

Hva predikerer utfall i psykoterapi med traumatiserte barn og unge som mottar ordinær behandling?

*En undersøkelse av faktorer som kan bidra til bedring hos
traumatiserte barn.*

Ingvild Ødegaard Tysdahl



Hovedoppgave, Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

17.10.17

Hva predikerer utfall i psykoterapi med traumatiserte barn og unge som mottar ordinær behandling?

Å undersøke faktorer som kan bidra til bedring hos traumatiserte barn, med utgangspunkt i Lambert (1992) sin modell for faktorer som påvirker psykoterapiutfall.

Copyright Ingvild Ødegaard Tysdahl

2017

Hva predikerer utfall i psykoterapi med traumatiserte barn og unge som mottar ordinær behandling?

Forfatter: Ingvild Ødegaard Tysdahl

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Bakgrunn: Mange barn som utsettes for potensielt traumatiserende hendelser, utvikler store vansker som følge av dette og har behov for behandling. Selv om det er utviklet psykoterapier som er anbefalt for disse barna, tar det lang tid før de blir et allment behandlingstilbud. Det er lite vi vet om behandlingen traumatiserte barna får i BUP og hva som bidrar til bedring.

Lambert (1992) sin modell for faktorer som påvirker psykoterapiutfall er brukt som et rammeverk for denne studien, der prediktorer for bedring innenfor kategoriene klientfaktorer (alder, kjønn, type traume, antall traumer, komorbiditet), eksterne faktorer (opplevd sosial støtte, stressende livshendelser opplevd underveis i behandlingen og nye traumer opplevd underveis i behandlingen) og terapeutfaktorer (terapeutenes erfaring, utdanning og teoretiske orientering) er inkludert. Målet for denne studien er primært å undersøke om disse prediktorene påvirker bedring ved behandlingsavslutning, og sekundært om de påvirker tempo i bedring og antall timer barna får behandling.

Metode: Datagrunnlaget for denne studien er hentet fra Jensen et al. (2013). Utvalget består av 77 barn fra ti til 18 år, henvist på vanlig måte til BUP, som er funnet å ha symptomnivåer over klinisk grense for posttraumatisk stresslidelse (PTSD). 45 terapeuter ble rekruttert fra vanlige BUP-klinikker, og ble bedt om å gi den behandlingen de mente var best egnet, uten tidsbegrensning. Prediktorene ble analysert i tre multiple regresjonsmodeller. Symptomer på PTSD (PTSS) ved start av behandling ble kontrollert for.

Resultat: Barna ble signifikant bedre i behandling i BUP, men ved avslutning hadde fremdeles en betydelig andel et klinisk høyt symptomnivå. Klientfaktorer ble funnet å ha en signifikant sammenheng med alle utfallsmålene, selv når PTSS ved start var kontrollert for. Eksterne faktorer ble kun funnet å ha en sammenheng med bedring etter 15 timer behandling, også når kontrollert for PTSS ved start av behandling. Terapeutfaktorer hadde ingen signifikant sammenheng med bedring. Det ble mer spesifikt funnet at eldre barn hadde signifikant høyere symptomer ved behandlingsslutt og etter 15 timer behandling enn yngre barn, og eldre barn fikk færre timer behandling. Symptomer ved behandlingsstart predikerte signifikant bedring etter 15 timer og ved avslutning av behandling, men ikke antall timer behandling. Nye traumer ble funnet å predikere bedring etter 15 timer behandling, men ikke for de to andre utfallsmålene. De resterende prediktorene ble ikke funnet å signifikant predikere utfall i dette utvalget.

Konklusjon og implikasjoner: Det konkluderes med at funnene har implikasjoner for terapeuter i klinisk praksis og for videre forskning. Spesielt viktig vil det være at terapeutene

tar hensyn til ungdommens alder, mulige årsaker til frafall og sikkerheten til traumatiserte barn i behandling. For forskningen vil det være viktig å undersøke hva som gjør at eldre barn potensielt får færre timer behandling og om antall timer behandling predikerer bedring, da dette har implikasjoner for ressursbruk i klinikk. Spesielt viktig vil det være å vite mer om hvorfor det var stor variasjon i symptomnivå, selv etter behandlingsavslutning i ordinær psykologisk praksis. Her kan det være viktig å vite mer om hva som karakteriserer de sakene som hadde lite bedring eller forverring gjennom behandling, og hvordan terapeutene og klinikkene kan tilpasse seg disse barna så flere blir bedre.

Forord

Denne oppgaven hadde utgangspunkt i min interesse for psykoterapi og å vite mer om hva som er viktig i behandling for at pasientene skal bli bedre. Det har vært en lang prosess å skrive oppgaven, og hadde ikke vært mulig uten to svært engasjerte veiledere i Tine K. Jensen og Silje M. Ormhaug. Å kunne få innspill fra veilederne har vært uvurderlig, spesielt siden jeg har skrevet oppgaven alene. Jeg forstår nå hvorfor man ikke vanligvis gjennomfører en hel studie alene, fra litteratursøk, analyser og tolkninger til skrivearbeid. Det har tidvis vært tøft å ha ansvar for alt alene, men det har samtidig vært svært lærerikt og jeg har en økt forståelse og respekt for forskning og forskere.

I tillegg vil jeg si at oppgaven har vært viktig for min kliniske utvikling, og det har vært spennende å få et bedre innblikk i hva som foregår i ordinær psykologisk behandling. Forskning er virkelig relevant for klinisk praksis. Spesielt viktig vil jeg trekke frem fokuset på hva som er viktig i ordinær psykologisk praksis (selv om dette er forsket lite på), og viktigheten av dybde og intensitet i intervensjoner som brukes for å øke effektiviteten til dem.

Jeg vil rette en takk til mine kollegaer i TFCO Drammen, som har tilrettelagt på en veldig god og fleksibel måte slik at jeg har kunnet begynne å jobbe og gjøre ferdig graden min samtidig.

Til slutt vil jeg takke min samboer og forlovede, Morten F. Ørsnes, som har støttet meg på mange ulike måter gjennom denne prosessen, og som har tatt ansvar så jeg har kunnet fokusere på denne oppgaven. Denne høsten hadde ikke gått rundt uten han.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
2	Behandling av traumatiserte barn.....	3
3	Faktorer som påvirker behandling.....	4
3.1	Lambert (1992) sin modell for faktorer som påvirker psykoterapiutfall.....	4
3.1.1	Klientfaktorer og eksterne faktorer i Lambert sin modell.....	5
3.1.2	Fellesfaktorer i Lambert sin modell	5
3.1.3	Teknikker i Lambert sin modell	6
3.1.4	Forventninger i Lambert sin modell.....	7
3.2	Klientfaktorer og eksterne faktorer som kan ha betydning for psykoterapi hos barn	7
3.2.1	Alder	7
3.2.2	Kjønn	8
3.2.3	Traumeeksponering	9
3.2.4	Alvorlighetsgraden til symptomer og komorbiditet	11
3.2.5	Stressende livshendelser og nye traumer opplevd underveis	12
3.2.6	Opplevd sosial støtte	12
3.3	Fellesfaktorer som kan ha betydning for psykoterapi hos barn.....	14
3.3.1	Terapeuterfaring.....	14
3.4	Teknikkfaktorer som kan ha betydning for psykoterapi hos barn.....	15
3.4.1	Teoretisk orientering	15
4	Konseptuell modell for studien.....	17
5	Mål for studien	19
5.1	Problemstillinger	19
5.1.1	Problemstilling 1: Hva er sammenhengen mellom klientfaktorer og utfall?.....	19
5.1.2	Problemstilling 2: Hva er sammenhengen mellom eksterne faktorer og utfall?	19
5.1.3	Problemstilling 3: Hva er sammenhengen mellom terapeutfaktorer og utfall?.....	20
6	Metode	21
6.1	Bakgrunn.....	21
6.2	Utvalg.....	21
6.2.1	Klientene.....	21
6.2.2	Terapeutene	22
6.2.3	Behandlingen.....	22
6.3	Prosedyre.....	23
6.4	Mål.....	23
6.4.1	Barnet	23
6.4.2	Eksterne livshendelser	24
6.5	Analyser.....	25
6.5.1	Gjennomgang av data.....	25
6.5.2	Korrelasjoner mellom variablene.....	29
6.5.3	Preliminære analyser.....	32
6.5.4	Statistiske analyser	32
6.5.5	Statistisk program	33
7	Resultater	34
7.1	Preliminære analyser	34
7.1.1	Deskriptiv beskrivelse av klientfaktorer	34

7.1.2	Deskriptiv beskrivelse av eksterne faktorer.....	34
7.1.3	Deskriptiv beskrivelse av terapeutfaktorer.....	35
7.1.4	Deskriptiv beskrivelse av symptomer på PTSD.....	35
7.2	Sammenheng mellom klientfaktorer og utfallsmål.....	35
7.2.1	Predikerer klientfaktorer bedring i PTSS ved avslutning av behandling?.....	35
7.2.2	Predikerer klientfaktorer bedring i PTSS etter 15 timer behandling?.....	36
7.2.3	Predikerer klientfaktorer antall timer behandling?.....	37
7.3	Sammenheng mellom eksterne faktorer og utfallsmål.....	37
7.3.1	Predikerer eksterne faktorer bedring i PTSS ved avslutning av behandling?.....	37
7.3.2	Predikerer eksterne faktorer bedring i PTSS etter 15 timer behandling?.....	38
7.3.3	Predikerer eksterne faktorer antall timer behandling?.....	38
7.4	Sammenheng mellom terapeutfaktorer og utfallsmål.....	39
7.4.1	Predikerer terapeutfaktorer bedring i PTSS ved avslutning av behandling?.....	39
7.4.2	Predikerer terapeutfaktorer bedring i PTSS etter 15 timer behandling?.....	40
8	Diskusjon.....	41
8.1	Hovedfunn.....	41
8.1.1	Symptomer ved behandlingsstart hadde en sammenheng med bedring.....	41
8.1.2	Eldre ungdom hadde dårligere utfall.....	42
8.1.3	Gutter og jenter opplevde like god bedring.....	42
8.1.4	Traumeeksponering predikerer ikke utfall.....	43
8.1.5	Komorbiditet ga ikke dårligere behandlingsutfall.....	44
8.1.6	Nye traumer opplevd i starten av behandling påvirker symptomnivå.....	44
8.1.7	Stressende livshendelser predikerer ikke utfall.....	44
8.1.1	Endring i opplevd sosial støtte hadde ikke betydning for utfall.....	45
8.1.2	Terapeutfaktorene predikerte ikke symptomnivå.....	45
8.2	Styrker.....	46
8.3	Begrensninger.....	47
8.3.1	Utvalget og statistisk styrke.....	47
8.3.1	Flere statistiske tester på samme datamateriale.....	47
8.3.2	Avhengighet i datamaterialet.....	47
8.3.3	Lite variasjon i svar for opplevd sosial støtte.....	48
8.3.4	Relativt høy korrelasjon mellom terapeuters erfaring og utdanning.....	48
8.3.5	Hvordan måle teknikkfaktorer.....	48
9	Konklusjoner og implikasjoner for klinikk og forskning.....	49
	Litteraturliste.....	51

1 Innledning

Vold og overgrep mot barn er et alvorlig samfunnsproblem, og mange barn vil ha behov for behandling. Det finnes i dag mange ulike behandlingsmetoder som har vist å ha god effekt for behandling av traumatiserte barn (NICE, 2005; Silverman et al., 2008), men det tar tid å implementere nye behandlingsmetoder ut i klinisk praksis (Herschell, Kolko, Baumann, & Davis, 2010; Aarons, Hurlburt, & Horwitz, 2011). Ordinær behandling er forsket lite på i seg selv, men blir ofte brukt som kontrollbetingelse i forskning (Weisz, Ng, Rutt, Lau, & Masland, 2013). I denne studien vil jeg se nærmere på hva som predikerer behandlingsutfall i ordinær behandling av traumatiserte barn i BUP.

Traumer er definert i diagnosesystemet DSM-IV som en hendelse der en person har opplevd død, alvorlig skade eller seksuell vold, eller vært truet med noen av disse, gjennom å erfare det selv eller at noen i nær familie eller nære venner har erfart det, gjennom å ha vært vitne til hendelsen, eller på andre måter vært eksponert gjentagende for traumatiske hendelser gjennom arbeid (American Psychiatric Association, 2013). Vold er av World Health Organization (2002) definert som ”forsettlig bruk av, eller trussel om, fysisk makt eller tvang, rettet mot en selv, andre enkeltpersoner eller en gruppe. For å regnes som vold må handlingen resultere i, eller ha høy sannsynlighet for å resultere i død, fysisk eller psykisk skade, eller mangelfull utvikling” (oversettelse hentet fra Nasjonal veiviser ved vold og overgrep, dinutvei.no).

Det er en betydelig andel barn som rapporterer om vold i hjemmet (9 %) og seksuelle overgrep (10 % av kvinner og 3 % av menn) (Myhre, Thoresen, & Hjemdal, 2015; Thoresen & Hjemdal, 2014). Mange barn vil klare seg bra etter å ha opplevd en potensielt traumatiserende hendelse, men en betydelig andel vil ha behov for behandling. Gjennomsnittlig i den generelle populasjonen er det 15 % som utvikler posttraumatisk stress lidelse (PTSD) etter å ha opplevd potensielt traumatiserende hendelser (Alisic et al., 2014). I tillegg er det flere som utvikler andre psykiske vansker enn PTSD etter å ha erfart traumatiserende hendelser, der angst, depresjon og atferdsproblemer er de vanligste (Famularo, Fenton, Kinscherff, & Augustyn, 1996; Saigh, Yasik, Oberfield, Halamandaris, & McHugh, 2002; Thapar et al., 2015). Andelen barn som har opplevd potensielt traumatiserende hendelser ser ut til å være mye større blant barn som er henvist til BUP, der studier rapporterer at rater på rundt 60 % (Hultmann & Broberg, 2016; Reigstad, Jørgensen,

& Wichstrøm, 2006). En betydelig større andel av barna som har opplevd potensielt traumatiserende hendelser og som er henvist til BUP skårer over klinisk nivå for posttraumatiske stress syndrom (PTSD) (59.8 %), enn for den generelle populasjonen (Ormhaug, Jensen, Hukkelberg, Holt, & Egeland, 2012).

Symptomer på depresjon, angst, atferdsforstyrrelser og PTSD er alle vanlige hos traumatiserte barn, der PTSD er det som er mest studert. Symptomene på PTSD deles i kategoriene gjenopplevelser, hyperaktivering, unngåelse og endringer i tanker og følelser (American Psychiatric Association, 2013). Symptomene på PTSD er alvorlige og kan ha store konsekvenser for barns liv (Thapar et al., 2015) blant annet kan de forstyrre for fungering i skolen, sosialt og i familien. Om PTSD symptomene får utvikle seg og blir værende over tid er det rimelig å anta at disse kan føre til en skjevutvikling og en ser økt risiko for at vanskene vedvarer inn i voksenlivet, både når det gjelder fysisk og psykisk helse (Felitti et al., 1998). Hvis symptomene på PTSD vedvarer vil barna ha behov for behandling (Hiller et al., 2016).

Ikke alle barn som opplever potensielt traumatiserende hendelser utvikler PTSD (Beutler et al., 2004; Thapar et al., 2015). Både egenskaper ved barnet, barnets omgivelser, samt grad og type av eksponering vil påvirke barnets evne til tilpasning etter en eller flere hendelser (Pynoos, Steinberg & Piacentini, 1999). Det er identifisert flere risikofaktorer for utviklingen av PTSD. Risikofaktorer som ser ut til å spille en rolle for utviklingen av PTSD er blant annet dårlig sosial fungering og lite sosial støtte, andre psykiske problemer, dårlig familiefungering, peritraumatiske erfaringer (som frykt og opplevd trussel for liv og helse under hendelsen), samt alvorlighetsgraden til traumet og tidligere opplevde traumer (Trickey, Siddaway, Meiser-Stedman, Serpell, & Field, 2012). Også demografiske variabler som lav alder, kjønn (jenter har høyere risiko enn gutter) og lav sosioøkonomisk status spiller inn, i tillegg til stressende livshendelser opplevd før og etter traume, og om traumet involverer en overgriper eller ikke (Alisic et al., 2014; Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007; Trickey et al., 2012).

Det er lite vi vet i dag om hva slags behandling barn og unge med traumer får i behandling i BUP. Grunnet den potensielt store andelen av barn og unge i BUP som har vært utsatt for traumatiske opplevelser og de potensielt alvorlige konsekvensene av ubehandlede traumer vil det være viktig å finne ut mer om hva som predikerer bedring i ordinær psykologisk praksis.

2 Behandling av traumatiserte barn

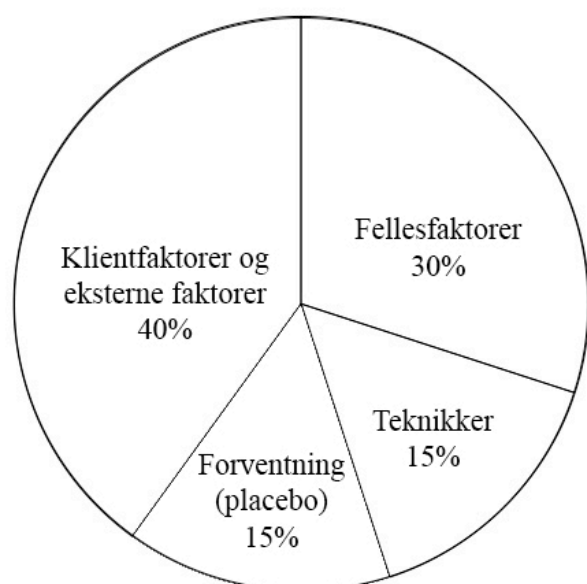
Når et barn har opplevd en potensielt traumatiserende hendelse er det normalt med posttraumatiske stressymptomer (PTSS), og for ganske mange vil det gå over med støtte fra de rundt barnet. Det er lite empirisk evidens for hva slags tilbud som er nyttig i en akutt fase etter en potensielt traumatiserende hendelse, men det finnes noen anbefalinger. Disse anbefalingene går ut på å sørge for at barnet er trygt og styrke følelsen av trygghet hos barnet, gi hjelp med å roe seg, at barnet får komme til familien sin, øke følelsen av tilhørighet, legge til rette for egen mestring og formidle håp (Øverlien, Hauge, & Schulz, 2016). Det er spesielt viktig at barnet er trygt og ikke blir utsatt for flere traumer. Noen barn og unge vil trenge hjelp utover disse akuttiltakene. I første omgang kan det være nyttig med tidlige intervensjoner som fokuserer på problemløsning, stressmestring, endring av uhensiktsmessige tanker, gjenoppbygge et godt sosialt nettverk og tilrettelegge for positive aktiviteter (Øverlien et al., 2016). For de barna som har vansker som vedvarer vil mer intensiv behandling anbefales.

I dag er det utviklet flere behandlingsmetoder som kan anbefales for behandling av PTSD for barn og ungdom (Silverman et al., 2008). De fleste evidensbaserte behandlinger for PTSD er basert på kognitive teorier for PTSD, og inneholder en form for eksponering (Ehlers et al., 2010; Schnyder et al., 2015). Schnyder et al. (2015) identifiserer 6 ulike komponenter felles for ulike behandlinger av PTSD for voksne: psykoedukasjon, emosjonsregulering og mestringsstrategier, eksponering, kognitiv prosessering, restrukturering og/eller meningsdannelse, emosjonsfokus og reorganisering av minnet for hendelsen. Dette er ganske likt som Traume Fokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT), som er anbefalt behandling for barn og ungdom, og som består av komponentene psykoedukasjon, avspenning, affektregulering, kognitivt arbeid med traumenarrativ, kognitiv bearbeiding av uhensiktsmessige tanker, in vivo eksponering, trening i sosiale ferdigheter og foreldrearbeid (Øverlien et al., 2016). Komponentene i den anbefalte behandlingen handler om å hjelpe barnet å forstå slik at barnet deltar i behandlingen, og lære ulike ferdigheter som skal hjelpe til med mestring og tåle eksponeringen slik at frykten kan minske.

3 Faktorer som påvirker behandling

3.1 Lambert (1992) sin modell for faktorer som påvirker psykoterapiutfall

Den positive effekten til psykoterapi er funnet over mange tiår, på tvers av utallige enkeltstudier og mange metaanalyser som har undersøkt ulike psykoterapier og psykiske lidelser (Lambert, 2013). Hva som fører til bedring i psykoterapi er et grunnleggende spørsmål i psykoterapiforskningen. Lambert (1992) har laget en teoretisk modell som forsøker å sette ulike bidrag fra ulike faktorer i og utenfor psykoterapien inn i en samlet modell for hva som predikerer bedring. Det er vanskelig å sammenligne ulike variabler som påvirker psykoterapi, fordi få eller ingen enkeltstudier omfatter alle variablene som er av interesse. Modellen er derfor en beskrivelse av litteraturen på psykoterapiutfall og er ikke basert på metaanalyser (Lambert, 1992; Lambert & Barley, 2001). Modellen beskriver at klientfaktorer og eksterne faktorer i klientens liv står for det største bidraget til psykoterapiutfall (40 %), etterfulgt av fellesfaktorer (30 %), terapeutiske teknikker (15 %) og klientens forventninger (placebo) (15 %). Modellen er illustrert i figur 1. Med utgangspunkt i denne modellen ønsker jeg å se på ulike faktorer som kan påvirke behandlingen av traumatiserte barn, men forventninger blir ikke adressert spesifikt på grunn av omfanget av studien.



Figur 1 Lambert sin modell for bedring i psykoterapipasienter som en funksjon av terapeutiske faktorer

I forskning på psykoterapiutfall i behandling av depresjon har man funnet støtte for modellen til Lambert (1992) som helhet. En metaanalyse utført av Cuijpers et al. (2012) på non-directive supportive terapi for depresjon hos voksne, hadde mulighet til å undersøke Lambert (1992) sine estimater empirisk, og rapporterer funn som var overraskende like estimatene i Lambert (1992) sin modell. (Cuijpers et al., 2012) estimerte at eksterne faktorer, inkludert klienten og klientens liv, stod for 33.3 % av bedringen, fellesfaktorer for 49.6 % og spesifikke faktorer (teknikker) for 17.1 %. Denne studien sier kun noe om behandling av depresjon, og det trengs fremdeles mer forskning før man kan diskutere hvorvidt disse estimatene kan være gyldige også for andre typer psykoterapi og andre psykiske lidelser.

3.1.1 Klientfaktorer og eksterne faktorer i Lambert sin modell

Klientfaktorer og eksterne faktorer ble definert av Lambert (1992) som faktorer som handler om ulike faktorer i klienten og klientens liv. Lambert (1992) konkluderte med at klientfaktorer og eksterne faktorer bidrar til bedring med utgangspunkt i forskning som viser at en betydelig andel mennesker med psykiske utfordringer vil bli bedre uten behandling. Bohart og Wade (2013) viser til litteratur som attribuerer store deler av variansen i psykoterapiutfall til klienten og klientens liv som er sammenlignbare med Lamberts (1992) estimater og forskning som antyder at klienten er en viktig prediktor for bedring. Det er en mulig svakhet ved modellen at dette kun er basert på forskning av bedring hos personer som ikke har fått behandling, da det er mulig at disse faktorene også påvirker bedring hos personer i behandling. Flere klientfaktorer er undersøkt om predikerer bedring, blant annet alvorlighetsgraden til symptomer, komorbiditet, demografiske variabler, forventninger, preferanser, motivasjon og mestringsstil (Bohart & Wade, 2013). Klienter og terapeuter attribuerer selv at klienten står for det største bidraget til endring i psykoterapi (Thomas, 2006). Det har likevel vært vanskelig å finne studier som har undersøkt den overordnede betydningen av klientfaktorer og eksterne faktorer, og selv i 2010 ble klienten kalt den største og mest neglisjerte faktoren for behandlingsutfall (Duncan, Miller, Wampold, & Hubble).

3.1.2 Fellesfaktorer i Lambert sin modell

Fellesfaktorer inkluderer ulike variabler som finnes i ulike psykoterapier, uavhengig av terapeutens teoretiske orientering, som empati, varme, aksept og terapeutisk allianse (Lambert, 1992). Man kan argumentere for at fellesfaktorer har betydning for psykoterapiutfall fordi psykoterapi er funnet å ha en positiv effekt og fordi det ikke er funnet

betydningsfulle forskjeller i effekt på tvers av ulike psykoterapiretninger (Bohart & Wade, 2013; Lambert, 1992). Fellesfaktorer er funnet å stor betydning for psykoterapiutfall (Wampold, 2015), fellesfaktorer kan fasilitere behandling (Lambert & Barley, 2001) og det er mulig at fellesfaktorer kan ha større betydning enn spesifikke terapeutiske teknikker (Lambert, 2013). Det er mange ulike faktorer som kan defineres som fellesfaktorer, og har blitt delt i tre ulike kategorier: støttende faktorer, læringsfaktorer og handlingsfaktorer (Lambert, 2013). Det er stor enighet rundt at behandlingsrelasjonen, eller alliansen, er viktig for behandlingsutfall (Hartmann, 2013). Ulike terapeutfaktorer ansees også som fellesfaktorer, spesielt det terapeuten gjør som ikke er knyttet til spesifikke behandlingsmetoder, som å vise omsorg, varme og aksept, og å håndtere vanskelige situasjoner som kan oppstå i behandlingen (Hartmann, 2013)

3.1.3 Teknikker i Lambert sin modell

Teknikker handler om faktorer som er spesifikke til ulike psykoterapier, som for eksempel eksponering, biofeedback eller tolkninger (Lambert, 1992). Teknikker er tenkt å ha relativt liten betydning for psykoterapiutfall basert på at det er lite forskjeller i effekten til ulike behandlingsmetoder og at fellesfaktorer er funnet å være viktig. Allerede i 1936 konkluderte Rosenweig med at det ikke var forskjeller mellom ulike psykoterapier: ”At last the Dodo said, ‘Everybody has won, and all must have prizes’”. Dette er i stor grad støttet i nyere forskning (Lambert, 2013; Luborsky et al., 2002; Wampold et al., 1997). At det ikke er forskjeller mellom ulike psykoterapier er likevel kritisert (Crits-Christoph, 1997; Ehlers et al, 2010; Hunsley & Di Giulio, 2002), men betydningen av spesifikke behandlingsmetoder ser uansett ut til å være liten (Ahn & Wampold, 2001; Marcus, O'Connell, Norris, & Sawaqdeh, 2014). Det er likevel mulig at ulike teknikker har betydning; for eksempel er eksponering identifisert som en viktig del av traumebehandling (Ehlers et al., 2010; Schnyder et al., 2015), og det er funnet at psykoterapi som er rettet mot spesifikke angstlidelser er assosiert med større effektstørrelse enn generisk behandling rettet mot angstlidelser generelt (Reynolds, Wilson, Austin, & Hooper, 2012). Generelt er forskningen gjenspeilet i Lambert (1992) sin modell, der spesifikke behandlingsteknikker er beskrevet å stå for 15% av utfall, som er en relativt liten andel av forklart utfall.

3.1.4 Forventninger i Lambert sin modell

Forventning (placebo) handler om bedring som kommer fra klientens kunnskap om at han/hun blir behandlet, grad av troverdighet til ulike behandlingsteknikker, behandlingsrasjonaler og håp om bedring (Lambert, 1992). Å sammenligne behandling med et placebo (ikke-terapeutisk) kommer fra medisinen, der de ønsker å undersøke effektene av å et virkestoff i en medisin heller enn effekten av ”å bli behandlet”. Placebokontroll er derimot vanskeligere når det gjelder psykologiske behandlinger (Lambert, 2013). I dag er det vanligst med utfallsstudier som kontrollerer for alle faktorer som er felles med alle behandlinger, ikke kun forventningseffekter, og det er diskutert om forventning er en del av fellesfaktorene for psykologisk behandling (Lambert, 2013).

3.2 Klientfaktorer og eksterne faktorer som kan ha betydning for psykoterapi hos barn

3.2.1 Alder

En klientfaktor som er mye undersøkt er alder, som er ansett som viktig innenfor barnefeltet, fordi psykoterapi for barn og ungdom har ofte noen vesentlige forskjeller fra psykoterapi for voksne. Barn har ikke valgt selv å komme i behandling, og kan ha forskjellige ønsker og motiver for behandling enn foreldrene sine (Shirk & Saiz, 1992). Feltet har blitt kritisert for at psykoterapier utviklet for arbeid med voksne blir brukt for barn og ungdom med liten grad av tilpasning (Weisz & Hawley, 2002). Om dette er riktig vil hvilket nivå det aktuelle barnet befinner seg i på ulike utviklingsområder kunne sette begrensninger for psykoterapi (Weisz & Hawley, 2002).

Det er undersøkt om det er forskjeller i effekten til psykoterapi for voksne og for barn. Flere metaanalyser finner omtrent samme effektstørrelsene for behandling av barn og ungdom som for voksne og blant annet rapporterer Weisz, Ng, Rutt, Lau, og Masland (2013) at fire metaanalyser finner medium til store effektstørrelser i behandling av barn og unge som er sammenlignbare med effektene for behandling av voksne. I disse studiene er imidlertid barnepopulasjoner slått sammen og sett under ett, og det kan tenkes at det er forskjell avhengig av barnets alder. Her er det imidlertid blandede funn.

En eldre metaanalyse på effekten til psykoterapi for barn og ungdom fant at ungdom hadde bedre psykoterapiutfall enn yngre barn (Weisz, Weiss, Han, Granger, & Morton, 1995), mens

en helt ny metaanalyse på effekten av psykoterapi for barn og ungdom av Weisz et al. (2017) fant ikke forskjell på psykoterapiutfall mellom barn og ungdom. Dette støttes av flere andre nylige metaanalyser som ikke har funnet aldersforskjeller for i utfall etter psykoterapi for angstlidelser (Kendall & Peterman, 2015), depresjon (Weisz, McCarty, & Valeri, 2006) eller atferdsproblemer (Lundahl, Risser, & Lovejoy, 2006).

For behandling av barn og ungdom som har opplevd potensielt traumatiserende hendelser er det funn som tyder på at det kan være aldersforskjeller. Ungdom har blitt funnet å ha bedre psykoterapiutfall i en metaanalyse på behandling av angstlidelser, inkludert PTSD (Reynolds et al., 2012). Ungdom som har opplevd seksuelt misbruk ble også funnet å ha bedre behandlingsutfall enn barn som har opplevd seksuelt misbruk i to metaanalyser, utført av (Harvey & Taylor, 2010; Trask, Walsh, & DiLillo, 2011). Harvey og Taylor (2010) rapporterer mer spesifikt at ungdom hadde større bedring på globale mål, som selvfølelse og sosiale evner, enn yngre barn, men ikke på internaliserende symptomer, eksternaliserende symptomer eller symptomer på PTSD.

3.2.2 Kjønn

En annen klientfaktor som er undersøkt i litteraturen er kjønn, en etablert risikofaktor for utviklingen av PTSD (Alisic et al., 2014). Det er mulig at kjønn også spiller en rolle for utfall av behandling. Tilgang på og evne til å uttrykke følelser og tanker er viktige i psykoterapi (Benum, Axelsen, & Hartmann, 2013). Det er mulig at det er forskjeller i jenters og gutters evne til å uttrykke følelser, spesielt gjennom assimilering til kjønnsroller som kan styre hva som er adekvate og aksepterte følelsesuttrykk (Chaplin & Aldao, 2013). Om det er kjønnsforskjeller i uttrykk av følelser, kan dette påvirke psykoterapi og være relevant for psykoterapiutfall.

Når det gjelder voksne er det ikke funnet noen gjennomgående kjønnsforskjeller for utfall i psykoterapi (Bohart & Wade, 2013). Dette er i tråd med studier på barn og unge, der en nyere metaanalyse finner at gutter har like god nytte av psykoterapi som jenter (Weisz et al., 2017). Denne metaanalysen har inkludert studier fra de siste 50 årene, og hadde inkludert 447 studier, mens en tidligere metaanalyse fra 1995 hadde inkludert 150 studier fra perioden 1983-1993 (Weisz et al., 1995). Den eldre metaanalysen fant at jenter hadde bedre psykoterapiutfall enn gutter, men med tanke på at denne er over 20 år gammel og at den

nyere metaanalysen er basert på et mye større utvalg studier, inkludert studiene fra 1995, er dette mindre relevant empiri. For behandling av barn og ungdom som har opplevd seksuelle overgrep fant ikke Trask et al. (2011) at kjønn hadde noe sammenheng med utfall i psykoterapi. De fant en trend for at gutter hadde bedre effekt av behandling enn jenter, men denne trenden er svært usikker og var basert på svært få studier.

3.2.3 Traumeeksponering

Traumeeksponering vil være en av klientfaktorene i Lamberts (1992) modell som er spesifikt viktig for behandling av traumatiserte barn. I behandling av traumatiserte barn er det mange som hevder at barnets traumeerfaring påvirker hvilke intervensjoner de har behov for (Braarud & Nordanger, 2011; Messman-Moore & Bhuptani, 2017; Nordanger & Braarud, 2014; Perry & Pollard, 1998; Salmon & Bryant, 2002). Dette er fordi grad av eksponering vil ha betydning for barnets vansker og evne til å inngå i en terapeutisk allianse. Når det gjelder traumeeksponering har det vært undersøkt om det er forskjell på å oppleve samme hendelse en eller gjentatte ganger og hvorvidt det er større risiko å være utsatt for flere ulike typer hendelser.

Type traume

Om et barn blir utsatt for samme type traume gjentatte ganger er dette ofte avhengig av at barnet er i en nær relasjon til overgriper, for eksempel ved gjentatt vold eller seksuelle overgrep. Hvordan erfaringer fra nære relasjoner påvirker psykoterapi er tatt opp av blant annet Bowlby (Bretherton, 1992). Bowlby skrev i 1973 boka "Separation", der han foreslår at barnet bruker sine erfaringer i samhandling med tilknytningspersoner til å utvikle arbeidsmodeller for verden, seg selv og tilknytningsfigurer, og at disse arbeidsmodellene er ganske stabile. Bowlby diskuterte i sine siste leveår hvordan dette påvirker psykoterapi, der terapeuten kan aktivere de indre arbeidsmodellene til klienten (Bretherton, 1992). Barn som har opplevd vold eller seksuelle overgrep innad i familien vil ha andre forventninger til andre mennesker sammenlignet med barn som ikke har disse erfaringene. Relasjonen til en terapeut kan ligne relasjonen til foreldre, der nærhet og tillit er sentrale egenskaper, men dette er og egenskaper som kan ha blitt utnyttet i gjennomføringen av for eksempel ved seksuelle overgrep. Denne nærheten og fortroligheten som det inviteres til i en terapeutisk relasjon kan minne om relasjonen til en omsorgsgiver, og kan for noen være en traumepåminner (Cohen, Mannarino, Kliethermes, & Murray, 2012).

En av de som har arbeidet med å utvikle en behandlingsmodell for personer som har vært gjennom vedvarende traumer i barndommen er Cloitre. I hennes modell er det tatt hensyn til at barn som opplever overgrep i en tilknytningsrelasjon kan få en forstyrret utvikling (Braarud & Nordanger, 2011; Ehring & Quack, 2010; Messman-Moore, & Bhuptani, 2017; Nordanger & Braarud, 2014; Salmon & Bryant, 2002). Modellen støttes av flere studier som antyder at gjentatte traumer i barndommen kan gi et mer komplekst symptombilde enn ved enkeltstående traumehendelser (Briere, Kaltman, & Green, 2008; Cloitre et al., 2009). Behandlingsmodellen til Cloitre fokuserer på at starten av behandlingen må brukes til å jobbe med følelsesregulering og interpersonlig fungering før man kan begynne å jobbe mer fokusert med traume (Cloitre et al., 2011; Cloitre, Koenen, Cohen, & Han, 2002). I denne behandlingsmodellen tenker de at behandling av personer med slike erfaringer kan kreve lang behandlingstid.

Studier har primært sett på symptomkompleksiteten og hvordan den spiller inn for behandling. De har funnet at PTSD-behandling ser ut til å være effektiv også på personer med større symptomkompleksitet (Ehring et al., 2014), men det er mulig at det likevel vil være igjen en betydelig andel rest-symptomer etter behandling (Bradley, Greene, Russ, Dutra, & Westen, 2005). Det er teoretisk grunnlag til å anta at type traume kan påvirke behandling, gjennom barnets symptombilde og relasjon til terapeuten, men dette ser ikke til å være undersøkt i forbindelse med psykoterapiutfall.

Antall traumer

Forskning på betydningen antall traumer kan deles i to: forskning på retraumatisering, å oppleve samme type traume flere ganger, og polyviktisering, definert av Finkelhor et al. (2007) som å oppleve flere ulike traumer. I tråd med dette har flere studier funnet at å opplevde flere traumer i barndom predikerte større grad av symptomkompleksitet enn å ha opplevd flere traumer i voksen alder (Briere et al., 2008; Cloitre et al., 2009). Dette gjelder også ved totalt antall forskjellige type traumer erfart i barndom (Hodges et al., 2013). Det ser også ut til at å ha opplevd et traume gir økt risiko for å oppleve andre typer traumer (Thoresen, Myhre, Wentzel-Larsen, Aakvaag, & Hjemdal, 2015; Aakvaag, Thoresen, Wentzel-Larsen, & Dyb, 2016).

Det er rimelig å anta at barn som har opplevd flere ulike typer traumer blir påvirket av dette på en negativ måte som kan ha konsekvenser for behandling. Disse barna kan oppleve verden

som mer utrygg og har kanskje lavere forventninger til behandling og mindre håp for fremtiden (Meiser-Stedman, Dalgleish, Glucksman, Yule, & Smith, 2009). Det er mulig at disse barna vil ha mindre håp for behandling på bakgrunn av sine negative erfaringer. Hvordan barnet opplever og tenker om verden rundt dem etter et traume og å oppleve flere traumer kan bidra til utviklingen av PTSD (Alisic et al., 2014; Finkelhor et al., 2007; Trickey et al., 2012).

Å oppleve flere ulike typer traumer er funnet å være relatert til symptomers alvorlighet, men det er mindre forsket på om det å oppleve mange traumer predikerer psykoterapiutfall. Å oppleve flere traumer er i to studier på voksne funnet å ikke predikere psykoterapiutfall (TARRIER, Sommerfield, Pilgrim, & Faragher, 2000; Van Minnen, Arntz, & Keijsers, 2002). I en tredje studie på voksne ble det å ha opplevd flere traumer funnet å predikere psykoterapiutfall, men ikke når de kontrollerte for symptomnivå ved oppstart (Cinamon, Muller, & Rosenkranz, 2014). Det ser ut til at traumekarakteristikker er oftere undersøkt som risikofaktorer for utviklingen av PTSD enn som en mulig prediktor for bedring i psykoterapi. Selv om mer forskning på dette området har blitt etterlyst (Shirk & Eltz, 1998), har jeg ikke klart å finne flere studier som ser på temaet, og ingen som undersøker om å oppleve flere typer traumer påvirker psykoterapi for barn og unge.

3.2.4 Alvorlighetsgraden til symptomer og komorbiditet

Det er grunn til å anta at symptomers alvorlighetsgrad kan påvirke psykoterapiutfall. I et sammendragkapittel om klienten i psykoterapi ble det konkludert med at alvorlighetsgraden på symptomer og funksjonssvekkelse gir dårligere prognose, og at personer med høyere alvorlighetsgrad på symptomer trengte flere timer behandling på tvers av ulike diagnoser (Clarkin & Levy, 2004). Lignende konklusjoner er funnet for angstlidelser (Newman, Crits-Christoph, Gibbons, & Erickson, 2006) og for depressive lidelser (Beutler, Blatt, Alimohamed, Levy, & Angtuaco, 2006). Bohart og Wade (2013) argumenterer at klienter med mest alvorlige symptomer ofte kan oppnå størst grad av endring gjennom psykoterapi, men at de likevel rapporterer et relativt høyt symptomtrykk ved avsluttet behandling.

Et annet aspekt ved symptomers alvorlighetsgrad er komorbiditet. Det ser ut til at noen typer traumeeksponering kan ha sammenheng med større grad av symptomkompleksitet. Komorbiditet er å tilfredsstille kriteriene til flere diagnoser samtidig. Mye av forskningen på

komorbiditet har sett på betydningen av å ha personlighetsforstyrrelse som tilleggsdiagnose, men det er også funnet at å ha depresjon eller ruslidelse i tillegg til angstlidelse påvirker psykoterapiutfall negativt (Bohart & Wade, 2013). Traumer i barndom er assosiert med høyere risiko for å utvikle depresjon (Lenz & Hollenbaugh, 2015; Nanni, Uher, & Danese, 2012), og en metaanalyse av Nanni et al. (201) viste at barn som har erfart mishandling og i tillegg har depressive symptomer har dårligere behandlingsutfall. For behandling av traumatiserte barn er det funnet at barn med depressive vansker i tillegg til PTSS hadde god effekt av behandling, men i mindre grad enn barna uten depressive vansker (Jensen, Holt, & Ormhaug, 2017).

3.2.5 Stressende livshendelser og nye traumer opplevd underveis

Ut fra Lambert sin modell er det tenkt at hendelser utenfor psykoterapi vil påvirke bedring. Hvordan stressende livshendelser eller nye traumer påvirker behandling av traumatiserte barn er lite forsket på. Mens traumer er hendelser der barnets liv og/eller helse har vært i fare er stressende livshendelser bredere definert, og omfavner ulike hendelser i barns liv som kan være stressende, for eksempel flytting, skilsmisse og lignende, men der barnets liv og helse ikke har vært i fare.

Det er gjort en studie på voksne som kan indikere at å oppleve nye traumer eller stressende livshendelser kan føre til en økning i PTSS, i hvert fall i en periode etter opplevd nytt traume eller nye stressende livshendelser (Schock, Böttche, Rosner, Wenk-Ansohn, & Knaevelsrud, 2016). Studier av voksne holocaustoverlevende (Bramsen, Van Der Ploeg, & Boers, 2006; Fossion et al., 2015; Hantman & Solomon, 2007) og flyktninger (Kinzie, Boehnlein, Riley, & Sparr, 2002) har funnet at nye traumatiserende hendelser har en spesielt negativ effekt på personer med PTSD-diagnose.

Ut fra studiene på voksne utvalg kan det være at opplevelse av nye traumer og /eller stressende livshendelser vil være assosiert med høyere nivåer av PTSS i en periode etter opplevd hendelser. Høyere symptomer kan kanskje påvirke behandlingstid og symptomnivå ved avsluttet behandling, også hos barn.

3.2.6 Opplevd sosial støtte

I Lambert (1992) sin modell har begrunnelsen for betydningen til eksterne faktorer vært basert på at det er en betydningsfull andel personer som blir bedre uten behandling. Opplevd

sosial støtte vil være en slik ekstern faktor som kan påvirke bedring. Forskningen på sosial støtte har i stor grad vært fokusert på sosial støtte som en beskyttende faktor, og det har lenge sett å ha en sammenheng med helse og subjektiv velvære. Cohen og Wills (1985) var av de første som så på sosial støtte som en beskyttende faktor, eller buffer og det er funnet at sosial støtte er buffer for utviklingen av psykiske utfordringer generelt (Bovier, Chamot, & Perneger, 2004; Cohen & Wills, 1985) og for utviklingen av PTSD spesielt (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Trickey et al., 2012).

Sosial støtte har blitt forstått som et fenomen som består av flere aspekter, der Barrera (1986) organiserer sosial støtte i tre kategorier: sosial tilhørighet (social embeddedness), opplevd sosial støtte (percieved social support), og støttende handlinger (enacted social support). Opplevd sosial støtte ser ut til å ikke være det samme som mottatt sosial støtte. En metaanalyse av Haber, Cohen, Lucas, & Baltes (2007) finner en korrelasjon på .35 ($p < .001$) og argumenterer for at det er meningsfullt å se på opplevd sosial støtte i seg selv. Opplevd sosial støtte er aspektet ved sosial støtte som har fått mest oppmerksomhet og støtte i forskningen.

Også for barn er opplevd sosial støtte funnet å være den sterkeste prediktoren for subjektiv velvære (Chu, Saucier, & Hafner, 2010). Det er viktig å merke seg noen forskjeller i sosial støtte mellom barn og voksne, spesielt at sosial støtte fra voksenpersoner i barnets liv er viktig, som fra foreldre og lærere (Chu et al., 2010). Opplevd sosial støtte er funnet å være assosiert med PTSS og kognisjoner hos barn og ungdom, der opplevd sosial støtte er tenkt å være viktig for korrigerende av maladaptive tanker (Münzer, Ganser, & Goldbeck, 2017).

Forskningen på sosial støtte har vært preget av bufferhypotesen til Cohen og Wills (1985), og hvordan sosial støtte påvirker helse. Det er forsket mindre på hvilken betydning sosial støtte kan ha for bedring for personer som er i behandling. Clarkin og Levy (2004) i *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* har kun et lite avsnitt med om sosial støtte. Der de referer til bufferforskningen og at opplevd sosial støtte gir bedre prognose i behandling. En metaanalyse på temaet av Roehrle og Strouse (2008) fant at sosial støtte har en svak effekt på utfall i psykoterapi for voksne, på tvers av ulike problemer og ulike psykoterapier. Det ble ikke funnet forskjeller i effekt basert på forskjellige måter å måle sosial støtte på eller for ulike psykoterapiintervensjoner. For barn er det ikke funnet noen metaanalyser eller studier som undersøker om barnets opplevde sosial støtte kan være relatert til psykoterapiutfall.

3.3 Fellesfaktorer som kan ha betydning for psykoterapi hos barn

Fellesfaktorer i modellen til Lambert (1992) er basert på diskursen rundt at er ikke funnet noen betydningsfulle forskjeller mellom terapeutiske retninger og en diskusjon rundt den relative betydningen til fellesfaktorer og spesifikke faktorer. Det er ikke en debatt om ”enten-eller”, ettersom alle behandlinger består av både fellesfaktorer og spesifikke faktorer (Safran & Muran, 2000; Wampold & Budge, 2012). Fellesfaktorer består blant annet to viktige deler: allianse og terapeutfaktorer. Allianse er mye studert, men er ikke funnet å være signifikant i dette utvalget (Ormhaug, Jensen, Wentzel-Larsen, & Shirk, 2013). Det ser ut til å være stor forskjell mellom terapeuter (Huppert et al., 2001; Luborsky, McLellan, Diguier, Woody, & Seligman, 1997; Okiishi, Lambert, Nielsen, & Ogles, 2003) også i vanlig klinikk (Lutz, Leon, Martinovich, Lyons, & Stiles, 2007; Saxon & Barkham, 2012; Wampold & Brown, 2005), likevel er det reist spørsmål om terapeutfaktorer ikke har blitt hensyn til i tilstrekkelig grad i forskningen (Beutler et al., 2004; Garfield, 1997).

3.3.1 Terapeuterfaring

En mindre studert fellesfaktor er terapeuterfaring. Det er naturlig å tenke seg at mer klinisk erfaring gjør en til en bedre terapeut, men denne antakelsen er bare delvis støttet empirisk. Flere metaanalyser og studier er inkonsistente på betydningen av klinisk erfaring. Tidlige metaanalyser fant ikke en signifikant sammenheng mellom terapeuterfaring og utfall i psykoterapi (Smith & Glass, 1977; Stein & Lambert, 1984) Dette er støttet av en nyere studie av Wampold og Brown (2005) som så på over 500 terapeuter og Christensen og Jacobson (1994) som konkluderer pessimistisk i sin oversiktsartikkel om at evidensen for profesjonell erfaring er svak på sitt beste. To metaanalyser fra 90-tallet konkluderte derimot med en liten effekt av terapeuterfaring på psykoterapiutfall (Crits-Christoph et al., 1991; Stein & Lambert, 1995).

Et problem i forskningen er at erfaring og utdanning ofte er konfundert (Beutler et al., 2004), men der de er sammenlignet og holdt separat ser erfaring ut til å være viktigere enn utdanning, spesielt når det handler om generell klinisk erfaring. (Beutler et al., 2004). Dette

støttes av Huppert et al. (2001) som fant at generell klinisk erfaring var viktigere enn erfaring med en spesifikk behandlingsmetode (CBT) i behandling av angst.

Ekspertise kan defineres som forbedring i prestasjoner som kommer fra mer erfaring (Tracey, Wampold, Lichtenberg, & Goodyear, 2014), og innenfor psykoterapifeltet er det diskutert om ekspertise i det hele tatt er relatert til erfaring (Tracey et al., 2014). Goldberg et al. (2016) er den første storskala longitudinelle studien av terapeuters utvikling over tid, som har sett pasientutfall i ordinær psykologisk praksis. De fant at over tid ble terapeutene samlet sett noe mindre effektive, men denne effekten var veldig liten. Terapeutene varierte individuelt i om de ble mer eller mindre effektive over tid, og 39.4 % ble mer effektive med mer erfaring. Noen terapeuter blir bedre med erfaring, men i gjennomsnitt ble terapeutene litt dårligere over tid. Funn som dette står i kontrast til terapeuters egne erfaringer av profesjonell utvikling. En kvalitativ longitudinell studie fant at terapeuter opplever å utvikle seg gjennom sin arbeidskarriere, og at de er svært engasjerte i sin klienter og sin egen profesjonelle utvikling (Goldberg et al., 2016; Rønnestad & Skovholt, 2003). Behandling av traumatiserte barn kan ofte være komplekse saker, og det er mulig at mer erfaring kan gjøre terapeutene bedre i stand til å håndtere vanskelige situasjoner i psykoterapien.

3.4 Teknikkfaktorer som kan ha betydning for psykoterapi hos barn

3.4.1 Teoretisk orientering

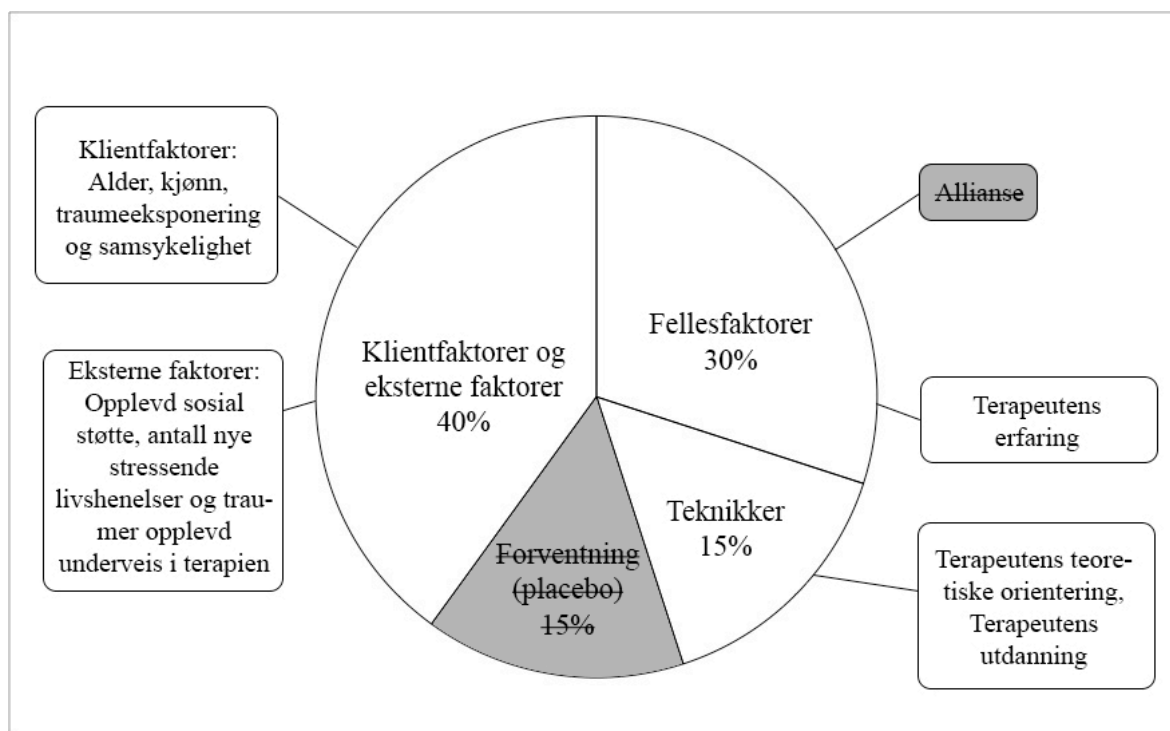
Selv om fellesfaktorer er funnet å være viktige for psykoterapi, er det likevel forskning som forsøker å si noe om hva slags psykoterapi som fungerer best for ulike pasientgrupper. Den nyeste metaanalysen på effekten til psykoterapi for barn og ungdom har blandede resultater når det gjelder effekten til ulike behandlingsmetoder (Weisz et al., 2017). De fant ingen hovedeffekt for behandlingsmetode, men fant en interaksjon der kognitiv atferdsterapi (CBT) produserte de mest robuste funnen på tvers av informanter (for barn, foreldre og lærere). Samtidig var andre behandlingsmetoder effektive ut fra noen typer informantrapportering. Weisz et al. (2017) konkluderer med at ulike behandlinger kan ha forskjellige effekter, som virker på spesifikke måter og som må tas hensyn til i behandling.

For behandling av traumatiserte barn er TF-CBT anbefalt (NICE, 2005; Silverman et al., 2008), men det er flere evidensbaserte behandlinger for PTSD (Silverman et al., 2008). De fleste evidensbaserte behandlinger for PTSD er basert på kognitive teorier, og inneholder en form for eksponering (Ehlers et al., 2010; Schnyder et al., 2015). Basert på dette kunne en kanskje tenke at kognitivt orienterte terapeuter har en litt bedre effekt, men dette er ikke bekreftet (Benish, Imel, & Wampold, 2008; Wampold et al., 2010).

Det kan være en feilslutning at teoretisk orientering er assosiert med ulike terapeutiske intervensjoner og forståelse. Selv innad samme teoretiske retning, er det funnet betydelige forskjeller i behandling (Malik, Beutler, Alimohamed, Gallagher-Thompson, & Thompson, 2003). Det ser ut til at forskjellene er enda større i ordinær psykologisk praksis. Garland et al. (2010) fant stor variasjon i antall timer og hvilke strategier som ble brukt i ordinær psykologisk behandling av barn med atferdsvansker. Terapeutene viste seg å være eklektiske i praksis, selv om de ikke identifiserte seg som eklektiske i teoretisk orientering. Det betyr at terapeutene brukte intervensjoner fra ulike teoretiske retninger. Gjennomgående var strategiene eller psykoterapiintervensjonene av lav intensitet, og intervensjoner som var konsistent med evidensbasert praksis ble enten observert ofte (lære om følelser, bruk av positiv forsterkning) eller svært sjeldent (rollespill, bruk av hjemmelekser). Garland et al. (2010) diskuterer at de intervensjonene som ble brukt lite i ordinær psykologisk praksis er styrende (directive), for eksempel rollespill og hjemmelekser, der terapeuten tar mer styring for hva som skal skje. Lignende funn er rapportert for behandling av traumatiserte barn i ordinær psykologisk behandling (Ormhaug & Jensen, 2016).

4 Konseptuell modell for studien

Lambert (1992) sin modell er brukt som utgangspunkt og hvordan faktorene inkludert i studien er plassert i Lambert sin modell kan sees i figur 2. Lambert skiller ikke mellom eksterne faktorer og klientfaktorer, men i denne studien er det tenkt at det er en forskjell på hva barna har med seg inn i behandlingen og hva de opplever i livene sine underveis i behandlingen. Klientfaktorer og eksterne faktorer er derfor skilt fra hverandre. Fellesfaktorer og teknikkfaktorer fra Lambert sin modell er i studien definert som ulike terapeutfaktorer.



Figur 2 Konseptuell modell som viser faktorene undersøkt og deres plassering i Lambert sin modell. Skraverte områder er ikke undersøkt i denne studien.

Klientfaktorene som er inkludert i studien er alder, kjønn, traumeeksponering (type traume og antall traumer) og komorbiditet. Disse klientfaktorene er alle vist å bidra til utviklingen av PTSD (Alisic et al., 2014; Trickey et al., 2012), derfor er det interessant å undersøke om de også påvirker behandlingsutfall for traumatiserte barn. Ved å inkludere eksterne faktorer er målet å undersøke sammenhengen mellom det som skjer i barnets liv, utenfor terapirummet, og bedring. De eksterne faktorene som er inkludert i studien er barnets sosial støtte, stressende livshendelser og nye traumer barnet erfarte underveis i behandlingen. Hvilken betydning eksterne faktorer har for utfall av psykoterapi er lite studert. Studier på voksne har primært sett på hvordan opplevd sosial støtte før behandling påvirker psykoterapiutfall, men det er mindre kunnskap om hvordan endring i sosial støtte mens personen er i behandlingen

henger sammen med utfall. Derfor vil endring i opplevd sosial støtte hos barna underveis i behandling undersøkes her. Det er kun en fellesfaktor som er undersøkt i denne studien, terapeutens erfaring, siden allianse ikke er funnet å være signifikant i dette utvalget (Ormhaug et al., 2013). Teknikkfaktorer er her operasjonalisert som terapeutens utdanning og terapeutens orientering, som kan tenkes å være relatert til hvilke teknikker terapeutene bruker. Forskning på terapeutens erfaring og teoretiske orientering er redegjort for tidligere, forskning på terapeutens utdanning blir gjennomgått i delen ”terapeutens utdanning som et mål på teknikk”.

Terapeutens utdanning som et mål på teknikk

Gjennom utdanning lærer terapeutene seg ferdigheter, og en kan tenke seg at utdanning vil påvirke hvilke teknikker som blir brukt. Det er funnet at spesifikk terapeuttrening gir bedre resultater generell terapeuttrening (Beutler et al., 2004) og at gjennom utdanning utvikler terapeuter et fokus som er relatert til bedring (Barlow, Burlingame, Harding, & Behrman, 1997). Dette reiset er spørsmål og en grundigere terapeututdanning kan gi sterkere fokus i psykoterapien som kan være relatert til bedring.

I flere studier har utdanning og erfaring vært konfundert. Beutler et al. (2004) referer til en metaanalyse av Smith, Glass og Miller (1980) som den eneste oversiktsartikkelen som systematisk har skilt utdanning og erfaring på psykoterapiutfall knyttet til psykoterapiutfall. De fant at psykologer gjorde det noe bedre enn psykiatere ($r = .28$). Det kan se ut som at utdanning innenfor psykisk helse er en fordel, og gir noe bedre effektstørrelser enn andre utdanninger (Propst, Paris, & Rosberger, 1994). En metaanalyse av Stein og Lambert (1995) fant beskjedne effektstørrelser for at terapeuter med lenger utdanning hadde pasienter med bedre behandlingsutfall og mindre frafall fra behandling. I kontrast til dette er det studier som ikke finner effekter av utdanning, og som finner bedre utfall hos personer som har fått psykoterapi av sosialarbeidere enn for psykologer og psykiatere. Dette er funn som sår tvil om at spesifikk utdanning i psykoterapi kan være relatert til bedring (Beutler et al., 2004). Rønnestad og Ladany (2006) oppsummerer forskningen på feltet som inkonsistent og at det er mangel på studier. Samlet sett er det inkonsistente funn knyttet til betydningen av utdanning, men det kan tenkes at utdanning kan påvirke terapeutenes teknikk, og er derfor brukt som et mål på teknikkfaktorer i denne studien.

5 Mål for studien

Målet for denne studien er å kunne si noe om hva som påvirker bedring i vanlig behandling i BUP for barn som har opplevd traumatiserende hendelser. Det primære utfallsmålet er nivå PTSS ved behandlingsslutt. Sekundært har studien som mål å undersøke om de samme faktorene predikerer nivå PTSS etter 15 timer, som kan si noe om tempo i symptomreduksjon, og det er ønskelig å se på totalt antall timer behandling, som kan si noe om ressursbruk. Faktorene inkludert i studien er delt i klientfaktorer, eksterne faktorer og terapeutfaktorer, og er beskrevet tidligere på side 17-8. Analysene i studien er i stor grad eksplorerende, men noen hypoteser kan trekkes ut fra litteraturen.

5.1 Problemstillinger

5.1.1 Problemstilling 1: Hva er sammenhengen mellom klientfaktorer og utfall?

Den første problemstillingen er: hva er sammenhengen mellom klientfaktorer og utfall? Klientfaktorer har blitt karakterisert som en av de mest neglisjerte faktorene i psykoterapiforskningen. For klientfaktorene er det noen eksplorerende hypoteser: 1) har alder en sammenheng med psykoterapiutfall? 2) har kjønn en sammenheng med psykoterapiutfall? I tillegg er det ut fra litteraturen dannet disse hypotesene: 3) Barn som har opplevd traumer med en overgriper, og spesielt om overgriperen er i familie med barnet, kan trenge flere timer behandling enn barn som har opplevd traumer uten overgriper. 4) Barn som har opplevd flere traumer vil ha høyere nivå PTSS ved behandlingsavslutning og kan trenge flere timer behandling. 5) Barn som i tillegg har depresjonssymptomer over klinisk nivå vil ha høyere nivå PTSS ved behandlingsavslutning og vil trenge flere timer behandling.

5.1.2 Problemstilling 2: Hva er sammenhengen mellom eksterne faktorer og utfall?

Den andre problemstillingen er: hva er sammenhengen mellom eksterne faktorer og utfall? Eksterne faktorer tenkes å bidra til psykoterapiutfall, men det er få studier på hvordan disse kan påvirke utfall for barn og unge i behandling. Hypotesene for eksterne faktorer er: 1) barn som har større positiv endring i opplevd sosial støtte vil ha lavere nivå PTSS ved behandlingsavslutning og 2) barn som opplever nye traumer eller flere stressende

livshendelser vil ha høyere nivå PTSS etter 15 timer behandling og vil trenge flere timer behandling.

5.1.3 Problemstilling 3: Hva er sammenhengen mellom terapeutfaktorer og utfall?

Den tredje problemstillingen er: hva er sammenhengen mellom terapeutfaktorer og utfall? Terapeutfaktorer blir i denne studien kun undersøkt om påvirker bedring, etter 15 timer og ved behandlingsavslutning, og ikke for det tredje utfallsmålet antall timer. For terapeutfaktorene er hypotesene i stor grad eksplorerende: 1) kan terapeutens erfaring ha sammenheng med psykoterapiutfall? 2) Kan terapeutens utdanning ha en sammenheng med psykoterapiutfall? 3) kan terapeutens teoretiske orientering ha en sammenheng med psykoterapiutfall?

6 Metode

6.1 Bakgrunn

I denne studien brukes materiale fra en norsk studie som sammenlignet TF-CBT-studie med ordinær psykologisk behandling (Treatment as usual, TAU). (Jensen et al., 2013), ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Studien er en randomisert, kontrollert studie (RCT). Denne studien bruker kun data fra TAU-gruppen.

6.2 Utvalg

6.2.1 Klientene

Utvalget bestod av totalt 77 barn. Det var overvekt av jenter i behandling, med totalt 65 jenter (84.4 %) og 12 gutter (15.6 %). Alderen på utvalget var fra 10 til 18 år, der gjennomsnittsalderen var 15.0 år (SD = 2.24.) For størstedelen av utvalget var begge foreldre født i Norge (74.0%), 13.0 % fra Asia, 9.1 % hadde en norsk forelder og en foreldre fra et annet land, 2.6 % foreldre fra Afrika, og 1.3 % foreldre fra vestlige Europa. Av barna rapporterte 24.7 % at verste traume var seksuelle overgrep utenfor familien, 24.7 % at verste traume var opplevd vold i familien, 18.2 % at verste traume var vold eller trusler om vold utenfor hjemmet, og 16.9 % rapporterte at verste traume var opplevd plutselig skade, sykdom eller død av nær person. Hvilke traumer som var rapportert som verste kan leses i tabell 1. Barna/ungdommen hadde erfart mellom en og åtte traumehendelser, med et gjennomsnitt på 3.5. Av barna bodde flesteparten hos mor (59.7 %), 16.9 % hos begge foreldre, 9.1 % bodde mest hos far, 9.1 % bodde i fosterhjem og 1.3 % bodde like mye hos mor og far, 3.9% rapporterer ”annet” som sin bosituasjon.

Tabell 1

Hva ungdommen oppgir som verste traume.

Traume	Antall	%
Utsatt for vold i familien	19	24.7
Seksuelle overgrep utenfor familien	19	24.7
Vold eller trusler om vold utenfor hjemmet	14	18.2
Opplevd plutselig skade, sykdom eller død fra nær person	13	16.9
Seksuelle overgrep i familien	5	6.5

Vitne til vold i familien	3	3.9
Skremmende opplevelser med sykehusopphold	1	1.3
Ranet/overfalt	1	1.3
Vitne til vold utenfor familien	1	1.3
Krig/flukt	1	1.3

6.2.2 Terapeutene

Alle barna ble henvist til åtte BUP-klinikker etter standard prosedyre, det vil si enten fra fastlege eller barneverntjenesten. Det var totalt 45 terapeuter som ga ordinær psykologisk behandling. Terapeutene hadde i gjennomsnitt 15 års erfaring (SD 12.4), fra ett til 40 år. Terapeutene behandlet fra ett til åtte barn hver, med et gjennomsnitt på 1.7 barn (SD = 1.3) per terapeut. Av barna ble 51.9 % ($n = 40$) behandlet av psykologer, 24.7 % ($n = 19$) ble behandlet av klinisk pedagoger, 18.2 % ($n = 18$) ble behandlet av sosionomer, 2.6 % ($n = 2$) ble behandlet av psykiatere og 2.6 % ($n = 2$) ble behandlet av barnevernspedagoger. Hovedvekten av barna kom til kvinnelige terapeuter (85.7 %, $n = 66$). Når det gjelder terapeutenes teoretiske orientering ble 20.8 % ($n = 16$) av barna behandlet av terapeuter som oppga kognitiv atferdsterapi som sin teoretiske retning, 45.5 % ($n = 35$) av barna ble behandlet av terapeuter som oppga en psykodynamisk teoretisk bakgrunn, og 19.5 % ($n = 15$) kom til terapeuter som oppga systemisk-/familieterapi som sin teoretiske bakgrunn. For de resterende 14.3 % ($n = 11$) av barna hadde terapeutene ikke oppgitt teoretisk bakgrunn.

6.2.3 Behandlingen

Terapeutene i studien fikk ingen spesifikke instruksjoner, men ble bedt om å gi den behandlingen vurderte som best egnet. De hadde heller ingen tidsbegrensning. Barna ble behandlet fra en time til 114 timer, med et gjennomsnitt på 19 timer (SD = 18.1). Noen av barna ble avsluttet før 6. Time (26.0 %, $n = 20$), og av disse var det kun 1.3 % ($n = 1$) som ikke ble fulgt opp med kartlegging. Behandlingen bestod i hovedsak av individualterapi, men foreldrene var i ulik grad også inkludert. Foreldredeltakelse i behandling varierte fra 0 til 21 timer, med et gjennomsnitt på 3 timer per behandlingsforløp (SD = 4.4). En betydelig andel av barna har ikke hatt noen timer med foreldrene (27.3 %, $n = 21$), mens omtrent halvparten av behandlingsforløpene (51.9 %, $n = 40$) har hatt mer enn tre timer foreldredeltakelse. De resterende behandlingsforløpene (20.8 %, $n = 16$) har hatt en eller to samtaler med foreldre eller omsorgsgivere. Hva slags intervensjoner som ble brukt er undersøkt på et utvalg av

terapeutene fra to eller tre tilfeldige valgte timer (Ormhaug & Jensen, 2016). Dette ble undersøkt ved bruk av Therapy Process Observational Coding System – Strategies Scale (TPOCS-S) til å kode behandlingen. Ormhaug & Jensen (2016) fant stor variasjon i intervensjoner. Klient-sentrerte intervensjoner ble brukt i 92.6 % av timene, mens psykodynamiske strategier ble brukt i 45.7 % av timene, familierapeutiske intervensjoner i 35.8 % av timene, kognitive strategier i 30.9 % av timene og atferdsintervensjoner i 19.8 % av timene. Det ble også undersøkt i hvor stor grad traumene barna hadde opplevd ble diskutert, fordi traumefokus er en viktig del av anbefalte behandlinger for PTSD, og de fant at traumeprat ble kun observert i 17.3 % av timene, og direkte arbeid med maladaptive tanker relatert til traumene ble kun observert i 8.6 % av timene.

6.3 Prosedyre

Utvalget ble rekruttert til studien i perioden fra april 2008 til februar 2011. Deltagere i prosjektet var barn og ungdom som hadde utviklet symptomer på PTSD over klinisk grense. For å vurdere traumatiske erfaringer ble sjekklisten Traumatic Events Screening Inventory for Children (TESI) brukt. Av de som rapporterte eksponering for en hendelse ble symptomer på PTSD kartlagt med Child Posttraumatic Symptom Scale (CPSS) (Foa, Johnson, Feeny, & Treadwell, 2001). De med høyere skår enn 15 og med minst ett symptom innad hver av de tre PTSD symptomgruppene (gjenopplevelse, unngåelse, hyperaktivering) ble invitert til å delta i studien. Av 454 barn som ble kartlagt var det 200 som var over klinisk grense på 15, og av disse var det 156 som deltok i studien. Eksklusjonskriterier var akutt psykose, selvmordsatferd og behov for tolk. Deltagerne ble tilfeldig fordelt i to grupper, ordinær klinisk behandling (TAU) eller TF-CBT gjennom blokk-randomisering. Målinger gjort underveis i studien ble gjennomført av klinikere som ikke var ansatt ved klinikkene, og som var blind for behandlingsbetingelsene. Kartleggingene ble gjennomført ved behandlingsstart (T1), etter 6 timer (T2), etter 15 timer (T3) og 1 år etter (T4).

6.4 Mål

6.4.1 Barnet

PTSD

Barnets PTSD-symptomer ble kartlagt ved hjelp av Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA). Dette er et strukturert klinisk intervju som er tilpasset

for barn og ungdom yngre enn 15 år (Nader et al., 1996; Nader et al., 2004). CAPS-CA måler traumeeksponering, frekvens og intensitet til PTSS basert på diagnosesystemet DSM-IV. Påvirkningen av symptomene ble også vurdert, som generelt ubehag/stress og eventuell funksjonssvekkelse. I denne studien ble bare diagnostiske symptomer på PTSD brukt. Hvert spørsmål ble rangert på 5-punkts skala for måling av frekvens, fra (0) (ikke noe av tiden) til (4) (mesteparten av tiden), og 5-punkts skala for måling av intensitet fra (0) (ikke noe problem) til (4) (et stort problem, jeg må stoppe med det jeg gjør), som ble vurdert den siste måned. Spørsmålene ble skåret basert på både ungdommens svar og klinisk vurdering i intervjuet. Den totale skalaen viser tilfredsstillende intern konsistens ($\alpha = .90$), og for den tredelte modellen DSM-IV baserer seg på (gjenopplevelse $\alpha = .87$, unngåelse $\alpha = .77$, hyperaktivering $\alpha = .79$).

Depresjon

Grad av depresjon ble målt med hjelp av MFQ (Moods and Feelings Questionnaire). Det er et selvrapporteringskjema utviklet for å måle depressive symptomer hos barn og unge fra åtte til 18 år (Angold, Costello, Messer, & Pickles, 1995). Det består av 34 basert på diagnostiske kriterier i for depressive lidelser i DSM-IV. Skjemaet inkluderer også tilleggsspørsmål som reflekterer vanlige affektive, kognitive og somatiske egenskaper ved barndomsdepresjon. Barnet/ungdommen må svare om frekvensen for problemet for de siste 2 ukene ut fra en 3-punktsskala (0) ikke sant, (1) noen ganger sant, (2) sant. En samlet skåre på mer enn 27 er ansett å være innenfor klinisk område. Instrumentet er funnet å ha en god intern konsistent i dette utvalget (Jensen et al., 2013).

6.4.2 Eksterne livshendelser

Sosial støtte

Sosial støtte ble målt ved hjelp av Functional Social Support Questionnaire (FSSQ). Dette er en skala utviklet av Broadhead, Gehlbach, De Gruy, og Kaplan (1988). Det er et selvrapporteringskjema som skal måle funksjonelle aspekter ved sosial støtte. Skalaen består av syv utsagn som barnet skal svare på, ved bruk av en 5-punktsskala fra (1), mye mindre enn jeg ønsker, og (5) så mye jeg ønsker. Skalaen er altså et mål på opplevd sosial støtte. Skalaen gir en samlet skår der høyere skår indikerer høyere grad av opplevd støtte. Reliabilitet og validitet har vært vurdert som god (Broadhead et al., 1988), og intern konsistens er god i dette utvalget ($\alpha = .85$)

Nye livshendelser

Nye livshendelser underveis i behandlingen ble kartlagt med skjemaet Low Magnitude Events (LME) (Costello, Erkanli, Fairbank, & Angold, 2002). Barna ble spurt om de hadde opplevd noen av følgende erfaringer det siste året ved første måletidspunkt, og om de hadde opplevd det slike erfaringer siden sist på resten av måletidspunktene: (1) å miste en god venn grunnet flytting, (2) slutt på et forhold til bestevenn (konflikt), (3) slutt på forhold til kjæreste, (4) graviditet/abort.

Foreldre ble spurt om barnet enten hadde erfart hendelser fra en liste siste året på første måletidspunkt, og på resten om barnet hadde opplevd noen av hendelsene siden sist.

Foreldrene ble spurt om (1) nytt barn i hjemmet, (2) separasjon, (3) skilsmisse, (4) ny foreldrefigur i hjemmet, (5) flyttet/skiftet bosted, (6) skifte skole (utenom ordinære skolebytter), (7) foreldre arrestert, (8) redusert levestandard, (9) arbeidsledighet foreldre, (10) innleggelse grunnet alvorlig sykdom hos foreldre (fysisk/psykisk), (11) innleggelse grunnet alvorlig sykdom hos barnet (fysisk/psykisk), (12) Barnet atskilt fra hjemmet (for eksempel som følge av barnevernstiltak), (13) Annet (med mulighet til å spesifisere).

Traumer

Traumatic Events Screening Inventory for Children (TESI-C) er en sjekklister for å kartlegge traumeeksponering (Jensen et al., 2013). Sjekklisten inkluderte disse erfaringene: (1) alvorlig ulykke, (2) naturkatastrofe, (3) plutselig død eller alvorlig sykdom hos en nær person, (4) skremmende opplevelse knyttet til operasjon eller sykehusopphold, (5) vold eller trussel om vold utenfor familie, (6) vold eller ran, (7) bortført eller kidnappet, (8) vitne til vold utenfor familie, (9) vitne til vold i familie, (10) utsatt for vold i hjemmet, (11) seksuelle overgrep, (12) andre veldig skremmende opplevelser. Denne ble og brukt for å måle eventuelle nye traumer erfart underveis i studien.

6.5 Analyser

6.5.1 Gjennomgang av data

Definisjon av variablene

Flere variabler måtte kodes om eller summeres, og det ble laget nye variabler. Alle målene ble kartlagt ved alle behandlingstidspunkt, bortsett fra CAPS-CA som ikke ble mål ved T2

målingen. T2 målingene ble kun brukt for de variablene som skulle si noe om hva barna har opplevd underveis i behandling, altså nye traumer og nye livshendelser. Ellers er primært T1, T3 og T4 benyttet i disse analysene. Behandlingsavslutning ble definert som måletidspunkt T3 for alle som hadde opp til tre timer behandling etter T3, og definert som T4 for de som hadde mer enn tre timer etter T3. Samme definisjon ble brukt i variablene som skulle summeres eller på andre måter bruke målinger fra start av behandling til behandlingsavslutning. For utfallsmålet ”15 timer behandling” ble T3 målet brukt på samme måte i variablene som baserer seg på perioden fra behandlingsstart til 15 timer. Antall nye livshendelser opplevd underveis i psykoterapi er summert for hva barna og foreldre til barna har rapportert.

De nye variablene som ble brukt er av ulik type. De kontinuerlige variablene er alder, antall traumer opplevd før behandling, endring i opplevd sosial støtte, nye livshendelser opplevd underveis i behandling og antall år erfaring hos terapeuter. Kjønn, opplevde nye traumer, komorbiditet og terapeutdanning er dikotome variabler, altså som består av to kategorier. Når det gjelder opplevelse av nye traumer ble det forventet at det viktigste skillet er mellom de som ikke har opplevd nye traumer og de som har opplevd nye traumer. Hvor mange traumer barna opplever underveis i behandlingen ble forventet å være av mindre betydning, og derfor ble denne variabelen kodet dikotomt. Komorbiditet ble kodet i to grupper: barna som har symptomer på depresjon over klinisk nivå og barna som ikke har det. Utdanning ble også kodet dikotomt, med fokus på lengden på utdanning. Leger og psykologer, seks-årige grunnutdanninger, ble slått sammen i en kategori, og tre-årige grunnutdanninger ble slått sammen i en annen. Traumet som var rapportert som verste traume, terapeututdanning og terapeutisk orientering er kategoriske variabler med mer enn 2 kategorier. De kategoriske variablene ble dummy-kodet. Teoretisk orientering ble tredelt: Psykodynamisk, kognitivatferdsterapi, systemisk/familieterapi, og type traume ble delt i tre kategorier: Om hendelsen involverer en overgriper, om overgriper var utenfor familien eller om overgriper var i familie med barnet.

Tabell 2 *Oversikt over hvilke typer variabler som ble brukt.*

Kontinuerlig variabler	Kategorisk variabler	
	Dikotom	Flere enn 2 kategorier
Alder	Kjønn	Type traume

Antall traumer	Nye traumer	Terapeutisk orientering
Endring i sosial støtte	Komorbiditet	
Nye livshendelser	Terapeututdanning	
Terapeuterfaring		
PTSS ved behandlingsstart		
PTSS etter 15 timer		
PTSS ved behandlingsavslutning		
Antall timer behandling		

Uteliggere

Dataene har blitt undersøkt for uteliggere gjennom grafiske fremstillinger av datamaterialet, både med boxplots og histogrammer. Der hvor det har vært grunn til å ekskludere uteliggere ble dette gjort gjennom Winsorizing, og da er uteliggeren erstattet med den høyeste skåren som ikke er en uteligger (Field, 2013). Dette er å foretrekke over å ekskludere data, da datasettet ikke blir redusert i N, men heller blir mer presist. Winsorizing ble brukt på en uteligger identifisert i antall timer behandling, der en sak hadde 114 timer behandling, og ble erstattet med høyeste skår som ikke var en uteligger, som var 59 timer behandling.

Normalfordeling

Utvalget i denne studien er relativt lite, som gjør at det kan være større usikkerhet knyttet til normalfordeling. For de kategoriske variablene vil en ikke forvente normalfordeling mellom kategorier, men det vil forventes innad i kategorier. For andre variabler var det ikke rimelig å anta en normalfordeling, som for alder, antall traumer og nye livshendelser. For nye traumer og nye livshendelser vil jeg forvente en skjevfordeling, med hovedparten av fordelingen fra 0, og færre barn som har opplevd flere traumer eller livshendelser. Utvalget i denne studien er et klinisk utvalg, ikke et representativt utvalg, og normalfordeling må undersøkes.

For å undersøke normalfordeling har de ulike variablene blitt undersøkt grafisk og ved hjelp av Shapiro-wilk-testen. Shapiro-Wilk-testen sammenligner skårene i utvalget til et normalfordelt sett av skårer med samme gjennomsnitt og SD. Hvis testen er signifikant ($p < .05$) så er distribusjonen signifikant annerledes fra en normalfordeling (Field, 2013). Disse testene er sårbare for størrelsen på utvalg, og kan i store utvalg finne signifikante forskjeller

som er små og uviktige, og i små utvalg mangle statistisk styrke til å oppdage signifikante forskjeller (Field, 2013; Jensen et al., 2013). Dette kan være alvorlig da man i små utvalg, som i denne studien, ofte har større usikkerhet knyttet til om fordelingen av data er normalfordelt enn i større utvalg. Flere av prediktorene er kategoriske. Det betyr at vi predikerer at ulike kategorier kommer fra ulike populasjoner og at de ikke vil være normalfordelte. Innad i kategoriene vil man likevel forvente normalfordeling. Så for de kategoriske variablene som undersøkes måtte normalfordeling bli undersøkt for de ulike kategoriene for hver variabel.

For data som ikke er normalfordelte kan man bruke bootstrapping (Field, 2013). Ved bootstrapping trekkes mange utvalg fra det opprinnelige utvalget. Gjennomsnittet og standardfeilen for alle utvalgene blir kalkulert. Standardfeilen blir brukt som standardavviket for hele utvalgsfordelingen. Ved bootstrapping vil man se på bootstrap-konfidensintervallet, det vil si det området der 95% av bootstrap-utvalgene faller. Hvis bootstrap-konfidensintervallet krysser 0 så er det mer en 5% sannsynlighet for at funnet ikke er signifikant. Dette er en metode som gjør at man kan bruke parametriske analyser, selv om dataene ikke er normalfordelte. Normalitetsanalyser identifiserte at majoriteten av variablene ikke var normalfordelte, gjennom grafisk fremstilling og analyser av Shapiro-Wilks testen og skewness og kurtosis. Dette ble tatt høyde for gjennom bruk av bootstrapping i analysene.

Valg av parametriske tester

Egenskaper ved datamaterialet vil påvirke hvilke statistiske tester som er anbefalt. For selvrapporteringsdata målt med likertskala kan parametriske tester brukes om man summerer skårene (Carifio & Perla, 2008; Norman, 2010). Da vil de få samme egenskaper som intervalldata, selv om råskårene for hvert spørsmål i grunn var kategoriske, ordinal data. Parametriske tester var også svært robuste tester og kan tåle at ikke alle statistiske forutsetninger var tilstede, for eksempel forutsetningen om normalfordeling (Norman, 2010). I tillegg ble bootstrapping brukt i analysene for å ta høyde for mangelen på normalfordeling. På bakgrunn av dette vil parametriske tester brukes i denne studien.

Reliabilitetsanalyser av skalaer

Da det ikke er publisert noe på skalaen for sosial støtte for dette utvalget ble reliabiliteten til denne skalaen undersøkt gjennom inter-item korrelasjoner mellom spørsmål. Ved første måletidspunkt i studien var inter-itemkorrelasjonen på $\alpha.85$, som anses som godt (Field,

2013). Inter-itemkorrelasjonen ble undersøkt ved alle måletidspunkter, og har lignende α - verdier som ved det første måletidspunktet. I dette utvalget var variansen i svarene liten. Alle spørsmål var positiv korrelert på alle måletidspunkt og skalaen ble vurdert å være endimensjonal.

6.5.2 Korrelasjoner mellom variablene

Korrelasjonene mellom klientfaktorene kan leses i tabell 3, korrelasjonene mellom de eksterne faktorene kan lese i 4 og 5 og korrelasjonene mellom terapeutfaktorene kan lese i tabell 6. Signifikante korrelasjoner, identifisert gjennom bootstrapping er uthevet. Ingen av korrelasjonene var over .80 og indikerer dermed ikke multikolinearitet (Field, 2013).

Tabell 3

Korrelasjon mellom klientfaktorene.

		Alder	Type traume	Antall traume	Komorbi ditet	PTSS start
Kjønn	Pearsons	-.01	-.11	.10	.30	.45
	St.error	.17	.10	.14	.15	.09
	BCa lower	-.34	-.27	-.20	.01	.26
	BCa upper	.33	.13	.37	.58	.61
Alder	Pearsons		.05	.02	-.11	.11
	St.error		.00	.13	.13	.13
	BCa lower		.13	-.25	-.36	-.18
	BCa upper		-.19	.28	.16	.35
Type traume	Pearsons			.24	.11	.27
	St.error			.10	.14	.27
	BCa lower			.02	-.17	.00
	BCa upper			.43	.38	.50

Antall traumer	Pearsons	.08	.12
	St.error	.13	.11
	BCa lower	-.17	-.10
	BCa upper	.32	.33
Komorbi ditet	Pearsons		.46
	St.error		.09
	BCa lower		.28
	BCa upper		.62

Note: signifikante korrelasjoner identifisert gjennom bootstrapping er uthevet.

Tabell 4

Korrelasjoner mellom de eksterne variablene for behandlingsavslutning.

		Nye livshendelser	Nye traumer	PTSS start
Endring sosial støtte	Pearsons	-.03	-.13	.12
	St.error	.17	.17	.18
	BCa lower	-.38	-.44	-.26
	BCa upper	.31	.20	.44
Nye livshendelser	Pearsons		.27	.14
	St.error		.15	.18
	BCa lower		-.06	-.24
	BCa upper		.53	.45
Nye traumer	Pearsons			.39
	St.error			.14
	BCa lower			.10
	BCa upper			.65

Note: signifikante korrelasjoner identifisert gjennom bootstrapping er uthevet.

Tabell 5

Korrelasjoner mellom de eksterne variablene for etter 15 timer behandling.

	Nye livshendelser	Nye traumer	PTSS start
--	-------------------	-------------	------------

Endring sosial støtte	Pearsons		-.11	.06	.09
		St.error	.16	.16	.18
		BCa lower	-.43	-.26	-.27
		BCa upper	.21	.36	.41
Nye livshendelser	Pearsons			.17	.14
		St.error		-.01	-.01
		BCa lower		.16	.18
		BCa upper		-.18	-.23
Nye traumer	Pearsons				.35
		St.error			.14
		BCa lower			.05
		BCa upper			.61

Note: signifikante korrelasjoner identifisert gjennom bootstrapping er uthevet

Tabell 6

Korrelasjoner mellom terapeutfaktorene.

		Terapeut- utdanning	Teoretisk orientering	PTSS start
Terapeuterfar ing	Pearsons	-.66	.04	-.06
		St.error	.07	.14
		BCa lower	-.78	-.34
		BCa upper	-.51	.23
Terapeututda nning	Pearsons		.19	.06
		St.error	.12	.13
		BCa lower	-.06	-.20
		BCa upper	.42	.29
Teoretisk orientering	Pearsons			.17
		St.error		.10
		BCa lower		-.04
		BCa upper		.36

Note: signifikante korrelasjoner identifisert gjennom bootstrapping er uthevet.

6.5.3 Preliminære analyser

Deskriptivt statistikk blir brukt for å undersøke utvalget i preliminære analyser.

6.5.4 Statistiske analyser

Paired sample T-test

Utvalget i denne studien er funnet å ha signifikant bedring (Jensen et al., 2013). Det ble likevel gjennomført en repeated measures T-test for å bekrefte dette funnet. Gjennomsnittlig ble deltagerne bedre fra T1 (Mean = 60.46, SD = 21.20) til T3 (Mean = 42.05, SD = 26.57), og denne forskjellen, 18,16, BCa 95% CI [12.50 – 23.83], var signifikant $t(60) = 6.41, p < .001$ og representerte en medium effektstørrelse på $d = 0.69$

Regresjonsanalyse

Målet var å undersøke om de ulike uavhengige variablene predikerer utfall. Dette gjøres gjennom regresjonsanalyser. Når man bruker multippel regresjon så er det viktig å vurdere hvilke prediktorer som skal inn i en modell (Field, 2013). Ut fra teori og forskning er det derfor valgt å kjøre prediktorene i tre ulike modeller, en for klientfaktorer, en for eksterne faktorer og en for terapeutfaktorer. Dette ble gjort for de ulike utfallsmålene: PTSS ved avslutning, PTSS etter 15 timer og antall timer behandling. Prediktorene ble lagt inn i modellen med metoden som kalles for forced entry, (kalt "enter" i SPSS). Da blir alle prediktorene tvunget inn i modellen samtidig, og bygger på at det er et teoretisk godt grunnlag for å legge prediktorene inn i modellen, men uten at man må gjøre en vurdering for rekkefølgen prediktorene blir lagt inn (Field, 2013). Denne metoden er passende for denne studien, da det kan være vanskelig å vurdere et hierarki av prediktorer ut fra forskningen, samtidig som prediktorene som ble valgt ut er basert på forskning. Siden jeg har flere variabler som ikke antas å være normalfordelte ble bootstrapping brukt i analysene, med utvalg på 5000. De ulike prediktorene ble også undersøkt for multikolinearitet, gjennom visuell undersøkelse av korrelasjonsmatrise for prediktorene i en modell.

Regresjonsmodellene

Denne studien bruker tre utfallsmål: PTSS ved avslutning av behandling, PTSS etter 15 timer og antall timer behandling. PTSS ble målt med CAPS-CA-skår. Ettersom det var forventet at symptomnivå ved oppstart av behandling ville påvirke utfallsmålet ble CAPS-CA-skår ved behandlingsstart inkludert som en kontrollvariabel i alle modellene. Modellen for

klientfaktorer består av prediktorene alder, kjønn, type traume rapportert som verste traume og antall traumer erfart før behandlingsstart. I modellen for eksterne faktorer er endring i sosial støtte, nye livshendelser opplevd underveis i behandlingen og nye traumer erfart underveis i behandlingen prediktorer for utfallsmålene. Terapeutfaktorene utdanning, teoretisk orientering og antall år klinisk erfaring er prediktorer i modellen for terapeutfaktorer, og analysert med utfallsmålene PTSS etter 15 timer og ved avslutning av behandling. Denne modellen blir ikke undersøkt med antall timer behandling som utfallsmål, fordi det ikke er noen rasjonale for at disse prediktorene skal påvirke antall timer behandling barna trenger.

6.5.5 Statistisk program

IBM SPSS Statistics, versjon 24 ble brukt til analysene i denne studien.

7 Resultater

7.1 Preliminære analyser

7.1.1 Deskriptiv beskrivelse av klientfaktorer

For alder, kjønn og traumeeksponering (type traume og antall traumer), se tabell 1 (s 21). Av barna hadde 74 % ($n = 57$) depresjonsskårer over klinisk grense i tillegg til PTSD, og 26 % ($n = 20$) hadde ikke skår over klinisk grense for depresjon.

7.1.2 Deskriptiv beskrivelse av eksterne faktorer

De eksterne faktorene har alle to variabler hver, basert på utfallsmål: fra behandlingsstart til 15 timer og fra behandlingsstart til avslutning av behandling. For en beskrivelse av sosial støtte og livshendelser opplevd underveis i behandlingen se tabell 7. Variasjonen i endring i sosial støtte betyr at noen har en endret opplevd bedret sosial støtte, og noen forverret sosial støtte. I utvalget som helhet var det en liten gjennomsnittlig positiv endring i opplevd sosial støtte. Negative verdier betyr her at de har hatt en økning i opplevd sosial støtte (T1 minus T3). Deltagerne rapporterte jevnt over høy grad av sosial støtte ved alle tidspunkt (min = 7 maks = 35, T1: Mean = 27.8 SD = 6.0, T3: Mean = 28.7 SD = 6.0, T4: Mean = 29.6 SD = 5.3). Det var ikke store forskjeller i variasjon eller minimum- og maksimumsverdier for de to variablene på sosial støtte eller på nye livshendelser. Man kan se at gjennomsnittet for antall livshendelser går opp fra 15 timer til behandlingsslutt, fra gjennomsnittlig 3.86 nye livshendelser, til 4.24 nye livshendelser.

Tabell 7

Deskriptiv statistikk for eksterne faktorer

	<i>n</i>	Range	Min	Maks	Gjennomsnitt	SD
Endring sosial støtte behandlingsslutt	40	29	-16	13	-1.42	6.85
Endring sosial støtte 15 timer	40	30	-17	13	-1.17	7.00
Livshendelser fra start til behandlingsslutt	71	12	0	12	4.24	2.85
Livshendelser fra start til 15 timer	71	12	0	12	3.86	2.79

Fra behandlingsstart til 15 timer av behandling har 43.4 % ($n = 23$) av barna opplevd nye traumer ($N = 53$), mens ved avslutning i behandling har 49.1 % ($n = 26$) opplevd nye traumer ($N = 53$). Man kan se en liten økning i nye traumer etter 15 timer behandling.

7.1.3 Deskriptiv beskrivelse av terapeutfaktorer

Terapeutfaktorene er beskrevet under utvalget.

7.1.4 Deskriptiv beskrivelse av symptomer på PTSD

Ved behandlingsstart var det et ganske høyt gjennomsnitt på PTSS, samt stor variasjon i symptomtrykk. Det var en betydelig gjennomsnittlig nedgang i PTSS fra behandlingsstart til etter 15 timer, mens fra 15 timer til behandlingsavslutning var det minimalt med nedgang i PTSS symptomer. Samtidig øker variasjonen og SD fra behandlingsstart til etter 15 timers behandling og ved avslutning av behandling. Dette betyr sannsynligvis at det var stor forskjell i hva slags effekt barna har av psykoterapi, der de fleste opplever bedring, men noen lite bedring eller forverring gjennom behandling. PTSS ved behandlingsstart (kontrollvariabel), PTSS etter 15 timers behandling (utfallsmål) og ved behandlingslutt (utfallsmål) er beskrevet i tabell 8.

Tabell 8

Deskriptiv beskrivelse av symptomer på PTSD.

	<i>n</i>	Range	Min	Maks	Gjennomsnitt	SD
PTSS ved behandlingsstart	63	96	9	105	60.46	21.20
PTSS etter 15 timers behandling	61	112	0	112	42.05	26.57
PTSS ved behandlingsavslutning	63	112	0	112	40.87	26.82

7.2 Sammenheng mellom klientfaktorer og utfallsmål

7.2.1 Predikerer klientfaktorer bedring i PTSS ved avslutning av behandling?

Klientfaktorer har en signifikant sammenheng med symptomnivå ved avslutning, selv når en kontrollerer for PTSS ved oppstart. Modellen for klientfaktorer forklarer 40.9 % ($R^2 = .41$) av variansen i PTSS ved avslutning av behandling, og var signifikant ($p < .001$). I tabell 6 kan vi se hvilke av prediktorene som var signifikante, der kun alder viser seg å være signifikant relatert til PTSS ved avslutning av behandling ($p = .010$), bortsett fra kontrollvariabelen PTSS ved start ($p < .001$). Eldre barn hadde høyere nivå PTSS ved avslutning av behandling

enn yngre barn, og høyere symptomnivå ved behandlingsstart ga høyere symptomnivå ved behandlingsslutt.

Tabell 9

Multippel regresjonsmodell for klientfaktorer med PTSS ved avslutning av behandling.

	b	p	BCaCI Lower	BCaCI Upper
Konstant	-44.04	.037	-85.28	-2,80
Kjønn	-7.88	.342	-24.34	8.59
Alder	3.25	.010	0.80	5.71
Type traume	-1.65	.681	-9.64	6.34
Antall traumer	-0.20	.899	-3.36	2.96
Komorbiditet	1.48	.840	-13.13	16.09
PTSS ved behandlingsstart	0.73	.000	0.40	1.07

7.2.2 Predikerer klientfaktorer bedring i PTSS etter 15 timer behandling?

Klientfaktorer har en signifikant sammenheng bedring etter 15 timer, også når kontrollert for symptomnivå ved behandlingsstart. Modellen for klientfaktorer forklarer 43.4% ($R^2 = .43$) av variansen i bedring i PTSS etter 15 timer behandling og var signifikant ($p < .001$).

Klientfaktoren alder var den eneste som var signifikant ($p = .012$) i tillegg til PTSS ved behandlingsstart ($p < .001$) (tabell 10). Eldre barn har høyere symptomnivå etter 15 timer behandling enn yngre barn, og høyere symptomnivå ved behandlingsstart ga et høyere symptomnivå etter 15 timers behandling.

Tabell 10

Multippel regresjonsmodell for klientfaktorer med PTSS etter 15 timer behandling som utfallsmål.

	b	p	BCaCI Lower	BCaCI Upper
Konstant	-45.10	.028	-85.28	-4.93
Kjønn	-5.94	.460	-21.93	10.05
Alder	3.12	.012	0.73	5.51
Type traume	0.84	.833	-7.11	8.79
Antall traumer	-0.35	.822	-3.45	2.75
Komorbiditet	5.79	.419	-8.45	20.02
PTSS ved behandlingsstart	0.69	.000	0.37	1.01

7.2.3 Predikerer klientfaktorer antall timer behandling?

Klientfaktorer ble funnet å ha en signifikant sammenheng antall timer behandling. Modellen med klientfaktorer forklarer 20.1 % ($R^2 = .20$) av variansen i antall timer behandling, og var signifikant ($p = .013$), der den eneste signifikante prediktoren i modellen var alder ($p = .006$). Vi ser i tabellen at eldre barn fikk færre timer behandling enn yngre barn. Vi ser ikke at symptomnivå ved behandlingsstart predikerer antall timer barna får behandling, noe som var interessant ettersom symptomnivå ved behandlingsstart gjennomgående predikerer grad av bedring etter 15 timer og ved behandlingsavslutning.

Tabell 11

Multipel regresjonsmodell for klientfaktorer med antall timer som utfallsmål

	b	p	BCaCI Lower	BCaCI Upper
Konstant	45.51	.000	17.98	65.50
Kjønn	3.72	.458	-7.07	12.19
Alder	-2.37	.002	-3.44	-0.61
Type traume	2.90	.227	-2.65	6.56
Antall traumer	-0.95	.305	-2.99	0.58
Komorbiditet	5.14	.201	-3.44	11.97
PTSS ved behandlingsstart	0.03	.720	-0.13	0.15

7.3 Sammenheng mellom eksterne faktorer og utfallsmål

7.3.1 Predikerer eksterne faktorer bedring i PTSS ved avslutning av behandling?

Hvis en kontroller for PTSS symptomer ved oppstart, har eksterne faktorer ingen signifikant sammenheng med symptomnivå ved avslutning. Modellen forklarer 56.5 % ($R^2 = .56$) av variansen i bedring av PTSS ved behandlingsavslutning, og var signifikant ($p < .001$), men det var kun kontrollvariabelen PTSS ved start av behandling som var signifikant av prediktorene ($p < .001$), som kan sees i tabell 7. Høyere symptomnivå ved behandlingsstart ga høyere symptomer ved behandlingsslutt.

Tabell 12

Multippel regresjonsmodell for eksterne faktorer med PTSS ved avslutning av behandling som utfallsmål

	b	p	BCaCI Lower	BCaCI Upper
Konstant	-14.61	.150	-34.78	5.56
Endring i sosial støtte	0.41	.349	-0.47	1.28
Nye livshendelser	1.94	.093	-0.35	4.22
Nye traumer	6.38	.321	-6.52	19.27
PTSS ved behandlingsstart	0.69	.000	0.38	1.00

7.3.2 Predikerer eksterne faktorer bedring i PTSS etter 15 timer behandling?

Eksterne faktorer ble funnet å ha en sammenheng med bedring etter 15 timer, som var signifikant selv når symptomnivå ved behandlingsstart var kontrollert for. Modellen for eksterne faktorer forklarer 61.3% ($R^2 = .61$) av variansen i bedring av PTSS etter 15 timer og var signifikant ($p < .001$). Nye traumer opplevd underveis i behandlingen predikerer signifikant grad av bedring etter 15 timer ($p = .048$), i tillegg til kontrollvariabelen PTSS ved start av behandling ($p < .001$). Det å ha opplevd nye traumer i løpet av de første 15 timene behandling ga høyere symptomnivå etter 15 timers behandling sammenlignet med de som ikke har opplevd nye traumer. Symptomnivå ved start av behandling ga også høyere symptomnivå etter 15 timer behandling.

Tabell 13

Multippel regresjonsmodell for eksterne faktorer med PTSS etter 15 timer behandling som utfallsmål

	b	p	BCaCI Lower	BCaCI Upper
Konstant	-14.62	.145	-34.56	5.32
Endring i sosial støtte	0.55	.199	-0.31	1.41
Nye livshendelser	1.65	.164	-0.71	4.01
Nye traumer	12.90	.048	0.13	25.66
PTSS ved behandlingsstart	0.70	.000	0.39	1.01

7.3.3 Predikerer eksterne faktorer antall timer behandling?

Eksterne faktorer ble ikke funnet å ha en sammenheng med antall timer behandling. Modellen med eksterne faktorer forklarer 4.6% ($R^2 = .04$) av variansen i antall timer

behandling, og var ikke signifikant ($p = .825$). Verken modellen som helhet eller prediktorene i den påvirker hvor mange timer barna får behandling.

Tabell 14

Multipel regresjonsmodell for eksterne faktorer med antall timer som utfallsmål

	b	<i>p</i>	BCaCI Lower	BCaCI Upper
Konstant	15.80	0.112	-1.38	39.16
Endring i sosial støtte	-0.36	0.389	-1.01	0.46
Nye livshendelser	0.81	0.467	-2.00	2.89
Nye traumer	-0.31	0.960	-10.70	8.88
PTSS ved behandlingsstart	0.05	0.720	-0.25	0.32

7.4 Sammenheng mellom terapeutfaktorer og utfallsmål

7.4.1 Predikerer terapeutfaktorer bedring i PTSS ved avslutning av behandling?

Terapeutfaktorene ble ikke funnet å ha en sammenheng med bedring ved behandlingsavslutning. Modellen med terapeutfaktorer er vist i tabell 8 og forklarer 42.1 % ($R^2 = .42$) av variansen i bedring i PTSS ved behandlingsavslutning, og var signifikant ($p < .001$), men i denne modellen var det kun PTSS ved start av behandling som var signifikant ($p < .001$). Med samme betydning som i de tidligere modellene, at symptomnivå ved behandlingsstart ga høyere symptomnivå ved behandlingsslutt.

Tabell 15

Multipel regresjonsmodell for terapeutfaktorer med PTSS ved avslutning av behandling som utfallsmål

	B	<i>p</i>	BCaCI Lower	BCaCI Upper
Konstant	7.50	.551	-17.64	32.64
Utdanning	-1.02	.896	-16.56	14.53
Erfaring	-0.45	.138	-1.06	0.15
Teoretisk orientering	-1.15	.752	-8.41	6.11
PTSS ved behandlingsstart	0.76	.000	0.48	1.05

7.4.2 Predikerer terapeutfaktorer bedring i PTSS etter 15 timer behandling?

Det ble ikke funnet en signifikant sammenheng med bedring etter 15 timer behandling for terapeutfaktorer. Modellen for terapeutfaktorer forklarer 46.8 % ($R^2 = .47$) av variansen i bedring etter 15 timer, og var signifikant ($p < .001$). Ingen av prediktorene var signifikante, annet enn kontrollvariabelen PTSS ved behandlingsstart som var signifikant ($p < .001$). Høyere symptomnivå ved start av behandling gir høyere symptomnivå etter 15 timer behandling.

Tabell 16

Multippel regresjonsmodell for terapeutfaktorer med PTSS ved avslutning av behandling som utfallsmål

	b	p	BCaCI Lower	BCaCI Upper
Konstant	5.13	.668	-18.80	29.06
Utdanning	0.07	.992	-14.83	14.97
Erfaring	-0.39	.183	-0.96	0.19
Teoretisk orientering	-1.56	.653	-8.51	5.38
PTSS ved behandlingsstart	0.81	.000	0.54	1.08

8 Diskusjon

8.1 Hovedfunn

Målet med denne studien var å undersøke hva som predikerer bedring ved behandlingsavslutning i ordinær psykoterapi i BUP. Sekundært har studien undersøkt om de samme faktorene kan si noe om tempo i symptomnedgang, ved å se på symptomnivå etter 15 timer behandling, og antall timer barna fikk behandling totalt. Dette ble gjort med utgangspunkt i Lambert (1992) sin modell for faktorer som påvirker psykoterapiutfall. Hva som predikerer bedring i ordinær psykologisk praksis er lite undersøkt tidligere, og det er viktig å ha mer kunnskap om hva som bidrar til bedring i BUP. Flere av faktorene inkludert i denne studien er det mangel av studier på, spesielt med tanke på betydningen faktorer kan ha for barn og unges utfall i psykoterapi.

Barna som fikk behandling i BUP ble signifikant bedre med behandling, men det var stor spredning i symptomer også ved avslutning og fremdeles var det en betydelig andel som hadde over kliniske verdier på PTSS. Det var kun en minimal nedgang i PTSS etter 15 timer behandling. Mange traumatiserte barn vil i tillegg til PTSS oppleve symptomer på depresjon, og i dette utvalget så vi at hoveddelen hadde depresjonsskårer over klinisk grense ved start av behandling. Det var likevel ikke grunn til å forvente at barn med depresjonsvansker vil ha dårligere effekt av behandling. Det ser ut som at mange traumatiserte barn vil være fornøyde med den sosiale støtten de får, og dette endret seg i gjennomsnitt lite gjennom behandlingen. Å oppleve nye traumer var en risikofaktor for PTSD, og omtrent halvparten av de traumatiserte barna opplevde nye traumer mens de var i behandling. De fleste av barna i dette utvalget opplevde disse nye traumene i løpet av de første 15 timene med behandling, og dette var en viktig faktor for symptomer etter 15 timer behandling. Å oppleve stressende livshendelser ser ut til å være vanlig for traumatiserte barn, men hadde ikke noe å si for bedring i dette utvalget.

8.1.1 Symptomer ved behandlingsstart hadde en sammenheng med bedring

Symptomnivå ved behandlingsstart ble funnet å være en sterk prediktor for symptomnivå etter 15 timer og ved avslutning av behandling, noe som er i tråd med flere studier som finner at høyt symptomnivå gir dårligere prognose i behandling (Bohart & Wade, 2013). Det er

mulig at dette kan være koblet til hva slags behandling som blir gitt i ordinær psykologisk praksis. De fleste terapeutene i dette utvalget har gitt klientsentrerte intervensjoner (Ormhaug & Jensen, 2016), som vil si at de følger barna i samtalen og tar lite styring selv. Et av symptomene på PTSS er unngåelse av traumepåminnere, og når terapeutene følger barnet i samtalen vil vi kanskje forvente at barn med høyt symptomnivå vil ha høy unngåelse av temaet i behandlingen. Det kan gjøre at PTSS ved behandlingsstart blir en prediktor for psykoterapiutfall i ordinær psykologisk praksis. I TF-CBT er det stort fokus på å bearbeide traumet gjennom å snakke om det, om terapeutene ikke tar styringen mot dette temaet kan det være lite sannsynlig at traumet vil bli bearbeidet.

8.1.2 Eldre ungdom hadde dårligere utfall

I denne studien ble det funnet at eldre ungdom hadde høyere symptomnivå etter behandlingsslutt og etter 15 timer. Det ble også funnet at eldre ungdom hadde færre timer behandling. Litteraturen på dette området har vært sprikende, men de nyeste metaanalysene finner ikke at alder påvirker psykoterapiutfall (Kendall & Peterman, 2015; Lundahl et al., 2006; Weisz et al., 2017; Weisz et al., 2006) og en metaanalyse på barn som har opplevd seksuelt misbruk fant at det *ikke* var noen sammenheng mellom barnets alder og bedring i PTSS (Trask et al., 2011). Der alder har funnet å påvirke bedring er det funnet at eldre ungdom gjør det bedre i psykoterapi (Reynolds et al., 2012; Weisz et al., 1995). Funnet i denne studien om at eldre ungdom hadde dårligere utfall var derfor ikke forventet. At ungdommene har vært utsatt for flere traumatiserende hendelser eller har mer komplekse vansker ser ikke ut til å forklare disse funnene: alder var verken høyt eller signifikant korrelert med antall traumer ($r = .02$), typer traumer ($r = .05$), komorbiditet ($r = -.11$) eller symptomnivå ved start ($r = .11$). Det kan hende at et dårligere behandlingsresultat henger sammen med funnet om at høyere alder predikerte færre antall timer behandling. Det er usikkert hva som gjør at de eldre barna fikk færre timer. I en studie av frafall i behandling på dette utvalget, ble det funnet at eldre barn sjeldnere hadde foreldrene med i behandlingen, og at dette igjen hadde en tydelig sammenheng med frafall (Ormhaug & Jensen, 2016).

8.1.3 Gutter og jenter opplevde like god bedring

Til tross for at jenter gjennomgående rapporterer om høyere symptomnivå, ble det ikke funnet forskjell i behandlingsutfall. At det ikke ble funnet forskjeller mellom jenter og gutter for psykoterapiutfall er konsistent med litteraturen, der den nyeste metaanalysen for

psykoterapi for barn og unge ikke finner kjønnsforskjeller (Weisz et al., 2017), og at det hos voksne er inkonsistente funn på betydningen kjønn har for psykoterapiutfall (Bohart & Wade, 2013). Det var likevel relevant å undersøke om kjønn predikerte psykoterapiutfall, ettersom kjønn konsekvent er funnet å være en risikofaktor for utviklingen av PTSD.

8.1.4 Traumeeksponering predikerer ikke utfall

Det var ingen sammenheng mellom traumeeksponering og utfall. Dette var motsatt av hypotesen da det i litteraturen er funnet en sammenheng traumeeksponering (type traume og antall traumer), symptomnivå og antall timer i behandling (Bradley et al., 2005; Briere et al., 2008; Cloitre et al., 2011; Cloitre et al., 2002; Cloitre et al., 2009; Hodges et al., 2013). Selv om andre studier ikke har funnet at det å oppleve flere traumer påvirker psykoterapiutfall (TARRIER et al., 2000; Van Minnen et al., 2002), kan det være relatert til symptomnivå ved start av behandling (Cinamon et al., 2014). Traumeeksponering var i dette utvalget ikke høyt korrelert med symptomnivå ved start (antall traumer $r = .12$, type traumer $r = .26$). Dette kan bety at symptomnivå og bedring er mindre avhengig av hva barna har erfart, og mer avhengig hvordan barna håndterer erfaringene sine. Disse funnene støtter Ehlers og Clark (2000) modell for PTSD, som fokuserer på hvordan traumet vurderes og oppleves som fører til en følelse av pågående trussel, og at endring av disse vurderingene er viktige for behandling. Disse vurderingene og opplevelsene trenger ikke å være relatert til karakteristikk ved traumeeksponeringen.

Det er flere måter å dele inn type traume i kategorier, og i denne studien ble inndelingen laget ut i fra to kriterier: hvorvidt den traumatiserende hendelsen var resultat av en villet handling (med eller uten overgriper) og hvorvidt hendelsen hadde involverte en overgriper innenfor eller utenfor familien. Dette ga tre kategorier: hendelse uten overgriper, hendelse med overgriper utenfor familie og hendelser med overgriper i familie. Disse kategoriene er basert på hva barna rapporterte som verste traume, og deltagerne rapporterte i snitt 3.5 traumer før behandlingsstart, som betyr at det i realiteten var barn som overlappet mellom kategoriene. Traumer opplevd før behandlingsstart ble brukt som en kontinuerlig variabel, mens Finkelhor et al. (2007) definerte polyviktisering som å ha opplevd mer enn fire traumer. Det er mulig at det kunne vært en bedre måter å definere antall traumer på, men det vil være viktig å undersøke om det er en klinisk viktig grense på fire traumer eller mer, eller om dette er et kunstig skille som har liten betydning for virkeligheten.

8.1.5 Komorbiditet ga ikke dårligere behandlingsutfall

Det ble ikke funnet at barn som også hadde klinisk signifikante symptomer på depresjon i tillegg til PTSS hadde dårligere behandlingsutfall. Dette var i motsetning til forventningene, da komorbiditet i litteraturen er koblet til lenger behandling (Beutler et al., 2006; Clarkin & Levy, 2004; Newman et al., 2006) og flere symptomer ved endt behandling (Bohart & Wade, 2013). Det kan være at depresjonen følger PTSS, og at man ved behandling av PTSS også ser nedgang i symptomer på depresjon, og at depressive vansker ikke kompliserer behandlingen eller symptomene. Det at de fleste i utvalget hadde depressive vansker i tillegg gjør det vanskeligere å finne en klar sammenheng.

8.1.6 Nye traumer opplevd i starten av behandling påvirker symptomnivå

Nye traumer opplevd i løpet av de første 15 timene predikerte symptomnivå etter 15 timer behandling og støtter forskningen som antyder at PTSS øker i en periode etter å ha opplevd nye traumer (Bramsen et al., 2006; Fossion et al., 2015; Hantman & Solomon, 2007; Kinzie et al., 2002; Schock et al., 2016). Siden det ikke var noen begrensning på hvor mange timer terapeutene kunne tilby var det naturlig å tenke seg at de har gitt behandling til barna har blitt bra. Dette var grunnlaget for hypotesen om at å oppleve nye traumer og en økning i PTSS ville kunne gi lengre behandlingstid. Ettersom nye traumer påvirker symptomnivå ved time 15 men ikke ved behandlingsslutt, så kan dette tyde på at de har fått behandling helt til de har blitt bra, selv om det kanskje ikke innebar flere timer ettersom nye traumer ikke predikerte antall timer totalt. Det kan hende jeg ikke fant en effekt for behandlingsslutt, fordi det var minimal forskjell i gjennomsnittlig symptomnedgang og i variasjonen fra 15 timer til behandlingsavslutning for PTSS. For en del av barna var og T3 skåren (etter 15 timer) definert som behandlingsavslutningsmålet, som bidrar til mindre forskjell i PTSS mellom de to utfallsmålene for symptomnivå

8.1.7 Stressende livshendelser predikerer ikke utfall

Stressende livshendelser kan påvirke PTSS på en negativ måte (Schock et al., 2016), men ble ikke funnet å være en signifikant prediktor for bedring, verken etter 15 timer eller ved behandlingsavslutning. Ut fra samme tankegang som for nye traumer var det forventet at

mange stressende livshendelser potensielt kunne påvirke behandlingsforløpet, og gi et økt behov for flere behandlingstimer. Denne antagelsen ble ikke støttet av funnene i denne studien. Foreldre og barn ble spurt om forskjellige typer hendelser, og antall hendelser rapportert av både foreldre, for eksempel skilsmisse og skolebytte, og barn, for eksempel miste en god venn og slutt på forhold til kjærsete, ble brukt og slått sammen. Det kan hende at det kun er hendelser rapportert av barna som er relevante og at foreldre ikke har god nok oversikt over hva barna selv opplever som stressende. En annen mulighet er at det å gå i behandling har en buffer-effekt som gjør at negative livshendelser får mindre innflytelse på barnas liv sammenlignet med hvis de ikke hadde gått i behandling.

8.1.1 Endring i opplevd sosial støtte hadde ikke betydning for utfall

Endring i opplevd sosial støtte ble ikke funnet å ha en sammenheng med psykoterapiutfall på noen av utfallsmålene. Studiene som har sett på sosial støtte har ofte sett på nivå sosial støtte ved start av behandling (Roehrle & Strouse, 2008). I denne studien var det sett på endring sosial støtte ut fra en tanke om at endring i opplevd sosial støtte kan påvirke bedring positivt. Om endring i opplevd sosial støtte hadde hatt en effekt, ville dette gitt sterkere kliniske anbefalinger om at det har en effekt å jobbe med det sosiale nettverket til barnet. Det er mulig at det klinisk relevante ikke er endring i opplevd sosial støtte, men om barna generelt er fornøyd med den sosiale støtten de opplever å få. Variasjonen i opplevd sosial støtte var liten, og de aller fleste barna var fornøyde, noe som gjør det vanskeligere å finne signifikante effekter.

8.1.2 Terapeutfaktorene predikerte ikke symptomnivå

Ingen av terapeutfaktorene ble funnet å predikere bedring, tempo i bedring eller antall timer behandling. Ut fra litteraturen var det ikke overraskende at terapeutfaktorene ikke var signifikante prediktorer. Det er mange studier som finner at det er stor forskjell i hvor effektive terapeuter er (Huppert et al., 2001; Luborsky et al., 1997; Lutz et al., 2007; Okiishi et al., 2003; Saxon & Barkham, 2012; Wampold & Brown, 2005), likevel har det vært få konsistente funn for sammenhengen mellom terapeutfaktorer, som erfaring og utdanning, og psykoterapiutfall. Antall år klinisk erfaring er i noen studier funnet å være viktig for psykoterapiutfall (Crits-Christoph et al., 1991; Stein & Lambert, 1995), men det er motstridende funn og mange studier som finner at det ikke er signifikant (Christensen & Jacobson, 1994; Goldberg et al., 2016; Smith & Glass, 1977; Stein & Lambert, 1984;

Wampold & Brown, 2005). Utdanning og teoretisk orientering, som var brukt som et mål på teknikk, får kanskje liten betydning i ordinær psykologisk praksis fordi terapeutene i stor grad følger barna i samtalen, gjennom klientsentrerte intervensjoner, og fordi det ikke nødvendigvis er en kobling mellom hva terapeuter oppgir som teoretisk orientering og hva de gjør i behandling (Garland et al., 2010; Ormhaug & Jensen, 2016). Det kan og være mangel på sammenheng mellom utdanning og hvilke intervensjoner terapeuter bruker. Utdanning var i denne studien en dikotom variabel, der leger og psykologer var slått sammen i en kategori, og tre-årige utdanninger var slått sammen i en annen. Ettersom det ikke har vært noe informasjon om etterutdanning, så det er mulig at de med tre-årig grunnutdanning likevel har flere år utdanning totalt sett. Utdanning og erfaring var ganske høyt korrelert ($r = -.66$) og var signifikant, i retningen av at høyere utdannede terapeuter hadde færre år erfaring. Det er mulig at korrelasjonen gjør det vanskelig å finne enkelt effekter for disse to faktorene. Korrelasjonen gjør og at en kan lure om det er få høyt dannede som blir værende i BUP i mange år.

8.2 Styrker

Denne studien har flere styrker. Bredden av faktorer som ble undersøkt som prediktorer for bedring gir et bredt bilde av hva som kan påvirke bedring i psykoterapi. Dataene brukt i denne studien var fra pasienter henvist på normal måte til BUP, og terapeutene var rekruttert fra vanlige BUP-klinikker. Dette gjør at resultatene har en sterkere overføringsverdi til klinisk praksis. Ordinær psykologisk praksis er sjeldent undersøkt i seg selv, og denne studien kan dermed gi informasjon om et tema som er lite belyst. Selv med et relativt lite utvalg ble det funnet signifikante effekter i regresjonsanalysene. Regresjonsanalyse er en parametrisk test som er svært robust (Field, 2013) og svakheter i utvalget, som mangel på normalfordeling, ble tatt høyde for gjennom bootstrapping (Field, 2013). Bruken av forced entry som metode for å inkludere prediktorene i regresjonsmodellen har flere fordeler, og er av noen forskere anbefalt da denne metoden er mindre påvirket av tilfeldig variasjon enn noen andre metoder for å inkludere prediktor (Field, 2013).

8.3 Begrensninger

8.3.1 Utvalget og statistisk styrke

En av de største begrensningene i studien handler om størrelsen på utvalget. Størrelsen på utvalget er relatert til statistisk styrke, og med liten statistisk styrke øker sjansen for type 2-feil, det vil si å ikke finne signifikante statistiske effekter selv om det er reelle effekter, og ved mange prediktorer og svakere forventede effektstørrelser kreves det større utvalg for å finne effektene (Field, 2013). Jeg har ikke forventet veldig sterke effekter, ettersom mange av hypotesene var eksplorerende, og med høyt antall prediktorer kan det være vanskelig å finne signifikante effekter med denne størrelsen på utvalget. Med et større utvalg kunne man avdekket sammenhenger som man ikke finner i små utvalg, noe som ville gitt sterkere tillit til resultatene. Utvalget var også skjevfordelt for noen av variablene, som vil gjøre det vanskeligere å finne signifikante sammenhenger. For eksempel sees det på dikotome variabler som kjønn og komorbiditet, der det var relativt få antall gutter og antall barn uten klinisk depresjonsnivå. Slike skjevfordelinger gjør det vanskeligere å finne effekter og bidrar til nullfunn.

8.3.1 Flere statistiske tester på samme datamateriale

Å gjennomføre mange tester på samme datamateriale øker sjansen for å finne signifikante funn, uten at de er reelle, type 1-feil (Field, 2013). Dette ble forsøkt kompensert for ved å bare inkludere faktorer med en teoretisk plausibel sammenheng med utfall, og disse ble analysert i tre regresjonsmodeller, men det er likevel en økt sannsynlighet for å finne signifikante funn.

8.3.2 Avhengighet i datamaterialet

Ettersom noen av barna har samme terapeut er det en viss avhengighet i datamaterialet. En løsning ville ha vært å bruke statistiske metoder som tar hensyn til denne avhengigheten (West, 2009), men på grunn av fordelingen av barn-terapeutpar i dette utvalget, 1.7 barn per terapeut, var dette ikke mulig.

8.3.3 Lite variasjon i svar for opplevd sosial støtte

En annen begrensning i studien er at det var det lite variasjon i svarene for opplevd sosial støtte, noe som er en utfordring da det kreves sterkere sammenhenger for å oppnå statistisk signifikans når det er lite variasjon.

8.3.4 Relativt høy korrelasjon mellom terapeuters erfaring og utdanning

Det er en svakhet at terapeuters erfaring og utdanning var såpass høyt korrelert, selv om korrelasjonen er under Field (2013) sitt kriterium for korrelasjoner som kan være problematiske ($R > .80$). Korrelasjonen mellom terapeutens erfaring og utdanning er ikke undersøkt med andre tester for å finne ut om det er problemer med multikolinearitet.

8.3.5 Hvordan måle teknikkfaktorer

En ideell måling av teknikkfaktorer ville være å undersøke hvilke strategier som ble brukt i timene, for eksempel ved hjelp av TPOCS-S. I en tidligere studie er det for noen av terapeutene undersøkt hvilke strategier som blir brukt i et lite utvalg av timene (Ormhaug & Jensen 2016). For å undersøke hva som predikerer bedring i ordinær psykologisk praksis ville det vært ideelt å undersøke dette videre for flere terapeuter og flere av timene, men dette ble en for omfattende oppgave å gå inn i for denne studien. Derfor ble utdanning og teoretisk orientering brukt som mål på teknikker. Utfordringer rundt dette er diskutert under funnene om terapeutfaktorer på side 45-6.

9 Konklusjoner og implikasjoner for klinikk og forskning

Disse funnene kan hjelpe terapeuter som møter traumatiserte barn å planlegge behandling. Mange av barna vil bli bedre gjennom ordinær behandling. Både barn som har opplevd mange ulike traumatiserende hendelser og barn som har opplevd traumer i familien blir bedre som følge av psykoterapi. Det kan se ut som at terapeutene bør være ekstra oppmerksomme på de eldre ungdommene, da de kanskje har en tendens til å avbryte behandling for tidlig eller av andre grunner får kortere behandling enn yngre barn. Selv om det ikke var noen sammenheng mellom nye traumer og resultat ved behandlingsavslutning, predikerte dette et høyere symptomnivå etter 15 timer. Noe som tilsier at det er viktig at terapeuten undersøker underveis om barna blir utsatt for nye traumer og jobber med barnets opplevelse og følelse av sikkerhet. Det kan også være viktig å vite hva slags symptomnivå barnet har ved start av behandling, da dette ser ut til å predikere hvor mye bedre barna blir. For klinikkene kan det være positivt at vi ikke ser signifikante forskjeller på tvers av utdanninger og teoretiske tilknytninger og erfaring, fordi det betyr at det ikke var forskjell i bedring for barna som får behandling av terapeuter som varierer på disse variablene.

Flere av funnene fra denne studien vil det være viktig å undersøke videre. Hva gjør at eldre traumatiserte barn får færre timer behandling enn yngre, har mindre grad av symptomreduksjon etter 15 timer behandling og ved behandlingsavslutning? Det vil være interessant å finne ut om antall timer predikerer bedring, og om eldre barn vil bli bedre med flere timer i behandling. Dette har implikasjoner for ressursbruk i klinikken. Hva som er årsaken til at de får færre timer er uklart, og burde undersøkes videre. Det er mulig at behandlere i større grad burde involvere foreldre i behandling, da dette har vært funnet å være viktig for å forebygge frafall. At eldre ungdom hadde dårligere behandlingsutfall enn yngre var et inkonsistent funn i litteraturen, og det er et spørsmål om det er noe spesifikt med dette utvalget eller om funnet vil være replikerbart for andre utvalg på traumatiserte barn som får behandling i ordinær psykologisk praksis.

I dette utvalget var det veldig stor variasjon i symptomnivå ved avslutning av behandling, og symptomnivået går minimalt ned fra etter 15 timer behandling til behandlingsavslutning. Man vet lite om hva som karakteriserer de sakene som har liten endring i PTSS eller som har

en økning i PTSS gjennom behandling. Det er viktig å vite mer om hvilke måter ordinær psykologisk behandling kan forbedre seg for at disse barna skal få bedre effekt av behandlingen. Det er behov for å vite mer om hvilke intervensjoner som blir brukt i psykoterapi og om disse har betydning for utfall. Her kan det være viktig å fortsette arbeidet med å kode intervensjoner, basert på preliminare funn at terapeutene i BUP i stor grad følger klientene og snakker lite om traumet. Det er en mulighet at å jobbe med spesifikke intervensjoner, som for eksempel mer intensiv bearbeiding av traumet i behandling, vil kunne føre til en sterkere reduksjon i PTSS. Det gjenstår fremdeles å vite mer om ordinær psykologisk praksis og på hvilken måte det kan tilbys et best mulig behandlingstilbud til traumatiserte barn som får ordinær behandling. Denne studien har likevel brøytet grunn for videre forskning, og antyder retninger som kan være fruktbare å undersøke videre.

Litteraturliste

- Aakvaag, H. F., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., & Dyb, G. (2016). Adult victimization in female survivors of childhood violence and abuse: the contribution of multiple types of violence. *Violence against women*, 1077801216664427.
- Aarons, G. A., Hurlburt, M., & Horwitz, S. M. (2011). Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 4-23.
- Ahn, H.N., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy: American Psychological Association.
- 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.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-IV)*, Washington DC.
- 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*.
- Barlow, S. H., Burlingame, G. M., Harding, J. A., & Behrman, J. (1997). Therapeutic focusing in time-limited group psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 1(3), 254.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American journal of community psychology*, 14(4), 413-445.
- Benish, S. G., Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2008). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical psychology review*, 28(5), 746-758.
- Benum, K., Axelsen, E. D., & Hartmann, E. (2013) *God psykoterapi: Et integrativt perspektiv* (1. Utgave). Oslo: Pax Forlag.
- Beutler, L., Malik, M., Alimohamed, S., Hardwood, M. T., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist Variables. I Lambert, M.J. (Red.), *Bergin and Garfields Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (5. utgave). New York: John Wiley and sons.
- Beutler, L. E., Blatt, S. J., Alimohamed, S., Levy, K. N., & Angtuaco, L. (2006). Participant factors in treating dysphoric disorders. *Principles of therapeutic change that work*, 13-63.
- Bohart, A., & Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. I Lambert, M.J. (Red.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 6, 219-257.
- Bovier, P. A., Chamot, E., & Perneger, T. V. (2004). Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Quality of Life Research*, 13(1), 161-170.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American journal of Psychiatry*, 162(2), 214-227.

- Bramsen, I., Van Der Ploeg, H. M., & Boers, M. (2006). Posttraumatic stress in aging World War II survivors after a fireworks disaster: A controlled prospective study. *Journal of traumatic stress, 19*(2), 291-300.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental psychology, 28*(5), 759.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults: American Psychological Association.
- Briere, J., Kaltman, S., & Green, B. L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of traumatic stress, 21*(2), 223-226.
- Broadhead, W., Gehlbach, S. H., De Gruy, F. V., & Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Medical care, 70*(9-723).
- Braarud, H., & Nordanger, D. (2011). Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 48*(10), 968-972.
- Carifio, J., & Perla, R. (2008). Resolving the 50 - year debate around using and misusing Likert scales. *Medical education, 42*(12), 1150-1152.
- Chaplin, T. M., & Aldao, A. (2013). Gender differences in emotion expression in children: A meta-analytic review: American Psychological Association.
- Christensen, A., & Jacobson, N. S. (1994). Who (or what) can do psychotherapy: The status and challenge of nonprofessional therapies. *Psychological science, 5*(1), 8-14.
- Chu, P. S., Saucier, D. A., & Hafner, E. (2010). Meta-analysis of the relationships between social support and well-being in children and adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology, 29*(6), 624-645.
- Cinamon, J. S., Muller, R. T., & Rosenkranz, S. E. (2014). Trauma severity, poly-victimization, and treatment response: adults in an inpatient trauma program. *Journal of Family violence, 29*(7), 725-737.
- Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change, 5*, 194-226.
- Cloitre, M., Courtois, C. A., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. L. (2011). Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of traumatic stress, 24*(6), 615-627.
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(5), 1067.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. v. d., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of traumatic stress, 22*(5), 399-408.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Kliethermes, M., & Murray, L. A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child Abuse & Neglect, 36*(6), 528-541.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin, 98*(2), 310.

- Costello, E. J., Erkanli, A., Fairbank, J. A., & Angold, A. (2002). The prevalence of potentially traumatic events in childhood and adolescence. *Journal of traumatic stress, 15*(2), 99-112.
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J., Beck, A., Carroll, K., Perry, K., . . . Thompson, L. (1991). Meta - analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research, 1*(2), 81-91.
- Cuijpers, P., Driessen, E., Hollon, S. D., van Oppen, P., Barth, J., & Andersson, G. (2012). The efficacy of non-directive supportive therapy for adult depression: a meta-analysis. *Clinical psychology review, 32*(4), 280-291.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (2010). *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy*: American Psychological Association.
- 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.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy, 38*(4), 319-345.
- Ehring, T., & Quack, D. (2010). Emotion regulation difficulties in trauma survivors: The role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behavior therapy, 41*(4), 587-598.
- Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J. M., Freitag, J., & Emmelkamp, P. M. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clinical psychology review, 34*(8), 645-657.
- Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, R., & Augustyn, M. (1996). Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect, 20*(10), 953-961.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., . . . Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine, 14*(4), 245-258.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*: Sage.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect, 31*(1), 7-26.
- 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.
- Fossion, P., Leys, C., Kempnaers, C., Braun, S., Verbanck, P., & Linkowski, P. (2015). Beware of multiple traumas in PTSD assessment: The role of reactivation mechanism in intrusive and hyper-arousal symptoms. *Aging & mental health, 19*(3), 258-263.
- Garfield, S. L. (1997). The therapist as a neglected variable in psychotherapy research. *Clinical psychology: science and practice, 4*(1), 40-43.
- Garland, A. F., Brookman-Frazee, L., Hurlburt, M. S., Accurso, E. C., Zoffness, R. J., Haines-Schlagel, R., & Ganger, W. (2010). Mental health care for children with disruptive behavior problems: A view inside therapists' offices. *Psychiatric Services, 61*(8), 788-795.
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience?

- A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 1.
- Hantman, S., & Solomon, Z. (2007). Recurrent trauma: Holocaust survivors cope with aging and cancer. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(5), 396-402.
- Hartmann, E. (2013). Hva er virksomt i psykoterapi? Integreering av klinisk og forskningsbasert kunnskap. I Benum, K., Axelsen, E. D., & Hartmann, E. (Red.) *God psykoterapi: Et integrativt perspektiv* (1. Utgave). Oslo: Pax Forlag.
- Harvey, S. T., & Taylor, J. E. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. *Clinical psychology review*, 30(5), 517-535.
- Herschell, A. D., Kolko, D. J., Baumann, B. L., & Davis, A. C. (2010). The role of therapist training in the implementation of psychosocial treatments: A review and critique with recommendations. *Clinical psychology review*, 30(4), 448-466.
- Hiller, R. M., Meiser - Stedman, R., Fearon, P., Lobo, S., McKinnon, A., Fraser, A., & Halligan, S. L. (2016). Research Review: Changes in the prevalence and symptom severity of child post - traumatic stress disorder in the year following trauma—a meta - analytic study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(8), 884-898.
- Hodges, M., Godbout, N., Briere, J., Lanktree, C., Gilbert, A., & Kletzka, N. T. (2013). Cumulative trauma and symptom complexity in children: A path analysis. *Child Abuse & Neglect*, 37(11), 891-898.
- Hultmann, O., & Broberg, A. G. (2016). Family violence and other potentially traumatic interpersonal events among 9-to 17-year-old children attending an outpatient psychiatric clinic. *Journal of interpersonal violence*, 31(18), 2958-2986.
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(5), 747.
- Jensen, T. K., Holt, T., & Ormhaug, S. M. (2017). A follow-up study from a multisite, randomized controlled trial for traumatized children receiving TF-CBT. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1-11.
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., . . . Wentzel-Larsen, T. (2013). 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.
- Kendall, P. C., & Peterman, J. S. (2015). CBT for adolescents with anxiety: mature yet still developing. *American journal of Psychiatry*, 172(6), 519-530.
- Kinzie, J. D., Boehnlein, J. K., Riley, C., & Sparr, L. (2002). The effects of September 11 on traumatized refugees: Reactivation of posttraumatic stress disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(7), 437-441.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists.
- Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*: John Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 38(4), 357.
- Lenz, A. S., & Hollenbaugh, K. M. (2015). Meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for treating PTSD and co-occurring depression among

- children and adolescents. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 6(1), 18-32.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Diguier, L., Woody, G., & Seligman, D. A. (1997). The Psychotherapist Matters: Comparison of Outcomes Across Twenty - Two Therapists and Seven Patient Samples. *Clinical psychology: science and practice*, 4(1), 53-65.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., Krause, E. D. (2002). The dodo bird verdict is alive and well—mostly. *Clinical psychology: science and practice*, 9(1), 2-12.
- Lundahl, B., Risser, H. J., & Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical psychology review*, 26(1), 86-104.
- Lutz, W., Leon, S. C., Martinovich, Z., Lyons, J. S., & Stiles, W. B. (2007). Therapist effects in outpatient psychotherapy: A three-level growth curve approach. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 32.
- Malik, M. L., Beutler, L. E., Alimohamed, S., Gallagher-Thompson, D., & Thompson, L. (2003). Are all cognitive therapies alike? A comparison of cognitive and noncognitive therapy process and implications for the application of empirically supported treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 150.
- Marcus, D. K., O'Connell, D., Norris, A. L., & Sawaqdeh, A. (2014). Is the Dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies. *Clinical psychology review*, 34(7), 519-530.
- Meiser-Stedman, R., Dalgleish, T., Glucksman, E., Yule, W., & Smith, P. (2009). Maladaptive cognitive appraisals mediate the evolution of posttraumatic stress reactions: A 6-month follow-up of child and adolescent assault and motor vehicle accident survivors. *Journal of abnormal psychology*, 118(4), 778.
- Messman - Moore, T. L., & Bhuptani, P. H. (2017). A Review of the Long - Term Impact of Child Maltreatment on Posttraumatic Stress Disorder and Its Comorbidities: An Emotion Dysregulation Perspective. *Clinical psychology: science and practice*.
- Myhre, M., Thoresen, S., & Hjemdal, O. (2015). Vold og voldtekt i oppveksten. En nasjonal intervjuundersøkelse av 16-og 17-åringene. *Rapport*, 1, 2015.
- Münzer, A., Ganser, H., & Goldbeck, L. (2017). Social support, negative maltreatment-related cognitions and posttraumatic stress symptoms in children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 63, 183-191.
- Nader, K., Kriegler, J. A., Blake, D. D., Pynoos, R. S., Newman, E., & Weathers, F. (1996). *Clinician Administered PTSD Scale, Child and Adolescent version (CAPS-C)*. White River Junction, VT: National Center for PTSD.
- 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.
- Nanni, V., Uher, R., & Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *American journal of Psychiatry*, 169(2), 141-151.
- Newman, M. G., Crits-Christoph, P., Gibbons, M. C., & Erickson, T. M. (2006). Participant factors in treating anxiety disorders. *Principles of therapeutic change that work*, 1, 121-154.
- Nordanger, D., & Braarud, H. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(7), 530-536.

- Norman, G. (2010). Likert scales, levels of measurement and the “laws” of statistics. *Advances in health sciences education, 15*(5), 625-632.
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L., & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 10*(6), 361-373.
- Ormhaug, S. M., & Jensen, T. K. (2016). Investigating treatment characteristics and first-session relationship variables as predictors of dropout in the treatment of traumatized youth. *Psychotherapy Research, 1*-15.
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Hukkelberg, S. S., Holt, T., & Egeland, K. (2012). Traumer hos barn–blir de gjemt eller glemte? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 49*(3), 234-240.
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Wentzel-Larsen, T., & Shirk, S. R. (2013). The therapeutic alliance in treatment of traumatized youths: Relation to outcome in a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(1), 52.
- Perry, B. D., & Pollard, R. (1998). Homeostasis, stress, trauma, and adaptation: A neurodevelopmental view of childhood trauma. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America.*
- Propst, A., Paris, J., & Rosberger, Z. (1994). Do therapist experience, diagnosis and functional level predict outcome in short term psychotherapy? *The Canadian Journal of Psychiatry, 39*(3), 168-176.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., & Piacentini, J. C. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological psychiatry, 46*(11), 1542-1554.
- Reigstad, B., Jørgensen, K., & Wichstrøm, L. (2006). Diagnosed and self-reported childhood abuse in national and regional samples of child and adolescent psychiatric patients: Prevalences and correlates. *Nordic journal of psychiatry, 60*(1), 58-66.
- Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., & Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical psychology review, 32*(4), 251-262.
- Roehrl, B., & Strouse, J. (2008). Influence of social support on success of therapeutic interventions: A meta-analytic review: Educational Publishing Foundation.
- Rønnestad, M. H., & Ladany, N. (2006). The impact of psychotherapy training: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research, 16*(03), 261-267.
- Rønnestad, M. H., & Skovholt, T. M. (2003). The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. *Journal of career development, 30*(1), 5-44.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*: Guilford Press.
- Saigh, P. A., Yasik, A. E., Oberfield, R. A., Halamandaris, P. V., & McHugh, M. (2002). An analysis of the internalizing and externalizing behaviors of traumatized urban youth with and without PTSD. *Journal of abnormal psychology, 111*(3), 462.
- Salmon, K., & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder in children: The influence of developmental factors. *Clinical psychology review, 22*(2), 163-188.
- Saxon, D., & Barkham, M. (2012). Patterns of therapist variability: Therapist effects and the contribution of patient severity and risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(4), 535.

- Schnyder, U., Ehlers, A., Elbert, T., Foa, E. B., Gersons, B. P., Resick, P. A., . . . Cloitre, M. (2015). Psychotherapies for PTSD: what do they have in common? *European journal of psychotraumatology*, 6(1), 28186.
- Schock, K., Böttche, M., Rosner, R., Wenk-Ansohn, M., & Knaevelsrud, C. (2016). Impact of new traumatic or stressful life events on pre-existing PTSD in traumatized refugees: results of a longitudinal study. *European journal of psychotraumatology*, 7(1), 32106.
- Shirk, S. R., & Eltz, M. (1998). Multiple victimization and the process and outcome of child psychotherapy. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 2(1), 233-251.
- Shirk, S. R., & Saiz, C. C. (1992). Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Development and Psychopathology*, 4(4), 713-728.
- 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.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American psychologist*, 32(9), 752.
- Stein, D. M., & Lambert, M. J. (1984). On the relationship between therapist experience and psychotherapy outcome. *Clinical psychology review*, 4(2), 127-142.
- Stein, D. M., & Lambert, M. J. (1995). Graduate training in psychotherapy: Are therapy outcomes enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 182-196.
- Tarrier, N., Sommerfield, C., Pilgrim, H., & Faragher, B. (2000). Factors associated with outcome of cognitive-behavioural treatment of chronic post-traumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(2), 191-202.
- Thapar, A., Pine, D. S., Leckman, J. F., Scott, S., Snowling, M. J., & Taylor, E. A. (2015). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*: John Wiley & Sons.
- Thomas, M. L. (2006). The contributing factors of change in a therapeutic process. *Contemporary Family Therapy*, 28(2), 201-210.
- Thoresen, S., & Hjemdal, O. (2014). Vold og voldtekt i Norge. *En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv [Violence and rape in Norway. A national survey of violence in a life course perspective]*. Oslo: NKVTS. Rapport, 1, 2014.
- Thoresen, S., Myhre, M., Wentzel-Larsen, T., Aakvaag, H. F., & Hjemdal, O. K. (2015). Violence against children, later victimisation, and mental health: a cross-sectional study of the general Norwegian population. *European journal of psychotraumatology*, 6(1), 26259.
- Tracey, T. J., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *American psychologist*, 69(3), 218.
- Trask, E. V., Walsh, K., & DiLillo, D. (2011). Treatment effects for common outcomes of child sexual abuse: A current meta-analysis. *Aggression and violent behavior*, 16(1), 6-19.
- Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical psychology review*, 32(2), 122-138.
- Van Minnen, A., Arntz, A., & Keijsers, G. (2002). Prolonged exposure in patients with chronic PTSD: Predictors of treatment outcome and dropout. *Behaviour research and therapy*, 40(4), 439-457.

- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry, 14*(3), 270-277.
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. J. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: a naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(5), 914.
- Wampold, B. E., & Budge, S. L. (2012). The 2011 Leona Tyler Award Address: The relationship—And its relationship to the common and specific factors of psychotherapy. *The Counseling Psychologist, 40*(4), 601-623.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E., Laska, K. M., Benish, S., Miller, S. D., Flückiger, C., . . . Budge, S. (2010). Determining what works in the treatment of PTSD. *Clinical psychology review, 30*(8), 923-933.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H.-n. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes." American Psychological Association.
- Weisz, J. R., & Hawley, K. M. (2002). Developmental factors in the treatment on adolescents: American Psychological Association.
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Vaughn-Coaxum, R., . . . Chu, B. C. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice: American Psychological Association.
- Weisz, J. R., McCarty, C. A., & Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychological bulletin, 132*(1), 132.
- Weisz, J. R., Ng, M. Y., Rutt, C., Lau, N., & Masland, S. (2013). Psychotherapy for Children and Adolescents. I Lambert, M. J., (REd.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (6. utgave): John Wiley & Sons.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. A., & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: a meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological bulletin, 117*(3), 450.
- West, B. T. (2009). Analyzing longitudinal data with the linear mixed models procedure in SPSS. *Evaluation & the health professions, 32*(3), 207-228.
- World Health Organization. (2002). World report on violence and health (WRVH).
- Øverlien, C., Hauge, M-I., & Schulz, J-H. (Red.) (2016). *Barn, vold og traumer: Møter med unge i utsatte livssituasjoner* (1. Utgave) Oslo: Universitetsforlaget.