykoterapeutiske tilnærminger til barn og unge utsatt for traumer. Metaanalysen viste at barn som fikk traumespesifikk behandling hadde betydelig reduserte PTS-symptomer, angstsymptomer, symptomer på depresjon og eksternaliserende atferdsvansker.

En nyere behandlingsstudie fant omtrent den samme effekten på symptomreduksjon hos barn og unge utsatt for traumer ved traumespesifikk behandling, sammenlignet med vanlig behandling (Jensen et al., 2014). Det var også færre barn i den traumespesifikke behandlingsgruppen som var diagnostisert med PTSD ved avslutning av behandling enn de traumeutsatte barna som fikk vanlig behandling. De traumespesifikke intervensjonene innebærer ofte bearbeiding av traumehistorien, eksponering, samt kognitiv prosessering, der barnet utforsker sine attribusjoner og andre kognisjoner om traumeopplevelsene, gradvis eksponering for å frakoble tanker eller påminnere som gir overveldende negative følelser, og mestringstrening og avspenningsteknikker (Carr, 2004; J. A. Cohen et al., 2006). Det kan dermed være viktig å utvikle systemer for å oppdage traumer, både for å avdekke pågående overgrep og lage en behandlingsplan tilpasset traumeutsatte barn som har utviklet posttraumatisk stresslidelse.

Terapeuten trenger også å vite om potensielt traumatiserende erfaringer for å minske risikoen for feildiagnostisering av hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD (Szymanski, Sapanski & Conway, 2011). ADHD og PTSD har betydelig symptomoverlapp, og symptomer som oppmerksomhetsproblemer, distraherbarhet, uro, impulsivitet og rastløshet er felles ved begge diagnosene (Szymanski et al., 2011; Weinstein, Staffelbach & Biaggio, 2000).

Likheter ved symptomene øker risikoen for feil diagnose med mindre terapeuten kjenner til traumer barnet har vært utsatt for. Uten kjennskap til barnas traumeopplevelser kan ADHD- og PTS-symptomer mulig forveksles. Feil diagnose er bekymringsfullt ettersom studier viser at mange barn med ADHD-diagnosen har vært utsatt for potensielt traumatiserende opplevelser. En ny norsk studie undersøkte sammenhengen mellom belastende livshendelser og ADHD-diagnosen blant 4881 ungdommer (15- 16 år) fra Nord-Norge (Reigstad & Kvernmo, 2015). Studien viste at over halvparten av unge med ADHD-skårer i klinisk område rapporterte to eller flere belastende livshendelser sammenlignet med 26,3 % unge med ADHD-skårer utenfor klinisk område. Det var også høyere forekomst av alle typer belastende livshendelser som for eksempel vold, sykehusinnleggelse, seksuelle overgrep, foreldre med psykiske problemer blant ungdommer med ADHD-skårer i klinisk område. Det samsvarer med en nasjonal psykisk helseundersøkelse utført i England hvor litt under halvparten av barna med ADHD rapporterte to belastende hendelser eller mer (H. Green, McGinnity, Meltzer, Ford & Goodman, 2005, s. 161). Terapeuten bør dermed være oppmerksom på risikoen for feildiagnostisering, som igjen øker risikoen for feilbehandling.

1.2.4 Hva synes klinikere om å spørre om traumer?

Goldsmith, Barlow og Freyd (2004) løfter fram et perspektiv om at kjennskap til traumer handler om en personlig, profesjonell og kulturell holdning som fører til at traumer ikke avdekkes eller ikke spørres om. De spekulerte i om terapeuten oppfatter det som lite hensiktsmessig å spørre om traumer fordi terapeuter har lite kunnskap om traumer, eller har en holdning om at traumer i liten grad forekommer. I en videreføring av et lignende perspektiv trekker Becker-Blease og Freyd (2006) fram en "don't ask, don't tell" holdning eller kultur, der holdningen om å ikke spørre om mishandling fører til en uheldig oppfatning om at mishandling er mindre viktig eller at mishandlingshistoriene er ubehagelige. Becker-Blease og Freyd (2006) tror at det er en god intensjon bak denne holdningen ved at man ønsker å skåne traumeutsatte personer for smerte ved å ikke spørre om traumeopplevelser. De spekulerer likevel om unnlattelse av å spørre om traumer heller bærer preg av en type kulturell fornektelse, og at det er personer som aldri har opplevd traumer som synes spørsmålene er ukomfortable (Becker-Blease & Freyd, 2006, 2007).

Sett i lys av studier som viser at barn synes det er vanskelig å fortelle om traumer, og på bakgrunn av forskningen som viser at traumeutsatte barn med PTSD-diagnose får mer

symptomlette ved traumespesifikk behandling, hevder flere at det er urovekkende at klinikere ikke rutinemessig spør om traumer og at del klinikere vegrer seg for å spørre (Hazen et al., 2007; Read et al., 2006; Zanville & Cattaneo, 2009). I forbindelse med at sykehusledelsen for barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) i Stockholm, Sverige, anbefalte at familievold ble spurt om ved inntak, har Hultmann et al. (2014) undersøkt klinikernes perspektiv på hva som er vanskelig med rutinemessige spørsmål om mishandling, i dette tilfelle partnervold. Dermed ble 14 klinikere fra én BUP i Sverige intervjuet om deres erfaringer om å bruke standardisert spørreskjema om vold i nære relasjoner. En del hadde en positive holdninger til rutinemessig spørreskjema om vold. Noen rapporterte at de oppfattet det som nyttig fordi det hjalp dem til å stille spørsmål om sensitive tema, og økte klarhet i situasjonen. Det var likevel en del som opplevde sterk vegring og usikkerhet knyttet til bruk av spørreskjemaet. Vegringen var primært knyttet til at klinikerne opplevde rutinemessig bruk av spørreskjema som en hindring og ikke en ressurs. Noen mente de ikke kunne bruke spørreskjemaet i vanskelige saker, mens andre var redd for at det ville skade pasienten. Det var flere av klinikerne som trodde at å snakke om familievold og bringe temaet på dagsorden ville øke risikoen for vold mellom partnerne. En stor del av vegringen var også knyttet til klinikerens oppfatning av at det var andre viktigere tema som stod på agendaen i møte med pasienter. Dermed føltes det umulig å introdusere temaet partnervold. Det ble også vekket en del sterke negative emosjoner som frykt, angst og håpløshetsfølelse hos klinikerne ved bruk av spørreskjemaet. Forfatterne tror at disse følelsene og holdningene også vekkes når andre tabubelagte tema spørres om i kliniske intervju, for eksempel seksualitet, alkohol og rusmidler.

Flere studier har undersøkt barrierer rapportert av helsearbeidere og terapeuter knyttet til spørsmål om vold i nære relasjoner og barnemishandling (Dowd et al., 2002; Read et al., 2007; Slep et al., 2015; Sprague et al., 2012). Studiene rapporterer lignende barrierer som nevnt ovenfor der de hyppigst rapporterte barrierene er klinikerens antagelse om at pasienten vil bli fornærmet av sensitive spørsmål, spørsmålene vil være mer til skade enn til nytte, spørsmålene vil vekke sterke emosjonelle reaksjoner, og ødelegge den terapeutiske alliansen som kan føre til at pasienten ikke fullfører behandlingen.

Frykt for å påføre skade og gjøre pasienten emosjonelt opprørt

Vegring mot å snakke med mennesker som har opplevd traumatiserende hendelser, gjelder både i forskning, psykisk helsevern og i barnevern, og er muligens mer utbredt enn vi er klar

over (Jensen, 2012; Langballe, Gamst & Jacobsen, 2010; Read et al., 2007; Read et al., 2006). Jensen (2012) antar at vegringen enten ligger på et personlig plan ("jeg spør ikke, for jeg orker ikke å høre om det") eller bygger på feilaktige forestillinger (å snakke om traumet kan føre til retraumatisering). Feilaktig forestilling om retraumatisering har særlig skapt forvirring og frykt blant klinikere ettersom det skaper en oppfatning om at barn og unge kan ta skade av samtaler om barnets traumeopplevelse. Retraumatisering involverer derimot direkte eksponering for en traumatisk hendelse, enten den samme hendelsen eller en som vekker lignende emosjonelle responser (Collogan, Tuma, Dolan-Sewell, Borja & Fleischman, 2004). Dette skiller seg fra samtaler og spørsmål om traumeopplevelser der barn og unge er i trygge og kontrollerte omgivelser som klinikerens kontor eller klinikkens lekerom.

Klinikerens ambivalens, vegring, frykt for retraumatisering og skade kan i stor grad knyttes til bekymring for hvorvidt det å snakke om traumer vil være for emosjonelt påkjenning og opprørende for pasienten (Hultmann et al., 2014; Newman & Kaloupek, 2005; Newman, Risch & Kassam-Adams, 2006; Read et al., 2007; Young, Read, Barker-Collo & Harrison, 2001). Det kan være grunner til å være oppmerksom på gjenkalling eller reaktivering av mulig opprørende følelser knyttet til spørsmål om traumer (Newman & Kaloupek, 2005; Newman et al., 2006). Vi vet likevel ikke mye om hvordan traumeutsatte barn og unge opplever å bli spurt om traumer og traumerelaterte plager. Ettersom en del klinikere vegrer seg mot å spørre barn om traumeerfaringer og traumerelaterte plager på grunn av frykt for sterk emosjonell aktivering vil det være interessant å undersøke dette nærmere.

1.3 Studier om barns opplevelse av å bli spurt om traumatiske opplevelser

1.3.1 Befolkningsstudier

Gjennom forskning og barns brukermedvirkning i forskning har vi fått mer kunnskap om traumer hos barn, men vi mangler kunnskap om hvordan barn og unge i BUP opplever det å bli kartlagt for traumeerfaringer og påfølgende traumerelaterte plager. Basert på befolkningsstudier der barn har blitt spurt om hva de synes om å bli spurt om sensitive temaer, kan det virke som at mange opplever kartlegging eller spørsmål om traumer som

mindre negativt. I en befolkningsstudie fra USA ble 4503 barn og unge (10-17 år) spurt om voldsutsatthet, seksuelle overgrep, mishandling i familien og om deres mentale helse (Finkelhor et al., 2014). Det var 4,5 % ($n = 202$) av deltakerne som rapporterte at de ble opprørte av spørsmålene, men enda færre som ble så opprørte at de ikke ville delta igjen ($n = 7$). Blant disse syv barna var det kun ett barn som sa at spørsmålene var grunnen til at hun/hun ikke ville delta igjen. Det var derimot flere som oppga at hovedgrunnen til at de ikke vil delta på nytt var at undersøkelsen tok så lang tid. Undersøkelsen hadde en protokoll for å fange opp barn som rapporterte høyrisikoerfaringer som barnemishandling, seksuelle overgrep eller selvmordstanker. Det var 17,3 % ($n = 765$) ungdommer som ble fanget opp og blant disse var det 30 % ($n = 203$) som ble opprørte av spørsmålene. Selv om det var betydelig flere i denne gruppen som ble opprørte var det kun to personer som sa at de ikke ville delta igjen. I en annen befolkningsstudie fra USA ble 3609 ungdommer (12-17 år) spurt om traumatiske hendelser som fysisk og seksuell mishandling, om de hadde vært vitne til vold, om familievold, samt at de ble kartlagt for PTS-symptomer, depresjon og generell mental helse (Zajac et al., 2011). Det var 5,7 % ($n = 204$) av ungdommene som synes at noen av spørsmålene om traumer var opprørende, men kun 0,2 % ($n = 8$) rapporterte at de fremdeles var opprørte mot slutten av intervjuet. Zajac et al. (2011) konkluderte at deltakelse i traumeforskning og spørsmål om traumer kun utgjør en liten risiko for ungdommer. I en stor norsk intervjuundersøkelse der ungdommer (16-17 år) ble stilt spørsmål om deres traumeerfaringer og mentale helse sa hele 85,4 % ($n = 1761$) av deltakerne seg villige til å bli kontaktet igjen (Myhre et al., 2015). Det var faktisk noen flere av de som hadde vært utsatt for fysisk vold og seksuelt overgrep som sa seg villige til å bli kontaktet igjen enn de som ikke hadde vært utsatt for lignende traumer. Forskerne oppfattet dette resultatet som at de som hadde vært utsatt for alvorlige traumer opplevde spørsmålene som like akseptable som de som ikke hadde vært utsatt for traumer. Lignende resultater ble også funnet i en norsk befolkningsstudie der voksne ble spurt om barnemishandling (Thoresen & Hjemdal, 2014).

1.3.2 Andre studier som undersøker traumatiserte barn

Det er få studier som har undersøkt hvordan traumeutsatte barn og unge opplever å bli stilt sensitive spørsmål. En av disse er en studie der 203 sykehusinnlagte barn utsatt for trafikkulykker (5-17 år) og deres foreldre ble stilt spørsmål knyttet til trafikkulykken, barnets fysiske smerte og barnets akutte stressreaksjoner (Kassam-Adams & Newman, 2005). Kun 5 % ($n = 10$) av barna opplevde spørsmålene som opprørende eller at de ble triste. Det var heller

flere barn som opplevde spørsmålene som direkte kjedelige (19 %), mens hele 52 % ($n = 105$) var glade for at de deltok i studien. Fra en sykehusklinikk der 68 % var blitt henvist grunnet traumeopplevelse, var det 40 barn som gjennomgikk et generelt klinisk intervju, et spørreskjema om depresjon og et spørreskjema om sine følelser den siste uken (Saldana & DuBois, 2006). Barna ble spurt om positive og negative reaksjoner knyttet til den psykologiske vurderingen, og de fleste rapporterte positive følelser som glede, lettelse, selvinnsikt, følelse av å være viktig og stolthet knyttet til vurderingen. Barnets alder og kjønn hadde ingen betydning. Studien spesifiserte ikke om spørsmål om traumer ble stilt under det kliniske intervjuet, men den indikerer likevel at flere barn utsatt for traumer kan oppleve kliniske intervjuer som positive. Studien gir støtte for at barn utsatt for traumer kan bli spurt om deres livserfaringer og snakke om sine følelser.

Andre studier som har gitt kunnskap om barnets egenopplevelse er studier som har undersøkt barnets opplevelse av forskningsdeltakelse. Få norske studier har undersøkt dette, men de viser at flyktningbarn til Norge (6-19 år) (Dyregrov, Dyregrov & Raundalen, 2000) og barn utsatt for tsunamien i Thailand 2004 (Jensen, Dyb, Hafstad, Nygaard & Lindgaard, 2008) opplevde forskningsdeltakelse som mer positivt enn negativt og ingen fikk negative etterreaksjoner. Barnas positive opplevelse av forskningsdeltakelse og at det var greit å bli kontaktet igjen kan indikere at barn utsatt for traumer som svarer på sensitive spørsmål opplever det som akseptabelt. Det er ingen studier som har undersøkt hvordan traumeutsatte barn og unge henvist til BUP opplever å bli kartlagt for traumer. Hovedoppgaven blir derfor et viktig bidrag for å øke kunnskapen om barnets egenopplevelse ved slike kartlegginger

1.4 Hva kan påvirke barns opplevelse av kartlegging?

1.4.1 Posttraumatisk stresslidelse

Det kan være at posttraumatiske stresssymptomer påvirker barnets opplevelse av traumekartleggingen. Opplevelse av minst én traumatisk hendelse er en forutsetning for diagnosen posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (American Psychiatric Association, 1994). Hendelser som utgjør en stor risiko for utvikling av posttraumatisk stresslidelse og andre mentale og fysiske helseplager er blant annet ulykker, krig, seksuelle overgrep, utsatthet for vold, og være vitne til vold (Breslau, 2009; Campbell, 2002; J. A. Cohen et al., 2006; Dube,

Felitti, Dong, Giles & Anda, 2003; Fletcher, 2003; Howell, 2011; Myhre et al., 2015; Price, Higa-McMillan, Kim & Frueh, 2013; Pynoos et al., 2009; Thoresen & Hjemdal, 2014). I følge diagnosemanualen DSM-IV defineres et traume som en situasjon der en person opplever, er vitne til eller blir konfrontert med én eller flere hendelse(r) som innebærer faktisk, eller trussel om, død eller alvorlig skade, eller trussel om fysisk skade mot seg selv eller andre (American Psychiatric Association, 1994). APA har utgitt en nyere diagnosemanual, DSM-V, men ettersom hovedoppgavens studie fant sted før utgivelse av DSM-V vektlegges DSM-IV her. Gjenopplevelse, unngåelse/nummenhet og økt fysiologisk aktivering er de tre overordnede symptomene ved PTSD (American Psychiatric Association, 1994). Gjenopplevelse omfatter blant annet påtrengende minner, repetisjonslek, tilbakevendende drømmer og ubehag eller kroppslig uro i situasjoner som minner om hendelsen. Unngåelse eller nummenhet innebærer unngåelse av tanker, følelser, aktiviteter, mennesker eller steder som vekker minner, og redusert interesse for viktige aktiviteter, samt følelse av avstand eller distanse til andre og forkortet fremtidsperspektiv. Økt fysiologisk aktivering omfatter blant annet søvnproblemer, irritasjon, sinne, konsentrasjonsvansker, hyperårvåkenhet og overfølsomhet overfor stimuli.

En nyere metastudie (Alisic et al., 2014) viser at rundt 16 % av barn og ungdom utsatt for traumatiske opplevelser utvikler PTSD. Den sterke unngåelsesatferden av påminnere blant disse barna ses på som en viktig faktor for både utvikling og opprettholdelse av posttraumatisk stresslidelse (J. A. Cohen et al., 2006; Shenk, Putnam & Noll, 2012; Sullivan, Meese, Swan, Mazure & Snow, 2005; Thompson & Waltz, 2010). Påminnere er lyder, lukt, synsinntrykk, stramme muskler, smerte eller følelser som kan minne om sanseintrykk under hendelsen. De kan fortolkes som faresignaler, som medfører unngåelsesatferd og sosial tilbaketrekning. Påminnere kan gi sterke følelser av redsel, håpløshet eller medføre nummenhet (Pynoos, Steinberg & Piacentini, 1999). Unngåelse og gjenopplevelse av følelser som påminneren vekker kan føre til at barn og unge opplever kartleggingen som emosjonelt opprørende og belastende. En slik reaksjon vil også være forventet ettersom stressresponser lett aktiveres hos barn utsatt for traumer, og som har utviklet PTSD (Shenk et al., 2012). På bakgrunn av kunnskap om at barn med PTS-symptomer lettere emosjonelt aktiveres kan man stille spørsmål om man bør spørre disse barna om deres traumeerfaringer, og hvor opprørte de blir. Kan barna mestre sin egen emosjonelle aktivering når de snakker om traumeopplevelser og relaterte plager?

Noen studier har undersøkt sammenhengen mellom symptomnivå og barnets opplevelse av spørsmål om traumer. I to befolkningsstudier fra USA ble en slik sammenligning gjort (Finkelhor et al., 2014; Zajac et al., 2011). Finkelhor et al. (2014) fant at deltakerne som skåret høyt på *Trauma Symptom Checklist for Children* opplevde spørsmålene som mer opprørende. Deltakerne i øvre 10 % av symptomtrykket var fem ganger mer opprørte av spørsmål om traumer enn andre. Det var likevel bare 18 barn og unge blant 2312 deltakere som svarte at de ble veldig opprørte. Det betyr at selv om barna med høyest symptomtrykk rapporterte at de ble mest opprørte, så gjaldt ikke dette mange av dem. Tilsvarende funn rapporterer Zajac et al. (2011), der ungdommene som oppfylte kriterier for PTSD var mer opprørte enn de uten diagnose. Det var 291 barn og unge som oppfylte kriteriene for PTSD, og av disse var det 64 barn og unge som opplevde spørsmålene om traumatiske hendelser, posttraumatisk stress symptomer, depresjon og alkoholbruk som opprørende. Studien viste at det likevel bare var åtte barn og unge som fremdeles rapporterte at de var opprørte ved intervjuets slutt. Det betyr at mange av barna med PTSD-diagnose ikke lenger var opprørte mot slutten av intervjuet.

1.4.2 Type traumer og multiple traumer

Det kan tenkes at type traume påvirker barnets opplevelse av traumekartlegging ettersom noen typer traumer kan føre til at barn og unge reagerer sterkere. Studier har vist at det særlig er barn utsatt for interpersonlige traumer (seksuelle overgrep, utsatt for vold og vitne til vold) som har større risiko for å utvikle alvorlige symptomer (Alisic et al., 2014). En befolkningsstudie fant at deltakere som hadde opplevd en eller annen form for potensielt traumatiserende opplevelse rapporterte at de ble mer opprørte av spørsmålene om traumeopplevelser og relaterte plager enn de som ikke hadde opplevd slike hendelser. De som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep opplevde spørsmålene som mer opprørende (Zajac et al., 2011). Denne sammenhengen er ikke helt entydig fordi forskningsresultater varierer (Chu, DePrince & Weinzierl, 2008; Finkelhor et al., 2014; Zajac et al., 2011). Finkelhor et al. (2014) fant ikke et klart mønster for hvilken type traume som førte til mer opprørhet, men studien viste likevel at det var noe variasjon i hvor opprørte barna ble. De som rapporterte at de hadde vært utsatt for fysisk mishandling, emosjonell mishandling fra jevnaldrende og vold fra voksne svarte at spørsmål om traumer og psykisk helse var opprørende, mens de som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep rapporterte ikke mer ubehag av å svare på spørsmålene. Chu et al. (2008) undersøkte hvorvidt det var

sammenheng mellom hva slags type traumer barna (7-12 år) hadde opplevd og deres opplevelse av å delta i forskning. De fleste barna opplevde forskningsdeltakelsen som positiv, og i denne studien var det ingen statistisk signifikante forskjeller mellom barn utsatt for interpersonlige traumer ($n = 69$), barn utsatt for ikke-interpersonlige traumer ($n = 61$) og barn som ikke var utsatt for traumer ($n = 50$), og deres opplevelse av forskningsdeltakelse. Barnas oppfatning av forskningsdeltakelse ble altså ikke påvirket av deres tidligere traumeerfaringer. Det kan være nyttig med flere studier for å undersøke traumetypens påvirkning på barnets opplevelse.

Det kan også tenkes at de som har vært utsatt for multiple traumer reagerer mer negativt på kartleggingen enn de som har opplevd ett traume. Studier viser at barn og unge utsatt for multiple traumer er i større risiko for psykopatologi enn barn utsatt for enkelttraumer (Finkelhor, Ormrod, Turner, et al., 2007; B. L. Green et al., 2000; Myhre et al., 2015; Radford, Corral, Bradley & Fisher, 2013; Turner, Finkelhor & Ormrod, 2006). Finkelhor et al. (2014) fant derimot ikke at barn utsatt for flere traumer ble mer opprørte enn de som hadde opplevd ett traume. Dette er likevel noe vi må undersøke videre ettersom flere studier viser at en del barn og unge blir utsatt for flere traumer enn kun ett traume (Finkelhor, Ormrod & Turner, 2007; Gustafsson, Nilsson & Svedin, 2009; Radford et al., 2013). Barn som har vært utsatt for mishandling fra foreldre har høyere risiko for å bli utsatt for flere typer traumer (Myhre et al., 2015; Radford et al., 2013), og blant en gruppe barn utsatt for interpersonlige traumer hadde også 80 % vært utsatt for ikke-interpersonlige traumer (Chu et al., 2008). I en norsk studie var det om lag 14 % av jentene og 12 % av guttene som hadde vært utsatt for to til seks kategorier av volds- og overgrepshendelser (ulike former for seksuelt overgrep, fysisk vold fra foresatte, psykologisk vold fra foresatte, vitne til vold mellom foresatte, omsorgssvikt og ulike former for alvorlig fysisk vold fra andre enn foresatte) i sin barndom, og det var en sterk sammenheng mellom å ha vært utsatt for vold og seksuelle overgrep (Myhre et al., 2015). Klinikere vil kunne møte på barn utsatt for multiple traumer i sine klinikker, og det vil være nyttig å vite om barn utsatt for multiple traumer opplever traumekartlegging annerledes enn barn utsatt for enkelttraumer.

1.4.3 Kjønn og alder

Kan det være at det er kjønnsforskjeller i hvordan barn og unge i BUP opplever å bli kartlagt for traumer? Det er kun to studier som har undersøkt hvorvidt barnets kjønn påvirker opplevelsen av traumekartlegging. Zajac et al. (2011) fant at jentene rapporterte signifikant

mer opprørthet enn guttene, med det var likevel få jenter og gutter totalt som ble opprørte. Finkelhor et al. (2014) fant ingen sammenheng mellom opprørthet og kjønn, og hvorvidt sammenhengen er tilstede eller ikke varierer blant studier (Hultmann & Broberg, in press). Flere studier har sett på sammenhengen mellom kjønn, type traume og PTS-symptomer, og det er godt etablert at jenter har et høyere symptomtrykk enn gutter i etterkant av potensielt traumatiserende opplevelser (Gustafsson et al., 2009; Tolin & Foa, 2006). Kjønnforskjellen forklares med en høyere forekomst av seksuelle overgrep blant jenter og at flere jenter utvikler PTSD fordi de oftere er utsatt for interpersonlige traumer (Alisic et al., 2014; Myhre et al., 2015; Thoresen & Hjemdal, 2014). De er ikke enighet om hva som skyldes forskjellene mellom gutter og jenter, men noen diskuterer en sammenheng med tidligere traumedebut, fysiologiske forskjeller, forskjeller i internalisering og eksternalisering av atferd etter traumet (Alisic et al., 2014; Gustafsson et al., 2009; Olf, Langeland, Draijer & Gersons, 2007; Tolin & Foa, 2006). Kan det dermed hende at jenter vil oppleve spørsmål om traumer som vanskeligere og mer emosjonelt opprørende enn gutter?

Påvirker alder barnets opplevelse av spørsmål om traumer? Kassam-Adams og Newman (2005) undersøkte om barnets alder hadde en sammenheng med hvordan de vurderte forskningsdeltakelse. Studien viste at desto eldre barna var, jo mer positivt vurderte de forskningsdeltakelsen. Det var likevel få som totalt sett vurderte forskningsdeltakelsen som negativ. Noen studier har undersøkt om det er en aldersforskjell i hvor opprørte barna blir, og to befolkningsstudier fra USA fant ingen forskjell i hvor gamle barna var og hvor opprørte de ble av spørsmål om traumeerfaringer og mental helse (Finkelhor et al., 2014; Zajac et al., 2011). Det kan være nyttig å undersøke dette slik at klinikerer kan vite hvorvidt han/hun skal tilpasse kartleggingssituasjonen til barnets alder.

1.4.4 Oppsummering

Litteraturgjennomgangen viser at det er få studier som har undersøkt traumeutsatte barns opplevelse av å bli spurt om traumer og påfølgende plager. Riktignok er det få som blir opprørte, og en studie viste at flere synes det var kjedelig. Samt at de som ikke vil delta på studien igjen er barn som opplevde at spørsmålene eller intervjuet tok for lang tid. Det er viktig å få mer kunnskap om barnets egenopplevelse fordi det kan bidra til utarbeiding av strategier og metoder til å møte barnets reaksjoner og opplevelser. En empirisk undersøkelse av barnets opplevelse vil gjøre terapeuten i stand til å ta forskningsbaserte avgjørelser knyttet

til risikoen ved traumekartlegging. Dette er særlig viktig på bakgrunn av at Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet (2014) har utarbeidet en tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom som fokuserer på økt kompetanse om traumer og barn i klinikkene, samt økt avdekking av traumer.

1.5 Problemstillinger

Hovedmålet med oppgaven er å undersøke hvordan barn og unge henvist til BUP opplever å bli spurt om sine traumeerfaringer. Mer spesifikt var målsetningen å undersøke følgende spørsmål:

1. Hvordan opplevde barna å bli kartlagt for traumer og traumerelaterte plager?
 - a. Henger grad av opprørthet, vanskelighet og kjedsomhet sammen med barnets PTS-symptomer, type traumatiserende erfaringer eller antall traumatiserende opplevelser? Eller henger det sammen med demografiske variabler som kjønn og alder?
 - b. Hva predikerer barnas opplevelse av kartleggingen?
2. Hva predikerer hvilke barn som ikke ønsker å bli kartlagt igjen?
 - a. Predikerer barnets reaksjoner (opprørthet, kjedsomhet eller vanskelighetsgrad) hvilke barn som ikke ønsker å bli kartlagt igjen?
 - b. Vil barnets PTS-symptomer, type traumeerfaringer, antall traumer, kjønn eller alder predikere hvem som ikke vil svare igjen?

2 Metode

2.1 Bakgrunn

Hovedoppgaven baserer seg på data fra en behandlingsstudie gjennomført ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) (Jensen et al., 2014). Studien hadde en randomisert kontroll design (RCT), hvor traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) ble sammenlignet med ordinær behandling (treatment as usual - TAU). Åtte barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) lokalisert omkring i Norge deltok, og alle nye henvisninger ble vurdert for rekruttering til studien. Til sammen ble 454 barn og unge mellom 10 og 18 år kartlagt. Inntakskriteriet til studien var posttraumatiske stress-symptomer skåret over 15 på *Child PTSD Symptom Scale* (CPSS; Foa, Johnson & Feeney, 2001). Det var 254 deltagere som ikke møtte inntakskriteriet, og 44 ønsket ikke å delta.

Det ble rekruttert 156 barn og ungdom til studien som hadde utviklet betydelige symptomer på posttraumatisk stress (skåret over 15 på CPSS) etter å ha opplevd én eller flere traumatiske hendelser. Det var 79 deltagere som ble fordelt til intervensjonsgruppen (TF-CBT) og 77 deltagere ble fordelt til sammenligningsgruppen (TAU). Data ble innhentet mellom april 2008 og januar 2011. 26 TF-CBT-terapeuter og 45 TAU-terapeuter ble rekruttert til å delta i studien og utførte de to ulike terapitilnærmingene. Deltagerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien, og skriftlig samtykke ble innhentet fra både foresatte og barnet selv. Studien ble godkjent av Regional Etisk Komité, og var finansiert av Helsedepartementet, Norges forskningsråd og Rådet for psykisk helse.

2.2 Prosedyre

Alle deltakerne ble spurt om traumeopplevelser og symptomer ved første inntakstime på BUP. For å kartlegge traumatiske opplevelser gjennomgikk forskerne en sjekklister basert på *Traumatic Events Screening Inventory for Children* (TESI-C; Ribbe, 1996). Deltagerne ble videre kartlagt for symptomer på posttraumatiske stresslidelse med CPSS (Foa, Johnson, Feeny & Treadwell, 2001) og *Clinical-administred PTSD Scale for Children and Adolescent* (CAPS-CA; Nader et al., 2004), kartlegging av angst med *Screening for Child Anxiety-Related Disorders* (SCARED; Birhamer et al., 1999), depresjon med *The Mood and Feelings*

Questionnaire (MFQ; Angold, Costello, Messer & Pickles, 1995) og generell fungering med *The Strength and Difficulties Questionnaire* (SDQ; Goodman, 2001). Kartleggingen ble utført av kliniske psykologer med spesifikk kompetanse på barn og traumer. Kartleggingen bestod både av kliniske intervjuer og selvutfylling på PC, og foregikk på klinikkene. Kartleggingen fant sted på fem ulike tidspunkt. Først i forkant av behandlingen (T1), så etter seks timer (T2), etter avsluttet behandling (T3), ett år etter første kartlegging (T4), og 18 måneder etter avsluttet behandling (T5). Det kliniske intervjuet var det mest tidkrevende kartleggingsinstrumentet, og dette ble gjennomført på T1, T3 og T4. Ved T1, T3 og T4 brukte barnet mellom 1 ½ til 2 ½ timer, avhengig av funksjonsevne og symptomnivå. På T2 og T5 tok kartleggingen mellom ½ - 1 time. I etterkant av kartleggingen på T3 (etter avsluttet behandling) ble deltakere bedt om å svare på spørsmål om hvordan de opplevde å bli kartlagt ved bruk av selvutfyllingsskjemaet *The Reaction Questionnaire* (Griffin, Resick, Waldrop & Mechanic, 2003). I denne oppgaven blir data fra tidspunktene T1 til T3 benyttet. Deltakerne fikk et gavekort på kino som takk for innsatsen i etterkant av kartleggingen. De færreste visste om dette da de svarte på spørsmålene.

2.3 Utvalget

Det var til sammen 99 barn og ungdom som svarte på spørsmålene om hvordan de opplevde å bli kartlagt ved T1 og T3, og disse utgjør utvalget for denne oppgaven. Av de rekrutterte 156 deltakerne var det 23 som droppet ut av behandlingen, 11 deltagere uteble fra kartleggingen ved T3 tross fullført behandling, og 23 deltagere ble kun kartlagt for symptomer ved T3 (ikke svart på *The Reaction Questionnaire*). Undersøkelser med t-test og chi-square viste at det var ingen statistisk signifikante forskjeller i alder ($t(154) = ,89, p = ,373, d = ,10$), kjønn ($\chi^2(1, n = 156) = 2,46, p = ,117, \phi = ,14$), PTS-symptomer målt med CAPS-CA T1 ($t(154) = ,14, p = ,886, d = ,00$), PTSD-diagnose ($\chi^2(1, n = 156) = 2,52, p = ,112, \phi = ,14$), type traumer ($\chi^2(4, n = 156) = ,95, p = ,918, \phi = ,08$), eller antall traumer ($t(154) = -1,54, p = ,126, d = ,00$) mellom deltagerne som droppet ut av studien ($n = 57$) og hovedoppgavens utvalg ($n = 99$).

Ved T1 oppfylte 71,7 % ($n = 71$) diagnosen for PTSD. For hovedoppgavens utvalg var 47 deltagere fordelt til TF-CBT og 52 deltagere til TAU. Ved avsluttet behandling (T3) oppfylte 24,2 % ($n = 24$) fremdeles diagnosen PTSD (missing: $n = 8$). De åtte barna som mangler uteble kartleggingen ved T3. Se tabell 1 for detaljer om utvalget.

Tabell 1: Beskrivelse av utvalget

	<i>n</i> (%)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	min – max.
Jenter	83 (82,8)		
Gutter	16 (16,2)		
Alder		15,2 (2,2)	10-18
Total antall traumer		3,4 (1,7)	1 – 8
Traumer			
Utsatt for fysisk vold innad familien	29 (29,3)		
Seksuelt misbruk utenfor familien	19 (19,2)		
Utsatt for fysisk vold utenfor familien	16 (16,2)		
Vitne til fysisk vold innad familien	9 (9,1)		
Plutselig dødsfall/skade av en nær person	9 (9,1)		
Seksuelt misbruk innad familien	8 (8,1)		
Ulykke	6 (6,1)		
Sykehusinnleggelse	1 (1)		
Ran	1 (1)		
Krig	1 (1)		
CAPS-CA T1		60,6 (20,2)	9 -105
CAPS-CA T3		36,5 (25,5)	0 -112

Merknad: CAPS- CA: Clinical- Administred PTSD scale for Children and Adolescents. T1: før behandling, T3: etter behandling.

2.4 Materiale

2.4.1 Kartleggingsverktøy: Clinical-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA)

CAPS-CA er et strukturert klinisk intervju tilpasset barn og ungdom opp til 18 år (Nader et al., 2004). Intervjuet er utviklet for å kunne foreta en diagnostisk vurdering av barn og unges posttraumatisk stress-symptomer basert på opp til tre identifiserte traumatiske hendelser. Først identifiseres traumatiske hendelser ved hjelp av en sjekkliste med 17 potensielle traumatiserende hendelser. DSM-IV posttraumatiske stress-symptomer vurderes med 17

spørsmål. Spørsmålene blir skåret på en 5-poengsskala for vurdering av frekvensen, fra 0 (ikke tilstede) til 4 (tilstede mesteparten av tiden) og 5-poengsskala for vurdering av intensiteten, 0 (ikke et problem) til 4 (et stort problem). I tillegg blir generell opprørthet og funksjonell svekkelse som en konsekvens av symptomene vurdert, samt assosierte spørsmål om overlevelsesskyld, skam og dissosiasjon. Til sammen består intervjuet av 34 spørsmål. Skårene blir satt på bakgrunn av barnets svar og en klinisk vurdering. Indre konsistens for totalskåren ved CAPS-CA var høy ($\alpha = ,90$), og gjenopplevelse, $\alpha = ,97$, unngåelse, $\alpha = ,77$, og fysiologisk aktivering, $\alpha = ,79$ for subskalaene (Jensen et al., 2014).

En DSM-IV algoritme ble brukt for å avgjøre PTSD-diagnose, der minst ett av symptomene på B-kriteriet (gjenopplevelse), tre av symptomene på C-kriteriet (unngåelse) og minst to symptomer på D-kriteriet (fysiologisk aktivering) må oppfylles (Weathers, Ruscio & Keane, 1999). For at spesifikke symptomer skal oppfylle kriteriene må symptomene ha en frekvensskåre på 1 (en gang i måneden) eller høyere og intensitetsskåre på 2 (moderat) eller høyere.

2.4.2 Spørreskjema – The Reaction Questionnaire

Barnas reaksjoner på traumekartleggingen ble undersøkt med Griffin et al. (2003) sitt spørreskjema The Reaction Questionnaire. Spørreskjemaet ble utviklet for å måle hvordan deltagere i en traumestudie opplevde å bli kartlagt for sine traumeopplevelser og påfølgende symptomer. Spørreskjemaet er numerisk basert på Likerts skala. Spørsmålene inkluderte rangering av opprørthet/stressnivå (1 = ikke opprørende, 7 = veldig opprørende), interesse (1 = veldig spennende, 7 = veldig kjedelig), forvirret (1 = ikke forvirret, 7 = veldig forvirret), og om spørsmålene var vanskelige (1 = ikke vanskelige, 7 = veldig vanskelige). Spørsmålene inkluderte også hva de synes om tiden det tok å svare på alle spørsmålene (1 = passe tid, 7 = alt for lang tid), om følelser opplevd underveis (1 = kjente ikke følelsene mine, 2 = følte minimalt med følelser, 3 = følte noen følelser, men ikke sterke, 4 = noen sterke følelser, 5 = veldig sterke følelser), og om de ville deltatt igjen ved en senere anledning (1 = ganske villig, 2 = kanskje villig, 3 = tror ikke jeg vil være villig, 4 = absolutt ikke villig).

2.5 Intervensjons, og sammenligningsgruppe

Deltakere i intervensjonsgruppen i behandlingsstudien av Jensen et al. (2014) mottok traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT). TF-CBT er en korttidsintervensjon og modellen integrerer kognitive, atferdsmessige, interpersonlige og familieterapeutiske prinsipper med traumeintervensjoner (J. A. Cohen et al., 2006). Komponentene som inngår i TF-CBT er psykoedukasjon, avspenningsteknikker, affektregulering, kognitivt arbeid, bearbeiding av traumenarrativ, in-vivo eksponering, sosial ferdighetstrening, og kontinuerlig foreldrearbeid. Omfanget av behandlingen er normalt 12 – 15 timer som gir én gang i uken med en varighet på 60-90 minutter per behandlingstime. I studien fikk deltagerne totalt 17,9 ($SD = 8,20$, rekkevidde = 8 – 49) behandlingstimer før saken ble avsluttet i BUP. Alle TF-CBT terapeutene fikk opplæring og veiledning underveis (Jensen et al., 2014).

I sammenligningsgruppen var instruksjonen at terapeutene skulle gi den behandlingen de mente var mest effektiv i hver enkelt sak (Jensen et al., 2014). Terapeutene hadde ulik terapeutisk orientering, deriblant dynamisk psykoterapi, kognitiv atferdsterapi og familieterapi. Alle deltageren mottok individualterapi, men foreldrene var ofte involvert. Behandlingstimene ble tatt opp på lydbånd, og gjennomgått for å forsikre seg om at TAU var annerledes enn TF-CBT. Deltagerne i TAU-betingelsen hadde gjennomsnittlig 21,3 ($SD = 19,9$, rekkevidde = 1 – 114) behandlingstimer før saken ble avsluttet i BUP. Se Jensen et al. (2014) for detaljert beskrivelse av intervensjons- og sammenligningsgruppen.

2.6 Preliminære analyser

I forkant av de formelle dataanalysene måtte alle forutsetninger for de statistiske analysene bli testet ved bruk av preliminære analyser (Pallant, 2007). Preliminære analyser viste at de fleste forutsetninger for parametriske analyser ble møtt, bortsett fra forutsetningen om målingsnivå. Den første delen vil gi en gjennomgang av målingsnivå, normalfordeling og uteliggere som er viktige forutsetninger for de fleste parametriske analyser. Ved gjennomgang av hver enkelt parametriske analyse vil forutsetninger som er særlig knyttet til disse bli gjennomgått og drøftet.

2.6.1 Målingsnivå

En forutsetning for å benytte parametriske analyser er at målingsnivået til variablene er på intervallnivå. Dersom målingsnivået er på ordinalnivå anbefales ikke-parametriske analyser (Field, 2013). Brudd på forutsetning om målingsnivået for bruk av parametriske analyser må ses i sammenheng med bruk av Likert skala i spørreskjemaet The Reaction Questionnaire utviklet av Griffin et al. (2003). Det er en stor debatt om hvorvidt en Likert skala kan bli vurdert som på et ordinalnivå eller intervallnivå (Carifio & Perla, 2008; Jamieson, 2004; Norman, 2010), og dermed om parametriske analyser kan brukes ved statistiske analyser av Likert skala.

Likert skala blir hyppig brukt innenfor sosial, psykologisk og medisinsk forskning. Jamieson (2004) argumenterte sterkt for at Likert skala skulle bli oppfattet på et ordinalnivå og mente dermed at ikke-parametriske analyser burde bli benyttet ved bruk av Likert skala. Andre argumenterte for at dersom flere ledd i et spørreskjema med Likert skala ble satt sammen til en samlet skåre fikk den samlede skåren egenskaper lik intervallskala (Carifio & Perla, 2008; Norman, 2010). Ettersom de samlede skårene, emosjonell opprørthet, vanskelighetsgrad og kjedsomhet, består av flere ledd kunne de bli vurdert som tilnærmet på et intervallnivå og parametriske analyser ble derfor benyttet i hovedoppgaven.

2.6.2 Uteliggere og normalfordeling

De samlede skårene, emosjonell opprørthet, vanskelighetsgrad og kjedsomhet, ble sjekket for ekstremverdier. Ingen uteliggere ble funnet, dermed ble de originale skårene (ikke-trimmede verdier) benyttet.

Preliminære analyser viste at de avhengige variablene emosjonell opprørthet, vanskelighetsgrad og kjedsomhet, var normalfordelt basert på inspeksjon av skjevhet- og kurtose-verdier. Skjevheten lå verdiene mellom ,87 og ,55, og -,37 og -,20 for kurtose. Det er innenfor anbefalte verdier på +/- 2 (Tabachnick & Fidell, 2001). Field (2013) fraråder å bruke Kolmogorov-Smirnov test for å vurdere normalfordeling fordi den har tilbøyelighet til å vurdere variabler i store utvalg som ikke-normalfordelt og tilbøyelighet til å vurdere variabler i små utvalg ($n < 30$) som normalfordelte. Hovedoppgavens utvalg ($n = 99$) hadde et middels stort utvalg, og basert på "central limit theorem" trenger man ikke å korrigere fordelingen i slike utvalg (Field, 2013). Ettersom de originale skårene ble benyttet gjøres ingen robust test,

for eksempel bootstrapping, slik Field (2013) anbefaler ved brudd på antagelser for parametriske analyser.

2.6.3 Samlede skårer – emosjonell opprørthet, vanskelighetsgrad og kjedsomhet

Det ble laget tre samlede skårer, en samlet skåre for emosjonell opprørthet (spørsmål 1 om opprørthet og spørsmål 6 om emosjonell aktivering), en samlet skåre for vanskelighetsgrad (spørsmål 3 om forvirring og spørsmål 4 om vanskelighet) og samlet skåre for kjedsomhet (spørsmål 2 om kjedsomhet og spørsmål 5 om tiden det tok). De samlede skårene ble beregnet ut i fra prinsippal komponent analyse (PCA) med utgangspunkt i spørsmålene fra spørreskjemaet utviklet av Griffin et al. (2003) og ved vurdering av konseptuell sammenheng. De samlede skårene ble standardisert ettersom noen av leddene hadde ulikt antall svarkategorier.

Forutsetningen for vurdering av reliabilitet (indre konsistens) for de samlede skårene, emosjonell opprørthet, vanskelighetsgrad og kjedsomhet ble møtt ved at leddene målte det samme underliggende trekket. Dermed bekreftet de tau-equality modellen som antar at hvert testledd måler det samme underliggende trekket (Tavakol & Dennick, 2011). Tau-equality modellen er sentral ved Cronbachs alfa, og Cronbachs alfa er den vanligste målingen på indre konsistens (Field, 2013; Pallant, 2007; Tavakol & Dennick, 2011). På grunn av dens sensitivitet for antall ledd burde de samlede skårene bestått av flere ledd (Raykov, 1997; Tavakol & Dennick, 2011), og ettersom de samlede skårene kun bestod av to ledd for hver samlede skåre ble det gjort noen metodiske avveininger knyttet til vurdering av reliabiliteten til samlede skårene. Hvis man mot formodning bruker en samlede skåre med kun to ledd, mente Eisinga, Grotenhuis og Pelzer (2013) at man burde rapportere reliabilitet (indre konsistens) med Spearman-Brown reliabilitetsestimat (r_{SB}). For de samlede skårene emosjonell opprørthet og kjedsomhet var Spearman-Brown reliabilitetsestimatet ,52. Dette var lavere enn anbefalt intern konsistensverdi for Spearman-Brown (,70). Ved tilfeller med lav indre konsistens mener Pallant (2007) at man burde undersøke inter-item korrelasjonen. For emosjonell opprørthet var inter-item korrelasjonen, $r = ,35$ og for kjedsomhet var $r = ,35$. Det er innenfor en anbefalt referanseverdi mellom ,20 og ,40 for inter-item korrelasjon (Briggs & Cheek, 1986), og dermed akseptable verdier. Intern konsistens for den samlede skåren vanskelighetsgrad målt med Spearman-Brown reliabilitetsestimatet var $r_{SB} = ,82$, og

hadde dermed god indre konsistens. Basert på akseptable verdier på Spearman-Brown reliabilitetsestimater og inter-item korrelasjoner ble de tre samlede skårene benyttet.

2.7 Statistiske analyser

Alle analysene presentert i denne oppgaven ble utført med IBM SPSS versjon 22.

2.7.1 Korrelasjonsanalyse

For å estimere grad av sammenheng mellom avhengige variabler, emosjonell opprørthet, vanskelighetsgrad, og kjedsomhet, og uavhengige variabler, PTS-symptomer målt med CAPS-CA, T1 og T3, antall traumer og alder, ble det benyttet korrelasjonskoeffisienter beregnet ved hjelp av Pearson product-moment coefficient. *p*-verdi for signifikans var 0.05.

2.7.2 Regresjonsanalyse

Spørsmålene om hva som predikerer barnets reaksjoner (emosjonell opprørthet, vanskelighetsgrad og kjedsomhet) og hvilke barn som ikke ønsker å svare igjen ble undersøkt med Standard multippel regresjonsanalyse. For å undersøke hva som predikerte barnets opplevelse ble PTS-symptomer målt med CAPS-CA etter behandling (T3), type traumer, kjønn, antall traumer og alder definert som uavhengige variabler, og emosjonell opprørthet, vanskelighetsgrad og kjedsomhet definert som avhengige variabler (regresjonsmodell 1-3). For regresjonsmodell 4 ble det undersøkt hva som predikerte hvilke barn som ikke ville svare igjen, og emosjonell opprørthet, vanskelighetsgrad og kjedsomhet definert som uavhengige variabler. I den siste modellen ble PTSD-symptomer målt med CAPS-CA etter behandling (T3), type traumer, kjønn, antall traumer og alder definert som uavhengige variabler for å undersøke hva som predikerer hvilke barn som ikke ønsker å bli kartlagt igjen (regresjonsmodell 5). Standardisert beta koeffisient (β) ble rapportert for å vise hvilke av de uavhengige variablene i modellen som har størst effekt på den avhengige variabelen (Field, 2013).

I oppgaven ble standard multippel regresjonsanalyse benyttet fordi de uavhengige variablene plasseres i ligningen samtidig. Preliminære analyser viste at antagelsene for regresjonsanalyse var oppfylt. Det var ingen problemer med multikollinearitet ettersom korrelasjonene mellom de uavhengige variablene var under .70, og hadde høyere toleranse-

verdier enn ,1 og lavere VIF-verdier enn 10 (Pallant, 2007). Residualene var normalfordelte, med skjevhet- og kurtose-verdier innenfor +/- 2, se tabell 2. Dermed ble de originale skårene benyttet i analysen. Det er likevel slik at multipl regressjonsanalyse er mer sensitiv for utvalgsstørrelsen enn skjevfordelte data. Utvalgsstørrelsen var tilstrekkelig ved bruk av multipl regressjon basert på formelen $n = 50 + 8 * m$, der m var antall uavhengige variabler (Pallant, 2007; Tabachnick & Fidell, 2001). Hovedoppgavens utvalg (n=99) var større enn utregnet anbefalt utvalgsstørrelse.

Tabell 2. Normalfordeling av residualer for de avhengige variablene i regressjonsmodellene 1-5.

	Skjevhet	Kurtose
Regressjonsmodell 1 - 3		
Emosjonell opprørthet	,40	,24
Vanskelighetsgrad	,80	,20
Kjedsomhet	,58	-,36
Regressjonsmodell 4	1,16	1,39
Regressjonsmodell 5	,84	-,35

Merknad: Regressjonsmodell 1: avhengig variabel: emosjonell opprørthet, uavhengige variabler: kjønn, alder, PTS-symptomer T3, antall traumer og type traumer. Regressjonsmodell 2: avhengig variabel: vanskelighetsgrad, og uavhengige variabler: kjønn, alder, PTS-symptomer T3, antall traumer og type traumer. Regressjonsmodell 3: avhengig variabel: kjedsomhet, og uavhengige variabler: kjønn, alder, PTS-symptomer T3, antall traumer og type traumer. Regressjonsmodell 4: avhengig variabel: vil ikke svare igjen, og uavhengige variabler: emosjonell opprørthet, vanskelighetsgrad og kjedsomhet. Regressjonsmodell 5: avhengig variabel: vil ikke svare igjen, uavhengige variabler: kjønn, alder, PTS-symptomer T3, antall traumer og type traumer.

2.7.3 T-test

Uavhengig utvalgs *t*-test ble brukt for å sammenligne gjennomsnittsskårer for emosjonell opprørthet, vanskelighetsgrad og kjedsomhet mellom gutter og jenter. *T*-testen forteller hvorvidt en eventuell forskjell i gjennomsnittsskårer er signifikant (Pallant, 2007). Ved preliminær analyse ble gruppenes homogenitet undersøkt av "Levene's Test for Equality of Variance". Den viste at variansen i kjønn var heterogen, men SPSS ga likevel en alternativ *t*-verdi som kompenserte for heterogeniteten (Pallant, 2007). Forutsetning for normalfordeling var også oppfylt, men Norman (2010) mente at *t*-testen kan bli brukt om forutsetning for normalfordeling ikke hadde vært oppfylt.

2.7.4 Enveis ANOVA

For å sammenligne forskjellen i emosjonell opprørthet, vanskelighetsgrad og kjedsomhet hos deltakere utsatt for ulike type traumer ble enveis variansanalyse med post-hoc test brukt. Enveis ANOVA brukes når man sammenligner gjennomsnittsskårer for en avhengig variabel mellom tre eller flere grupper (Field, 2013; Pallant, 2007). For å finne ut av hvilken traumetype som har ulik varians i emosjonell opprørthet, vanskelighetsgrad og kjedsomhet, må man ta i bruk post-hoc test. Enveis ANOVA vil kun gi resultater på hvorvidt det er statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene, mens post-hoc vil vise hvilke av traumetyperne som har ulik varians for de avhengige variablene emosjonell opprørthet, vanskelighetsgrad og kjedsomhet. I denne oppgaven brukes Hechberg's GT2 fordi antall deltakere i hver gruppe varierte mye. Ved preliminær analyse ble gruppenes homogenitet undersøkt av "Levene's Test for Equality of Variance", og variansen i traumegruppene var homogene. Da kan ANOVA utføres og resultatene vurderes som gyldige.

I hovedoppgaven vil traumene bli kategorisert i fem grupper: 1) Ikke-kriminelle traumer som ulykker, plutselig død og sykehusinnleggelse ($n = 16$), 2) vold i hjemmet som inkluderer vitne til vold i hjemmet ($n = 38$), 3) vold utenfor hjemmet som inkluderer vitne til vold utenfor, ran og krig ($n = 18$), 4) seksuelle overgrep innenfor familien ($n = 8$), og 5) seksuelle overgrep utenfor familien ($n = 19$). Kategoriseringen tok utgangspunkt i deltakernes rapporterte verste traume. Det er vanligere å finne en todeling av traumer, interpersonlig – og ikke-interpersonlige traumer, men ettersom studier har vist ulike reaksjonsmønstre knyttet til traumets karakteristika vil denne oppgaven ha en mer finmasket inndeling (Alisic et al., 2014; B. L. Green et al., 2000; Thoresen & Hjemdal, 2014). Utsatt for vold og vitne til vold er blitt delt inn i to kategorier, i familien eller utenfor hjemmet. Inndelingen ble gjort på bakgrunn av høy rapportering av vold i de ulike gruppene samt studier som viser ulik belastning etter utsatthet for vold i hjemmet og utenfor (Lawyer, Ruggiero, Resnick, Kilpatrick & Saunders, 2006; Myhre et al., 2015; Thoresen & Hjemdal, 2014). Seksuell mishandling ble delt inn i to grupper, innenfor familien og utenfor familien, på grunn av diskusjonene om nær relasjon til overgriper kan ha ytterligere belastninger for offeret (B. L. Green et al., 2000; Lawyer et al., 2006; Thoresen & Hjemdal, 2014)

2.7.5 Effektstørrelse

En sentral del av statistiske analyser er rapportering av resultatets effektstørrelse.

Effektstørrelse gir informasjon om hvor stor innvirkning en uavhengig variabel har på den avhengig variabelens totale varians, mens statistisk signifikans vil kun reflektere sannsynligheten for at utvalget vil ha gitt det observerte resultatet dersom nullhypotesen var sann (J. Cohen, 1988; Field, 2013). I denne oppgaven vil effektstørrelsen bli oppgitt som Cohens d og rapportert der opplevelsene for jenter og gutter blir sammenlignet. Cohens d utregnes ved hjelp av ligningen presentert under (Field, 2013, s. 80-81), det vil si forskjellen mellom gjennomsnittet i gruppene delt på standardavvik:

$$\text{Cohen's } d = \frac{\bar{Y}_1 - \bar{Y}_2}{S_p}$$

\bar{Y}_1 og \bar{Y}_2 er utvalgsgjennomsnittet for de to gruppene. Standardavvik hentes basert på denne formelen:

$$S_p = \sqrt{\frac{(N_1 - 1)S_1^2 + (N_2 - 1)S_2^2}{N_1 + N_2 - 2}}$$

Her er N_1 og N_2 utvalgsstørrelsene, og S_1 og S_2 er standardavviket for de to gruppene. J. Cohen (1988) har kommet med retningslinjer for tolkning av effektstørrelsen, og grovt inndelt er de som følger: $\hat{d} = 0,2$ indikerer liten effekt på den avhengige variabelens totale varians, $\hat{d} = 0,5$ indikerer en moderat effekt, og $\hat{d} = 0,8$ indikerer stor effekt.

Ved rapportering av effektstørrelse for enveis ANOVA anbefales det å bruke et mer komplekst mål, kalt omega squared (Ω^2 / ω^2), til tross for at eta squared, η^2 er vanligere å bruke (Field, 2013; Tabachnick & Fidell, 2001). Ω^2 er mer robust, tar hensyn til antallet grupper, og er mindre påvirkbart enn η^2 (Field, 2013). Ω^2 er et estimat der den avhengige variansen forklares av den uavhengige variabelen i populasjonen, og formelen som brukes er (Field, 2013, s. 473):

$$\omega^2 = \frac{SS_M - (df_M)MS_R}{SS_T + MS_R}$$

Her er SS_M er kvadratsummen av mellom-gruppe effekten, SS_T er kvadratsummen av den totale variansen, df_M er antall frihetsgrader i mellom-gruppe effekten, og MS_R er middelkvadratet for feilvariens. I hovedoppgaven vil Ω^2 rapporteres ved bruk av enveis

ANOVA for sammenligning av type traumer og barnas reaksjoner. For vurdering av effektstørrelse vurderes $\omega^2 = ,01$ som liten effektstørrelse, $\omega^2 = ,059$ medium effekt og $\omega^2 = ,139$ stor effekt (Kirk, 1996).

3 Resultater

3.1 Behandlingsgrupper

Ved bruk av t-test ble forskjell i barnets reaksjoner mellom behandlingsgruppene, TF-CBT og TAU, undersøkt. Ingen statistisk signifikant forskjell ble funnet i emosjonell opprørthet mellom TF-CBT ($M = -.19$, $SD = 1,60$) og TAU, ($M = .17$, $SD = 1,67$; $t(97) = -1,11$, $p = ,268$, 95 % CI (-1,02, ,29), $d = -,03$), i vanskelighetsgrad mellom TF-CBT ($M = -,06$, $SD = 1,79$) og TAU ($M = ,05$, $SD = 1,90$; $t(97) = -,30$, $p = ,767$, 95 % CI (-,85, ,63), $d = -,01$), eller i kjedsomhet mellom TF-CBT ($M = ,00$, $SD = 1,69$) og TAU ($M = ,00$, $SD = 1,61$; $t(97) = -,01$, $p = ,995$, 95 % CI (-,66, ,66), $d = ,00$). Utvalget ble dermed sett på som en helhet.

3.2 Barnas opplevelse av å bli kartlagt for traumer

Generelt sett ga barnas svar inntrykk av at de ikke opplevde kartleggingen som negativt eller belastende. Bare 5 % ($n = 5$) av utvalget svarte at de opplevde kartleggingen som veldig opprørende, mens 69,7 % ($n = 69$) sa de ikke syntes det var noe opprørende. Det var 32,4 % ($n = 32$) som svarte at kartleggingen var veldig spennende, mens 14,1 % ($n = 14$) svarte at det var veldig kjedelig. For 61,6 % ($n = 61$) av utvalget var kartleggingen lett, mens 4 % synes den var veldig vanskelig. Det var 57 deltakere (57,6 %) som synes kartleggingen tok sånn passe med tid. På spørsmål om barna og ungdommene kunne tenke seg å delta på lignende kartlegging igjen svarte 50,5 % ($n = 50$) at de kunne tenke seg det, 40,4 % ($n = 40$) svarte kanskje, mens 9,1 % ($n = 9$) svarte at de absolutt ikke ville det. Se tabell 3 for barnas svar på The Reaction Questionnaire, og tabell 4 for beskrivelse av emosjonell opprørthet, vanskelighetsgrad og kjedsomhet.

Tabell 3. Barnas opplevelse av kartleggingen – The Reaction Questionnaire

Variabel	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Median</i>	Svarrespons %		
				1 eller 2	3, 4, 5	6 eller 7
Spørsmål 1 – Opprørende/Stressende	2,24	1,63	2	69,7 %	25,3 %	5 %
Spørsmål 2 – Interessant	3,52	1,79	3	32,4 %	53,5 %	14,1 %
Spørsmål 3 – Forvirrende	2,45	1,58	2	59,6 %	35,4 %	5 %
Spørsmål 4 - Vanskelig	2,38	1,61	2	61,6 %	34,3 %	4 %
Spørsmål 5 – Tid det tok	2,64	1,82	2	57,6 %	34,3 %	8,1 %
				1	2 eller 3	4 eller 5
Spørsmål 6 – Emosjonell aktivering	2,65	1,17	3	20,2 %	55,5 %	24,3 %
				1	2 eller 3	4
Spørsmål 7 – Svare igjen	1,8	,98	1	50,5 %	40,4 %	9,1 %

Tabell 4. Barnas opplevelse av kartleggingen – emosjonell opprørthet, vanskelighetsgrad og kjedsomhet

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Rekkevidde	Median
Emosjonell opprørthet	,00	1,64	-2,21 – 4,9	-,37
Vanskelighetsgrad	,00	1,84	-1,78 – 5,12	-,53
Kjedsomhet	,00	1,64	-2,30 – 4,35	-,01

Merknad: De samlede skårene for emosjonell opprørthet, kjedsomhet og vanskelighetsgrad er standardisert.

3.3 Barn som opplevde kartleggingen som emosjonelt opprørende, vanskelig og kjedelig

3.3.1 Hvordan reagerte barn med forhøyede PTS-symptomer?

Barnas rapporterte opplevelse av emosjonell opprørthet var positivt korrelert med PTS-symptomer ved T1 ($r = ,25, n = 99, p < ,050$) og PTS-symptomer ved T3 ($r = ,52, n = 91, p < ,001$). Forholdet mellom emosjonell opprørthet og PTS-symptomer etter behandling var mer moderat enn ved T1. Det gir inntrykk av at barn med høyere PTS-symptomer rapporterer høyere nivåer av emosjonell opprørthet. Barnas opplevde vanskelighetsgrad og PTS-symptomer etter behandling var svakt, positivt korrelert ($r = ,35, n = 99, p < ,001$). Basert på korrelasjonsstudier kan man ikke trekke kausalslutninger, og vi kan dermed ikke sikkert si at høyere PTS-symptomer fører til at barna opplever kartleggingen som mer emosjonelt opprørende og vanskelig.

Forholdet mellom PTS-symptomer før behandling (T1) og vanskelighetsgrad var ikke statistisk signifikant ($r = ,20, n = 99, p = ,052$). Opplevelse av kjedsomhet og forholdet med PTS-symptomer ved T1 ($r = ,01, n = 99, p = ,963$) og T3 ($r = ,14, p = ,190$) var veldig svak og ikke statistisk signifikant. Se tabell 5.

Tabell 5. Korrelasjoner mellom barnets reaksjoner og PTS-symptomer målt ved T1 og T3, antall traumer og alder

	Emosjonell opprørthet	Vanskelighetsgrad	Kjedsomhet
PTS-symptomer T1	,25*	,20	,01
PTS-symptomer T3	,52**	,35**	,14
Antall traumer	,15	-,09	-,18
Alder	,14	-,21*	,13

Merknad: * $p < ,050$, ** $p < ,001$. Barnets PTS-symptomer ble målt med CAPS-CA. T1: før behandling, T3: etter behandling.

3.3.2 Hvordan reagerte barn utsatt for ulike traumetyper og antall traumer?

Det var ingen statistisk signifikant forskjell i barnas reaksjoner blant de fem ulike traumeopplevelsene. Post hoc-testen Hockberg GT2 ble ikke utført grunnet ikke signifikante forskjeller mellom gruppene.

Emosjonell opprørthet og traumetype

Enveis ANOVA viste at barn utsatt for seksuell mishandling utenfor familien rapporterte om gjennomsnittlig mest emosjonell opprørthet ($M = ,60$, $SD = 1,96$), men det var ingen signifikante forskjeller i opprørthet mellom de fem ulike traumatiserende hendelsene barna var utsatt for ($F(4, 94) = ,95$, $p = ,437$, $\omega^2 = -,02$). Det betyr at høyere selvrappotering av emosjonell opprørthet blant barn utsatt for seksuell mishandling utenfor familien ikke er statistisk signifikant høyere enn de andre gruppene, og kan skyldes ren tilfeldighet. De ulike traumeopplevelsene hadde liten effekt på emosjonell opprørthet.

Vanskelighetsgrad og traumetype

Barn utsatt for ulykker rapporterte at de opplevde kartlegging som vanskeligere ($M = ,52$, $SD = 1,85$) enn de andre gruppene, men enveis ANOVA viste at det ikke var statistisk signifikant forskjell i opplevd vanskelighetsgrad mellom de fem ulike traumeopplevelsene deltakeren var utsatt for ($F(4, 37) = 1,88$, $p = ,134$, $\omega^2 = ,00$). Det var ingen effekt på vanskelighetsgrad.

Kjedsomhet og traumetype

Det var ingen statistisk signifikante forskjeller i kjedsomhet mellom de fem ulike traumeopplevelsene deltakerne var utsatt for ($F(4, 94) = 2,17$, $p = ,085$, $\omega^2 = ,02$). Barn utsatt for vold utenfor hjemmet rapporterte gjennomsnittlig høyest kjedsomhet ($M = ,87$, $SD = 1,92$), mens de som skåret lavest og opplevde kartleggingen som mest interessant var deltakerne som var utsatt for seksuelle overgrep innenfor familien ($M = -,92$, $SD = ,89$). Denne forskjellen i rapportert kjedsomhet kan være tilfeldig. De ulike traumeopplevelsene hadde liten effekt på kjedsomhet. Se tabell 6 på neste side for detaljer.

Antall traumer

Det var ingen statistisk signifikant sammenheng mellom antall traumer og emosjonell opprørthet ($r = ,15$, $n = 99$, $p = ,137$), vanskelighetsgrad ($r = -,09$, $n = 99$, $p = ,184$), eller kjedsomhet ($r = -,18$, $n = 99$, $p = ,078$).

Tabell 6. Enveis ANOVA: Opplevelse av kartleggingen hos barn utsatt for ulike type traumer

	1	2	3	4	5				
	<i>M(SD)</i>	<i>M(SD)</i>	<i>M(SD)</i>	<i>M(SD)</i>	<i>M(SD)</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	ω^2
Emosjonell opprørt	-,22 (1,61)	-,24 (1,45)	-,00 (1,65)	-,43 (1,18)	,60 (1,96)	4, 94	,95	,437	,02
Vanskelighetsgrad	,53 (1,85)	,20 (1,92)	-,23 (1,70)	-,75 (,75)	,13 (2,31)	4, 37	1,88*	,134	,00
Kjedsomhet	-,29 (1,45)	,87 (1,92)	-,07 (1,65)	-,92 (,89)	-,05 (1,54)	4, 94	2,17	,083	,02

Merknad: 1: Ulykke, 2: Vold utenfor hjemmet, 3: Vold i hjemmet, 4: Seksuelle overgrep i familien, 5: seksuelle overgrep utenfor familien. * Ettersom Levene's test var statistisk signifikant ble homogeniteten brutt. Dermed ble Welch's *F* brukt og rapportert i resultat

3.3.3 Ble barnets opplevelse påvirket av kjønn og alder?

Det var statistisk signifikante forskjeller i emosjonell opprørthet ($t(97) = -2,23, p = ,028$) og vanskelighetsgrad ($t(29,8) = -2,38, p = ,023$) mellom kjønnene. Styrkeforskjellen i emosjonell opprørthet mellom gruppene (gjennomsnittsforskjellen = $-,98$, 95 % CI: $-1,85$ til $-,11$) var moderat (Cohen's $d = -,61$). Det var en svak kjønnseffekt i oppgitt vanskelighetsgrad (gjennomsnittsforskjellen = $,91$, 95 % CI: $-1,69$ til $-,13$, $d = -,04$). Det var ikke statistisk signifikante forskjeller i kjedsomhet blant gutter ($M = ,12$, $SD = 2,22$) og jenter, $M = -,02$, $SD = 1,52$; $t(17,8) = ,25, p = ,803$, 95% CI: $-1,07, 1,37$, $d = -,01$. Se tabell 7 for detaljer.

Tabell 7. T-test. Kjønnforskjeller i barnas opplevelser

	Gutter		Jenter		t	df	p	95 % CI	d
	M	SD	M	SD					
Emosjonelt opprørende	-,82,	1,36	,16	1,65	-2,23	97	,028	-1,85, -,11	-,61
Vanskelighetsgrad	-,76	1,21	,15	1,91	-2,39	29,8	,023	-1,69, -,13	-,04
Kjedsomhet	,12	2,22	3,19	-,02	,25	17,8	,803	-1,07, 1,37	-,01

Barnets alder hadde kun sammenheng med hvor vanskelig barna opplevde kartleggingen, $r = ,21, n = 99, p < ,050$. De eldre barna opplevde kartleggingen som vanskeligere enn de yngre barna. Det var ingen statistisk signifikant sammenheng mellom alder og emosjonell opprørthet ($r = ,14, n = 99, p = ,179$) og kjedsomhet ($r = ,13, n = 99, p = ,203$).

3.3.4 Hva predikerte barnas reaksjoner?

Basert på regresjonsanalysene fant vi at PTS-symptomer målt med CAPS-CA ved T3 predikerte best grad av opprørthet også når vi kontrollerte for andre variabler som kjønn, alder, type traumer og antall traumer. Se tabell 8 for standardisert betakoeffisienter.

Regresjonsmodell 1 forklarte 23,5 % ($F(5,85) = 6,54, p < ,001$) av total varians i emosjonell opprørthet. PTS-symptomer predikerte også hvor vanskelig barna opplevde kartleggingen da vi kontrollerte for de samme variablene (kjønn, alder, type traumer og antall traumer). Det var 13,5 % ($F(5,85) = 3,81, p < ,050$) av den totale variansen i vanskelighetsgrad som ble forklart av regresjonsmodell 2. Regresjonsanalysene for totalvariens i kjedsomhet var ikke statistisk signifikant ($F(5,85) = 1,51, p = ,195$), og kun 2,8 % av total varians i kjedsomhet ble forklart av faktorene i regresjonsmodell 3.

Tabell 8: Standardiserte betakoeffisienter for regresjonsmodell 1-3.

	Emosjonell opprørthet			Vanskelighetsgrad			Kjedsomhet		
	β	95 % CI	<i>p</i>	β	95 % CI	<i>p</i>	β	95 % CI	<i>p</i>
PTS-symptomer T3	,49	,02, ,05	,001	,32	,01, ,04	,004	,18	,00, ,03	,126
Type traumer	,05	-,18, ,30	,626	-,19	-,60, ,02	,070	,08	-,38, ,17	,453
Antall traumer	,07	-,12, ,25	,477	-,08	-,31, ,13	,407	,20	-,40, ,01	,066
Kjønn	,05	,02, ,05	,613	,11	-,50, 1,60	,301	-,08	-1,34, ,64	,485
Alder	-,03	-,17, ,13	,792	,13	-,06, ,29	,201	,10	-,09, ,24	,366

Merknad: Regresjonsmodell 1: avhengig variabel: emosjonell opprørthet, og uavhengige variabler: PTS-symptomer målt med CAPS-CA etter behandling, type traumer, antall traumer, kjønn og alder. Regresjonsmodell 2: avhengig variabel: vanskelighetsgrad, og uavhengige variabler: PTS-symptomer målt med CAPS-CA etter behandling, type traumer, antall traumer, kjønn og alder. Regresjonsmodell 3: avhengig variabel: kjedsomhet, og uavhengige variabler: PTS-symptomer målt med CAPS-CA etter behandling, type traumer, antall traumer, kjønn og alder.

3.4 Hvilke barn vil ikke svare igjen?

På spørsmål om barna og ungdommene kunne tenke seg å delta på lignende kartlegging igjen svarte 51 % at de kunne tenkte seg det, 40 % sa kanskje og 9 % svarte at de absolutt ikke ville. Det var ikke de som opplevde kartleggingen som mest emosjonelt opprørende som ikke ville svart igjen, men heller kjedsomhet som predikerte hvem som ikke ville svart igjen. Samlet forklart varians i denne modellen var 20,9 %, $F(3, 95) = 9,65, p < ,001$. Se tabell 9 for standardiserte betakoeffisienter.

Tabell 9. Standardiserte betakoeffisienter for regresjonsmodell 4

	β	95 % CI	p
Kjedsomhet	,48	-,19, ,45	,001
Vanskelighetsgrad	-,01	-,16, -,07	,386
Emosjonell opprørhet	,11	-,06, ,19	,278

Merknad: Regresjonsmodell 4: Avhengig variabel: hvem som ikke vil svare igjen, og uavhengig variabel: emosjonell opprørhet, vanskelighetsgrad, og kjedsomhet.

Alder, kjønn, antall traumer, type traumer og PTS-symptomer (målt med CAPS-CA) etter behandling predikerte ikke hvilke barn som ikke ville svare igjen (se tabell 10.) Samlet forklart varians for denne modellen var 1,4 % og regresjonsmodellen var ikke statistisk signifikant ($F(5, 85) = ,75, p = ,586$).

Tabell 10. Standardiserte betakoeffisienter for regresjonsmodell 5.

	β	95 % CI	p
PTS-symptomer T3	,01	-,01, ,01	,943
Type traumer	-,02	-,18, ,15	,854
Antall traumer	,05	-,10, ,15	,661
Kjønn	-,17	-1,04, ,17	,155
Alder	,10	-,14, ,06	,401

Merknad: Regresjonsmodell 5: avhengig variabel: hvem som ikke vil svare igjen.

Uavhengig variabler: PTS-symptomer målt med CAPS-CA, type traumer, antall traumer, kjønn, og alder

4 Diskusjonen

4.1 Hovedfunnene

Studiens hovedmål var å undersøke hvordan barn og unge henvist til BUP opplevde å bli spurt om sine traumeerfaringer og påfølgende traumerelaterte plager. Resultatene på barnas selvutfylte The Reaction Questionnaire kan oppsummeres med at de fleste barna ikke opplevde kartleggingen som veldig emosjonelt opprørende. Barnets PTS-symptomnivå korrelerte med hvor emosjonelt opprørte barna ble og hvor vanskelig barna opplevde kartleggingen. Det var ingen sammenheng mellom type traumer, antall traumer, kjønn og alder, og hvordan barna opplevde kartleggingen da PTS-symptomer ble kontrollert for. Barn som ikke ville svare på kartleggingen igjen var de som opplevde kartleggingen som kjedelig.

4.1.1 Barna ble ikke så opprørte – hvordan kan vi forstå det?

Flere studier viser at klinikere vegrer seg mot å spørre barn om sensitive temaer fordi de blant annet frykter at barnet skal bli emosjonelt overveldet, at sensitive spørsmål vil påvirke den terapeutiske alliansen og at barnet vil slutte i behandling (Dowd et al., 2002; Hultmann et al., 2014; Read et al., 2007; Slep et al., 2015; Sprague et al., 2012). Det var derimot få barn som opplevde kartleggingen som veldig emosjonelt opprørende. Dette sammenfaller med befolkningsstudier fra USA der en liten prosentandel av deltakerne opplevde intervju spørsmål om traumer og relaterte plager som opprørende (Finkelhor et al., 2014; Zajac et al., 2011). Ettersom alle barna i hovedoppgavestudien var i BUP og hadde opplevd traumatiserende hendelser og hadde et høyt symptomtrykk var det forventet at barna skulle oppleve spørsmålene som mer opprørende enn barn og unge i befolkningsstudiene. I befolkningsstudiene har deltakerne på forhånd samtykket til å svare på sensitive spørsmål, og er en del av normalpopulasjonen. I motsetning til barna i denne studien som er henvist fordi de har psykologiske vansker, der spørsmål om traumer er en del av utredning for å utvikle en behandlingsplan. Derfor var det overraskende at ikke flere barn og unge i BUP opplevde spørsmålene som veldig opprørende.

I befolkningsstudien av Finkelhor et al. (2014) var det derimot en gruppe ungdommer som hadde vært utsatt for barnemishandling, seksuelle overgrep og hadde selvmordstanker. Blant

disse ungdommene var det en tredjedel som opplevde intervju spørsmålene som opprørende. Det var betydelig flere enn i hovedoppgavens studie. Det kan dermed være ulike grunner til at barn og unge i BUP ikke ble veldig opprørte. I møte med terapeuten i BUP kan barnet ha forventinger om at terapeuten vil stille mange spørsmål om deres livshistorie, og spørsmål om hva barnet og ungdommen opplever som strevsomt. Barnets forventinger kan dermed ha bidratt til at han eller hun ikke ble mer opprørte da terapeuten spurte om traumeopplevelser. Barna kan også ha en oppfatning av at spørsmålene ble stilt fordi terapeuten ønsket å forstå barnets plager og symptomer, og for å gi barnet nødvendig hjelp for at barnet skal få det bedre. Dette kan ha ført til at spørsmålene opplevdes lite opprørende. Videre kan det være slik at barnet har utviklet måter å mestre følelsene sine på slik at de ikke blir overveldet av spørsmål om traumehistoriene sine. Terapeutens væremåte og imøtekommenhet kan også ha påvirket hvorfor barna opplevde kartleggingen som lite opprørende. De fleste terapeuter streber etter å møte barn og unge på en empatisk, anerkjennende og bekreftende måte. Ved å respondere adekvat på barnets traumehistorier kan barnet ha opplevd situasjonen som trygg og lite opprørende.

Det var likevel noen barn som rapporterte at de ble veldig emosjonelt opprørte, og det er viktig at terapeuter er klar over disse barna slik at de blir ivaretatt på best mulig måte. I møte med barn som blir veldig emosjonelt opprørt er det viktig at terapeuten anerkjenner deres opplevelser, gir barnet håp om at de kan få det bedre med seg selv og i sin familie, samt validerer barnets følelsesreaksjoner som naturlige og ufarlige. På den måten signaliserer terapeuten at han/hun også kan tåle barnets følelsesmessige reaksjoner, og terapeuten kan bidra til at barnet i mindre grad opplever at han/hun står alene. De barna i denne studien som opplevde kartleggingen som veldig opprørende fullførte likevel behandlingen, og det gir støtte til at også de barna som opplever spørsmålene som veldig emosjonelt opprørende kan bli stilt slike spørsmål uten at terapeuten risikerer at de avslutter behandlingen, eller at barnet motsetter seg hjelp knyttet til bearbeiding av traumehistorien sin.

4.1.2 Sammenhengen mellom PTS-symptomer og emosjonell opprørthet

Barna med høyere PTS-symptomer opplevde kartleggingen som mer emosjonelt opprørende enn de med lavere PTS-symptomer. Dette var ikke et overraskende funn ettersom barn med posttraumatisk stresslidelse kan få gjenopplevelsesreaksjoner, samt at stressresponser kan aktiveres (Pynoos et al., 1999; Shenk et al., 2012; Sullivan et al., 2005; Thompson & Waltz,

2010). Dette gir støtte til hypotesen om at gjenkalling og påminnelse av vonde opplevelser kan være veldig ubehagelig og vekke sterke emosjonelle reaksjoner (Pynoos et al., 1999). Dette samsvarer også med resultatene fra amerikanske befolkningsstudier hvor barn og unge med høyere PTS-symptomer ble mer opprørte enn de med lavere PTS-symptomer, og at de med PTSD-diagnose opplevde spørsmål om traume og relaterte plager som mer opprørende enn de uten diagnosen (Finkelhor et al., 2014; Zajac et al., 2011).

Det kan være utfordrende for terapeuten å oppleve at spørsmål han/hun stiller vekker sterke reaksjoner hos et barn med PTS-symptomer. Terapeuten kan undre seg over om disse barna bør slippe å bli stilt spørsmål om traumer fordi de blir veldig emosjonelt opprørte. I slike tilfeller er det viktig at terapeuten vet at unngåelse og undertrykkelse av følelser som vekkes ved påminnelse om traumehistorien er en del av symptombildet ved PTSD. Unngåelsen kan være sterk og opprettholdende for barnets PTSD-diagnose (Thompson & Waltz, 2010). Dersom terapeuten bidrar til unngåelse ved å ikke snakke om eller spørre om barnets traumehistorie vil det kunne bidra til å opprettholde barnets unngåelsesatferd. I forlengelse av unngåelse fra både terapeuten og barnets side kan terapeuten sende uheldige signaler om at sterke følelser er farlige og må unngås, eller at barnets opplevelser ikke kan snakkes om (Becker-Blease & Freyd, 2007). Det er likevel slik at barn med PTS-symptomer bør kartlegges for traumer og traumerelaterte plager ettersom disse barna har nytte av traumespesifikk behandling med intervensjoner direkte knyttet til traumehistorien og traumerelaterte plager. I møte med disse barna stilles det høyere krav til terapeuten om å være oppmerksom, anerkjenne og validere barnets følelser og opplevelser slik at barnet i størst mulig grad opplever kartleggingen og påfølgende behandling som nyttig og positivt til tross for høyere emosjonell aktivering.

4.1.3 Hvor vanskelig opplevde barna at kartleggingen var?

Det var mange barn som opplevde kartleggingen som lett, mens ett fåtall synes kartleggingen var vanskelig. Det kan være at de ikke forstod spørsmålene eller at de synes det var forvirrende å svare på kartleggingsspørsmålene. Det kan være flere grunner til at barn synes at kartlegging er vanskelig, men analysene viste at PTS-symptomer best predikerte hvem som opplevde kartleggingen som vanskeligst. Studien gir ikke noe svar på hva som kan gjøre kartleggingen mindre vanskelig for barna, men vi vet at direkte og konkrete spørsmål kan være lettere å forholde seg til enn lange og kompliserte spørsmål (Myhre et al., 2015; Read et

al., 2007; Thoresen & Hjemdal, 2014). Det er problematisk om barnet ikke forstår spørsmålene eller synes de er vanskelige. Det kan føre til at terapeuten ikke får vite om hendelser eller plager og symptomer som kan bidra til å lage en god behandlingsplan. I møte med barn som har høyere PTS-symptomnivå er det viktig at terapeuten stiller konkrete og direkte spørsmål på en måte som gjør at barna blir mindre forvirret og at de forstår spørsmålene. Det kan være til hjelp for barnet om spørsmålene gjentas eller at terapeuten spør om barnet forstod spørsmålet. Dette kan bidra til at barnet svarer på spørsmålet som faktisk stilles, og at terapeuten ikke får feil svar eller går glipp av viktig informasjon. Det kan også være at barna synes det var vanskelig å svare på spørsmålene på grunn av sine reaksjoner på spørsmålene, heller enn at spørsmålene i seg selv var vanskelige.

Jentene i studien opplevde kartleggingen som vanskeligere enn guttene. Det kan henge sammen med at jentene oftere har vært utsatt for interpersonlige traumer, og at følelsen av skam, som ofte følger slike type traumer, gjør det vanskeligere for dem å svare eller at spørsmålene var vanskelig å forstå. Terapeutens holdning kan få betydning for jentenes følelse av skam og skyld (Myhre et al., 2015). Ved at terapeuten adresserer disse følelsene og anerkjenner dem kan det bidra til at jentene i mindre grad føler seg alene om følelsene. Dette kan videre bidra til at jentene opplever kartleggingen som mindre vanskelig. Ettersom noen barn ikke forstår spørsmålene er det viktig at terapeuten sjekker ut om barnet har forstått spørsmålene.

Det var uventet at de yngre barna opplevde kartleggingen lettere enn de eldre barna. Alle barna ble stilt de samme spørsmålene, men det kan være at terapeuten oftere var påpasselig med å sjekke om de yngre barna forstod spørsmålene slik at det ikke ble noen misforståelser eller forvirring. De eldre barna synes spørsmålene var vanskeligere enn de yngre barna, og dette kan ha en sammenheng med at de eldre barna hadde opplevd flere traumer. Dette kan gjøre det vanskeligere for ungdommene å skille mellom traumene de har opplevd. Dermed blir spørsmålene vanskelige å svare på fordi barna og ungdommene skulle ta utgangspunkt i enkelte traumer når de beskrev sine symptomer. Det kan også være at ungdommenes kognitive utvikling gjør at de stiller høyere krav til seg selv i form av hvor godt de burde svare på spørsmålene, og dermed synes at spørsmålene var vanskelige eller forvirrende. Studien gir ikke svar på dette, men det kan være viktig for terapeuter å vite at selv eldre barn kan synes at spørsmål om traumer er vanskelige å forstå eller svare på, og at terapeuten derfor må sjekke om spørsmålene er riktig forstått.

4.1.4 Hvor kjedelig opplevde barna at kartleggingen var?

Noen barn opplevde kartleggingen som kjedelig, og det er kanskje ikke overraskende ettersom kartleggingen varte mellom én til to timer og ble gjennomført flere ganger. Det var ingen sammenheng mellom hvor kjedelig barna synes kartleggingen var og barnets alder, kjønn, eller PTS-symptomer. Kassam-Adams og Newman (2005) fant også at en del trafikkutsatte barn opplevde spørsmål om ulykken og akutte stressreaksjoner som kjedelige. Kanskje henger barnets opplevelse av kjedsomhet sammen med antall spørsmål barnet måtte svare, heller enn hvilke type spørsmål barnet måtte svare på. Studien undersøkte ikke andre mulige forklaringer på hvorfor noen barn opplevde kartleggingen som kjedelig, men man kan spekulere i om barna opplevde kartleggingen som kjedelig hvis de var trøtte, om kartleggingen ble gjort mot slutten av skoledagen eller om det var andre faktorer ved kartleggingssituasjonen som påvirket kjedsomhet. Burde derfor terapeuten tilrettelegge kartleggingen slik at barna opplever den som mindre kjedelig? Det er viktig at barna føler seg motivert til å svare på spørsmålene ettersom svarene er nødvendige for å utarbeide en behandlingsplan.

4.1.5 Sammenhengen mellom type og antall traumer og barnets opplevelse

Resultatene viste at det ikke var signifikante forskjeller mellom hvordan barna opplevde kartleggingen og type traumeerfaringer. En amerikansk befolkningsstudie fant heller ingen forskjell i hvor opprørte barna ble av spørsmål om traumer ut i fra sine ulike traumeopplevelser (Finkelhor et al., 2014). Selv om det ikke var noen signifikante forskjeller kan det være interessant å diskutere noen enkelte resultater.

I hovedoppgavens studie rapporterte barn som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep utenfor hjemmet høyest grad av emosjonell opprørthet. Dette sammenfaller med Zajac et al. (2011) sin befolkningsstudie der barn og unge som hadde opplevd seksuelle overgrep opplevde traumespørsmål som mer opprørende enn de som hadde opplevd andre traumeopplevelser. Litteraturen viser at interpersonlige traumer fører til sterkere reaksjoner og forhøyede PTS-symptomer sammenlignet med ikke-interpersonlige traumer (Alisic et al., 2014). Barn som har opplevd seksuelle overgrep føler ofte på skam og skyld, og disse følelsene kan bidra til at kartleggingen oppleves emosjonelt opprørende. Resultatet kan også være knyttet til at de fleste som utsettes for seksuelle overgrep er jenter, og det diskuteres om

kvinner har biologiske markører som gjør at de reagerer sterkere og kan oppleve spørsmål om traumeopplevelsene sine som mer emosjonelt opprørende (Olf et al., 2007). Det er likevel interessant å merke seg at det var barna som hadde opplevd seksuelle overgrep utenfor familien som opplevde kartleggingen som mest emosjonelt opprørende, mens barna som hadde opplevd seksuelle overgrep innad i familien opplevde kartleggingen som minst emosjonelt opprørende. Det er viktig å merke seg at forskjellene ikke er statistisk signifikante og dermed kan skyldes ren tilfeldighet. Barna som opplevde kartleggingen som vanskeligst var barn som hadde vært utsatt for ulykker, mens de som hadde vært utsatt for vold utenfor hjemmet opplevde kartleggingen som kjedeligst. Disse forskjellene var ikke statistisk signifikante, og vi kan dermed ikke trekke noen konklusjoner på bakgrunn av resultatet. Resultatet kan likevel indikere at barn utsatt for ulike traumetyper kan oppleve kartleggingen forskjellig, og at barn utsatt for ulike type traumer kan bli stilt spørsmål om traumer uten at det vil føre til at de avslutter terapien.

Det var ingen sammenheng mellom antall traumer og hvor emosjonelt opprørende, vanskelig eller kjedelig barna opplevde kartleggingen barna. En amerikansk befolkningsstudie fant heller ingen sammenheng mellom antall traumer barna var utsatt for og hvor opprørte de ble (Finkelhor et al., 2014). Terapeuten bør likevel spørre om barnet har vært utsatt for flere traumer ettersom barn ofte er utsatt for flere type traumer, samt at multiple traumer kan gjøre symptomtrykket betydelig større (Finkelhor, Ormrod, Turner, et al., 2007; B. L. Green et al., 2000; Myhre et al., 2015; Radford et al., 2013; Turner et al., 2006). Terapeuten må tilpasse behandlingen slik at pasientens ulike traumehistorier blir en del av traumebehandlingen.

4.1.6 Barna som ikke ville svare igjen

Det siste spørsmålet barna svarte på i spørreskjemaet om deres opplevelse av kartleggingen var om de ville svare på kartleggingen igjen. Omtrent halvparten svarte at de kunne tenke seg å svare på en slik kartlegging hvis de ble spurt igjen, og dette sammenfaller med andre studier som viste at flertallet av barn og unge som ble spurt om traumer var villige til å delta senere eller bli kontaktet igjen (Finkelhor et al., 2014; Myhre et al., 2015; Thoresen & Hjemdal, 2014). Det at mange barn rapporterer at de er villige til å svare på traumespørsmål igjen tyder på at en del barn opplever kartleggingen som akseptabel, og at barn og unge kan bli stilt sensitive spørsmål selv om noen opplever spørsmålene som emosjonelt opprørende, kjedelige

og vanskelige. Det kan også hende at de som strever mest synes at spørsmålene er mest relevant for dem og deres plager, slik at de er positive til å svare på kartleggingen igjen.

Kun et fåtall svarte at de absolutt ikke ville svare på spørsmålene igjen, og det var ikke de barna som hadde opplevde kartleggingen som opprørende. Dette var overraskende ettersom flere terapeuter har uttrykt bekymring for at spørsmål om traumer kan være emosjonelt opprørende og overveldende for barnet, hindre en god terapeutisk allianse og føre til at de ikke vil tilbake til klinikken (Hultmann et al., 2014; Read et al., 2007; Slep et al., 2015; Sprague et al., 2012). I en amerikansk befolkningsstudie der barn ble spurt om traumer og relaterte plager, var det kun ett barn av 2312 barn og unge som sa at de ikke ville delta igjen på grunn av innholdet i spørsmålene (Finkelhor et al., 2014). Selv om barna opplevde kartleggingen som veldig emosjonelt opprørende var det altså ikke disse barna som absolutt ikke ville delta i kartleggingen igjen. Basert på hovedoppgavens resultater kan terapeuter være mindre bekymret for at emosjonelt aktiverte barn vil avslutte behandlingen på bakgrunn av spørsmål om traumeopplevelser, og terapeuten kan være tryggere på at disse barna til en viss grad kan mestre emosjonell aktivering. Hvorvidt barnas mestringsstrategier er adaptive eller ikke vil videre bli en del av behandlingen slik at barna kan utvikle adaptive mestringsstrategier. Det er likevel viktig at terapeuten responderer adekvat på barnets opplevelse av kartleggingen slik at opplevelsen av den blir mindre negativ.

Det var derimot de barna som opplevde kartleggingen som kjedelig som ikke ville svare igjen. Dermed er barnets opplevelse av om kartleggingen er interessant eller kjedelig mer avgjørende for om de vil svare på lignende spørsmål igjen, enn om de blir emosjonelt opprørte. En befolkningsstudie fant også at de fleste barn og unge ikke ville delta igjen fordi de opplevde intervjuet for lang, og kanskje oppfattet intervjuet som kjedelig (Finkelhor et al., 2014)? Barnets type traumeerfaringer predikerte heller ikke hvem som ikke ville svare igjen, slik Myhre et al. (2015) fant i sin studie. I en intervjuundersøkelse av norske 16- og 17-åringer var det de som hadde vært utsatt for vold og overgrep som var mer villige til å bli kontaktet igjen enn de som ikke hadde vært utsatt for traumer. Barnets alder, kjønn eller antall traumer barnet hadde vært utsatt for predikerte heller ikke hvem som ikke ville svare igjen. Terapeuten bør imidlertid finne ut av hvordan kartleggingen blir mer interessant for det enkelte barnet slik at de forblir engasjerte og fullfører kartleggingen, ettersom det ansees som nødvendig for å lage en tilpasset behandlingsplan.

4.2 Styrker og begrensninger ved studien

Denne studien har en del styrker og begrensninger som bør nevnes. Studiens styrke var det kliniske utvalget bestående av barn og unge i BUP som hadde vært utsatt for traumer og PTS-symptomer, og at disse barna ble spurt om sine opplevelser. Det er ingen lignende studier som har undersøkt hvordan traumeutsatte barn og unge i et terapiforløp opplever å bli kartlagt for traumer og traumerelaterte plager. Dette var manglende kunnskap og studien var derfor nødvendig for å bidra til mer informasjon om barnets egenopplevelse.

En annen styrke var at The Reaction Questionnaire som barna fikk utdelt etter T3 var et anonymt selvutfyllingsskjema, og på den måten kunne barna svare oppriktig uten å ta hensyn til kartleggeren. Spørreskjemaet er benyttet i andre studier som gjør det mulig å sammenligne etter hvert som mer forskning om barnets egenopplevelse finner sted. Kartleggingen av barna og ungdommene ble utført av kliniske psykologer med spesifikk kompetanse på barn og traumer. På den måten var kartleggingssituasjonen best mulig tilrettelagt slik at barna ble stilt spørsmål av personer med god kompetanse på å respondere adekvat på barns reaksjoner.

Begrensninger ved studien var blant annet at barnas opplevelse av kartleggingen ble gjort ved avslutning av behandlingen, slik at studien ikke kan gi noen indikasjon på hvordan barnet opplevde kartleggingen i den innledende fasen av utredningen i BUP. Kartleggingen ble ikke utført av barnets egen terapeut, og man kan stille seg spørsmål om barnet ville ha opplevd kartleggingen annerledes dersom barnets terapeut utførte kartleggingen. Det kan være vanskelig å konkludere noe knyttet til traumetype ettersom barn i én traumegruppe også kan ha vært utsatt for traumer i en annen traumegruppe. For eksempel kan et barn plassert i gruppen med ”utsatt for seksuelle overgrep innad familien” også ha opplevd vold i hjemmet. Gruppene er kategorisert på bakgrunn av barnets oppgitte verste traume. Dette er en klinisk studie, og derfor er det ikke mulig å manipulere gruppene slik at de blir ”rene”. Utvalget består heller ikke av barn under 10 år, og resultatene er derfor ikke representative for barn under 10 år.

4.2.1 Studiens validitet og reliabilitet

Ytre validitet

Studiens kliniske utvalg bidrar til å styrke studiens generaliserbarhet til å omhandle barn og unge henvist til BUP rundt omkring i landet som har opplevd én eller flere traumer og har utviklet PTS-symptomer. Dette bidrar til en sterk ytre validitet som omhandler generaliserbarheten av studiens resultater til andre utvalg (Bordens & Abbott, 2008). Utvalget bestod ikke av en kontrollgruppe med barn som har vært utsatt for traumer uten klinisk signifikante PTS-symptomer, eller traumeutsatte barn som ikke er henvist til BUP. Studien er dermed mindre representativ for disse barna og kan ikke generaliseres til å gjelde alle barn som har vært utsatt for traumer, eller traumeutsatte barn uten signifikante PTS-symptomer.

I psykoterapiforskning vil frafall fra behandling forekomme. Nøyaktige data på frafall i BUP i Norge er ukjent, men frafall i behandling av amerikanske barn og familier ligger på mellom 40-60 prosent (Kazdin, 1996; Wierzbicki & Pekarik, 1993). I studien var det 36 prosent frafall, og frafallsprosenten er ikke høyere enn ved annen type terapi for barn og unge. Dersom frafallet skyldes systematiske forskjeller mellom utvalgsgruppen og frafallsgruppen ville det påvirket det gjenværende utvalgets representativitet, og legge begrensninger på resultatets generaliserbarhet. Det var imidlertid ikke systematiske forskjeller mellom frafallsgruppen og utvalgsgruppen, og dermed kan utvalgsgruppen være representativt for barn og unge i BUP som har opplevd traumer og utviklet PTS-symptomer. En annen begrensning ved studien er utvalgets kjønns- og aldersfordeling. Jenter i tenårene er overrepresentert i utvalget, noe som kan svekke generaliserbarheten til å gjelde gutter og yngre barn.

Indre validitet

En viktig del av hovedoppgavens mål var å undersøke hvordan barn og unge i BUP opplevde å bli kartlagt for traumer, og for å vurdere om studiens design ga mulighet til å undersøke dette må man se nærmere på studiens indre validitet. Indre validitet omhandler hvorvidt designet gir mulighet til å teste hypoteser man vil undersøke på en tilfredsstillende måte. Den indre validiteten vil være truet i den grad det finnes ytre variabler som kan gi andre mulige forklaringer på resultatene som studiet gir (Bordens & Abbott, 2008). Andre variabler som kan ha påvirket barnas opplevelse av kartleggingen er at kartleggingen også inneholdt spørsmål om depresjon, angst og generell fungering. Det kan være at spørsmål om dette

påvirket barnets opplevelse, og ettersom det ikke var inkludert i analysen vet vi ikke sikkert om det kun var spørsmål om traumeopplevelser og spørsmål om PTS-symptomer som førte til at barna opplevde kartleggingen som emosjonelt opprørende, vanskelig eller kjedelig. Videre kan barnas opplevelse ha vært påvirket av at barna ble spurt om hvordan de opplevde kartleggingen etter avsluttet behandling. Man kan spekulere i om behandlingsforløpet og behandlingsutfallet kan ha påvirket barnas opplevelse av kartleggingen. Statistiske analyser viste imidlertid at det ikke var noen forskjeller i hvordan barn og unge de to behandlingsgruppene (TF-CBT og TAU) opplevde kartleggingen. Det var ikke kontrollert for om behandlingsutfall eller andre mulige innvirkende faktorer som sosioøkonomisk status, etnisitet, og tilgjengelig støtte kan ha påvirket hvordan barna opplevde kartleggingen.

Reliabilitet

Reliabiliteten til en skala dreier seg om dens evne til å produsere de samme resultatene under lignende betingelser ved gjentatte tilfeller (Bordens & Abbott, 2008). I forskning og ved bruk av skalaer som måling av ulike psykologiske fenomener er det spesielt viktig at måleinstrumentene gir pålitelige resultater. I denne oppgaven ble måleinstrumentet CAPS-CA brukt for å måle PTS-symptomer og spørreskjemaet The Reaction Questionnaire ble brukt for å måle barnets opplevelse av kartleggingen. Reliabiliteten til CAPS-CA har vist seg å være tilfredsstillende og godt dokumentert (Hukkelberg, Ormhaug, Holt, Wentzel-Larsen & Jensen, 2014; Nader et al., 2004). I denne oppgaven ble totalskårene emosjonell opprørhet, vanskelighetsgrad og kjedsomhet laget med utgangspunkt i The Reaction Questionnaire. Reliabiliteten, eller den indre konsistensen, ble målt med Spearman Brown og vurdert som akseptabel for denne studien. Likevel er det noen svakheter som må trekkes fram. Hver av totalskårene har få ledd, og det hadde vært foretrukket om de inneholdt flere ledd. Dette innebærer at spørreskjemaet The Reaction Questionnaire burde inneholdt flere spørsmål, men prinsippal komponent analyse styrker totalskårenes innholdsvaliditet ettersom analysen viste at spørsmålene fanger opp det de er ment å måle. En utfordring ved spørsmålet om hvor vanskelig barna opplevde kartleggingen er at barna kan ha forstått spørsmålet ulikt. De kan ha svart på det ut i fra en oppfatning om at de enten skulle svare på hvor vanskelig de opplevde kartleggingen emosjonelt eller hvor kognitivt vanskelig spørsmålene i kartleggingen var. Dette kan svekke innholdsvaliditeten til totalskåren vanskelighetsgrad.

4.3 Implikasjoner og fremtidig forskning

De etiske dilemmaene som ofte blir drøftet relatert til kartlegging av traumer dreier seg blant annet om kostnad- og nyttevurderinger. Dette dreier seg om hvorvidt det er greit å spørre om traumer, hvorvidt deltagelse i forskning eller spørsmål om traumer kan føre til skade, og hvorvidt deltagelse eller spørsmål om traumer fører til økte emosjonelle reaksjoner vurdert opp mot behovet for å vite om traumer (Becker-Blease & Freyd, 2007; Dyb, 2007; Legerski & Bunnell, 2010; Mudaly & Goddard, 2009; Newman & Kaloupek, 2005; Newman et al., 2006). Hovedoppgaven kan bidra med empiriske funn som vil være nyttige i slike kostnad-nyttevurderinger. Økt kunnskap om barnets egenopplevelse bidrar til at klinikere kan ta forskningsbaserte avgjørelser knyttet til hvorvidt han/hun bør kartlegge for traumeerfaringer og traumerelaterte plager.

En del av klinikerens frykt var at barnet skulle ta skade av eller bli veldig opprørt av spørsmål om traumer (Dowd et al., 2002; Hultmann et al., 2014; Read et al., 2007; Slep et al., 2015; Sprague et al., 2012). Hovedoppgavens resultater gir en indikasjon på at klinikerne ikke nødvendigvis trenger å bekymre seg fordi de fleste barna opplevde kartleggingen som mindre emosjonelt opprørende. Studien viste at det var noen som ble veldig emosjonelt opprørte, og det var forventet ettersom samtlige hadde utviklet klinisk signifikante symptomer på PTSD. Dette understreker betydningen av at terapeuten må møte barnets responser med forståelse, og invitere til en samtale om hendelsen og hva de har betydd for barnet. Dette gir også terapeuten en anledning til å formidle hvordan terapien kan hjelpe barnet med disse vanskene.

Noen barn utsatt for traumer utvikler ikke PTSD, men de som utvikler PTSD har nytte av traumespesifikk behandling (Carr, 2004; J. A. Cohen et al., 2006; Ehlers et al., 2010; Ehring et al., 2014; Silverman et al., 2008). Studien viste at barn og unge med høyere PTS-symptomer skåret høyere på emosjonell opprørthet og vanskelighetsgrad, og dette bør klinikerne være oppmerksom på. Det er likevel viktig å understreke at dette var barn som tross høyere emosjonell opprørthet og PTS-symptomer fullførte behandlingsforløpet, og var villige til å svare på kartleggingen igjen. Dette støtter viktigheten av å spørre om traumer slik at traumeutsatte barn med PTSD kan motta behandling som vil være nyttig for dem. Uten kjennskap til barnets traume kan man risikere at barnet blir feildiagnostisert og får feil behandling (Reigstad & Kvernmo, 2015; Szymanski et al., 2011; Weinstein et al., 2000).

Studien gir derimot ingen indikasjon på at barnets alder, kjønn, type traumeerfaringer eller at antall type traumer barnet har vært utsatt for, er noe terapeuten bør ta spesielle hensyn til når han/hun spør om traumer og traumerelaterte plager. Dette svekker likevel ikke nødvendigheten av å tilrettelegge kartlegging eller spørsmål om traumer slik at barn føler seg anerkjent, bekreftet og ivaretatt.

Det er nødvendig at barn blir stilt direkte spørsmål om traumer ettersom mange traumeutsatte barn og voksne går flere år uten å ha fortalt om traumeerfaringen sine til noen (McElvaney et al., 2014; Myhre et al., 2015; Thoresen & Hjemdal, 2014). Gjennom systematisk kartlegging av traumer kan klinikeren skape en anledning og tilrettelegge for at barnet kan snakke om traumer. Det betyr likevel ikke at systematisk kartlegging vil føre til at alle barn og unge forteller om sine traumeerfaringer. Vi kan anta at en del barn fremdeles ikke vil rapportere om sine erfaringer, men kartleggingen vil være nødvendig for å øke sjansen for at flere får muligheten til å fortelle om sine opplevelser. Dette kan bidra til at vi avdekker flere traumer hos barn. Terapeuten bør særlig undersøke om barnet fortsatt er i fare for overgrep eller mishandling. Ved avdekking av pågående traumer har terapeuten meldeplikt til barnevernet, men terapeutens viktigste oppgave vil alltid være å støtte barnet og anerkjenne barnets opplevelser og plager.

Det kan være utfordrende å tillegge den enkelte terapeut ansvar for å kartlegge traumer ettersom flere vegrer seg mot å spørre, og er redde for at de utsetter familien for fare (Slep et al., 2015). Wills, Ritchie og Wilson (2008) argumenterer for at dersom flere terapeuter skal spørre om traumer må kartlegging systematisk innføres på et organisasjonsnivå. Organisasjonen bør ta opp barrierene som rapporteres av terapeutene, og finne strategier for å redusere disse.

Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet (2014) har utarbeidet en tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep. En del av tiltakene er å tydeliggjøre helse- og omsorgstjenestens sitt ansvar for å bidra til å avdekke og gi nødvendig hjelp til barn og unge utsatt for vold og seksuelle overgrep. Det vektlegges at den enkelte som arbeider med barn og ungdom har et ansvar, samtidig som de presiserer et behov for bedre rutiner. Dette er et viktig og vesentlig ledd i en utvikling mot at barn og unge blir spurt om traumer. Denne studien bidrar til å økt kunnskap om at de fleste barna ikke opplever kartleggingen som veldig emosjonelt opprørende, og bidrar til å formidle viktigheten av å spørre barn om traumer.

Konsekvensene ved å unnlate å spørre om traumer er for store til å la være å spørre om traumer, samtidig som avdekking av traumer bidrar til større nytte for barnet.

Avdekking av vold og seksuelle overgrep skal inngå som tema når framtidige relevante veiledere og faglig retningslinjer i helse- og omsorgstjenesten utarbeides (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2014). Lothian og Read (2002) anbefalte og oppfordret til at traumehistorier blir kartlagt som en del av utredningsrutinen, og de mente at klinikker vil dra fordel av en felles anbefaling knyttet til når og hvordan terapeuter spør om traumer, hvordan klinikere skal respondere på avsløringer, terapimuligheter for traumeutsatte, og håndtering av utfordringer knyttet til rapportering av mishandling til offentlige instanser, for eksempel barnevernet og/eller politiet. Gjennom opplæring, administrativ veiledning, kurs og trening vil klinikerne bli tryggere på sin rolle ved møte av traumeutsatte barna, og deres foresatte (Hultmann et al., 2014).

Hvordan en slik systematisk innføring av traumekartlegging bør gjennomføres er fortsatt gjenstand for forskning. I denne studien ble barna kartlagt ved bruk av både klinisk intervju og selvutfyllingsskjema, men hvilke av måtene kan bidra til at barn lettere forteller om sine traumeopplevelser? Videre kan det være nyttig å undersøke hvordan barn under 10 år opplever å bli kartlagt for traumer. Hvordan tilpasse kartlegging for de yngste barna? Vil foreldrenes opplevelse på noen måte påvirke barnets oppfatning av nytten og betydningen av traumekartlegging? Dette er også viktige spørsmål som bør undersøkes nærmere. Til syvende og sist blir det viktigst å gi barnet en anledning til å fortelle om traumeerfaringene sine. Hvordan terapeuter spør barn om traumeerfaringer er sekundært sammenlignet med hvor viktig det er å spørre barna om traumer.

4.4 Konklusjon

Denne studien er en av svært få studier som har undersøkt hvordan barn og unge i BUP opplever å bli kartlagt for traumer og traumerelaterte plager. Resultatene fra studien gir viktig informasjon om deres opplevelse, og kan bidra til å støtte opp om viktigheten av å spørre barn om traumer. Flertallet av barna opplevde ikke kartleggingen som veldig emosjonelt opprørende, og de som opplevde kartleggingen som veldig emosjonelt opprørende fullførte likevel behandlingsforløpet og var villig til å svare på kartleggingen igjen. PTS-symptomer

predikerte best hvor emosjonelt opprørende og vanskelig barna opplevde kartleggingen. Det var noen barn som opplevde kartleggingen som kjedelig, og det var disse barna som ikke ville delta i kartleggingen igjen. Det bør være de voksnes ansvar å spørre barn om traumeopplevelser og traumerelaterte plager tross terapeuters egne barrierer.

Det er en del barn som aldri forteller om sine traumeopplevelser. Derfor er det også veldig viktig at barna blir spurt om sine livserfaringer, deriblant traumeopplevelser, slik at de som har utviklet PTSD og har nytte av traumespesifikk behandling kan bli tilbudt terapi. Terapeutene bør møte barna med empati, anerkjennelse, bekreftelse og respondere adekvat på barnas historier. På den måten kan terapeuten bidra til at barna opplever kartlegging eller spørsmål om traumer som mindre opprørende eller vanskelig.

Den antatte risikoen ved å spørre om traumer støttes ikke av denne studien ettersom få barn ble veldig emosjonelt opprørte, samt at det ikke var barna som opplevde kartleggingen som veldig emosjonelt opprørende som ikke ville svare igjen. Det var faktisk de barna som opplevde kartleggingen som veldig kjedelig som ikke ville svare igjen. Studien gir støtte til at det heller er større konsekvenser assosiert med å unnlate å spørre om traumeopplevelser og traumerelaterte plager, deriblant at traumene ikke blir avdekket, barnets traumeopplevelser blir ikke bearbeidet, barn kan feildiagnostiseres, barnet kan risikere og ikke få tilpasset behandling, samt at barnets symptomer kan forverres.

Litteraturliste

- Alisic, E., Zalta, A. K., van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K. & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 204(5), 335-340. doi: 10.1192/bjp.bp.113.131227
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4 utg.). Washington DC: APA.
- Angold, A., Costello, E. J., Messer, S. C. & Pickles, A. (1995). Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5(4), 237-249.
- Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2014). *En god barndom varer livet ut. Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014-2017)*. Norge: Regjeringen.
- Becker-Blease, K. A. & Freyd, J. J. (2006). Research participants telling the truth about their lives: The ethics of asking and not asking about abuse. *American Psychologist*, 61(3), 218-226. doi: 10.1037/0003-066X.61.3.218
- Becker-Blease, K. A. & Freyd, J. J. (2007). The ethics of asking about abuse and the harm of "don't ask, don't tell.". *American Psychologist*, 62(4), 330-332. doi: 10.1037/0003-066x.62.4.330
- Birhamer, B., Brent, D. A., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S. & Bauger, M. (1999). Psychometric properties of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): A replication study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 30(3), 376-384. doi: 10.1097/00004583-199910000-00011
- Bordens, K & Abbott, B. (2008). *Research design and methods - A process approach* (7. utg.). New York: McGraw-Hill.
- Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, ptsd, and other posttrauma disorders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(3), 198-210. doi: 10.1177/1524838009334448
- Briggs, S. R. & Cheek, J. M. (1986). The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. *Journal of Personality*, 54(1), 106-148. doi: 10.1111/j.1467-6494.1986.tb00391.x
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359(9314), 1331-1336. doi: 10.1016/S0140-6736(02)08336-8

- Carifio, J. & Perla, R. (2008). Resolving the 50 - year debate around using and misusing Likert scales. *Medical Education*, 42(12), 1150-1152. doi: 10.1111/j.1365-2923.2008.03172.x
- Carr, A. (2004). Interventions for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Developmental Neurorehabilitation*, 7(4), 231-244. doi: 10.1080/13638490410001727464
- Chu, A. T., DePrince, A. P. & Weinzierl, K. M. (2008). Children's perception of research participation: Examining trauma exposure and distress. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, 3(1), 49-58. doi: 10.1525/jer.2008.3.1.49
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd utg.). New York: Academic Press.
- Collogan, L. K., Tuma, F., Dolan-Sewell, R., Borja, S. & Fleischman, A. R. (2004). Ethical issues pertaining to research in the aftermath of disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 17(5), 363-372. doi: 10.1023/B:JOTS.0000048949.43570.6a
- Dowd, M. D., Kennedy, C., Knapp, J. F. & Stallbaumer-Rouyer, J. (2002). Mothers' and health care providers' perspectives on screening for intimate partner violence in a pediatric emergency department. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156(8), 794-799. doi: 10.1001/archpedi.156.8.794
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Giles, W. H. & Anda, R. F. (2003). The impact of adverse childhood experiences on health problems: Evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive Medicine*, 37(3), 268-277. doi: 10.1016/S0091-7435(03)00123-3
- Dyb, G. (2007). Ta barnet på alvor - også i forskning. *Forskningsetikk*, 1, 12-15.
- Dyregrov, K., Dyregrov, A. & Raundalen, M. (2000). Refugee families' experience of research participation. *Journal of Traumatic Stress*, 13(3), 413-426. doi: 10.1023/A:1007777006605
- Ehlers, A., Bisson, J., Clark, D. M., Creamer, M., Pilling, S., Richards, D., . . . Yule, W. (2010). Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? *Clinical Psychology Review*, 30(2), 269-276. doi: 10.1016/j.cpr.2009.12.001
- Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J. M., Freitag, J. & Emmelkamp, P. MG. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in

- adult survivors of childhood abuse. *Clinical psychology review*, 34(8), 645-657. doi: 10.1016/j.cpr.2014.10.004
- Eisinga, R., Grotenhuis, M. & Pelzer, B. (2013). The reliability of a two-item scale: Pearson, Cronbach, or Spearman-Brown? *International Journal of Public Health*, 58(4), 637-642. doi: 10.1007/s00038-012-0416-3
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using ibm spss statistics* (4th utg.). London: Sage Publication.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K. & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 7-26. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.06.008
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., Turner, H. A., Avery-Leaf, S., Cascardi, M., O'Leary, KD., . . . Ducot, B. (2007). Polyvictimization and trauma in a national longitudinal cohort. *Development and Psychopathology*, 19(1), 149-166. doi: 10.1017/S0954579407070083
- Finkelhor, D., Vanderminden, J., Turner, H., Hamby, S. & Shattuck, A. (2014). Upset among youth in response to questions about exposure to violence, sexual assault and family maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 38(2), 217-223. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.07.021
- Fletcher, K. E. (2003). Childhood posttraumatic stress disorder. I Erik J. Mash & Russel A. Barkley (Red.), *Child Psychopatology* (s. 330-371). New York: Guilford Press.
- 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 Psychology*, 30(3), 376-384. doi: 10.1207/S15374424JCCP3003_9
- Follette, V. M., La Bash, H. A. J. & Sewell, M. T. (2010). Adult disclosure of a history of childhood sexual abuse: Implications for behavioral psychotherapy. *Journal of Trauma & Dissociation*, 11(2), 228-243. doi: 10.1080/15299730903502953
- Goldsmith, R. E., Barlow, M. R. & Freyd, J. J. (2004). Knowing and not knowing about trauma: Implications for therapy. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 41(4), 448-463. doi: 10.1037/0033-3204.41.4.448
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengts and difficulties questionnaire. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345. doi: 10.1097/00004583-200111000-00015
- Green, B. L., Goodman, L. A., Krupnick, J. L., Corcoran, C. B., Petty, R. M., Stockton, P.. & Stern, N. M. (2000). Outcomes of single versus multiple trauma exposure in a

- screening sample. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 271-286. doi: 10.1023/A:1007758711939
- Green, H., McGinnity, Á., Meltzer, H., Ford, T. & Goodman, R. (2005). Mental health of children and young people in great britain, 2004. Colchester, Essex: UK: Office of National Statistics, Department of Health.
- Griffin, M. G., Resick, P. A., Waldrop, A. E. & Mechanic, M. B. (2003). Participation in trauma research: Is there evidence of harm? *Journal of traumatic stress*, 16(3), 221-227. doi: 10.1023/A:1023735821900
- Gustafsson, P. E., Nilsson, D. & Svedin, C. G. (2009). Polytraumatization and psychological symptoms in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(5), 274-283. doi: 10.1007/s00787-008-0728-2
- Hazen, A. L., Connelly, C. D., Edleson, J. L., Kelleher, K. J., Landverk, J. A., Coben, Jeffrey H., . . . Nuzskowski, M. A. (2007). Assessment of intimate partner violence by child welfare services. *Children and Youth Services Review*, 29(4), 490-500. doi: 10.1016/j.chilyouth.2006.10.004
- Hedtjärn, G., Hultmann, O. & Broberg, A. (2009). Var femte mamma till barn i BUP-vård hade utsatts för våld. *Klinik och vetenskap*, 106, 3242-3247.
- Howell, K. H. (2011). Resilience and psychopathology in children exposed to family violence. *Aggression and Violent Behavior*, 16(6), 562-569. doi: 10.1016/j.avb.2011.09.001
- Hukkelberg, S., Ormhaug, S. M., Holt, T., Wentzel-Larsen, T. & Jensen, T. K. (2014). Diagnostic utility of CPSS vs. CAPS-CA for assessing posttraumatic stress symptoms in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(1), 51-56. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.11.001
- Hultmann, O. & Broberg, A. (in press). Family violence and other potentially traumatic interpersonal events among nine to 17-year-old children attending an outpatient psychiatric clinic. *Journal of Interpersonal Violence*.
- Hultmann, O., Möller, J., Ormhaug, S. M. & Broberg, A. (2014). Asking routinely about intimate partner violence in a child and adolescent psychiatric clinic: A qualitative study. *Journal of Family Violence*, 29(1), 67-78. doi: 10.1007/s10896-013-9554-5
- Jamieson, S. (2004). Likert scales: How to (ab)use them. *Medical Education* (38), 1212-1218. doi: 10.1111/j.1365-2929.2004.02012.x
- Jensen, T. K. (2012). Intervjuer med barn og unge i spesielt vanskelige livssituasjoner- kan vi snakke med barn om alt? I E. Backe-Hansen & I. Frønes (Red.), *Metoder og*

- perspektiver i barne- og ungdomsforskning* (s. 95-120). Oslo, Norge: Gyldendal Akademiske.
- Jensen, T. K., Dyb, G., Hafstad, G. S., Nygaard, E. & Lindgaard, C. V. (2008). Tsunamien: Berørte barn og deres familier (Vol. Vol. 4). Oslo: Nasjonalt Kunnskapscenter om Vold og Traumatisk Stress.
- Jensen, T. K., Gulbrandsen, W., Mossige, S., Tjersland, O. A. & Reichelt, S. (2005). Reporting possible sexual abuse: A qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure. *International Journal of Child Abuse & Neglect*, 29(12), 1395-1413. doi: 10.1016/j.chiabu.2005.07.004
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., . . . Wentzel-Larsen, T. (2014). A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(3), 356-369. doi: 10.1080/15374416.2013.822307
- Kassam-Adams, N. & Newman, E. (2005). Child and parent reactions to participation in clinical research. *General Hospital Psychiatry*, 27(1), 29-35. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2004.08.007
- Kazdin, A. E. (1996). Dropping out of child psychotherapy: Issues for research and implications for practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1(1), 133-156. doi: 10.1177/1359104596011012
- Kirk, R. E. (1996). Practical significance: A concept whose time has come. *Educational and psychological measurement*, 56(5), 746-759. doi: 10.1177/0013164496056005002
- Langballe, Å., Gamst, K. T. & Jacobsen, M. (2010). *Den vanskelige samtalen. Barneperspektiv på barnevernarbeid. Kunnskapsbasert praksis og handlingskompetanse* (Vol. 2) Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter om vold og traumatiske stress.
- Lawyer, S. R., Ruggiero, K. J., Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G. & Saunders, B. E. (2006). Mental health correlates of the victim-perpetrator relationship among interpersonally victimized adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(10), 1333-1353. doi: 10.1177/0886260506291654
- Legerski, JP. & Bunnell, S. L. (2010). The risks, benefits, and ethics of trauma-focused research participation. *Journal of Traumatic Stress*, 17(5), 429-442. doi: 10.1080/10508422.2010.521443

- Lev-Wiesel, R., Gottfried, R., Eisikovits, Z. & First, M. (2014). Factors affecting disclosure among Israeli children in residential care due to domestic violence. *Child Abuse & Neglect*, 38(4), 618-626. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.02.002
- London, K., Bruck, M., Ceci, S. J. & Shuman, D. W. (2007). Disclosure of child sexual abuse: A review of the contemporary empirical literature. In M. E. Pipe, M. E. Lamb, Yael Orbach & A.C. Cedeberg (Eds.), *Child sexual abuse: Disclosure, delay and denial* (pp. 11-39). New York: Routledge.
- Lothian, J. & Read, J. (2002). Asking about abuse during mental health assessments: Clients' views and experiences. *New Zealand Journal of Psychology*, 31(2), 98-103. doi: 10.1192/apt.bp.106.002840
- Malloy, L. C., Brubacher, S. P. & Lamb, M. E. (2013). "Because she's one who listens": Children discuss disclosure recipients in forensic interviews. *Child Maltreatment*, 18(4), 245-251. doi: 10.1177/1077559513497250
- McElvaney, R., Greene, S. & Hogan, D. (2014). To tell or not to tell? Factors influencing young people's informal disclosures of child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(5), 928-947. doi: 10.1177/0886260513506281
- Mudaly, N. & Goddard, C. (2009). The ethics of involving children who have been abused in child abuse research. *The International Journal of Children's Rights*, 17(2), 261-281. doi: 10.1163/157181808X389920
- Myhre, M., Thoresen, S. & Hjemdal, O. K. (2015). *Vold og voldtekt i oppveksten*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Nader, K., Newman, E., Weathers, F., Kaloupek, D. G., Kriegler, J. & Blake, D. (2004). *Clinician-administered PTSD scale for children and adolescents (CAPS-CA)*. Los Angeles, CA: Western Psychological Press.
- Newman, E. & Kaloupek, D. G. (2005). The risks and benefits of participating in trauma-focused research studies. *Journal of Traumatic Stress*, 17(5), 383-394. doi: 10.1023/B:JOTS.0000048951.02568.3a
- Newman, E., Risch, E. & Kassam-Adams, N. (2006). Ethical issues in trauma-related research: A review. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, 1(3), 29-46. doi: 10.1525/jer.2006.1.3.29
- Norman, G. (2010). Likert scales, levels of measurement and the "laws" of statistics. *Advances in Health Sciences Education*, 15(5), 625-632. doi: 10.1007/s10459-010-9222-y

- Olf, M., Langeland, W., Draijer, N. & Gersons, B. (2007). Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, *133*(2), 183-204. doi: 10.1037/0033-2909.133.2.183
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Hukkelberg, S., Holt, T. & 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*(3), 234-240.
- Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual*. Berkshire: McGraw-Hill Open University Press.
- Pine, D. S. & Cohen, J. A. (2002). Trauma in children and adolescents: Risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological Psychiatry*, *51*(7), 519-531. doi: 10.1016/S0006-3223(01)01352-X
- Pipe, ME., Lamb, M. E., Orbach, Y. & Cedeberg, AC. (2007). *Child Sexual Abuse: Disclosure, delay and denial*. New York: Routledge.
- Price, M., Higa-McMillan, C., Kim, S. & Frueh, B. C. (2013). Trauma experience in children and adolescents: An assessment of the effects of trauma type and role of interpersonal proximity. *Journal of Anxiety Disorders*, *27*(7), 652-660. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.07.009
- 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*, 1542-1554. doi: 10.1016/S0006-3223(99)00262-0
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Layne, C. M., Briggs, E. C., Ostrowski, S. A. & Fairbank, J. A. (2009). DSM-V PTSD diagnostic criteria for children and adolescents: A developmental perspective and recommendations. *Journal of Traumatic Stress*, *22*(5), 391-398. doi: 10.1002/jts.20450
- Radford, L., Corral, S., Bradley, C. & Fisher, H. L. (2013). The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the uk: Findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. *Child Abuse & Neglect*, *37*(10), 801-813. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.02.004
- Raykov, T. (1997). Scale reliability, Cronbach's coefficient alpha, and violations of essential Tau-Equivalence with fixed congeneric components. *Multivariate Behavioral Research*, *32*(4), 329-353.
- Read, J., Hammersley, P. & Rudegeair, T. (2007). Why, when and how to ask about childhood abuse. *Advances in Psychiatric Treatment*, *13*, 101-110. doi: 10.1192/apt.bp.106.002840

- Read, J., McGregor, K., Coggan, C. & Thomas, D. R. (2006). Mental health services and sexual abuse: The need for staff training. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(1), 33-50. doi: 10.1300/J229v07n01_04
- Reigstad, B., Jørgensen, K. & Wichstrøm, L. (2006). Diagnosed and self-reported childhood abuse in national and regional samples of child and adolescent psychiatric patients: Prevalence and correlates. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 58-66. doi: 10.1080/08039480500504933
- Reigstad, B. & Kvernmo, S. (2015). ADHD - eller noe annet? Belastende livshendelser hos barn med ADHD-symptomer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 52(4), 302-311.
- Ribbe, D. (1996). Psychometric review of traumatic event screening instrument for children (TESI-C). I B. H. Stamm (Red.), *Measurement of Stress, Trauma and Adaption* (s. 386-387). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Saldana, L. & DuBois, D. L. (2006). Youth reactions to participation in psychological assessment procedures. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(1), 155-162. doi: 10.1207/s15374424jccp3501_14
- Savell, S. (2005). Child sexual abuse: Are health care providers looking the other way? *Journal of Forensic Nursing*, 1(2), 78-82. doi: 10.1111/j.1939-3938.2005.tb00018.x
- Schaeffer, P., Leventhal, J. M. & Asnes, A. G. (2011). Children's disclosures of sexual abuse: Learning from direct inquiry. *Child Abuse & Neglect*, 35(5), 343-352. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.01.014
- Schou, L., Dyb, G. & Graff-Iversen, S. (2007). Voldsutsatt ungdom i norge. Resultater fra helseundersøkelser i seks fylker. (Vol. 8). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- 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 & Neglect*, 36(2), 118-126. doi: 10.1016/j.chiabu.2011.09.012
- Silverman, W. K., Ortiz, C. D., Viswesvaran, C., Burns, B. J., Kolko, D. J., Putnam, F. W. & Amaya-Jackson, L. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 156-183. doi: 10.1080/15374410701818293
- Sitter, M. (2010). Barn og unge i det psykiske helsevernet ett år etter opptrappingsplanen. Oslo: Helsedirektoratet.
- Slep, A. M. S., Heyman, R. E. & Foran, H. M. (2015). Child maltreatment in DSM-5 and ICD-11. *Family Process*, 54(1), 17-32. doi: 10.1111/famp.12131

- Socialstyrelsen. (2014). *Att vilja se, vilja veta och at våga fråga - vägledning för öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet*. Sverige: Socialstyrelsen.
- Sprague, S., Madden, K., Simunovic, N., Godin, K., Pham, N. K., Bhandari, M. & Goslings, J.C. (2012). Barriers to screening for intimate partner violence. *Women & Health*, 52(6), 587-605. doi: 10.1080/03630242.2012.690840
- Staller, K. M. & Nelson-Gardell, D. (2005). "A burden in your heart": Lessons of disclosure from female preadolescent and adolescent survivors of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 29(12), 1415-1432. doi: 10.1016/j.chiabu.2005.06.007
- Sullivan, T. P., Meese, K. J., Swan, S. C., Mazure, C. M. & Snow, D. L. (2005). Precursors and correlates of women's violence: Child abuse traumatization, victimization of women, avoidance coping, and psychological symptoms. *Psychology of Women Quarterly*, 29(3), 290-301. doi: 10.1111/j.1471-6402.2005.00223.x
- Szymanski, K., Sapanski, L. & Conway, F. (2011). Trauma and ADHD –association or diagnostic confusion? A clinical perspective. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 10(1), 51-59. doi: 10.1080/15289168.2011.575704
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4th utg.). Needham Hights, MA: Allyn and Bacon.
- Tavakol, M. & Dennick, R (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55. doi: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd
- Thompson, B. L. & Waltz, J. (2010). Mindfulness and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress disorder avoidance symptom severity. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(4), 409-415. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.02.005
- Thoresen, S. & Hjemdal, O. K. (2014). *Vold og voldtekt i norge - en nasjonal forekomststudie av vold i et livsløp*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Tolin, D. F. & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959-992. doi: 10.1037/0033-2909.132.6.959
- Turner, H. A., Finkelhor, D. & Ormrod, R. (2006). The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Social Science & Medicine*, 62(1), 13-27. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.05.030
- Ullman, S. E., Foynes, M. M. & Tang, S. S. S. (2010). Benefits and barriers to disclosing sexual trauma: A contextual approach. *Journal of Trauma & Dissociation*, 11(2), 127-133. doi: 10.1080/15299730903502904

- Weathers, F. W., Ruscio, A. M. & Keane, T. M. (1999). Psychometric properties of nine scoring rules for the clinician-administered posttraumatic stress disorder scale. *Psychological Assessment, 11*(2), 124-133. doi: 10.1037/1040-3590.11.2.124
- Weinstein, D., Staffelbach, D. & Biaggio, M. (2000). Attention-deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder: Differential diagnosis in childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review, 20*(3), 359-378. doi: 10.1016/S0272-7358(98)00107-X
- Wierzbicki, M. & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*(2), 190-195. doi: 10.1037/0735-7028.24.2.190
- Wills, R., Ritchie, M. & Wilson, M. (2008). Improving detection and quality of assessment of child abuse and partner abuse is achievable with a formal organisational change approach. *Journal of Pediatrics and Child Health, 44*(3), 92-98. doi: 10.1111/j.1440-1754.2007.01276.x
- Young, M., Read, J., Barker-Collo, S. & Harrison, R. (2001). Evaluating and overcoming barriers to taking abuse histories. *Professional Psychology: Research and Practice, 32*(4), 407-414. doi: 10.1037/0735-7028.32.4.407
- Zajac, K., Ruggiero, K. J., Smith, D. W., Saunders, B. E. & Kilpatrick, D. G. (2011). Adolescent distress in traumatic stress research: Data from the national survey of adolescents - replication. *Journal of Traumatic Stress, 24*(2), 226-229. doi: 10.1002/jts.20621
- Zanville, H. A. & Cattaneo, L. B. (2009). Underdiagnosing and nontreatment of posttraumatic stress disorder in community mental health: A case study. *Psychological Services, 6*(1), 32-42. doi: 10.1037/a0014410

Vedlegg 1

Nasjonalt kunnskapssenter
om vold og traumatisk stress

Spørsmål vedrørende kartleggingen i prosjektet

Som deltaker i prosjektet har du møtt Silje flere ganger. Du har både blitt intervjuet om det som er vanskelig for deg, og svart på spørsmål på en datamaskin. Vi er nysgjerrige på å få høre hvordan du synes dette har vært. Sett en ring rundt det svaret som passer best.

1. Synes du det har vært **opprørende eller stressende** å svare på spørsmålene?

Ikke opprørende							Veldig opprørende
1	2	3	4	5	6	7	

2. Synes du det var **spennende eller interessant** å svare på spørsmålene?

Veldig spennende							Veldig kjedelig
1	2	3	4	5	6	7	

3. Ble du **forvirret** av å skulle svare på spørsmålene?

Ikke forvirret i det hele tatt							Veldig forvirret
1	2	3	4	5	6	7	

4. Synes du spørsmålene var **vanskelige**?

Ikke vanskelige							Veldig vanskelige
1	2	3	4	5	6	7	

5. Hva synes du om **tiden det tok** å svare på alle spørsmålene?

Passer tid							Alt for lang tid
1	2	3	4	5	6	7	

6. **Kjente du mange følelser** når du svarte på spørsmålene?

1	2	3	4	5
Kjente ikke følelsene mine	Følte minimalt med følelser	Følte noen følelser, men ikke sterke	Noen sterke følelser	Veldig sterke følelser

7. Hvis du ble spurt om å svare på de samme spørsmålene en gang til, hva hadde du svart til det?

1	2	3	4
Ganske villig	Kanskje villig	Tror ikke jeg ville vært villig	Absolutt ikke villig

NKVTS, 2009. Må ikke distribueres uten avtale.