RAPPORT

KUNSKAPSÖVERSIKT

om stöd och behandling för barn som utsatts för sexuella övergrepp och fysisk misshandel.

Doris Nilsson & Carl Göran Svedin 2017

Stiftelsen Allmänna Barnhuset

Barnafrid
Nationellt kunskapscentrum

LINKÖPINGS UNIVERSITET

Innehåll

1. Bakgrund till kunskapssammanställningen ... 4
1.1. Uppdraget ... 4
1.2. Begrepp ... 4
1.3. Struktur ... 5

2. Screening och bedömning ... 7
2.1. Tillvägagångssätt ... 7
2.3. Sammanfattning och rekommendation ... 19

3. Tidig intervention (stöd och kris) ... 21
3.1. Tillvägagångssätt ... 21
3.2. Resultat ... 22
3.3. Avslutande slutsatser och kommentar ... 26

4. Behandling ... 27
4.1. Tillvägagångssätt ... 27
4.2. Resultat ... 27
4.3. California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare's (CEBC) bedömning av interventioner ... 37
4.4. Beskrivning av fem terapier som ges i Sverige ... 39

5. Sammanfattning ... 45

6. Litteratur ... 48

7. Bilagor ... 53

KUNSKAPSÖVERSIKT OM STÖD OCH BEHANDLING FÖR BARN SOM UTSATTS FÖR SEXUELLA ÖVERGREPP OCH FYSISK MISSHANDEL
Doris Nilsson & Carl Göran Svedin, Barnafrid Linköpings universitet
ISBN: 978-91-86759-31-5
Stiftelsen Allmänna Barnhuset, Stockholm 2017
Andra upplagan – rättad 2018
Grafisk formgivning: Anso Form & Produktion

Förord

Alla barn och ungdomar som kommer till myndigheters kännedom efter att ha utsatts för våld eller sexuella övergrepp har rätt till en bedömning. De som bedöms ha behov av stöd eller behandling ska erbjudas det och de insatser som erbjuds ska vara av bästa tillgängliga kvalitet.

Det är många olika verksamheter och myndigheter som har uppdrag att hjälpa utsatta barn till återhämtning och rehabilitering; socialtjänstens egna utredare och behandlare, privata utförare av socialtjänstens uppdrag, hälso- och sjukvårdens offentliga och privata vårdgivare, ideella organisationer och andra privata stödverksamheter.

Denna efterlängtade översikt täcker tre stora kunskapsområden som vanligtvis behandlas var för sig, men som verkligen hänger ihop för de barn och ungdomar som söker hjälp efter sexuella övergrepp eller våld:
– Hur ska de som tar emot barnet ställa rätt frågor och bedöma vad barnet behöver för hjälp?
– Vilka typer av krisstöd och tidiga interventioner finns, hur bra är de och när ska de användas?
– Vilka behandlingsmetoder kan användas för de som utvecklar mer långvarig psykisk ohälsa?

Barnet passerar ofta flera verksamheter och möter personal med olika professioner och uppdrag. Stöd och kris hanteras främst av socialtjänst eller stödorganisationer, längre behandling ges framför allt inom hälso- och sjukvård. Regelverk, riktlinjer och kunskapsunderlag skiljer sig åt. Inte sällan gör en verksamhet bedömningar av något som barnet får gå till en annan verksamhet för att få hjälp med. Denna kunskapsöversikt kan förhoppningsvis utgöra en gemensam kunskapsbas och underlätta kommunikation och samverkan i hela den kedja av stöd och vård som utsatta barn och deras familjer kan komma att behöva.

Forskningsunderlaget är mindre än för många andra grupper inom samhälls- och sjukvård, vilket har gjort författarnas uppdrag utmanande. Kunskapsläget skiljer sig dessutom åt mellan de tre områdena. Det finns förvånansvärt få studier om krisstöd och tidiga interventioner efter våld och sexuella övergrepp. Där finns ett stort behov av mer forskning.

Det är viktigt att påminna om att alla behandlingsinsatser är beroende av att barnet är skyddat och att alla som ska delta i behandlingen behöver vara motiverade att ta emot hjälp. Att det finns resurser, rutiner och arbetsmodeller för skydd, information och motivation är en förutsättning för att stödinsatser och behandling ska få effekt.

Stockholm, november 2017
Cecilia Sjölander
generalsekreterare Stiftelsen Allmänna Barnhuset

1. Bakgrund till kunskapssammanställningen

1.1. Uppdraget

Regeringens barnrättspolitik utgår från barnets rättigheter såsom de uttrycks i FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen). Det övergripande målet för barnrättspolitiken är att barn och unga ska respekteras och ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande. Strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige (prop. 2009/10:232) ska vara ett verktyg i arbetet med handlingsplanen.

Regeringen anser att det är angeläget att alla barn som utsatts för sexuella övergrepp, sexuellt våld eller annat fysiskt våld har rätt till en bedömning, insatser och eftervård av god kvalitet oavsett var i landet barnet bor. Stiftelsen Allmänna Barnhuset menar, liksom Rädda Barnen och Linköpings Universitet (Landberg & Svedin, 2013), att det finns stora brister samt stora behov av att utveckla detta arbete.

Stiftelsen Allmänna Barnhuset ansökte om att få utveckla en modell för stöd och behandling för barn som utsatts för sexuella övergrepp och fysiskt våld. Regeringen beslutade Dnr S2016/03695/FST (delvis) att ge Stiftelsen Allmänna Barnhuset medel för att utveckla en sådan modell.

I uppdraget understryks att modellen för stöd och behandling ska innehålla information till barn och föräldrar, en fungerande vårdkedja samt möjlighet för barn och föräldrar att söka och få stöd och behandling när behov uppstår exempelvis efter avslutad rättsprocess eller när symtom uppstår. Resultaten från den tidigare kunskapsöversikten om barn med funktionsnedsättnings utsatthet för våld och andra kränkningar (Svedin, Jonsson & Landberg, 2016) bör också beaktas i projektet. Projektet ska även ha ett uttalat jämställdhetsperspektiv och hbtq-perspektiv. Såväl utsatthet för sexuella övergrepp, våld och sexuell exploatering som tillgången till och behovet av insatser ser olika ut för flickor, pojkar respektive barn från hbtq-gruppen.

Denna del av projektet utgör en inledande kunskapsöversikt. Kunskapsöversikten har gjorts i samarbete med Barnafrid, professor Carl Göran Svedin och biträdande professor Doris Nilsson.

I uppdraget anges att kunskapsöversikten ska innefatta:

- identifiera metoder för screening och bedömning
- stöd och behandlingsformer för barn som utsatts för sexuella övergrepp, sexuellt våld eller annat fysiskt våld (internationellt)
- vilka stöd och behandlingsformer har hög, medelhög eller acceptabel evidens
- vilka metoder finns tillgängliga i Sverige

Kunskapssammanställningen ska även innefatta stöd och behandling för barn med funktionsnedsättning, hbtq personer samt flickors och pojkars behov.

1.2. Begrepp

I uppdraget definieras inte begreppen screening och bedömning eller vilka typer av stöd och behandling som uppdraget ska omfatta men som utgångspunkt har vi använt följande definitioner:

BARN: Enligt FN:s barnkonvention ”UN Convention on the Rights of the Child (1989) är alla människor barn upp till 18 års ålder. Vi använder genomgående barn eller elev i texten för människor under 18 år.

VÅLD MOT BARN: FN:s barnrättskommitté (2011) tillämpar en vid definition av våld som innefattar alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försummelse, misshandel eller utnyttjande, däribland sexuella övergrepp.

Kunskapsöversikten koncentrerar sig på fysisk barnmisshandel och sexuella övergrepp mot barn. Psykisk misshandel i form av barn som upplever/bevittnar våld mot en förälder omnämns endast då det förekommer i de texterna som refereras.

TRAUMA: Vi följer den tidiga definitionen, som gavs av van der Kolk (1996), att ett trauma är ”En extremt påfrestande händelse som inte kan undflys eller hanteras av individens tillgängliga resurser”.

SCREENING: Med screening (sållningsundersökningar)

avses undersökningar av individer i en population i syfte att kartlägga förekomsten av ett problem, i denna kunskapsöversikt förekomsten av fysisk misshandel, sexuella övergrepp eller andra våldshandlingar mot barn (traumainstrument) och/eller förekomsten av symtom (symtominstrument) hos barnen.

Avsikten med screening är att hitta ett problem hos befolkningen så tidigt att det med stöd behandlingsmetoder går att minska risken för psykisk ohälsa och lidande.

BEDÖMNING: Bedömning avser en process där man samlar in och värderar information som kan ligga till grund för olika typer av beslut såsom stöd och behandling.

STÖD: Psykologiskt och socialt stöd ges för att underlätta bearbetningen så att problemen efter en traumatisk händelse inte behöver bli så svåra och minska behovet av senare behandling.

Centrala ingredienser i stödet är ofta förståelse, lugn och saklig information samt aktivering av det sociala nätverket, familjen och kamrater då de representerar den trygga vardagen.

BEHANDLING: Psykologisk behandling är ett samlingsbegrepp för många olika behandlingsmetoder som är grundade på psykologisk vetenskap och vars syfte är att lindra och bota psykiska symtom och psykisk ohälsa. Precis som i alla former av vård och behandling måste behandlingen anpassas till de behov som barnet har.

REVIEW STUDIE: Systematisk litteraturgenomgång av publicerade data. En systematisk översikt av publicerade studier. I förväg uppsatta kriterier för vilka studier som skall inkluderas. Kvalitetsgranskning av studierna är allt mer vanligt (och viktigt).

METAANALYTISK STUDIE: Metaanalys av publicerade data. En systematisk och kvalitativ översikt av publicerade studier. En “studie av studier”. För att en studie skall kallas metaanalys krävs en statistisk analys där resultaten från de olika studierna kombineras.

1.3. Struktur

Kunskapssammanställningen redovisas i tre avsnitt i enlighet med uppdraget nämligen screening/bedömning, tidig intervention (stöd och kris) samt behandling. I varje avsnitt beskrivs tillvägagångssätt, resultat av litteratursökningar, beskrivningar av validerade metoder eller evidensbaserade behandlingar samt om dessa finns tillgängliga på svenska. Där det finns information om metodens tillämplighet och utformning för flickor, pojkar eller t.ex. hbtq personer redovisas även det. Varje avsnitt avslutas med författarnas bedömning, rekommendation och syn på framtida utvecklingsbehov.

2. Screening och bedömning

Många barn utsätts för potentiellt traumatiska händelser. Dessa kan vara interpersonella (som t.ex. fysisk misshandel), icke interpersonella (som t.ex. naturkatastrofer), eller andra svåra livsomständigheter som t.ex. mobbing, känslomässig misshandel och att växa upp i familjer med missbruk eller sjukdom. Alla barn utvecklar inte psykisk ohälsa eller beteendeproblem i efterförloppet såsom t.ex. posttraumatisk stress, ångest och depression. I en metaanalys av 72 studier fann man att nästan 16 procent av traumaexponerade barn och unga fick ett kvarstående posttraumatiskt stresssyndrom (Alisic et al., 2014). Liknande siffror redovisar Kassam-Adams och medarbetare (2011) där 15–20 procent av de som råkar ut för skador som behöver akut omhändertagande (inte minst trafikolyckor) utvecklar stadigvarande posttraumatisk stress (Kassam-Adams et al, 2011). För många barn får olika typer av barnmisshandel, som t.ex. sexuella övergrepp (Kendall-Tackett, 1993) och fysisk barnmisshandel (Annerbäck, 2012), förödande konsekvenser under uppväxten men även i vuxen ålder och i ett livsperspektiv (Felitti et al., 1998).

För att kunna göra en bedömning av vilka barn och ungdomar som har behov av stöd, krisbearbetning och längre tids behandling behövs reliabla och valida bedömningsinstrument för ändamålet. Dels behövs traumaformulär som på ett mer eller mindre omfattande sätt försöker kartlägga vad ett barn varit med om. Dels behövs det symtomformulär som mäter barns psykiska hälsa och anpassning. Mätinstrumenten kan ofta vara självsvarsformulär, när det gäller mindre barn föräldrasvarsformulär eller klinikeradministrerade formulär. Det finns för och nackdelar med alla sätten. I detta sammanhang är det värt att nämna att även den kliniska intervjun är viktig, men standardiserade instrument utgör en vital del då de ger möjlighet att jämföra graden av symtombelastning mellan olika grupper och över tid samt att det i den kliniska intervjun kan vara lätt att förbise något.

I den följande översikten försöker vi både beskriva vilka instrument som finns, respektive instruments användningsområde, hur väl underbyggda de är med kvalitetsstudier (psykometri) samt om instrumenten finns tillgängliga, översatta och använda i Sverige.

2.1. Tillvägagångssätt

Vi har för denna undersökning följt The Cochrane Handbook for systematic Review of Interventions *http://handbook.Cochrane.org* vilket även är socialstyrelsens rekommendation för kunskapsöversikter *www.kunskapsguiden.se/aldre/Webb-utbildningar/Sidor/Systematiskt-oversiktsarbete-och-evidensgradering-med-GRADE.aspx*

2.1.1. Sökord

Review förfrågan – Screening och bedömning av trauma: screening, assessment, tools.
Deltagare: children and adolescents, symptoms after trauma, sexual abuse, physical abuse, PTSD, dissociation.
Typ av undersökning: review (med och utan).
Publiceringsperiod: 2000-2016.

2.1.2. Sökta databaser

De olika databaserna PsychINFO, Pubmed, Scopus, ProQuest söktes med ovanstående sökord. Sökningen resulterade i 5 reviewartiklar. I databasen ProQuest finns en databas PILOTS (Published International Litterature on Traumatic Stress, som sköts av National Center for PTSD i USA), som enbart publicerar artiklar som handlar om posttraumatisk stress, återfanns 109 artiklar, varav 20 bedömdes som relevanta artiklar, samt två bokkapitel.

Utöver dessa sökvägar så undersöktes F-banken och ISTSS's (International Society for Traumatic Stress Studies) hemsida. Sökningen kompletterades avslutningsvis med manuella sökningar

2.2. Resultat

I denna redovisning görs först en kortfattad summering av respektive översiktsartikel samt de två bokkapitlen (March, De Young, Doe & Kenardy, 2012; Ford, Nader & Fletcher, 2013). En översiktsartikel återkom i samtliga databaser (Strand, Sarmiento & Pasquale, 2005) medan de fem övriga översiktsartiklarna spreds över databaserna (Ohan, Myers, & Collett, 2002; Diseth & Christie, 2005; Milne & Collin-Vézina, 2015; Leigh, Yule, & Smith, 2016; Denton, Frogley, Jackson, John, & Querstret, 2017).

Vi har medvetet uteslutit allmänna symtomformulär som inte har delskalor som mäter posttraumatisk stress, posttraumatiskt stressyndrom, dissociation eller sexuella beteendeproblem. Generella formulär med sådana delskalor redovisas separat, liksom kliniska intervjuer.

Av de sex översiktsartiklarna är två baserade på redovisade sökord och sökår (Diseth & Christie, 2005 och Denton, Frogley, Jackson, John, & Querstret, 2017) medan de fyra övriga inte i detalj redovisar hur inkluderade instrument selekterats.

Ohan, Myers och Collett (2002) genomförde 2002 en översikt över traumarelaterade artiklar som beskrev skattningsskalor för trauma och traumas effekter. De artiklar som granskades var artiklar som då publicerats under de senaste 25 åren, med fokus på de sista 10 åren. I översiktsartikeln redovisas 15 olika instrument (Bilaga 1).

Strand, Sarmiento och Pasquale publicerade 2005 en översikt över bedömnings och screeningsinstrument för trauma bland barn och tonåringar (Strand, Sarmiento & Pasquale, 2005). De delade in instrumenten i fyra kategorier: de som mäter såväl traumaförekomst som symtom på trauma, de som bara mäter förekomst av utsatthet för trauma (traumaformulär), de som bara mäter enskilda symtom på trauma fr.a. PTSD och dissociation och slutligen de som mäter multipla symtom (symtomformulär). De redovisar också Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA-C och CAPA-P) som innehåller delskalor om trauma och PTSD.

Diseth och Cristies översikt från 2005 (Diseth & Christie, 2005) täckte perioden 1993–2003 och fokuserade i huvudsak på dissociation och publikationer om screening och bedömningsinstrument som vid den tiden fanns tillgängliga i de nordiska länderna. Detta resulterade i fyra instrument för dissociation, två diagnostiska intervjuer samt två traumasymtomformulär. De skriver också att flera frågor (items) i välkända formulär, såsom Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) och Teacher's Report Form (TRF), som kan predicera dissociativa symtom.

Milne och Collin-Vézina (2015) gjorde en sammanställning (ej baserad på redovisad litteratursökning) på instrument som de ansåg var lämpliga att använda för att mäta traumatisering i socialtjänstens utredningar och för placerade barn. De redovisade 9 instrument (två för att mäta traumautsatthet och sex för att mäta traumarelaterade symtom, samt ett som mäter såväl traumaerfarenheter som symtom). Endast två av de traumarelaterade instrumenten redovisas här då de andra i huvudsak mäter allmänna symtom som t.ex. Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ, Goodman, 1997).

Leigh, Yule och Smith (2016) gjorde en sammanställning av de screeninginstrument som var tillgängliga (ej baserad på redovisad litteratursökning) för att mäta post traumatic stress disorder (Leigh, Yule & Smith, 2016). Fyra instrument redovisades för åldersgruppen upp till och med 6 års ålder och 15 för åldersgruppen 7 år och äldre.

I den sjätte översikten genomförde Denton, Frogley, Jackson, John och Querstret (2017) en systematisk översikt angående bedömningsinstrument för utvecklingstrauma baserad på publicerade artiklar under perioden 2004-2015. Tjugonio olika bedömningsinstrument återfanns varav 10 mätte allmän hälsa, 7 PTSD och 11 som mätte traumasymtom vid sidan av eller tillsammans med PTSD. I denna översikt redovisas endast 2 av de som mätte allmän hälsa då de har bäring på barn och ungdomars sexualitet nämligen; CSBI och ACSBI.

De två bokkapitlen av March, S., De Young, A., Dow, B., & Kenardy, J. (2012) respektive Ford, J.D., Nader, K., & Fletcher, K.E. (2013), som båda är skrivna av välrenommerade forskare, tar upp vikten av noggranna bedömningar eftersom obearbetade traumareaktioner ofta är associerade med långvariga psykologiska svårigheter och utvecklingsproblem. March et al. (2012) tar i stort sett upp de instrument som redan är beskrivna. De använder dock ordet screening för mycket korta formulär på 7-10 frågor medan de använder bedömning när de talar om längre ofta använda instrument instrument (DIS-Q, TSCC osv). Ford et al (2013) nämner också samma instrument som tidigare beskrivits och understryker vikten av att strukturera utredningarna i form av: 1) trauma historik, 2) att mäta dysregulering, som man i senare forskning funnit vara mycket viktigt och en stor svårighet vid upplevt trauma, samt även skam och skuld samt 3) att även mäta resiliens.

I bilaga 1 har vi valt göra en jämförelse mellan de olika översiktsartiklarna för att se vilka som återkommer i de olika sökningarna. Man ska då komma ihåg att de ingående översikterna har genomförts på olika sätt med olika frågeställningar och avgränsningar. Att en del instrument återkommer över en tioårsperiod är något som vi har ansett som en styrka och talar för instrumentets användbarhet. Under rubriken Annat finns instrument som sökts via hemsidor som t.ex. The National Child Traumtic Stress Network (www.nctsnet.org), National Center for PTSD (www.ptsd.va.gov) och andra källor.

Av bilaga 1 framgår också att de flesta instrumenten konstruerades före milleniumskiftet men sedan har fortsatt att bearbetats och utvecklats vanligtvis för att göra dem kortare t.ex. SDQ-5 eller anpassats efter DSM-systemets utveckling t.ex. (UCLA CPTSD-RI).

2.2.1. Självsvarsformulär

I bilaga 2 görs en kortfattad beskrivning av de ingående instrumenten utifrån vad de mäter (traumahistorik eller symtom på posttraumatisk ohälsa), vem som fyller i formuläret (barnet själv, en förälder eller någon annan), hur omfattande formuläret är (antal frågor och tid) om det finns psykometrisk information internationellt eller baserat på svenska studier samt om formuläret finns översatt till svenska (alternativt nordiska språk).

Bilaga 2 omfattar 42 instrument varav 10 huvudsakligen är traumaformulär. Resterande är i huvudsak symtomformulär med eller utan en inledning av traumabeskrivning. CATS är dock ett formulär som mäter både potentiellt traumatiserande händelser (15 st) och symtom enligt PTSD. Åtminstone 15 av instrumenten/formulären är översatta till svenska. Dessa presenteras nedan.

2.2.1.1 Traumaformulär

CTQ, Childhood Trauma Questionnaire
utvecklades av David Bernstein och Laura Fink (1998) vid Fordham University i New York. CTQ som ursprungligen bestod av 70 frågor och kom senare att reduceras till 28 frågor (CTQ-SF) (Bernstein et al, 2003). CTQ-SF används för att identifiera olika former av övergrepp och försummelser i barndomen i fem kliniska skalor. På så sätt bedöms dels olika former av övergrepp, dels allvarlighetsgraden i dem.

CTQ-SF formuläret är översatt till svenska och psykometriska egenskaper finns presenterade i en artikel av Gerdner & Allgulander (2009). Någon publicerad undersökning med svenska barn och ungdomar har inte återfunnits. Kort beskrivning:

ANTAL FRÅGOR: 28 huvudfrågor uppdelade på fem kliniska delskalor; Känslomässiga övergrepp, Fysiska övergrepp, Sexuella övergrepp, Känslomässig försummelse och Fysisk försummelse. Varje skala består av fem påståenden och individen tar ställning till hur vanligt förekommande det som beskrivs var under uppväxten på en femgradig skala. Ytterligare en skala, en validitetsskala, är konstruerad för att upptäcka eventuell Minimering/Förnekelse av problem under uppväxten. Den skalan omfattar tre påståenden.

ÅLDER: 12 –

TIDSÅTGÅNG: Ungefär 5 – 10 minuter att fylla i och kan göras såväl individuellt som i grupp.

PSYKOMETRI: Finns endast rapporterad på vuxenmaterial (normalpopulation samt fem kliniska grupper) och motsvarar data från de amerikanska originalstudierna.

INTERN KONSISTENS: Chronbachs alfa: 0.65-0.95 på de fem delskalorna och 0.92 på totalskalan över 7 olika svenska populationer, motsvarande god-utmärkt utom på skalan fysisk omsorgssvikt som var tillfredställande (0.65).

DISKRIMINERANDE VALIDITET: 67.1 procent av fallen kunde rätt klassificeras som kliniska och icke kliniska fall.

Faktorstrukturen stödjer begreppsvaliditeten för den globala misshandelsskalan och fyra av de fem underskalorna (Känslomässig misshandel, Fysisk misshandel, Sexuella övergrepp och Känslomässig omsorgssvikt) men inte Fysisk försummelse.

TILLGÅNG: Kan beställas mot kostnad från Paerson Assessment (pearsonassessment.se).

BEHÖRIGHET: Leg. läkare, Leg. psykolog

SVENSKA PUBLIKATIONER: Gerdner, A. & Allgulander, C. (2009). Psychometric properties of the Swedish version of the Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-SF). Nordic Journal of Psychiatry, 63(2), 160-170.

KOMMENTAR: Behöver utvärderas för barn och ungdomar. Kostar att använda och har begränsad användarbehörighet.

JVQ, Juvenile Victimization Questionnaire
är ett traumaformulär som utvecklades av gruppen kring David Finkelhor vid Crimes Against Children Research Center, University of New Hampshire i USA. Formuläret är grunden för en strukturerad intervju (även telefonintervju) och det ursprungliga formuläret har 34 frågor inom fem domäner: konventionellt våld och brott (ex. rån, stöld, överfall), barnmisshandel (fysiskt våld, psykiskt våld, försummelse, vårdnadskonflikt), utsatthet från jämnårig och syskon (ex. överfall, mobbing), sexuellt våld/ofredande, samt bevittnande och indirekt utsatthet för våld och brott. Formuläret har också utvecklats till ett självsvarsformulär JVQ-SAQ (self-administered questionnaire) (Finkelhor, Hamby, Ormrod & Turner, 2005) som är det som översatts och använts i Sverige. Den svenska versionen har endast 33 frågor. Detta beor på att lagstiftningen ser annorlunda ut i Sverige jämfört med USA när det gäller frivillig sex mellan undomar i åldersgruppen 15-18 år, varför en fråga utelutits.

Utöver de två ovanstående versionerna finns det också en version för vuxna (retrospektiva data) samt en föräldraversion. JVQ har senare kommit med en reviderad version JVQ-R2 där ytterligare frågor om bevittnat våld i familjen omsorgssvikt och relationsvåld adderats (Finkelhor, D., Hamby, S., Turner, H., & Ormrod, R. (2011). The Juvenile Victimization Questionnaire: 2nd Revision (JVQ-R2). Durham, NH: Crimes Against Children Research Center).

JVQ vänder sig till barn 8-17 år (intervju) medan självsvarsformuläret SAQ är avsett för barn 12-17år.

Den tillgängliga svenska versionen av SAQ är med tillstånd från David Finkelhor översatt av Lindell, S., Danielsson, M., & Svedin CG, avd. för Barn och ungdomspsykiatri, Hälsouniversitetet i Linköping, Sverige, 060331.

ANTAL FRÅGOR: 33 huvudfrågor med följdfrågor. Huvudfrågorna uppdelade i fem domäner: konventionellt våld och brott (8 frågor), barnmisshandel (4 frågor), utsatthet från jämnårig och syskon (6 frågor), sexuellt våld/ofredande (6 frågor), samt bevittnande och indirekt utsatthet för våld och brott (9 frågor). Varje fråga följs av hur ofta det inträffat och om det hänt under det senaste året.

ÅLDER: 12–17.

TIDSÅTGÅNG: Ungefär 30 minuter att fylla i och kan göras såväl individuellt som i grupp.

TILLGÅNG: Fri att använda och den svenska översättningen av SAQ kan fås via Barnafrids hemsida, www.barnafrid.se, utan kostnad.

BEHÖRIGHET: Inga restriktioner

PSYKOMETRI: Saknas generellt på svenska materialen men Intern konsistens i form av Chronbachs alfa: 0.51-0.66 på de fem domänerna och 0.83 på totalskalan finns redovisat (Aho, Proczkowska Björklund, & Svedin, (2016). De amerikanska psykometriska studierna (Finkelhor, Hamby, Ormrod & Turner, 2005) visar:

INTERN KONSISTENS: Chronbachs alfa varierade över de fem domänerna α = 0.35–0.64 och 0.80 på totalskalan.

TEST-RETEST RELIABILITET: visade 95% överensstämmelse med Pearson's r = 0.59 och Cohen's kappa för enskilda frågor varierade mellan 0.22 och 1.0 med ett medelvärde på 0.63.

BEGREPPSVALIDITETEN: studerades med att jämföra TSCC som mäter traumasymtom och JVQ. Moderata men signifikanta korrelationer kunde ses mellan JVQ och traumasymtom för alla fem domänerna (Pearson's r= 0.14–0.35).

SVENSKA PUBLIKATIONER: Gren-Landell, M., Aho, N., Andersson, G., & Svedin, CG. (2011). Social anxiety disorder and victimization in a community sample of adolescents. Journal of Adolescence, 34(3), 569-577.

Gren-Landell, M., Aho, N., Carlsson, E., Jones, A., & Svedin, C.G. (2013). Posttraumatic Stress Symptoms and Mental Health Utilization in Adolescents with Social Anxiety Disorder and Experiences of Victimization. European Child & Adolescent Psychiatry. Eur Child Adolesc Psychiatry, 22(3), 177-84.

Aho, N., Gren-Landell, M., & Svedin, C.G. (2016). The Prevalence of Potentially Victimizing Events, Poly-Victimization, and Its Association to Sociodemographic Factors: A Swedish Youth Survey. J Interpers Violence, 31(4), 620-51.

Aho, N., Proczkowska Björklund, M., & Svedin, C.G. (2016). Victimization, poly-victimization, and health in Swedish adolescents. Adolesc Health Med Ther., 26(7), 89-99.

KOMMENTAR: Mycket bra och heltäckande, men långt. Är gratis att använda.

✪ LITE, Life Incidence of Traumatic Events© Ricky Greenwald är ett traumaformulär som utvecklades 1999 av Ricky Greenwald vid Trauma Institute & Child Trauma Institute, Northampton, USA. Det kan beskrivas som ett kort screeninginstrument (16 frågor) för att användas inom en rad olika kliniska och vardagliga verksamhetsområden inklusive barn och ungdomspsykiatri, skolor och barn- och ungdomssjukvård. LITE finns i två versioner en för barn och ungdom (LITE-S) samt en föräldraversion (LITE-P).

Den tillgängliga svenska versionen av LITE är med tillstånd från Ricky Greenwald översatt av IngBeth Larsson, Linköpings Universitet och BUP-Elefanten i Linköping, Sverige, 2003. Kort beskrivning:

ANTAL FRÅGOR: 16 huvudfrågor med följdfrågor. Frågorna mäter interpersonella händelser (IPE) och icke interpersonella händelser (nIPE). Följdfrågor utifrån varje typ av händelse: hur ofta, ålder vid första händelse, hur barnet upplevde det när det hände och hur mycket det besvärar vid screeningstillfället.

ÅLDER: 8 – 18.

TIDSÅTGÅNG: Ungefär 10 minuter att fylla i och kan göras såväl individuellt som i grupp.

VERSIONER: Finns för barn och ungdom (LITE-S) samt föräldrar (LITE-P).

TILLGÅNG: Ricky Greenwald, Child Trauma Institute www.childtrauma.com (har även de svenska formulären). Initialt: svenska formulär LITE-S och LITE-F, via hemsidan ovan. Fortsatt användning: Ingen kostnad (fritt att kopiera).

BEHÖRIGHET: Inga restriktioner.

TEST-RETEST RELIABILITET: visade Pearson's r = 0.76 och Cohen's kappa för enskilda frågor varierade mellan 0.33 och 0.86.

BEGREPPSVALIDITET: Sjuttiofem procent av LITE frågorna var relaterade till signifikanta skillnader på symtomnivåer mellan utsatta och icke utsatta barn (mätt med totalpoängen på TSCC). De flesta av dem gällde icke interpersonella händelser (IPE).

SVENSKA PUBLIKATIONER: Gustafsson, P.E., Nilsson, D., & Svedin, C.G. (2009). Polytraumatization and psycholo-

gical symptoms in children and adolescents. European Child & Adolescent Psychiatry, 18, 274-283.

Nilsson, D., Gustafsson, P.E., & Svedin, C.G. (2010). Self-reported potentially traumatic life events and symptoms of posttraumatic stress and dissociation. Nordic Journal of Psychiatry, 64, 19-26.

Tingskull, S., Svedin, C.G., Agnafors, S., deKeyser, L., Sydsjö. G., & Nilsson, D. (2015). Parent and Child Agreement on Experience of Potential Traumatic Events. Child Abuse Review, 24, 170-185.

KOMMENTAR: Bra och kort. Är gratis att använda.

✪ LYLES, Linköping Youth Life Experience Scale är ett traumaformulär som utvecklats från LITE av Gustafsson, Nilsson & Svedin (2008). Formuläret gör en tydligare uppdelning gällande om man själv varit med om en händelse, om man bevittnat den och om någon viktig person (inom eller utanför familjen) varit med om den beskrivna händelsen. Av de 23 huvudfrågornas 41 följdfrågor mäter 18 icke interpersonella händelser (nIPE, t.ex. bilolycka), 13 interpersonella (IPE) samt 10 tar upp olika livssituationer ett barn kan leva i (ACC, t.ex. psykisk ohälsa i familjen). Kort beskrivning:

ANTAL FRÅGOR: 23 huvudfrågor med sammanlagt 41 följdfrågor. Varje fråga besvaras med ja eller nej samt hur många gånger det skett.

ÅLDER: 8–18.

TIDSÅTGÅNG: Ungefär 15 minuter att fylla i och kan göras såväl individuellt som i grupp. Versioner: Finns för barn och ungdom (LYLES-Y) samt föräldrar (LYLES-P).

TILLGÅNG: Fri att använda och LYLES kan fås via Barnafrids hemsida, www.barnafrid.se, utan kostnad.

BEHÖRIGHET: Inga restriktioner.

PSYKOMETRI: Test-retest reliabilitet: Pearson's r = 0.79 angående händelser och 0.82 angående hur lång tid ACE hade förekommit. Cohen's kappa för enskilda frågor varierade mellan 0.44 och 1.0 (en fråga 0.19)

BEGREPPSVALIDITET: Flera trauma frågor var relaterade till signifikanta skillnader på symtomnivåer mellan utsatta och icke utsatta barn (mätt med totalpoängen på HAD och Dis-Q-Sweden). De flesta av dem gällde interpersonella händelser (IPE).

SVENSKA PUBLIKATIONER: Nilsson, D., Gustafsson, P.E., Larsson, J. & Svedin, CG. (2010). Evaluation of the Linkoping youth life experience scale. Journal of Nervous and Mental Disease, 198(19), 768-774.

Nilsson, D., Gustafsson P.E., & Svedin, C.G. (2012). Polytraumatization and Trauma Symptoms in Adolescent Boys and Girls: Interpersonal and Non-interpersonal Events and Moderating Effects of Adverse Family Circumstances. Journal of Interpersonal Violence, 27(13), 2645 - 2664.

Nilsson DK, Gustafsson PE, Svedin CG. (2012). Lifetime polytraumatization in adolescence and being a victim of bullying. J Nerv Ment Dis., 200(11), 954-61.

Zetterqvist, M., Lundh, L-G. & Svedin, C.G. (2014).A cross-sectional study of adolescent non-suicidal self-injury: support for a specific distress – function relationship. Child Adolesc Psychiatry Ment Health, 8,23.

KOMMENTAR: Bra, något längre än LITE men mer heltäckande.

Traumahändelser 23 - för ungdomar (fbanken.se) är ett formulär som utgått från LYLES. Förutom att det finns nya delfrågor i TR-23 och förklaringar till uttryck som varit svåra för ungdomar att förstå finns det efter varje fråga en ruta med "stör nu". Detta underlättar för kliniker att koppla ihop patientens traumasymtom med de traumatiska händelser som patienten varit med om. Någon officiell publikation angående formuläret saknas ännu. Kommentar: Ungefär som LYLES men saknar publikationer och psykometri.

✪ Andra traumaformulär: Det finns också några symtomformulär som har frågor om traumautsatthet i inledning som t.ex. i Life Events Checklist (LECL, fbanken.se) och The Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS). Dessa kombinerade formulär tas inte upp som ett särskilt avsnitt i denna rapport.

2.2.1.2 Symtomformulär

✪ A-DES, Adolescent Dissociative Experiencing Scale är ett självsvarsformulär för barn och ungdomar 11-17 år gamla med 30 frågor som mäter dissociation. Formuläret utvecklades av Armstrong och medarbetare, 1997. Formuläret är översatt till svenska av Nilsson, Larsson och Svedin vid Linköpings universitet 2002. Skalan har fyra faktorer. Kort beskrivning:

ANTAL FRÅGOR: 30 som anger hur ofta det hände på en skala 0-10.

ÅLDER: 11–17.

TIDSÅTGÅNG: Tar ungefär 20 minuter att fylla i. Kan göras såväl individuellt som i grupp.

TILLGÅNG: Fritt att använda. Kan fås genom Barnafrids hemsida, www.barnafrid.se.

BEHÖRIGHET: Inga restriktioner men man bör ha erfarenhet av att arbeta med barn och med psykisk ohälsa.

INTERN KONSISTENS: Cornbach's alpha = 0.95 och Guttman Split-half = 0.82.

TEST–RETEST RELIABILITET: r =0.71.

KONSTRUKT VALIDITY: Faktoranalys genererade en enfaktorlösning som förklarade 44.1% av den totala variansen.

BEGREPPSVALIDITET: God korrelation till Dis-Q-Sweden r = 0.86

SVENSKA PUBLIKATIONER: Nilsson, D., Svedin, CG. (2006). Dissociation among Swedish Adolescents and the connection to trauma. An Evaluation of the Swedish version of Adolescent Dissociative Experience Scale. The Journal of Nervous and Mental Diseases, 194(9), 684-689.

Nilsson, D., Gustafsson, P.E., & Svedin, C.G. (2010). Self-reported potentially traumatic life events and symptoms of posttraumatic stress and dissociation. Nordic Journal of Psychiatry, 64:19-26.

KOMMENTAR: Bra och lättadministrerad. Är fritt att använda.

✪ ASC-kids, Acute Stress Checklist for Children. ASC-kids är ett självsvarsformulär som utvecklats av Kassam-Adams (2006) vid Children's Hospital i Philadelphia för att mäta akut stress hos barn och ungdomar under den första månaden efter en potentiellt traumatisk händelse. Formuläret har översatts till svenska av Nilsson, Nordenstam och Söderström år 2008. Kort beskrivning:

ANTAL FRÅGOR: 29 frågor där de flesta besvaras på en Likert skala med tre alternativ: Aldrig/inte sant, Ibland/ganska sant och Ofta/mycket sant. Resultaten ger både indikation på om kriterierna för diagnosen Akut Stressyndrom föreligger liksom symtomens allvarlighetsgrad.

ÅLDER: 8–17 år. För barn under 10 år rekommenderas att frågorna läses högt.

TIDSÅTGÅNG: Cirka fem minuter

TILLGÅNG: Fritt att använda. Kan fås genom Barnafrids hemsida, www.barnafrid.se.

BEHÖRIGHET: Inga restriktioner

PSYKOMETRI:

INTERN KONSISTENS: Cronbachs alfa: α = 0.87 för en icke klinisk grupp och 0.90 för klinisk grupp. För bägge grupperna tillsammans α = 0.86 (Nilsson et al., 2015).

BEGREPPSVALIDITET: Det var signifikanta korrelationer med andra instrument som UCLA PTSD RI (positiv) och SOC-13 (negativ) med medelhög effektstorlek. Den kliniska gruppen skiljde sig starkt signifikant från den icke kliniska gruppen beträffande ASC-kids poäng.

SVENSKA PUBLIKATIONER: Nilsson, D., Nordenstam, C., Green, G., Wetterhall, A., Lundin, T., & Svedin, C.G. (2015). Acute stress among adolescents and female rape victims measured by ASC-Kids: A pilot study. Nordic Journal of Psychiatry, 69(7), 539-45.

KOMMENTAR: Lätt att använda och gratis.

✪ CDC, Child Dissociative Checklist är ett relativt kort föräldraformulär som mäter dissociativa symtom hos barn 5-12 år gamla under de senaste 12 månaderna. Formuläret utvecklades av Putnam och medarbetare 1993 och har översatts till svenska av Nilsson, Larsson och Svedin 2002 vid Linköpings Universitet.

ANTAL FRÅGOR: 20 frågor på en tregradig Likertskala där föräldrarna noterar barnets beteende under de senaste 12 månaderna. Svarsalternativen är Sant (2), Delvis eller ibland sant (1) samt Helt osant (0) och frågorna summeras till en totalpoäng.

ÅLDER: 5–12

TIDSÅTGÅNG:10 minuter.

TILLGÅNG: Fri att använda och CDC kan fås via Barnafrids hemsida, www.barnafrid.se, utan kostnad.

BEHÖRIGHET: Inga restriktioner.

PSYKOMETRI: Svenska data saknas. Amerikanska data visar:

INTERN KONSISTENS: α = 0.86 (Putnam & Peterson, 1994)

TEST-RETEST: r = 0.69 (Putnam, Helmers & Tricket, 1993)

SVENSKA PUBLIKATIONER: Saknas.

KOMMENTAR: Bra. Avsett för föräldrar. Är fritt att använda.

✪ CRIES, Children's Revised Impact of Event Scale har utvecklats under ledning av Children and War Foundation 2010 från the Impact of Events scale, IES, (Horowitz et al., 1979) samt the Impact of Events scale – Revised, IES-R, (Weiss & Marmar, 1996). CRIES är avsett att mäta effekterna av krig, katastrofer och trauma. Barnen skattar hur ofta de upplevt symtom på posttraumatisk stress. Det finns två versioner en med 13 frågor (CRIES-13) samt en med 8 frågor (CRIES-8). CRIES-8 har översatts av Öberg, Söderström och Broberg, Göteborgs Universitet. Kort beskrivning:

ANTAL FRÅGOR: 8–13. CRIES-13 har fyra frågor om återupplevelsesymtom, fyra om undvikande samt fem om

överspändhet (arousal). De sista fem frågorna saknas i CRIES-8. men eftersom det har lika bra psykometriska egenskaper som CRIES-13 rekommenderas ofta CRIES-8 som screeninginstrument (Perrin et al., 2005).

ÅLDER: 8 –

TIDSÅTGÅNG: 8 – 13 minuter och kan fyllas i såväl individuellt som i grupp.

VERSIONER: 8 och 13 frågor.

TILLGÅNG: Children and War Foundation tillhandahåller gratis manual och formulär (även på svenska) på www.childreandwar.org. Formuläret är fritt att använda men Children and War Foundation önskar kopia på eventuella publikationer där CRIES-13 använts.

BEHÖRIGHET: Inga restriktioner.

PSYKOMETRI: Osäker. En studie har visat användbarhet för ensamkommande flyktingbarn.

SVENSKA PUBLIKATIONER: Salar, R., Malekiai, C., Linck, L., Kristiansson, R. & Sarkadi, A. (2017). Screening for PTSD symptoms in unaccompanied refugee minors: a test of the CRIES-8 questionnaire in routine care. Scandinavian Journal of Public Health, 45, 605-611.

KOMMENTAR: Bra och kort formulär som är gratis att använda. Behöver prövas i fler svenska material inklusive normalpopulationer.

Dis-Q, Dissociation Questionnaire är ett självsvarsformulär som på svenska heter Dis-Q-Sweden. Det mäter dissociation hos ungdomar och vuxna och utgörs av 63 frågor. Formuläret är ursprungligen utvecklat av Vanderlinden och medarbetare i Holland (1991) och har översatts av Lindell, Nilsson och Svedin vid Linköpings universitet år 1997. Kort beskrivning:

ANTAL FRÅGOR: 63 frågor som markerar på en femgradig Likertskala hur väl respektive påstående stämmer in på honom/henne (Inte alls, Lite, Moderat, Ganska mycket, Extremt mycket) och scoras med 1-5 poäng. Innehåller fyra delskalor som avser mäta olika delaspekter av dissociativa störningar; Identitetsförvirring och fragmentering, Tappa kontrollen, Amnesi och Absorption. DIS-Q:s totalpoäng är summan av alla poäng dividerat med antalet frågor.

ÅLDER: 13 –

TIDSÅTGÅNG: 20 minuter.

TILLGÅNG: Fri att använda och Dis-Q-Sweden kan fås via Barnafrids hemsida, barnafrid.se utan kostnad.

BEHÖRIGHET: Inga restriktioner.

INTERN KONSISTENS: Cornbach's alpha = 0.96 och Guttman Split-half = 0.92.

TEST–RETEST RELIABILITET: Spearman rho = 0.77.

BEGREPPSVALIDITET: Det var signifikanta korrelationer mellan totalpoängen på Dis-Q-Sweden med andra instrument som YSR totalpoäng (r = 0.79) liksom för Dis-Q-Swedens delskalor r = 0.81-0.51). Den kliniska gruppen skiljde sig starkt signifikant från den icke kliniska gruppen beträffande poäng på Dis-Q-Sweden.

SVENSKA PUBLIKATIONER: Svedin, CG., Nilsson, D., Lindell, C. (2004). Traumatic experiences and dissociative symptoms among Swedish adolescents. A pilot study using Dis-Q-Sweden. Nordic Journal of Psychiatry, 58, 349-355.

Nilsson, D., Svedin, CG. (2006). Evaluation of the Swedish Version of Dissociation Questionnaire (DIS-Q), Dis-Q-Sweden, Among Adolescents. Experience Scale. J Trauma Dissociation, 7(3), 65-89.

Nilsson, D., Wadsby, M., & Svedin, C.G. (2008). The psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) in a sample of Swedish Children. Child Abuse & Negelect, 32, 627-636.

Nilsson, D., Gustafsson, P.E., Larsson, J. & Svedin, C.G. (2010). Evaluation of the Linkoping youth life experience scale. Journal of Nervous and Mental Disease, 198(19), 768-774.

KOMMENTAR: Bra för screening av dissociation. Lite längre än A-DES. Är fritt att använda.

SDQ-20 och SDQ-5, Somatoform Dissociative Questionnaire, utvecklades av Nijenhuis och medarbetare 1996 (Nijenhuis et al., 1996) och senare en kortversion SDQ-5 (Nijenhuis et al., 1997) för att mäta somatiska symtom som uttryck för dissociation. Formuläret översatt av Nilsson, Nordenfeldt och Wadsby vid Linköpings Universitet (2006). Kort beskrivning:

ANTAL FRÅGOR: 20 respektive 5 frågor.

ÅLDER: 13 –

TIDSÅTGÅNG: 10 resp 5 min

TILLGÅNG: Fri att använda och SDQ-20 och SDQ-5 kan fås via Barnafrids hemsida *www.barnafrid.se* utan kostnad.

BEHÖRIGHET: Inga restriktioner.

INTERN KONSISTENS: Cronbach's alpha α = 0.83 för SDQ-20 och α = 0.50 för SDQ-5 i en icke klinisk grupp och α = 0.84 för SDQ-20 och α = 0.64 för SDQ-5 i en klinisk grupp.

Korrelationen mellan SDQ-20 och SDQ-5 var r = 0.68 när de fem SDQ-5 frågorna tagits bort från SDQ-20.

TEST–RETEST RELIABILITET: 63% fick samma poäng på SDQ-20 och 74% på SDQ-5.

BEGREPPSVALIDITET: Det var tydliga signifikanta skillnader mellan en icke klinisk grupp och en klinisk grupp och signifikanta korrelationer till Dis-Q-Sweden för såväl SDQ-20 (r = 0.60) som SDQ-5 (r = 0.52).

SVENSKA PUBLIKATIONER: Nilsson, D., Lejonclou, A., Svedin, C.G., Jonsson, M., & Holmqvist, R. (2015). Somatoform dissociation among Swedish adolescents and young adults: The psychometric properties of the Swedish version of SDQ-20 and SDQ-5. Nordic Journal of Psychiatry, 69(2), 152-160.

Häggström, M. (2007). SDQ-20 Sweden: Validation of the Swedish version of the Somatoform Dissociation Questionnaire. Master thesis. Linköping University, Linköping.

KOMMENTAR: Bra för screening av somatiska symtom. Är fritt att använda.

DSQ-12, Dissociation Screening Questionnaire – 12, är ett kort mätinstrument för att identifiera både psykoform och somtoform dissociation som utvecklats av Gren och Nilsson (2015) vid Linköpings Universitet. Formuläret bygger på frågor hämtade från Dis-Q-Sweden och SDQ-20 och består av åtta frågor som avser att identifiera psykoform dissociation och fyra som avser somatoform dissociation. Frågorna togs fram genom en korrelationsstudie av redan existerande data och provades i en pilotstudie för att därefter testas i ett sample med 451 ungdomar. Kort beskrivning:

ANTAL FRÅGOR: 12, med 5 svarsalternativ aldrig (0), sällan (1), ibland, (2), ofta (3) och alltid (4). Frågorna adderas till en totalpoäng som kan variera mellan 0-48.

ÅLDER: 13–

TIDSÅTGÅNG: 5–10 minuter.

TILLGÅNG: Fri att använda och DSQ-12 kan fås via Barnafrids hemsida, www.barnafrid.se, utan kostnad.

BEHÖRIGHET: Inga restriktioner.

PSYKOMETRI:

INTERN KONSISTENS: Cronbach's alpha α = 0.92.

BEGREPPSVALIDITET: Hög korrelation till dissociationsskalan på TSCC (r = 0.75). Faktoranalys visade höga laddningar på alla items.

SVENSKA PUBLIKATIONER: Gren, S. (2016). Dissociation Screening Questionnaire – psychoform and somatic questions. Master thesis, Linköping University, Linköping.

KOMMENTAR: Kort och lätt att använda. Behöver utvärderas i ytterligare studier.

TSCC, Trauma Symtom Checklist for Children, som utvecklades av John Briere (Briere, 1996) vid University of Southern California är ett självsvarsformulär för breda traumasymtom som posttraumatisk stress och andra relaterade symtom hos barn och ungdomar som varit utsatta för traumatiska händelser.

Formuläret består av sex kliniska skalor (Ångest, Depression, Ilska, Posttraumatisk stress, Dissociation som har två delskalor och Sexuella symtom som också har två delskalor) samt två validitetsskalor (Undersvar och Översvar). Formuläret leder inte fram till en PTSD-diagnos. Det finns även en kortare version TSCC-A (44 frågor) där den skalan om sexuella beteenden uteslutits.

Den tillgängliga svenska versionen har översatts av Svedin, Larsson & Lindell vid Linköpings Universitet (1996) och manualen har utarbetats av Doris Nilsson och Carl Göran Svedin i samarbete med Hogrefe 2010.

ANTAL FRÅGOR: 54 frågor som besvaras på en fyrgradig Likertskala: Aldrig (0), Ibland (1), Ofta (2) samt Nästan alltid (3). Frågorna summeras till poäng på delskalor och totalskal.

ÅLDER: 8–16.

TIDSÅTGÅNG: Ungefär 15–20 minuter att fylla i och kan göras såväl individuellt som i grupp.

VERSIONER: Finns bara för barn och ungdomar.

BEHÖRIGHET: Universitetsutbildning motsvarande Mastersnivå i psykologi eller motsvarande med utbildning i testmetodik.

PSYKOMETRI: se Nilsson et al., 2008 eller manualen.

INTERN KONSISTENS: Cronbachs alfa för hela skalan α = 0.94, varierande mellan 0.78 (ångest) - 0.85 (depression) i det normativa materialet. I en klinisk grupp var Cronbachs alfa för hela skalan α = 0.94, varierande mellan 0.74 (sexuella symtom) - 0.89 (posttraumatisk stress)

TEST-RETEST: r = 0.81 för hela skalan och 0.67-0.81 för de kliniska skalorna.

BEGREPPSVALIDITET: Faktoranalys:

En konfirmatorisk faktoranalys visade att faktorstrukturen var mycket nära den amerikanska faktorstrukturen och sex tydliga faktorer kunde urskiljas som förklarade 50.7% av variansen.

Korrelationen mellan dissociationsskalan i TSCC och Dis-Q-Sweden visade sig vara hög r = 0.75 och det var klara signifikanta skillnader mellan en icke klinisk population och en klinisk signifikant på totalskalan och samtliga delskalor.

Svenska normer finns i manualen från Hogrefe Psykologiförlaget AB.

TILLGÅNG: De svenska rättigheterna ägs av Hogrefe Psykologiförlaget AB, www.hogrefe.se, och formuläret kan beställas där mot betalning.

SVENSKA PUBLIKATIONER: Nilsson, D., Wadsby, M., & Svedin, CG. (2008). The psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) in a sample of Swedish Children. Child Abuse & Negelect, 32, 627-636.

Gustafsson, P.E., Nilsson, D., & Svedin, C.G. (2009). Polytraumatization and psychological symptoms in children and adolescents. European Child & Adolescent Psychiatry, 18, 274-283.

Nilsson, D., Gustafsson, P.E., & Svedin, C.G. (2010). Self-reported potentially traumatic life events and symptoms of posttraumatic stress and dissociation. Nordic Journal of Psychiatry, 64, 19-26.

Nilsson, D., Gustafsson P.E., & Svedin, C.G. (2012). Polytraumatization and Trauma Symptoms in Adolescent Boys and Girls: Interpersonal and Non-interpersonal Events and Moderating Effects of Adverse Family Circumstances. Journal of Interpersonal Violence. 27(13), 2645 - 2664.

Nilsson DK, Gustafsson PE, Svedin CG. (2012). Lifetime polytraumatization in adolescence and being a victim of bullying. J Nerv Ment Dis., 200(11), 954-61.

Gren-Landell, M., Aho, N., Carlsson, E., Jones, A., & Svedin, C.G. (2013). Posttraumatic Stress Symptoms and Mental Health Utilization in Adolescents with Social Anxiety Disorder and Experiences of Victimization. European Child & Adolescent Psychiatry. Eur Child Adolesc Psychiatry, 22(3), 177-84.

Zetterqvist, M., Lundh, L-G. & Svedin, CG. (2014). A cross-sectional study of adolescent non-suicidal self-injury: support for a specific distress – function relationship. Child Adolesc Psychiatry Ment Health, 8, 8:23.

Aho, N., Proczkowska Björklund, M., & Svedin, C.G. (2016). Victimization, poly-victimization, and health in Swedish adolescents. Adolesc Health Med Ther, 26, 7:89-99.

Fredlund, C., Svedin, C.G., Priebe, G., Jonsson, L., & Wadsby, M. (2017). Self-reported frequency of Sex as Self-Injury (SASI) in a National study of Swedish adolescents and association to sociodemographic factors, sexual behaviors, abuse and mental health. Child Adolesc Psychiatry Ment Health, 11:9.

Aho, N., Proczkowska Björklund, M., & Svedin, C.G. (2017). Peritraumatic reactions in relation to trauma exposure and symptoms of posttraumatic stress in high school students. European Journal of Psychotraumatology, 8:1.

KOMMENTAR: Bra. Betraktas internationellt som "golden standard" som instrument. Mäter traumasymtom brett. Kostar att använda.

TSCYC, Trauma Symptom Checklist for Younger Children, har liksom TSCC utvecklats av John Briere (1999, 2005). TSCYC är ett formulär för föräldrar eller annan vuxen som känner barnet väl och som i grunden bygger på liknande frågor som TSCC. Formuläret består åtta kliniska skalor (Ångest, Depression, Ilska, Posttraumatisk stress-intrusive, Posttraumatisk stress-undvikande, Posttraumatisk stress-arousal, Dissociation, samt Sexuella bekymmer). De tre PTS-skalorna bildar tillsammans en totalskala för PTS-symtom. Därutöver finns två validitetsskalor som mäter svarsnivå (Undvikandesvar) samt atypiska svar (Översvar). Formuläret leder inte fram till en PTSD diagnos.

Den tillgängliga svenska versionen har översatts av Svedin, Larsson & Lindell vid Linköpings Universitet (2005) och manualen har utarbetats av Doris Nilsson och Carl Göran Svedin i samarbete med Hogrefe (2012). Kort beskrivning:

ANTAL FRÅGOR: 90 frågor som besvaras på en fyrgradig skala.

ÅLDER: 3–12.

TIDSÅTGÅNG: Ungefär 15–20 minuter att fylla i.

VERSIONER: Finns bara som föräldraversion för mindre barn.

TILLGÅNG: De svenska rättigheterna ägs av Hogrefe Psykologiförlaget AB, www.hogrefe.se, och kan mot betalning beställas där.

BEHÖRIGHET: Universitetsutbildning motsvarande Mastersnivå i psykologi eller motsvarande med utbildning i testmetodik.

PSYKOMETRI: se Nilsson er al., 2012 eller manualen.

INTERN KONSISTENS: Cronbachs alfa för hela skalan $\alpha = 0.93$, varierande mellan 0.55 - 0.88 i det normativa materialet. I en klinisk grupp var Cronbachs alfa för hela skalan $\alpha = 0.96$, varierande mellan 0.77 - 0.93.

TEST-RETEST: $r = 0.77$ för hela skalan.

FAKTORANALYS: En konfirmatorisk faktoranalys visade signifikanta laddningar i de ursprungliga delskalorna.

Det var klara signifikanta skillnader mellan en icke klinisk population och en klinisk grupp på totalskalan och samtliga delskalor.

SVENSKA PUBLIKATIONER: Nilsson, D., Gustafsson P.E., & Svedin, C.G. (2012). The psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist for Young Children

in a sample of Swedish Children. European Journal of Psychotraumatology, 3.

REKOMMENDATION: Bra men långt. Kostar att använda.

✪ **UCLA PTSD Reaction Index for DSM IV**, är ett frågeformulär som syftar till att identifiera postraumatiska stressymtom. Skalan ligger nära DSM-IV kriterierna för DSM-IV men leder inte till en diagnos. Skalan utvecklades av Pynoos och medarbetare (1998) vid University of California och har använts i många studier i USA och övriga världen. Det amerikanska formuläret finns i tre versioner för barn (20 frågor), ungdomar (22 frågor) och föräldrar. Skalan kan också användas som en intervju eller för grupper i skolan. Skalan har översatts av till svenska av Anders Broberg och medarbetare. En version för DSM-5 har utarbetats men har ännu inte genererat publikationer eller översättning till svenska (www.nctsnet.org). Kort beskrivning:

ANTAL FRÅGOR: Den svenska översättningen har 22 frågor (ungdomar) på en Likert skala med fem svarsalternativ som man ska fylla i hur mycket av tiden den senaste månaden som man känt vad påståendet säger. Svarsalternativen är Inte alls (0), Lite (1), Ibland (2), Mycket (3) och Nästan jämt (4).

ÅLDER: 7–18.

TIDSÅTGÅNG: c:a 20 minuter.

TILLGÅNG: Okänt

BEHÖRIGHET: Okänt

PSYKOMETRI: Begränsade svenska data.

INTERN KONSISTENS: Cronbach alpha α = 0.92

BEGREPPSVALIDITET: Korrelation med ASC-kids (r=0.42) och förväntad negativ korrelation med Kasam (-0,41), dock ett litet sample på n=154 ungdomar.

SVENSKA PUBLIKATIONER: Wetterhall, A. & Gren S. (2011). Resultat på tre olika självskattningsformulär som mäter akut stressyndrom, posttraumatiskt stresssyndrom och känsla av sammanhang från en normalgrupp ungdomar 15–17 år. C-uppsats i psykologi Linköpings universitet, Linköping.

Nilsson, D., Nordenstam, C., Green, G., Wetterhall, A., Lundin, T., & Svedin, C.G. (2015). Acute stress among adolescents and female rape victims measured by ASC-Kids: A pilot study. Nordic Journal of Psychiatry, 69(7), 539-45.

Broberg, A., Almqvist, K., Appell, P., Axberg, U., Cater, Å., Draxler, H., Eriksson, M., Grip, K., Hjärthag, F., Hultmann, O., Iversen, C. & Röbäck de Souza, K. (2015). Utveckling av bedömningsinstrument och stödinsatser för våldsutsatta barn. Rapport till Socialstyrelsen. Göteborgs, Karlstads, Örebro universitet & Mälardalens Högskola.

KOMMENTAR: Välanvänt formulär internationellt men behöver provas i fler svenska studier.

✪ **Young Children Posttraumatic Checklist,** YCPC, är ett formulär för att mäta posttraumatisk stress för yngre barn. Formuläret är utvecklat av Sceeringa och medarbetare (Scheeringa, Zeanah, Drell & Larrieu, 1995) och översatt till svenska inom iRiSk-projektet (Broberg et al., 2015) med tillstånd från upphovsmannen. Det innehåller tre delskalor. En delskala om 12 frågor rör vad för typ av traumatiska händelser som barnet har varit med om. Den andra delskalan innehåller 24 frågor om posttraumatiska symtom som skattas på en femgradig skala från inte alls (0) till varje dag (4). Den tredje delskalan rör sex frågor om funktionsnedsättning på grund av eventuella posttraumatiska symtom som skattas på en femgradig skala från inte alls (0) till varje dag (4). Kort beskrivning:

Följande amerikanska normvärden användes som riktmärken: 26 poäng för delskalan rörande posttraumatiska stressymtom respektive 4 poäng för delskalan funktionsnedsättning. Kort beskrivning:

ANTAL FRÅGOR: 42 frågor som besvaras på en femgradig skala.

ÅLDER: 0–8.

TIDSÅTGÅNG: Ungefär 20 minuter att fylla i.

VERSIONER: Föräldraversion för mindre barn

TILLGÅNG: Okänt.

BEHÖRIGHET: Okänt

PSYKOMETRI: Okänt men för den svenska studien nedan användes amerikanska normvärden som riktmärken: 26 poäng för delskalan rörande posttraumatiska stressymtom respektive 4 poäng för delskalan funktionsnedsättning.

SVENSKA PUBLIKATIONER: Broberg, A., Almqvist, K., Appell, P., Axberg, U., Cater, Å., Draxler, H., Eriksson, M., Grip, K., Hjärthag, F., Hultmann, O., Iversen, C. & Röbäck de Souza, K. (2015). Utveckling av bedömningsinstrument och stödinsatser för våldsutsatta barn. Rapport till Socialstyrelsen. Göteborgs, Karlstads, Örebro universitet & Mälardalens Högskola.

KOMMENTAR: Kombinerat trauma och symtomformulär som behöver studeras psykometriskt.

2.2.2 Kliniska intervjuer med moduler som mäter traumarelaterade symtom

I bilaga 3 görs en genomgång av kliniska intervjuformulär som vanligtvis baseras på en klinisk intervju med ett

barn eller dess förälder. Intervjuerna tar olika lång tid att genomföra och kräver vanligtvis speciell utbildning (grundutbildning) och träning i den speciella intervjuformen. Av de 18 olika diagnostiska intervjuerna vet vi med säkerhet att 3 finns översatta till svenska.

2.2.2.1. Kliniska intervjuer som finns översatta till svenska

Kiddie Sads Present and Lifetime version (n-PL) är en semistrukturerad diagnostisk intervju för barn och ungdomar som ursprungligen utvecklades av Puig-Antich och Chambers (1978) vid New York Psychiatric Institute. Det finns en rad olika K-SADS versioner, och utvecklingen har beskrivits av Ambrosini (2000). Den nuvarande K-SADS-PL har utvecklats av David Axelson (MD), Boris Birmaher (MD), Jamie Zelazny (RN, MPh), Joan Kaufman (PhD), och Mary Kay Gill (MSN) med stöd av ”Advanced Center for Intervention and Services Research” och validerades av Kaufman och medarbetare (1997) vid Yale University i USA. Intervjun genomförs med såväl föräldrar som barn/ungdomar. Syftet med intervjun är att undersöka nuvarande och tidigare episoder av psykopatologi hos barn och ungdomar i enlighet med kriterierna i DSM-III och DSM-IV. K-SADS-PL kan leda fram till 52 olika diagnosförslag och har tre sektioner: introduktion, symtomfrågor (105 stycken frågor inom 23 olika diagnostiska domäner) samt 8 olika supplement. Inom domänen ångest återfinns posttraumatiskt stressyndrom, PTSD.

Den svenska översättningen av K-SADS-PL har gjorts av Tord Ivarsson, år 2000, och är senare reviderad av Håkan Jarbin och Tord Ivarsson senast 2010. Den kallas då KSADS-PL-S-2009.

K-SADS-PL 2009 administreras så att man intervjuar föräldrarna, barnet och slutligen tar fram en summerande skattning som inkluderar alla informationskällor (föräldrarna, barnet, skolan, journal, med flera). När man använder instrumentet med förpubertetsbarn bör man genomföra föräldraintervjun först, när man arbetar med tonåringar bör man börja med dem. Kort beskrivning:

ÅLDER: 6–18.

TIDSÅTGÅNG: Tar ungefär 75 minuter var för barn/ungdom och förälder, sammanlagt 150 minuter.

VERSIONER: Föräldrar och barn/ungdomsintervju.

KRAV: Utbildning i testet, klinisk erfarenhet och god kännedom om DSM-IV rekommenderas.

TILLGÅNG: University of Pittsburgh Department of Psychiatry: www.wpic.pitt.edu/ksads. Copyright finns. Testet får inte ändras utan tillstånd. Svenska versionen finns på Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatris hemsida www.sfbup.se.

PSYKOMETRI: Prediktiv validitet för de olika diagnoserna varierade mellan κ = 0.94 (excellent) och κ = 0.62 (tillfredställande), Jarbin et al., (2017).

SVENSKA PUBLIKATIONER: Jarbin, H., Andersson, M., Råstam, M., & Ivarsson, T. (2017). Predictive validity of the K-SADS-PL 2009 version in school-aged and adolescent outpatients. Nordic Journal of Psychiatry, 71(4), 270-276.

Malmberg, K. (2011). Attention-Deficit/hyperactivity Disorder and Disruptive Behavior Disorders in adolescene related to levels of platelet MAO-B and polymorphisms in two candidate genes. Thesis for doctorial degree. Stockholm: Karolinska Institutet.

KOMMENTAR: Bra, ofta refererad till som den gyllene standarden för kliniska intervjuer, tar lång tid (2x75 minuter). Kan laddas ner gratis på Barn- och ungdomspsykiatriska föreningens hemsida.

Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju för barn och ungdomar (M.I.N.I. KID) utvecklades av Sheehan, Shytle, Milo och Janavs vid University of South Florida, 2010 (M.I.N.I. KID 6.0) och Lecrubier i Paris. MINI finns i olika versioner varav M.I.N.I. KID är den för barn och ungdomar. M.I.N.I. är utformad som en kortfattad, strukturerad intervju för de viktigaste psykiatriska störningarna på Axel I i enlighet med DSM-IV och ICD-10. Översatts till svenska av MaiBritt Giacobini och Christer Allgulander. En ny version 7.0 har nyligen introducerats anpassad till DSM-5 och ICD-10. Kort beskrivning:

ÅLDER: 11 – (under 13 år rekommenderas att förälder är med och kan komplettera under intervjun).

TIDSÅTGÅNG: Tar ungefär 45 minuter till 3 timmar beroende på förekomsten av symtom.

KRAV: Utbildning i testet, klinisk erfarenhet och god kännedom om DSM-IV rekommenderas. Kliniker kan börja använda M.I.N.I. direkt efter en kort träningssession. Lekmannaintervjuare behöver mer omfattande utbildning.

TILLGÅNG: Man måste registrera sitt användande genom att kontakta Christer.Allgulander@ki.se.

Forskare och kliniker inom icke-kommersiell eller samhällsägd verksamhet (inklusive universitet, sjukhus och statliga institutioner) tillåts kopiera M.I.N.I.-instrumentet för eget bruk i kliniskt arbete och forskning.

PSYKOMETRI: I validerings- och reliabilitetsstudier har man jämfört M.I.N.I. med SCID-P för DSM-III-R samt

med CIDI (en strukturerad intervju som WHO utvecklat förlekmannaskattning enligt ICD-10). Resultaten av dessa studier visar att M.I.N.I. har acceptabel validitet och reliabilitet samt kan administreras på mycket kortare tid (i genomsnitt 18.7 ± 11.6 min, median 15 min) än ovan nämnda instrument. För MINI-KID finns en rapport med reliabilitet och validitet (Sheehan et al., 2010).

SVENSKA PUBLIKATIONER: Saknas.
MINI KID studie pågår. v.g. se
www.bup.se/sv/Om-BUP/Forskning/MINI-KID-studien/

KOMMENTAR: Bra. Kortare än K-SADS-PL Ger dock inte så säker information som K-SADS-PL.

Structured Clinical Interview for DSM-IV-Dissociative disorders (SCID-D) är en diagnostisk intervju för barn och ungdomar som utvecklades av Steinberg (1994). Svensk översättning är gjord av Hans Peter Söndergaard och Anna Gerge, 2007. Reviderad, under 2011, av Hans Peter Söndergaard och Ulf Elofsson.

SCID-D är en semistrukturerad diagnostisk intervju enligt DSM-IV:s kriterier för dissociativa syndrom. Anses vara ” the golden standard” för diagnos av dissociativa syndrom hos vuxna. Manualen beskriver fenomenologin hos dissociativa symtom och den diagnostiska processen.

Underlaget är cirka 200 frågor och undersöker fem dissociativa huvudsymtom (Depersonalisation, Derealisation, Amnesi, Identitetsförvirring och Identitetsförändring) poängsätts 1-4 (Frånvarande, Mild, Måttlig, Allvarlig). Kort beskrivning:

ÅLDER: 11 –

TIDSÅTGÅNG: Tar ungefär 45 minuter till 3 timmar beroende på förekomsten av symtom.

VERSIONER: Föräldrar och barn/ungdomsintervju.

KRAV: Utbildning i testet, klinisk erfarenhet och god kännedom om DSM-IV rekommenderas.

TILLGÅNG: Finns att få via Kris och Traumacentrum i Stockholm. Publicerad med tillstånd av förlaget Pilgrim Press.

PSYKOMETRI: Amerikanska data visar på god-utmärkt reliabilitet och validitet (Steinberg et al., 1993). Svenska data saknas.

SVENSKA PUBLIKATIONER: Saknas.

KOMMENTAR: För dissociativa tillstånd. Svensk version finns.

Interview for Dissociative Disorders and Trauma related Symptoms (IDDTS) en intervju som utvecklats av Suzette Boon tidigare vid Universitetet i Amsterdam (IDDTS, 2006). Intervjun är semistrukturerad för dissociativa symptom enligt DSM-IV och ICD-10 och för andra traumarelaterade symptom. Intervjun har sedan utvecklats vidare till The Trauma and Dissociation Symptoms Interview (TADS-I). Den aktuella svenska versionen TADS-Q, som är översatt av Lander, Gerge och Nilsson 2014, är en reviderad version av IDDTS (Boon, Draijer & Matthess, 2006). Intervjun består av flera delar. Efter en inledande del med demografiska data följer en del med frågor kring psykiatriska symptom som kan ha samband med traumatisering: missbruk, ätstörningar, sömnstörningar, humörsvängningar, ångest och panikstörningar, självdestruktivt beteende, problem med varseblivning och självbild; problem i relationer med andra människor och problem kring sexualitet. Därefter följer en del med frågor om medvetandeförändringar såsom depersonalisation och derealisation men också frågor om absorption, fantasier och transfenomen. Härnäst följer en del som handlar om frågor kring somatoforma dissociativa symptom. Den sista delen innehåller frågor kring psykoforma dissociativa symptom.

Varje symptom utvärderas vad gäller förekomst och svårighetsgrad. Baserat på innehållet i de exempel patienten ger och på vilket sätt patienten presenterar dem, avgör intervjuaren i vilken utsträckning patienten lider av dissociativa symptom eller andra traumarelaterade symptom.

Det finns blanketter med poängberäkning för varje symptomgrupp; en blankett för dissociativa störningar enligt DSM-V och en blankett för dissociativa störningar enligt ICD-10.

ÅLDER: Från 13 år

TIDSÅTGÅNG: Cirka 1-2 timmar.

PSYKOMETRI: Saknas i Sverige

SVENSKA PUBLIKATIONER: Saknas

KOMMENTAR: Semistrukturerad intervju som ännu inte utvärderats i Sverige.

2.2.3. Allmänna hälsoformulär med delskalor som mäter traumarelaterade symtom eller dissociation.

I de tre frågeformulären inom Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA), Child Behavior Checklist (CBCL), Teacher's Report Form (TRF) och Youth Self-Report (YSR) finns frågor som mäter symtom som är vanliga i samband med traumatiska händelser som t.ex. ångest, depression och dissociation. Dessa frågor utgör inte någon speciell delskala eller leder fram till en diagnos som PTSD.

2.3. Sammanfattning och rekommendation

I denna översikt finns såväl skattnings- och bedömningsinstrument som mäter förekomsten av trauma som instrument som mäter symtom och beteendeproblem som kan förknippas med traumatiska händelser. Instrumenten kan vara i form av intervjuer som är mer eller mindre kliniska/diagnostiska eller utformade som självsvarsformulär. Hamby och Finkelhor (2000) skriver att självsvarsformulär är de mest lämpade för att mäta viktimisering.

Barn och unga är givetvis en viktig källa då det gäller information omkring deras egna erfarenheter och posttraumatiska reaktioner. Det har också visat sig att de rapporterar sina erfarenheter (Bernstein et al., 1997) och sina symtom (Hamby, Finkelhor, Ormod & Turner, 2005) tillförlitligt. Dessutom rapporterar de mer symtom än vad andra gör å deras vägnar (Nader, 2008). Då det gäller överensstämmelsen mellan hur olika informanter rapporterar barns erfarenhet av potentiellt traumatiska händelser, så är överensstämmelsen inte särskilt god (Tingskull, Svedin, Agnafors, deKeyser, Sydsjö & Nilsson, 2013).

Med ledning av ovanstående rekommenderar vi att använda självsvarsformulär för de barn och ungdomar som själva kan hantera dessa.

När det gäller att screena för erfarenheter av potentiellt traumatiska händelser *traumaformulär* så går det att välja kortare formulär som är tidsmässigt lättare att administrera (LITE, LYLES) eller längre och mer omfattande formulär som JVQ som ger en mer allsidig bild av barnets utsatthet. För mindre barn finns föräldraversioner av såväl LITE som LYLES.

Symtomformulär finns med olika inriktning. Översatta till svenska ser vi i huvudsak formulär som mäter akut stress, symtom relaterade till traumaupplevelser, som posttraumatisk stressyndrom samt formulär som mäter dissociativa symtom. Här finns flera att välja på men det som är mest allsidiga och mest använda i Sverige är TSCC och TSCYC. Nackdelarna är att de inte är fria att användas utan kostnad och behörighet. Beträffande dissociation så finns flera formulär att välja på, men tre som är relativt lättadministrerade är A-DES (självsvar), CDC (föräldrasvar) samt SDQ-20 (självsvar) vid misstanke om somatofom dissociation.

Vid behov av vidare diagnostiskt stöd finns en rad kliniska standardiserade intervjuer. K-SADS-PL eller M.I.N.I. KID är sannolikt de mest använda i klinisk praxis med barn och ungdomar.

För kliniskt verksamma är det viktigt att tänka på att vid användning av strukturerade instrument för klinisk diagnostik generellt, så är inget instrument helt tillförlitligt på individnivå. En bedömning och diagnos av ett barn bör inte enbart bygga på ett instrument (eller en informationskälla) men strukturerade instrument rekommenderas ändå alltid för att öka tillförlitlighet och bredd i bedömningen.

För forskning så är det angeläget att använda internationella formulär om man vill jämföra traumaförekomst eller symtom efter potentiellt traumatiska upplevelser mellan olika undersökningar och olika länder.

2.3.1. Vad saknas?

Generellt går det att konstatera att flera av de till svenska översatta formulären behöver användas och testas mer för att säkra dess kvalitet. För närvarande finns det inget till svenska översatt och validerat självsvarsformulär som leder fram till förslag på PTSD-diagnos. Likaså saknas ett svenskt formulär, som både innehåller frågor om trauma och olika traumarelaterade symtom, liknande det amerikanska formuläret CATS som är ett relativt kort kombinerat formulär. Med andra ord finns det utrymme för ett fortsatt utvecklingsarbete på området. Å andra sidan kan flera av frågeformulären användas som ett stöd för olika professioner som möter utsatta barn även om formulärens psykometriska egenskaper ännu inte dokumenterats.

Med tanke på att vi idag har stora grupper av nyanlända bl.a. ensamkommande flyktingbarn där många varit med om upprepade och svåra traumatiska händelser så måste det finnas översättningar av de i Sverige vanligast använda instrumenten till olika hemspråk. Exempelvis är CRIES 8/13 ett formulär som ofta används vid svåra olyckor, katastrofer och krig internationellt då det finns översatt till många för Sverige aktuella språk.

Det saknas också instrument och frågeformulär som kan identifiera hedersrelaterat våld samt formulär som är anpassade för olika funktionsnedsättningar eller som frågar om sexuell läggning (hbtq) varför det är svårt att belysa dessa gruppers speciella utsatthet.

3. Tidig intervention (stöd och kris)

Många barn utsätts för potentiellt traumatiska händelser, interpersonella händelser som misshandel och sexuella övergrepp, naturkatastrofer såväl som andra svåra livsomständigheter såsom mobbing känslomässig misshandel och att växa upp i familjer med fysisk eller psykisk sjukdom. Alla utsatta barn utvecklar inte tecken på psykosocial ohälsa såsom posttraumatisk stress, ångest, depression eller andra symtom. Dock visar undersökningar på att mellan 15–20 procent av de som råkar ut för skador behöver ett akut psykologiskt omhändertagande (inte minst trafikolyckor) (Kassam-Adams, Garcia-España, Marsac & Kosher, 2011). I en review och metaanalytisk studie av Hiller och medarbetare (2016) fann man att prevalensen av PTSD och PTSD-symtom reducerades med 50 procent under de första sex månaderna efter traumat för att sedan inte sjunka nämnvärt mer. Lyckligtvis är således spontan återhämtning vanligt när det gäller akuta trauma och alla behöver inte psykologiskt stöd. Fokuserat förebyggande omhändertagande är därför att rekommendera (Kramer & Lanholt, 2014).

Vid genomgång forskningslitteraturen om interventioner blir det tydligt att det som rekommenderas är ett stegvis omhändertagande eller erbjudande av hjälp. Detta rekommenderas även för vuxna. För vuxna rekommenderas stegvis ” Watchful waiting” och empirisk sund screening för att identifiera personer med risk att utveckla symtom efter utsatthet för trauma. ”Watchful waiting” betyder att inte initiera formella interventioner för riskpersoner utan med jämna mellanrum stämma av vilka behov som finns.

Vad som bör gälla för barn är inte tydligt och mer forskning behövs. Till att börja med är behovet av en sammanställning av tillgänglig kunskap angelägen. En sådan sammanställning saknas fram till 2017, åtminstone på svenska. Denna del av kunskapsöversikten är tänkt att fylla detta första behov.

En översiktlig genomgång av det internationella kunskaps- och forskningsläget visar att det finns anledning att följa det stegvisa evidensbaserade psykologiska omhändertagandet och erbjudandet om hjälp. Därför redovisas här först former av tidig intervention (de första 4 veckorna efter traumat) och som sedan följs av behandling/intervention i nästa kapitel.

Genom att söka i de vetenskapliga databaserna, i första hand efter tidigare översiktsartiklar och randomiserade kontrollerade studier (RCT) vilket kompletterades med manuella sökningar på olika hemsidor, identifierades slutligen 10 olika interventionsmodeller.

3.1. Tillvägagångssätt

Vi har även för denna del av rapporten följt The Cochrane Handbook for systematic Review of Interventions *http://handbook.Cochrane.org* vilket även är socialstyrelsens rekommendation för kunskapsöversikter.
www.kunskapsguiden.se/aldre/Webb-utbildningar/Sidor/Systematiskt-oversiktsarbete-och-evidensgradering-med-GRADE.aspx

3.1.1. Sökord

Review förfrågan – Tidig intervention: early intervention, crisis intervention, evidence based early intervention, interventions.

DELTAGARE: children and adolescents (0-18), traumatic experience, sexual abuse, physical abuse, neglect.

INTERVENTIONER: early intervention/tidig intervention, crisis intervention/kris intervention, evidence based interventions/evidensbaserade interventioner.

TYP AV UTFALL: förbättrat psykologiskt mående/outcome, posttraumatic stress, depression, dissociation, behavior problems, symptoms after trauma.

TYP AV STUDIER: review, randomized studies.

PUBLICERINGSPERIOD: 2000–2016.

3.1.2. Sökta databaser

De olika databaserna PsychINFO, Pubmed, Scopus, ProQuest söktes med ovanstående sökord. Utöver dessa sökvägar så ISTSS’s hemsida. Sökningen kompletterades avslutningsvis med manuella sökningar.

3.2. Resultat

I sökningarna i Scoupus återfanns endast en översikt, Bisson & Cohen (2006). Författarna konstaterade där att det knappt finns några studier som fokuserar på interventioner till barn och unga. De redovisar studien av Stallards et. al (2006) som den enda RCT-studien och fortsätter sedan att skriva om TF-KBT. Bisson och Cohen's review kommer inte ytterligare att behandlas i den här kunskapsöversikten.

I Psychinfo återfanns ingen översiktsartikel, bara böcker vilka ej kommer att redovisas då de var äldre än från 2000.

I Pubmed återfanns endast en reiview artikel av Kramer och Lanholt (2011). Utöver det fanns tre randomiserade studier, varav två visade sig vara RCT studier och den tredje tankar och forskningsidéer för framtida forskningsupplägg.

I den enda systematiska översiktsartikeln av Kramer & Lanholt (2011) undersöktes studier för barn och unga ≤18 år som upplevt trauma och som fått en första intervention inom 4 veckor efter den första traumatiserande händelsen. Studierna skulle åtminstone innehålla ett mätinstrument som mätte PTSD eller PTSS (posttraumatiska stressymtom), prospektiv studiedesign, med kontrollgrupp och åtminstone en uppföljning. Publiceringsspråket i studierna skulle vara engelska och tyska, beskriva detaljer av interventionen samt beskriva använd statistik. I översikten som täckte perioden 1992–2011 återfanns 1149 artiklar varav 49 var av intresse men endast 7 studier uppfyllde kvalitetskraven. Av de 7 publicerade studierna var 4 från Europa, 2 från Australien samt 1 från USA. Fyra av dessa publikationer var randomiserade studier (RCT): Berkowitz et al., 2011; Cox, et al., 2010; Stallard et al., 2006, Zehnder et al., 2010. Dock var bara två med dubbel blind design (Stallard et al., 2006 och Zehnder et al., 2010).

Kvaliteten på studie 1–7 bedömdes efter hur stor del studien som uppfyllde uppsatta kriterier i procent. Procentsatsen varierade mellan 26–90 procent. De med ett medelvärde över 66 procent bedömdes ha hög kvalitét och de under bedömdes ha låg kvalitét.

I denna kunskapsöversikt har ytterligare tre studier (8–10) adderats vilka publicerats efter Kramer och Lanholts (2011) översikt.

Kortfattad beskrivning av 10 studier.

1. Berkowitz et al., (2011) randomiserade studie gällde en intervention om fyra tillfällen med en teoretisk bas i kognitiv beteendeteori. Studien utvärderade ***Child and Family Traumatic Stress Intervention (CFTSI)***. En kontrollgrupp fick en intervention som skiljde sig från den som skulle undersökas och båda gavs inom 4 veckor. De kliniker som gav behandlingen var på master eller doktornivå. CFTSI fokuserar på familjestöd och dåliga coping-strategier för att förhindra kronisk PTSD. Interventionen omfattar 4 sessioner.

Vid första sessionen är endast vårdnadshavaren och behandlaren närvarande. Då ges förklaringar till varje steg i behandlingen. Det ges psykoedukation med avseende på förklaringar till möjliga reaktioner på potentiella trauman och den skyddande roll familjens stöd spelar. Det ges även ut ett antal formulär för att bedöma barnet och föräldern PTSD-symtom och tidigare traumahistorik.

Andra sessionen ges i nära anslutning till första. Behandlaren träffar först barnet ensamt och sedan med föräldern. Först får barnet svara på posttraumasymtom (PTSD-RI), traumahistorik formulär (THQ) samt också en kort version av Mood and Feelings Questionnaire (MFQ; Angold & Costello, 1987). När man träffas alla tillsammans så jämför man svaren och ger förstärkning om de är lika. Är det olika så arbetar man med kommunikationen för att förstå olikheterna. Session två avslutas med att man väljer två moduler som hemläxa till exempel svårigheter att sova, depression/tillbakadragenhet, aggressionsutbrott, inträngande tankar, ångest och undvikande samt övergripande tekniker att arbeta med detta.

Vid session tre möts alla, barnet, vårdnadshavaren och behandlaren och diskuterar barnets eventuella svårigheter. Samma symtomformulär fylls i en gång till och det diskuteras hur man kan göra. Behandlingen syftar till att öka kommunikationen, stärka copingstrategier och hur stödet kan förbättras.

Session fyra är en upprepning av session tre men slutet ägnas åt diskussion av framtiden och beroende på hur barnet mår eventuellt föreslag till eventuell fortsatt behandling.

Kommentar: Metoden planeras att under andra halvåret implementeras i Sverige genom utbildningsinsatser. Den bedömdes ha hög kvalité (81%) och värderas som 3 på skalan 1–5 = Promising Research Evidence av The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC).

Tabell 1. Översikt över studierna i Kramer och Lanholts (2011) översiktsartikel, 1–7, samt de som tillkommit efter 2011, 8-10.

Artikel	Bedömd kvalite %	Land	Ålder	Antal ärenden N	Typ av Trauma	Antal inter-ventioner N
1. Berkowitz, S.J., Stover, C.S. Marans, S.R.(2011). The child family traumatic stress intervention: Secondary prevention for youth at risk of developping PTSD. *Journal of child Psychology and Psychiatry,* 52,6,676-685.	81	USA	7–16	106	Blandat olyckor/ över-grepp	4
2. Cox, C., Kenardy, J.L., & Hendrikz, J.L.(2010). A randomized controlled trial of web-based intervention for children and their parents following unintentional injury. *Journal of pediatric Psychology,* 35,6, 581-592.	82	AUS	7–16	56	Olyckor mindre skada	2
3. Kenardy, J. A., Thompson, K., Le Brocque, R., & Olsson, K. (2008). Information-provision intervention for children and their parents following pediatric accidental injury. *European Child & Adolescent Psychiatry* 17(5), 316-325	61	AUS	7–15	103	Bil-/motor-olyckor sport-olyckor	1
4. Poijula, S., Dyregrov, A., Wahlberg, K. E., & Jokelainen, J. (2001). Reactions to adolescent suicide and crisis intervention in three secondary schools. *International Journal of Emergency Mental Health*, 3(2), 97-106.	33	FIN	13–17	89	Tonårs-självmord	1–2
5. Stallard, P., Velleman, R., Salter, E., Howse, I., Yule, W., & Taylor, G. (2006). A randomized controlled trial to determine the effectiveness of an early psychological intervention with children involved in road traffic accidents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines,* 47(2),127-134.	88	GB	7–18	158	Bilolycka	1
6. Yule, W. (1992). Post-traumatic stress disorder in child survivors of shipping disasters: The sinking of the Jupiter. *Psychotherapyand Psychosomatics,* 57(4), 200-205.	26	GB	14–16	24	Båt-katastrof	1
7. Zehnder, D., Meuli, M., & Landolt, M. A. (2010). Effectiveness of a single-session early psychological intervention for childrenafter road traffic accidents: a randomised controlled trial. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health,* 4(7).	90	CH	7–16	99	Bilolycka	1
8. Kassam-Adams N. , Garcia-Espana J. F., Marac, M.L.,Kosher, K.L., Baxt, C., Nance, M., & Winston, F. (2011) AA Pilot Randomized controlled trial assessing secondary prevention of traumatic stress integrated into pediatric trauma care. *Journal of Traumaic Stress* 24, 3, 252-259.		US	8–17	85	Kroppslig skada	2
9. Kramer, D.N., & Lanholt, M.L.(2014). Early psychological intervention in accidentally injured children ages 2-16: a randomized controlled trial. *European journal of psycholtraumatology* 5, 5 24402. *http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.2402*		CH	2–16	29	Trafik-olyckor Bränn-skada	2
10. Hahn, H., Oransky, M., Epstein, C., Smith Stover, C. & Marans., S (2016). Findings of an Early Intervention to Address Children's Traumatic Stress Implemented in the Child Advocacy Center Setting Following Sexual Abuse. *Journ Child Adol Trauma*, 9:55–66 DOI 10.1007/s40653-015-0059-7.		USA		114	Sexuella övergrepp Barnahus	4

2. Cox et al., 2010. En randomiserad studie där intervention var *webbaserad*. Kontrollgruppen fick ingen intervention. Två till tre veckor efter en olycka fick föräldrar och barn, var för sig, skriftlig information. I denna rekommenderas att barn och föräldrar pratar om och reflekterar över olyckan. Det ingick ingen personlig kontakt. Man poängterade föräldrarnas roll för att barnet skulle må bättre. Utöver det gavs instruktioner om hur man känslomässigt kan stödja barnet och hur man kan hantera egen stress, avslappning, göra trevliga saker och identifiera personliga styrkor i samband med det som hänt. Teoretisk bas var kognitiv teori och resiliens.

3. Kenardy et al., 2008. Kontrollgrupp utan intervention i en ej randomiserad studie. Deltagarna gavs en informationsbroschyr inom 72 timmar efter traumat. Föräldrar och barn fick skriftlig information var för sig, där det rekommenderas att barn och föräldrar pratade om och reflekterade över olyckan. Information gavs till föräldrarna om att ta det lugnt, att ge emotionellt stöd till barnet/barnen och att komma in i normala aktiviteter. Rekommendation gjordes också om att ta emot socialt stöd om det behövdes. Ingen personlig kontakt.

4. Poijula et al., 2001. En inte randomiserad studie och kontrollgruppen fick ej någon intervention. Intervention bestod av avdramatisering och psykologisk debriefing som gavs 1–7 dagar efter traumat. Det var 1–2 sessioner. De som gav behandlingen var tränade kliniska psykologer.

5. Stallards et al., 2006. En randomiserad studie där kontrollgruppen fick en neutral diskussion. Interventionen var debriefing som gavs inom 28 dagar efter traumat och gavs enbart till barnet. Det gjordes en detaljerad rekonstruktion av händelsen, pratades om traumarelaterade tankar och känslor samt gavs generella råd om hur barnet kunde hantera dessa. Teoretisk bas var debriefing. Forskaren (ingen uppgift om klinisk erfarenhet) gav själv interventionen.

6. Yule et al., 1992. Ingen randomiserad studie men med matchad kontrollgrupp utan behandling. Behandlingen som gavs var debriefing i grupp i 10 dagar efter traumat med syfte att möta ångest, undvikande och inträngande och påträngande tankar. Teoretisk bas var debriefing med problemlösning och kognitiva beteendemetoder. Behandlingen gavs av en klinisk psykolog.

7. Zehnder et al., 2010. Randomiserad studie där kontrollgruppen inte fick någon intervention. En tidig kognitiv/beteende-intervention gavs 10 dagar efter traumat, genom en session till barnet och minst en förälder tillsammans. Det gjordes en detaljerad rekonstruktion av händelsen. Man identifierade stöd som modifierades efter de dysfunktioner som var relaterade till olyckan och gav instruktion om hur man kunde hantera detta. Man rekommenderade också att föräldrarna gav stöd och trygghet till barnet under den akuta fasen. Teoretisk bas var kognitiv beteendeteori. Behandlaren var klinisk psykolog.

Sammanfattningen av de 7 studierna i Kramer och Lanholts översiktsartikel från 2011 visade att de inkluderade studierna, med olika teknik hade som syfte att förebygga utvecklandet av PTSD symtom, men även att reducera andra symtom såsom ångest, depression och dissociation.

Den teoretiska basen för de i den systematiska översikten ingående studierna var kategoriserade som antingen beteende och kognitiv teori eller en typ av adapterad debriefingprocedur. Alla studerade metoder gav psykoedukation oavsett om man endast gav det via informationsbroschyr eller inte, vilket tolkades att just psykoedukation är en viktig komponent vid tidig intervention.

När det gäller *coping-strategier* var det sig oklart vilka som kunde rekommenderas. Alla interventioner var individuella och de flesta studierna vände man sig både till barnet och föräldrarna. Alla gav goda resultat på åtminstone någon av utfallsvariablerna. Av de studier där man inte involverade föräldrarna var det bara en som gav gott resultat. Majoriteten av studierna gav bara en session medan Berkowitz et al., (2011) gav fyra. Denna visade också på det bästa resultatet. I de flesta studierna gav man också samma intervention till alla förutom Berkowitz et al. (2011) som gav interventionerna stegvis efter screening och till dem som bedömts mer i risk att utveckla PTSD.

När det gäller effekt, dvs. bra resultat, så kunde fem av dem identifiera goda inomgrupps behandlingseffekter för åtminstone en utfallsvariabel. *Ingen studie rapporterade skadliga effekter.* Övergripande kunde det visas goda utfallsmått på dissociation, ångest och till viss del överspändhet. Gällande posttraumatisk stress var resultaten dock små och icke signifikanta. Således är det möjligt att anta att just tidig intervention inte hjälper mot posttraumatisk stress men väl mot de ovan nämnda symtomen. Undantaget var Berkowitz et al. (2011) där medium till stor effekt visades när det gällde PTSD-symtom.

Kramer och Lanholts (2011) systematiska review studie visade att tidig intervention bör innehålla åldersadekvat psykoedukation, individuella coping-strategier, involverande av föräldrar samt möjligen någon form av traumanarrativ. Antalet sessioner kan också ha betydelse på så vis att fler sessioner är mer hjälpsamt än få. Berkowitz et al's (2011) studie var den som bidrog mest till de goda resultaten. Men med tanke på att

många barn och ungdomar klarar sig utan behandling kan en stegvis procedur där man screeningar för risk för långvarig symtom/sjukdom eller svårigheter innan man ger interventioner till dessa barn rekommenderas.

8. Kassam-Adams et al. (2011) var en RCT-studie där intervention gavs på akutsjukhus. Först screenades för risk, därefter gavs intervention stegvis av personal på sjukhuset, med involvering av föräldrarna. Med bedömning/screening gavs två sessioner varav den ena på sjukhuset och den andra på telefon ca 2 veckor efter hemskrivning. Kontrollgruppen fick vanligt omhändertagande dvs ”treatment as usual”. Båda grupperna visade på förbättring i reduktion av posttraumatiska symtom. I studien fann man ingen preventiv skillnad mellan grupperna när det gällde PTSD, depression eller ”primary quality of life”. Tio procent av barnen i varje grupp var i fortsatt risk för att utveckla mer PTSD och andra svårigheter med psykisk ohälsa. Konklusionen var att mer studier behövs och att den här studien inte kunde bidra till att tala om vad som behövs eller inte.

9. Kramer och Lanholt (2014) genomförde en studie av barn och ungdom som råkat utför trafikolyckor och brännskador. Interventionen bestod av två sessioner. Först screenades deltagarna antingen via telefon eller i personligt möte, 5–19 dagar efter olyckan. Baslinjeintervjun och första sessionen gavs i direkt anslutning till varandra. Två veckor efter första sessionen gavs den andra. Interventionen kallas översatt: ***”Tidig intervention till barn och föräldrar”*** medan kontrollgruppen gavs ”standard medical care”. Interventionen beskrivs som en strukturerad i 4 steg; *först* rekonstrueras olyckan genom detaljerat prat, leksaker eller att barnet får rita; i *andra* steget sker identifiering av dysfunktionella olycksrelaterade funderingar/tankar och barnet stöds att förändra dem; i det *tredje* steget, ges psykoedukation för att normalisera barnets stressymtom och diskussion om möjliga coping-stratergier. *Fjärde* steget innebär att en broschyr ges med information om posttraumatisk stress och vart man kan vända sig. Åtminstone en förälder måste vara med.

För förskolebarn blev det en signifikant reduktion över tid när det gäller PTSD-symtom men ingen skillnad mellan grupperna. För skolbarn fanns en signifikant reduktion av depressiva symtom över tid men även här fanns ingen skillnad mellan grupperna. Det fanns ingen signifikant interventionseffekt på diagnosen ASD/PTSD, dock när det gäller den äldre årsgruppen fanns det tendenser till en positiv interventionseffekt med mindre PTSD symtom (intrusion) och signifikant mindre internaliserande problem och stor effekt vid en 3 månaders uppföljning. Trots att man ej funnit några starka resultat uppgav mammor till små barn att de upplevt interventionen positivt medan den äldre åldersgruppens föräldrar och barn inte upplevde den som varken positiv eller negativ. Författarnas konklusion var att det är en relativt liten studie, att det kanske behövs mer exponering och att det var positivt att skolbarnen återhämtar sig snabbare.

10. Hahn et al. (2016) genomförde en för och eftermätningsstudie (icke randomiserad) för barn som varit utsatta för någon form av sexuella övergrepp och kommit till Barnahus (Childrens Advocay centers) i USA. Populationen bestod av 114 vårdnadshavare med barn som nyss hade varit med om, alternativt berättat om sexuellt övergrepp. Interventionen var samma som i studien av Berkowitz et al. (2011) ***Child and Family Traumatic Stress Intervention CFTSI.*** Studien visade på signifikanta resultat när det gäller symtomreduktion för både barn och föräldrar, vilket trots det icke randomiserade forskningsförfarandet stärker den tidigare randomiserade studien av Berkowitz et al., (2011).

”Efter barnförhöret” är en nyligen presenterad svensk modell från Allmänna Barnhuset (Elfström, Landberg & Olofsson, 2017) som beskriver en första intervention efter ett barnförhör om misstänkt barnmisshandel. Modellen som består av tre delar 1. Informationsmöte med föräldrarna, 2. Hembesök (dessa båda delar sker samma dag som barnförhöret) samt 3. Uppföljande samtal. Modellen har prövats ut och använts i cirka niohundra ärenden kopplade till Barnahus Huddinge och Södertälje men har ännu inte utvärderats vetenskapligt vilket bedöms som mycket angeläget.

3.3. Avslutande slutsatser och kommentar

Att kunna identifiera barn som riskerar att utveckla posttraumatisk stress kan spela en viktig roll när det gäller att minska risken för att utveckla längre efterverkningar av potentiellt traumatiska händelser. Detta är något som framkommer i alla de refererade studierna. Ingen studie rapporterar skadlig inverkan vid de tidiga interventionerna. Utvärderingarna av interventionerna visar på positiva tendenser även om man inte får signifikanta symtomreduktioner när det gäller posttraumatisk stress. De flesta av studierna utvärderar interventioner som bara har 1 session, vissa 1–2 och ibland endast en information via webben och en broschyr. Den intervention i översikten som gällde en av de mest välgjorda studierna var metoden CFTSI (metoden beskrivs ovan). Den visade bäst resultat med signifikant symtomreduktion på flera utfallsmått efter 4 sessioner, även på posttraumatisk stress. Denna metod har även i icke randomiserad studie (n=114, 5–8 sessioner) vid för- och eftermätning visat på signifikanta resultat och metoden är också bedömd av CEBC som en metod med lovande vetenskapligt stöd (nivå 3).

Forskning visar att det sker en spontanläkning av posttraumatisk stress för cirka 50 procent de första tre månaderna. Därefter planar det ut och efter 6 månader är det inte längre troligt att symtomen försvinner utan intervention (Hiller et al., 2016).

Det som framkommit tämligen samstämmigt i denna kunskapsöversikt är att vi bör screena för risk samt ge psykoedukation när det gäller stora olyckor och naturkatastrofer. De bästa och mest lovande resultaten när det gäller tidiga interventioner har CFTSI.

Vi kan se en svaghet i att i stort sett inga interventioner vänder sig till barn under 6–7 års ålder, samt att de flesta interventioner vänder sig till barn som varit utsatt för kroppsliga trauma (såsom bilolyckor) medan få vänder sig till barn som upplevt interpersonella trauma.

4. Behandling

Sedan slutet på 1980-talet har det i forskning framkommit att barn och ungdom som utsätts för våld, sexuella övergrepp och andra potentiella trauman (t.ex. bevittnat våld, trafikolyckor, naturkatastrofer eller tidigt förlorat sina föräldrar) medför en ökad risk för psykisk ohälsa på olika sätt. Som tidigare påpekats reagerar alla barn inte lika och reaktioner på en svår livshändelse kan vara av övergående karaktär. Men den kan också ge ett längre svårt lidande även upp i vuxenålder. Sexuella övergrepp har i studier visat sig kunna ge olika symtom under kort eller lång tid så som ökad nivå av svår depression, självmordstankar, social ångest, beteendestörningar, (Nelson, et al 2002), dissociation, posttraumatisk stress, skadad självkänsla, diskriminerat sexuellt beteende (Briere, & Elliot, 1994), missbruk, ätstörningar, paniksyndrom (Kendler et al., 2000), beteende problem, skolproblem och svårigheter att relatera till andra (Beitchman, Zucker, Hood, DaCosta & Akamn, 1991,1992) samt självskadebeteende (Zetterqvist, Lundh, & Svedin, 2014, Zetterqvist, 2014).

Kunskapen om den påverkan olika potentiella trauman kan få har lett till att det utvecklats ett flertal behandlingar för att lindra skadeverkningarna. Varje barn som efter ett trauma behöver behandling ska först bedömas utifrån symtomens svårighetsgrad och barnets behov. Det är önskvärt att den behandling som barnet sedan rekommenderas är det bästa som står till buds: evidensbaserade metoder och eller evidensbaserad praktik.

Antalet studier när det gäller dessa evidensbaserade behandlingar har ökat med åren och blivit så många att forskare har försökt att genom review-studier, metaanalyser och även metaanalys av metaanalyserna, systematisera vad de enskilda studierna kommit fram till. Dessutom har man försökt att titta på gemensamma nämnare för vad som är mest hjälpsamt och vilken effekt de olika behandlingarna visat.

Denna översikt är ett försök att ge en samlad bild av olika former av behandlingar som framkommit genom en systematiserad litteraturöversikt. Översikten baseras i huvudsak på tidigare gjorda review-studier enligt socialstyrelsens principiella ställningstagande att en forskningsfråga kan besvaras med en redan publicerad systematisk litteraturöversikt, review studier eller metaanalys studier *https://utbildning.socialstyrelsen.se/enrol/index.php?id=33*

4.1. Tillvägagångssätt

Tillvägagångssättet vid denna systematiska översikt har följt samma principer som vid de tidigare två avsnitten om bedömning och tidig intervention, dock med andra sök ord.

4.1.1. Sökord

Review förfrågan – Intervention – Traumatisk erfarenhet:

DELTAGARE: children and adolescents (0-18), traumatic experience, sexual abuse, physical abuse, neglect.

INTERVENTIONER: evidence based interventions/evidensbaserade interventioner.

UTFALL: förbättrat psykologiskt mående/outcome, posttraumatic stress, depression, dissociation, behavior problems, symptoms after trauma.

TYP AV UTFALL: förbättrat psykologiskt mående/outcome, posttraumatic stress, depression, dissociation, behavior problems, symptoms after trauma.

TYP AV STUDIER: review, meta-analysis, randomized studies.

PUBLICERINGSPERIOD: 2007 och framåt.

4.1.2. Sökta databaser

De olika databaserna PsychINFO, Pubmed, Scopus, ProQuest samt på ISTSS's hemsida genomsöktes med ovanstående sökord. Sökningen kompletterades avslutningsvis med manuella sökningar.

4.2. Resultat

Sökningen resulterade i nio review-studier eller metaanalytiska studier. Dessa presenteras i tabell 2, med avseende på typ av studie, årtal som studien täcker, antal ingående studier, antalet ingående deltagare, deltagarnas ålder samt studerad traumatyp.

Tabell 2. Översikt över metaanalyser och review-studier ingående i kunskapsöversikten

Studier	Studie Typ Sök år	Antal studier N	Antal deltagare N	Deltagar-na ålder	Trauma typ
Hetzel-Riggin, M.D., Brausch, A.M., & Montgomery, B.S. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescnets: An exploratory study. *Child Abuse & Neglect 31*, 125-141.	***Meta analys*** 1975-2004	28	2612	2–14	Sexuella övergrepp
Silverman, W.K., Ortiz, C.D., Viswesvaran, C., Burns, B., Kolko, D., Putnam, F.W., & Amaya-Jackson, L. (2008). Evidenced-Based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child & Adolescents Psychology* 37 (1) 156-183	***Review*** 1993-2007	21 (plus 2 som har uppföljning av de 21	1813	Olika 2–18	Blandat Sexuella övergrepp, Våld, Orkan Fysisk misshandel Trafikolycka
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) 517-515.	***Meta analys*** Fram till 2009	39	1258	<6år 7–12år 13–19år	Sexuella övergrepp
Gilles, D., Taylor, F., Gray, C., O`Brien, L., & D'Abrew, N. (2012). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents (Review). *Cochrane Database Syst Rev. 2012 Dec 12;12:CD006726*	***Review*** 1967- 2012	14	758	3–18 år	Sexuella övergrepp, Samhällsvåld, Naturkatastofer, Våld i nära relation, Trafikolycka
Benuto, L.T., & O'Donohue, W. (2015). Treatment of the sexually abused child: Review and Synthesis of recent Meta-analyses. Children and youth Services Review, 52-60. Benuto, L.T., & O'Donohue, W. (2015). Treatment of the sexually abused child: Review and Synthesis of recent Meta-analyses. *Children and youth Services Review,* 52-60.	***Review av meta anlyser*** 1992-2013	7 (meta analyser)	77 studier	2–18 år	Sexuella övergrepp
Guterman, J., Schreiber, F., Matulis, S., Schwartzkopff, L., Deppe, J., & Steil, R. (2016). Psychological treatments for symptoms of post-traumatic stress disorder in children, adolescents and young adults: a meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev* 19:77-93.	***Meta analys*** 1980-2014	135	9562	2–25 år	Blandat Sexuella övergrepp Våld, Orkan Fysisk misshandel Trafikolycka Naturkatastrofer
Morina, N., Koerssen, R., & Pollet, T.V. (2016) Interventions for children and adolescents with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of comparative outcome studies. (2016). Clinical Psychology Review, 47, 41-54.	***Meta analys*** 1982-2015	41	4184	3–18 år	Blandat Sexuella övergrepp masskonflikter Trafikolyckor våld
Gilles, D., Malocchi, L., Bhandari A.P., Taylor, F., Gray, C., O'Brien L.(2016). Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. *Cochrane Database Syst Rev. 2016 Oct 11;10:CD012371.*	***Review*** 1950 - maj 2015	51	6201	2–24 år	Blandat Sexuella övergrepp Samhällsvåld Fysisk misshandel
Dorsey, S., McLughlin, K.A., Kerns, S.E.U., Harrison, J.P., Lambert, H.K., Briggs, E.C., Revillion Cox, J., & Amaya-Jackson L. (2017). Evidence Base update for psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(3), 303-330	***Review*** Jan 2007- maj 2014	37	3240	0–18 år	Blandat Sexuella övergrepp, Våld, Orkan Fysisk misshandel, Trafikolycka

4.2.1. Kort beskrivning av de olika studierna

1. Hetzel-Riggin, Brausch, & Montgomery, (2007).
(Ingår i också Benutos och Donohues metaanalys av metaanalyser, 2015).

Författarna gör en metaanalys av studier som mäter effekten av behandling för barn och ungdomar som har varit utsatta för sexuella övergrepp. Inkluderade är 28 studier publicerade mellan 1986–2004. Olika aspekter av psykologisk behandling undersöks såsom specifika modaliteter (individuell behandling, kognitiv beteendeterapi etc.) samt sekundära problem såsom (utagerande, psykologisk stress etc.).

Författarna menar att det har funnits olika uppfattningar i forskningslitteraturen framför allt hur man ska se på symtomen och hur de ska behandlas vid sexuella övergrepp. Detta kanske beror på att olika synsätt har utvecklats utifrån att ett sexuellt övergrepp inte är en diagnos utan en händelse (Finkelhor, & Berliner, 1995) men som i sin tur kan leda till en störning, syndrom eller en lång rad andra problem. Heterogeniteten hos de barn och unga som söker hjälp kan vara en orsak till variationen på symtom, exempelvis om övergrepp skett inom eller utom familjen, ålder, osv.

Undersökningen baserades på sökningar i databaserna PsychInfo, Social Science Abstracts och Medline med sökorden child abuse, sexual abuse, treatment, therapy, outcome, cognitive-behavioral, play therapy, and family therapy. Sökningen täckte åren 1986-2004 och nödvändiga kriterier var att studierna mätte effekt av behandling, använde en pre-post design, att undersökningsgruppen utgjordes av minst 10 deltagare, att det fanns tillräcklig statistisk information att tillåta nya beräkningar av effektstorlek samt att de skulle vara publicerade i en refereegranskad tidskrift. Sammanlagt uppfyllde 28 studier dessa kriterier (n=28). Deltagarna i studierna var 2–14 år gamla.

Sammanfattning av metaanalysen visade på en stor effektstorlek d = 0,74 för behandling jämfört med d = 0.46 för barnen utan behandling (p<.001). Resultaten indikerade att den övergripande psykologiska behandlingen (alla inriktningar) efter sexuella övergrepp tenderade att resultera i bättre resultat än om barnen var utan behandling.

Det fanns dock en betydande olikhet i effektiviteten hos de olika psykologiska behandlingsinriktningarna. T.ex. verkade lekterapi vara den mest effektiva behandlingen för sociala funktionsproblem, medan kognitiv beteendeterapi, övergreppsspecifik terapi, och stödjande terapi, antingen i grupp eller individuellt, var mest effektiva för beteendeproblem.

Kognitiv beteendeterapi, familjeterapi och individuell terapi tycktes vara den mest effektiva för psykisk stress medan övergreppsspecifik terapi, kognitiv beteendeterapi och gruppterapi tycktes vara den mest effektiva vid dålig självuppfattning.

Modererande faktorer som påverkade terapin kunde vara egenskaper hos barnet, övergrepp inom familjen eller inte och terapiupplägg. Av barnkarakteristika hade ålder och kön ingen betydelse medan etnicitet hade betydelse på så sätt att om andelen vita (kaukasier) ökade så ökade effektstorleken av behandlingen.

Om övergrepp inom familjen var vanligare i studierna så minskade effektstorleken. Slutligen så ökade effektstorleken med antalet terapisessioner och terapins längd medan terapeutens utbildning inte påverkade terapiutfallet.

Avslutningsvis kunde man notera att även om behandling gav stor effekt så var variationerna i gruppen som ej fått behandling också stor, vilket tolkades som att det finns obehandlade barn som visar en positiv förändring vilket möjligen kan förklaras av olika faktorer som påverkar motståndskraften.

Slutsatsen av metaanalysen var att behandling vid sexuella övergrepp hos barn har större effekt på olika symtom och beteendeproblem än ingen behandling. Det visar sig dock vara skillnader på inriktning vid olika sekundära problem varför författarna förordar en individuellt anpassad behandling utifrån de problem som barnet eller ungdomen uppvisar. Detta stöds av andra forskare och kliniker som påpekar den stora variationen av svårigheter som barn kan uppvisa efter sexuella övergrepp (Finkelhor & Berliner, 1995) och därmed behovet av behandlingar med olika inriktningar och moment (Friedrich, 1990).

2. Silverman, Ortiz, Viswesvaran, Burns, Kolko, Putnam, & Amaya-Jackson, (2008).
Denna review-studie, fokuserar på RCT studier, och inte studier med pre-post design, och på psykosociala behandlingar, inte farmakologiska behandlingar. Utifrån de inklusionskriterier de ställde så hittade de 21 studier samt ytterligare två som presenterar uppföljningsdata för studier som ingick i de första 21.

Undersökningen baseras på sökningar i databaser såsom: PsycINFO, Medline och Pilots mellan åren 1993-2007. Använda sökord var: trauma, abuse, exposure, disaster, earthquake, flood, hurricane, tornado, shooting, vioulence, accident, posttraumatic stress, posttraumatic stress disorder, child, adolescent, infant, efficacy, effectiveness, clinical trial, randomized clinical trial, therapy, intervention and treatment. Detta kompletterades med strategiska sökningar i ett antal vetenskapliga tidskrifter referenslistor som man ansåg kunde vara av intresse för frågeställningen.

Vid graderingen av studierna utgick författarna från Nathan & Gorman's (2002) gradering av studiekvalitet:

TYP 1 STUDIER är de mest rigorösa och involverar prospekterat klinisk metodologi.

TYP 1 STUDIERNA måste ha jämförelsegrupp, randomisering, blind bedömning och en klar presentation av inklusions- och exklusionskriterier. Studierna behöver också baseras på diagnostiska metoder enligt "state of the art", adekvat sampelstorlek (power) och tydligt beskriven statistik.

TYP 2 STUDIER "clinical trials" där en intervention testas men där minst ett av Typ 1-studiernas karaktär fattas. Således är Typ 1-studierna mer att luta sig mot medan Typ 2 trots allt är studier som kan föra kunskapen framåt.

Därefter bestämdes nivån på de ingående behandlingarna och då utifrån Chambless.& Hollon's (1998) kriterier för evaluering av psykosociala behandlingar för barn och ungdomar som utsatts för traumatiska händelser:

Kriterium 1. Väletablerad

1.1. Det måste vara åtminstone en två-grupp design, utförd av åtminstone två oberoende miljöer och undersökningsteam, som visar att effektiviteten av behandlingen är:

a) statistiskt signifikant bättre än läkemedel, psykologisk placebo eller annan behandling

ELLER

b) likvärdig (eller inte signifikant olik) en annan redan etablerad behandling i undersökningen med statistisk power tillräcklig för att hitta moderata skillnader.

OCH

1.2. Behandlingsmanualer eller logiskt likvärdiga metoder har använts i behandlingen

1.3. Utförts i en population, som behandlas för specifika problem, där inklusionskriterierna har följts på ett reliabelt och valitt sätt

1.4. Reliabla och valida utvärderingsinstrument med minimikrav att de mäter de problem som behandlingen avser att påverka

1.5. Adekvata dataanalyser har använts

Kriterium 2. Troligtvis effektiv

2.1. Det måste finnas åtminstone 2 studier som visar att interventionen är mer effektiv än ingen behandling alls (exempelvis väntelista som jämförelsegrupp)

ELLER

2.2. En eller flera undersökningar som möter väletablerade behandlingskriterier med ett undantag att de genomförts i två oberoende miljöer och oberoende undersökningsteam

Kriterium 3. Möjligtvis effektiv

3.1. Åtminstone en studie som visar sig effektiv i frånvaro av bevis för motsatsen

Kriterium 4. Experimentell

4.1. Behandlingar som ännu inte testats i undersökningar som möter kriterierna för tillräcklig metodologi.

Silverman och medarbetare (2008) skriver att den då mest undersökta behandlingen var TraumaFokuserad Kognitiv Beteende Terapi (TF-KBT), som blir bedömd som väletablerad. Den kallas lite olika (KBT, TF-KBT osv.) men de gemensamma komponenterna som finns i dessa studier är att: man arbetar med barnet på ett individuellt plan, ger träning i kognitiva och beteendeprocedurer, och använder sig av exponeringsuppgifter via narrativ, teckningar eller andra imaginativa metoder. Några behandlingar involverar också föräldrar eller individuella möten med föräldrar eller involvering av barn och föräldrar. Författarna menar att sammantaget så är TF-KBT den enda behandlingen som kan bedömas vara **väletablerad** för behandling av barn som varit utsatta för traumatiska händelser.

Två studier om skolbaserad och gruppbaserad KBT bedömdes som troligtvis effektiva. Dessa var Group Cognitive-Behavioral Intervention for Trauma in Schools (CBITS) och Mental Health for Immigrants Program som också var baserad på CBITS.

Eye Movement Desentization Reprocessing (EMDR) som ofta också nämns som en behandling för att bearbeta trauma hamnar i denna översikt på m**öjligtvis effektiv**. Resilient Peer Treatment (RPT), Cognitiv Processing Therapy (CPT) och Child and Parent Psychotherapy, (CPP) bedömdes också som **möjligtvis effektiva**. En orsak till att de hamnar bland de möjligtvis effektiva menar författarna är att det finns för få studier och de som finns är mycket små.

Silverman och medarbetare gör också en metaanalys av de funna studierna och studerar effektstorleken över alla behandlingarna (gjorda genom jämförelse med väntelista eller kontrollgrupper). Effekt storlek ***(d)*** för de olika utfallsmåtten var PTSS .43, depression .24, ångest .09 och externaliserade problem .22. Således fann man att behandlingarna var positiva men måttliga, framför allt beträffande ångest. Det verkade finnas modererande faktorer som påverkade effektiviteten.

Slutsatsen som Silverman och medarbetare gör är att TF-KBT mötte alla kriterier för att betraktas som en väletablerad metod (skolbaserad KBT troligen effektiv). De andra behandlingarna som ingick i studien var möjligen effektiva. För TF- KBT var effekt storlek ***d*** = .50, för PTSS-symtom och vid sexuella övergrepp ***d*** = .46.

3. Harvey & Taylor, (2010).
(Ingår i också Benutos och Donohues metaanalys av metaanalyser, 2015).

Harvey och Taylor gör en metaanalys av behandling av barn och ungdomar som varit utsatta för sexuella övergrepp. De inkluderade 39 studier som publicerats under åren 1977 till 2009. Deltagarna i studierna var åldrarna mellan 6 och 18 år.

Inkluderade studier var de där; behandlingen beskrivs som terapi enligt Weisz och medarbetares definition (1987), populationen bestod av barn och tonåringar upp till 18 års ålder som hade varit med om sexuella övergrepp, RCT-studier samt studier av empirisk kvalitet, som var skriven på engelska, unikt datamaterial (en del studier rapporterade fler gånger), att datamaterialet erbjöd ett tillräckligt statistiskt underlag. Single case-studier exkluderades.

Sökta databaser var PsycINFO, Social Service Abstract, Medline och Cochrane Central Register of Controlled Treials databases t.o.m. 2009. Sökord var sex abuse, child abuse, treatment, therapy, intervention, outcome, sex offenses, incest, och sexual.

Harvey och Taylor fann stora effektstorlekar för globala mått på hälsa (g=1.37) och PTSD (g=1.12) samt moderat effektstorlek för internaliserade symtom (g= 0.74), självuppfattning, (g= 0.63), externaliserade symtom (g= 0.52) och sexualiserat beteende (g= 0.49) medan de fann små effektstorlekar för coping (g= 0.44), vårdgivares utfall (g= 0.43) och sociala färdigheter (g= 0.38).

Effekterna fanns kvar vid uppföljning 6 månader senare. De flesta behandlingarna gav en symtomreduktion. Olika sätt att behandla hade samband med utfallsmått. Författarna menar att evidens finns för ett antal faktorer som modererar utfallet, speciellt traumarelaterade sådana, och att behandlingar kan bli mer effektiva när de skräddarsys för individuella behov hos barn och ungdomar. Det är viktigt att man beaktar specifika symtomkonstellationer, utveckling, sammanhang och bakgrund. I studien/metaanalysen inkluderas behandlingar såsom kognitivt beteendeterapeutiska, undervisande, övergreppsspecifika, narrativa, EMDR, lekterapi, i olika modaliteter såsom individuellt och i grupp eller familjeterapi i olika format. Resultaten visade att trauma-fokuserad kognitiv beteendeterapi var bäst för att möta posttraumatiskt stress syndrom (PTSD) men att andra behandlingar kunde vara bättre när det gäller beteendeproblem eller sexuella beteenden. Det konstaterades också att det var bra att ha med den icke förövande vårdnadshavaren i behandlingen.

Slutsatsen som Harvey och Taylor gör i sin metaanalys är att behandling för sexuella övergrepp hjälper och de konkluderar att variationerna av olika symtomdomäner och behandlingar understryker vikten av att terapin möter individuella behov.

4. Gilles, Taylor, Gray, O`Brien, & D'Abrew, (2012).
Gilles och medarbetare gör en reviewstudie på psykologiska behandlingar av barn och ungdomar som diagnostiserats med diagnosen PTSD. De redovisar mycket noggrant hur de gått tillväga.

Inklusionskriterier var alla randomiserade kontrollerade studier där psykologiska behandlingar jämförts med kontroller, farmakologisk behandling eller andra behandlingar av barn- och ungdomar som utsatts för en traumatisk händelse eller diagnostiserats med PTSD.

De sökte i Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Review Group's Specialised Register (CCDANCTR) fram till december 2011. CCDANCTR innehåller relevanta randomiserade kontrollerade studier från databaserna: CENTRAL (the Cochrane Central Register of Controlled Trials) (all år), EMBASE (1974 -), MEDLINE (1950 -) och PsycINFO (1967 -). De sökte också i referenslistor i relevanta studier och reviewer. Inga språkrestriktioner användes.

Fjorton studier med sammanlagt 758 deltagare kom att inkluderas i översikten. De trauman de olika deltagarna varit exponerade för inkluderade sexuella övergrepp, samhällsvåld, naturkatastrofer, våld i nära relation och trafikolyckor. De flesta var klienter vid en traumamottagning.

De psykologiska terapierna som använts var KBT, exponeringsbaserade, psykodynamiska, narrativa, stödjande rådgivning samt Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR). De flesta jämförde psykologisk terapi med kontrollgrupp. Ingen studie jämförde psykologisk behandling med psykofarmakologisk behandling eller psykofarmaka som komplement tillsammans med psykologisk behandling.

Gemensamt för alla de psykologiska terapierna var att det skedde en signifikant förbättring generellt (3 studier) och att symtom beträffande PTSD (7 studier), ångest (3 studier) och depression (5 studier) var signifikant lägre en månad efter behandling jämfört med kontrollgrupp.

Den bästa evidensen för behandlingseffekt hade KBT. Förbättringen höll i sig upp till ett år efter behand-

ling för PTSD-symtom och depression i KBT-gruppen jämförd med kontrollgruppen. Inga negativa effekter visade sig.

Slutsatsen som författarna drar utifrån sin översikt var att det finns evidens för effektivitet i psykologiska terapier, framförallt KBT, för behandling av PTSD hos barn och ungdom upp till en månad efter behandling. Så som läget är nu finns det ingen klar evidens för effektivitet av en psykologisk metod jämfört med en annan. De konstaterar dessutom att det råder stor heterogenitet i studierna och att fler studier behövs. Granskningen visade också att när författarna skrev KBT så syftade de för det mesta på TF-KBT.

5. Benuto, & O'Donohue, (2015).
Benuto och O´Donohue gör en review och en syntes av tidigare metaanalyser när det gäller behandling av barn som blivit sexuellt utnyttjande.

Litteratursökning gjordes på databaserna PsychINFO, Psych CRITIQUES, Academic Search Premier, Criminal Jusitice Abstrances, och PsycARTICLES. Söktermer som användes var: child sexual abuse; child victim; child sexual offense and child victimization. Sökningen omfattade åren mellan 1992-2013 och sökningen fokuserade på "treatment" (behandling).

Sökningen resulterade i 2374 studier och 26 metaanalyser. Av dessa exkluderades 19 beroende på att studien ej behandlade sexuella övergrepp, att det gällde vuxna eller att det ej var fokus på behandling. Ytterligare vetenskapliga tidskrifter kollades upp.

De sju metaanalyserna som slutligen inkluderades redovisas med medeleffektstyrka var: (Reeker et al., 1997 (d=.79); Hetzel-Riggin et al. 2007 (d=.72); Corcoran och Pillai (2008 (d=<.365); Harvey och Taylor, 2010 (d=.72); Trask et al., 2011 (d=.54); Sánchez-Meca, Rosa-Alcázar och López-Soler, 2011 (d= .64); Macdonald, Higgins, Ramchandani, Valentine, Bronger, Kelin et al.2012 (liten till moderat). Hetzel-Riggin et al. (2007) och Harvey och Taylors (2010) metaanalyser redovisas tidigare i den här kunskapsöversikten.

I sökningen till denna kunskapsöversikt återfanns bara 2 av de 7 studierna som Benuto och medarbetare fick fram, troligtvis beroende på att de även sökt i andra databaser, samt att Cocoran och Pillai's fokus var "föräldrainvolvering", Trask och medarbetare "den mest vanliga effekten" samt Reeker och medarbetare fokuserade på "gruppbehandling" samt kom ut redan 1997. Macdonald och medarbetar riktade in sig på enbart "KBT-behandlingar" samt att Sancheez-Meca och medarbetare i sin titel har "Den psykologiska behandlingen..." vilket kan ha påverkat att den inte återfanns.

Benuto och O´Don0hue redovisar att i de 7 metaanalyserna så varierade genomgående effektstorleken >.365-1.37, således från liten till stor effekt. Studierna analyserade de deltagare som avslutade behandlingen/ terapin och inte de som började.

De konkluderar sina resultat som följer:

1. Behandlingar som ges i en klinisk verksamhet är generellt mer effektiva än behandlingar som ges inom forskningsverksamhet. (Intressant eftersom forskningsstudier oftast kräver mer rigorös design där bl.a. kontrollgrupp krävs).
2. Längre tid i terapi verkar vara associerat med bättre resultat. (det är dock otydligt i studierna vad man menar med "dos" dvs. hur lång tid man definierar med längre, för att uppnå bra resultat).
3. "Eklektisk" terapi eller lekterapi kan vara bäst för "sociala funktionsproblem". Mer tydlighet krävs här också för vad man exakt menar för problem.
4. KBT är överlägset andra teoretiska modeller och är bäst för beteendeproblem, självuppfattning (self-concept), PTSD och effekt på vårdnadshavare. KBT hade moderat effektstyrka som bäst.
5. En slutlig bedömning återstår för att fastställa huruvida formatet (individuell, familj eller grupp) är förknippat med bättre behandlingsresultat.

Författarna anger som en begränsning att av de i meta- analysen inkluderade 77 studierna var bara 23 RCT-studier samt att en av RCT-studierna dessutom var en uppföljningsstudie på en av de tidigare ingående studierna. Det behövs mer detaljer om vad innehållet i terapierna är. De menar att det är skillnad vad gäller terapiutforming med avseende på ålder dvs. t.ex. på en tvåårings och en fjortonårings terapi. De menar också att det i dessa studier inte tas tillräckligt hänsyn till problem som barn kan ha före utnyttjandet "the abuse". Det var också oklart vilka bedömningsinstrument som använts och om de t.ex. var tillräckligt validerade eller ej.

6. Guterman, Schreiber, Matulis, Schwartzkopff, Deppe, & Steil, (2016).
Guterman och medarbetare gör en metaanalys av behandling för PTSD när det gäller barn, ungdomar och unga vuxna. Traumaexponeringen var blandad.

Litteraturgenomgången gjordes genom sökningar i databaserna PubMed, PsycINFO, Psyndex, Web of Science, Cochrane Libary and PILOTs med sökorden:
1. Treatment OR therapy OR intervention OR psychotherapy
2. Youth OR child OR adolescen OR pediatric OR young OR teen
3. PTSD OR posttrauma OR post-trauma OR posttrau-

ma OR trauma
4. Fire OR explosion OR domestic violence OR physical violence OR physical neglect OR physical abuse OR maltreat OR mistreat OR punishment OR inscest OR child abuse OR sexual abuse OR refugee OR war OR hurricane OR tsunami OR tornado OR earthquake OR flood OR natural disaster OR terroris OR shooting OR massacre OR kid kidnap witness OR victim.

De fann 13 040 artiklar, varav 135 studier med 150 behandlingsinriktningar som uppfyllde inklusionskriterierna (psykologisk intervention med barn och/eller ungdomar med PTSD-symtom som rapporterade kvantitativa symtomförändringar) kom att ingå i metaanalysen med sammanlagt 9562 deltagare. Sökningen omfattade tidsperioden 1980-2014 april.

De 150 behandlingsinriktningarna var: 84 behandlingar identifierade som KBT, (56%), 17 som huvudsakligen psykoedukation (11%), 12 stycken som EMDR (8%), nio stycken som andra traumafokuserade interventioner (6%), nio stycken som andra icke traumafokuserade interventioner (6%), tre stycken som avslappnings eller meditations interventioner (2%), fyra som stödjande (3%), fyra som psykodynamiska (3%), en (1%) som stresshantering (1%) samt en som hypnoterapi (1%).

Metaanalysen gav vid handen att psykologiska behandlingar kan hjälpa barn och unga som lider av PTSD, depression och ångestsymtom effektivt. Behandlingar där man jämfört med TAU (Treatment As Usual) eller annan behandling visade mindre effektstorlek än om man jämförde med väntelista eller ingen behandling alls. Enbart RCT-studier gav medelstor effekt. I studier med äldre ungdomar var effektstyrkan större och författarna menar att det kan bero på att kognitiva behandlingar och interventioner inte passar mindre barn eller att bedömningsinstrumenten inte är anpassade för de yngre.

Metaanalysen visade att det var en medelstor effekt på PTSD-symtom som varierade från stor till liten beroende på vad man kontrollerat för i undersökningarna. Kognitiv beteendeterapi (KBT) erhöll de största effektstorlekarna. Ålder och involverandet av vårdnadshavare var identifierade som moderatorer. Speciellt var individuell KBT med involvering av vårdnadshavare mest effektiv när det gällde behandling av traumasymtom. De kommenterar också att behandlingar måste modifieras så att de passar yngre patienters behov.

Slutsatsen som författarna drar är att barn och ungdomar som lider av PTSD kan behandlas effektivt med psykologiska interventioner vilka inte bara förbättrar PTSD-symtom utan också depression och ångestsymtom. Man fann dock signifikant mindre effektstorlekar i studier som använder TAU och aktiva kontrollgrupper än i studier som använder obehandlade eller väntelista som kontrollgrupp samt att medelstor effekt för alla symtom uppvisades endast i RCT-studier. KBT med exponeringsbaserade behandlingar visade sig vara mest lovande, och behandlingar med TF-CBT manual var mest effektiva. Då det gäller EMDR för ungdom behövs mer forskning liksom om terapier som ofta används i klinisk praktik som t.ex. lekterapi. Andra aspekter att beakta i framtida forskning är tydlighet med de ingående klienternas ålder, interventionens innehåll, samt tidigare svårigheter och diagnoser.

7. Morina, Koerssen. & Pollet, (2016).

Morina och medarbetare gör en metaanalys av behandling för PTSD när det gäller barn och ungdomar upp till 18 års ålder. Traumaexponeringen var blandad.

De databaser man använde sig av i undersökningen var: Medline, PsychINFO, och PILOTS med inklusionskriterierna: randomized controlled trial (RCT), deltagare yngre än 18 år, minst 10 deltagare per interventionsgrupp samt behandling av PTSD.

Analysen kom att slutligen omfatta 41 RCT-studier, varav 39 med psykologisk behandling och två med farmakologisk behandling.

Resultaten av metaanalysen visade att psykologisk intervention var effektiv vid behandling av PTSD med aggregerad effektstorlek på Hedge's g = 0.83 vid jämförelse med väntelista och g = 0.41 vid jämförelse med andra behandlingar. TF-KBT, som var den mest undersökta behandlingsformen, erhöll en stor effektstorlek g= 1.44 vid jämförelse med patienter på väntelista och en medelstor effektstorlek g = 0.66 vid jämförelse med aktiva kontroller.

Slutsatsen som författarna drog är att psykologiska interventioner effektivt kan reducera PTSD-symtom hos barn och unga. Den behandling som de fann mest evidens för var TF-KBT. De konstaterade också att det fanns mycket lite evidens som stödjer användandet av farmakologiska interventioner för pediatrisk PTSD.

8. Gilles, Maiocchi, Bhandari, Taylor, Gray & O´Brien, (2016).

Gilles och medarbetare gör en review-studie som ingår i Cochrane Database of Systematic Reviews med avsikten att bedöma effekten av terapier för att motverka utvecklingen av PTSD och associerade känslomässiga, beteendemässiga och psykiska hälsoproblem bland barn och ungdomar (2–24 år) som upplevt en traumatisk händelse.

Författarna sökte i Cochrane Common Mental Disorders Group's Specialized Register efter studier publicerade fram till 29 maj 2015. Detta register innehåller rapporter med relevanta randomiserade kontrollerade

studier från The Cochrane Library (alla år), EMBASE (från 1974), MEDLINE (från 1950) och PsycINFO (från 1967). Avslutningsvis kontrollerades också referenslistor relevanta studier och översiktsartiklar. Sökningarna begränsades inte av datum, språk eller publiceringsstatus.

Inklusionskriterier var alla randomiserade kontrollerade studier av psykologiska terapier som jämförts med en kontrollgrupp såsom behandling som vanligt (TAU), väntelista eller ingen behandling, farmakologisk behandling eller andra behandlingar hos barn eller ungdomar som hade utsatts för en traumatisk händelse.

Författarna menar att det är viktigt att veta eller förstå vilka särdrag som olika behandlingarna har och som anses vara viktiga, så att den bästa behandlingen för en viss individ kan ges. Författarna inledde sin review-studie med en introduktion för att beskriva vad de olika behandlingarna som undersöks antas påverka. De beskriver vad olika terapimetoderna och interventionerna syftade till på följande sätt.

Kognitiv beteendeterapi (KBT) utmanar det förvrängda, negativa tankemönstret som är associerade med traumat med syfte att hjälpa människor att utveckla mer adaptiva tankar och beteenden. **Exponeringsterapi** används för att hjälpa människor att övervinna symtom genom att exponera dem för specifika eller icke-specifika ledtrådar eller minnen relaterade till traumat. Eftersom fragmenteringen och förvrängningen av minnen och tankar som är associerade med trauma anses förhindra symtomförbättring kan **narrativ terapi** användas för att hjälpa någon att rekonstruera en konsekvent berättelse av traumat. Då personer som upplevt trauma ofta har skadade interpersonella funktioner kan **Interpersonell Terapi (IPT)** användas för att förbättra de interpersonella funktionerna. Terapeuter arbetar med personer i **psykodynamisk psykoterapi** för att hjälpa dem utveckla en bättre förståelse för deras reaktioner på trauman och hur traumat påverkar deras känslor, beteenden och relationer. I **Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR)**, fokuserar individen på en störande bild, minne, känsla eller tanke som är associerad med traumat, medan terapeuten initierar snabba frivilligt ögonrörelser. Andra terapier inkluderar **stödjande terapi**, där rådgivare ger stöd, lyssnar till människor för att hjälpa dem att prata om sina problem; **debriefing**, vilket tillåter emotionell bearbetning eller ventilation genom att uppmuntra till att minnas, prata om och därmed bearbeta den traumatiska händelsen (Rose, 2002), och **familjeterapi**, som kan minska psykologiska symtom genom att fokusera på att förbättra familjens kommunikation och funktion.

Författarnas genomgång resulterade i att 51 studier, med 6201 deltagare inkluderades i analysen. Tjugo studier inkluderade bara barn, två bara förskolebarn och 10 studier bara ungdomar. Alla andra inkluderade både barn och ungdomar. Deltagarna hade varit utsatta för sexuellt övergrepp i 12 studier, krig eller samhällsvåld i 10 studier, fysiskt trauma och naturkatastrof i sex studier vardera, interpersonellt våld i tre studier samt i de kvarvarande studierna allehanda olika trauman.

De flesta studierna jämförde psykologisk terapi med en kontrollgrupp såsom TAU, (treatment as usual), väntelista eller ingen behandling. Sjutton behandlingar använde KBT, fyra familjeterapi, tre debriefing, två använde EMDR, två narrativ terapi, två psykoedukation och två stödjande. En studie använde exponeringsterapi och en KBT ihop med narrativ terapi. Åtta studier jämförde KBT med stödjande terapi, två jämförde KBT med EMDR och en studie vardera jämförde KBT med psykodynamisk terapi, exponeringsterapi plus stödjande terapi, stödjande terapi ensamt, narrativ terapi plus KBT. Fyra studier jämförde individuell behandling med gruppbehandling med samma inriktning och en jämförde KBT för barn med KBT för både barn och mammor. Ingen studie jämförde psykologisk behandling med psykofarmaka behandling.

Risken att få diagnosen PTSD om man fått psykologisk behandling/terapi var signifikant reducerad i jämförelse med dem som inte fick någon behandling alls, TAU eller väntelista med uppföljning på upp till en månad efter behandling. Odds ratio 0.51 95% konfidensintervall 0.34-0.77. Även PTSD-symtom reducerades signifikant. Det var ingen skillnad mellan KBT och vare sig EMDR eller stödjande terapi efter en månad beträffande PTSD-diagnos men KBT var något bättre på att reducera PTSD symtom efter en månad jämfört med EMDR, lekterapi och stödjande terapi. Man såg ingen skillnad vid längre uppföljningar.

Slutsatsen som författarna gör är att det finns viss evidens för att psykologiska behandlingar hjälper i prevention av PTSD och symtomreducering efter en månad men att det är begränsad kvalitet på studierna och att studierna är mycket heterogena sinsemellan. Det skulle behövas mycket mer bevis och många fler högkvalitativa studier för att kunna visa på effekt av olika psykologiska terapier för barn som varit exponerade trauma, särskilt med längre uppföljnings tider.

9. Dorsey, McLaughlin, Kerns, Harrison, Lambert, Briggs, Revillion Cox, & Amaya-Jackson, (2016).

Dorsey och medarbetare genomför en review-studie som bygger på den review som Silvermans och medarbetare presenterade 2008. Sedan Silvermans och medarbetares analys som omfattade undersökningar genomförda under åren 1993 till 2007, hade det tillkommit många studier som berörde behandling för barn och unga som varit med om traumatiska händelser och som behandlade mental hälsa, relaterad till traumaexponering.

Författarna fokuserar på de 37 studier som publicerats upp till sju år efter Silverman och medarbetares review och som belyser behandling av traumarelaterade symtom. De databaser som genomsöktes var PsychINFO och Pubmed.

Av de 37 studier som publicerats sedan 2007 var sex studier fokuserade sexuella övergrepp. 20 studier inkluderade varierad trauma exponering, sex studier fokuserade på terrorism och krig, tre fokuserade på fysisk barnmisshandel och/eller familjevåld, två på exponering till andra traumatiska händelser, en på naturkatastrof och död och en studie på annat (fabriksexplosion).

De inkluderade ett brett spektrum av behandlingsalternativ (CBT, eklektisk terapi, lekterapi), såväl individuellt som grupp och med eller utan föräldrar. De begränsade inte sin sökning till enbart RCT-studier för att bättre få en uppfattning av kulturella, etniska och varierande populationer.

De använde samma kriterier som Silverman et al., gjort för bedömning av studier (Nathan & Gorman, 2002, och Chambless & Hollon,1998), var god se ovan under Silverman et al., 2008. De lade till en grupp: 5. ”Behandlingar med ifrågasatt effektivitet”.

Nedan följer en sammanfattning av de ingående studierna och författarnas bedömning av behandlingarnas kvalitet (effektivitet).

Tabell 3. Sammanfattning av de 37 studierna

Väletablerade	Troligtvis effektiva	Möjligen effektiva	Experimentell	Ifrågasatt effektivitet
Individuell KBT med föräldramedverkan	Grupp KBT med föräldramedverkan	IITCT (Individual Integrated Therapy for Complex Trauma)	Individuell klient-centrerad lekterapi	Grupp kreativ uttrycksbehandling + KBT
Individuell KBT	EMDR	Grupp-Mind-Kropp förmåga	Individuell Mind-Kropp-förmåga	
Grupp KBT			Individuell psykoanalys (symboldrama)	

Väletablerade behandlingar:

När det gäller individuell **TF-KBT** med **föräldramedverkan** så är det den mest be forskade behandlingen. Silverman hittade 6 studier, fyra som testade TF-KBT speciellt och fem av de sex fokuserade på sexuella övergrepp. Sedan dess har det tillkommit 11 studier varav åtta stycken är RCT-studier och tre är ”open trials”.

Silverman och medarbetare (2008) fann endast två studier som testade **individuell TF-KBT** medan ytterligare studier har tillkommit sedan dess.

Tre studier med **Grupp KBT** ingick i Silverman och medarbetares analys och sedan dess har ytterligare sex studier tillkommit.

De väletablerade behandlingarna. Innehåller liknande element såsom:

a) Psykoedukation om trauma och prevalens, och vad trauma kan få för inverkan (impact) och om behandlingen.
b) Träning i känsloregleringsstrategier (t.ex. avslappning, identifiering av känslor, kognitiv coping)
c) Imaginär exponering
d) In vivo-exponering
e) Kognitivt processande och
f) Problemlösning

Troligtvis effektiva behandlingar:

I Silverman och medarbetares analys från 2008 fanns två relativt små studier inkluderade angående **Grupp TF-KBT** med föräldramedverkan. Sedan dess har ytterligare två studier på Kognitiv Integrerad Behandling vid Barnmisshandel **(KIBB)** tillkommit i denna grupp.

På samma sätt ingick endast två mindre studier angående **EMDR** i Silverman och medarbetares studie från 2008. Sedan dess har ytterligare tre små studier tillkommit som stärker EMDR:s position som troligtvis effektiv behandling men fler och större studier behövs.

I Silverman och medarbetares analys från 2008 fanns inga studier med möjligtvis effektiva behandlingar, experimentella behandlingar eller behandlingar med ifrågasatt effektivitet medtagna. I denna analys redovisas ett par behandlingsformer som möjligt effektiva, för de övriga hänvisas till originalarbetetet (Dorsey et al, 2017).

Möjligtvis effektiva behandlingar:

Resultat av behandling med **Individual Integrated Therapy for Complex Trauma (IITCT)** beskrivs i tre studier. Resultaten från dessa studier är lovande men blandade varför ytterligare studier behövs för detta kliniskt viktiga område.

Group Mind-Body Skills redovisas som möjligtvis effektiv behandling i två behandlingsstudier av ungdomar med krigsupplevelser i denna review. Behandlingen kombinerar mindfulness, meditation, relaxation, bildtolkning och biofeedback. Behandlingen gav visst stöd för behandlingens effektivitet men fler studier behövs.

Slutsatsen som författarna gör utifrån sin översikt och genomgång av de 37 ingående studierna är att traumabehandling har gjort substantiella framsteg sedan 2008. Utmaningen är hur man kan implementera och upprätthålla interventioner med bevis på effekt eller effektivitet. De menar också att den framtida utmaningen är att balansera fältets fokus på vad som fungerar för vem, med utmaningar avseende genomförande och spridning, befolkningsrekommendationer och folkhälsopåverkan.

4.2.2. Sammanfattning av den genomgångna behandlingsöversikten

Av den ovanstående genomgången av de nio olika översiktsartiklarna och metaanalytiska studierna blir det tydligt att psykologiska behandlingar för barn och ungdom som exponerats för potentiella trauman hjälper. Det hjälper för barn och ungdomar som varit utsatt för våld och eller sexuella övergrepp. Flera av studierna visar på att det är viktigt att också välja behandling utefter barnets erfarenheter behov och förutsättningar såsom ålder, typ av övergrepp/trauma, vad man söker för och vilket problem man tycker att man har. Denna individuella anpassning är något vi skulle vilja kalla ”Tailor made therapy” dvs. att det enskilda barnet och familjen behöver en skräddarsydd behandling.

Det finns också mer evidens för vissa behandlingar än andra, ibland beroende på att det finns fler studier av en viss sorts behandling och färre eller mycket små av en annan typ.

Det finns i dagsläget ett mycket starkt stöd för TF-KBT baserat på 17 randomiserade studier som styrker TF-KBT:s effektivitet. Behandlingen beskriv nedan. Dock ska man beakta att TF-KBT vänder sig till barn som fyllt 6 år och som har ett bättre utvecklat språk och har större kognitiva förmågor än yngre barn. När det gäller yngre barn (under 6 år) så bör leken få en större plats. Child and Parent Psychotherapy (CPP) är en behandling som visat sig vara troligen effektiv (beskrivs nedan) och som rekommenderas till mindre barn som bevittnat våld. Även EMDR kan ges till mycket små barn (beskrivs nedan). Kognitiv integrerad behandling vid Barnmisshandel (KIBB) är ytterligare en behandling som har de ingredienser som de väletablerade behandlingarna har men där det fortfarande finns för få och för små studier.

Således är det TF-KBT som kan sägas vara den behandling som bör rekommenderas i första hand när det gäller sexuella övergrepp. Vid Fysisk misshandel rekommenderas KIBB om barnet ska fortsätta leva med den som utsatt barnet, i annat fall TF-KBT. För yngre barn rekommenderas CPP och EMDR.

För ungdomar som uppvisar mer komplex traumatisering rekommenderas IITCT som innehåller alla ingredienser som de väletablerade behandlingarna har, plus lite fler.

Det är då viktigt att se var i vårdkedjan de olika behandlingarna kommer in, alltifrån exponering av ett potentiellt trauma, screening/risk, bedömning, behandling som sätts in efter ca 4 veckor eller om det behövs mer komplexbehandling.

Det framkommer också att det finns mycket kunskap om vad som idag har visat sig effektivt när det gäller arbete med barn och trauma och det viktigaste anses idag vara att föra ut detta, d.v.s. implementera de behandlingar vi vet har evidens och försöka vidmakthålla tillgången till dessa. Det behövs kunskap i hela landet om vilka metoder som det finns evidens för samt utbildning i detsamma.

4.3. California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare's (CEBC) bedömning av interventioner.

California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC) bildades, som ett uppdrag från California Department of Social Service (CDSS), av Chadwick Center for Children and Families - Rady Children's Hospital I San Diego i samarbete med Children and Adolescent Service Research Center (CASRC). Avsikten med CEBC var att skapa ett kritiskt verktyg för att identifiera, välja och genomföra evidensbaserade barnvårdsinsatser som förbättrar barns säkerhet, ökar varaktigheten, ökar familjens och samhällets stabilitet och som främjar barn och familjers välbefinnande.

CEBC har som uppdrag att främja ett effektivt genomförande av evidensbaserade metoder för barn och familjer som är involverade i barnomsorgssystemet. CEBC *www.cebc4cw.org* gör regelbundet värderingar av olika interventioner inom olika områden som rör barn, ungdomar och familjer som har behov av samhällets omsorger. De graderar kvaliteten på insatserna enligt en bedömningsskala med 6 steg: 1 – Väl stödd av forskningsbevis, 2 – Stöds av forskningsbevis, 3 – Lovande forskningsbevis, 4 – Bevis misslyckas med att visa effekt, 5 – oroande praktik (concerning practice), samt NR - Kan inte betygsättas (Not able to be Rated).

De skattar också interventionens relevans för barnskyddssystemet (Child Welfare System) i tre nivåer: Hög, Medel samt Låg.

När det gäller **traumabehandling för barn och ungdomar** ger CEBC nedanstående gradering. Interventionerna är listade i alfabetisk ordning i respektive grupp. Interventioner som graderats med 4 o 5 saknas och de som graderats med NR redovisas inte här.

1. Väl stödd av forskningsbevis

Eye Movement Desensitazion and Reprocessing (EMDR)
Riktar sig till: Barn och ungdomar (2-17) som har upplevt trauma; forskning har gjorts på posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), posttraumatisk stress, fobier och andra psykiska störningar.
Relevans: Medel

Prolonged Exposure Therapy for Adolescents (PE-A)
Riktar sig till: Ungdomar (12-18) som har upplevt ett trauma (t ex sexuella övergrepp, bilolycka, våldsbrott osv.). Programmet har också använts för barn 6 till 12 år och vuxna som har upplevt ett trauma.
Relevans: Medel

Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (TF-CBT)
Riktar sig till: Barn (3–18) med en känd traumahistoria som upplever signifikanta symtom efter traumatiskt stressyndrom (PTSD), oavsett om de uppfyller fullständiga diagnostiska kriterier. Dessutom barn med depression, ångest och/eller skam relaterat till deras traumatiska exponering. Barn som upplever traumatisk sorg i barndomen kan också dra nytta av behandlingen.
Relevans: Hög

2. Stöds av forskningsbevis

Child-Parent Psychotherapy (CPP)
Riktar sig till: Barn i åldern (0-5) som har upplevt trauma och deras vårdgivare.
Relevans: Hög

3. Lovande forskningsbevis

Alternatives for families: A Cognitive-Behavioral Therapy (AF-CBT)
Riktar sig till: Vårdgivare som är känslomässigt eller fysiskt aggressiva eller misshandlar sina barn, barn som upplever beteendestörning, särskilt aggression eller traumarelaterade symtom som är sekundära till deras exponering för fysisk disciplin/ misshandel och familjer med hög konfliktnivå som riskerar få dessa problem.
Relevans: Hög

Bounce Back
Riktar sig till: Barn i grundskolan, från dagis till 5: e klass (5–11 år) som har upplevt traumatiska händelser.
Relevans: Medel.

Child and Family Traumatic Stress Interventions (CFTSI)
Riktar sig till: Barn (7-18) som nyligen utsatts för en potentiellt traumatisk händelse, eller har nyligen avslöjat fysiskt eller sexuellt övergrepp och uppfyller åtminstone ett symtom på posttraumatisk stress. V.g. se avsnittet om tidig intervention.
Relevans: Hög.

Cognitive Behavioral Interventions for Trauma in Schools (CBITS)
Riktar sig till: Elever (8-15) som screenats positiva för exponering för en traumatisk händelse och symtom på posttraumatiskt stressyndrom relaterad till händelsen, fokuserar i stor utsträckning på utsatthet för samhällsvåld, kan också användas med äldre elever.
Relevans: Medel

Combined Parent-Child Cognitive-Behavioral Therapy (CPC-CBT). I Sverige KIBB.
Riktar sig till: Barn (3-17) och deras föräldrar (eller vårdnadshavare) i familjer där föräldrar engagerar sig i en rad tvingande uppfostringsstrategier (i Sverige barnmisshandel) där barn kan uppvisa PTSD-symtom, depression, beteendeproblem och andra svårigheter.
Relevans: Hög

Cue-Centered Treatment (CCT)
Riktar sig till: Ungdom åldrar 8-18 med en kronisk historia av trauma, motgångar och pågående stress.
Relevans: Medel

Fairy Tale Model (Treating Problem Behaviors: A Trauma-Informed Approach).
Riktar sig till: Tonåringar (13–18) med känslomässiga problem och beteendeproblem.
Relevans: Medel.

Grief and Trauma Intervention (GTI)
Riktar sig till: Barn (7–12) som upplever sorg och posttraumatisk stress.
Relevans: Medel

KIDNET

Riktar sig till: Flyktingbarn som lider av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD).

Relevans: Medel.

Preschool PTSD Treatment (PPT)
Riktar sig till: Barn (3–6) med symtom på posttraumatiskt stressyndrom (PTSD).
Relevans: Medel

Risk Reduction Through Family Therapy (RRFT)
Riktar sig till: Traumaexponerade ungdomar (13-18) som upplever samtidiga traumarelaterade psykiska problem (t.ex. posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), depression), missbruksproblem och andra riskbeteenden (t.ex. riskabelt sexuellt beteende, självskadebeteende).
Relevans: Medel

Seeking Safety (Substance Abuse Treatment (Adolescent) and Trauma Treatment. Client-Level Interventions (Child & Adolescents)
Riktar sig till: Ungdomar (12-17) med traumaerfarenheter och missbruk.
Relevans: Medel

SITCAP-ART
Riktar sig till: Ungdomar (12-17) i riskzonen och dömda ungdomar med historia av trauma och/eller förlust.
Relevans: Medel

Stepped Care TF-CBT
Riktar sig till: Små barn som har posttraumatiska stressymtom.
Relevans: Hög

Trauma Affect Regulation: Guide for Education and Therapy for Adolescents (TARGET-A)
Riktar sig till: Ungdomar (10-18) med posttraumatiskt stressyndrom (PTSD).
Relevans: Medel

Trauma-Focused Coping (TFC)
Riktar sig till: Barn och ungdomar (9-18) i skolor som har drabbats av en traumatisk exponering (t.ex. katastrof, våld, mord, självmord, brand, olyckor).
Relevans: Medel

Trauma-Grief Component Therapy for Adolescents (TGCT-A)
Riktar sig till: Ungdomar (12-20) från ett brett spektrum av socioekonomiska, religiösa, kulturella och etniska grupper som har utsatts för trauma, förlust eller en kombination av de två.
Relevans: Medel

4.4. Beskrivning av fem terapier som ges i Sverige

Kort beskrivning av TraumaFokuserad – Kognitiv Beteende Terapi (TF-KBT).

TF-KBT är en behandlingsmetod för barn som varit med om traumatiska händelser och har symtom på PTSD efter detta. Behandlingen riktar sig till både barn och föräldrar. TF-KBT har utarbetats under 30 år av Judith Cohen, Anthony Mannarino, samt Esther Deblinger i USA (2006).

TF-KBT är manualbaserad behandling som är utformad för att möta de olika svårigheter som traumatiserade barn kan ha. Metoden vänder sig till barn mellan 3–18 år samt deras föräldrar eller vårdnadshavare. TF-KBT omfattar vanligtvis mellan 12–16 sessioner som varar mellan 60-90 minuter var. TF-KBT involverar flera komponenter som enkelt kan sammanfattas i akronymen PRACTICE: *Psychoeducation, Relaxation, Affective Modulation, Cognitive Coping, Trauma Narrative and Processing of the Trauma, In-vivo exposure, Conjoint session, and Enhancing Safety Skills*. Inledningsvis utvärderades TF-KBT för barn som varit med sexuella övergrepp men den har i dagsläget breddats till att täcka av områden såsom fysiskt våld, erfarenheter av våld för barn som är på flykt, sexuell exploatering m.m.

Det finns en arbetsbok för terapeuter med arbetsmaterial att använda i TF-KBT-terapier med barn och ungdomar. Den är en av många resurser som terapeuter kan använda sig av när de följer TF-KBT. Arbetsboken är tänkt att vara ett stöttande ramverk som täcker varje komponent av TF-KBT, men andra resurser och aktiviteter bör också användas i enlighet med riktlinjer i behandlingen (t.ex. terapilek, rollspel, rörelseterapi, ljudavslappningsövningar etc.). Som alltid måste kliniskt omdöme råda. Det är möjligt att en del av aktiviteterna som nämns i arbetsboken inte lämpar sig för alla barn och behovet av flexibilitet måste vägas mot nödvändigheten att följa behandlingsmodellen.

Aktiviteterna har tagits fram för att implementera TF-KBT-modellens komponenter som är: psykoedukation, att identifiera och hantera olika känslor, stresshantering, att identifiera och hantera ohjälpsamma tankar och föreställningar, arbetet med traumaberättelsen – bearbetning av trauma/trauman, kognitivt bearbetande av den traumatiska händelsen, att bemästra påminnelser om trauma, gemensamma samtal barn och förälder/-rar samt trygghet och utveckling i framtiden. I början av behandlingen behöver barn och föräldrar få en introduktion i TF-KBT. Frågor om sekretess behöver också diskuteras. Arbetsboken kan slutföras över 12 till 20 veckor, beroende på samtalens längd och barnets ålder och koncentrationsförmåga.

Enligt TF-KBT-modellen träffar terapeuten barnet varje vecka för att arbeta med ovanstående (samt ytterligare) behandlingsaktiviteter. Efter samtalet med barnet träffar terapeuten föräldern enskilt för att tillsammans med denne arbeta igenom samma komponenter som med barnet. Syftet är dels att föräldern ska lära sig färdigheter för att kunna stötta barnet hemma och dels att föräldern ska bearbeta egna känslor kring traumat. Att dela med sig av de aktiviteter som barnet utfört i arbetsboken varje vecka kan vara ett bra sätt att arbeta med behandlingskomponenterna med föräldern, i kombination med ytterligare resurser riktade till föräldrar. De tycker i allmänhet om att titta på sina barns teckningar och vad de skrivit. Att dela dessa med föräldern innebär en möjlighet för terapeuten att öka förälderns empati och förståelse för barnets upplevelse. Barnen tycker i allmänhet också om att deras föräldrar ser deras arbete. Om det är något som barnet inte vill visa omedelbart för en förälder eller om det finns något som talar för att det inte är tillrådligt att en förälder tar del av barnets arbetsmaterial, så använder terapeuten sitt kliniska omdöme. En del lekar och aktiviteter kan användas under de gemensamma samtalen, då barnet och föräldrarna kan öva tillsammans. Barn tycker ofta det är roligt att lära sin förälder t.ex. känslocharad-leken eller magandningslekarna och att leka tillsammans under samtalet. Det är viktigt att föräldrar är med i trygghetsövningarna. Återigen, det är viktigt att vara flexibel!

Varje vecka kan olika aktiviteter ges som läxa till barnet, föräldern eller till de båda. Arbetsboken innehåller en avslappningsaktivitet som är märkt som läxa (den kan också läras ut eller övas under samtal) och det rekommenderas att man övar dagligen på djupandningsteknikerna. Terapeuten kan hitta på lekar som barn och förälder kan ha i läxa, tilldela tankeloggböcker, etc. och uppmuntras att använda sin fantasi och utgå ifrån barnets styrkor och intressen när hen planerar sina interventioner.

Svenska erfarenheter

TF-KBT används flitigt vid traumaenheterna som BUP-Elefanten i Linköping och BUP-Stockholms traumaenhet men även av andra terapeuter i landet.

Utbildningsutbud

Det finns utbildning i Sverige som är auktoriserad via de amerikanska skaparna av behandlingsmodellen. Dessa ges av bl.a. Rädda Barnen och i framtiden av Barnafrid, Linköpings universitet. TF-KBT online-träningen är en ytterligare resurs: *http://tfcbt.musc.edu/*

Kort beskrivning av Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

EMDR är en psykoterapeutisk metod som framförallt

används vid behandling av posttraumatisk stress. Metoden har utvecklats av psykologen Francine Shapiro (1997) i USA.

EMDR-behandling kan användas för att bearbeta traumatiska minnen som ligger många år tillbaka i tiden, likaväl som för trauman som är mer näraliggande. Behandlingen är alltid ett komplement till samtal. Vid EMDR-behandling följer terapeuten ett strukturerat behandlingsprotokoll. Behandlingen utförs av psykoterapeuter med särskild EMDR-utbildning

Tekniken utnyttjar ögonrörelser och bilateral stimulering. Terapeuten låter klienten för sin inre syn först se en trygg plats, samtidigt som terapeuten för sin hand fram och tillbaka framför klientens synfält i ungefär 20–60 sek. På samma sätt får klienten sedan också för sin inre syn föreställa sig den traumatiska händelsen. Efter detta ombeds personen berätta om de minnen, känslor och tankar som uppstått. Denna berättelse bildar fokus i följande omgång ögonrörelser. Bilderna av traumat hålls kvar tills klienten känner sig påtagligt mindre besvärad av traumat. Behandlingens längd varierar beroende på problemets svårighetsgrad. Ibland kan symtomen reduceras signifikant redan efter 2–3 behandlingar, även om det kan ta längre tid för patienter med svårare trauman. Som alternativ till ögonrörelser kan ljudsignaler eller beröring användas. EMDR-tekniken har varit förvånansvärt framgångsrik. Många har försökt förklara vad som åstadkommer förbättringarna, men hittills har man inte lyckats.

Modern hjärnforskning har dock kommit fram till att inre föreställningar, och bilder spelar stor roll i vår hjärna när vi bearbetar och tar till oss det som händer oss. Denna forskning har också visat att de båda hjärnhalvorna har delvis olika funktioner, där den vänstra är mer förknippad med bland annat språk och logiskt tänkande medan den högra mer förknippas med bilder och symboler. När inre och yttre information bearbetas behövs båda delarna i hjärnan. Forskning har även visat att båda hjärnhalvorna inte alltid är aktiverade vid stark traumatisering, vilket man menar är nödvändigt för att individen ska kunna bearbeta traumat och lämna det bakom sig.

Svenska erfarenheter
Det finns ganska stor erfarenhet att arbeta med EMDR i Sverige inte minst bland vuxna men även bland barn. För barn finns en relativ tidig studie av Ahmad, Larsson och Sundelin-Wahlsten (2007).

Utbildningsutbud
Flertal kurser ges på olika orter i Sverige bl.a. i EMDR för barn. Var god se Föreningen EMDR Sveriges hemsida *www.emdr.se*

Kort beskrivning av Kombinerad Integrerad Behandling vid Barnmisshandel (KIBB).

Combined Parent Child Cognitive Behavioral Therapy for Families at Risk for Child Physical Abuse (CPC-CBT) har utarbetats av Runyon och medarbetare i USA (2004). Behandlingen vänder sig till både barn och föräldrar i familjer där fysiskt våld förekommit och inkluderar den våldsutövande föräldern. Behandlingen är manualbaserad med specifika teman och pågår under cirka 16 tillfällen. Syftet med behandlingen är att förhindra all form av fysisk bestraffning i familjen (Stiftelsen Allmänna Barnhuset, 2013; Runyon & Deblinger, 2014). Behandlingen vänder sig både till det våldsutsatta barnet och den förövande föräldern. Syftet är att hjälpa barnet bearbeta sina upplevelser samtidigt som den våldsutövande föräldern lär sig mer adekvata, icke våldsutövande, föräldrastrategier (Runyon & Deblinger, 2014).

Det är inte alla föräldrar som initialt erkänner att de varit våldsamma. Barnet har lämnat en redogörelse och det är utgångspunkten för behandlingen. Föräldrarna kan tillstå att de har ett våldsamt beteende och att de exempelvis tagit för hårt i barnet. Behandlingen utgår från barnets version och föräldrarna måste ge barnet tillåtelse att prata om hur det är i familjen, inklusive om våldet. Både barn och föräldrar får komma överens om att de inte ska ha fler hemligheter. Detta kan behöva repeteras vid flera tillfällen under behandlingen (Stiftelsen Allmänna barnhuset, 2013; Runyon & Deblinger, 2014).

KIBB har fyra faser: 1) Engagemang och Psykoedukation, 2) Effektiva copingstrategier, 3) Planera för familjens säkerhet och förvärvandet av förmågor, och 4) Klargörande kring misshandeln (Runyon & Deblinger, 2014). Adekvata föräldraförmågor lärs ut och praktiseras genom alla faser.

Barnbehandling
I den första fasen, *engagemang* och *psykoedukation*, får barnen lära sig mer om våld och misshandel och vilka konsekvenser det kan få i syfte att bättre förstå sina egna reaktioner. Denna fas syftar till att gradvis exponera barnet för känslor relaterade till misshandeln och öppna upp för barnets egna upplevelser. Barnet lär sig identifiera, reglera och så småningom mer varierat kunna uttrycka sina känslor. De får också lära sig *effektiva copingstrategier* för att hantera den stress och oro som kan uppkomma. En del barn saknar helt förmåga att reglera sina känslor. Flera föräldrar har haft problem med att hantera sin ilska och har därför inte kunnat stå som förebilder för barnen. Barnen behöver lära sig ilskekontroll och hur de kan visa och hantera ilska. Behandlingen är baserad på kognitiv beteendeterapi och behandlarna försöker klargöra hur barnets tankar,

känslor och beteende hänger ihop. Det är också vanligt att barnet skuldbelägger sig själv för våldet i familjen, och de behöver få hjälp med att klargöra att våldet alltid är förälderns ansvar. Detta görs senare tillsammans med föräldern, där föräldern tar på sig ansvar för att behandlat barnet felaktigt. Beroende på barnets ålder och mognad så kan olika lekar och rollspel användas i behandlingen.

Barnets säkerhet är i fokus under hela behandlingen men fasen *planera för familjens säkerhet* (Family Safety Planning) fokuserar specifikt på att familjen ska utveckla en egen säkerhetsplan. Planen beskriver hur de ska agera om någon i familjen blir orolig att en situation kan komma att bli våldsam.

Barnet får utrymme att berätta om den specifika händelse som ledde fram till polisanmälan, och sedan att familjen fick hjälp. Det kan vara en skrämmande episod och barnet kan behöva mycket tid. Barnet ombeds berätta om sina känslor och hur det och föräldern agerat. Behandlaren stöttar barnet och bekräftar barnets handlingsstrategier, samt att våldet aldrig varit barnets fel.

I den sista fasen, *klargörandet kring misshandeln* (Abuse Clarification phase), får barnet skriva en traumaberättelse. För att nå den här fasen måste behandlaren känna sig trygg med att våldet upphört i familjen. Barnet måste känna sig tryggt med föräldern och våga delge sina känslor och tankar. Barnet beskriver en våldssituation, hur barnet tänkte och kände sig. En del barn ritar teckningar eller serier, andra vill visa med leksaker, men de flesta äldre barn skriver ett brev. Tillsammans med behandlaren går barnet igenom berättelsen och läser den högt i syfte att exponera barnet för de känslor som berättelsen kan medföra och därefter bearbeta desamma. Syftet är att reducera eventuella känslor av ångest som kommer av minnena samt minska barnets traumasymtom. Behandlaren kan också behöva stötta barnet så det inte skuldbelägger sig själv inför mötet med föräldrarna. Barnet tillfrågas också om hen har några frågor till sina föräldrar och får i så fall hjälp att ställa dem. När barnet känner sig redo så delas traumaberättelsen med föräldrarna, antingen genom att barnet eller behandlaren läser upp berättelsen vid ett gemensamt möte (se mer under avsnittet föräldrabehandling).

Föräldrabehandling

I fasen *engagemeang* och *psykoedukation* diskuterar och bearbetar föräldrarna sina egna upplevelser av våld. Flera föräldrar har själva varit våldsutsatta och genom att få möjlighet att bearbeta sina minnen och känslor kan deras empati för barnet öka. Tillsammans pratar de om hur barn kan påverkas av att växa upp i en våldsam miljö och föräldrarna får lära sig mer om möjliga konsekvenser av såväl barnmisshandel som barns utveckling och behov. Föräldrar får lära sig alternativa föräldrastrategier som inte innehåller våld. Det är återkommande under alla faser i behandlingen. Positiva föräldrastrategier så som aktivt lyssnande, hur de stärker sina barn, visar uppskattning och ger beröm är också återkommande. Föräldrarna får lära sig hur de kan förstärka önskvärt beteende hos barnet och minska det oönskade beteendet. Genom aktivt lyssnande förbereds föräldern på att ta emot barnets traumaberättelse.

I fasen *effektiva copingstrategier* lär sig föräldrarna flera olika strategier för att hantera och uttrycka sin ilska utan att använda våld. De får lära sig förstå och uttrycka sina känslor på olika sätt. Flera föräldrar behöver hjälp med att reglera sina känslor och hantera sin ilska. Precis som i barnbehandlingen får föräldrarna lära sig hur tankar, känslor och beteende interagerar. I de gemensamma träffarna får de öva på att kommunicera med sina barn och lyssna aktivt på dem.

I den sista fasen, *klargörande av misshandeln,* skriver föräldrar ett brev till barnet där de tar fullt ansvar för sitt våldsamma beteende och avlastar barnet från all skuld. De beskriver hur de ska försöka agera annorlunda framöver och vad de lärt sig i behandlingen. Föräldrarna får i förväg läsa barnets traumaberättelse och kan rätta till eventuella missförstånd, frågor eller oro som barnet haft. Många föräldrar upplever den här fasen som mycket känslosam och därför läser de igenom brevet tillsammans med sin behandlare innan det delas med barnet. När både barn och förälder är redo delar barnet sin berättelse med föräldern. Föräldern svarar därefter genom att läsa upp sitt klargörandebrev. I brevet beskriver de varför de gick i behandling, hur de känner inför att barnet har berättat om våldet och de tar fullt ansvar för våldet. Föräldrarna beskriver vad de har lärt sig i behandlingen och hur de hoppas de kan agera annorlunda framöver.

Integrerade träffar

I de gemensamma träffarna skriver barn och föräldrar bland annat en säkerhetsplan i syfte att förhindra framtida situationer från att eskalera och bli våldsamma. Både barn och föräldrar kan praktisera vad de lärt sig och de övar bland annat på att lyssna på varandra och ge beröm.

Svenska erfarenheter

CPC-CBT introducerades i Sverige under namnet Kognitiv integrerad behandling vid barnmisshandel (KIBB). I Sverige utbildades de första behandlarna (från fyra team) enligt metoden 2007 och behandlingsmetoden prövades därefter. Under 2010-2011 genomfördes en pilotstudie där behandlingsmetoden utvärderades i

Sverige. I studien deltog 18 familjer (26 vuxna och 25 barn). Pilotstudien visade på flera positiva resultat (Kjellgren, Svedin, & Nilsson, 2013). Barnen uppvisade mindre symtom till följd av trauma och reducerad depression/ängslighet. Istället kunde barnen vittna om ett mer positivt föräldraskap med minskning av våldet. Ansvaret för våldet lyftes från barnen och de kunde uttrycka att de kände sig tryggare, med bland annat mindre mardrömmar. Tidigare studier i USA visar att effekterna av behandlingen (positivt föräldraskap, mindre våldsutövande samt bättre mående för barnen) håller i sig vid uppföljningar tre månader senare (Runyon, Deblinger, & Steer, 2010). Effekter av traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (som har flera gemensamma komponenter som KIBB) har visat sig verksamma även efter sex respektive tolv månader (Mannarino, Cohen, Deblinger, Runyon, & Steer, 2012).

Utbildningsutbud
Utbildning i KIBB ges av Stiftelsen Allmänna Barnhuset

Kort beskrivning av Child and Parent Psychotherapy (CPP)

CPP har utvecklats av Alicia Lieberman och Patricia Van Horn med kollegor i Kalifornien, USA. Metoden är relationsbaserad och finns beskriven i en manual (Lieberman, Van Horn, & Ghosh Ippen, 2005; Lieberman, Ghosh Ippen & Van Horn, 2006). CPP vilar på psykodynamisk teoretisk grund med integrerade delar hämtade från teorier om anknytning, trauma, utvecklingspsykologi, kognitiv beteendeterapi (KBT) och social inlärningsteori. Stor vikt läggs vid att anpassa metoden till kulturella aspekter av barns och familjers tillvaro. Metoden är utformad för behandling av barn efter traumatiska påfrestningar inom omsorgssystemet och/eller som lider av problem inom områdena psykisk hälsa, anknytning och beteende. Metoden är bred i den meningen att den lämpar sig efter olika slags påfrestningar som exempelvis våld i nära relation, traumatisk förlust och olyckshändelser eller påfrestningar kopplade till psykisk ohälsa hos omsorgspersoner.

De positiva effekterna av behandling med CPP som beskrivs i forskning kan sammanfattas på följande sätt

- utveckling av trygg anknytningsrelation
- positiv utveckling av funktionsnivå och minskning av symtom (beteendeproblem och posttraumatisk stress) hos barn
- normalisering av mönster för kortisolutsöndring hos barn
- minskning av posttraumatiska symtom hos förälder/omsorgsperson

CPP-manualen innehåller, ett ramverk av komponenter eller moduler som terapeuten förhåller sig till och använder efter behov i behandlingen, snarare än att följa ett strikt manualiserat program. På så sätt blir det terapeutiska upplägget anpassat efter patientens specifika behov. En behandlingsinsats med CPP kan därmed ha olika längd och frekvens. Typiskt sett omfattar behandlingen efter en inledande grundläggande bedömning regelbundna terapisessioner om ca 45 - 60 minuter varje vecka i 20 – 30 sessioner. Det är vanligt att man planerar insatsen i delsteg, där man allteftersom utvärderar framstegen och fortsatt behandlingsbehov i nära dialog med barn och omsorgsperson. Behandlingen sker oftast på en mottagning men besök i hemmet eller på annan plats kan ske om det behövs.

Svenska erfarenheter
Behandling ges bl.a. för närvarande bland annat vid Ericastiftelsen och BOJEN. I en svensk acceptansstudie av 24 ärenden beskrevs CPP i positiva ordalag av både behandlare och föräldrar (Broberg, A., Almqvist, K., Appell, P., Axberg, U., Cater, Å., Draxler, H., Eriksson, M., Grip, K., Hjärthag, F., Hultmann, O., Iversen, C. & Röbäck de Souza, K., 2015).

Utbildningsutbud
Utbildning ges för närvarande i samarbete mellan Karlstad universitet och Ericastiftelsen.

Kort beskrivning av IITCT-A

Trots att detta är en terapiform som ännu saknar utbildning i Sverige vill vi ge en kort beskrivning då det finns tre studier som visar på lovande resultat och att de som arbetar kliniskt med allvarligt traumatiserade ungdomar torde ha nytta av detta.

Integrative Treatment of Complex Traumafor Adolescents (ITCT-A) är en behandling som vänder sig ungdomar som är vad man kallar komplext traumatiserade. Alla är inte traumatiserade på samma sätt. De komponenter man idag anser ingå är (hämtat från Briere och Lanktree, 2012 samt Michel, Arnberg, Berg-Johanesson, Lundin och Nilsson, 2018):

- *kognitiva förvrängningar:* extrem hjälplöshet, hopplöshet och lågt självförtroende
- *posttraumatisk stress:* återupplevande, undvikande, emotionell stumhet och arousal
- *dissociation:* depersonalisation, derealisation och momentan mental frånvaro
- *identitetsstörning:* negativt påverkad självmedvetenhet, gränsproblem, är överdrivet lättpåverkad av andra
- *affektdysreglering:* relativt svårt att tolerera och reglera inre känslor som leder till överväldigande affektiva upplevelser
- *interpersonella problem:* svårigheter att forma positi-

va, stabila relationer, låter sig involveras i relationer som är psykologiskt eller fysiskt skadande

- *drogmissbruk:* för självmedicinering genom att minska traumarelaterad stress eller för att uppnå momentan positiv känsla, alternativt för att minska underliggande dysfori
- *självskadebeteende:* ofta icke-suicidalt, till exempel att skära sig på armar och ben, bränna sig som ett sätt att reducera medvetenhet om psykologisk smärta genom distraktion av fysisk sådan
- *hetsätning:* antingen för sig själv eller i en kontext av en ätstörning såsom bulimi
- *osäkert sexuell beteende:* har många partners, använder sex för att undvika känslor
- *somatisering:* upptagen av kroppsliga dysfunktioner och sjukdomskänsla som inte entydigt kan förklaras medicinskt
- *aggression:* kan uppträda sekundärt och vara associerat med traumat samt vara ett sätt att rikta negativa känslor utåt
- *suicidalitet:* tankar på att döda sig själv eller suicidalt beteende
- *dysfunktionella personlighetsdrag:* drag av ADHD, BPS eller antisocialt beteende.

Bredden och omfattningen av komplex traumatisering gör att det för det mesta behövs en terapeutisk ansats som involverar multipla behandlingsmodaliteter och interventioner.

Även här behövs en god bedömning av säkerhet (självskada, sucidalitet, riskfyllt beteende, psykos), tidigare traumahistorik, självsvarsformulär och intervjuer, med information från både ungdom och vårdnadshavare samt bedömning av symtom. I den här behandlingen ingår, som i de flesta traumabehandlingar, psykoedukation, att träna affektreglering, relationsbygge, kognitivt processande, att hjälpa ungdomen att få en sammansatt berättelse istället för en fragmenterad sådan, kontrollerad exponering som håller sig inom ungdomens toleransfönster, med mera. En viktig del i ITCT-A är att använda specifika behandlingskomponenter, matchade till specifika problem eller symtomkluster. ITCT-A möjliggör för klinikern att adressera dessa varierande svårigheter på relativt strukturerat sätt.

John Briere har utarbetat och sammanställt ITCT-A och menar att när man använder sig av föreslagna metoder så ska man använda de som man vet har evidens (Briere, & Lanktree, 2012, Arnberg, Berg-Johanesson, Lundin, Michel och Nilsson, 2018). Manual på engelska finns. Se referenslista.

5. Sammanfattning

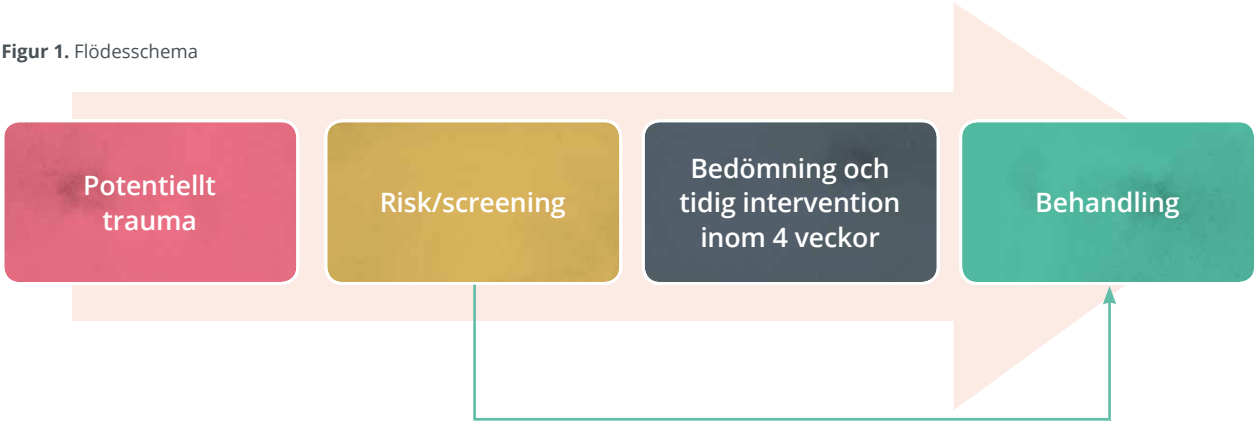
Denna översikt är inte vad man brukar kalla en systematisk litteraturöversikt utan en översikt i huvudsak baserad på tidigare kunskapsöversikter och metaanalyser. Det innebar att enstaka artiklar och studier kan ha förbisetts beroende på de sökord som har använts i de olika översiktsartiklarna och metaanalyserna. Vi har dock så långt det är möjligt letat i andra sammanställningar och organisationers hemsidor för att minimera risken för att viktiga instrument och evidensbaserade interventioner missats.

Det som framkommit i denna kunskapsöversikt är att när något barn eller ungdom varit utsatt för ett trauma så är det viktigt att det tidigt finns ett gott omhändertagande för att lindra och om möjligt förhindra en negativ utveckling av den psykiska hälsan som följd av att ha varit utsatt för ett potentiellt trauma. I vissa fall och kanske framförallt när det gäller potentiella trauman som inte innehåller våld eller sexuella övergrepp kan det kanske räcka med en kortare men evidensbaserad tidig intervention. Forskning visar att det för ungefär hälften av de traumatiserade barnen sker en spontanläkning de första tre månaderna av posttraumatisk stress, för att sedan plana ut, men att det efter 6 månader inte längre är troligt att symtomen försvinner utan intervention (Hiller et al., 2016).

Genom screening och annan bedömning bör man kunna avgöra om barnet eller ungdomen behöver någon ytterligare behandling, förslagsvis då en av de evidensbaserade behandlingar som finns, och vid mer komplex traumatisering en behandling anpassad för detta ändamål.

Det är dock viktigt att betona att en del barn och ungdomar kan behöva behandling omedelbart, till exempel när allvarliga symtom utvecklas snabbt, se figur 1. Observera också att tidsintervallet inom 4 veckor avser tid efter traumahändelsen, inte tid efter avslöjande eller anmälan. Våld och sexuella övergrepp består inte sällan av många händelser över tid. Utsatta barn berättar ofta att de utsatts en lång tid efteråt. Vid avslöjandet kan de redan ha utvecklat symtom som kräver behandling direkt.

Figur 1. Flödesschema



För att kunna ge rätt insats/behandling, både tidigt och senare, efter ett eller flera potentiella trauman, är det viktigt med validerade mätinstrument för screening av traumaerfarenheter och symtom, men även för bedömning av mer allvarlig problematik/diagnoser. Detta är något som framkommit mycket tydligt under arbetet med denna kunskapsöversikt. Då det många gånger är psykologiska begrepp och symtom som inte så lätt låter sig identifieras, operationaliserar man det man vill mäta med frågor som besvaras av den som berörs. Man försöker identifiera hur en person mår, vilka symtom den har etc. genom ett frågeformulär som används regelbundet bland t.ex. barn och ungdomar. Efter att ha studerat formulärets kvaliteter (att det mäter vad det utger sig för att mäta och att det är stabilt över tid) har man utvecklat ett standardiserat instrument för att mäta ett visst symtom. Det är i detta sammanhang också viktigt att påpeka att de mätinstrument man använder även är undersökta i det land de används.

Sammanfattning av Bedömningsinstrument
I denna översikt finns såväl skattnings- och bedömningsinstrument som mäter förekomsten av trauma som instrument som mäter symtom och beteendeproblem som kan förknippas med traumatiska händelser. Instrumenten kan vara i form av intervjuer, mer eller mindre kliniska/diagnostiska eller utformade som självsvarsformulär.

Barn och unga är givetvis en viktig källa då det gäller information omkring deras egna erfarenheter och posttraumatiska reaktioner och de rapporterar sina erfarenheter (Bernstein et al., 1997) och sina symtom tillförlitligt (Hamby, Finkelhor, Ormod & Turner, 2005). Dessutom rapporterar de mer symtom än vad andra gör å deras vägnar (Nader, 2008). Då det gäller överensstämmelsen mellan hur olika informanter rapporterar barns erfarenhet av potentiellt traumatiska händelser så har den visat sig inte vara särskilt god (Tingskull, Svedin, Agnafors, deKeyser, Sydsjö & Nilsson, 2013) varför vi med ledning av ovanstående rekommenderar att använda självsvarsformulär för de barn och ungdomar som själva kan hantera dessa.

När det gäller att screena för erfarenheter av potentiellt traumatiska händelser *traumaformulär* så kan man välja att använda kortare formulär som på så sätt tidsmässigt är lättare att administrera (LITE, LYLES) eller längre och mer omfattande formulär som JVQ som ger en mer allsidig bild av barnets utsatthet. För mindre barn finns då föräldraversioner av såväl LITE som LYLES.

Symtomformulär finns med olika inriktning och i huvudsak ser vi översatta formulär som mäter akut stress, symtom relaterade till traumaupplevelser, som posttraumatiskt stressyndrom samt formulär som mäter dissociativa symtom. Här finns flera att välja på men det som är mest allsidigt och mest använt i Sverige är TSCC och TSCYC vars nackdelar är att de inte är fria att användas utan kostnad och behörighet. För akut stress finns ASC-kids. Beträffande dissociation så finns flera formulär att välja på men tre som är relativt lättadministrerade är Dis-Q-Sweden (självsvar), CDC (föräldrasvar) samt SDQ-20 vid misstanke om somatoform dissociation.

Vid behov av vidare diagnostik finns en rad kliniska standardiserade intervjuer men där kanske K-SADS-PL eller M.I.N.I. KID är de mest använda i klinisk praxis med barn och ungdomar.

För forskning så är det också angeläget att använda internationellt erkända formulär om man vill jämföra traumaförekomst eller symtom efter potentiellt traumatiska upplevelser med undersökningar från andra länder.

För framtiden ser vi behov av att fler instrument översätts till andra språk då Sverige idag är ett multikulturellt samhälle med stort inflöde av unga människor med annan språklig bakgrund, traumatiska erfarenheter samt traumarelaterade symtom. Det finns också behov av att översätta eller utveckla ett kortare kombinerat instrument för screening av såväl traumahistoria som symtom.

Sammanfattning av tidig intervention
Att tidigt kunna ge stöd och hjälp vid upplevda potentiella trauman såväl naturkatastrofer, trafikolyckor som vid våld och sexuella övergrepp måste anses som viktigt.

Att kunna identifiera barn som riskerar att utveckla posttraumatisk stress kan spela en viktig roll när det gäller att minska risken för att utveckla kvarstående svårigheter efter potentiellt traumatiska händelser. Detta är något som framkommer i alla dessa studier. Ingen studie rapporterar skadlig inverkan vid de tidiga interventionerna. Således hittar man positiva tendenser även om inte man inte alltid får signifikanta symtomreduktioner när det gäller posttraumatisk stress. De flesta av studierna har interventioner som bara är en gång, vissa 1–2 och ibland endast en information via webben och en broschyr. Den intervention som framstår som den mest välgjorda studien var metoden Child and Family Traumatic Stress Intervention (CFTSI) (metoden beskrivs i kapitlet om tidig intervention) som visade på bäst resultat med signifikant symtomreduktion på flera utfallsmått och även posttraumatisk stress efter 4 sessioner. Denna metod har även i en icke randomiserad studie (n=114, 5-8 sessioner) vid

för- och eftermätning visat på signifikanta resultat och metoden är också bedömd av CEBC som ha ett lovande vetenskapligt stöd (nivå 3).

Det som i denna kunskapsöversikt samstämmigt framkommit i alla studierna är att screena för risk samt ge psykoedukation om trauma och hur man kan reagera efter en traumatisk händelse samt information om vad som kommer att ske.

De svagheter vi kan se är att i stort sett inga interventioner vänder sig till barn under 6–7 års ålder samt att de flesta interventioner vänder sig till barn som varit utsatt för kroppsligt trauma såsom bilolyckor. Få vänder sig till barn som upplevt interpersonella trauman.

För framtiden ser vi ett behov av att i Sverige utvärdera och implementera såväl CFTSI som den modell ”Efter barnförhöret” som utvecklats av Elfström, Landberg och Olofsson (2017).

Sammanfattning av Behandling

Det framkommer tydligt från studierna i denna kunskapsöversikt att psykologiska behandlingar för barn och ungdom som exponerats för potentiella trauman hjälper. De hjälper för barn och ungdomar som varit utsatt för våld och eller sexuella övergrepp. Det finns också flera studier som visar att det är viktigt att också välja behandling utefter barnets erfarenheter, behov och förutsättningar såsom ålder, typ av övergrepp/trauma, vad man söker för och vilket problem man tycker att man har. De komponenter som förkommer i alla de behandlingar som visar på stark evidens är: *Psykoedukation* om trauma och prevalens, och vad trauma kan få för inverkan (impact) och om behandlingen; *träning i känsloregleringsstrategier* (t.ex. avslappning, identifikation av känslor, kognitiv koping, imaginär exponering, in vivo exponering, kognitivt processande och problemlösning).

Av den ovanstående genomgången blir det tydligt att det också finns mer evidens för vissa behandlingar än andra ibland beroende på att det finns fler studier av en viss sorts behandling och färre eller mycket små av en annan typ.

Det finns i dagsläget *ett mycket starkt* stöd för TF-KBT baserat på minst 17 randomiserade studier som styrker TF-KBT:s effektivitet. Behandlingen har kortfattat beskrivits i detta dokument. Dock ska man beakta att TF-KBT vänder sig till barn som fyllt 6 år och som har ett bättre utvecklat språk och har större kognitiva förmågor än yngre barn. När det gäller yngre barn (under 6 år) så bör leken få en större plats. *Child and Parent Psychotherapy (CPP)* är en behandling som visat sig vara troligen effektiv. Även denna behandling är kortfattat beskriven i detta dokument och rekommenderas till mindre barn som bevittnat våld. Även *EMDR* kan ges till mycket små barn *Kognitiv integrerad behandling vid Barnmisshandel (KIBB)* är ytterligare en behandling för barn 6 år och äldre och där det beslutats att barnet ska fortsättta leva med den som utövat våldet. KIBB har de ingredienser som de väletablerade behandlingarna har men har fortfarande för få och för små studier.

Således är det TF-KBT som kan sägas vara den behandling som bör rekommenderas i första hand när det gäller sexuella övergrepp. Vid fysisk misshandel rekommenderas KIBB om barnet ska fortsätta leva med den som utsatt barnet, i annat fall TF-KBT. För yngre barn rekommenderas CPP och EMDR.

För ungdomar som uppvisar mer komplex traumatisering rekommenderas IITCT som innehåller alla plus fler ingredienser som de väletablerade behandlingarna gör.

Det är viktigt att se var i vårdkedjan de olika behandlingarna kommer in alltifrån exponering av ett potentiellt trauma, screening/risk, bedömning, behandling som sätts in efter ca 4 veckor eller om det behövs mer komplexbehandling. För de svenska Barnahusen syns det som en viktig uppgift att till alla barn erbjuda screening av trauma och symtom samt tidig intervention. Även bedömning för fortsatt terapi är en viktig uppgift samt tillförsäkra och ha rutiner för att de barn som bedöms ha ett behov av fortsatt behandling också erhåller detta allt i enlighet med FN’s konvention om barns rättigheter.

Det visar sig således att vi idag har en god kunskap om vad som är effektivt när det gäller arbete med barn och trauma men *inför framtiden ser vi ett behov* av att denna kunskap implementeras samt att barn oavsett var man bor i Sverige får ett likartat bemötande baserad på forskning (evidens) och beprövad erfarenhet (framtida evidens).

Vi har i denna genomgång inte hittat terapiformer som anpassats eller utvecklats för barn med olika typer av funktionsnedsättningar.

6. Litteratur

Ahmad, A., Larsson, B., & Sundelin-Wahlsten (2007). EMDR treatment for children with PTSD: Results of a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(5):349-354.

Aho, N., Gren-Landell, M., & Svedin, C.G. (2016). The Prevalence of Potentially Victimizing Events, Poly-Victimization, and Its Association to Sociodemographic Factors: A Swedish Youth Survey. *J Interpers Violence,* 31(4), 620-51.

Aho, N., Proczkowska Björklund, M., & Svedin, C.G. (2016). Victimization, poly-victimization, and health in Swedish adolescents. *Adolesc Health Med Ther*., 26(7), 89-99.

Aho, N., Proczkowska Björklund, M., & Svedin, C.G. (2017). Peritraumatic reactions in relation to trauma exposure and symptoms of posttraumatic stress in high school students. *European Journal of Psychotraumatology*, 8:1.

Alisic, E., Zalta, A.K., van Wesel, F., Larsen, S.E., Hafstad, G.S., Hassanpour, K., & Smid, G.E. (2014). Rates ofpost-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis. *Brittish Journal of Psychiatry*, 204, 335-340.

Ambrosini, P.J. (2000). Historical development and present status of the schedule for affective disorders and schizofrenia for school-age children (K-SADS). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 49-58.

Angold, A., & Costello, E.J. (1987). Mood and Feelings Questionnaire (MFQ). Durham, NC: Developmental Epidemiology Program.

Angold, A., Prendergast, M., Cox, A., Harrington, R., Simonoff, E., & Rutter, M. (1995). The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Psychol Med*., 25(4), 739-753.

Annerbäck, E-M. (2012). *Child Physical Abuse. Characteristics, Prevalence, Health and Risk-taking*. Linköping University Medical Dissertations No 1234. Linköping: Linköping University.

Armstrong, J., Putnam, F., Carlson, E., Libero, D., & Smith, S. (1997). Development and validatio n of a measure of adolescent dissociation: The Adolescent Dissociative Experiences Scale. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 185(8), 491-497.

Arnberg, F., Bergh-Johannesson, K., Lundin, T., Michel, P-O., Nilsson, D. (2018 in press). Red: Michel. *Psykotraumatologi*, Lund: Studentlitteratur.

Beitchman, J.H., Zucker, K.J., Hood, J.E., DaCosta, G.A., & Akman, D. (1991). A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 15, 537-556.

Beitchman, J.H., Zucker, K.J., Hood, J.E., DaCosta, G.A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the longtermeffects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16, 101-118.

Benuto, L.T., & O'Donohue, W. (2015). Treatment of the sexually abused child: Review and Synthesis of recent Meta-analyses. *Children and youth Services Review*, 52-60.

Berkowitz, S.J., Stover, C.S., & Marans, S.R. (2011). The child family traumatic stress intervention: Secondary prevention for youth at risk of developing PTSD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(6), 676-685.

Bernstein, D., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., & Ruggiero, J. (1994). *Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect.* Am J Psychiatry 151:1132-1136

Bernstein, D.P., Ahluvalia, T., Pogge, D., & Handelsman, L. (1997). Validity of the ChildhoodTrauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 340-348.

Bernstein, D. & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionaire*: A retrospective self-report. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Bernstein, D.P., Stein, J.A., Newcomb, M.D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule. W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl.*, 27(2):169-90.

Bisson, J.I., & Cohen, J.A. (2006). Disseminating early interventions following trauma. J *Trauma Stress*, 19(5), 583-595.

Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)*: Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Briere, J. (2005). *Trauma Symptom Checklist for Younger Children (TSCYC)*: Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Briere. J.N., & Elliot, D.M., (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *Future of Children*, 4 54-69.

Briere J, & Lanktree C. (2012). *Treating complex trauma in adolescents and young adults.* Los Angeles, London, New Dehli, Singapore, Washington DC: Sage Publications.

Briere, J. Maual to ITCT-A. *http://keck.usc.edu/adolescent-trauma-training-center/attc.usc.edu*

Broberg, A., Almqvist, K., Appell, P., Axberg, U., Cater, Å., Draxler, H., Eriksson, M., Grip, K., Hjärthag, F., Hultmann, O., Iversen, C. & Röbäck de Souza, K. (2015). *Utveckling av bedömningsinstrument och stödinsatser för våldsutsatta barn.* Rapport till Socialstyrelsen. Göteborgs, Karlstads, Örebro universitet & Mälardalens Högskola.

California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare. *www.cebc4cw.org*

Chambless D.L. & Hollon, S. (1998). Defining empirically supported therapies. J*ournal Consulting and Clinical Psychology* 66, 7-18.

Children and War Foundation. *www.childrenandwar.org*

Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Deblinger, E. (2006). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*. New York: The Guilford Press.

Corcoran, J., & Pillai, V. (2008). A meta-analysis of parent-involved treatment for child sexual. *Research on Social Work Practice*, 18, 453-464.

The Cochrane Handbook for systematic Review of Interventions. http://handbook.Cochrane.org),

Cooley, M.R. (2002). T*he Children's Report of Exposure to violence (CRE"V)*. Availiable from Michelle R. Cooley, Ph.D, Department of Psychology, George Mason University, Fairfax, VA.

Cox, C., Kenardy, J.L. & Hendrikz, J.L. (2010). A randomized controlled trial of web-based, early intervention for children and their parents following unintentional injury. *Journal of Pediatric Psychology*, 35, 6, 581-592.

de la Osa, N., Ezpeleta, L., Granero, R., Olaya, B., & Domenech, J.M. (2011). Diagnostic value of the dominic interactive assessment with children exposed to intimate partner violence. *Psicothema*, 23, 648-653.

Denton, R., Frogley, C., Jackson, S., John, M., & Querstret, D. (2017). The assessment of developmental trauma in children and adolescents: A systematic review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry,* 3(12),260-287.

Diseth, T.H., & Christie, H.J. (2005). Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents - an overview of assessment tools and treatment principles. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 278-292.

Dorsey, S., McLaughlin, K.A., Kerns, S.E.U., Harrison, J.P., Lambert, H.K., Briggs, E.C., Revillion Cox, J., & Amaya-Jackson L. (2017). Evidence Base update for psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. J Clin Child Adolesc Psychol., 46(3), 303-330.

Egger, H.L. & Angold, A. (2004). The Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA): A structured parent interview for diagnosing psychiatric disorders in preschool children. In R. Del Carmen-Wiggins & A. Carter (Eds.), *Handbook of infant, toddler, and preschool mental assessment* (pp.223-243). New York: Oxford University Press.

Elfström, E., Landberg, Å. & Olofsson, G. (2017). *Efter barnförhöret – en modell för att ge stöd och information till barn och föräldrar vid misstanke om barnmisshandel.* Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.

Evers-Szostak, M. (2002). *The Children's Perceptual Alteration Scale* (CPAS). Availiable from Mary Evers-Szostak, PhD, Department of Psychology, University of North Carolina, Chapel Hill, NC.

Feindler, E., Rathus, J., & Silver, L. (2003). *Assessment of family violence: A handbookfor research and practitioners*. Washington, DC: American Psychological Association.

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experience (ACE) Study. Am J Prev Med., 14(4):245-58.

Finkelhor, D. & Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1408-1423

Finkelhor, D., Hamby, S.L., Ormrod, R., & Turner, H. (2005). The Juvenile Victimization Questionnaire: reliability, validity, and national norms. *Child Abuse Negl*., 29(4), 383–412.

Finkelhor, D., Hamby, S., Turner, H., & Ormrod, R. (2011). The Juvenile Victimization Questionnaire: 2nd Revision (JVQ-R2). Durham, NH: *Crimes Against Children Research* Center).

Fletcher, K. (1992). *When bad things happen.* Unpublished manuscript, University of Massachusetts Medical Center, Worcester.

Fletcher, K. (1996). Preliminary psychometrics of four new measures of childhood PTSD. Paper presented at the International Research Conference on Trauma and Memory, Durham, NH.

FN:s Barnrättskommitté (2011). Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 13 (2011) Barns rätt till frihet från alla former av våld. Nedladdad från *https://www.barnombudsmannen.se/globalassets/dokument-for-nedladdning/publikationer/allmanna-kommentarer/ak-13-barnets-ratt-till-frihet-fran-alla-former-av-vald.pdf*

Foa, E.B., Johnson, K.M., Feeny, N.C., & Treadwell, K.R.H. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: a preliminary examination of its psychometric properties. *Journal Clinical Child Psychology*, 30, 376-384.

Ford, J.D., & Rogers, K. (1997, November). Empirically-Based assessment of trauma and PTSD with children and adolescents. P*aper presented at the Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies*. Montreal, Canada.

Ford, J.D., Nader, K., & Fletcher, K.E. (2013). Clinical Assessment and Diagnosis. In Ed ' s Ford, J.D., & Courtois, C.A. T*reating complex traumatic stress disorders in children and adolescents: scientific foundations and therapeutic models.* New York: Guilford press.

Fox, N. A. & Leavitt, L. A. (1995). *The Violence Exposure Scale for Children-VEX*. College Park, Maryland: Department of Human Development, University of Maryland

Fredlund, C., Svedin, C.G., Priebe, G., Jonsson, L., & Wadsby, M. (2017). Self-reported frequency of Sex as Self-Injury (SASI) in a National study of Swedish adolescents and association to sociodemographic factors, sexual behaviors, abuse and mental health. C*hild Adolesc Psychiatry Ment Health*, 11:9.

Friedrich, W. N. (1990). *Psychotherapy of sexually abused children and their families*. New York: Norton.

Friedrich, W., Grambach, P., Damon, L., Hewitt, S., Koverola, C., Lang, R., Lang et al. (1992). Child Sexual Behavior Inventory: Normative and clinical comparisons. *Psychological Assessments*, 4(3), 303-311.

Friedrich, W.N., Lysne, M., Sim, L., & Shamos, S. (2004). Assessing sexual behavior in high risk adolescents with the Adolescent Clinical Sexual Behavior Inventory (ACSBI). *Child Maltreatment*, 9, 239-250.

Gerdner, A. & Allgulander, C. (2009). Psychometric properties of the Swedish version of the Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-SF). *Nordic Journal of Psychiatry,* 63(2), 160-170.

Gilles, D., Taylor, F., Gray, C., O`Brien, L., & D'Abrew, N. (2012). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents (Review). *Cochrane Database Syst Rev. 2012 Dec 12*;12:CD006726

Gilles, D., Maiocchi, L., Bhandari, AP., Taylor, F., Gray, C., & O ´Brien, L. (2016). Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma (Review). C*ochrane Database Syst Rev. 2016 Oct 11;10:CD012371.*

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586.

Greenwald, R. & Rubin, A. (1999). Assessment of posttraumatic symptoms in children: Development and preliminary validation of parent and child scales. *Research on Social Work Practice*, 9, 61-75.

Gren, S. (2016). *Dissociation Screening Questionnaire – psychoform and somatic questions*. Master thesis, Linköping University, Linköping.

Gren, S., & Nilsson, D. (2015). DSQ-12. *Dissociation Screening Questionnaire-12.* Linköping: IBL, Linköping University.

Gren-Landell, M., Aho, N., Andersson, G., & Svedin, CG. (2011). Social anxiety disorder and victimization in a community sample of adolescents. *Journal of Adolescence*, 34(3), 569-577.

Gren-Landell, M., Aho, N., Carlsson, E., Jones, A., & Svedin, C.G. (2013). Posttraumatic Stress Symptoms and Mental Health Utilization in Adolescents with Social Anxiety Disorder and Experiences of Victimization. European Child & Adolescent Psychiatry. E*uropean Child & Adolescent Psychiatry*, 22(3), 177-84.

Gustafsson, P.E., Nilsson, D., & Svedin, C.G. (2009). Polytraumatization and psychological symptoms in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18, 274-283.

Gutermann, J., Schreiber, F., Matulis, S., Schwartzkopff, L., Deppe, J., & Steil, R. (2016). Psychological treatments for symptoms of post-traumatic stress disorder in children, adolescents and young adults: a meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 19:77-93.

Hahn, H., Oransky, M., Epstein, C., Smith Stover, C. & Marans., S. (2016). Findings of an Early Intervention to Address Children's Traumatic Stress Implemented in the Child Advocacy Center Setting Following Sexual Abuse. *Journ Child Adol Trauma*, 9, 55–66

Hamby, S.L. & Finkelhor, D. (2000). The victimization of children: Recommendations for assessment and instrument development. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* 39, 829-840.

Hamby, S.L., Finkelhor, D., Orrnrod, R.K., & Turner, H. (2004). *The Comprehensive Juvenile Victimization Questionnaire*. Durham, NH: Crimes Against Children Center.

Hamby, S.L., Finkelhor, D., Ormrod, R.K., & Turner, H. (2005). T*he Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ)*: Administration and scoring manual. Durham, NH: Crimes Against Children Center.

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) 517-515.

Hetzel-Riggin, M.D., Brausch, A.M., & Montgomery, B.S. (2007). A meta-analytic investigation of therapy modality outcomes for sexually abused children and adolescents: An exploratory study. C*hild Abuse & Neglect 31*, 125-141.

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. J*ournal of child Psychology and Psychiatry*, 57:8, 884-898.

Hogrefe. Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC). *www.hogrefe.se/Klinisk-psykologi/Psykiatri/Trauma-Checklist-for-Children--TSCC/*

Hogrefe. Trauma Symptom Checklist for Younger Children (TSCYC). *www.hogrefe.se/Klinisk-psykologi/Psykiatri/TSCYC/*

Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicin*e, 41, 209-218.

Häggström, M. (2007). SDQ-20 Sweden: Validation of the Swedish version of the Somatoform Dissociation Questionnaire. Master thesis. Linköping University, Linköping.

Ippen, C. G., Ford, J., Racusin, R., Acker, M., Bosquet, M., Rogers, K., Ellis, C., Schiffman, J., Ribbe, D., Cone, P., Lukovitz, M., & Edwards, J. (2002). *Traumatic Events Screening Inventory – Parent Report Revised.*

Jarbin, H., Andersson, M., Råstam, M., & Ivarsson, T. (2017). Predictive validity of the K-SADS-PL 2009 version in school-aged and adolescent outpatients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(4),270-276.

Jones, R.T. (2002). T*he Child's Reaction to Traumatic Events Scale (CRTES): A Self-Report Traumatic Stress Measure*. Available from Russell Jones, PhD, Department of Clinical Psychology, Stress and Coping Lab, Virginia Polytechnic University, Blacksburg, VA.

Kassam-Adams N. (2006). The Acute Stress Checklist for Children (ASC-Kids): Development of a child self-report measure. *J Trauma Stress*, 19, 129-39.

Kassam-Adams, N., Garcia-España, J.F., Marsac, M.L., Kohser, K.L., Baxt, C., Nance, M., Winston, F. (2011). A pilot randomized controlled trial assessing secondary prevention of traumatic stress integrated into pediatric trauma care. *J Trauma Stress*, 24(3), 252-9.

Kassam-Adams, N., Gold, J.I., Montafio, Z., Kohser, K.L., Cuadra, A., Mufioz, C., Armstrong, F.D. (2013). Development and psychometric evaluation of child acute stress measures in Spanish and English. J *Trauma Stress*, 26(1),19-27. doi: 10.1002/jts.21782. Epub 2013 Jan 31.

Kassam-Adams (2014). Design delivery and evaluation of early interventions for children exposed to acute trauma. European journal of psychotraumatology, 2014, 5 22757. *http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v522757*

Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U.M.A., Flynn, C., Moerci, P., & Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial re li ability and validity data. J*ournal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 980-988.

Kenardy, J., Spence, S., & Macleod, A. (2006). Screening for Posttraumatic Stress Disorder in children after accidental injury. Pediatrics, 118, 1002-1009.

Kenardy, J. A., Thompson, K., Le Brocque, R., & Olsson, K. (2008). Information-provision intervention for children and their parents following pediatric accidental injury. *European Child & Adolescent Psychiatry, 17(5),* 316-325.

Kendall-Tackett, K.A., Williams, L.M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of Sexual Abuse on Children: A Review and Synthesis of Recent Empirical Studies. *Psychological Bulletin, 113(1),* 164-180.

Kendler, K.S., Bulik, C.M., Silber, J., Hettema, J.M., Myers, J., & Prescott, C.A., (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorder in women. *Archives of General Psychiatry, 57*, 953-959.

King, L., King, D., Lesking, G., & Foy, D. (1995). The Los Angeles Symptom Checklist: A self-repo rt measure of posttraumatic stress disorder. *Assessment,* 2, 1-17.

Kramer, D.N., & Lanholt, M.L. (2011). Characteristics and efficacy of early psychological interventions in children and adolescents after single trauma a meta analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 2.*

Kramer, D.N., & Lanholt, M.L. (2014). Early psychological intervention in accidentally injured children ages 2-16: a randomized controlled trial. *European Journal of psycholtraumatology, 5.*

Landberg, Å. & Svedin, C.G. (2013). Inuti ett Barnahus. *A quality review of 23 Swedish Barnahus.* Stockholm: Rädda Barnen.

Leigh, E., Yule, W., & Smith, P. (2016). Measurement Issues: Measurement of posttraumatic stress disorder in children and young people - lessons from research and practice. *Child and Adolescent Mental Health, 21(2)*, 124-135.

Levendosky, A.A., Huth-Bocks, A.C., Semel, M.A., & Shapiro, D.L. (2002). Trauma symptoms in preschool-age children exposed to violence. *Journal of Interpersonal Violence, 17,* 150-164.

Levy, H. B., Markovic, J., Kalinowski, M. N., Ahart, S., & Torres, H. (1995). Child sexual abuse interviews: The use of anatomical dolls and the reliability of information. *Journal of Interpersonal Violence, 10,* 334-353.

Lieberman, A.F., Van Horn, P., & Ghosh Ippen, C. (2005). Toward evidence-based treatment: Child-Parent psychotherapy with preschoolers exposed to martial violence. *Journal of American Academy for Child and Adolescent psychiatry 44(12),* 1241-1248.

Lieberman, A.F., Ghosh Ippen, C., & Van Horn P. (2006). *Psychotherapy with infants and Young children: repairing the effects of stress and trauma on early attachment.* New York. NY: Guilford Press.

Lyons, J.S., Griffin, E., Fazio, M., & Lyons, M.B. (1999). *Child and adolescent needs and strengths: An information integration tool for children and adolescents with mental health challenges (CANS-MH), Manual.* Chicago, Jl: Buddin Praed Foundation.

Macdonald, G., Higgins, J.P., Ramchandani, P., Valentine, J.C., Bonger, L.P., Klein, P., et al. (2012). Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused. *Cochrane Database of Syst Rev* 2012 May 16;(5):CD001930.

Malmberg, K. (2011). *Attention-Deficit/hyperactivity Disorder and Disruptive Behavior Disorders in adolescene related to levels of platelet MAO-B and polymorphisms in two candidate genes.* Thesis for doctorial degree. Stockholm: Karolinska Institutet.

Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Deblinger, E., Runyon, M. K., & Steer, R. A. (2012). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children: Sustained impact of treatment 6 and 12 months later. *Child Maltreatment,* 17(3), 231-241.

March, S., De Young, A., Dow, B., & Kenardy, J. (2012). Assessing Trauma – related Symptoms in Children and Adolescents In Ed's: Beck, G., Sloan, D.M. *The Oxford handbook of traumatic stress disorders.* Oxford Library of psychology, Oxford, New York: Oxford University Press.

McGee, R., Wolfe, R., & Olson, J. (2001). Multiple maltreatment, attribution of blame, and adjustment among adolescents. *Development & Psychopathology, 13(4),* 827-846.

Meinck, F., Cosma, A.P., Mikton, C., & Baban, A. (2017). Psychometric properties of the Adverse Childhood Experiences Abuse Short Form (ACE-ASF) among Romanian high school students. C*hild Abuse & Neglect, 72,* 326-337.

Milne, L. & Collin-Vézina, D. (2015). Assessment of Children and Youth in Child Protective Services Out-of-Home Care: An Overview of Trauma Measures. *Psychology of Violence, 5(2),*122-132.

Morina, N., Koerssen, R., & Pollet, T.V. (2016). Interventions for children and adolescents with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of comparative outcome studies. Clinical Psychology Review, 47, 41-54.

Muris, P., Merckelbach, H., Körver, P., & Meesters, C. (2000). Screening for trauma and adolescents: the validity of Traumatic Stress Disorder Scale of the screen for child related emotional disorders. *J Clin Child Psychol., 29(3),* 406-413.

Nader, K.O. (2008). *Understanding and assessing trauma in children and adolescents: Measures, methods, and youth in context.* New York, NY: Routledge Taylor Francis Group.

Nader, K.K.O., Newman, E., Weathers, F.W., Kaloupek, D.G., Kriegler, J.A., & Blake, D.D. (1996). National Center for PTSD Clinical-Administrated PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA) Interview Booklet and Interview Guide. Los Angeles: Western Psychological Services.

Nader, K. O., Pynoos, R., &Fairbanks, L. (1990). Childhood PTSD reactions one year after a sniper attack at their school. *American Journal of Psychiatry, 147(11),* 1526-1530.

Nader, K.O., Kriegler, J., Blake, D., Pynoos, R., Newman, E., & Weather, F. (2002). The Clinician-Administered PTDS S*cale, Child and Adolescent Version (CAPS-CA).* White River Junction, VT: National Center for PTSD.

Nathan, P.E., & Gorman, J.M. (2002). *A guide to treatments that work.* 2nd ed. London: Oxford University Press.

National Center for PTSD. *www.ptsd.va.gov*

National Child Traumtic Stress Network. *www.nctsnet.org*

Nelson, E.C., Heath, A.C., Madden, P.A., Cooper, M.L., Dinwiddie, S.H., Bucholz, K.K., Glowinski, A., McLaughlin, T., Dunne, M.P., Statham, D.J., & Martin, N.G. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: Results from a twin study. *Archives of General Psychiatry, 59,* 139-145.

Nijenhuis, E.R., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, 0 ., & Vanderlinden, J. (1996). The development and the psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease, 184*, 688-694.

Nijenhuis, E.R., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, 0., & Vanderlinden, J. (1998a). The development of the somatoform dissociation (SDQ-5) as a screening instrument for dissocative disorders, *Acta Psychiatr Scand., 96(5),* 311-318.

Nijenhuis, E.R., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, 0., & Vanderlinden, J. (1998b). The psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire: A replication study. *Psychoterapy and Psychosomatics, 67,* 17-23.

Nilsson, D., Nordenfeldt, S., & Wadsby, M. (2006). Somadis-20. Leuven. Linköping: BUP Elefanten, Universitetssjukhuset och Avd för BUP, Linköpings Universitet.

Nilsson, D., Svedin, CG. (2006). Dissociation among Swedish Adolescents and the connection to trauma. An Evaluation of the Swedish version of Adolescent Dissociative Experience Scale. *The Journal of Nervous and Mental Diseases, 194(9),* 684-689.

Nilsson, D., Wadsby, M., & Svedin, CG. (2008).The psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) in a sample of Swedish Children. *Child Abuse & Negelect. 32,* 627-636.

Nilsson, D., Gustafsson, P.E., Larsson, J. & Svedin, CG. (2010). Evaluation of the Linkoping youth life experience scale. Journal of Nervous and Mental Diseas, 198(19), 768-774.

Nilsson, D., Gustafsson, P.E., & Svedin, C.G. (2010). Self-reported potentially traumatic life events and symptoms of posttraumatic stress and dissociation. *Nordic Journal of Psychiatry, 64,* 19-26.

Nilsson, D., Gustafsson P.E., & Svedin, C.G. (2012). The psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist for Young Children in a sample of Swedish Children. *European Journal oj Psychotraumatology, 3.*

Nilsson, D., Gustafsson P.E., & Svedin, C.G. (2012). Polytraumatization and Trauma Symptoms in Adolescent Boys and Girls: Interpersonal and Non-interpersonal Events and Moderating Effects of Adverse Family Circumstances. *Journal of Interpersonal Violence, 27(13),* 2645 - 2664.

Nilsson, D.K, Gustafsson PE, Svedin CG. (2012). Lifetime polytraumatization in adolescence and being a victim of bullying. J *Nerv Ment Dis., 200(11),* 954-61.

Nilsson, D., Lejonclou, A., Svedin, C.G., Jonsson, M., & Holmqvist, R. (2015). Somatoform dissociation among Swedish adolescents and young adults: The psychometric properties of the Swedish version of SDQ-20 and SDQ-5. *Nordic Journal of Psychiatry, 69(2),* 152-160.

Nilsson, D., Svedin, CG. (2006). Evaluation of the Swedish Version of Dissociation Questionnaire (DIS-Q), Dis-Q-Sweden, Among Adolescents. Experience Scale. *J Trauma Dissociation, 7(3),* 65-89.

Nilsson, D., Nordenstam, C., Green, G., Wetterhall, A., Lundin, T., & Svedin, C.G. (2015). Acute stress among adolescents and female rape victims measured by ASC-Kids: A pilot study. N*ordic Journal of Psychiatry, 69(7),* 539-45.

Ohan, J.L., Myers, K., & Collett, B.R. (2002). Ten-Year Review of Rating Scales. IV: Scales Assessing Trauma and Its Effects. J*ournal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41(12),* 1401-1422.

Perrin, S., Meiser-Stedman, R., & Smith, P. (2005) The Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES): Validity as a screening instrument for PTSD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 33(4),* 487-498.

Poijula, S., Dyregrov, A., Wahlberg, K.E., & Jokelainen, J (2001) Reactions to adolescent suicide and crisis intervention in three secondary schools. *International Journal of Emergency Mental Health, 3(2),* 97-106.

Praver, F., DiGuiseppe, R., Pelcoviz, D., Mandel, F., & Gaines, R. (2000). A preliminary study of cartoon measure for children's reactions to chronic trauma. C*hild Maltreatment, 5(3),* 273-285.

Puig-Antich, J. & Chambers, W. (1978). The schedule of affective disorders and schizophrenia for school-aged children. New York: New York Psychiatric Institute.

Putnam, F.W., Helmer, K., & Trickett, P.K. (1993). Development, reliability and validity of a child dissociation scale. *Child Abuse & Neglecl, 17(6),* 731-741.

Putnam, F.W., & Peterson, G. (1994). Further validation of the Child Dissociation Checklist. *Dissociation, 7(4),* 204–211.

Pynoos, R.S. (2002). The Child Post Traumatic Stress-Reaction Index (CPTS-Rl). Avaliable from Robert Pynoos, M.D., Trauma Psychiatry Service, UCLA, Los Angeles CA.

Pynoos, R., Rodriguez, N., Steinberg, A., Stuber, M., & Frederick, C. (1998). *The UCLA PTSD reaction index for DSM IV (Revision 1).* Los Angeles: UCLA Trauma Psychiatry Program.

Reeker, J., Ensing, D., & Elliott, R. (1997). A meta-analytic investigation of group treatment outcomes for sexually abused children. *Child Abuse & Neglect, 21(7),* 669-680.

Reich, W., Leacock, N., & Shanfield, C. (1994). Diagnostic Interview for Children and Adolescents-Revised (DICA-R). St. Louis, MO: Washington University.

Ribbe, D. (1996). Psychometric review of Traumatic Events Screening Inventory for Children (TESI-C). In B.H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation (pp. 386- 387).* Lutherville, M.D: Sidran.

Richters, J.E. & Martinez, P. (1993). The NIMH community violence project: I. Children as victims of and witnesses to violence. *Psychiatry, Jnterpersonal and Biological Processes, 56,* 7-21.

Rose. S., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue Issue 2.* Art. No.: CD000560.

Runyon, M., Deblinger, E., Ryan, E., & Thakkar-Kolar, R. (2004). "An overview of child physical abuse: Developing an integrated parent-child cognitive-behavioral treatment approach". T*rauma, Violence & Abuse, 5, 65-85.*

Runyon, M. K., Deblinger, E., & Steer, R. A. (2010). Group cognitive behavioral treatment for parents and children at-risk for physical abuse: An initial study. *Child & Family Behavior Therapy,* 32(3), 196-218.

Runyon, M. K. & Deblinger, E. (2014). *Combined Parent-Child Cognitive Behavioral Therapy. An Approach to Empower Families At-Risk for Child Physical Abuse. Therapist Guide.* Oxford: Oxford University Press

Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T.K., Jungbluth, N., Risch, E., Rosner, R., & Goldbeck, L. (2017). International development and psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). *Journal of Affective Disorders, 210,* 189-195.

Saigh, P.A. (2004). *The Children's Post Traumatic Stress Disorder-Inventory (CPTSD-1).* San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Salar, R., Malekiai, C., Linck, L., Kristiansson, R. & Sarkadi, A. (2017). Screening for PTSD symptoms in unaccompanied refugee minors: a test of the CRIES-8 questionnaire in routine care. *Scandinavian Journal of Public Health, 45,* 605-611.

Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A.I., & López-Soler, C. (2011). The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 11(1),* 67-93.

Saylor, C.F. & Swanson, C.C. (1999). The Pediatric Emotional Distress Scale: A brief screening measure for young children exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child Psychology, 28(11),* 70-81.

Saxe, G.N. (2001). Child Stress Disorders Checklist (CSDC) (v.4.0-11/01). National Child Traumatic Stress Network and Department of Child and Adolescent Psychiatry, Boston University School of Medicine.

Saxe, G.N., & Bosquet, M. (2004). Child Stress Disorders Checklist-Screening Form (CSDC-SF) (v. 1.0-3/04). National Child Traumatic Stress Network and Boston University School of Medicine.

Saxe G, Chawla N, Stoddard F, Kassam-Adams N, Courtney D, Cunningham K, Lopez C, Hall E, Sheridan R, King D, King L. (2003). Child Stress Disorders Checklist: a measure of ASD and PTSD in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 42(8),* 972-8.

Scheeringa, M. Zeanah, C. Drell, M. & Larrieu, J. (1995). Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34(2):* 191–200.

Scheeringa, M. (2012). Young Child PTSD Screen. Measurement Instrument Database for the Social Science. Retrieved from *www.midss.ie*

Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C., Dulcan, M., & Schwab-Stone, M. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children, Version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnosis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39,* 28-38.

Shapiro, F., & Silk Forrest, M. (1997). *EMDR – The Breakthrough Therapy For Overcoming Anxiety, Stress, And Trauma.* Basic Books, New York.

Sheehan, D.V., Sheehan, K.H., Shytle, R.D., Janavs, J., Bannon, Y., Rogers, J.E., Milo, K.M., Stock, S.L., & Wilkinson, B. (2010). Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *J Clin Psychiatry, 71(3),* 313-326.

Silverman, W.K. & Albano, A.M. (1996). The anxiety disorders interview schedule for DSM IV: *Child and parents versions.* San Antonio, TX: Graywind Publications, A Division of the Psychological Corporation.

Silverman, W.K., Ortiz, C.D., Viswesvaran, C., Burns, B., Kolko, D., Putnam, F.W., & Amaya-Jackson, L. (2008). Evidenced-Based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child & Adolescents Psychology, 37(1),* 156-183

Smith, P., Perrin, S., Dyregrov, A., Yule, W. (2003). Principal components analysis of the impact of event scale with children in war. *Personality and Individual Differences, 34,* 315- 322.

Socialstyrelsen. Kunskapsguiden. *http://www.kunskapsguiden.se/aldre/Webb-utbildningar/Sidor/Systematiskt-oversiktsarbete-och-evidensgradering-med-GRADE.aspx*

Spaccarelli, S. (1995). Measuring abuse, stress, and negative cognitive appraisals in child sexual abuse. Validity data on two new scales. *Journal of Abnormal Child Psychology, 23(6),* 703-726.

Stallard, P., Velleman, R., Salter, E., Howse, I., Yule, W., & Taylor, G. (2006). A randomized controlled trial to determine the effectiveness of an early psychological intervention with children involved in road traffic accidents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 47(2),* 127-134.

Steinberg, M., Cicchetti, D., Buchanan, J., Hall, P., et al. (1993). Clinical assessment of dissociative symptoms and disorders: The Structured Clinical Interview for DSM-IV *Dissociative Disorders (SCID-D). Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders, 6(1)*, 3-15

Steinberg, M. (1994). Interviewer's Guide to the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D) Revised. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Steinberg, A.M., Brymer, M.J., Kim, S., Briggs, E.C., Ippen, C.G., Ostrowski, S.A., & Pynoos, R.S. (2013). Psychometric properties of the *UCLA PTSD reaction index: Part I. Journal oftraumatic stress, 26, 1–9.*

Steinberg, A.M., & Beyerlein, B. (2013). UCLA PTSD Reaction Index: DSM-5 Version. Los Angeles: *UCLA/Duke University National Center for Child Traumatic Stress,* University of California.

Stiftelsen Allmänna Barnhuset (2013). KIBB – Kognitiv Behandling mot Barnmisshandel. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset

Strand, V.C., Sarmiento, T.L., & Pasquale, L.E. (2005). Assessment and screening tools for trauma in children and adolescents: a review. *Trauma Violence Abuse, 6(1)*, 55-78.

Strickler, H.L.H. (2011). *The validation of the trauma assessment for young children* (Unpublished doctorial dissertation). Arlington, TX: University of Texas.

Svedin, C.G., Jonsson, L., & Landberg, Å. (2016). *Om barn med funktionsnedsättning i Sverige och deras utsatthet för våld och kränkningar.* Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.

Svedin, CG., Nilsson, D., & Lindell, C. (2004). Traumatic experiences and dissociative symptoms among Swedish adolescenst. A pilot study using Dis-Q-Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry, 58,* 349-355.

Tingskull, S., Svedin, C.G., Agnafors, S., deKeyser, L., Sydsjö. G., & Nilsson, D. (2015). Parent and Child Agreement on Experience of Potential Traumatic Events. *Child Abuse Review, 24,* 170-185.

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,* 6-19.

United Nations. (1989). *Convention on the Rights of the Child.* United Nations. New York: United Nations.

Vanderlinden, J., Van Dyck, R., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (1991). Dissociative experiences in the general population in the Netherlands and Belgium: A study with the Dissociation Questionnaire (DIS-Q). *Dissociation, 4,* 180-184.

Van der Kolk, B.A. (1996). *Trauma and memory. In B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane, & Lars Weisaeth (Eds.) Traumatic Stress.* The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society. New York: Guilford Press

Weiss, D.S. & Marmar, C.R. (1996). The Impact of Events Scale-Revised. In: Assessing Psychological Trauma and PTSD, Wilson J, Keane T.M., eds, (pp 399-411). New York: Guilford.

Weisz, J. R., Weiss, B., Alicke, M. D., & Klotz, M. L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 542−549.

Wetterhall, A. & Gren S. (2011). *Resultat på tre olika självskattningsformulär som mäter akut stressyndrom, posttraumatiskt stressyndrom och känsla av sammanhang från en normalgrupp ungdomar 15–17 år.* C-uppsats i psykologi Linköpings universitet, Linköping.

Wolfe, V.V., Gentile, C., Michienzi, T., Sas, L., & Wolfe, D. (1991). The Children's Impact of Traumatic Events Scale: A measure of post-sexual abuse PTSD symptoms. *Behavioral Assessment, 13(4),* 359-383.

Yule, W. (1992). Post-traumatic stress disorder in child surviors of shipping disasters. The sinking of the Jupiter. Psychotherapy and Psychosomatics, 57 (4), 200-205.

Zehnder, D., Meuli, M., & Landolt, M.A., (2010). Effectiveness of a single-session early psychological intervention for children after road traffic accidents: a randomized controlled trial. *Child Adolescent Psychiatry mental health, 4* (7)

Zetterqvist, M., Lundh, L-G. & Svedin, CG. (2014). A cross-sectional study of adolescent non-suicidal self-injury: support for a specific distress – function relationship. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health, 8,23.*

Zetterqvist, M. (2014). Non-Suicidal Self-Injury in Swedish Adolescents: Prevalence, Characteristics, Functions and Associations With Childhood Adversities. Doctoral dissertation Linköping: Linköpings Universitet.

Zolotor, A.J., Runyan, D.K., Dunne, M.P., Jain, D., Péturs, H.R., Ramirez, C., Volkova, E., Deb, S., Lidchi, V., Muhammed, T., & Isaeva, O. (2009). ISPCAN Child Abuse Screening Tools Children's Version (ICAST-C): Instrument development and multi-national pilot testing. *Child Abuse & Neglect., 33(11),* 833-841.

7. Bilagor

Bilaga 1a. Lista över olika screening och bedömningsinstrument i de olika översiktsstudierna.

Acronym	Formulär, författare	Ohan 02	Strand 05	Diset 05	Milne 15	Leigh 16	Denton 16	Annat
ACE-ASF	Adverse Childhood Experiences-Abuse Short Form. Meinck et al, 2017							x
ACSBI	Adolescent Clinical Sexual Behaviour Inventory. Friedrich et al, 2004.						x	
ACTS	Angie-Andy Cartoon Scale. Praver et., al 2000.	x	x					
A-DES	Adolescent Dissociative Experience Scale. Armstrong et al, 1997.	x	x	x	x		x	
ADIS-C/P	Clinician administered Anxiety Disorders Interview Schedule for Children and Parents- Fourth Edition. Silverman & Albano, 1996.					x		
ADQ	Anatomical Doll Questionnaire. Levy at al., 1995.		x					
AFMI	Attribution for Maltreatment Inventory. McGee et al., 2001.		x					
ASC-kids	Acute Stress Checklist for Children. Kassam-Adams, 2006.							
CANS-MH	Child and Adolescent Needs and Strengths. Lyons et al., 1999.				x			
CAPA-C/P	Child and Adolescent Psychiatric Assessment. Angold et al., 1995.		x					
CAPS-C CAPS-C/A	Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents. Nader et al., 1996, Nader et al., 2002.	x	x					
CATS	Child and Adolescent Trauma Screen. Sachser et al., 2017.							x
CDC	Child Dissociative Checklist. Putnam et al., 1993.	x	x	x			x	
CITES-R CITES-2	Children's impact of traumatic events scale. Wolfe VV et al., 1991, senaste version 2002.	x	x					
CPAS	Children's Perceptual Alteration Scale. Evers-Szostak, 2002.	x						
CPSS	Child PTSD Symptom Scale. Foa et al., 2001.	x	x			x	x	
CPTS-RI	Children's PTS-Reaction Index. Pynoos, 2002.	x				x		
CPTSDI	Children's PTSD Inventory. Saigh, 2004.		x			x		
CPTSDI-C/P	Childhood PTSD Interview. Fletcher, 1996.	x	x			x		
CREV	Children's Report of Exposure to Violence. Cooley, 2002.	x						
CRIES-8/13	Children Revised Impact of Event Scale. Smith et al., 2003. Utvecklad från Impact of Event Scale. Horowitz et al., 1979 och Impact of Event Scale Revised. Weiss & Marmar, 1996.	x				x		
CROPS/ PROPS	Child Report of Post-traumatic Symptoms/Parent Report of Posttraumatic Symptoms. Greenwald & Rubin, 1999.		x					

Bilaga 1b. fortsättning. Lista över olika screening och bedömningsinstrument i de olika översiktsstudierna.

Acronym	Formulär, författare	Ohan 02	Strand 05	Diseth 05	Milne 15	Leigh 16	Denton 16	Annat
CRTES	Children's Reaction to Traumatic Events Scale. Jones 2002.	x				x		
C-SARS	Checklist of Sexual Abuse and Related Symptoms. Spaccarelli, 1995.		x					
CSBI	Child Sexual Behavior Inventory. Friedrich et al., 1992.		x					
CSDC CSDC-SF	Child Stress Disorders Checklist. Saxe, 2001. Saxe et al., 2003. Child Stress Disorders Checklist – Screening Form. Saxe & Bosquet, 2004.							x
CTSQ	Child Trauma Screening Questionnaire. Kenardy et al., 2006.					x		
CTQ CTQ-SF	Child Trauma Questionnaire. Bernstein et al., 1994. Child Trauma Questionnaire Short Form. Bernstein et al., 2003.	x	x	x	x			
DIA	Dominic Interactive Assessment. de la Osa et al., 2011							
DICA-R	Diagnostic Interview for Children and Adolescent Revised. Reich et al., 1994							
DIPA-PTSD Module	Clinician-Administered Diagnostic Infant and Preeschool Assessment – PTSD Module. Scheeringa & Haslett, 2010					x		
DISC	Diagnistic Interview Schedule for Children. Shaffer et al., 2000.							
DIS-Q	Dissociation Questionnaire. Vanderlinden et al., 1991			x		x		
DOSE	Dimension of Stressful Events Rating Scale. Fletcher, 1996.					x		x
DSQ-12	Dissociation Screening Questionnaire. Gren & Nilsson, 2015.							x
ICAST-C	ISPCAN Child Abuse Screening Tools – Child. Zolotor et al., 2009.							x
JVQ JVQ-SAQ	Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ) och självsvarsversionen. Hamby et al., 2004.				x			
Kiddie-SADS K-SADS-PL	Child Schedule of Affective Disorders and Schizofrenia. Puigh-Antich & Chambers, 1978 Kaufman et al., 1997			x		x		
LASC	Los Angeles Symptom Checklist. King et al., 1995.		x					
LITE	Lifetime Incidence of Traumatic Events Scale. Greenwald & Rubin, 1999.							x
LYLES	Lnköping Youth Life Event Scale. Nilsson. Gustafsson & Svedin, 2010.							x
M.I.N.I. KID	Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju. Shehan et al., 2010.							x
NASAS	Negative Appraisals of Sexual Abuse. Spacarelli, 1995.		x					
PAPA	Preeschool Age Psychiatric Assessment. Egger & Angold 2004.					x		

Bilaga 1c. fortsättning. Lista över olika screening och bedömningsinstrument i de olika översiktsstudierna.

Acronym	Formulär, författare	Ohan 02	Strand 05	Diseth 05	Milne 15	Leigh 16	Denton 16	Annat
PCL-C/PR	PTSD Checklist. Ford & Rogers, 1997.							x
PEDS	Paediatric Emotional Distress Scale for Children. Saylor & Swanson, 1999.	x	x			x	x	
PTSD-PAC	PTSD in Preschool Aged Children. Levandosky et al., 2002.							x
SAFE	Sexual Abuse Fear Evaluation. Fiendler et al., 2003.		x					
SCARED	SCARED Brief Assessment of Anxiety and PTS Symptoms. Muris et al., 2000.							x
SCID-D-R	Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders – Revised. Steinberg, 1994.			x				
SDQ-5/20	Somatoform Dissociative Quesyionnaire. Nijenhuis et al., 1996, 1998a,b.			x				
TAYC	Trauma Assessment for Young Children. Stricker, 2011.						x	
TESI-C	Traumatic Events Screening Inventory for Children. Ribbe,1996, Ippen at al., 2002		x					
TSCC	Trauma Symptom Checklist for Younger Children. Briere, 1996.	x	x	x	x	x		
TSCYC	Trauma Symptom Checklist for Younger Children. Briere, 2005.		x			x	x	
UCLA-RI	UCLA Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index for DSM-IV. Pynoos et al., 1998. Utvecklat från CPTSD-RI, Nader et al., 1990. Steinberg et al., 2013. UCLA PTSD Reaction Index: DSM-5 Version Steinberg & Beyerlein, 2013		x			x	x	x
VEX-R	Violence Exposure Scale for Children-Revised. Fox & Leavitt, 1995.							x
WBTH	When bad things happen. Fletcher, 1992.		x					
YCPS	Young Child PTSD Screen. Scheeringa, 2012.							x
	Survey of Children's Exposure to Community Violence. Richters & Marinez, 1993.		x					
61	Sammanlagt	15	25	8	5	18	10	16

Bilaga 2a. Lista över olika frågeformulär och vad som karaktäriserar dem.

Formulär	Ålder	Trauma-formulär S/F/A*	Symtom-formulär S/F/A*	Frågor/ tid i min	Psyko-metri Int/svensk #	Översatt	Kommentar
ACE-ASF. Adverse Childhood Experiences – Abuse Short Form	15-	S		8/5	God/	Nej	Emotionell, fysisk och sexuell misshandel
ACSBI. Adolescent Clinical Sexual Behaviour Inventory	12-18		S/F	45/	God/	Nej	Sexuella beteenden
ACTS. Angie-Andy Cartoon Trauma Scale	6-12		S/F	110/45	God/	Nej	Traumabrett. Bilder för barn
A-DES. Adolescent Dissociative Experience Scale	12-18		S	30/20	God/God	Ja	Dissociation
ASC-kids. Acute Stress Checklist for Children	8-17		S	29/10	God/God	Ja	Akut stress
CATS. Child and Adolescent Trauma Screen	7-17/3-17	S/F	S/F	15+20/10	God	Nej	PTSD, kombinerat formulär
CDC. Child Dissociative Checklist	5-12		F/A	20/10	God/?	Ja	Dissociation
CPAS. Children's Perceptual Alteration Scale	8-12		S	28/10	?/	Nej	Dissociation
CPSS. Child PTSD Symptom Scale	8-18		S	24/15	God/	Nej	PTSD
CPTS-RI. Children's PTS-Reaction Index	8-18		S/A	20/20-45	God/	Nej	PTSD
CREV. Children's Report of Exposure to Violence	9-15	S		32/20	+/	Nej	Traumabrett
CRIES-8/13. Children's Revised Impact of Event Scale	8-18		S	8-13/5-10	God/?	Ja	PTS
CROPS. Child Report of Posttraumatic Symptoms PROPS. Parent Report of Posttraumatic Symptoms	6-18		S F	25/5 30/5	God/ God	Nej Nej	PTSD PTSD
CRTES. Children's Reaction to Traumatic Event Scale	8-12		S	15/5	?/	Nej	PTSD
C-SARS. Checklist of Sexual Abuse and Related Symptoms	11-18	S	S	70/	?/	Nej	Traumabrett + symtom
CSBI. Child Sexual Behavior Inventory	2-12		F	38/15	God/	Nej	Sexuella beteenden
CSDC. Child Stress Disorders Checklist CSD, Child Stress Disorders Checklist – Screening Form	2-18 2-18		F/A F/A	36/10 4/5	God/ ?/	Nej	ASD, PTSD ASD, PTSD
CTSQ. Child Trauma Screening Questionnaire	7-16		S	10/5	?/	Nej	PTSD
CTQ. Child Trauma Questionnaire	12-18	S		28/10	God/God	Ja	Traumaformulär
DIA. Dominic Interactive Assessment	6-11		S	91/15	God/	Nej	Symtomformulär

S = Självsvarsformulär
F = Föräldrasvar
A = Annan
# god, om det finns rapporterade data som internal consistency, interbedömmar reliabilitet, test-retest. ?, om det saknas data eller om dessa ej är fullständiga eller otillfredsställande

Bilaga 2b. fortsättning. Lista över olika frågeformulär och vad som karaktäriserar dem.

Formulär	Ålder	Trauma-formulär S/F/A*	Symtom-formulär S/F/A*	Frågor/ tid i min	Psyko-metri Int/svensk #	Översatt	Kommentar
DIS-Q. Dissociation Questionnaire	13-18		S	63/20	God/God	Ja	Dissociation
DSQ. Dissociation Screening Questionnaire	13-		S	12/5	/?	Ja	Dissociation
ICAST-C. ISPCAN Child Abuse Screening Tools - Child	11-17	S		82/20	God/	Nej	Brett traumaformulär
JVQ. Juvenile Victimization Questionnaire JVQ-SAQ	8-18 12-18	S S		34/30 34/30	 God/God	 Ja	Brett traumaformulär Brett traumaformulär
LASC. Los Angeles Symptom Checklist	10-18		S	43/20	God/	Nej	PTSD/symtom
LITE. Lifetime Incidence of Traumatic Events Scale	8-18	S/F		16/	?/God	Ja	Traumaformulär
LYLES. Linköping Youth Life Event Scale	13-18	S/F	S	23/	/God	Ja	Traumaformulär
NASAS. Negative Appraisals of Sexual Abuse Scales	11-18		S	56/	God/	Nej	Sexuella övergrepp
PCL-C/PR. PTSD Checklist	6-18		S/F	17/	God/	Nej	Posttraumatisk stress
PEDS. Child Paediatric Emotional Distress Scale for Children	2-10		F	21/15	God/	Nej	
PTSD-PAC. PTSD in Preschool Aged Children	3-5		F	18/10	?/	Nej	PTSD
SAFE. Sexual Abuse Fear Evaluation	10-18		S	27/	?/	Nej	Sexuella övergrepp
SCARED. Brief Assessment of Anxiety and PTS Symptoms	7-18		S	9/	God/	Nej	Posttraumatisk stress
SDQ-20 och SDQ-5. Somatoform Dissociation Questionnaire	13-18		S	20-5/	God/god	Ja	Somatoform Disso-ciation
TAYC. Trauma Assessment for Young Children			S/F	10/	God/	Nej	Doktorsavhandling
TESI-C. Traumatic Events Screening Inventory for Children	6-18	S/F		24/30	God/	Nej	
TSCC. Trauma Symptom Checklist for Children	8-16		S	54/15	God/God	Ja	
TSCYC. Trauma Symptom Checklist for Younger Children	3-11		F	90/20	God/God	Ja	
UCLA-RI. UCLA Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index UCLA PTSD Reaction Index: DSM-5 version	7-12 6-18	S/F S/F	S/F S/F	20-22/20	God/ God/	Ja	PTSD DSM-IV Klinikadm. DSM-V
WBTH. When bad things happen	7-14		S	90/20	God/	Nej	
YCPS. Young Child PTSD Screen.	3-8	F	F	42/20	God/	Ja	
Survey of Children's Exposure to Community Violence	6-10	F		54/	?/	Nej	

S = Självsvarsformulär
F = Föräldrasvar
A = Annan
# god, om det finns rapporterade data som internal consistency, interbedömmar reliabilitet, test-retest. ?, om det saknas data eller om dessa ej är fullständiga eller otillfredsställande

Bilaga 3. Lista över olika diagnostiska intervjuformulär (kliniska intervjuer) och vad som karaktäriserar dem.

Formulär	Ålder	Barn	Förälder	Tid i min	Psyko-metri Int/svensk #	Översatt	Kommentar
ADIS-C/P. Clinician administered Anxiety Disorders Interview Schedule for Children and Parents – Fourth Edition.	6-18	Ja	Ja	90	?/	Nej	Bl.a. PTSD
ADQ. Anatomic Doll Questionnaire	2-7	Ja			?/	Nej	Sexuella övergrepp
AFMI. Attribution for Maltreatment Inventory	13-	Ja			God/	Nej	Trauma
CANS-MH. Child and Adolescent Needs and Strengths	0-18		Ja	10	?/	Nej	Bl.a. trauma/symtom
CAPA-A/P. Child and Adolescent Psychiatric Assessment	9-17	Ja	Ja	90	God/	Nej	Bl.a. PTSD
CAPS-C/CAPS-CA. Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents.	8-15	Ja		45	God/	Nej	PTSD "Golden standard"
CPTSDI-I. Children's PTSD Inventory	7-18	Ja		20	God/	Nej	PTSD
CPTSDI-C/P. Childhood PTSD Interview	7-18	Ja		40	God/	Nej	DSM-IV PTSD
DICA-R. Diagnostic Interview for Children and Adolescent Revised.	6-17	Ja	Ja	90	God	Ja	Bl.a. PTSD
DIPA-PTSD Module. Clinician-Admiistered Diagnostic Infant and Preeschool Assessment	0-6		Ja	90	?/	Nej	Bl.a. PTSD
DISC. Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV	6-17	Ja	Ja	90	?/	Nej	Bl.a. PTS/PTSD
DOSE. Dimension of Stressful Events Rating Scale	2-18	Ja	Ja	?	God/	Nej	Trauma
Kiddie-SADS/K-SADS-PL. Child Schedule of Affective Disorders and Schizofrenia.	6-18	Ja	Ja	150	God/	Ja	Bl.a. PTSD
M.I.N.I. KID 6.0	11-	Ja		15-20	God	Ja	Bl.a. PTSD
PAPA. Preeschool Age Psychiatric Asssessment	2-5		Ja	90	God/	Nej	Bl.a. PTSD
SCID-D-R. Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders – Revised.	11-	Ja		60-90	God/	Ja	Dissociation
VEX-R. Violence Exsposure Scale for Children Revised.	4-10	Ja		25	+/	Nej	Bilder som barnet kommenterar utifrån egna erfarenheter

god, om det finns rapporterade data som internal consistency, interbedömmar reliabilitet, test-retest. ?, om det saknas data eller om dessa ej är fullständiga eller otillfredsställande

Stiftelsen Allmänna Barnhuset är en statlig stiftelse med uppdrag att stödja metod- och kunskapsutveckling med syfte att stärka barn och ungdomar i socialt utsatta situationer. Vårt arbete utgår från FN:s konvention om barnets rättigheter (Barnkonventionen) och fokuserar på att öka kompetensen hos professionella som möter barn genom att utveckla och sprida kunskap från forskning och praktik. Vi ger bland annat anslag till barn- och ungdomsforskning, driver egna utvecklingsprojekt, anordnar konferenser och seminarier samt ger ut böcker i aktuella frågor. Läs mer om oss på allmannabarnhuset.se

Stiftelsen
Allmänna Barnhuset

Anso Form & Produktion december 2017 • Med reservation för eventuella tryckfel.