

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Vad kännetecknar den sedvanliga behandlingen i en studie
på BUP avseende våldsutsatta barn?**

Martina Roberg

Examensarbete 30 hp
Psykologprogrammet
Vårtermin 2016

Handledare: Ole Hultmann
Anders Broberg

Vad kännetecknar den sedvanliga behandlingen i en studie på BUP avseende våldsutsatta barn?

Martina Roberg

Sammanfattning. Våld mot barn ökar risken för PTSD och psykiska symtom. Patientnära forskning behövs för utveckling av effektivare behandlingsmetoder inom BUP för traumatiserade patienter. Syftet med studien var att undersöka vilka behandlingskomponenter som ingått i sedvanlig behandling i en behandlingsstudie från BUP Gamlestaden och om någon behandlingskomponent var relaterad till bättre behandlingsutfall. Deltagarna ($N=36$) var patienter som randomiserats till sedvanlig behandling. Självskattningsformulär ifylldes vid tre mättillfällen och resultat av en diagnostisk intervju gjordes vid två mättillfällen. En EMDR/KBT-undergrupp och en grupp som fått ospecifik behandling hittades. Skillnader i behandlingseffekt mellan undergrupperna beräknades. Resultaten visade överlag ingen skillnad i behandlingseffekt mellan grupperna. Skillnader avseende när effekten av behandlingen slog igenom, antalet besök och förändring av diagnos skiljde sig och diskuteras.

Kommittén mot barnmisshandel i Sverige har en bred definition som innefattar många typer av våld som barn kan utsättas för av vuxna. Barnmisshandel och våld mot barn är ”När en vuxen person utsätter ett barn för fysisk eller psykiskt våld, sexuella övergrepp, kränkningar eller försummar att tillgodose barnets grundläggande behov”. Med barn avses varje människa under 18 år (SOU: 2001:72). Leeb, Paulozzi, Melanson, Simon och Arias (2008) har i samarbete med *Centers for Disease Control and Prevention*, utformat en uppsättning rekommendationer för att ta fram en konsistent terminologi kring barnmisshandel. I denna definition räknas, förutom de svenska kriterierna, även det våld som sker mellan vuxna, som är, eller har haft ett intimt förhållande eller är familjemedlemmar och där barnet är vittne till våldet (Leeb et al. 2008).

Gilbert et al. (2009) beskriver att barnmisshandel ökar risken för en mängd psykiska symtom som depression och olika typer av ångestillstånd, men också aggressivitet och utåtagerande problematik. Mellan en fjärdedel till en tredjedel av barn som varit utsatta för våld uppfyller DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) kriterier för depression vid slutet av tjugoårsåldern. För flera av dessa individer börjar depressionen under tidig barndom, vilket stärker behovet av tidiga interventioner innan symtom på depressionen påverkar andra funktioner (Gilbert et al., 2009). Forskning visar även att våld mot barn ökar risken för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) vilket kan drabba en person som varit med om trauma som inneburit livsfara eller allvarlig kränkning mot den personliga integriteten. Utan behandling kan symtom på posttraumatisk stress bli långvariga (Gilbert et al., 2009).

Undersöknings- och behandlingsmetoder anpassade specifikt för arbete med barn som upplevt våld i den egna familjen saknas i allt väsentligt inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i Sverige (Eriksson, Biller & Balkmar, 2006).

Broberg et al. (2011) fann att effekter av insatser för barn som bevittnat våld mot sin mamma var begränsade och likvärdiga mellan olika verksamheter som barn-

och ungdomspsykiatri (BUP) och socialtjänstanknutna sekundärpreventiva verksamheter. Barn som hade haft kontakt med verksamheter, inklusive BUP, i vilka de fick stöd och behandling riktat direkt till dem själva, visade förbättrad psykisk hälsa men effekterna var små. Med tanke på barnens behov av vård, och att barn- och ungdomspsykiatri är den verksamhet som bör kunna erbjuda den mest avancerade behandlingen för barn med allvarlig psykisk ohälsa, beskriver Broberg et al. (2011) resultaten som otillfredsställande. Det finns en brist inom barn- och ungdomspsykiatriska kliniker i landet, att erbjuda systematiska och specialiserade behandlingsalternativ för de barn som traumatiserats på grund av våldsutsatthet och som utvecklat allvarliga störningar relaterade till sina upplevelser. Betydligt mer patientnära forskning behövs för att stödja utvecklingen av mer effektiva behandlingsmetoder för våldsutsatta barn inom BUP (Broberg et al., 2011). Resultaten ligger i linje med det som Eriksson et al. (2006) fann i att de flesta BUP-kliniker i landet inte använder sig av metoder specialiserade på att behandla de symtom barn som upplevt våld i nära relationer uppvisar.

Broberg et al. (2015) visade i sitt forskningsprojekt stora svårigheter att införa evidensbaserade metoder i BUP-verksamheter för barn och ungdomar som traumatiserats på grund av våldsutsatthet. En av metoderna som prövades inom projektet var traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT). TF-KBT är en väletablerad metod vilken har visat goda effekter när det gäller att reducera symtom på posttraumatisk stress och andra emotionella problem hos barn och ungdomar (Cohen & Mannarino, 2008). Broberg et al. (2015) fann att behandlare och verksamhetens ledningar ofta prioriterade att utbilda sig i nya metoder. Däremot var det svårare att få till effektiv implementering av metoden i verksamheten då det ofta visade sig svårt för behandlarna att arbeta så man fick erfarenhet i den metod man fått utbildning i. Vidare visade projektet att när det kom nya personer på chefsposter ledde det ofta till att arbetet med införlivande av evidensbaserade metoder i verksamheten omprövades. Även brister i tillgänglighet, tidsmässigt och geografiskt, innebar svårigheter att arbeta med den intensitet som metoderna utformats för (Broberg et al., 2015).

Lindell och Svedin (2005) fann att individuella behandlingar för barn som varit utsatta för fysiskt våld var sällsynta inom BUP i Sverige. Endast sex av 126 barn som under åren 1986-1996 rapporterats vara utsatta för fysiskt våld av en nära anhörig erbjöds senare individuell behandling (Lindell & Svedin, 2005).

Dessa nationella utvärderingar och forskningsprojekt visar sammantaget på att tillgången till effektiva behandlingsmetoder och stödinsatser för barn som traumatiserats till följd av våldsutsatthet brister, och måste förbättras inom BUP (Broberg et al., 2015).

På en öppenvårdsmottagning inom BUP har TF-KBT prövats (Broberg, Hultmann & Axberg, 2016) vilken har visat god effekt i andra länder, huvudsakligen i USA (Cohen & Mannarino, 2008). Syftet med den svenska studien var att undersöka om den traumafokuserade behandlingen var bättre än den sedvanliga behandlingen. Metoder som visat effekt i andra länder har också annorlunda jämförelsebehandling jämfört med det som ges i Sverige. Därför är det viktigt att analysera vad den sedvanliga behandlingen består av när nya metoder prövas i Sverige. Kognitiv beteendeterapi (KBT) och Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) är metoder som till exempel används idag inom BUP.

Behandlingsmetoder för traumatiserade barn och ungdomar och effekter av dessa

Silverman, Burns, Kolko, Putnam och Amaya-Jackson (2008) har utvärderat och klassificerat olika psykosociala behandlingsmetoder för traumatiserade barn och ungdomar. De metoder som utvärderades och klassificerades var behandlingar med kognitiv beteendemetod, icke-kognitiva beteendemetoder, metoder inriktade på interventioner för sexuella övergrepp samt behandlingar för andra typer av trauma. Behandlingsresultatet utvärderades med hjälp av effektmätningar före och efter behandlingen för kontroll- och experimentgrupper, genom att undersöka symtom på posttraumatisk stress, depression, ångest och beteendeproblem. Resultatet visade att behandlingarna hade starka till måttliga effekter på alla ovanstående eftermätningar på psykiska symtom (Silverman et al., 2008). Utifrån kriterier på effektivitet (Chambless et al., 1996; Chambless & Hollon, 1998) klassificerades TF-KBT som starkt effektiv, medan KBT och EMDR klassades som troligtvis effektiva metoder (Silverman et al., 2008). Studien visar på att olika typer av psykosociala behandlingsmetoder generellt är effektiva för traumatiserade barn och ungdomar.

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). EMDR är en av de metoder som i flera länder numera rekommenderas som förstahandsval vid behandling av PTSD. Metoden användes initialt på vuxna patienter men numera finns anpassningar av grundprotokollet för barn ända ner till ca 2 års ålder (Tinker & Wilson, 1999). Forskning när det gäller EMDR med barn är en angelägen fråga, då de studier som hittills gjorts är få men tyder på goda resultat (Friberg, 2013).

Behandling med EMDR börjar med att man i förberedelsefasen informerar patienten hur man kommer att gå tillväga, provar ut lämplig bilateral stimulering och låter patienten välja ett tecken för att ickeverbalt stoppa om upplevelsen blir överväldigande. ”Att inte ha kontroll” är ofta en stor del av traumat och det är därför viktigt att patienten känner att hen har kontroll över behandlingssituationen (Friberg, 2013). Patienten väljer sedan en trygg plats att tänka på. Därefter ”installerar” terapeuten känslan som är kopplad till den trygga platsen med hjälp av bilateral stimulering. Den föreställda trygga platsen kommer att vara en plats patienten i tanken kan återvända till om påfrestningen blir för stor (Friberg, 2013). Man går sedan vidare med bearbetningen av minnet av en vald obehaglig situation. Man söker en negativ tanke barnet får om sig själv i nutid då hen tänker på situationen, exempelvis ”det är mitt fel”. Man söker därefter en positiv tanke som barnet önskar att hen kunde ha istället. Denna positiva tanke fungerar som ett terapeutiskt mål (Friberg, 2013). Barnet får sedan föreställa sig en så tydlig upplevelse som möjligt av den obehagliga situationen samtidigt som hen uppmanas tänka på den negativa tanken. Terapeuten utför den bilaterala stimuleringen under ca en halv minut, och pausar sedan för att barnet ska få rapportera vad hen lägger märke till i tankar, känslor och kropp. Processen med bilateral stimulering, korta pauser och rapportering upprepas tills obehaget försvinner och det bearbetade minnet från händelsen kopplas sedan ihop med den positiva kognitionen (Friberg, 2013).

Diehle, Opmeer, Boer, Mannarino och Lindauer (2015) undersökte behandlingseffekten av både TF-KBT och EMDR bland 48 barn mellan 8 och 17 år. Resultaten visade en betydande reduktion mellan för- och eftermätning i båda grupperna avseende symtom på posttraumatisk stress. Föräldrarna fick också skatta sina barns traumasymtom och komorbida tillstånd vid för- och eftermätningar, också där visade resultatet förbättringar i båda behandlingsgrupperna, och att det inte var någon skillnad mellan grupperna.

fördelas deltagarna slumpvis på experiment- och jämförelsegrupperna. Det skapar grupper som i allt väsentligt är lika varandra. Det som kommer att skilja grupperna åt systematiskt är vilken intervention de får. Deltagarna mäts ofta före och efter behandlingen (Öst, 2012).

När man efter olika effektmätningar har visat att ett behandlingspaket är effektivt kanske man vill undersöka vilka komponenter som är nödvändiga för att uppnå terapeutisk förändring. För att besvara den frågan behöver man en design med två eller flera behandlingsgrupper som varierar i de behandlingskomponenter som ges (Öst, 2012).

”Sedvanlig behandling” (SeB) som jämförelsegrupp vid effektmätningar kan användas vid utvärdering av en ny behandlingsmetod (experimentgruppen), som kan testas inom en verksamhet och som då skiljer sig från de interventioner och metoder som vanligtvis används. Användandet av SeB som jämförelsegrupp har fördelar över andra typer av jämförelsegrupper som exempelvis väntlistegrupp eller jämförelsegrupper som inte erbjuder någon behandling (no-treatment control). Genom att använda SeB som kontrollgrupp, och därmed erbjuda behandling till alla deltagare, så undviks exempelvis de etiska problem som ibland uppmärksammas i samband med jämförelsegrupper där deltagarna inte erbjuds någon behandling (Comer & Kendall, 2013). Genom att experiment- och SeB-grupperna ofta är likvärdiga i flera kontrollfaktorer, som exempelvis behandlingens duration och patientens och terapeutens förväntningar på behandlingens resultat, är det lättare att utvärdera den relativa effekten av interventionerna.

Spielmanns, Gatlin och McFall (2009) uppmärksammade en del risker med användandet av SeB som jämförelsegrupp då denna design kan överdriva effekten i experimentbehandlingen. När en ny behandling testas inom en verksamhet kan denna antas innehålla komponenter som gör den mer effektiv. Behandlingen drar då nytta av det man kallar *bona fide* - en behandling som ges i tron att den har god effekt vilket kan riskera att behandlingseffekten blir större än annars. Experimentbehandlingen effekt kan också övervärderas om mängden handledning som behandlarna i de båda behandlingsgrupperna erhåller skiljer sig åt. Det finns en risk att behandlare i experimentbehandlingen generellt erbjuds en större mängd specialiserad utbildning och träning just genom att behandlingsmetoden är ny (Spielmanns et al., 2009).

Sammanfattning

Konsekvenserna av våld mot barn ökar risken för PTSD och psykiska symtom som depression, aggressivitet och utåtagerande problematik. Utan behandling kan exempelvis symtom och effekterna av traumatisering bli långvariga (Gilbert et al., 2009). Det finns idag en brist inom BUP att erbjuda systematiska och specialiserade behandlingsalternativ för de barn som traumatiserats på grund av våldsutsatthet, och mer patientnära forskning behövs för att stödja utvecklingen av effektiva behandlingsmetoder för denna patientgrupp (Broberg et al., 2011). TF-KBT har visat sig vara en starkt effektiv behandlingsmetod för traumatiserade barn och ungdomar, och KBT samt EMDR-metod klassas som måttligt effektiva behandlingsmetoder (Silverman et al., 2008). Vid jämförelse av behandlingsmetoder för psykiska trauman har man funnit vissa traumaspecifika behandlingskomponenter som är gemensamma och visat sig effektiva i behandling som exempelvis psykoedukation, kognitiv och känslomässig bearbetning av traumat samt strategier för ångestreglering (Amaya-Jackson & De Rosa, 2007). Användandet av SeB som jämförelsebehandling har etiska

fördelar och utesluter ofta andra påverkansvariabler på effekten, då experiment och kontrollgrupp är avseendevärt lika varandra i genomsnitt förutom på den behandlingsintervention som ges (Spielman et al., 2009).

Syfte och frågeställningar

Syftet med föreliggande uppsats var att undersöka (1) vilka behandlingskomponenter som ingått i SeB i en behandlingsstudie från BUP Gamlestaden, och (2) om någon specifik behandlingskomponent i SeB korrelerar med ett bättre behandlingsutfall. Specifika frågeställningar var:

- Finns det olika typer av behandlingskomponenter i SeB?
- Om det finns olika typer av SeB, hur skiljer sig dessa i behandlingsutfall avseende 1) självskattade traumasymtom vid behandlingens början (T1), efter 6 månader (T2) och ett år efter behandlingsstart (T3) 2) PTSD symtom och funktionsinskränkning skattade av oberoende bedömare vid T1 och T2 3) förändring i diagnos mellan T1 och T2?
- Om det finns olika typer av SeB, hur skiljer sig dessa avseende: 1) antal besök mellan T1- T2, T2- T3 och mellan T1- T3 2) antal övriga behandlingsinsatser (medicinering, samverkansmöte, familjebehandling och massage/avslappningstekniker)?
- Om det finns olika typer av SeB, skiljer sig dessa avseende bakgrundsvariabler som kön, föräldrars utbildning, vårdnad och deltagande förälders våldsutsatthet?

Metod

Deltagare

Föreliggande uppsats bygger på data från en behandlingsstudie inom forskningsprojektet *Förekomst, bedömning och behandling inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) av patienter som utsatts för våld i familjen* (Broberg & Hultmann, 2011). Forskningsprojektet startade 2010 och är ett led i regeringens satsning på stöd och behandling för barn som utsatts för våld i sin familj. Behandlingsstudien genomfördes på Gamlestadens barn- och ungdomspsykiatriska öppenvårdsmottagning (BUP), där syftet var att jämföra behandlingsmetoderna traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT) med sedvanlig behandling (SeB) genom en randomiserad kontrollerad studie.

Undersökningsgruppen bestod av ett urval av barn mellan 5-17 år som från januari 2012 till juni 2014 sökt vård vid Gamlestadens BUP-mottagning i Göteborg. Barnen undersöktes av oberoende bedömare vid två tillfällen med en strukturerad symptomdiagnostik: före (T1) och efter (T2) avslutad behandling, eller om denna fortfarande pågick efter 6 månader. Vid T1 och T2 samt ett år efter påbörjad behandling (T3) fyllde barnen i självskattningsformulär om psykiska symtom. Inklusionskriterierna för deltagande i studien var att barnet exponerats för familjevåld (direkt utsatt för våld och/eller bevittnat våld mellan föräldrar), och hade allvarliga traumareaktioner (minst fem traumasymtom enligt DSM IV- diagnosen PTSD). Partnervåld mättes med hjälp av frågor ur Brief Conflict Tactic Scale (CTS-B) som är en kortversion av CTS-2 (Straus, Hamby, Boney-McCoy & Sugarman, 1996). Förekomst av våld definierades som positivt svar på minst två av frågorna rörande

fysiskt eller psykiskt våld eller en fråga rörande sexuellt våld. Våld mot barnet mättes med frågor ur Lifetime Incidence of Traumatic Events (LITE) (Nilsson, Svedin & Gustafsson, 2010) och definierades som ett positivt svar på någon av frågorna rörande förekomst av fysisk, psykiskt, eller sexuellt våld.

Exklusionskriterierna var om det fanns behov av tolk under intervjuer eller behandling, om barnet hade en utvecklingsstörning/intellektuellt funktionshinder, om barnet hade psykotiska symtom eller autismspektrumdiagnos eller var i behov av inläggning.

Nittiotre patienter uppfyllde inklusionskriterierna, 86 av dem påbörjade därefter behandling, och 78 genomförde undersökningsintervjun efter avslutad behandling. Av dessa 78 patienter hade 42 randomiserats till behandling med TF-KBT, och 36 till SeB. De 36 SeB-patienterna är föremål för analys i denna uppsats.

I tabell 1 redovisas deskriptiv karaktäristik för SeB-gruppen.

Tabell 1Deskriptiv karaktäristik för SeB-gruppen ($n = 36$)

Karaktäristik	<i>n</i>	(%)	<i>M</i>	(<i>sd</i>)
Kön				
Flicka	25	(69.5)		
Pojke	11	(30.5)		
Ålder (år)	36	(100)	12.8	3.2
Migrationsbakgrund				
Född i Sverige	30	(83)		
Född utanför Sverige	6	(17)		
Omsorgsperson som deltar i behandling ($n = 35$)				
Mamma	26	(74)		
Pappa	4	(11.5)		
Båda föräldrar	1	(3)		
Familjehemsförälder	4	(11.5)		
Förälders utbildning^a ($n = 33$)				
Ingen gymnasieutbildning	9	(27)		
Gymnasieutbildning	9	(27)		
Eftergymnasial utbildning	15	(46)		
Vårdnad				
Mamma	22	(61)		
Pappa	3	(8)		
Mamma och Pappa	9	(25)		
Annan	2	(6)		
Antal månader T1-T2^b ($n = 35$)			8	2.1
Antal månader T2-T3^c ($n = 27$)			7	2.5
Antal återbesök T1-T2			12	5.2
Antal återbesök T2-T3			10	7.7
Våld mot föräldern (IPV) ($n = 25$)				
Psykiskt				
Har förekommit senaste året	11	(44)		
Har förekommit men ej senaste året	13	(52)		
Har ej förekommit	1	(4)		
Fysiskt				
Har förekommit senaste året	4	(16)		
Har förekommit men ej senaste året	20	(80)		
Har ej förekommit	1	(4)		
Sexuellt våld				
Har förekommit senaste året	2	(8)		
Har förekommit men ej senaste året	18	(72)		
Har ej förekommit	5	(20)		

^a Gäller den förälder som medverkat i behandlingen^b Antal månader mellan T1 och T2^c Antal månader mellan T2 och T3

Instrument

I föreliggande uppsats har ett urval av de uppgifter som samlats in i samband med behandlingsstudien använts. De instrument som varit aktuella för denna studie är: K-SADS-PL (Kiddie-SADS Present and Lifetime Version), TSCC (Trauma Symptom Checklist for Children) och CTS-B (Brief Conflict Tactics Scale).

Symtom bedömda av oberoende bedömare; K-SADS-PL. Kiddie-SADS Lifetime Version är en semistrukturerad diagnostisk intervju som i enlighet med diagnossystemet DSM-IV syftar till att kartlägga nuvarande och tidigare symtom på psykopatologi hos barn och ungdomar. Föreliggande uppsats har använt sig av den del av intervjun som berör A-kriteriet i DSM-IV för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), och har syftat till att undersöka symtom och funktionsinskränkning.

Bedömning av symtom och funktionsinskränkning genomfördes i delstudien av oberoende bedömare vid två mättillfällen (T1 & T2). I manualen finns förslag på frågor som intervjuaren kan använda sig av för att bedöma om barnet varit utsatt för traumatiska händelser. Frågorna har besvarats av barn mellan 5-17 år och medverkande förälder, där en sammanvägd bedömning av förekomst av PTSD symtom och funktionsinskränkning har gjorts av bedömaren. Först görs en ostrukturerad inledande intervju där information samlas in genom frågor om bland annat barnets hälsa, kamratrelationer och fritidsintressen. Bedömning av PTSD symtom och funktionsinskränkning görs genom en screeningintervju med frågor som ställs till medverkande förälder och barn. Frågorna handlar om barnet upplever exempelvis mardrömmar, återkommande traumabilder och minnen och undantryckande av tankar eller känslor kopplat till traumahändelse. Exempel på frågor är *"Efter att __hände, har du svårigheter att somna?"* (insomni), *"Gör du saker för att distrahera dig från jobbiga tankar och/eller känslor?"* (undvikanden av tankar och känslor kopplat till traumat).

Poängsättningen genererar värden mellan 0-2 (0= ingen information, 1= Nej-svar, 2= Ja-svar). K-SADS-PL är ett instrument med god validitet och reliabilitet (Kaufman et al., 1997).

Självskattade symtom; TSCC. Trauma Symptom Checklist for Children är ett självrapporteringsformulär som mäter posttraumatisk stress och relaterade symtom. Instrumentet består av sex kliniska skalor där vardera skala antingen mäter symtom på ångest, depression, ilska, posttraumatisk stress, dissociation eller sexuella bekymmer. Instrumentet är avsett att användas för barn och ungdomar som varit utsatta för traumatiska händelser såsom fysiskt eller sexuellt våld, dödsfall av närstående eller naturkatastrofer. TSCC kan användas för screening men också för att utvärdera effekter av psykoterapeutiska interventioner.

Utfallsmått i behandlingsstudien, liksom i föreliggande uppsats, har gjorts på den totala skalan minus skalan som mäter posttraumatisk stress (TSCC-TOT), samt enbart på den kliniska skalan som mäter symtom på posttraumatisk stress (TSCC-PTS). För varje klinisk skala presenteras en lista på tankar, beteenden och känslor där barnet på en skala mellan 0-3 har skattat hur ofta dessa tankar, beteenden eller känslor har inträffat (0= aldrig och 3= nästan hela tiden). Exempel på frågor från den totala skalan är: *"Oroar mig för saker"* (ångest), *"Vill skrika och ta sönder saker"* (ilska), *"Känner mig ledsen och olycklig"* (depression), *"Känner det som om jag inte finns i min kropp"* (dissociation), *"Blir rädd eller upprörd när jag tänker på sex"* (sexuella bekymmer). Exempel på frågor från skalan som mäter symtom på posttraumatisk stress är: *"Skrämmande tankar eller bilder dyker upp i mitt huvud"*, *"Minns saker jag*

inte vill komma ihåg". TSCC har visat sig vara ett instrument med god validitet och reliabilitet (Lanktree et al., 2008). Självskattningsformuläret TSCC har fyllts i av barn i åldern nio till 17 år i studien på BUP-mottagningen.

CTS-B. Brief Conflict Tactics Scale mäter förekomsten och frekvensen av fysiskt, psykiskt och sexuellt partnervåld (Straus, Hamby, Boney-McCoy & Sugarman, 1996). De olika kategorierna av våld motsvarar en egen skala. Det finns fyra frågor som mäter fysiskt våld, två frågor som mäter psykiskt våld och två frågor som mäter sexuellt våld. Respondenten får sedan fylla i hur ofta våldet har inträffat. Om våldet aldrig har inträffat, eller inträffat tidigare men inte senaste året skattas detta som 00 respektive 0. Om våldet inträffat det senaste året skattar respondenten svarsalternativet mellan 1-6 från minimum 1= en gång, till maximum 6= varje vecka eller nästan varje vecka. Exempel på frågor från CTS-B är: *"Förolämpade, svor eller skrek åt mig"* (psykiskt våld), *"Jag fick en stukning, blåmärke, eller ett litet sår på grund av bråk med honom/henne"* (fysiskt våld), *"Han/Hon insisterade på att ha sex när jag inte ville (men använde inte fysiskt tvång)"* (sexuellt våld). För att analysera skillnader i våldsutsatthet hos deltagande förälder mellan jämförelsegrupperna har skalorna fysiskt våld, psykiskt våld och sexuellt våld slagits ihop till ett kombinerat mått på hur många våldshandlingar deltagande förälder varit utsatt för (variation 0-8). Svarsalternativ som i någon av de tre skalorna på våldstyp i CTS-B har registrerats som "aldrig har inträffat" kodades som 0. Svar som registrerats "inom det senaste året" eller tidigare kodades som 1.

Tillvägagångssätt

Data som använts för analys tillhandahölls via journalsystem och listor från BUP Gamlestaden i Göteborg, där materialet samlades in på plats. Journaler för patienter som randomiserats till SeB (n = 36) lästes igenom för att undersöka om det fanns någon systematisk användning av specifika metoder i denna behandlingsarm. De insatser som letades efter var EMDR, KBT, medicinering, samverkansmöten, familjebehandling och massage då dessa insatser är vanligt förekommande i traumabehandlingar på BUP Gamlestaden. Ungefär 2/3 av patienterna hade fått mer methodspecifika systematiska behandlingar med EMDR eller KBT, medan resterande patienter fått behandling som bestod av insatser som inte använts lika systematiskt (medicinering, samverkansmöten, familjebehandling och massage).

I nästa steg analyserades journaldatan för bedömning om patienterna erhållit "specifik SeB" utifrån systematisk methodspecifik behandling av EMDR eller KBT, eller om patienter erhöll "ospecifik SeB" där behandlingen således ej var systematiskt methodspecifik. För bedömning av methodspecificitet sattes kriterier för vilka komponenter som bör ingå för att en behandling skall klassificeras som EMDR eller KBT.

Kriterier för EMDR-behandling var att minst 75 % av behandlingssessionerna innehöll EMDR-specifika interventioner (se nedan) eller att de mest centrala delarna i EMDR-metodiken karaktäriserade behandlingen. Dessa centrala delar specificerades som: (a) information om EMDR, (b) installation av trygg plats och resurser, (c) användandet av positiv och negativ kognition och (d) traumabearbetning med bilateral stimulering.

Kriterier för behandling utifrån KBT var antingen att minst 75 % av behandlingssessionerna innehöll KBT-specifika interventioner (se nedan) eller att de mest centrala delarna i KBT-metodiken fanns med i behandlingen:

(a) psykopedagogiska interventioner, (b) strategier för ångesthantering, (c) exponeringstekniker samt (d) hemuppgifter.

För beskrivning av antal besök under behandlingsprocessen samt antal övriga insatser (medicinering, samverkansmöte, familjebehandling och massage/avslappningstekniker) erhöles material i form av färdigregistrerade listor i excelformat som upprättats av delaktiga behandlare i studien på BUP Gamlestad. För analys av behandlingsutfall erhöles upprättade SPSS-filer med sifferpoäng från de instrument som varit aktuella i föreliggande uppsats. För analys av skillnader på bakgrundsvariabler mellan de båda jämförelsegrupperna inhämtades data delvis från de färdigregistrerade listorna från BUP Gamlestad och ifrån upprättade SPSS-filer där bakgrundsvariablerna delats upp i olika kategorier.

Databearbetning

Statistiska analyser utfördes med SPSS Statistics 23. För att undersöka om det förelåg någon skillnad i behandlingsutfall mellan EMDR/KBT gruppen och ospecifik SeB gruppen, samt för att beskriva skillnader mellan grupperna så utfördes Students t-test för oberoende mätningar. För att undersöka förutsättningar för parametriska beräkningar signifikantestades undersökningsvariablernas fördelning. Gränsen för signifikant snedfördelning sattes till ≥ 1.96 (How2stats, 2016), och samtliga variabler bedömdes normalfördelade. Variabler som utgjordes av ett litet urval ($n < 25$) prövades med Mann-Whitney U-test. Alfanivån sattes till 0.05 för samtliga signifikansprövningar. Risken för typ 1-fel var således 5 procent. Effektstorlekar (Cohens d), beräknades för oberoende mätningar. Gränsen för liten effekt är .20, gränsen för medelstor effekt är .50 och gränsen för stor effekt är .80 (Cohen, 1988).

I behandlingsstudien testades eventuella förändringar i diagnos mellan T1 och T2 i enighet med diagnossystemet DSM-IV. I föreliggande studie definierades förändring i diagnos mellan T1 och T2 som antingen *remission i symtom* (huvuddiagnos är inte närvarande eller förändring till underdiagnos) eller som *oförändrad/försämring*. Förändring av diagnos mellan T1 och T2 beräknades med Chi2 test.

Skillnader i bakgrundsvariablerna kön, vårdnad och föräldrars utbildning mellan jämförelsegrupperna testades med Chi2. Kön definierades i två kategorier; *flicka* eller *pojke*. Vårdnad definierades i tre kategorier; *mamma har ensam vårdnad* eller *pappa har ensam vårdnad/annan har vårdnaden* eller *gemensam vårdnad mellan föräldrar*. Föräldrars utbildning definierades i tre kategorier; *ingen gymnasieutbildning*, eller *gymnasieutbildning* eller *eftergymnasial utbildning*.

För att identifiera var signifikanta skillnader avseende χ^2 -testningarna låg kontrollerades de standardiserade residualerna (z). Avvikelse i cellstorlekar som har ett värde på 2 eller högre rapporteras. Fishers exakta test rapporteras om variablerna är dikotoma och om någon av cellstorlekarna visar ett värde på < 5 .

Resultat

Resultatet av analysen av journaldata var att 21 behandlingar klassificerades som metods specifika. Patienterna hade antingen fått behandling utifrån EMDR ($n = 18$), eller KBT ($n = 3$). Femton behandlingar motsvarade ej de uppställda kriterierna

för systematisk metodspecifitet och klassificerades således som ospecifika. Därmed erhöles två jämförelsegrupper; EMDR/KBT (N = 21) samt Ospecifik SeB (N = 15).

De självskattade posttraumatiska symtomen (TSCC-PTS) skiljde sig inte signifikant åt mellan grupperna vid T1, $t(30) = .69, p = .49$ eller vid T2, $t(28) = .51, p = .62$. Vid T3 däremot skattade de patienter som erhållit Ospecifik SeB en signifikant högre grad av symtom på posttraumatisk stress än de patienter som erhållit EMDR/KBT ($U = 27.50, N_1 = 13, N_2 = 9, p < .05$). De självskattade övriga symtomen på psykisk ohälsa (TSCC-TOT minus PTS) visade ingen signifikant skillnad mellan grupperna vare sig vid T1, $t(30) = -.79, p = .44$, T2, $t(28) = -.44, p = .66$ eller T3 ($U = 39.00, N_1 = 13, N_2 = 9, p = .19$).

De av oberoende behandlare bedömda PTSD-symtomen (KSADS) skiljde sig inte mellan grupperna vare sig vid T1, $t(31) = 1.08, p = .29$ eller T2, $t(34) = -.53, p = .60$. Det fanns inte heller någon signifikant skillnad mellan grupperna i funktionsinskränkning (på grund av PTSD) vid T1, $t(34) = -.93, p = .36$ eller T2, $t(34) = -.77, p = .45$ (se Tabell 2). Däremot skiljde sig grupperna åt beträffande huruvida PTSD-diagnos kvarstod eller ej vid T2, $\chi^2(1, N=36) = 4.63, p = .04, Fishers exact$. I EMDR/KBT gruppen uppvisade signifikant fler patienter (48 %) remission i symtom jämfört med Ospecifik SeB gruppen (13 %).

Tabell 2

Resultat av Students t-test och Mann Whitney U för oberoende mätningar för TSCC-PTS-skalan, TSCC-TOT-skalan och K-SADS-PL, redovisade i medelvärde och (standardavvikelser), signifikansnivå (p) samt effektstorlek (d)

	EMDR/KBT	Ospecifik SeB		
	<i>M (sd)</i>	<i>M (sd)</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
TSCC-PTS				
Symptom posttraumatisk stress T1	11.6 (5.2)	10.1 (7.2)	.49	.12
Symptom posttraumatisk stress T2	8.9 (8.5)	7.3 (7.9)	.62	.19
Symtom posttraumatisk stress T3	9.1	14.9	.04*	
TSCC-TOT				
Traumasympptom T1	33.6 (16.5)	28.6 (18.0)	.44	.29
Traumasympptom T2	26.7 (27.0)	22.7 (19.6)	.66	.17
Traumasympptom T3	10.0	13.7	.19	
K-SADS-PL				
PTSD symptom T1	21.9 (6.9)	19.5 (6.5)	.29	.36
PTSD symptom T2	14.6 (11.2)	16.4 (8.4)	.60	.18
PTSD funktionsinskränkning T1	4.7 (2.7)	5.5 (2.3)	.36	.31
PTSD funktionsinskränkning T2	3.0 (3.1)	3.7 (2.8)	.45	.26

* = $p < .05$

De två behandlingsgrupperna skiljde sig inte åt beträffande antal besök på mottagningen mellan T1 och T2, $t(34) = -.24, p = .81$. Mellan T2 och T3 däremot hade EMDR/KBT gruppen fler antal besök än vad Ospecifik SeB gruppen hade $t(34) = 3.29, p < .05$. Därmed skiljde sig också det totala antalet besök mellan T1 och T3 åt mellan grupperna, $t(34) = 2.30, p < .05$.

Tabell 3

Resultat av Students *t*-test för oberoende mätningar för antal besök och antal övriga insatser, redovisade i medelvärde och (standardavvikelse), signifikansnivå (*p*) samt effektstorlek (*d*)

	EMDR/KBT (<i>n</i> = 21)	Ospecifik SeB (<i>n</i> = 15)		
	<i>m</i> (<i>s</i>)	<i>m</i> (<i>s</i>)	<i>p</i>	<i>d</i>
Strukturella Variabler				
Antal besök T1-T2	13.7 (3.7)	14.2 (8.0)	.81	.09
Antal besök T2-T3	14.3 (9.8)	5.3 (4.7)	.00*	1.24
Antal besök T1-T3	28.0 (11.1)	19.5 (10.7)	.03*	.78
Antal övriga insatser T1-T3	1.7 (1.1)	1.1 (1.0)	.15	.25

* *p* < .05

När det gällde antalet övriga insatser fanns det inga skillnader mellan de båda grupperna, $t(34) = 1.48$, $p = .15$ (se Tabell 3).

Jämförelser av bakgrundsvariablerna mellan EMDR/KBT gruppen och den Ospecifika SeB gruppen visade inga signifikanta skillnader i kön, $\chi^2(1, N=36) = 1.35$, $p = .25$, vårdnad, $\chi^2(1, N=36) = 2.22$, $p = .33$, föräldrarnas utbildning, $\chi^2(1, N=36) = 3.71$, $p = .16$ eller deltagande förälders våldsutsatthet, $t(23) = .95$, $p = .36$.

Diskussion

Syftet med detta arbete var att undersöka vilka behandlingskomponenter som ingått i SeB i en behandlingsstudie från BUP Gamlestad, och om någon specifik behandlingskomponent i SeB materialet korrelerar med ett bättre behandlingsutfall. Först kommer resultaten att diskuteras i relation till frågeställningar, teori, tidigare forskning samt implikationer kring studiens metod och tillvägagångssätt. Därefter diskuteras implikationer för fortsatt forskning.

Olika behandlingskomponenter i SeB

Efter analys av journaldata och uppställda kriterier kring systematisk metodspecifitet fann man i gruppen som randomiserats till SeB en specifik behandlingskomponent i form av EMDR/KBT ($N = 21$). Övriga behandlingar var mer varierade med blandning av olika behandlingskomponenter och dessa behandlingar benämns i fortsättningen Ospecifik SeB ($N = 15$).

Den ”sedvanliga behandlingen” på BUP Gamlestad innehåller metoder som visat sig effektiva i tidigare studier för behandling av traumatiserade barn och ungdomar (Diehle, Opmeer, Boer, Mannarino & Lindauer, 2015; King et al., 2000). Är den ”sedvanliga behandlingen” på BUP Gamlestad representativ i förhållande till hur ”sedvanlig behandling” av traumatiserade barn och ungdomar inom BUP i Sverige generellt sett ser ut?

Behandlare på BUP Gamlestad har en mångårig erfarenhet av och specialisering i behandling riktad till traumatiserade barn och ungdomar, vilket kan tänkas skilja denna BUP-mottagning från andra i Sverige. BUP Gamlestad har exempelvis ett flyktingbarnteam med bedömnings- och behandlingsinsatser för

flyktingbarn med en kombinerad psykiatrisk och somatisk problematik i behov av insatser på specialistnivå. Många av dessa flyktingbarn är traumatiserade och är i behov av behandling för exempelvis PTSD (BUP Gamlestaden, 2013). BUP Gamlestaden har även systematiserade erfarenheter av att under en fem-årsperiod (2007-2012) rutinemässigt fråga om förekomst av våld i nära relationer (Hellsten, 2014). Det finns alltså en medvetenhet och ett uppmärksammande av att fånga in patienter som av olika anledningar är traumatiserade på denna BUP-mottagning och erbjuda dem specialiserade behandlingsalternativ. På mottagningen finns en palett av behandlingsmetoder för våldsutsatta och traumatiserade barn och ungdomar, och behandlare som är utbildade i olika evidensbaserade traumametoder som TF-KBT, EMDR, och KBT. Den "sedvanliga behandlingen" för traumatiserade barn och ungdomar kan därför tänkas vara mer specialiserad jämfört med andra BUP-mottagningar i Sverige. Detta kan förklara varför man i föreliggande uppsats i samband med analysen av SeB, fann behandlingskomponenter som visat sig vara effektiva traumabehandlingar i tidigare studier, såsom EMDR och KBT.

Spielmans et al. (2009) beskriver att det i samband med RCT-studier finns en risk att behandlare i experimentbehandlingen generellt erbjuds en större mängd specialiserad utbildning och träning jämfört med behandlare som utövar SeB. Liknande företeelse pekar Leykin och DeRubies (2009) på, att en forskares entusiasm för en viss terapimetod kan resultera i mer utbildning och handledning för den terapeut som använder sig av denna metod, till skillnad mot terapeuter som använder sig av en jämförande behandlingsmetod. I behandlingsstudien fick behandlarna i SeB-gruppen handledning i samma omfattning som behandlarna i experimentgruppen (TF-KBT) under drygt ett år (Broberg & Hultmann, 2011). Två tredjedelar fick EMDR eller KBT. Studiedesignen säkrade därmed att behandlarna i SeB-gruppen fick lika mycket handledning som behandlare i experimentgruppen. Det kan därför tänkas att forskarna i samband med behandlingsstudien var neutrala, utan eget intresse av att visa att experimentbehandlingen var bättre.

I samband med psykoterapiforskning så talas ibland om begreppet "allegiance bias" eller *lojalitetseffekten*, som innebär att forskare genom exempelvis beslut av studiedesign eller inkludering av patienter, omedvetet förvränger terapieresultatet i riktning med den teori eller behandlingsmetod som de föredrar eller är utbildade i (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975). Ett sätt att undgå detta är att, som Wilson, Wilfrey, Agras och Bryson (2014) beskriver, genomföra RCT-studier som är noga planerade och som jämför flera psykologiska behandlingsmetoder. Då den "sedvanliga behandlingen" på BUP Gamlestaden inkluderar flera behandlingskomponenter och terapeuter och bedömare utbildade i olika terapimetoder så kan det tänkas att resultatet blir svårare att förvränga åt en terapiinriktning.

Skillnader i behandlingsutfall mellan EMDR/KBT gruppen och Ospecifik SeB gruppen

Resultatet visade inga signifikanta skillnader mellan jämförelsegrupperna i självskattade symtom på posttraumatisk stress vid T1 och T2. Vid T3 däremot skattade signifikant fler i EMDR/KBT-gruppen en lägre symtomoäng på posttraumatisk stress än vad Ospecifik SeB-gruppen gjorde. Om det inte fanns någon signifikant skillnad mellan grupperna vid T2 då det alltså gått 6 månader in i behandlingen eller om behandlingen var avslutad, varför fanns det då en skillnad vid T3? Både EMDR och KBT är behandlingsmetoder som har klassats som effektiva i

studier för traumatiserade barn och ungdomar (Silverman et al., 2008). Det kan tänkas att effekten av behandling med EMDR inte visar sig i form av symtomreduktion förrän en viss tid förflutit, vilket kan förklara skillnaden mellan jämförelsegrupperna i behandlingsstudien först vid T3.

EMDR-behandlingen börjar med en förberedande stabiliseringsfas där lämplig bilateral stimulering provas ut. Det är viktigt att patienten känner att hen har kontroll över behandlingssituationen innan man går vidare i behandlingen, för att sedan välja ut en trygg plats och förbereda patienten för installation av denna trygga plats i minnet (Friberg, 2013). Den bearbetande delen av målminnet kommer först efter att denna förberedande stabiliseringsfas är gjord. Vid vilken tidpunkt man väljer att gå över från stabiliseringsfas till bearbetande fas i behandlingen påverkas också av yttre stressorer i patientens liv. Då det i EMDR betonas att patienten behöver uppleva kontroll över sin situation är det troligtvis av stor vikt att vänta med exponering och bearbetning av traumat tills yttre omständigheter är relativt stabila. BUP Gamlestaden har ett upptagningsområde som till stor del består av socioekonomiskt utsatta områden med lägre sysselsättningsgrad, högre bidragstagande, sämre skolresultat och sämre hälsa (Göteborgs stad: Social resursförvaltning 2014). Möjligtvis kan den bearbetande delen för patienter som behandlats med EMDR, men även med KBT, på grund av yttre omständigheter, och patientens behov av att få känna kontroll över situationen, fått genomföras först mellan T2-T3? Detta skulle kunna förklara att effekterna av behandlingen och att skillnaden mellan jämförelsegrupperna visar sig först vid T3.

Amaya-Jackson och DeRosa (2007) beskriver traumaspecifika behandlingskomponenter som visat sig effektiva i behandling. Dessa komponenter innefattar bland annat förbättring av föräldraskap, beteendearikande och stödjande interventioner, berättandet och organisering av traumat och kognitiv och känslomässig bearbetning av traumat. Då både EMDR och KBT innehåller dessa komponenter och visat sig effektiva i många studier så finns det anledning anta att patienter i EMDR/KBT-gruppen möjligtvis kommer att visa på ett bättre behandlingsutfall än de i Ospecifik SeB-gruppen. Skillnaderna i självskattade symtom på posttraumatisk stress mellan grupperna vid T3 kanske bättre kan förklaras med i vilken utsträckning respektive grupp använt sig av effektiva traumaspecifika behandlingskomponenter, snarare än vilken specifik metod som använts?

I båda jämförelsegrupperna men framför allt i Ospecifik SeB-gruppen så är medelvärdet för självskattade symtom på posttraumatisk stress högre vid T3 än vid T2. Fonagy, Target, Cottrell, Phillips och Kurtz (2002) menar att en barn- och ungdomsinriktad behandling kan förändra barnet eller ungdomens mående kortsiktigt, men när behandlingen upphör så kommer barnet ofta återigen in i den miljö som kan ha en negativ påverkan på barnets svårigheter. Detta kan vara hemmiljön, i skolan eller i kamratrelationer. Om behandlingen inte vägt in den yttre miljöns påverkan på barnets symtom riskerar effekten av behandlingen att bli kortvarig. Det kan möjligtvis vara så att de insatser som getts i Ospecifik SeB-gruppen i större utsträckning innefattat insatser som inte påverkat barnets mående i den yttre miljön. Detta skulle kunna förklara att denna grupp skattat högre symtom på posttraumatisk stress vid T3 än vid T2. I en behandling med EMDR är det av vikt att patienten upplever sig ha kontroll över sin situation innan behandlingen går över från stabiliserings- till bearbetningsfas (Friberg, 2013). Yttre omständigheter kan därför tänkas behöva vara stabila innan bearbetningsfasen påbörjas. EMDR gruppen kanske därför fått en behandling som i större utsträckning än Ospecifik SeB gruppen sett till att patientens yttre miljö är stabil. Detta kan förklara att medelvärdet för självskattade symtom på

posttraumatisk stress är högre för Ospecifik SeB gruppen än för EMDR/KBT gruppen vid T3. Resultaten får dock beaktas med en viss försiktighet då antalet deltagare vid T3 var relativt få (13 i EMDR/KBT och 9 i Ospecifik SeB).

Resultatet visade på en signifikant skillnad mellan jämförelsegrupperna avseende huruvida PTSD-diagnos kvarstod eller ej vid T2. I EMDR/KBT-gruppen uppvisade 48 % remission i symtom jämfört med enbart 13 % i Ospecifik SeB. Detta visar alltså att de allra flesta patienter som erhållit Ospecifik SeB inte uppvisar förbättring eller till och med försämras efter 6 månader, och motsvarande gäller strax över hälften av patienterna i EMDR/KBT gruppen. Att så många patienter i båda grupperna inte uppvisar förändring vid T2, och i några få fall en försämring i diagnos kanske delvis är en effekt av det som Fonagy et al. (2002) pekar på i att den många gånger negativa påverkan som den yttre miljön har på barnets svårigheter också behöver adresseras och tas i beaktande i de insatser som görs runt barnet. Behandlingen kanske är inriktad på bearbetning av ett visst traumaminne, men bearbetningen och tillfrisknandet av traumat borde också vara beroende av faktorer som exempelvis hemförhållanden och om föräldrars mående är stabilt.

Att signifikant fler i EMDR/KBT- än i Ospecifik SeB-gruppen uppvisar remission i symtom vid T2, trots att det diagnostiska instrumentet som använts (K-SADS), inte uppvisar någon skillnad i vare sig PTSD-symtom eller PTSD funktionsinskränkning vid T2, väcker frågor. Hur kan bedömningen att det finns en skillnad i förändring i diagnos mellan grupperna giltiggöras om denna skillnad inte återspeglas i skillnad i symtom och funktionsinskränkning mellan grupperna? Och hur kan medelvärdet för traumasymtom i de båda grupperna visat en reduktion i symtom utan att en förbättring i diagnos skett utifrån bedömningen med K-SADS?

Den diagnostiska intervjun (K-SADS), har bedömts av oberoende bedömare, som alltså inte varit delaktiga i patientens behandling. Funderingar har väckts i samband med det som Luborsky et al. (1975) beskriver om hur lojalitetseffekten kan bidra till att forskare omedvetet förvränger terapieresultatet i riktning med den teori eller behandlingsmetod som de föredrar eller är utbildade i. Om denna lojalitetseffekt påverkat oberoende bedömare i behandlingsstudien, kanske dessa bedömare omedvetet med små medel riktat resultatet från K-SADS genom att registrera fler i EMDR/KBT gruppen som remission i symtom till skillnad från Ospecifik SeB gruppen?

Vid analys av resultaten i föreliggande uppsats så har frågor väckts om möjligt systematiskt fel i behandlingsstudiens registrering av data, då bedömningen av diagnos som mäts med K-SADS och symtom som mäts med TSCC pekar på olika resultat. Det gjordes därför utanför ramen av föreliggande uppsats en uppställning på hur många av deltagarna i respektive jämförelsegrupp som hade en PTSD-diagnos vid T1. Av de patienter som erhållit EMDR/KBT hade 17 deltagare (47 %) en PTSD diagnos vid T1 jämfört med 6 deltagare (19 %) i Ospecifik SeB gruppen. En förklaring till diskrepanserna mellan bedömd förändring i diagnos och skattade symtom i resultaten kan alltså också handla om att ingångsvärdena är olika i grupperna. En PTSD-diagnos kanske lättare kan förändras till en anpassningsstörning än vad en anpassningsstörning kan förändras till ingen diagnos alls, oberoende av nivån av symtom. Då fler patienter hade en PTSD-diagnos vid T1 i EMDR/KBT gruppen, kanske det också är fler i denna grupp som vid T2 bedöms förändrade i diagnos till skillnad från Ospecifik SeB gruppen.

Det fanns inte heller någon skillnad mellan grupperna i självskattade traumasymtom vid T1, T2 och T3. I och med att det inte fanns någon skillnad mellan grupperna, så kan vi också säga att ingen av behandlingsarmarna visade sig

signifikant mer effektiv än den andra i att reducera de traumasymtom barnen eller ungdomarna skattade vid T3. Resultaten från självskattade traumasymtom vid T3 får dock beaktas med viss försiktighet då antalet deltagare vid T3 var relativt få (13 i EMDR/KBT och 9 i Ospecifik SeB).

I begreppet evidensbaserad praktik beskrivs vetenskaplig kunskap som en nödvändig men inte tillräcklig komponent för att kunna erbjuda patienten den bästa hjälpen (Sacket, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson, 1996). Det är med andra ord önskvärt att titta bortom det som visar sig kliniskt signifikant för att kunna avgöra om en viss behandlingsmetod är mer effektiv än en annan. Bara för att det exempelvis inte förelåg någon signifikant skillnad i PTSD symtom och funktionsinskränkning vid T2 mellan jämförelsegrupperna, så finns alltså andra faktorer än den vetenskapliga kunskapen och signifikansnivåer som svarar på om en behandlingsmetod är mer effektiv än en annan för en viss patient. För att en behandling ska bli effektiv så behöver även individens önskemål väga tungt vid val av behandling. En person som upplever insatsen som relevant är mer engagerad i behandlingen vilket ökar sannolikheten för ett gott terapiutfall. Den professionelles expertis, som empatisk förmåga, skicklighet i att identifiera individens problematik, yrkeskunskap och personlig kompetens är också avgörande faktorer för att en behandlingsmetod ska visa på ett gott behandlingsutfall (Sacket et al., 1996).

Skillnader i strukturella variabler och bakgrundsvariabler mellan EMDR/KBT gruppen och Ospecifik SeB gruppen

Genom att jämförelsegrupper ofta är likvärdiga i flera kontrollfaktorer, som exempelvis behandlingslängd och patientens och terapeutens förväntningar på behandlingens resultat, är det också lättare att utvärdera den relativa effekten av interventionerna (Comer & Kendall, 2013). Genom att i föreliggande arbete jämföra skillnader i strukturella variabler och bakgrundsvariabler mellan EMDR/KBT gruppen och Ospecifik SeB gruppen, så kan vi med större säkerhet uttala oss om de olika behandlingskomponenternas påverkan på behandlingsutfallet.

EMDR/KBT-gruppen hade signifikant fler antal besök mellan T2-T3 än vad Ospecifik SeB gruppen hade, och därmed skiljde sig också det totala antalet besök mellan T1 och T3 åt mellan grupperna. Skillnaden i antalet besök mellan T2-T3 i de båda grupperna var relativt stor. Medelvärde i EMDR/KBT-gruppen var 14.3 besök medan Ospecifik SeB-gruppen hade ett medelvärde på 5.3. Detta kan vara en faktor som påverkat behandlingsutfallet.

Resultatet visade ingen signifikant skillnad mellan jämförelsegrupperna i bakgrundsfaktorer som vårdnad, föräldrars utbildning, kön eller deltagande förälders våldsutsatthet. Detta skapar förutsättningar för att utvärdera skillnader i den relativa effekten av de olika behandlingsmetoderna (Comer & Kendall, 2013).

Det gjordes i efterhand fler beräkningar på bakgrundsfaktorer mellan EMDR/KBT gruppen och Ospecifik SeB gruppen. Detta intresse väcktes efter att frågeställningarna för föreliggande uppsats bestämts och resultatet fastställts. Beräkningar av skillnader mellan fler bakgrundsvariabler gjordes därför inte i föreliggande uppsats. I samband med detta intresse fann man utifrån den diagnostiska intervjun med K-SADS att Ospecifik SeB gruppen hade betydligt fler beteendeproblem jämfört med EMDR/KBT-gruppen (29.1 respektive 11.5). Troligtvis beror detta på att SeB-terapeuter valt en behandling med mer stödjande insatser för de patienter som uppvisat högre grad av beteendeproblem. Då behandlingar utifrån

EMDR och KBT är manualbaserade och mer systematiskt strukturerade, kanske bedömning gjorts att det bli svårt att få till en effektiv behandling utifrån dessa metoder för patienter med högre grad av beteendeproblem. Graden av beteendeproblem kan alltså också ha påverkat de utfallsmått som presenteras i detta arbete.

Slutligen kan man ifrågasätta om det föreligger individuella skillnader mellan behandlarna i EMDR/KBT gruppen och Ospecifik SeB gruppen som kan ha påverkat de skillnader i utfallsmått som presenteras i föreliggande studie. Crits-Christoph et al. (1991) beskriver att individuella skillnader mellan behandlare sällan jämförs och utvärderas i samband med RCT studier. I slutrapporten från behandlingsstudien så beskrivs att behandlarna i SeB gruppen bestod av socionomer och psykologer som i genomsnitt hade 13 års yrkeserfarenhet som varierade mellan 2- 32 år (Broberg, Hultmann & Axberg, 2016). Det fanns alltså skillnader i yrke samt betydande skillnader i antal år av yrkeserfarenhet mellan behandlarna i SeB gruppen vilket skulle kunnat påverka de skillnader i utfallsmått som presenterats i föreliggande studie.

Metoddiskussion

Det skulle vara intressant att undersöka när den mer traumabearbetande och exponerande delen i EMDR behandlingen generellt i ett tidsperspektiv sker för patienterna i EMDR/KBT gruppen. Om denna sker relativt sent in i behandlingen skulle detta kunna förklara skillnaden i självskattade symtom på posttraumatisk stress vid T3 mellan grupperna. Det hade också varit intressant att analysera i vilken utsträckning behandlingen i jämförelsegrupperna inkluderat de traumaspecifika komponenter som Amaya-Jackson och DeRosa (2007) tar upp som effektiva i studier. Om behandlingarna i EMDR/KBT gruppen inkluderat fler traumaspecifika komponenter än behandlingarna i Ospecifik SeB-gruppen så kan detta vara en faktor som påverkat skillnaden i symtom på posttraumatisk stress vid T3.

Det hade vidare varit intressant att undersöka eventuella skillnader i förändring i diagnos vid T3. Om resultatet skulle peka på samma skillnader i förändring i diagnos som i föreliggande arbete presenterades vid T2, skulle detta kunna ge stöd för att behandling med EMDR/KBT ger ett bättre behandlingsutfall än Ospecifik SeB på lång sikt.

För att få en bättre förståelse för diskrepansen mellan bedömd förändring i diagnos och skattade symtom i resultaten, skulle det också vara önskvärt att undersöka om en möjlig lojalitetseffekt i bedömningen utifrån K-SADS kan ha påverkat resultaten. Om fler bedömare av diagnos i gruppen för "sedvanlig behandling" är utbildade i, eller föredrar EMDR, skulle detta kunna förklara varför fler patienter i EMDR/KBT gruppen uppvisar remission i symtom vid T2. Denna diskrepans i resultaten behöver dock undersökas närmare för att med säkerhet kunna uttala sig om varför det är så stora skillnader mellan bedömd förändring i diagnos och skattade traumasymtom i föreliggande uppsats.

Comer och Kendall (2013) beskriver att vid bedömning av barn och ungdomars psykiska hälsa innan och efter behandling, så borde data samlas in via multipla informationskällor som lärare i skolan, föräldrar, barnet själv och från vänner. Exempelvis kan kognitiva nedsättningar påverka barnets självskattning av symtom, och om man som bedömare inte har information om detta från exempelvis lärare eller föräldrar är risken för att dra fel slutsatser av interventionens effekter stor.

Föreliggande uppsats har använt sig av data från barnets självskattade symtom på posttraumatisk stress samt traumasymtom och en diagnostisk intervju för bedömning och jämförelse av behandlingsutfall. I den diagnostiska intervjun har bedömning i behandlingsstudien gjorts utifrån intervju med både barnet och medverkande förälder. Det hade utifrån det som Comer och Kendall (2013) beskriver om vikten av multipla informationskällor vid bedömning av terapiutfall, också varit intressant att titta på exempelvis skollärares bedömning av barnets symtom och funktion vid T1, T2 och T3.

Utifrån rekommendationer om evidensbaserad praktik (Sackett et al., 1996), hade det varit intressant att undersöka andra faktorerens möjliga påverkan på behandlingsutfallet i föreliggande uppsats. Skiljer sig uppfattningen av behandlingens relevans åt mellan patienterna i de båda grupperna? Eller finns det en skillnad i terapeuterna expertis och yrkeskunskap mellan grupperna som skulle kunna påverkat behandlingsutfallet?

Patienterna i behandlingsstudien fick i samband med behandlingsprocessen även övriga behandlingsinsatser som inte redovisats i föreliggande arbete som exempelvis föräldrastöd och stödsamtal. Dessa insatser utgjorde kategorier som inte var lämpliga att dela upp och jämföra mellan grupperna utifrån den analysmetod och databearbetning som bestämdes. Resultaten och behandlingsutfallen i denna uppsats kanske bättre skulle kunna förstås vid fördjupade analyser av dessa insatser? Om EMDR/KBT-gruppen exempelvis har fått mer stödsamtal än Ospecifik SeB skulle detta kunna vara en faktor som påverkat skillnaderna i behandlingsutfall mellan grupperna.

Slutsatser och implikationer för vidare forskning

Om inte mer patientnära forskning och utvärderingar av de behandlingsmetoder som används inom den dagliga verksamheten görs blir det svårare att implementera mer effektiva behandlingsmetoder för våldsutsatta barn inom BUP. Förutom implementering och forskningsnära utveckling av effektiva behandlingsmetoder behöver praktiserande terapeuter och kliniska verksamheter också arbeta utifrån kriterier om evidensbaserad praktik i en strävan om ett gott behandlingsutfall för patienter. Det blir vidare problematiskt med bedömningar kring metodens effektivitet och jämförelser mellan olika behandlingskomponenter när vi enbart tittar på resultat av behandlingsutfallen från olika psykometriska instrument. Instrument som används som utfallsmått på den behandling som ges till barn och unga säger ofta väldigt lite om hur verkligheten och barn och ungdomars egentliga mående är. Utfallet på behandlingen och identifiering av effektiva behandlingsmetoder borde också bedömas utifrån hur välmående och välfungerande hela systemet runt barnet ser ut efter behandlingsinsatser.

Referenser

- Amaya-Jackson, L., & De la Rosa, R. R. (2007). Treatment considerations for clinicians in applying evidence-based practice to complex presentations in child trauma. *Journal of Traumatic Stress, 20*, 379-390.
- Broberg, A., Almqvist, L., Axberg, U., Almqvist, K., Cater, Å., & Eriksson, M. (2011) *Stöd till barn som bevittnat våld mot mamma. Resultat från en nationell utvärdering*. Göteborgs Universitet i samarbete med Karlstads Universitet, Uppsala Universitet och Örebro Universitet.
- Broberg, A., Almqvist, K., Appell, P., Axberg, U., Cater, Å., Draxler, H., Eriksson, M., Grip, K., Hjärthag, F., Hultmann, O., Iversen, C., & Röbbäck de Souza, K. (2015). *Utveckling av bedömningsinstrument och stödinsatser för våldsutsatta barn*. Göteborg: Socialstyrelsen.
- Broberg, A., Hultmann, O., & Axberg U. (2016). *Förekomst bedömning och behandling inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) av patienter som utsatts för våld i familjen*. Göteborgs universitet: Psykologiska institutionen.
- Broberg, A., & Hultmann, O. (2011). Project plan. Assessment and treatment in child- and adolescent psychiatry for children subjected to violence in their families – A randomized controlled study. University of Gothenburg: Department of Psychology.
- BUP Gamlestaden (2013). *Flyktingbarnteamet Göteborg*. Hämtad 26 april, 2016 från <http://epi.vgregion.se/upload/Läkemedel/Läkemedelskommittén/Mötesanteckningar/130412%20Flyktingbarnteamet%20BHV.pdf>
- Chambles, D. L., & Hollon, S. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 7-18.
- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Johnson, S. B., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, H. S., Daiuto, A., Derubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D. A. F., McCurry, S., Mueser, K. T., Stickle, T., Williams, D. A., & Woody, S. R. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist, 49*, 5-18.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2:a upplagan)*. Hillsdale, N.J: L. Erlbaum Associates.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2008). Trauma-focused cognitive behavioural therapy for children and parents. *Child and Adolescent Mental Health, 13*, 158-162.
- Comer, J. S., Kendall, P.C. (2013). Methodology, design and evaluation in psychotherapy research. I M. J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th edition) (ss. 21-48). New York: Wiley.
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J. S., Beck, A. T., Carroll, K., Perry, K., Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., Thompson, L., Gallagher, D., & Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research, 1*, 81-91.
- Diehle, J., Opmeer, B. C., Boer, F., Mannarino, A. P., & Linauer R. J. L. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: what works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. *Europe Child Adolescent Psychiatry, 24*, 227-236.

- Eriksson, M., Biller, H., & Balkmar, D. (2006). *Mäns våldsutövande- barns upplevelser. En kartläggning av interventioner, kunskap och utvecklingsbehov*. Stockholm: Näringsdepartementet.
- Friberg, M. (2013). EMDR- Eye Movement Desensitization and Reprocessing. I A. Gerge (red.), *Vad har du varit med om? PTSD och dissociation hos barn och unga: förekomst, diagnostik och behandling* (ss. 196-203). Vaxholm: Insidan Förlag.
- Fonagy, P., Target, M., Cottrell, D., Phillips, J., & Kurtz, Z. (2002). *What Works for Whom? A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Gilbert, R., Spatz Widom, C., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Jansson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high- income countries. *Lancet* 2009, 373, 68-81.
- Göteborgs stad: Social resurserförvaltning. (2014). *Skillnader i livsvillkor och hälsa i Göteborg*.
- Hellsten, M. (2014). Beskrivning av en process vid införande av forskning/implementering av nya behandlingsmetoder på en barnpsykiatrisk mottagning i Göteborg. BUP-mottagning Gamlestaden. Göteborg
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D., Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children- present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 980-988.
- King, N. J., Tonge, B. J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., Martin, R., & Ollendick, T. H. (2000). Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: A randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 1347-1355.
- Lanktree, C.B., Gilbert, A.M., Briere, J., Taylor, N., Chen, K., Maida, C.A., & Saltzman, W.R. (2008). Multi-informant assessment of maltreated children: Convergent and discriminant validity of the TSCC and TSCYC. *Child Abuse and Neglect*, 32, 621-625.
- Leeb, R. T., Paulozzi, L., Melanson, C., Simon, T., & Arias, I. (2008). Child maltreatment surveillance. Uniform definitions for public health and recommended data elements. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.
- Leykin Y., & DeRubies, R. J. (2009). Allergiance in psychotherapy outcome research: Separating association from bias. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 54-65.
- Lindell, C., & Svedin, C. G. (2005). Mental health services provided for physically abused children in Sweden. A 4-year follow- up of child and adolescent psychiatric charts. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 179-185.
- Luborsky, L., Diguier, L., & Luborsky, S. (1975). Comparative studies of psychotherapies. Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Nilsson, D. K., Svedin, C. G., & Gustafsson, P. E. (2010). Self-reported potentially traumatic life events and symptoms of post-traumatic stress and dissociation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64, 19-26
- Ramirez de Arellano, M. A., Lyman, R., Jobe-Shields, George, P., L., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Shoma Ghose, S., Huang, L., & Delphin-Rittmon, M. E.

- (2014). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents: Assessing the Evidence. *Psychiatric Services*, 65, 591-602.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71.
- 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, 156-183.
- Spielmans, G. I., Gatlin, E. T., & McFall, J. P. (2009). The efficacy of evidence-based psychotherapies versus usual care for youths: Controlling confounds in a meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 20, 234-246.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., McCoy, S. B., & Sugarman, D. D (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and Preliminary Psychometric Data. *Journal of Family Issues*, 17, 283-316.
- Shapiro, F., & Solomon, R. M. (2008). EMDR and The Adaptive Information Processing Model. Potential mechanisms of change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 315-325.
- SOU (2001:72). *Barnmisshandel- Att förebygga och åtgärda*. Slutbetänkande. (SOU 2001:72). Stockholm: Allmänna Förlaget.
- Tinker, R. G., & Wilson, S. A. (1999). *Through the eyes of a child*. New York: Norton Publications.
- Wilson, G. T., Wilfrey, D. E., Agras, S. W., & Bryson, S. W. (2011). Allegiance bias and Therapist Effects: Results of a randomized controlled trial of binge eating disorder. *Clinical Psychology*, 18, 119-125.
- Öst, L.G. (2012). Forskningsdesigner. I: K. Sundell (red.), *Att göra effektutvärderingar* (ss. 91-140). Stockholm: Gothia Förlag.