

«Jeg kan aldri stole på noen»

*En studie av overgeneralisering og akkomodasjon
hos traumatiserte ungdommer i behandling*

Kari Lea og Ingrid Aarthun



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2020

«Jeg kan aldri stole på noen»

*En studie av overgeneralisering og akkomodasjon
hos traumatiserte ungdommer i behandling*

© Kari Lea og Ingrid Aarthun

2020

“Jeg kan aldri stole på noen”: En studie av overgeneralisering og akkomodasjon hos traumatiserte ungdommer i behandling

Kari Lea og Ingrid Aarthun

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Forfattere: Kari Lea og Ingrid Aarhun

Tittel: “Jeg kan aldri stole på noen”: En studie av overgeneralisering og akkomodasjon hos traumatiserte ungdommer i behandling.

Hovedveileder: Marianne Skogbrott Birkeland. Biveileder: Tine Jensen

Bakgrunn: Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) har vist seg som en effektiv behandlingsmodell for barn og unge med posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Få studier har sett på hvilke dysfunksjonelle tanker som er vanligst hos ungdom som får TF-CBT, eller hvilke kognitive prosesser som henger sammen med behandlingsutfall. I denne studien undersøker vi det tematiske innholdet i dysfunksjonelle tanker til ungdom som mottar TF-CBT, og hvordan de kognitive prosessene overgeneralisering og akkomodasjon underveis i TF-CBT-behandling henger sammen med PTSS ved behandlingsslutt.

Metode: Hovedoppgaven er basert på lydopptak fra implementeringsstudien “Behandling av traumatiserte barn og unge, TF-CBT – Implementering 2012-2017” gjennomført av Nasjonalt Kompetansesenter for Vold og Traumatisk stress (NKVTS). Utvalget besto av 52 ungdommer (12-18 år) som har vært pasienter på totalt 26 forskjellige Barne - og ungdomspsykiatriske poliklinikker i Norge. Ungdommene hadde vært utsatt for én eller flere traumatiserende hendelser, og utviklet posttraumatiske stress-symptomer (PTSS) over klinisk nivå. Lydopptak fra bearbeidingsfasen av TF-CBT ble kodet på ulike variabler med kodemanualen CHANGE. Kvalitativ analyse av kodeskjemaene ble brukt for å identifisere og gruppere dysfunksjonelle tanker i tematiske kategorier. Regresjonsanalyser ble brukt for å undersøke sammenhenger mellom variablene overgeneralisering og akkomodasjon og PTSS.

Resultater: De vanligste dysfunksjonelle tankene handlet om tillit og skyld. Ungdommer med høyere gjennomsnitt av overgeneralisering i bearbeidingsfasen hadde høyere nivå av PTSS ved behandlingsslutt. Det var ingen signifikant sammenheng mellom akkomodasjon og PTSS.

Konklusjon: Studien indikerer at høyt nivå av overgeneraliserte tanker i bearbeidingsfasen er assosiert med dårligere behandlingsutfall for ungdommer som mottar TF-CBT. Vi foreslår at noen dysfunksjonelle tanker kan være vanskeligere å endre. Resultatene kan indikere at tanker om tillit og skyld ser ut til å være blant de vanligste temaene som traumatisert ungdom strever med. Kanskje bør terapeutene være ekstra oppmerksomme på disse tankene, og følge

med på om de endrer seg i løpet av terapien. Videre forskning bør undersøke hvilke dysfunksjonelle tanker som er sterkest korrelert med PTSS hos ungdom, og hvilke komponenter og intervensjoner i TF-CBT som kan redusere overgeneralisering.

Forord

Det har vært både lærerikt og krevende å fordype seg i traumer hos barn og unge. Å lytte til over hundre timer traumeterapi har naturlig nok påvirket oss. Det å bli konfrontert med detaljerte beskrivelser av grusomme handlinger mot unge mennesker vekker ulike følelser; avsky, sinne og avmakt. I slike stunder har det vært fint å ha hverandre å støtte oss på. Oppi alle de sterke inntrykkene kunne vi minne hverandre på at jo mer man vet, desto mer kan man hjelpe. Vi har satt stor pris på å jobbe sammen, og vi opplever det som en stor styrke at vi har vært to om dette arbeidet. Våre målsettinger med denne oppgaven har vært å lære om traumer og forskning, å trives i prosessen, og å levere et produkt som vi er stolte av. Vi synes vi har klart å nå alle disse målene.

Vi ønsker å rette en stor takk til våre dyktige veiledere Marianne og Tine. Takk for deres engasjement og tålmodighet, og for at dere har hjulpet oss med å tenke nytt til siste stund. Vi opplever at vi gjennom hele prosessen har blitt møtt med både tydelige forventninger og stor støtte. Vi setter veldig stor pris på at dere har fulgt oss opp så tett – selv når koronapandemien har skapt avstand.

Vi vil også takke Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) for at vi fikk muligheten til å lytte til terapiforløp fra forskningsprosjektet *“Behandling av traumatiserte barn og unge, TF-CBT – Implementering 2012-2017”*. Denne erfaringen har gitt oss verdifull innsikt i hvordan traumer virker på barn, samt mulighet til å lære fra gode terapeuter. Dette er kunnskap vi tar med oss videre inn i vårt kommende arbeid som psykologer.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn	1
1.2	Fra potensielt traumatiserende hendelse til posttraumatisk stress	2
1.3	Ehlers og Clark: En kognitiv modell for PTSD	5
1.4	TF-CBT	9
1.4.1	Hva henger sammen med endring i TF-CBT?	11
1.5	Overgeneralisering og akkomodasjon	13
1.6	Problemstillinger og hypoteser	16
2	Metode	17
2.1	Kontekst	17
2.2	Utvalg	18
2.3	Mål	18
2.3.1	Kartlegging av traumatiske erfaringer og symptomer (KATES)	18
2.4	Traumatiske erfaringer hos ungdommene i vårt utvalg	19
2.5	Prosedyre for datainnsamling	21
2.5.1	CHANGE - kodemanual	21
2.5.2	Koding	23
2.5.3	Analyser	24
3	Resultater	26
3.1	Problemstilling 1: Innholdet i dysfunksjonelle tanker	26
3.2	PTSS gjennom behandlingsforløpet	28
3.3	Problemstilling 2: Sammenhenger mellom overgeneralisering, akkomodasjon og PTSS	29
4	Diskusjon	34
4.1	Hva er innholdet i de dysfunksjonelle tankene?	34
4.2	Sammenheng mellom overgeneralisering og PTSS	38
4.3	Sammenheng mellom akkomodasjon og PTSS	41
4.4	Styrker og svakheter	44
4.5	Implikasjoner	46
5	Konklusjon	50
	Litteraturliste	51
	Vedlegg / Appendiks	63
	Vedlegg 1: KATES del 1	64
	Vedlegg 2: KATES del 2	65
	Vedlegg 3: CHANGE kodemanual	66

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Mange barn og unge utsettes for potensielt traumatiserende hendelser. Det kan være alt fra store katastrofer som rammer mange, til ulykker eller skremmende hendelser med enkeltpersoner. Felles for hendelsene er at de kan oppleves som usedvanlig truende og overveldende for den enkelte. I etterkant av slike hendelser vil det hos noen utvikles symptomer som diagnosesystemene klassifiserer som posttraumatisk stresslidelse (PTSD). En nasjonal undersøkelse viste at omtrent 1 av 20 ungdommer mellom 12 og 16 år har opplevd alvorlig fysisk vold, eller seksuelle overgrep fra en voksen (Hafstad & Augusti, 2019). Videre viste undersøkelsen at vold og overgrep i oppveksten er forbundet med psykiske og somatiske helseplager i tidlig ungdomsalder. Ettersom traumatiserende hendelser i barndommen kan ha negativ effekt på utvikling og fungering gjennom livet (Gerson og Rapaport, 2013), er det viktig å ha kunnskap om hvordan man kan behandle traumer hos barn og unge.

I dag er traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) anbefalt i internasjonale retningslinjer for å behandle barn og unge som strever med symptomer på posttraumatisk stresslidelse (PTSS) (NICE, 2018; ISTSS, 2018), og behandlingsformen implementeres i mange barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) i Norge. Effekten av TF-CBT er dokumentert i mange studier (de Arellano et al., 2014; Goldbeck, Mueche, Sachser, Tutus & Rosner, 2016; Jensen et al., 2014). Ifølge kognitive modeller for PTSD henger endring i PTSS sammen med blant annet endring av posttraumatiske kognisjoner, og flere studier har etterhvert vist denne sammenhengen hos barn og unge (Jensen, Holt, Ormhaug, Fjermestad & Wentzel-Larsen, 2018; Meiser-Stedman et al., 2017; Pfeiffer, Sachser, de Haan, Tutus & Goldbeck, 2017; Smith et al., 2007). Det er imidlertid uklart hvordan endringen i posttraumatiske kognisjoner skjer.

Det er manglende kunnskap om sammenhengen mellom kognitive prosesser og behandlingsutfall i TF-CBT (Ready et al., 2015). Videre har de ovennevnte studiene brukt spørreskjemaer for å fange opp traumerelaterte tanker, og få studier har undersøkt innholdet i dysfunksjonelle tanker hos ungdom som mottar TF-CBT (Botsford et al., 2018). Begge disse

spørsmålene er av betydning for å forstå hva som er viktig å være oppmerksom på for terapeuter som utfører TF-CBT. En slik forståelse kan igjen øke effekten av behandlingen. Hovedmålet med denne studien er dermed å forstå mer om innholdet i dysfunksjonelle tanker hos barn og unge, og hvilke kognitive prosesser som henger sammen med endring av posttraumatiske symptomer.

1.2 Fra potensielt traumatiserende hendelse til posttraumatisk stress

Mange barn og unge opplever hendelser som gjør dem så redde at de blir overveldet av følelser. Slike hendelser har potensiale til å skape fysiologiske og psykologiske reaksjoner som varer over tid, og kalles derfor «potensielt traumatiserende hendelser». Potensielt traumatiserende hendelser kan være alt fra naturkatastrofer, krig og ulykker, til seksuelle overgrep, vold eller skremmende mobbeopplevelser. Diagnosemanualen *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fifth edition (DSM–5) (American Psychiatric Association [APA], 2013) definerer en potensielt traumatiserende hendelse som en situasjon hvor en person blir utsatt for, vitne til eller konfrontert med en eller flere hendelser som involverer død eller trussel om død, alvorlig skade eller seksuell vold mot en selv eller andre.

Ifølge Nordanger og Braarud (2014) vil potensielt traumatiserende hendelser aktivere “alarmsystemet” i kroppen, noe som blant annet innebærer at amygdala sender signaler til binyremargen om å skille ut stresshormonene adrenalin og noradrenalin. Dersom trusselen vedvarer, vil binyrebarken skille ut kortisol, som igjen hemmer nevralt forbindelser i og mellom prefrontalkorteks og hippocampus (Ford, 2009). Prefrontalkorteks og hippocampus er en del av det Nordanger og Braarud (2014) kaller “reguleringssystemet”, som gjør at vi kan vurdere nye situasjoner på grunnlag av tidligere erfaringer, og dermed tolke om situasjonen er trygg eller farlig. I forenklet form skriver Nordanger og Braarud (2014) at traumatisk stress kan sensitivisere “alarmsystemet” og svekke “reguleringssystemet”. Dette kan føre til at man lettere invaderes av intense følelser og minner om hendelsen (Stien & Kendall, 2004). Slike posttraumatiske stresssymptomer (PTSS) er normale i tiden etter en potensielt traumatiserende hendelse, og symptomene vil som regel avta etter en stund (Hiller et al., 2016). I noen tilfeller vil imidlertid symptomene være sterke nok, mange nok og vare lenge nok til at det utvikles en posttraumatisk stresslidelse (PTSD).

I DSM-5 beskrives fire symptomgrupper for PTSD; symptomer på gjenopplevelse (B), unngåelse (C), negative endringer i kognisjoner og humør (D), og endringer i aktivering og reaktivitet (E) (APA, 2013). *Symptomer på gjenopplevelse* omfatter blant annet påtrengende minner og tilbakevendende drømmer om hendelsen, dissosiative reaksjoner, og fysiske og/eller psykiske reaksjoner i situasjoner som minner om hendelsen. Hos barn kan gjenopplevelse av hendelsen ofte vise seg gjennom repetisjonslek. *Unngåelse* innebærer at individet forsøker å unngå tanker, følelser, mennesker eller steder som minner om hendelsen. Unngåelsesatferd kan forstås som en strategi for å håndtere påtrengende minner. I tråd med forskning og klinisk erfaring som viste en sammenheng mellom negative kognisjoner og utvikling av PTSD (Diehle, Schmitt, Daams, Boer & Lindauer, 2014; Cox, Resnick & Kilpatrick 2014), ble symptomgruppen *Negative endringer i kognisjon og humør* lagt til i DSM-5 (APA, 2013). Symptomgruppen omfatter blant annet overdrevent negative tanker om en selv og verden, forvrengte tanker om årsak og konsekvenser av hendelse, samt negativ affekt som skyld og skam. *Forhøyet aktivering av nervesystemet* gjør at personen blir mer sensitiv overfor potensielle trusler. Dette kan vise seg som blant annet søvnproblemer, irritasjon, konsentrasjonsvansker og hyperårvåkenhet. For å oppfylle kriteriene til PTSD i DSM-5 skal symptomene ha en varighet på over en måned (F), symptomene skal gi signifikant stress eller funksjonell svekkelse (G), og ikke være forårsaket av rusmidler, medisiner eller medisinske tilstander (H).

Ikke alle barn og unge utvikler vedvarende PTSS etter en potensielt traumatiserende hendelse. Mange har naturlig tilfriskning i de første ukene og månedene etter hendelsen (Hiller et al., 2016). Det er flere faktorer som påvirker hvorvidt et barn utvikler vedvarende symptomer eller ikke. En metaanalyse viste at risikoen øker dersom barnet opplever frykt for å miste sitt eget liv, mister et nært familiemedlem, opplever skyld for å ha forårsaket hendelsen, eller at foreldre og/eller barnet har høyt stressnivå i etterkant av hendelsen (Trickey, Siddaway, Meiser-Stedman, Serpell, & Field, 2012). Risikoen øker også dersom man har opplevd traumatiserende hendelser tidligere (Langley et al., 2013; Lavi, Green, & Dekel, 2013), eller dersom man er jente (Trickey et al., 2012). Studier har også vist at type traume spiller en rolle, hvor for eksempel interpersonlige traumer er særlig skadelige for barns utvikling (Copeland, Keeler, Angold & Costella, 2007; Finkelhor, Ormrod & Turner, 2009).

Selv om barn og unge kan oppleve potensielt traumatiserende hendelser som isolert sett fremstår like, kan det likevel være slik at de har ulik utvikling av symptombilde i etterkant. For eksempel viste en studie at søsken hadde svært forskjellige reaksjoner i etterkant av tsunamien i Sørøst-Asia, til tross for at de hadde opplevd samme hendelse (Nygaard, Jensen & Dyb, 2010). En mulig forklaring på hvorfor barn kan ha ulike reaksjoner på den samme hendelsen er at de har ulik kognitiv prosessering av hendelsen. En studie av Meiser-Stedman et al. (2019) undersøkte hvilken rolle kognitive prosesser spiller hos barn og unge etter en potensielt traumatiserende hendelse. Studien viste at kognitive prosesser under og etter den traumatiserende hendelsen var den viktigste prediktoren for utvikling og opprettholdelse av PTSS. Mer spesifikt fant de at kognitive prosesser som var viktige for utvikling av PTSS blant annet var subjektiv opplevelse av trussel under hendelsen og data-drevet prosessering (at individet blir overveldet av sanseintrykk under hendelsen, og dermed har vansker med å forstå hva som skjer). De kognitive prosessene som ble funnet å være involvert i opprettholdelse av PTSS var blant annet dissosiering og panikk under hendelsen, fragmentert og dårlig elaborert traumeminne, vedvarende dissosiering (som igjen hindrer elaborering av traumeminnet), grubling (vedvarende fokus på spørsmål som "Hvorfor meg?" og "Hva kunne jeg ha gjort annerledes?"), og negative tanker om en selv og verden (for eksempel tanker om at en er svak og ikke klarer å håndtere fare).

I studien til Meiser-Stedman et al. (2019) ble symptomer og kognitive prosesser målt henholdsvis 2 uker og 2 måneder etter en traumatiserende enkelthendelse. Utvalget var begrenset til akutte hendelser som ulykker og overfall, og målingene ble utført uavhengig av terapi. I studien vår vil vi studere kognitive prosesser over et terapiforløp, og på et utvalg som har mer variert traumeerfaring.

Studien til Meiser-Stedman et al. (2019) er unik og viktig, da den viste at de kognitive prosessene hadde større betydning enn karakteristika ved selve hendelsen eller demografiske variabler. Ifølge forfatterne gir studien støtte til kognitive teorier som forklaringsmodell for utvikling av PTSS (Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996; Dalgleish, 2004; Ehlers & Clark, 2000). Det finnes flere modeller for utvikling og opprettholdelse av PTSD, hvor Ehlers & Clark (2000) sin kognitive modell er en av de mest innflytelsesrike.

1.3 Ehlers og Clark: En kognitiv modell for PTSD

Hvorfor er det slik at symptomene på PTSD avtar etter kort tid hos noen, mens hos andre vedvarer symptomene i flere år? Ehlers og Clark (2000) foreslo at symptomene vedvarer når personen prosesserer hendelsen på en måte som gir en opplevelse av pågående fare.

Opplevelsen av pågående fare skapes gjennom to prosesser: 1) dysfunksjonelle tanker om den traumatiserende hendelsen og/eller egne reaksjoner i etterkant av hendelsen og 2) forstyrret autobiografisk minne karakterisert av lite sammenheng og kontekst, der minner lett trigges av stimuli assosiert med hendelsen. Det sentrale ved modellen er altså at personen fortolker og husker den traumatiserende hendelsen på en måte som skaper frykt og ubehag. Dette motiverer personen til å bruke kognitive og atferdsmessige strategier som reduserer ubehaget på kort sikt, men som opprettholder og forsterker PTSD over tid. Oppsummert kan man si at Ehlers & Clark (2000) sin kognitive modell for PTSD inneholder tre komponenter: Mening, minner og mestring.

Mening: Betydningen av dysfunksjonelle tanker

Etter å ha opplevd en skremmende og overveldende hendelse, leter ofte mennesker etter en forklaring på hvorfor hendelsen rammet nettopp dem. Dette kan være for å gjenopprette opplevelsen av forutsigbarhet og mening. Når man forsøker å finne sammenhenger i situasjoner som kan virke uforståelige, kan det føre til feilaktige eller dysfunksjonelle slutninger om årsaker til og konsekvenser av hendelsen. For eksempel kan et overgrepsutsatt barn påta seg ansvaret for overgrepet, fordi barnet på den måten kan beholde oppfatningen av omsorgspersonen som god, og verden som forutsigbar. Ehlers & Clark (2000) hevder at individer som utvikler vedvarende PTSD karakteriseres av en tendens til å utvikle overgeneraliserte, negative oppfatninger om den traumatiserende hendelsen og/eller egne symptomer. Dette kan for eksempel være overgeneralisering av fare (“siden det skjedde, betyr det at verden er et farlig sted”) eller egen sårbarhet (“siden jeg reagerte slik, betyr det at jeg er svak”). Slike tanker kan refereres til som posttraumatiske kognisjoner, dysfunksjonelle/maladaptive/uhensiktsmessige kognisjoner, “stuckpoints” eller brutte antakelser om verden. Felles for begrepene er at de sikter til at man etter en potensielt traumatiserende hendelse kan utvikle tanker som ikke er så hensiktsmessige, og som kan bidra til å opprettholde posttraumatisk stress. Ifølge Janoff-Bulman (1992) vil mennesker tenke grunnleggende godt om verden og om oss selv. Slike grunnleggende positive antakelser

utvikles gjennom barnets tidligste opplevelser, som oftest i samspill med omsorgsgivere. Opplevelser av ubetinget kjærlighet og at omsorgsgiver møter barnets behov etterhvert som de oppstår vil kunne bidra til forventninger om å bli beskyttet og at man er verdt å ta vare på. Janoff-Bulman (1992) mener at mennesker, gitt normale oppvekstvilkår, vil utvikle tre grunnleggende antakelser: 1) Verden er god og mennesker er til å stole på, 2) verden er meningsfull og forutsigbar og 3) jeg er verdifull. Videre hevder Janoff-Bulman (1992) at en traumatiserende hendelse kan skape brudd med disse grunnleggende antakelsene. For eksempel kan et barn som blir utsatt for vold gå fra å tenke at mennesker er gode, til å tenke at mennesker ikke er til å stole på. Et slikt brudd med antakelsen om mennesker som gode kan føre til at barnet unngår nye relasjoner. Videre kan en ungdom som har blitt voldtatt oppleve at følelsen av selvverd endrer seg. Et brudd med antakelsen om at en er verdifull kan blant annet føre til skam og selvskading. Ettersom brudd på ulike grunnleggende antakelser kan medføre forskjellige responser på traumat, er det viktig for klinisk praksis å ha kunnskap om innholdet i traumerelaterte dysfunksjonelle tanker.

Det finnes flere måter å undersøke dysfunksjonelle tanker hos barn og unge, og de fleste studier benytter seg av spørreskjemaet Children Post Traumatic Cognitions Inventory (CPTCI; Meiser-Stedman et al., 2009b). Det er imidlertid få studier som har sett på hvilke temaer som kommer opp som viktige dysfunksjonelle tanker i behandlingen av barn og unge med PTSS. Botsford et al. (2018) var den første som gjorde en kvalitativ tematisk analyse av dysfunksjonelle tanker hos ungdom i traumebehandling. Studien viste at de vanligste temaene var skyld, selvfølelse og tillit. Slik kunnskap er verdifull, ved at den kan hjelpe terapeuter å fange opp hvilke tanker ungdommen plages av. Vi kjenner ikke til at det er gjort flere studier enn Botsford et al. (2018) på hvilke temaer som er vanligst og viktigst hos traumatiserte barn og unge. Denne studien vil derfor øke kunnskapen på dette området, ved å kartlegge det tematiske innholdet i dysfunksjonelle tanker hos traumatiserte barn og unge som får TF-CBT-behandling.

Minner: Betydningen av traumeminnet

Ehlers og Clark (2000) sin modell legger vekt på hukommelsens betydning for vedvarende posttraumatisk stress. Ehlers og Clark beskrev for 20 år siden at traumeminnet skiller seg fra mer nøytrale minner ved at det ikke organiseres med henhold til tema, tid og sted, og at de mangler detaljer. Videre mente Ehlers & Clark (2000) at den dårlige organiseringen forklarer hvorfor det kan være vanskelig å intensjonelt gjenhente et sammenhengende minne, og

hvordan individet kan ha vansker med å koble minnet til ny, korrigerende informasjon. Det at minnet mangler kontekst i tid og sted kan ifølge modellen også forklare hvorfor påtrengende minner noen ganger har en “her og nå”-kvalitet. Denne forklaringen er kontroversiell, og nyere hukommelsesforskning har utvidet dette synet på hukommelsens betydning for PTSD. Studier har blant annet vist at traumeminner som regel er sammenhengende (Berntsen, Willert, & Rubin, 2003; Porter & Birt, 2001; Porter & Peace, 2007; Rubin, Feldman, & Beckham, 2003) og at dissosiativ amnesi er sjeldent hos mennesker med PTSD (Kihlstrom, 2006; Merckelbach, Dekkers, Wessel, & Roefs, 2003a, 2003b). I tråd med slike funn, presenterte Rubin, Berntsen & Bohni (2008) en alternativ minnebasert modell for PTSD som tar for seg ulike typer bias som er vanlige ved gjenhenting av emosjonelle hendelser.

Mens Ehlers & Clark (2000) fokuserte på svekket intensjonell gjenhenting og vansker med å huske detaljer fra traumeminnet, viste Rubin et al. (2008) til forskning på at individene husker bedre detaljer som var mest sentrale i den skremmende situasjonen. Dette kalles tunnellminne; at minner for perifere detaljer reduseres når man er emosjonelt aktivert, men at minne for sentrale detaljer fasiliteres (Burke, Heuer, & Reisberg, 1992; Christianson, Loftus, Hoffman, & Loftus, 1991; Wessel & Merckelbach, 1994; Berntsen, 2002). Et eksempel på tunnellminne kan være at et voldtektsoffer husker bedre øynene og lukten til overgriperen, enn omgivelsene rundt. Rubin et al. (2008) sin minnebaserte modell for PTSD kan være med på å nyansere Ehlers & Clarks (2000) modell, ved å vise at individer med PTSD som regel har sammenhengende minner med detaljer, men at individene ofte husker bedre de detaljene som har gjort mest inntrykk.

Videre beskriver Ehlers & Clark (2000) at assosiativ læring og sterk perseptuell priming gjør at minnet lett reaktiveres, som igjen gir en opplevelse av pågående fare. Å oppleve stimuli som var til stede under hendelsen (f.eks. lukter, steder og personer) kan reaktivere følelser og tanker som var aktive under hendelsen. Frykt knyttet til stimuli kan også generaliseres til å gjelde andre stimuli som ligner. For eksempel kan et voldtektsoffer oppleve at det ikke bare er overgriperen som fremkaller frykt, men også mennesker med et lignende utseende, eller til og med alle med samme kjønn som overgriper.

Ehlers & Clark (2000) mener at traumeminnet og de dysfunksjonelle tankene forsterker hverandre gjensidig. For eksempel vil en ungdom som har blitt banket opp kunne tolke hendelsen som at ingen bryr seg om ham (dysfunksjonell tanke). Dermed vil ungdommen

lettere huske personen som gikk forbi uten å gripe inn, og overse personen som stoppet og ringte politiet (selektiv gjenhenting styrt av dysfunksjonell tanke). Slik selektiv gjenhenting vil igjen bekrefte den dysfunksjonelle tanken om at ingen bryr seg. Mennesker med vedvarende PTSD vil ifølge Ehlers & Clark (2000) selektivt gjenhente detaljer som bekrefter dysfunksjonelle tanker, og overse detaljer som er inkonsistente med antakelsene og som potensielt kunne ha endret de dysfunksjonelle tankene. Slik kan dysfunksjonelle tanker bekrefte traumeminnet og omvendt, noe som igjen bidrar til at symptomene vedvarer.

Mestring: Maladaptiv respons

Selv om dysfunksjonelle tanker kan representere et forsøk på å beskytte seg selv mot fremtidig fare, kan de også være med på å forsterke og opprettholde symptomer over tid. Dette fordi tankene kan bidra til å skape en opplevelse av fare, som igjen motiverer individet til å bruke maladaptive mestringsstrategier (Ehlers & Clark, 2000; Meiser-Stedman, Dalglish, Glucksman., Yule, & Smith, 2009a). Dersom en ungdom for eksempel er overbevist om at det er farlig å tenke på den traumatiserende hendelsen, kan vedkommende forsøke å unngå tanker og minner ved å holde seg i aktivitet, skade seg selv eller ruse seg. Mange forteller likevel at minnene ofte plager dem straks de er alene, for eksempel når de skal legge seg.

Unngåelsesstrategier har som regel paradoksal effekt; det reduserer ofte ubehag på kort sikt, men øker sannsynligheten for PTSS over tid. For eksempel vil en tanke om at verden er farlig kunne fremkalle frykt, og denne frykten kan reduseres ved å holde seg hjemme. Når man på denne måten unngår tanker, følelser, steder og objekter som minner om hendelsen, mister man også muligheten til å korrigere både traumeminnet og dysfunksjonelle tanker (Bryant, Salmon, Sinclair, & Davidson, 2007; Ehlers, Mayou & Bryant, 2003; Meiser-Stedman, Dalglish, Smith, Yule, & Glucksman, 2007; Stallard & Smith, 2007; Foa, Huppert & Cahill, 2006). Et eksempel på dette er at et barn som ble banket opp på en lekeplass unngår lekeplasser, og dermed aldri lærer at lekeplasser også kan være trygge. Maladaptive mestringsstrategier øker altså sannsynligheten for symptomer, reduserer muligheten til å endre de dysfunksjonelle tankene, og forhindrer nyansering av minnet for den traumatiserende hendelsen (Ehlers & Clark, 2000). På denne måten bidrar unngåelsen til opprettholdelse av PTSS over tid.

Ehlers og Clark sin kognitive modell for PTSD har direkte implikasjoner for terapi, da den identifiserer tre sentrale områder for endring. For å redusere påtrengende minner, må minnet

for den traumatiserende hendelsen elaboreres og settes i sammenheng med andre hendelser i hukommelsen. En må også endre dysfunksjonelle tanker som opprettholder følelsen av pågående trussel. Videre er det viktig å redusere maladaptive kognitive og atferdsmessige strategier som hindrer nyansering av traumeminnet og dysfunksjonelle tanker. Modellen fungerer som teoretisk rammeverk for flere behandlingsmodeller, inkludert traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT).

1.4 TF-CBT

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) er en empirisk støttet behandlingsmodell for barn i alderen 6-18 år som strever med PTSS i etterkant av én eller flere traumatiserende hendelser. Foreldre involveres også i behandlingen, der fokuset er å gi foreldre kunnskap og ferdigheter til å hjelpe barnet. TF-CBT regnes som en korttidsintervensjon, da behandlingen vanligvis foregår over 12-15 behandlingstimer. Modellen bygger på flere teoretiske tilnærminger: Kognitive atferdsprinsipper, familie- og systemteori, nevrobiologi, tilknytningsteori og prinsipper fra ressursorienterte og humanistiske modeller (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2018). TF-CBT består av ni komponenter som deles inn i tre faser:

Fase 1: Stabilisering og ferdighetstrening

I denne fasen fokuseres det på hvordan man kan håndtere vanskelige tanker, følelser og kroppslig aktivering knyttet til traumene. Det inkluderer komponentene psykoedukasjon, avspenning, følelsesregulering, kognitiv mestring og styrking av foreldreferdigheter. Barn og foreldre får kunnskap om traumer og virkningen av dem, i tillegg til ferdigheter i hvordan man kan håndtere traumepåminnere. Terapeuten oppmuntrer barn og foreldre til å legge merke til gode mestringsmåter, slik at barnets ressurser kommer i fokus. Videre læres de opp til å forstå sammenhengen mellom følelser og tanker, og hvordan man kan utfordre tanker som er upresise eller lite hjelpsomme. Dette gir et grunnlag for arbeidet i de neste fasene.

Fase 2: Bearbeiding

Her arbeides det med barnets minne av det som har skjedd, og tanker knyttet til hendelsen. Det inkluderer komponentene traumennarrativ og kognitiv prosessering, som i praksis ofte foregår samtidig. I denne fasen kommer detaljer om den traumatiserende hendelsen gradvis frem gjennom skriving, lesing og muntlig utbrodering. Først blir barnet bedt om å fortelle historien om den traumatiserende hendelsen, eller hvis det er flere; den hendelsen som vekker mest ubehag. Terapeuten skriver ned historien som fortelles, og leser deretter historien høyt

for barnet. Når historien leses opp, følger terapeuten med på barnets aktivering ved å spørre om subjektivt ubehag på en skala fra 1 til 10. Terapeuten tar som regel flere pauser i opplesningen, og stiller spørsmål som hjelper barnet med å legge til flere detaljer. Her er terapeuten interessert i å kartlegge barnets følelser og tanker på ulike tidspunkt i historien. Denne prosessen gjentas som oftest flere ganger. Arbeidet med traumenarrativet kan anses som en eksponeringsprosess, der barnet gjennom gjentatt og gradvis eksponering desensitiviseres for traumepåminnere. Dermed kan også behovet for å unngå traumepåminnere reduseres (Cohen et al., 2018).

Etter arbeidet med narrativet spør terapeuten mer målrettet etter dysfunksjonelle tanker, for å hjelpe barnet med å endre disse gjennom en prosess som kalles “kognitiv restrukturering”. Kognitiv restrukturering refererer til teknikker som hjelper pasienter med å identifisere, evaluere og endre dysfunksjonelle kognisjoner som ligger bak symptomene (Clark, 2014; Clark & Beck, 2010; Dobson & Dobson, 2009). Slike teknikker kan være å be om sannsynlighetsvurderinger, lete etter motstridende informasjon eller be barnet vurdere seg selv utenfra. Dysfunksjonelle tanker kan være preget av magisk tenkning hos barn og unge, ved at de for eksempel tillegger seg selv urealistiske evner. Et eksempel på dette kan være at barn som har vært utsatt for en brann tenker: *“Det er min skyld at det brant, fordi jeg tenkte på brann dagen før”*. Her kan terapeuten hjelpe barnet med å utfordre tanken, ved å for eksempel spørre: *“Er det alltid slik at når noen tenker på brann, så brenner huset deres etterpå?”*. Terapeuten kan også spørre om barnet ville tenkt det samme om et annet barn: *“Dersom det brant i huset til vennen din, ville du tenkt at brannen var hans skyld?”*. Terapeuten gir ikke svar selv, men stiller spørsmål på en måte som hjelper barnet med å se nye sider av saken (sokratisk spørring). Målet med dette arbeidet er å hjelpe barnet med å finne mer hjelpsomme måter å tenke på.

Fase 3: Konsolidering og avslutning

Fasen består av komponentene in vivo-mestring av traumepåminnere, fellessamtaler med barn og foreldre, og styrking av sikkerhet og fremtidig utvikling. I denne fasen jobber man med å internalisere kunnskapen og ferdighetene som barnet har lært i terapi, og hjelpe barnet med å overføre dette til livet utenfor terapirummet.

1.4.1 Hva henger sammen med endring i TF-CBT?

Effekten av TF-CBT er dokumentert i mange studier. En gjennomgang av metaanalyser og review-artikler fra 1993-2013 viste god støtte for at TF-CBT reduserer PTSS hos barn og unge (de Arellano et al., 2014). Studier har også vist at TF-CBT virker bedre enn venteliste (Goldbeck et al., 2016) og bedre enn “treatment as usual” (TAU) i Norge (Jensen

et al., 2014). I tillegg er det funnet at bedringen som ble oppnådd ved TF-CBT vedvarte etter endt behandling (Jensen, Holt & Ormhaug, 2017). Det finnes altså god evidens for at TF-CBT har effekt på PTSS hos barn og unge. En sammenheng mellom behandling og behandlingsutfall sier imidlertid ikke noe om hva som henger sammen med endring, eller hvordan endring skjer. Vi ønsker derfor med denne studien å forstå mer om hva som henger sammen med behandlingsutfall i TF-CBT.

Det er flere årsaker til at det er viktig å utvide kunnskapen om hva som henger sammen med utfall i TF-CBT. Å identifisere sammenhenger kan gi en indikasjon på hva som kan forårsake endring, og på denne måten gi retning for videre forskning. Kunnskap om sammenhenger vil også kunne optimalisere behandlingen, ved at terapeuter kan fokusere på intervensjoner som viser seg å være forbundet med endring. Alt i alt vil kunnskapen kunne ha betydning med tanke på opplæring av terapeuter for å gi best mulig behandling til barn og unge som plages av PTSS. TF-CBT er en behandlingsmodell som består av mange komponenter, og som inkluderer både barnet og dets foreldre. Man kan derfor tenke seg at TF-CBT virker gjennom flere ulike mediatorer. Forskere har blant annet undersøkt tre potensielt sentrale mediatorer; terapeutisk allianse mellom barn og terapeut, foreldrenes emosjonelle reaksjoner, og endring av posttraumatiske kognisjoner.

Behandlingsforskning har vist at terapeutisk allianse predikerer utfall for en rekke ulike tilstander og behandlinger. Terapeutisk allianse regnes dermed som en virksom fellesfaktor i all psykologisk behandling. Det finnes imidlertid ikke mange studier som undersøker allianse som en mediator i TF-CBT (Ormhaug, 2016). Ormhaug, Jensen, Wentzel-Larsen og Shirk (2014) gjorde imidlertid en studie der de undersøkte sammenheng mellom allianse og utfall for unge som mottok enten TF-CBT eller “treatment as usual” (TAU). De fant at allianse midtveis i behandlingen predikerte lavere nivå av PTSS etter behandling for gruppen som mottok TF-CBT, men ikke for gruppen som mottok TAU. Dette indikerer at de traumespesifikke intervensjonene i kombinasjon med en god allianse ser ut til å være

virksomt. Ormhaug (2016) fremhever at god allianse kanskje er av ekstra betydning i terapier hvor eksponering til traumehistorien er en viktig komponent. Som det fremkommer av dette er det imidlertid ikke alliansen i seg selv som gir bedringen, men interaksjon mellom allianse og de traumespesifikke intervensjonene i TF-CBT. Det betyr at alliansen er viktig for optimalt utbytte av behandlingen, men at det kan også være andre faktorer som bidrar til nedgang i PTSS.

Det er kjent at foreldres funksjonsnivå og støtte er av betydning for utvikling og opprettholdelse av PTSS (Trickey et al., 2012). TF-CBT inneholder også elementer som skal bedre foreldreferdigheter i en situasjon der foreldrene normalt opplever mye stress selv. Holt (2014) undersøkte om bedring av foreldrenes stress, skam og skyldfølelse hang sammen med blant annet PTSS hos barn som mottok TF-CBT. Studien viste at bedring av foreldrenes symptomer hang sammen med endringer i depresjonssymptomer hos barnet, men at det ikke medierte bedring av barnets PTSS. Flere studier peker imidlertid på at foreldrestress kan forsterke PTSS hos barn (Spell et al., 2008; Dyb, Jensen & Nygaard, 2010), og dermed fungere som moderator. Dette kan indikere at arbeid med foreldrenes reaksjoner i TF-CBT er viktig, men ikke avgjørende for reduksjon av PTSS hos barnet. Med andre ord må det også være andre prosesser som bidrar til endring i PTSS.

Det finnes mange studier som viser en sammenheng mellom endring av posttraumatiske kognisjoner og nivå av PTSS. Jensen et al. (2018) undersøkte betydningen av å endre posttraumatiske kognisjoner. I studien ble to grupper barn og unge som mottok henholdsvis TF-CBT og TAU sammenlignet. Studien viste at barn og unge som mottok TF-CBT hadde signifikant lavere nivå av posttraumatiske kognisjoner og PTSS ved behandlingsslutt enn de som mottok TAU. Det interessante med studien var at reduksjon av posttraumatiske kognisjoner skjedde før reduksjon av PTSS. Knutsen, Czajkowski & Ormhaug (2018) viste den samme temporale sammenhengen; at endring i posttraumatiske kognisjoner medierte endring i både PTSS og depressive symptomer hos barn og unge som mottok TF-CBT. Sammen indikerer studiene at det er endringen i kognisjonene som driver endringen i PTSS.

Studien til Meiser-Stedman et al. (2019) tyder på at kognitive prosesser er viktig både som utløsende og opprettholdende faktorer for PTSS. Særlig interessant er det at posttraumatiske kognisjoner både predikerer hvem som utvikler PTSS, og hvorvidt PTSS opprettholdes over tid. De kognitive prosessene ble også funnet å ha større betydning enn karakteristika ved selve hendelsen eller demografiske variabler. Dette undergraver ikke betydningen av

risikofaktorer, men peker sannsynligvis på at risikofaktorer kan virke sammen med individuelle kognitive prosesser. De Haan, Tutus, Goldbeck, Rosner & Landolt (2019) fant at karakteristika ved individet, miljøet og type traume er risikofaktorer som kan virke sammen, og at posttraumatiske kognisjoner ser ut til å mediere sammenhengen mellom risikofaktorene og PTSS. Sammen indikerer studiene at endring av posttraumatiske kognisjoner kan være en viktig mediator i behandlingen av PTSS.

I TF-CBT etterstreber terapeuten å endre posttraumatiske kognisjoner ved å bruke intervensjoner som øker kontekstspesifisitet av traumeminnet, og som leder oppmerksomheten mot informasjon som er inkonsistent med de dysfunksjonelle tankene (Cohen et al., 2018). Terapeuten prøver med andre ord å hjelpe barnet med å endre måten informasjon prosesseres på. I denne sammenhengen kan man skille mellom de kognitive prosessene overgeneralisering og akkomodasjon (Hayes, Feldman & Golfried, 2007).

1.5 Overgeneralisering og akkomodasjon

Dersom man blir utsatt for en hendelse hvor man opplever at eget eller andres liv er i fare, er det adaptivt å lære fra hendelsen slik at man kan beskytte seg mot lignende hendelser i fremtiden. I noen tilfeller kan imidlertid individet trekke så generelle slutninger fra hendelsen at læringen regnes som maladaptiv. I følge Resick & Schnike (1992, 1993) vil et traume som regel være i strid med hvordan individet forstår verden. Når individet forsøker å integrere traumehistorien i eksisterende kognitive skjemaer, vil den adaptive prosessen i følge Resick & Schnike (1992, 1993) være at det kognitive skjemaet justeres noe. Denne prosessen kalles akkomodasjon. En maladaptiv prosess er derimot at individet endrer det kognitive skjemaet for mye, slik at verdensforståelsen blir i overensstemmelse med traumet. Hayes et al. (2007) og Ready et al. (2015) omtaler denne prosessen som overgeneralisering. De konkrete slutningene som denne prosessen fører til (f.eks “verden er farlig”) kalles ofte posttraumatiske kognisjoner, “stuckpoints”, maladaptive/dysfunksjonelle tanker, brutte antakelser om verden eller lignende. I vår studie omtales disse som dysfunksjonelle tanker.

Overgeneralisering er altså en tendens til å finne abstrakte og globale mønstre som gjelder på tvers av situasjoner, steder og mennesker (Hayes et al., 2007; Ready et al., 2015). Denne prosesseringsmåten innebærer at personen i større grad finner likhetstrekk mellom hendelser fremfor å diskriminere mellom spesifikke, isolerte hendelser. For eksempel kan en person

som har vært nær ved å drukne etterpå tenke: “Det er farlig å bade”. Tidligere tenkte kanskje vedkommende at bading var ufarlig og forbundet med glede. På grunn av nesten-ulykken kan det hende at en tanke om fare har gjort seg gjeldende for bading generelt. Personen skiller ikke i stor grad mellom stimuli “store bølger/rolig sjø” og “nær land/lenger ut fra land”; alle disse stimuliene er knyttet til samme fare. Denne tanken viser en overgeneralisering, da det etter denne tenkemåten er farlig å bade uansett vær og sjøtilstand. I følge Ehlers and Clark (2000) blir generaliseringen maladaptiv når den hindrer individet i å skaffe nye, korrigerende erfaringer. Eksempelet viser hvordan en prosess som i utgangspunktet er adaptiv (å lære om farene ved bading), kan forhindre personen i å ta til seg ny informasjon som kan nyansere kunnskapen. Personen klarer ikke i dette tilfellet å tilegne seg kunnskap om at bading kan regnes som trygt under visse omstendigheter, og dermed vil en fryktrespons lettere aktiveres i møte med alle stimuli assosiert med bading. På denne måten kan overgeneralisering bidra til å øke sannsynligheten for påtrengende minner og følelsen av pågående trussel.

I motsetning til overgeneralisering, innebærer akkomodasjon en prosesseringsmåte som i større grad diskriminerer mellom stimuli (Hayes et al., 2007; Ready et al., 2015). Ved overgeneralisering vil ny læring gjelde for mange områder, mens akkomodasjon handler om å begrense den nye læringen til et mer spesifisert område. Akkomodasjon kan være at personen går over til å tenke: “Det er farlig å svømme ut fra land når det er store bølger”. På denne måten vil personen skille mellom stimuli “rolig sjø/store bølger” og “nær land/lenger ut fra land”, og faremomentet vil kun knyttes til store bølger og langt ut fra land. Akkomodasjon er altså en prosesseringsmåte som kan spesifisere og nyansere de traumerelaterte kognisjonene. I eksempelet vil da personen kunne bade i rolig sjø uten at traumeminnet trigges og fryktrespons oppstår. Det å bade langt fra land i høye bølger vil fortsatt kunne vekke frykt, men det er det også grunn til å frykte. Eksempelet viser hvordan akkomodasjon justerer tidligere antakelser til å passe med ny læring (fra “det er ufarlig å bade” til “i noen tilfeller er det farlig å bade”). Den nye lærdommen (“å bade i store bølger langt fra land er farlig”) er inkludert på en adaptiv måte, noe som er et kjennetegn ved akkomodasjon.

Akkomodasjon er altså en adaptiv kognitiv prosess som tillater individet å lære av traumet, ved at individet utvikler mer realistiske og balanserte tanker om seg selv, andre og verden. I kognitiv prosesseringsterapi er målet at pasienten utvikler akkomoderte, balanserte tanker som kan erstatte overgeneraliserte tanker (Resick, Monson & Chard, 2014; Sobel, Resick & Ralabais, 2009). De tenkte endringsmekanismene er altså redusert overgeneralisering og økt

akkomodasjon. Det teoretiske rasjonalet for hvorfor akkomodasjon reduserer PTSS fremstår imidlertid som uklart i litteraturen. Det er også noe uklart hvorvidt akkomodasjon og overgeneralisering er separate prosesser, eller om de befinner seg på hver sin side av samme dimensjon. Studier har imidlertid vist at PTSS korrelerer negativt med akkomodasjon og positivt med overgeneralisering hos voksne (Sobel et al., 2009; Iverson, King, Cunningham & Resick, 2015; Dondanville et al., 2016). Dermed kan det være interessant å undersøke om vi finner tilsvarende sammenhenger hos unge.

Ut fra vår kjennskap er det kun to studier som har sett på disse prosesseringsmåtene hos barn og unge; én har undersøkt dem i TF-CBT (Ready et al., 2015) og én annen har undersøkt dem i kognitiv prosesseringsterapi (König et al., 2019). I studien til König et al. (2019) ble det vist at høy akkomodasjon hang sammen med reduksjon i PTSS hos barn og unge. De fant derimot ikke en sammenheng mellom overgeneralisering og PTSS. Ready et al. (2015) fant at mer overgeneralisering i bearbeidingsfasen av TF-CBT predikerte dårligere behandlingsutfall, mens mer akkomodasjon predikerte bedre behandlingsutfall. Det må understrekes at sammenhengene gjaldt for internaliserende og eksternaliserende vansker, men at det ikke var noen signifikante sammenhenger mellom de kognitive prosessene og PTSS spesifikt. Dette gikk mot forskernes hypoteser, og svekket dermed antakelsen om overgeneralisering og akkomodasjon henger sammen med PTSS. Oppsummert kan man si at det er få studier på betydningen av akkomodasjon og overgeneralisering for PTSS, og at de to studiene vi kjenner til ikke gir tilstrekkelig indikasjon på om disse kognitive prosessene henger sammen med PTSS hos barn og unge.

I denne studien vil vi undersøke om overgeneralisering og akkomodasjon henger sammen med PTSS ved behandlingsslutt, i tråd med Ready et al. (2015) sin hypotese. Mens Ready et al. (2015) hadde et utvalg med barn og unge (7-17 år), er vi interessert i å studere et utvalg med kun ungdommer. Det er også lite kunnskap om innholdet i dysfunksjonelle tanker hos ungdommer som mottar traumebehandling. Botsford et al. (2018) er den eneste studien vi kjenner til som har gjort en kvalitativ analyse av dette. I tillegg til å undersøke kognitive prosesser (overgeneralisering og akkomodasjon), har denne studien også som mål å se på resultatet av de kognitive prosessene (innholdet i de dysfunksjonelle tankene).

1.6 Problemstillinger og hypoteser

Studien har følgende problemstillinger:

- 1) Hva er det tematiske innholdet i de dysfunksjonelle tankene, og hvordan kan tankene grupperes i tematiske kategorier?
- 2) Er det en sammenheng mellom overgeneralisering og endring i PTSS før og etter TF-CBT? Er det en sammenheng mellom akkomodasjon og endring i PTSS før og etter TF-CBT?

For disse problemstillingene har vi følgende hypoteser:

For problemstilling 1 vil vi utføre en kvalitativ analyse. Vi har derfor ikke noen hypoteser knyttet til denne problemstillingen.

I tråd med gjennomgått teori (Ehlers og Clark, 2000) har vi følgende hypoteser for problemstilling 2:

- 2a) Det er en negativ korrelasjon mellom overgeneralisering og endring av PTSS før og etter TF-CBT.
- 2b) Det er en positiv korrelasjon mellom akkomodasjon og endring av PTSS før og etter TF-CBT.

2 Metode

2.1 Kontekst

Denne hovedoppgaven er basert på data som er samlet inn i forbindelse med et større forskningsprosjekt ved Nasjonalt Kunnskapssenter om Vold og Traumatisk Stress (NKVTS). Navnet på forskningsprosjektet er “*Behandling av traumatiserte barn og unge, TF-CBT – Implementering 2012-2017*”. Prosjektet er godkjent av regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Deltakerne i studien hadde blitt henvist til en av Barne- og Ungdomspsykiatriske poliklinikkene (BUP) som deltok i NKVTS sin implementering av TF-CBT i norske BUP-er. Ved henvisning til BUP ble det fulgt vanlige inntaksrutiner. Totalt 40 BUP-er deltok i NKVTS sitt forskningsprosjekt, noe som utgjør omtrent halvparten av landets BUP-er.

PTSS ble kartlagt med spørreskjemaet “kartlegging av traumatiske erfaringer og symptomer” (KATES) ved inntak (T1). Ungdommer med påvist traume og klinisk nivå av PTSS, og som ble vurdert til å ha nytte av traumefokusert behandling, fikk tilbud om TF-CBT. Foreldre og ungdommene fikk et samtykkeskjema med opplysninger om bakgrunn, hensikt, hva deltakelsen innebærer, og hvordan informasjonen blir tatt hånd om. De ble også informert om at de når som helst kunne trekke seg fra studien uten at dette ville gi konsekvenser for videre behandling. Terapeuten kartla PTSS på nytt etter omtrent 6 behandlingstimer (T2) og etter behandling (T3).

115 terapeuter deltok i forskningsprosjektet. I forbindelse med prosjektet fikk terapeutene opplæring i TF-CBT. Opplæringen innebar blant annet at terapeutene fikk individuell tilbakemelding av en psykologspesialist som lyttet til lydopptak av samtlige terapitimer i 2-3 saker. Vi har kodet lydopptak fra disse sakene etter visse kriterier, og dette kodearbeidet har resultert i datasettet som ligger til grunn for vår studie. For studien vår hadde vi følgende utvalgsriterier: Godkjent TF-CBT-sak (dvs at behandlingen som ble gitt hadde tilfredsstillende troskap til metoden), samtykke til lagring av opptak, tilgjengelig lydopptak av minst 3 timer fra bearbeidingsfasen, at PTSS var målt med KATES før og etter behandling, og alder 12-18 år. Kravet om minst 3 timer fra bearbeidingsfasen ble satt fordi noen saker hadde ødelagte eller manglende lydfiler. Her ble det vurdert at det ikke ville gitt

tilstrekkelig informasjon til å kunne tolke resultatene dersom vi kun hadde kodet én eller to timer fra bearbeidingsfasen. Alderskravet ble satt for å få et mer avgrenset utvalg, og fordi vi spesifikt ønsket å studere ungdom. Yngre barn har ofte en mer lekbasert behandling, mens behandlingen hos ungdommer er mer språkdrevet (Jensen, Cohen, Jaycox & Rosner, I trykk). Ettersom vi ønsker å undersøke kognitive prosesser i terapi, er det en fordel å bruke et utvalg hvor kognitiv prosessering er en mer hensiktsmessig intervensjon.

2.2 Utvalg

Utvalget besto av 52 ungdommer; 80,8 % jenter (n = 42) og 19,2 % gutter (n = 10). Alder spanner fra 12 til 18 år, med gjennomsnittsalder på 15,8 år, standardavvik 1,7. Det var opprinnelig gitt samtykke til lagring for 182 saker. 126 av disse sakene ble ekskludert fra denne studien (10 av sakene hadde feil i filformatet, 20 saker hadde kun to eller færre opptak fra narrativ fase, i 35 saker ble behandlingen avbrutt, i 18 saker var pasienten 11 år eller yngre, og i 43 av sakene ble CPSS (DSM-IV) brukt til å måle PTSS). Det betyr at vi hadde 56 saker der PTSS var målt med KATES før og etter behandling. Fire av disse sakene (og én sak der PTSS ble målt med CPSS) ble brukt som øvingssaker under opplæringen. Dermed gjensto et utvalg på 52 ungdommer fra totalt 26 forskjellige BUP-er. Vi har ikke informasjon om ungdommenes etnisitet eller sosioøkonomiske variabler.

2.3 Mål

2.3.1 Kartlegging av traumatiske erfaringer og symptomer (KATES)

KATES er den norske versjonen av spørreskjemaet Child and Adolescence Traumatic Screen (CATS; Sachser et al., 2017). Spørreskjemaet er utviklet for at barn mellom 6-18 år skal kunne rapportere om potensielt traumatiserende hendelser (del 1) og eventuelle posttraumatiske symptomer knyttet til hendelsene (del 2). Skjemaet finnes også i foreldreversjon, men denne har vi ikke brukt i vår studie.

Del 1: Potensielt traumatiserende erfaringer

Del 1 undersøker hvilke potensielt traumatiserende hendelser barnet har vært eksponert for (vedlegg 1). Skjemaet inneholder 15 ja/nei-spørsmål i tråd med DSM-5 sin definisjon av potensielt traumatiserende hendelser. Skjemaet har spørsmål om naturkatastrofer, ulykker, egne opplever av eller vitne til at andre utsettes for trusler eller vold, enten i familien eller blant andre mennesker, seksuelle overgrep, mobbing, skade, alvorlig sykdom eller brå død av nær person, skremmende medisinske prosedyrer eller krig. Dersom barnet krysser av for flere hendelser, spør man barnet hvilke(n) av hendelsene som var verst, og om hendelsene plager dem i dag.

Del 2: Posttraumatiske symptomer

Del 2 undersøker hvilke posttraumatiske symptomer barnet/ungdommen har hatt de siste 2 ukene (vedlegg 2). Denne delen er basert på DSM-5-kriteriene for PTSD, og de 20 spørsmålene knyttes direkte til kriteriene for gjenopplevelse (B), unngåelse (C), negative endringer i kognisjoner og humør (D) og hyperaktivering (E). Barnet bes om å ha hendelsen(e) som plager dem mest i tankene når de svarer på spørsmålene. For hvert spørsmål setter barnet en ring rundt 0, 1, 2 eller 3 ut fra hvor ofte de plages av symptomet (0 = Aldri; 1 = En gang iblant; 2 = Halvparten av tiden; 3 = Nesten hele tiden). Dermed kan symptomskåren variere fra 0 til 60. Dersom barnet rapporterer om minst ett symptom i hver av symptomkategoriene (B, C, D, og E), og har en samlet skåre på 15 eller mer, vil barnet nå grense for klinisk signifikante symptomer på PTSS (NKVTS 2016). I vår studie har vi kun tilgang på sumskårene og ikke skårene fra enkeltspørsmålene. Det betyr at vi ikke har mulighet til å regne ut reliabilitet (Cronbachs alfa) basert på dataene i vår studie. En valideringsstudie med data fra Tyskland, USA og Norge har imidlertid funnet at skalaen har tilfredsstillende psykometriske egenskaper og høy reliabilitet med Cronbachs alfa på mellom 0.90 og 0.93 (Sachser et al., 2017).

2.4 Traumatiske erfaringer hos ungdommene i vårt utvalg

De vanligste hendelsene som ble rapportert i KATES var mobbing og trusler, fysisk vold fra familiemedlem, vitne til vold i familien, og alvorlig sykdom, skade eller død av nær person.

De vanligste traumene som ungdommene fikk behandling for (behandlingstraume) var voldtekt, fysisk vold fra familiemedlem og seksuelle overgrep utført av voksen. De fleste ungdommene, 53,8 % (n = 28), hadde ett behandlingstraume, 25,0 % (n = 13) hadde to, 9,6 % (n = 5) hadde tre, 5,7 % (n = 3) hadde fire, og i 5,7 % (n = 3) saker var behandlingstraume ikke oppgitt. Oversikt over totalt opplevde traumer og behandlingstraumer er vist i tabell 1.

Tabell 1

Oversikt over traumatiserende hendelser (selvrapport) og behandlingstraumer.

	Totalt opplevde traumer	Behandlings-traume
Voldtekt	23,1%	23,1%
Fysisk vold fra familiemedlem	28,8%	23,1%
Seksuelle overgrep utført av voksen	21,2%	19,2%
Mobbing eller trusler	42,3%	17,3%
Vitne til vold i familien	26,9%	13,5%
Seksuelle overgrep; tvunget til å ta på andres private kroppsdeler	17,3%	13,5 %
Vold påført av andre utenfor familien	15,4%	11,5 %
Seksuelle overgrep; andre har tatt på eller fotografert egne private kroppsdeler	17,3%	9,6 %
Alvorlig sykdom, skade eller død av nær person	26,9%	5,8 %
Vitne til vold utenfor familien	15,4%	3,8 %
Terror eller krigshandlinger	1,9%	1,9%
Skremmende opplevelser hos lege, tannlege eller på sykehus	17,3%	1,9%
Blitt kidnappet eller forsøkt kidnappet	1,9%	0%
Andre skremmende hendelser	13,5%	7,7%

2.5 Prosedyre for datainnsamling

2.5.1 CHANGE - kodemanual

Vi har begge deltatt i en gruppe som kodet lydopptak fra TF-CBT-behandling som en del av et større forskningsprosjekt ved NKVTS. Lydopptakene ble kodet med CHANGE; en kodemanual for observasjonskoding av variabler som er antatt å være sentrale for terapeutisk endring (Hayes et al., 2007, vedlegg 3). For NKVTS sitt forskningsprosjekt valgte veileder Birkeland ut følgende variabler fra CHANGE: Positivt og negativt syn på seg selv, positivt og negativt håp, positiv og negativ affekt mellom timer, positiv og negativ affekt i timen, positiv og negativ atferd mellom timer, unngåelse, overgeneralisering, uproduktiv prosessering, akkomodasjon, kognitiv-emosjonell prosessering og desentrering.

De aktuelle variablene ble samlet i et kodeskjema. For hver behandlingstime vi lyttet til, skrev vi ned alle utsagn som tilhørte hver variabel i kodeskjemaet. Etter at vi hadde lyttet til hele timen, ga vi en samlet skåre for hver variabel på en firepunktsskala fra 0-3 (0 = ingen eller veldig lav; 1 = lav; 2 = medium; 3 = høy). Hver variabel ble kodet ut fra spesifikke retningslinjer og eksempler i kodemanualen CHANGE. Skårene var blant annet basert på frekvens og/eller intensitet. For eksempel ville gjentatte utsagn om at “jeg kommer ikke til å bli bedre” kvalifisere for høy skåre på variabelen negativt håp. Ett enkelt utsagn ville også kvalifisere for høy skåre dersom det hadde høy intensitet, for eksempel: “Jeg kommer aldri til å bli frisk”.

Vi har kodet lydopptakene på alle de ovennevnte variablene som en del av NKVTS sitt forskningsprosjekt, men i vår studie har vi valgt å se på variablene overgeneralisering og akkomodasjon. Dermed vil kun disse to variablene beskrives nærmere.

Overgeneralisering er beskrevet som globale, overdrevne antakelser om seg selv, andre eller verden, relatert til den traumatiske hendelsen, og brukt om en rekke situasjoner. Overgeneralisering inkluderer manglende diskriminering mellom stimuli, og vansker med å ta til seg informasjon som bryter med antakelsen. Ofte har overgeneralisering et høyt abstraksjonsnivå. Tema kan være for eksempel trygghet (“verden er farlig”), tillit (“jeg kan ikke stole på noen”), kontroll (“Jeg vil aldri bli bedre”), selvopplevelse (“jeg er ødelagt”) og fremmedgjøring (“jeg hører ikke hjemme her”). Ord som viser til ekstremposisjoner; som

“alltid”, “aldri”, “alle” og “ingen”, viser ofte til globale utsagn og er vanligvis en indikasjon på overgeneralisering.

Akkomodasjon beskrives som utsagn med tydelige, balanserte syn på seg selv, andre eller verden. Utsagnet bør vise at personen har prosessert informasjon og kommet frem til en balansert konklusjon. Innholdet kan være både positivt og negativt, så lenge utsagnet er nyansert og realistisk. Ord som viser til moderasjon, som “innimellom” og “delvis” tyder ofte på mer nyanserte betraktninger, og kan dermed reflektere akkomodasjon. Ord som viser til overvekt av noe, som “ofte” eller “sjelden”, kan typisk reflektere akkomodasjon dersom utsagnet er positivt. Beskrivelser og eksempler på overgeneralisering og akkomodasjon finnes i tabell 2.

Tabell 2

Beskrivelser og eksempler av overgeneralisering og akkomodasjon.

Variabel	Beskrivelse	Eksempel
Overgeneralisering	<p>Globale, overdrevne tanker om seg selv, andre eller verden som er relatert til traumatiserende hendelse, og som brukes om en rekke situasjoner. Inkluderer manglende diskriminering mellom stimuli, og vansker med å ta til seg informasjon som går imot tanken. Vanlige temaer er ofte trygghet, tillit, kontroll, selvopplevelse og fremmedgjøring.</p>	<p>“Det han gjorde mot meg har ødelagt meg totalt. Jeg vil aldri kunne bli normal igjen.”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jente som har opplevd overgrep. <p>“At hun kunne gjøre noe sånn viser at mennesker ikke er til å stole på.”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gutt som har opplevd fysisk mishandling.
Akkomodasjon	<p>Balanserte syn på seg selv, andre og verden. Inkluderer blant annet å tilpasse informasjon fra traumatiserende hendelse med tidligere antakelser, og diskriminere mellom traumatiserende hendelse og nye hendelser.</p>	<p>“Jeg er kanskje ikke ødelagt, men forandret.”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jente som har opplevd overgrep. <p>“Noen damer kan man ikke stole på, men det betyr ikke at alle er slemme.”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gutt som har opplevd fysisk mishandling.

2.5.2 Koding

Vi deltok begge i en gruppe på til sammen fem deltakere som gjorde kodingarbeidet til NKVTS sitt forskningsprosjekt høsten 2019. Hver av oss har totalt brukt 156 timer på opplæring, koding og konsensusmøter. I opplæringen hadde alle deltakerne en muntlig gjennomgang av kodemanualen CHANGE med veileder Birkeland. Deretter fikk alle deltakerne kode fem øvingssaker. Hver øvingssak besto av seks behandlingstimer, og alle deltakerne kodet de samme sakene i opplæringsfasen. Mellom hver øvingssak hadde vi konsensusmøter for å diskutere forskjeller i kodingen. Intraclass correlation coefficient (ICC; Bartko, 1966) ble brukt til å beregne reliabilitet i opplæringsfasen. Dette er et mål på enighet der to eller flere sett med målinger, på samme kontinuerlige skala, sammenlignes med hverandre.

Det ble vurdert at kodingen kunne starte da ICC hadde nådd en skåre på 0,75, noe som i de fleste tilfeller kan regnes som god reliabilitet (Burdock, Fleiss & Hardesty, 1963). Med ICC måles enighet ved å sammenligne varians i ulike målinger av samme subjekt gjort av forskjellige observatører (Bartko, 1966). Dette målet var gunstig da alle kodet samme sak i opplæringen, men videre var det få saker som ble kodet av akkurat de samme to koderne. Derfor ble ikke ICC brukt for å måle reliabilitet etter opplæringsfasen. De første seks ukene kodet to og to personer samme sak (dobbeltkoding). Etter dette dobbeltkodet vi saker annenhver uke, og annenhver uke kodet alle hver sin sak alene. Konsensusmøter á 2 timer ble avholdt annenhver uke i et halvt år for å opprettholde felles forståelse av variablene, og for å diskutere og oppnå konsensus på skårer hvor diskrepansen var større enn 1 på firepunktsskalaen. På denne måten har vi opprettholdt akseptabel interrater-reliabilitet; prosentandel av enighet innen 1 poeng på tvers av alle saker var 88,1 % for overgeneralisering og 90,7 % for akkomodasjon.

Hver av oss kodet én sak i uka over en periode på et halvt år, noe som tilsvarer 21 saker per person, inkludert opplæring. Hver sak inneholdt et utvalg av opptil seks behandlingstimer fra bearbeidingsfasen, der veileder Birkeland var ansvarlig for å velge ut timene. Sakene hadde mellom 3 og 17 timer i bearbeidelsesfasen; i gjennomsnitt 7,5. Av kapasitetshensyn var det ikke mulig å kode alle timene. I sakene med 6 eller færre timer ble alle timene kodet. I saker med 7 eller flere timer ble et utvalg på 6 timer kodet, og det ble tilstrebet å kode en balanse mellom timer med hovedvekt på narrativ, og timer med hovedvekt på kognitiv prosessering (altså tre timer av hver, dersom det var mulig). I tillegg ble første og siste time av hver type kodet. Hver time ble kodet på de utvalgte variablene fra kodemanualen CHANGE.

I begynnelsen hadde vi med oss en psykologspesialist som var godt kjent med kodemanualen på konsensusmøtene. Psykologspesialisten lyttet til diskusjonene våre, og kom med innspill og avklaringer om nødvendig. Vi har også hatt kontakt med Adele Hayes, som har utviklet kodemanualen, for å få veiledning og rydde opp i uklarerheter underveis. Koderne har ikke kjent deltakernes PTSS-skår.

2.5.3 Analyser

Alle sakene (n = 52) ble inkludert i analysene. Alle statistiske analyser er gjort i IBM Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versjon 25.

Problemstilling 1: Innholdet i dysfunksjonelle tanker

For å kartlegge de dysfunksjonelle tankene gjorde vi en strukturert gjennomgang av de utfylte kodeskjemaene til hver av de 52 sakene som gruppa har kodet. Først skrev vi ned alle utsagn som var kodet på overgeneralisering. Så gikk vi inn i hver enkelt sak, og grupperte sammen utsagn som i løpet av behandlingen ble gjentatt eller som reflekterte samme tanke hos den enkelte ungdommen. Det vil si at selv om en tanke ble formulert på ulike måter eller gjentatt i løpet av behandlingen, så ble de samlet sammen til én konkret og forenklet tanke hos ungdommen. Til slutt så vi på alle de 52 ungdommene, og grupperte sammen tanker som kunne reflektere samme tematiske kategori. På denne måten fikk vi en oversikt over hvilke kategorier de ulike tankene kunne grupperes i.

Problemstilling 2: Sammenhenger mellom overgeneralisering, akkomodasjon og PTSS

For å undersøke forekomsten av overgeneralisering og akkomodasjon i bearbeidingsfasen beregnet vi gjennomsnittskårer, standardavvik og 95 % konfidensintervall for disse verdiene, både for timene som inneholdt arbeid med traumenarrativ og timene som inneholdt kognitiv prosessering.

I analysene brukte vi data fra bearbeidingsfasen av TF-CBT hos 52 ungdommer, samt PTSS-skårer fra KATES. For å undersøke sammenhenger mellom overgeneralisering og PTSS, og akkomodasjon og PTSS, gjorde vi regresjonsanalyser med overgeneralisering og akkomodasjon som uavhengige variabler. Vi valgte å bruke sluttnivå av PTSS som avhengig variabel, korrigert for start PTSS. Dette er en vanlig måte å måle behandlingsutfall på, og fordelingen med denne metoden er at man tar høyde for symptomnivå ved start. Vi vurderte også å bruke endring i PTSS fra behandlingsstart til behandlingsslutt som avhengig variabel.

Denne metoden har imidlertid svakheter: Datamaterialet inneholdt flere saker der ungdommen ikke har veldig høyt nivå av PTSS i utgangspunktet, noe som igjen begrenser muligheten til å oppnå en stor endring i PTSS. Dette betyr at man ikke vil fange opp adaptive prosesser som potensielt henger sammen med lav PTSS dersom man bruker endring som avhengig variabel. Vi valgte derfor å undersøke sluttnivå av PTSS, og ta hensyn til startnivå PTSS ved å inkludere det i analysen som prediktor.

Vi valgte to sett uavhengige variabler; både gjennomsnittsnivåer og maksverdier av overgeneralisering og akkomodasjon. Grunnen til at vi undersøkte begge disse målene er at gjennomsnittsnivåer og maksverdier kan være uttrykk for ulike sider ved prosesseringen. Gjennomsnittsverdi reflekterer nivået over tid, og dette kan si noe om frekvensen av disse prosessene i bearbeidingsfasen. Maksverdi reflekterer intensitet, og kan indikere hvor sterkt prosessene overgeneralisering og akkomodasjon kommer til uttrykk hos personen.

Til sammen har vi tre modeller, oppsummert i tabell 3.

Tabell 3

Oversikt over modeller brukt for å undersøke sammenhengen mellom PTSS og overgeneralisering, og PTSS og akkomodasjon.

Modell	Utfallsvariabel	Prediktorer
Modell 1	Slutt PTSS	Enkeltprediktorer: Gjennomsnitt og maksverdier for overgeneralisering og akkomodasjon, og start PTSS
Modell 2		Gjennomsnitt overgeneralisering og akkomodasjon, justert for start PTSS
Modell 3		Maksverdier av overgeneralisering og akkomodasjon, justert for start PTSS

3 Resultater

3.1 Problemstilling 1: Innholdet i dysfunksjonelle tanker

Vi fant at 80,8 % (n = 42) av sakene inneholdt ett eller flere dysfunksjonelle utsagn. Totalt fant vi 138 dysfunksjonelle utsagn. Vi grupperte utsagn som hos samme person reflekterte samme tanke, noe som resulterte i totalt 78 dysfunksjonelle tanker. Ved å videre gruppere tankene i tematiske kategorier på tvers av ungdommene, fant vi seks ulike kategorier av dysfunksjonelle tanker:

1. Tillit: Manglende tillit til andre
2. Skyld: Feilattribuering eller overvurdering av egen skyld
3. Skade: Opplevelse av å være skadet eller ødelagt
4. Selvverd: Opplevelse av lav egenverdi
5. Trygghet: Opplevelse av utrygghet i verden
6. Atferd: Normalisering av maladaptiv atferd

Vi har beregnet frekvens av hver kategori ved å se på hvor mange av de totalt 52 sakene som inneholdt hver av de 6 kategoriene. Oversikt over kategoriene er vist i tabell 4.

Tabell 4

Prosentvis fordeling av kategoriene med tilhørende beskrivelser og eksempler for hver kategori.

Kategori	Eksempler	Antall tanker	Prosent
1. Tillit Innebærer tanker om at andre mennesker ikke er til å stole på. Felles for tankene er at individet generaliserer negative erfaringer med spesifikke personer til å gjelde for større grupper av personer.	“Jeg klarer ikke å være rundt menn. Tenker at menn er slemme og onde, bare opptatt av det seksuelle. De er sterke og har mye makt. Det gjelder alle menn - pappa, bror, lærer.” - Jente (17) utsatt for voldtekt “Man kan ikke stole på mamma. Da blir det til at det er vanskelig å stole på andre også, for man har blitt sviktet. Man kan	24	46,2%

	<p>egentlig ikke stole på noen. Jeg kan aldri stole på noen.”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jente (17) som vokste opp med mor som var rusmisbruker og fysisk voldelig. 		
<p>2. Skyld Innebærer overdrevne eller feilaktige tanker om eget ansvar for hendelsen.</p>	<p>“Jeg hadde like mye ansvar som pappa for at han skadet mamma. Jeg var oppegående og kunne gjort mer enn det jeg gjorde. Jeg kunne jo ha slått pappa tilbake, men det går jo ikke an. Jeg kunne ha skreket etter hjelp. Kunne tatt slagene til mamma. Hadde det ikke vært for meg så hadde det ikke skjedd”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jente (18) som har vært vitne til vold mellom foreldre. <p>“Noen ganger tenker jeg at det var min skyld, fordi jeg var på rommet der og da. At jeg var hos mor. Hadde jeg vært hos far, så hadde det ikke skjedd. Hvis jeg kunne valgt annerledes i dag, så hadde jeg valgt å være hos pappa i stedet”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gutt (16) som har opplevd overgrep fra stefar. 	20	38,5%
<p>3. Skade Innebærer tanker om at hendelsen har påført en skade som aldri vil gå bort, eller at hendelsen har ødelagt dem.</p>	<p>“Jeg vet ikke hvem jeg er. Jeg er allerede ødelagt. Jeg vil aldri bli reparert sånn som jeg var før. Jeg kan komme en plass der det ikke går å reparere meg lenger. Fordi det har gått så lang tid før jeg har prøvd å gjøre noe med det.”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gutt (18) som har opplevd fysisk og psykisk mobbing nesten hele barndommen <p>“Mange dager hører jeg i hodet «jeg er ødelagt, jeg er ødelagt, jeg kan ikke fikses». Jeg er så ødelagt at jeg er langt fra normal. Jeg kan ikke slutte de tankene.”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jente (15) utsatt for fysisk mishandling av far 	11	21,2%
<p>4. Selvverd Innebærer tanker om at en er mindre verdt eller underlegen andre.</p>	<p>“Jeg er dum, naiv, et objekt uten verdi. Jeg hater meg selv. Jeg er underlegen, mindre verdt enn andre.”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jente (17) utsatt for voldtekt 	10	19,2%

	<p>“Jeg er bare usikker på alt egentlig. Jeg har ingen verdi. Jeg tenkte at jeg var mer verdt før.”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gutt (18) som har opplevd fysisk og psykisk mobbing nesten hele barndommen 		
<p>5. Trygghet Innebærer tanker om at verden er utrygg, at en må være på vakt, og at farlige ting kan skje når som helst.</p>	<p>“Jeg tør ikke å gå ute alene lenger. Hvis jeg går ute når det er mørkt kan hvem som helst ... Noe kan skje når som helst. Hvis en fyr går et par meter bak meg kan jeg bli livredd. Det verste er hvis en bil stopper og prøver å få kontakt. En stor bil som stopper med meg kan jo bare plutselig åpne en dør og dra meg rett inn. Føler jeg tar en sjanse hver dag.”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jente (15) utsatt for voldtekt <p>“Verden er utrygg. Hele livet mitt er en eneste stor uflaks.”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jente (17) som vokste opp med mor som var rusmisbruker og fysisk voldelig. 	10	19,2%
<p>6. Atferd Innebærer tanker som alminneliggjør skadelig eller maladaptiv atferd/reaksjoner.</p>	<p>“De fleste jenter skjærer seg når de er deprimerte.”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jente (15) som har blitt utsatt for fysisk vold hjemme <p>“Akkurat nå til dags så er det sånn at alle har sex og unger mister jomfrudommen når man er tolv år.”</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jente (15) utsatt for voldtekt 	3	5,8%

3.2 PTSS gjennom behandlingsforløpet

Behandlingsforløpene besto av gjennomsnittlig 16,3 timer, standardavvik 4,6. Korteste forløp var 8 timer, lengste var 31 timer. PTSS ble målt ved behandlingsstart, ved time 6 (for n = 48) og ved behandlingsslutt. Resultatene er vist i tabell 5.

Tabell 5

Nivå av PTSS over tid.

Tid	PTSS	Standardavvik	Min	Maks	Andel over kuttegrense	Antall
Start	33,6	10,8	15	52	100 % (n = 52)	52
Time 6	26,7	13,0	3	58	45,8 % (n = 22)	48
Slutt	13,4	10,7	0	46	32,7 % (n = 17)	52

Gjennomsnittlig hadde pasientene en nedgang på 20,2. Maksimal nedgang var 47 og minimum -7 (det vil si at pasienten har hatt symptomøkning).

Kuttegrensen for klinisk signifikant PTSS var satt til en symptomskåre større eller lik 15 på KATES. Non-respons var definert som PTSS over kuttegrensen ved behandlingsslutt. Basert på denne definisjonen kunne 32,7% (n = 17) av utvalget klassifiseres som non-responders.

3.3 Problemstilling 2: Sammenhenger mellom overgeneralisering, akkomodasjon og PTSS

Vi undersøkte gjennomsnitt av overgeneralisering og akkomodasjon i timene der det ble arbeidet med traumenarrativ, og i timene der det fokuseres på kognitiv prosessering. I tabell 6 vises gjennomsnitt, standardavvik, og 95 % konfidensintervall for gjennomsnitt og standardavvik for henholdsvis traumenarrativ og kognitiv prosessering. Her viser traumenarrativ til timer som kun inneholder arbeid med traumenarrativ, mens kognitiv prosessering viser til timer som enten inneholder både arbeid med traumenarrativ og kognitiv prosessering, eller timer som kun inneholder kognitiv prosessering.

Tabell 6

Gjennomsnittsverdier og konfidensintervaller for overgeneralisering og akkomodasjon i timene med traumenarrativ og timene med kognitiv prosessering.

		Gj. snitt	95% konfidensintervall gjennomsnitt	Std	95% konfidensintervall std		
		Min	Max		Min	Max	
Traumenarrativ	Overgeneralisering	0,17	0,07	0,27	0,41	0,20	0,57
	Akkomodasjon	0,29	0,16	0,44	0,50	0,31	0,65
Kognitiv prosessering	Overgeneralisering	0,91	0,71	1,12	0,78	0,63	0,90
	Akkomodasjon	1,15	0,98	1,33	0,64	0,54	0,72

Som vi ser av tabell 6, fant vi høyere gjennomsnittsverdier for både overgeneralisering og akkomodasjon i timene som inneholdt kognitiv prosessering, sammenlignet med timene som inneholdt traumenarrativ. Vi ser også at konfidensintervallene i denne fasen ikke overlapper med konfidensintervallene fra timene med traumenarrativ, noe som indikerer at denne forskjellen mellom forekomsten av de kognitive prosessene er signifikant. Konfidensintervall for standardavvik kan brukes til å se på variasjonen i begrepene, og om disse er forskjellig fra hverandre. Konfidensintervallene for akkomodasjon overlapper, men det gjør ikke konfidensintervallene for overgeneralisering. Det betyr at det er større variasjon blant deltakernes gjennomsnittsnivå av overgeneralisering i timene med kognitiv prosessering enn i traumenarrativ-timene. Dette vil si at skåren til overgeneralisering varierte mer for timene som inneholdt kognitiv prosessering, sammenlignet med traumenarrativ-timene.

Vi fant at det var relativt lite overgeneralisering og akkomodasjon i timene der det kun ble jobbet med traumenarrativ. I disse timene var gjennomsnittsnivået av overgeneralisering på 0,17 og akkomodasjon på 0,29. Dette regnes som lavt, ettersom prosessene ble kodet på en firepunktsskala fra 0 til 3 (0 = ingen eller veldig lav; 1 = lav; 2 = medium; 3 = høy). Til sammenligning fant vi at gjennomsnittsnivået var 0,91 for overgeneralisering og 1,15 for akkomodasjon i timene med kognitiv prosessering. I timene med traumenarrativ identifiseres ofte dysfunksjonelle tanker, men det er i timene med kognitiv prosessering at det arbeides direkte med å endre tankene. Dermed er det kanskje ikke overraskende at vi fant mer av både overgeneraliserte og akkomoderte tanker i nettopp de sistnevnte timene. Basert på dette

funnet valgte vi å bruke gjennomsnittsnivåer av overgeneralisering og akkomodasjon i timene med kognitiv prosessering i våre videre analyser.

Vi undersøkte også maksverdier for overgeneralisering og akkomodasjon. Maksverdi er et uttrykk for den tanken som har fått høyest skåre hos ungdommene. For disse analysene har vi ikke gjort et skille på om maksverdien oppstår i timer med traumenarrativ eller i timer med kognitiv prosessering. Akkomoderte tanker kan noen ganger uttrykkes tidlig i bearbeidingsfasen uten at man kommer tilbake til temaet senere i terapien. Ungdommen kan da ha oppnådd en mer akkomodert tenkemåte rundt et tema, som sannsynligvis vedvarer gjennom behandlingen. Vi vurderte dermed at det ikke var relevant for analysen vår akkurat når i bearbeidingsfasen maksverdien inntraff, og at det var unødvendig å skille mellom traumenarrativ og kognitiv prosessering da vi undersøkte maksverdi av akkomoderte tanker. Videre ønsket vi å undersøke om en sterk overgeneralisert tanke ville henge sammen med PTSS, uavhengig av når i bearbeidingsfasen den uttrykkes. Tabell 7 viser derfor den gjennomsnittlige maksverdien i utvalget, standardavvik, og 95 % konfidensintervall for maksverdi og standardavvik.

Tabell 7

Maksverdier og konfidensintervaller for overgeneralisering og akkomodasjon, for alle timene.

		Maks	95% konfidensintervall, maksverdi		Std	95% konfidensintervall, std	
			Min	Max		Min	Max
Alle timene	Overgeneralisering	1,58	1,27	1,85	1,05	0,91	1,16
	Akkomodasjon	1,91	1,68	2,11	0,78	0,60	0,95

Som vi ser av tabell 7, fant vi gjennomsnittlige maksverdier for overgeneralisering og akkomodasjon på henholdsvis 1,58 og 1,91. Dette viser at i gjennomsnitt så ligger overgeneralisering og akkomodasjon mellom 1 (lav) og 2 (medium) i maks kodet intensitet. I dette ligger det også at det er en betydelig andel av deltakerne som aldri ble kodet som høy på disse kognitive prosessene. Vi ser at konfidensintervallene for disse verdiene overlapper, noe som indikerer at forskjellen mellom maksverdiene av de kognitive prosessene ikke er

signifikant. Konfidensintervall for standardavvik overlapper, noe som betyr at variasjonen blant deltakernes maksnivå av overgeneralisering og akkomodasjon ikke er signifikant forskjellig.

Vi undersøkte sammenhenger mellom PTSS ved behandlingsslutt og fem prediktorer enkeltvis; gjennomsnittsverdier og maksverdier av overgeneralisering og akkomodasjon, og PTSS ved behandlingsstart. Dette er modell 1, og resultatene er vist i tabell 8. Som vi ser fant vi at gjennomsnittsnivå av overgeneralisering henger sammen med PTSS ved behandlingsslutt ($\beta = 0,38$). Siden β har positiv verdi betyr det at høyere nivå av overgeneralisering hang sammen med høyere nivå av PTSS ved behandlingsslutt. Dette er i tråd med vår hypotese. Vi fant ingen sammenheng mellom maksverdi av overgeneralisering og PTSS. For akkomodasjon hang verken gjennomsnittsnivå eller maksverdi sammen med PTSS. Hypotesen som predikerte at høyere nivå av akkomodasjon henger sammen med lavere nivå av PTSS ble dermed ikke støttet i denne analysen.

Vi undersøkte også sammenhengen mellom PTSS ved behandlingsstart og PTSS ved behandlingsslutt, og fant at disse henger sammen ($\beta = 0,53$). Verdien er positiv, og det betyr at de som hadde høyere nivå av PTSS ved behandlingsstart også hadde høyere nivå ved behandlingsslutt.

Tabell 8

Sammenhenger mellom gjennomsnitt – og maksverdier av overgeneralisering, akkomodasjon og slutt PTSS.

	Modell 1, Slutt PTSS		
	B	P	β
Overgeneralisering, gjennomsnitt	5,20	0,006	0,38
Akkomodasjon, gjennomsnitt	-0,33	0,888	-0,02
Start PTSS	0,53	0,000	0,53
Overgeneralisering, maksverdi	2,64	0,063	0,26
Akkomodasjon, maksverdi	-2,02	0,298	-0,15

I modell 2 undersøkte vi sammenhenger mellom PTSS ved behandlingsslutt og prediktorene gjennomsnittsverdier av overgeneralisering og akkomodasjon, justert for PTSS ved

behandlingsstart. Vi fant at PTSS ved behandlingsstart hang sammen med PTSS ved behandlingsslutt ($\beta = 0,47$). I denne analysen fant vi ingen andre statistiske sammenhenger. I modell 3 gjorde vi tilsvarende for maksverdier av de kognitive prosessene. I denne siste analysen fant vi også at PTSS ved behandlingsstart hang sammen med PTSS ved behandlingsslutt ($\beta = 0,50$). Ellers fant vi ingen andre statistisk signifikante sammenhenger. Dette vil si at maksverdi av overgeneralisering eller akkomodasjon ikke hang sammen med PTSS. Resultatene er vist i tabell 9.

Tabell 9

Sammenhenger mellom gjennomsnitt – og maksverdier av overgeneralisering, akkomodasjon og slutt PTSS, korrigert for start PTSS.

	Modell 2: Slutt PTSS, justert for start PTSS			Modell 3: Slutt PTSS, justert for start PTSS		
	B	p	β	B	P	B
Overgeneralisering, gjennomsnitt	2,88	0,106	0,21			
Akkomodasjon, gjennomsnitt	-1,40	0,490	-0,08			
Start PTSS	0,47	0,001	0,47	0,50	0,000	0,50
Overgeneralisering, maksverdi				0,70	0,604	0,07
Akkomodasjon, maksverdi				1,97	0,238	-0,14

4 Diskusjon

Hovedmålet med denne studien var å undersøke om de kognitive prosessene overgeneralisering og akkomodasjon henger sammen med PTSS hos ungdom som mottar TF-CBT. Videre ønsket vi å utvide kunnskapen om hva slags dysfunksjonelle tanker traumatiserte ungdommer har. De vanligste dysfunksjonelle tankene i vårt utvalg handlet om tillit og skyld. Resultatene viste en signifikant sammenheng mellom gjennomsnittsnivå av overgeneralisering og sluttnivå av PTSS. Analysene viste ingen signifikant sammenheng mellom akkomodasjon og PTSS.

4.1 Hva er innholdet i de dysfunksjonelle tankene?

Tillit

I vår studie fant vi at tillit var det vanligste temaet ungdommene strevde med; 46,2% av ungdommene hadde tanker som handlet om vansker med tillit til andre. Tillit kan defineres som en “intensjon om å akseptere sårbarheten som følger av å ha positive forventninger til andres atferd og intensjoner” (Rousseau, Sitkin, Burt & Camerer, 1998, s. 395). Kategorien “tillit” i vår studie innebærer at det at ungdommen generaliserer negative erfaringer fra enkeltperson(er) til å gjelde for større grupper av mennesker. I følge Janoff-Bulman (1992) vil barn som vokser opp under normale oppvekstvilkår som regel utvikle en grunnleggende antakelse om at verden er trygg og at mennesker er gode. Videre hevder hun at traumatiske hendelser kan skape et brudd med barnets positive forventninger til andre. Det vil si at hendelsen kan rokke ved grunnleggende antakelser, og dermed endre måten barnet eller ungdommen tenker på. Tillit til andre er grunnleggende for mennesker, og et brudd på antakelsen om andre mennesker som gode kan hemme individets sosiale og emosjonelle utvikling. Dersom nære relasjoner oppleves som truende, vil kanskje ungdommen unngå å knytte seg til andre mennesker. Dette kan gjøre at vedkommende ikke får eller klarer å ta til seg nødvendig støtte og omsorg fra andre, som igjen kan forsterke en følelse av å måtte klare seg alene i verden.

Det er kanskje ikke så rart at tillit var det temaet som ungdommene i vårt utvalg strevde mest med, ettersom mange av ungdommene i vårt utvalg har opplevd svært alvorlige tillitsbrudd.

Botsford et al. (2018) fant at tillit var et av de tre vanligste temaene hos ungdommer som har opplevd fysisk eller seksuell vold. I vårt utvalg var de vanligste behandlingstraumene voldtekt, fysisk vold fra familiemedlem og seksuelle overgrep. Alle disse hendelsene innebærer grove og direkte tillitsbrudd, ved at noen intensjonelt har utsatt ungdommen for svært krenkende handlinger. Det er forståelig at ungdommene i utvalget til Botsford et al. (2018) og i vårt utvalg hadde vansker med tillit, ettersom krenkelsene de har blitt utsatt for forstyrrer selve kjernen i opplevelsen av tillit, nemlig å akseptere sårbarheten det innebærer å ha positive forventninger til andre. For mange av ungdommene har det vist seg at nettopp det å være sårbar ikke er hensiktsmessig. Tillitsbrudd kan også være mer indirekte, for eksempel i form av at en ungdom ikke blir beskyttet mot en ulykke. For barn og unge kan traumatiserende hendelser i sin ytterste konsekvens alltid tenkes å være en form for tillitsbrudd, ved at den eller de som skulle beskytte den unge sviktet. Tillitsbrudd kan også oppstå når ungdommen ikke opplever å bli trodd på eller hjulpet av andre etter en traumatiserende hendelse (Resick et al., 2014). Vi vet ikke hvordan ungdommenes antakelser om verden var i forkant av den traumatiske hendelsen. Resultatene våre kan likevel indikere at hendelsene har skapt brudd i grunnleggende antakelser om andre mennesker som gode og til å stole på, i tråd med Janoff-Bulman (1992) sin teori.

I etterkant av et tillitsbrudd kan ungdommens prosesseringsstil videre påvirke hvordan ungdommen opplever verden. En prosesseringsstil med mer akkomodasjon kan føre til tanker om at tillitsbruddet forekom under spesifikke omstendigheter, og at de fleste mennesker er til å stole på i de fleste situasjoner. Med en akkomodert prosesseringsstil vil man med andre ord klare å tilskrive de brutte antakelsene om verden (Janoff-Bulman, 1992) til et mer avgrenset område, eller til å gjelde få mennesker. Dersom prosesseringsstilen derimot preges av overgeneralisering, kan den nye læringen som kommer fra den traumatiske erfaringen bli generalisert til mange livsområder (Hayes et al., 2007). Dette betyr at en ungdom som har blitt slått av sin mor ikke bare vil ha vansker med å stole på moren sin, men også mennesker generelt. Når tillitsbruddet overgeneraliseres til å gjelde alle mennesker, vil det kunne skape ekstra store utfordringer for ungdommen.

Man kan tenke seg at overgeneralisering blir særlig fremtredende dersom ungdommen ikke får hjelp av voksenpersoner til å forstå traumatiserende hendelser. Barn og unge lærer å forstå verden gjennom trygge voksne (Pynoos, Steinberg & Piacentini, 1999). Ideelt sett vil gjentatte erfaringer med at omsorgsgivere hjelper til med fortolkningsstøtte bidra til at den

unge opplever verden som sammenhengende og at andre er til å stole på. I noen tilfeller kan det hende at omsorgspersonen ikke er i stand til å tilby denne fortolkningsstøtten etter at barnet har vært utsatt for traumatiserende hendelser. Ved seksuelle overgrep, fysisk mishandling og vold i hjemmet kan også omsorgsgiver være direkte ansvarlig for traumat. Dette kan skape vansker med tillit på to måter: For det første kan individet oppleve å selv bli ansvarlig for å gjenopprette nærhet og tillit relasjonen dersom omsorgspersonen ikke selv påtar seg ansvaret for hendelsen og endrer sin egen atferd. Dette kan skape tvil rundt den andres redelighet (Laddis, 2019). Når unge mennesker opplever dette kan det bli vanskelig å ha tillit til at andre har gode intensjoner. For det andre kan den manglende fortolkningsstøtten gjøre at hendelsen fremstår forvirrende, fordi individet ikke får den hjelpen han eller hun trenger for å bearbeide og forstå hendelsen. Den manglende fortolkningsstøtten kan dermed muligens bidra til at ungdommer utvikler en mer overgeneralisert tenkemåte, istedenfor at de får hjelp til å utvikle en mer akkomodert prosesseringsstil.

Skyld

Skyld var også et tema som pekte seg ut hos ungdommene i vårt utvalg, og vi fant at 38,5 % av sakene inneholdt tanker knyttet til dette temaet. Tanker om skyld handlet ofte om at ungdommen burde ha forutsett eller forhindre hendelsen, eller tanker om at hendelsen var forårsaket av ungdommen selv. Det kan virke overraskende at ungdommene følte skyld for hendelser som andre har utsatt dem for. En årsak til dette kan være måten en traumatisk hendelse bryter med antakelsen om at verden er forutsigbar og meningsfull (Janoff-Bulman, 1992). Den forvirrende opplevelsen kan altså representere et brudd i meningsdannelsen. Vårt resultat kan forstås i lys av Janoff-Bulman (1992) sin teori om at skyld er en strategi som gjenoppretter en illusjon av mening og kontroll. Det kan være vanskelig for en ungdom å forstå hvorfor en venn plutselig kunne forgripe seg på henne. Hvis ungdommen derimot tenker at hun var med på å forårsake hendelsen, kan overgrepet bli mer forståelig og verden mer forutsigbar. Dette vil igjen kunne gi henne en større opplevelse av kontroll, fordi hun ved å kontrollere egen atferd kan forhindre at noe lignende skjer igjen.

Selv om skyld kan ha en funksjon for ungdommen, har flere studier vist at skyldfølelse henger sammen med PTSS hos barn og unge. Kletter, Weems & Carrion, (2009) fant at skyld knyttet til handlinger som barnet gjorde eller ikke gjorde under hendelsen var sterkt assosiert med PTSS, kontrollert for risikofaktorer som kjønn, alder, komorbiditet og type interpersonlig traume. Denne sammenhengen har blitt funnet for interpersonlige traumer

(Kletter et al., 2009) og enkelttraumer (Greenberg & Keane, 2001; Aakvaag, Thoresen, Wentzel-Larsen, Røysamb & Dyb, 2014). Studiene indikerer at skyld henger sammen med hvordan man i etterkant tolker sin egen atferd under hendelsen. Det kan være flere måter å fortolke en hendelse på som kan bidra til en forståelse av at man selv var skyldig i hendelsen. Skyldfølelse kan være et resultat av at man overvurderer hendelsens forutsigbarhet ut fra konsekvensene; en tankefeil kalt etterpåklokskap (Fischhoff, 1975). Når man vet konsekvensene av hendelsen er det lettere å konkludere med at man burde ha handlet annerledes, og dermed føle skyld (Lee, Scragg & Turner, 2001).

Skyld kan også henge sammen med manglende kunnskap om vanlige reaksjoner på skremmende situasjoner. For eksempel så er en vanlig antakelse at kvinner som blir utsatt for voldtekt vil prøve å gjøre motstand. En svensk undersøkelse viste imidlertid at 70% av kvinnene som tok kontakt med overgrepsmottak etter voldtekt oppga at de hadde en “frys”-respons under overgrepet (Möller, Söndergaard & Helström, 2017). Denne responsen kalles “tonisk immobilitet”; en ufrivillig tilstand hvor musklene blir paralyisert og man får vansker med å reagere på ytre stimuli. Tonisk immobilitet er en overlevelsesmekanisme som kan inntreffe når flukt eller selvforsvar ikke er mulig (Humphreys, Sauder, Martin & Marx, 2010). Dersom man ikke vet at tonisk immobilitet er en vanlig reaksjon ved voldtekt, vil det kanskje være lettere å bebreide seg selv for at man ikke gjorde mer motstand. En vanlig kognitiv reaksjon under farlige situasjoner kan også være intervensjonstanker; tanker og fantasier om å avbryte eller flykte fra hendelsen (Pynoos & Nader, 1989). Dyb et al. (2008) fant at intervensjonstanker under den traumatiserende hendelsen var assosiert med PTSS hos ungdom. Dette betyr at ungdommene som tenkte på å intervenere under hendelsen var mer plaget i etterkant. En mulig forklaring på dette er at intervensjonstanker henger sammen med skyldfølelse. I etterpåklokskapsens lys kan disse tankene tolkes som at man faktisk hadde en reell mulighet til å forhindre hendelsen, men at man likevel valgte å ikke gjøre det. Til sammen betyr dette at det er flere måter å tenke på som feilaktig bidrar til at ungdommen påtar seg ansvar for en traumatiserende hendelse. Ungdommen opplever kanskje mer sammenheng og kontroll, men får altså samtidig økt skyldfølelse.

Skyldfølelse kan ha konsekvenser for ungdommen i form av at det kan bli vanskeligere å bearbeide traumet. Kletter et al. (2009) argumenterer for at tanker om skyld hindrer bearbeidelse fordi det retter fokus mot hvordan man kunne ha handlet annerledes fremfor å akseptere at hendelsen var utenfor egen kontroll. Skyldfølelse kan også gjøre at ungdommen

synes det er vanskelig å tenke på og snakke om hendelsen. Slik unngåelse hindrer ifølge Ehlers & Clark (2000) at man får nye, korrigerende erfaringer som potensielt kan nyansere minnet og endre dysfunksjonelle tanker. I tråd med Ehlers & Clark (2000) kan skyldfølelse dermed inngå som en del av en maladaptiv mestringsstrategi, og være med på å opprettholde PTSS.

Våre funn viste at tillit og skyld var tema som ungdommene strevde mest med (til stede hos henholdsvis 46,2% og 38,5% av ungdommene), noe som i stor grad sammenfaller med Botsford et al. (2018) sine resultater. Sistnevnte så på ungdom mellom 14-21 år som har blitt diagnostisert med PTSD etter interpersonlig traumatisering, og de fant at de tre vanligste problemområdene var knyttet til selvverd, skyld, og tillit. Vår studie støtter dermed Botsford et al. (2018) sine funn av tillit og skyld som de vanligste temaene hos traumeutsatt ungdom. I vår studie fant vi ikke at tanker knyttet til selvverd var like vanlig som tillit og skyld. Dette kan kanskje henge sammen med at vi hadde en egen kategori for tanker om å være skadet av hendelsen, noe Botsford et al., (2018) ikke hadde. Det kan tenkes at våre kategorier “selvverd” og “skade” delvis overlapper, hvilket betyr at vi kanskje ville fått en høyere forekomst dersom vi hadde gruppert disse sammen.

Oppsummert kan vi derfor si at vårt funn av tillit og skyld som vanligste dysfunksjonelle tanker hos ungdom har stor likhet med funnet til Botsford et al. (2018). Samtidig kan flere studier belyse spørsmålet ytterligere, ikke minst med tanke på hvilken rolle dysfunksjonelle tanker om selvverd spiller for ungdom med PTSS.

4.2 Sammenheng mellom overgeneralisering og PTSS

I denne studien fant vi at høyere gjennomsnittsnivå av overgeneralisering hang sammen med høyere sluttnivå av PTSS. Med andre ord var sterk grad av overgeneralisering over tid assosiert med høyere nivå av PTSS ved behandlingsslutt. I tråd med Ehlers & Clark (2000) sin modell, kan dette tyde på at overgeneralisering er med på å opprettholde PTSS. Ifølge modellen kan PTSS bli vedvarende når individet trekker negative og overgeneraliserte slutninger fra hendelsen og/eller egne reaksjoner på hendelsen. Overgeneraliseringen (f.eks “verden er farlig”) er med på å skape en følelse av pågående trussel, som motiverer individet til å bruke maladaptive mestringsstrategier, som igjen opprettholder symptomer på sikt.

I vårt utvalg var det 32,7% av ungdommene som ikke responderte på behandlingen; det vil si at de hadde PTSS over kuttegrensen ved behandlingsslutt. Studien vår indikerer altså at noen ungdommer ikke har effekt av TF-CBT, og at dette kan henge sammen med overgeneralisering. Høyt gjennomsnittsnivå av overgeneralisering kan tyde på at posttraumatiske kognisjoner endrer seg lite i løpet av behandlingen. Knutsen, Sachser, Holt, Goldbeck & Jensen (2019) fant at nivået av posttraumatiske kognisjoner før behandling ikke predikerte behandlingsutfall hos barn og unge som mottok TF-CBT. Dette kan bety at det ikke er nivået av posttraumatiske kognisjoner ved start som predikerer PTSS, men hvor fastlåste tankene er, og hvor mye eller lite de endres i terapi.

Et interessant spørsmål er hvorvidt noen tanker er vanskeligere å endre enn andre. En studie på voksne viste at høyere nivåer av skyld og skam før behandling predikerte mindre reduksjon i PTSS i løpet av behandlingen (Øktedalen, Hoffart, & Langkaas, 2015). Dysfunksjonelle tanker som “jeg fortjente det” kan bidra til håpløshet og manglende tro på terapi, som igjen kan påvirke behandlingsutfallet. Blant prediktorene Knutsen et al. (2019) så på (traumetype, komorbid depresjon, angst, posttraumatiske kognisjoner og kjønn) var kjønn den eneste signifikante prediktoren for behandlingsutfall, hvor jenter hadde større risiko for non-respons enn gutter. En mulighet er at jenter plages av andre dysfunksjonelle tanker, og at disse er vanskeligere å endre. For eksempel er traume-relatert skam og skyld vanligere hos jenter (Su & Chen, 2008). Skyld var blant de vanligste temaene i vårt utvalg, og kanskje er dette medvirkende til at omtrent en tredjedel av ungdommene hadde PTSS over klinisk signifikant verdi ved behandlingsslutt. Vi har ikke spesifikt undersøkt sammenhengen mellom skyld og PTSS i vår studie, men andre nyere studier har indikert at redusert skyld spesifikt predikerer endring i PTSS hos voksne (Holliday, Holder & Surís, 2018; Schumm, Dickstein, Walter, Owens & Chard, 2015). Per dags dato er det lite kunnskap om sammenhenger mellom ulike dysfunksjonelle tanker og behandlingsrespons hos barn og unge (de Haan, Ganser, Münzer, Witt & Goldbeck, 2017).

Vi vet ikke i dag akkurat hva som gjør at dysfunksjonelle tanker endres. Studiene til Jensen et al. (2018) og Knutsen et al. (2018) viste at det er viktig å endre posttraumatiske kognisjoner for å oppnå reduksjon av PTSS, men disse studiene kan ikke si noe om hvilke komponenter i TF-CBT som bidrar til endring av kognisjonene. Studien vår viste at overgeneralisering var til stede i timene med kognitiv prosessering, men gjennomsnittet var likevel relativt lavt (0,91

på en skala fra 0-3). Dette kan muligens komme av at andre komponenter tidligere i behandlingsløpet allerede hadde bidratt til reduksjon i overgeneralisering. Før arbeidet med kognitiv prosessering går pasient og terapeut gjennom blant annet psykoedukasjon, stressmestring, samt arbeid med traumenarrativ. Alle disse komponentene kan enkeltvis, eller i kombinasjon, tenkes å fremme endring i ungdommens prosesseringsmåte. Jensen et al. (2018) foreslår blant annet at psykoedukasjon og stressmestring kan bidra til å endre tanker om at ungdommen er svak eller ødelagt, og at arbeid med traumenarrativet kan redusere unngåelse og bidra til korrigerende erfaringer. Basert på vår studie kan vi ikke si noe om hvilke komponenter som bidrar til endring i dysfunksjonelle tanker. Studien kan imidlertid peke på hvor i terapien det kan gå galt: De som fortsatt viser relativt mye overgeneralisering i timene med kognitiv prosessering har også høyere symptomnivå ved behandlingsslutt. Dette indikerer at ungdom som ikke responderer på intervensjoner med kognitiv restrukturering trenger at terapeuten prøver å finne andre tilnærminger som kan redusere overgeneraliseringen.

Det kan hende at noen ungdommer har behov for flere terapitimer og et lengre terapiforløp for å klare å oppnå endring. Uten at vi kan si noe sikkert, kan det også tenkes at noen av ungdommene som har høy overgeneralisering og høy PTSS ved behandlingsslutt trenger noe annet enn det de får i TF-CBT, for eksempel en annen terapimetode med andre intervensjoner. Tillit var det vanligste temaet som ungdommene i vårt utvalg strevde med. Tidligere svik kan gjøre det vanskeligere å stole på andres gode intensjoner, og en nær relasjon kan da i seg selv være en traumepåminner. Dette kan gjøre at vanskene med tillit kan vise seg i den terapeutiske relasjonen. Det kan hende at noen ungdommer som ikke responderer på TF-CBT trenger en terapiform der selve relasjonen til terapeuten i større grad adresseres.

Det er også mulig at de mest fastlåste tankene kun kan endres ved at læring fra terapi fortsetter utenfor terapirommet. For eksempel kan det tenkes at det ikke er tilstrekkelig å være med på et tankeeksperiment om tillit i terapirommet, men at ungdommen må få egne erfaringer om at mennesker kan være til å stole på. Opplevelser ungdommen har i sin egen hverdag kan virke korrigerende ved at de forstås i sammenheng med intervensjonene fra terapirommet. Dette betyr at ungdommen over tid kan få flere opplevelser av at de dysfunksjonelle tankene ikke stemmer. Jensen et al. (2017) fant i sin oppfølgingsstudie at reduksjon av PTSS fortsatte etter endt TF-CBT-behandling. I vår studie målte vi PTSS siste

gang ved behandlingsslutt. Det kan dermed tenkes at symptomnivået fortsetter å avta i etterkant av den siste målingen.

Sammenhengen mellom gjennomsnittsnivå av overgeneralisering og sluttnivå av PTSS er altså i tråd med vår hypotese. Resultatet støtter Meiser-Stedman et al. (2019) sin studie som viste at blant annet posttraumatiske kognisjoner opprettholder PTSS hos barn og unge. Resultatet er derimot ikke i tråd med Ready et al. (2015) som fant at overgeneralisering hang sammen med internaliserende og eksternaliserende vansker, men ikke med PTSS. Ready et al. (2015) brukte imidlertid gjennomsnittsnivåer av overgeneralisering og akkomodasjon i hele bearbeidingsfasen, som består av både arbeid med traumenarrativ og kognitiv prosessering. Det kan hende at Ready et al. (2015) sin inklusjon av alle timer i bearbeidingsfasen kan ha bidratt til å maskere sammenhenger. Vi fant at det var lite overgeneralisering og akkomodasjon i timene hvor det kun ble arbeidet med traumenarrativet. Dette kan sies å være i tråd med TF-CBT-manualen, ettersom arbeid med traumenarrativ i stor grad handler om å få tak i detaljer i traumehistorien (utbrodering) og lese historien gjentatte ganger (eksponering) (Cohen et al., 2018). I disse timene identifiseres ofte dysfunksjonelle tanker, men det er i timene med kognitiv prosessering det arbeides direkte med å endre tankene. Ettersom vi fant at det var mest overgeneralisering og akkomodasjon i timene med kognitiv prosessering, valgte vi å bruke disse timene i analysene. Dette valget kan ha bidratt til at vi fant en sammenheng mellom overgeneralisering og PTSS.

4.3 Sammenheng mellom akkomodasjon og PTSS

Vi fant ikke noen signifikant sammenheng mellom akkomodasjon og PTSS. Det er to mulige forklaringer på dette. Det kan være at resultatet er riktig, og at det ikke er en sammenheng. Den andre muligheten er at sammenhengen eksisterer, men at vi ikke klarte å identifisere den. Vi forventet å finne en sammenheng, i tråd med studier som har vist at PTSS korrelerer negativt med akkomodasjon hos voksne (Sobel et al., 2009; Iverson et al., 2015; Dondanville et al., 2016), og hos barn (König et al., 2019). I disse studiene fant man altså at jo mer akkomodasjon, desto mindre PTSS. Det vil si at adaptive, nyanserte tenkemåter var assosiert med lavere symptomtrykk. Dersom det egentlig er en sammenheng mellom akkomodasjon og lavere PTSS, kan det være at egenskaper ved vårt design har maskert denne sammenhengen.

For det første har vi ikke målt hvorvidt akkomodasjon endrer seg i løpet av behandlingen. I de ovennevnte studiene målte de endring i akkomodasjon fra før terapi til etter terapi. I vår studie ser vi derimot på gjennomsnittsnivå av disse prosessene i bearbeidingsfasen. Med vårt design kan man altså ikke undersøke om akkomodasjon øker eller minker underveis, men heller om ungdommene har mye eller lite akkomodasjon generelt. For det andre kan det tenkes at akkomodasjon i seg selv ikke henger sammen med symptomtrykk, men at akkomodasjon må være knyttet til endring av de mest plagsomme tankene som ungdommen har. Med kodemanualen CHANGE kan man ikke undersøke endring i enkeltstående tanker, men heller nivået av overgeneralisering og akkomodasjon generelt i hver terapitime. Det vil si at ungdommen kan uttrykke flere tanker knyttet til ulike temaer i løpet av en time, men at de ulike tankene utgjør en samlet skåre som reflekterer de kognitive prosessene overgeneralisering og akkomodasjon.

Det at vi ikke hadde mulighet til å studere endring av samme tanke utgjør en mulig feilkilde. En gutt som har opplevd skremmende mobbeepisoder over tid kan for eksempel ha to dysfunksjonelle tanker: 1) Ingen er til å stole på og 2) det er min skyld at jeg ble mobbet. For akkurat denne ungdommen kan tanken om tillit være kjerneproblemet, og ikke tanken om skyld. I løpet av behandlingen kan ungdommen gå over til å tenke at han ikke hadde skyld i mobbingen, men fortsatt tenke at ingen er til å stole på. På den måten kan høy akkomodasjon forekomme sammen med høy PTSS, ettersom akkomodasjon er knyttet til andre tanker enn de som driver PTSS hos ungdommen. Dette betyr altså at designet vårt kan ha maskert en sammenheng mellom akkomodasjon og PTSS. Det kan tenkes at man hadde funnet en sammenheng mellom akkomodasjon og PTSS dersom man hadde målt nivået av akkomodasjon knyttet til de mest plagsomme tankene.

I tillegg til at vi kan ha kodet akkomodasjon for tanker som ikke henger sammen med PTSS, kan det også være at vi har kodet akkomodasjon på utsagn som ungdommen selv ikke tror på. For overgeneraliserte tanker undersøkte terapeuten ofte hvor mye ungdommen selv tror på tanken, for eksempel *“På en skala fra 0 til 10, hvor sant tenker du det er at ingen er til å stole på?”*. Etter å ha utforsket denne tanken ved for eksempel sokratiske spørring, brukte terapeuten igjen samme skala for å undersøke hvor mye ungdommen tror at tanken er sann. Slik utforskning ble sjeldent gjort for akkomoderte tanker. Samtidig er det tydelig at målet med den kognitive prosesseringen er nettopp å finne mer akkomoderte tanker. Dersom ungdommen ønsker å være en god pasient, kan vedkommende kanskje lettere si seg enig med

terapeuten uten å helt tro på tanken selv. Dermed kan det være vanskelig å vurdere hvorvidt ungdommens ytringer faktisk reflekterte akkomodasjon eller om det reflekterte sosial ønskverdighet. Dette bidro til at det var vanskeligere å kode akkomodasjon enn det var å kode overgeneralisering. Det kan også ha bidratt til at sammenhenger som finnes i virkeligheten ikke har blitt fanget opp av analysene våre.

Vi har nå pekt på mulige årsaker til at en sammenheng mellom akkomodasjon og lavere PTSS ikke ble fanget opp i vår studie. På den andre siden kan det hende at resultatet i studien vår stemmer: Kanskje reduksjon av PTSS ikke henger sammen med akkomodasjon. Ut fra de mest kjente teoriene er det ikke så enkelt å utlede hvorfor akkomodasjon skulle lede til reduksjon av PTSS. Kanskje er det slik at redusert overgeneralisering er viktigst, i tråd med Ehlers & Clark (2000), og at denne reduksjonen ikke nødvendigvis henger sammen med økt akkomodasjon. En ungdom kan for eksempel streve med PTSS, som opprettholdes av tanker om at vedkommende var skyldig i at foreldrene var voldelige mot hverandre. Etter at ungdommen har oppnådd bedring, kan det hende at vedkommende ikke tenker så mye på kranglingen eller skyldspørsmålet i det hele tatt. Da ville i såfall de dysfunksjonelle tankene avta, uten at de erstattes av adaptive tanker om samme tema.

Dersom akkomodasjon ikke er av betydning for å oppnå bedring, kan det i noen tilfeller være andre momenter som fasiliterer endring i PTSS. I følge Ehlers & Clark (2000) kan en traumepåminner utløse minnet om hendelsen. Kanskje utløser dette en fryktrespons som ikke er knyttet til en tydelig tanke. Eksponering er en del av TF-CBT i form av arbeidet som gjøres med traumenarrativet. For mange vil dette være tilstrekkelig for å få ned fryktresponser og redusere unngåelse. Kanskje det likevel i noen tilfeller er nødvendig med in vivo eksponering for å oppnå det samme. Denne eksponeringen vil involvere enda flere sanseintrykk som minner om traumet, noe som kan gjøre fryktresponsen og eksponeringen sterkere. Kanskje er dette viktig for noen av ungdommene dersom fryktresponsen er mest sentral for opprettholdelse av PTSS og eksponeringen med å gjenfortelle traumehistorien ikke er tilstrekkelig. Det finnes få studier i dag som undersøker sammenhengen mellom akkomodasjon og PTSS hos ungdommer. Fremtidig forskning vil kunne gi oss flere svar på hvorvidt akkomodasjon er en viktig endringsprosess i terapi for denne gruppen.

4.4 Styrker og svakheter

Vår studie er én av de første til å studere overgeneralisering og akkomodasjon i en terapi prosess hos ungdom som mottar TF-CBT. I tillegg er studien vår én av få som har kartlagt hvilke tanker ungdommer strever med ved å lytte til ungdommenes egne utsagn i terapirommet. Vårt datamateriale har gitt oss et godt utgangspunkt til å finne hvilke tema ungdommene synes er vanskelige. På denne måten har ungdommene selv, som gruppe, fått en stemme i arbeidet.

Studiedesign og analyse

Denne studien er en observasjonsstudie, der vi undersøker sammenhenger i et utvalg av ungdommer som mottar TF-CBT. Det er dermed begrenset mulighet til å si noe om årsakssammenhenger. Studien har et nokså lite utvalg ($n = 52$), noe som påvirker den statistiske styrken. Dette betyr økt risiko for type 2-feil; det vil si at sammenhengen eksisterer i virkeligheten selv om vi ikke fant en statistisk signifikant sammenheng.

Av kapasitetshensyn var det ikke mulig å kode alle timene i bearbeidingsfasen. Vi kodet derfor et utvalg på minst tre og opptil seks timer, avhengig av hvor mange timer som var tilgjengelig. Dette gjør at vi kan ha gått glipp av viktige utsagn eller endringer som har skjedd i timene vi ikke kodet. Det kan også tenkes at det har oppstått ting i andre faser av behandlingen som vi ikke lyttet til i dette arbeidet. Selv om timene som ble kodet var nøye valgt ut slik at hele bearbeidingsfasen ble dekket (både arbeid med traumenarrativ og kognitiv prosessering), kan vi ikke utelukke at nivået av overgeneralisering og akkomodasjon i bearbeidingsfasen var høyere eller lavere enn våre resultater viser.

Vi valgte å bruke sluttnivå av PTSS som avhengig variabel, og korrigere for startnivå av PTSS. Fordelen med denne metoden er at man tar hensyn til symptomnivået ungdommene hadde ved start. Denne metoden har imidlertid en svakhet: Det finnes ikke en god måte å korrigere statistisk for ulikheter mellom undergrupper ved starttidspunktet. Det vil si at når undergrupper i utvalget opptrer på ulike måter så vil ikke det fanges opp i analysen - et fenomen kjent som Lords paradoks (Holland & Rubin, 1983; Pearl, 2016).

Begrepsvaliditet

Begrepsvaliditet viser til i hvilken grad den operasjonelle definisjonen samsvarer med det

teoretiske begrepet som skal måles. I målingen av PTSS hos ungdommene i vårt utvalg har KATES del 2 blitt brukt. Dette spørreskjemaet har god begrepsvaliditet (Sachser et al., 2017). For måling av begrepene overgeneralisering og akkomodasjon har vi brukt observasjonskoding som metode. Overgeneralisering og akkomodasjon viser til kognitive prosesser som ikke lar seg måle direkte. Vi kan bare observere resultatene av prosessene; innholdet i tankene til ungdommene, basert på utsagn ungdommen uttaler høyt i samtale med terapeuten. På den måten måler vi ikke hvorvidt pasienten faktisk overgeneraliserer, men heller om dette fremkommer i terapitimen. Dette kan være påvirket av flere variabler; for eksempel pasientens kognitive og språklige evner, relasjonen til terapeuten, og den individuelle terapeutstilen. Dette øker risikoen for feiltolkninger, noe som igjen kan ha påvirket begrepsvaliditeten.

Likevel viser utsagnene holdninger som enten er generelle (overgeneralisering) eller mer nyanserte (akkomodasjon), og som henter mot aspekter ved ungdommens kognitive prosessering. Siden arbeidet med å kode tankene innebærer en skjønnsmessig tolkning av materialet som fremkommer i terapitimene, tilstrebet vi å være mest mulig samstemte i vår forståelse av utsagnene. Dette var en viktig årsak til at vi avholdt konsensusmøter annenhver uke, der saker som var dobbeltkodet ble diskutert, samt deler av enkeltsaker som inneholdt materiale som var vanskelig å tolke. Gjennom dette fikk vi ryddet opp i misforståelser og opprettholdt samme forståelse av materialet som ble kodet. Dette betyr at vi i arbeidet strukturert og målrettet for å opprettholde god begrepsvaliditet.

Ytre validitet

Et viktig spørsmål er hvorvidt studiens resultater kan generaliseres til andre utvalg. Denne studien inkluderer ungdommer som har opplevd mange ulike former for traumatiserende hendelser. Deltakerne er henvist til BUP for å få hjelp i andrelinjetjenesten, noe som tyder på at de har betydelige plager. Kriteriene for å bli inkludert i studien var at de hadde en PTSS-skår på minst 15 (kartlagt ved bruk av KATES), og at terapeutene vurderte at de ville kunne ha nytte av TF-CBT. I denne studien har vi ikke analysert hvorvidt utvalget er representativt for unge som strever med PTSS, men det er holdepunkter for å anta det. Ungdommene kommer fra 26 forskjellige BUP-er i Norge, og begge kjønn er representert. Det er likevel en stor overvekt av jenter (80,8 %), noe som kan være med på å svekke generaliserbarheten til gutter. Det er ikke overraskende at det er ubalanse mellom kjønn, siden det er flest jenter som får diagnosen PTSD. Et aktuelt spørsmål i den forbindelse er om traumatiserte gutter får

riktig diagnose, eller om de blir gitt andre diagnoser som atferdsvansker eller ADHD, eller til og med ikke fanges opp av hjelpeapparatet i det hele tatt. Uansett årsak vil det være rimelig å forvente at flertallet av ungdommer som henvises til BUP fordi de strever med PTSS, er jenter. Vi vil derfor hevde at resultatene våre i rimelig grad kan generaliseres til gruppen av ungdommer som strever så mye med PTSS at de behandles for dette i spesialisthelsetjenesten. Dette kan styrke studiens ytre validitet.

4.5 Implikasjoner

TF-CBT implementeres nå i mange land, ettersom internasjonale retningslinjer anbefaler TF-CBT for behandling av barn og unge som strever med PTSS (NICE, 2018; ISTSS, 2018). Dette gjelder også i Norge, hvor Helsedirektoratets mål er å utvide TF-CBT-tilbudet til å være tilgjengelig på alle landets BUP-er (NKVTS, 2020). Dermed er det viktig å fremskaffe kunnskap som kan bidra til å øke treffsikkerheten av behandlingsmodellen. Studien vår er en av få som har undersøkt hvorvidt de kognitive prosessene overgeneralisering og akkomodasjon henger sammen med reduksjon i PTSS hos ungdom som mottar TF-CBT. Det er heller ikke mange studier som har kartlagt innholdet i dysfunksjonelle tanker til traumatisert ungdom gjennom kvalitativ analyse.

I bearbeidingsfasen av TF-CBT, der det blant annet arbeides med kognitiv prosessering, fant vi at gjennomsnittsnivået av dysfunksjonelle tanker var relativt lavt. Jensen et al. (2014) fant at forekomst av dysfunksjonelle tanker var redusert allerede midt i terapien, før man begynner med et spesifikt fokus på kognitiv prosessering. Dette kan bety at tanker som er lettere å endre, endres i starten av terapien. Tanker som ungdommene fortsatt har når de kommer til timene med kognitiv prosessering kan kanskje være mer fastlåst. Vårt funn som viste at overgeneralisering på dette tidspunktet i terapien hang sammen med PTSS ved behandlingsslutt, kan implisere at det er viktig å bruke tid på de mest fastlåste tankene. Dersom tankene er vanskeligere å endre, kan det hende at dette arbeidet må gjøres på en mer sensitiv og tilpasset måte.

Vår analyse viste at tillit og skyld var de vanligste temaene i tankene som ungdommene strevde med i bearbeidingsfasen. Implikasjoner av dette er at terapeutene kan være ekstra oppmerksomme på om ungdommen har dysfunksjonelle tanker om tillit, eller strever med feilaktige eller uproporsjonale tanker om egen skyld. Tanker om skyld kan hindre

ungdommene i å bearbeide traumet, fordi de er opptatt av hvordan de kunne ha handlet annerledes fremfor å akseptere at hendelsen var utenfor deres kontroll. Dette betyr at det kan være viktig å undersøke om ungdommen føler skyld, og hvis dette er tilfelle; utforske ulike aspekter som kan ha bidratt til skyldfølelsen. Terapeuten kan utforske om ungdommen har lett for å unnskyldte den som forårsaket hendelsen, og dermed legge ansvaret på seg selv. Terapeuten kan også utforske om ungdommens tenkning er preget av etterpåklokskap, eller om vedkommende hadde intervensjonstanker under hendelsen. Det kan hende at psykoedukasjon om vanlige måter å reagere under en traumatiserende hendelse, eller vanlige måter å tenke på i etterkant, kan validere viktige aspekter ved ungdommens opplevelse, og kanskje redusere skyldfølelsen.

I arbeidet med å redusere skyld kan det også være fordelaktig som terapeut å være bevisst over at skyld-tanken kan ha en funksjon hos ungdommen. Selv om tanken *“Det var min feil at jeg ble voldtatt, fordi jeg var full”* ikke er hjelpsom, inneholder den likevel en strategi: *“Jeg kan avverge en voldtekt ved å drikke mindre”*. Tanken kan i dette eksempelet fungere som en måte å beskytte seg selv mot fremtidig fare. Samtidig er den lite hjelpsom, da den kan være til hinder for en adaptiv prosessering av den traumatiserende hendelsen. Det kan likevel hende at tankens funksjon, som handler om å gjenvinne sammenheng og kontroll, først må valideres og utforskes før tenkemåten kan snu og bli mer adaptiv. For TF-CBT betyr dette for eksempel at terapeuten kan anerkjenne fordelene med å unngå et høyt alkoholkonsum, som handler om å kunne senke risikoen for å oppleve overgrep eller bli utsatt for fysisk vold. Samtidig bør terapeuten ha et fokus på selve spørsmålet om skyld, og hjelpe ungdommen til å se at dette tilhører gjerningspersonen(e). Dette kan være krevende å navigere i, og terapeuten trenger kanskje å være ekstra oppmerksom på å skille mellom risiko og skyld. En strategi for å få til dette kan være at terapeuten fokuserer på forskjellen mellom å angre, og å være ansvarlig for hendelsen. Terapeuten kan for eksempel spørre ungdommen hvordan det ville vært å bli matforgiftet etter å ha spist på restaurant: *“Du ville sikkert angret på at du gikk på den restauranten, men var det din skyld at du ble matforgiftet?”* Hverdagslige eksempler som dette kan tydeliggjøre hvordan man noen ganger kan angre på valg man har tatt, uten å selv ha skyld i hendelsen. Dette kan kanskje hjelpe ungdommen med å finne en ny måte å tenke om sin egen traumatiske opplevelse: *“Det var ikke min feil at jeg ble voldtatt. Jeg angrer likevel på at jeg drakk så mye. Jeg vil ikke lenger ha så høy promille på fest”*. Denne tanken vil kunne gjøre det lettere for ungdommen å prosessere hendelsen, samtidig som den opprettholder et element av kontroll.

Tillit var også et vanskelig tema for mange av ungdommene. Ungdommene har kanskje ikke bare opplevd et tillitsbrudd som har generalisert seg til andre relasjoner, men ofte også manglende fortolkningsstøtte i etterkant av hendelsen(e). Implikasjoner av dette er at det i terapi kan være nødvendig å gi fortolkningsstøtte for å hjelpe ungdommen med å både prosessere hendelsen og med å oppleve mer tillit til andre. Videre kan også selve relasjonen til terapeuten representere en betydningsfull korrigerende erfaring. For terapeuten betyr dette at det kan være viktig å adressere tillit i terapirelasjonen, og også følge med på hvordan alliansen med ungdommen er. En implikasjon av dette er at terapeuten kan følge med på hvordan det er å være til stede i terapirrommet, og i samtalen. Terapeuten kan gjerne spørre direkte *“Hvordan synes du det er å snakke med meg?”* Det kan være tillitsskapende å fange opp opplevelser som ungdommen synes er vanskelig, og validere dette. Et annet aspekt å følge med på er hvordan det oppleves å arbeide på den måten det arbeides på. Eksponering i form av å utbrodere et traumenarrativ kan være svært krevende. Da kan det hende det er ekstra betydningsfullt at ungdommen har kontroll på den måten at de opplever arbeidet som et valg de er med på å ta. God informasjon underveis kan være av stor betydning. Terapeuten kan for eksempel si *“Dette er planen vår for i dag. Synes du det høres greit ut?”* På den måten kan ungdommens ambivalens fanges opp og tematiseres, og gjort med respekt for ungdommens autonomi kan dette virke tillitsskapende.

Utsagn som handler om skyldfølelse og tillit var de vanligste dysfunksjonelle tankene vi fant i studien vår. Tankene er antatt å være et resultat av den kognitive prosessen overgeneralisering. Studien vår viste at gjennomsnittsnivå av overgeneralisering hang sammen med PTSS ved behandlingsslutt. Dette kan dermed tyde på at overgeneralisering over tid er assosiert med dårligere behandlingsutfall. Sammenhengen mellom overgeneralisering og PTSS betyr at det er viktig å redusere overgeneraliserte tanker for å skape nedgang i PTSS. Funnene våre indikerer for det første hvor viktig det er at terapeuten følger med på om tankene endrer seg i løpet av terapien. For det andre kan studien indikere at tanker som er overgeneraliserte når man kommer til timene med kognitiv prosessering kan være mer fastlåste. Dette kan bety at endring krever mer arbeid, og at tempoet kanskje må senkes. Dersom tankene fortsatt viser seg vanskelig å endre kan det hende at ungdommen har behov for en annen terapiform, eller flere opplevelser av korrigerende erfaringer utenfor terapirrommet.

Funnene i studien kan også ha implikasjoner for videre forskning. Vi fant ingen sammenheng

mellom akkomodasjon og PTSS. König et al. (2019) fant imidlertid denne sammenhengen hos ungdom som fikk kognitiv prosesseringsterapi. Det kan derfor hende at det eksisterer en sammenheng. Både vi og Ready et al. (2015) studerte overgeneralisering og akkomodasjon som generelle prosesser. Det vil si at vi har målt overgeneralisering og akkomodasjon hver for seg, og ikke om de samme tankene faktisk har endret seg. Det er mulig at akkomodasjon må være knyttet til den samme tanken som overgeneraliseringen var for å ha effekt på PTSS. En mulig retning for videre forskning er å studere overgeneralisering og akkomodasjon knyttet til de samme tankene.

Et interessant spørsmål er hvorvidt ulike dysfunksjonelle tanker kan knyttes til spesifikke traumatiske erfaringer. Botsford et al. (2018) fant at det å bli utsatt for fysisk vold hang sammen med et signifikant høyere antall dysfunksjonelle tanker om tillit, sammenlignet med andre temaer. I vår studie har vi ikke undersøkt om ulike dysfunksjonelle tanker henger sammen med ulike traumatiserende hendelser. Det er få som har undersøkt sammenhengen mellom ulike traumer og ulike tanker hos barn og unge. Det er også manglende kunnskap om hvilke tanker som er høyest korrelert med PTSS for denne gruppen. Mer forskning på dette feltet kan bidra til å øke effekten av TF-CBT hos barn og unge.

5 Konklusjon

Målet med studien var å få kunnskap om dysfunksjonelle tanker hos traumatisert ungdom som mottar TF-CBT, samt forstå mer om hva som henger sammen med endring i denne behandlingsformen. Denne studien er en av få som har undersøkt hvilke plagsomme tanker som er vanlige hos ungdommer som får TF-CBT. Vi fant at de vanligste dysfunksjonelle tankene handlet om tillit og skyld. Studien indikerer videre at overgeneralisering over tid er assosiert med dårligere behandlingsutfall for ungdommer som får TF-CBT. Vi foreslår at noen dysfunksjonelle tanker kan være vanskeligere å endre, at de kanskje krever et ekstra fokus og at det kan være viktig at terapeuter følger med på om disse tankene endres i løpet av terapien. I vår studie fant vi ikke en signifikant sammenheng mellom akkomodasjon og PTSS. Dette kan skyldes metodiske begrensninger i vår studie, eller at akkomodasjon ikke er avgjørende for å skape endring i PTSS. Det er få studier som har undersøkt hvilke kognitive prosesser som er involvert i reduksjon av PTSS hos barn og unge som får traumefokusert terapi. Spørsmål som fortsatt må besvares er hvorvidt økt akkomodasjon kan bidra til reduksjon i PTSS. Videre kan det være viktig å få mer kunnskap om hvilke dysfunksjonelle tanker som er høyest korrelert med PTSS, og hvilke komponenter og intervensjoner i TF-CBT som kan redusere overgeneralisering.

Litteraturliste

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington D.C.: American Psychiatric Pub.
- de Arellano, M. A., Lyman, D. R., Jobe-Shields, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., ... Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents: Assessing the Evidence. *Psychiatric Services*, *65*(5), 591-602. doi:10.1176/appi.ps.201300255
- Berntsen, D. (2002). Tunnel memories for autobiographical events: Central details are remembered more frequently from shocking than from happy experiences. *Memory & Cognition*, *30*, 1010–1020. <https://doi.org/10.3758/BF03194319>
- Berntsen, D., Willert, M., & Rubin, D. C. (2003). Splintered memories or vivid landmarks? Qualities and organization of traumatic memories with and without PTSD. *Applied Cognitive Psychology*, *17*(6), 675–693. <https://doi.org/10.1002/acp.894>
- Botsford, J., Steinbrink, M., Rimane, E., Rosner, R., Steil, R. & Renneberg, B. (2018). Maladaptive Post-traumatic Cognitions in Interpersonally Traumatized Adolescents with Post-traumatic Stress Disorder: An Analysis of “Stuck-Points”. *Cognitive Therapy and Research*, *43*, 284–294. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9928-3>
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, *103*(4), 670– 686. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.103.4.670>
- Bryant, R. A., Salmon, K., Sinclair, E., & Davidson, P. (2007). A prospective study of appraisals in childhood posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(11), 2502-2507. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.04.009>
- Burke, A., Heuer, F., & Reisberg, D. (1992). Remembering emotional events. *Memory & Cognition*, *20*(3), 277–290. <https://doi.org/10.3758/BF03199665>

- Christianson, S.-Å., Loftus, E. F., Hoffman, H., & Loftus, G. R. (1991). Eye fixations and memory for emotional events. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, *17*(4), 693–701. <https://doi.org/10.1037/0278-7393.17.4.693>
- Clark, E. (2014). Cognitive restructuring. I S. G. Hofmann (Red.), *The Wiley Handbook of Cognitive Behavioral Therapy* (s. 1-22). Chichester, UK: Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118528563.wbcbt02>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Deblinger, E. (2018). *Behandling av traumer og traumatisk sorg hos barn og ungdom*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A. & Costella, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, *64*, 577–584. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.577>
- Cox, K. S., Resnick, H. S., & Kilpatrick, D. G. (2014). Prevalence and correlates of posttrauma distorted beliefs: Evaluating DSM-5 PTSD expanded cognitive symptoms in a national sample. *Journal of Traumatic Stress*, *27*(3), 299-306. <https://doi.org/10.1002/jts.21925>
- Dalgleish, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: The evolution of multirepresentational theorizing. *Psychological Bulletin*, *130*, 228–260, <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.2.228>
- Diehle, J., Schmitt, K., Daams, J. G., Boer, F., Lindauer, R. (2014). Effects of Psychotherapy on Trauma-Related Cognitions in Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. *Journal of Traumatic Stress*. *27*(3). 257-264. <https://doi.org/10.1002/jts.21924>
- Dobson, D., & Dobson, K. S. (2009). *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Dondanville, K. A., Blankenship, A. E., Molino, A., Resick, P. A., Wachen, J. S., Mintz, J., ... Peterson, A. L. (2016). Qualitative examination of cognitive change during PTSD treatment for active duty service members. *Behaviour Research and Therapy*. *79*, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.01.003>

- Dyb, G., Jensen, T. K. & Nygaard, E. (2010). Children's and Parents' Posttraumatic Stress Reactions after the 2004 Tsunami. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4), 621-634. <https://doi.org/10.1177/1359104510391048>
- Dyb, G., Rodriguez, N., Brymer, M. J., Saltzman, W. R., Steinberg, A. M., & Pynoos, R. S. (2008). Emotional reactions, peritraumatic dissociation, and posttraumatic stress reactions in adolescents. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 1(1), 63-74. <https://doi.org/10.1080/19361520801934423>
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Ehlers, A., Mayou, R., & Bryant, B. (2003). Cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in children: Results of a prospective longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 41(1), 1-10. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00126-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00126-7)
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K. & Turner, H. A. (2009). Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect*, 33(7), 403–411. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.09.012>
- Foa, E. B., Huppert, J. D., & Cahill, S. P. (2006). Emotional Processing Theory: An Update. In B. O. Rothbaum (Red.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (s. 3–24). New York, NY: The Guilford Press.
- Ford, J. D. (2009). Neurobiological and developmental research: Clinical implications. In C. A. Courtois & J. D. Ford (red.), *Treating complex traumatic stress disorders: an evidence-based guide* (s. 31–58). New York, NY: The Guilford Press.
- Gerson, R., & Rappaport, N. (2013). Traumatic stress and posttraumatic stress disorder in youth: Recent research findings on clinical impact, assessment, and treatment. *Journal of Adolescent Health*, 52(2), 137-143. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.06.018>
- Goldbeck, L., Muche, R., Sachser, C., Tutus, D., Rosner, R. (2016). Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents: A Randomized

Controlled Trial in Eight German Mental Health Clinics. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(3), 159-170. doi:10.1159/000442824

de Haan, A., Ganser, H. G., Münzer, A., Witt, A., & Goldbeck, L. (2017). Dysfunctional maltreatment-related cognitions in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0168-1>

de Haan, A., Tutus, D., Goldbeck, L., Rosner, R., Landolt, M. A (2019). Do dysfunctional posttraumatic cognitions play a mediating role in trauma adjustment? Findings from interpersonal and accidental trauma samples of children and adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1596508. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1596508>

Hafstad, G. S., & Augusti, E. M. (Red.) (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (Rapport 4/2019).

Hayes, A. M., Feldman, G. C., & Goldfried, M. R. (2007). The Change and Growth Experiences Scale: A Measure of Insight and Emotional Processing. I L. G. Castonguay & C. Hill (Red.), *Insight in psychotherapy* (s. 231–253). Washington, DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11532-011>

Hiller, R. M., Meiser-Stedman, R., Fearon, P., Lobo, S., McKinnon, A., Fraser, A., & Halligan, S. L. (2016). Research Review: Changes in the prevalence and symptom severity of child post-traumatic stress disorder in the year following trauma - a meta-analytic study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 57(8), 884-98. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12566>

Holland, P. W., & Rubin, D. B. (1983). On Lord's paradox. I H. Wainer & S. Messick (Red.), *Principles of Modern Psychological Measurement* (s. 3-25). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum

Holliday, R., Holder, N., & Surís, A. (2018). Reductions in self-blame cognitions predict PTSD improvements with cognitive processing therapy for military sexual trauma-related PTSD. *Psychiatry Research*, 263, 181-184. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.03.007>

- Holt, T. (2014). *Parental emotional reactions and their role in therapy for traumatized children and adolescents: A Norwegian treatment study with traumatized children and adolescents* (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo.
- Humphreys, K. L., Sauder, C. L., Martin, E. K., & Marx, B. P. (2010). Tonic immobility in childhood sexual abuse survivors and its relationship to posttraumatic stress symptomatology. *Journal of interpersonal violence, 25*(2), 358-373.
<https://doi.org/10.1177/0886260509334412>
- ISTSS, (2018). Posttraumatic stress disorder prevention and treatment guidelines. Hentet fra:
https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_PreventionTreatmentGuidelines_FNL.pdf.aspx
- Iverson, K. M., King, M. W., Cunningham, K. C., Resick, P. A., (2015). 'Rape survivors' trauma-related beliefs before and after cognitive processing therapy: associations with PTSD and depression symptoms. *Behavior Research and Therapy, 66*, 49-55.
 doi:10.1016/j.brat.2015.01.002
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma*. New York, NY: Free Press
- Jensen, T., Cohen, J., Jaycox, L. & Rosner, R. (I trykk). Treatment of PTSD and Complex PTSD. I D. Forbes, J. I. Bisson, C. M. Monson & L. Berliner (Red.), *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (3. utgave, 385-413). New York, NY: Guilford Press
- Jensen, T. K., Holt, T. & Ormhaug, S. M. (2017). A Follow-Up Study from a Multisite, Randomized Controlled Trial for Traumatized Children Receiving TF- CBT. *Journal of Abnormal Child Psychology, 45*(8), 1587-1597. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0270-0>
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., ... Wentzel-Larsen, T. (2014). A Randomized Effectiveness Study Comparing Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy With Therapy as Usual for Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 43*(3), 356-369.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2013.822307>

- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Fjermestad, K. W. & Wentzel-Larsen, T. (2018). Change in post-traumatic cognitions mediates treatment effects for traumatized youth - A randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology*, *65*(2), 166-177. <https://doi.org/10.1037/cou0000258>
- Kihlstrom, J. F. (2006). Trauma and memory revisited. I B. Uttl, N. Ohta, & A. L. Siegenthaler (Red.), *Memory and emotion: Interdisciplinary perspectives* (s. 259–291). Oxford, UK: Blackwell Publishing. <https://doi.org/10.1002/9780470756232.ch12>
- Kletter, H., Weems, C. F., & Carrion, V. G. (2009). Guilt and posttraumatic stress symptoms in child victims of interpersonal violence. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *14*(1), 71-83. <https://doi.org/10.1177/1359104508100137>
- Knutsen, M. L., Czajkowski, N. & Ormhaug, S. M. (2018). Changes in Posttraumatic Stress Symptoms, Cognitions, and Depression during Treatment of Traumatized Youth. *Behaviour research and therapy*, *111*, 19-126. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.10.010>
- Knutsen, M. L., Sachser, C., Holt, T., & Goldbeck, L. & Jensen, T. K. (2019). Trajectories and Possible Predictors of Treatment Outcome for Youth Receiving Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Psychological Trauma*. <https://doi.org/10.1037/tra0000482>
- König, J., Kopp, B., Ziegelmeier, A., Rimane, E., Steil, R., Renneberg, B., & Rosner, R. (2019). Young people's trauma-related cognitions before and after cognitive processing therapy for post-traumatic stress disorder. *Psychology and Psychotherapy Theory Research and Practice*. <https://doi.org/10.1111/papt.12263>
- Laddis, A. (2019) The disorder-specific psychological impairment in complex PTSD: A flawed working model for restoration of trust. *Journal of Trauma & Dissociation*, *20*, 79-99. <https://doi.org/10.1080/15299732.2018.1451804>
- Langley, A. K., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Jaycox, L. H., Schonlau, M., Scott, M., ... Gegenheimer, K. L. (2013). Trauma Exposure and Mental Health Problems among

School Children 15 Months Post-Hurricane Katrina. *Journal of Child & Adolescent Trauma*. 6(3). 143-156. <https://doi.org/10.1080/19361521.2013.812171>

Lavi, T., Green, O. & Dekel, R. (2013) The contribution of personal and exposure characteristics to the adjustment of adolescents following war. *Journal of Adolescence*. 36(1). 21-30. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.09.003>

Lee, D. A., Scragg, P., & Turner, S. (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *British journal of medical psychology*, 74(4), 451-466. <https://doi.org/10.1348/000711201161109>

Meiser-Stedman, R., Dalgleish, T., Glucksman, E., Yule, W., & Smith, P. (2009a). Maladaptive Cognitive Appraisals Mediate the Evolution of Posttraumatic Stress Reactions: A 6-Month Follow-Up of Child and Adolescent Assault and Motor Vehicle Accident Survivors. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(4), 778-787. <https://doi.org/10.1037/a0016945>

Meiser-Stedman, R., Dalgleish, T., Smith, P., Yule, W., & Glucksman, E. (2007). Diagnostic, demographic, memory quality, and cognitive variables associated with acute stress disorder in children and adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 65-79. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.1.65>

Meiser-Stedman, R., Mckinnon, A., Dixon, C., Boyle, A., Smith, P., Dalgleish, T. (2019). A core role for cognitive processes in the acute onset and maintenance of post-traumatic stress in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(8), 875-884. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13054>

Meiser-Stedman, R., Smith, P., Bryant, R., Salmon, K., Yule, W., Dalgleish, T., Nixon, R. D. (2009b). Development and validation of the Child Post-Traumatic Cognitions Inventory (CPTCI). *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 50(4), 432-440. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01995.x>

Meiser-Stedman, R., Smith, P., McKinnon, A., Dixon, C., Trickey, D., Ehlers, A., . . . Goodyer, I. (2017). Cognitive therapy as an early treatment for post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a randomized controlled trial addressing

- preliminary efficacy and mechanisms of action. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(5), 623-633. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12673>
- Merckelbach, H., Dekkers, T., Wessel, I., & Roefs, A. (2003a). Amnesia, flashbacks, nightmares, and dissociation in aging concentration camp survivors. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 351–360. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00019-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00019-0)
- Merckelbach, H., Dekkers, T., Wessel, I., & Roefs, A. (2003b). Dissociative symptoms and amnesia in Dutch concentration camp survivors. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 65–69. <https://doi.org/10.1053/comp.2003.50011>
- Möller, A., Søndergaard, H. P., & Helström, L. (2017). Tonic immobility during sexual assault—a common reaction predicting post-traumatic stress disorder and severe depression. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 96(8), 932-938. <https://doi.org/10.1111/aogs.13174>
- National Institute for Clinical Excellence (2018). *Post-traumatic stress disorder (update): Guideline consultation*. London: NICE
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (2016). Kartlegging av traumer og posttraumatisk stress hos barn og unge: Veiledning til gjennomføring av KATE og CATS. Hentet fra <https://www.nkvts.no/content/uploads/2020/02/Veiledning-til-gjennomforing-av-KATE-og-CATS-Barn-6-18-ar.pdf>
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2020, 4. april). Implementering av TF-CBT: Prosjektperioden 2018-2021. Hentet fra <https://www.nkvts.no/tf-cbt/om-implementering-av-tf-cbt/prosjektperioden-2018-2021/>
- Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 51(7), 530-536. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2014/07/regulering-som-nokkelbegrep-og-toleransevinduet-som-modell-i-en-ny>
- Nygaard, E., Jensen, T. K., & Dyb, G. (2010). Posttraumatic Stress Reactions in Siblings After Mutual Disaster: Relevance of Family Factors. *Journal of Traumatic Stress*, 23(2), 278-281. <https://doi.org/10.1002/jts.20511>

- Ormhaug, S. M. (2016). *The Therapeutic Alliance in the Treatment of Traumatized Youths: Relationship to Outcome and Dropout Across Rater Perspectives and Therapeutic Interventions*. (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo. Hentet fra <https://pdfs.semanticscholar.org/a9fb/bd91221bd14505d1df1106c986a2f3d748a7.pdf>
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Wentzel-Larsen, T. & Shirk, S. R. (2014). The therapeutic alliance in treatment of traumatized youths: Relation to outcome in a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(1), 52-64. <https://doi.org/10.1037/a0033884>
- Pearl, J. (2016). Lord's paradox revisited – (oh Lord! Kumbaya!). *Journal of Causal Inference*, 4(2). <https://doi.org/10.1515/jci-2016-0021>
- Porter, S., & Birt, A. R. (2001). Is traumatic memory special? A comparison of traumatic memory characteristics with memory for other emotional life experiences. *Applied Cognitive Psychology*, 15(7), 101–118. doi:10.1002/acp.766
- Porter, S., & Peace, K. A. (2007). The scars of memory: A prospective, longitudinal investigation of the consistency of traumatic and positive emotional memories in adulthood. *Psychological Science*, 18(5), 435– 441. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01918.x>
- Pynoos, R. S., & Nader, K. (1989). Children's memory and proximity to violence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 28(2), 236–241. <https://doi.org/10.1097/00004583-198903000-00015>
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., & Piacentini, J. C. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46(11), 1542-1554. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(99\)00262-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(99)00262-0)
- Ready, C. B., Hayes, A. M., Yasinski, C. W., Webb, C., Gallop, R., Deblinger, E., Laurenceau, J-P. (2015). Overgeneralized Beliefs, Accommodation, and Treatment Outcome in Youth Receiving Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Childhood Trauma. *Behavior Therapy*, 46(5), 671-688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.03.004>

- Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2014). *Cognitive processing therapy: Veteran/military version: Therapist and patient materials manual*. Washington, DC: Department of Veterans Affairs. Hentet fra http://www.div12.org/wp-content/uploads/2015/07/CPT-Materials-Manual.pdf?fbclid=IwAR1oiuGLGBMDy47o0bW2qK8TSIT_AbHE7kYHNIwPcO740QyuHe3ptz34E9U
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(5), 748–756. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.5.748>.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual (Vol. 4). *Newbury Park: Sage Publications*.
- Rousseau, D. M., Sitkin, S. B., Burt, R. S., & Camerer, C. (1998). Not so different after all: A cross-discipline view of trust. *Academy of management review, 23*(3), 393-404. <https://doi.org/10.5465/amr.1998.926617>
- Rubin, D. C., Berntsen, D., & Bohni, M. K. (2008). A memory-based model of posttraumatic stress disorder: Evaluating basic assumptions underlying the PTSD diagnosis. *Psychol Rev, 115*(4), 985-1011. doi:10.1037/a0013397
- Rubin, D. C., Feldman, M. E., & Beckham, J. C. (2003). Reliving, emotions, and fragmentation in the autobiographical memories of veterans diagnosed with PTSD. *Applied Cognitive Psychology, 18*, 17–35. <https://doi.org/10.1002/acp.950>
- Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T. K., Jungbluth, N., Risch, E., ... Goldbeck, L. (2017). International development and psychometric properties of the child and adolescent trauma screen (CATS). *Journal of affective disorders, 210*, 189-195. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.040>
- Schumm, J. A., Dickstein, B. D., Walter, K. H., Owens, G. P., & Chard, K. M. (2015). Changes in posttraumatic cognitions predict changes in posttraumatic stress disorder symptoms during cognitive processing therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(6), 1161-1166. <https://doi.org/10.1037/ccp0000040>

- Smith, P., Yule, W., Perrin, S., Tranah, T., Dalgleish, T., & Clark, D. M. (2007). Cognitive-behavioral therapy for PTSD in children and adolescents: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(8), 1051–1061. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318067e288>
- Sobel, A. A., Resick, P. A., & Rabalais, A. E. (2009). The effect of cognitive processing therapy on cognitions: Impact statement coding. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 22(3), 205-211. <https://doi.org/10.1002/jts.20408>
- Spell, A. W., Kelley, M. L., Wang, J., Self-Brown, S., Davidson, K. L., Pellegrin, A., ... Baumeister, A. (2008). The moderating effects of maternal psychopathology on children's adjustment post-Hurricane Katrina. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(3), 553-563. <https://doi.org/10.1080/15374410802148210>
- Stallard, P., & Smith, E. (2007). Appraisals and cognitive coping styles associated with chronic posttraumatic symptoms in child road traffic accident survivors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(2), 194-201. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01692.x>
- Stien, P. T. & Kendall, J. (2004). *Psychological trauma and the developing brain*. New York, NY: Routledge.
- Su, Y.-J., & Chen, S.-H. (2008). The posttraumatic cognitions inventory-Chinese revised: Validation and refinement with a traumatized college sample in Taiwan. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(7), 1110-1119.
- Trickey, D., Siddaway, A. P., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A metaanalysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 32(2), 122-138. [doi:10.1016/j.cpr.2011.12.001](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.12.001)
- Wessel, I., & Merkelbach, H. (1994). Characteristics of traumatic memories in normal subjects. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 22(4), 315–324. <https://doi.org/10.1017/S1352465800013199>

Øktedalen, T., Hoffart, A., & Langkaas, T. F. (2015). Trauma-related shame and guilt as time-varying predictors of posttraumatic stress disorder symptoms during imagery exposure and imagery rescripting—A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research, 25*(5), 518-532. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.917217>

Aakvaag, H. F., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., Røysamb, E., & Dyb, G. (2014). Shame and guilt in the aftermath of terror: the Utøya Island study. *Journal of Traumatic Stress, 27*(5), 618-621. <https://doi.org/10.1002/jts.21957>

Vedlegg / Appendiks

Vedlegg 1:

Nasjonalt kunnskapssenter
om vold og traumatisk stress

KATE-B: Kartlegging av traumeerfaringer – Barn

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

	JA	NEI	PASS
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			

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

Vedlegg 2:

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

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

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

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

Hvor ofte har du:

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

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

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

Skåre: _____

Tilbys TF-CBT? Ja Nei

Hvis nei, hvorfor? _____

Vedlegg 3:

Change and Growth Experiences Scale (CHANGE)

Client Variables



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

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

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

Client Coding Overview

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

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

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

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

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

Maladaptive

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

Adaptive

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

Important Coding Guidelines:

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

4) Use both **frequency and intensity to inform the intensity ratings**

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

Intensity: Content/meaningfulness of the content or process. A single instance that is very meaningful or profound and therapeutically relevant contributes to a higher rating.

5) General Guidelines for Intensity Rating:

- a. **LOW:** In general, LOW ratings are given when clients use descriptors such as “might, maybe, sometimes, could, a little, kind of, etc or describe something that occurred for a brief period of time (e.g., “for a minute I thought I might...”, “I got teary eyed for a second...”, “I kind of felt...”).
 - b. **MEDIUM:** When a client expresses certainty in a statement, is not wavering back and forth (“am feeling...” rather than “I might be feeling...”), or if something occurs for a moderate amount of time, this will generally be coded as MEDIUM.
 - c. **HIGH:** Statements that are elaborated on (e.g., really, a lot, all the time, very, incredibly, terribly, unbelievably), occur often throughout a client’s week, or are repeated frequently throughout a session are generally coded as HIGH.
- 6) Most categories are **global ratings** based on the entire session. Read each of the statements over the course of the session to inform an overall global rating.

7) Guidelines for Coding 3rd Person Perspective:

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

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

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

TIMING GUIDELINES

There are several time frames to consider when coding:

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

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

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

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

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

EXAMPLES OF TIME FRAME:

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

Coded As:

POSITIVE, MEDIUM Hope
POSITIVE, MEDIUM View of the Self

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

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

Coded As: NONE

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

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

Coded As:

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

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

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

Coded As:

NEGATIVE, HIGH Emotion
NEGATIVE, HIGH In-session Emotion

Why? The client not only felt these emotions at the time of the trauma, but she

also continues to experience these negative emotions and hopelessness, including over the past week and in the session. Therefore, negative emotions are rated overall and in the session.

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

Coded As:

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

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

THE CODING PROCESS

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

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

CONTENT OF THE SESSION

INSTRUCTIONS:

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

INTENSITY:

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

CONTENT AREAS AND VALENCE

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

1. VIEW OF THE SELF :

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

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

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

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

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

VIEW OF THE SELF EXAMPLES:

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

Coded as: (NEGATIVE, LOW)

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

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

Coded as: (NEGATIVE, LOW)

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

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

Coded As: NONE

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

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

Coded As: (NEGATIVE, HIGH)

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

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

Coded As: (POSITIVE, HIGH)

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

2. HOPE:

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

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

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

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

HOPE EXAMPLES:

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

Coded As: NONE

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

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

Coded As: (POSITIVE, MEDIUM)

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

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

Coded As: (POSITIVE, LOW)

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

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

Coded as: (NEGATIVE, LOW)

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

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

Coded As: (NEGATIVE, HIGH)

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

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

Coded as: (POSITIVE, MEDIUM)

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

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

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

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

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

Coded as: (NEGATIVE, HIGH)

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

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

Coded as: (POSITIVE, MEDIUM)

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

3. EMOTION:

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

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

General Guidelines for coding Emotion:

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

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

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

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

EMOTION EXAMPLES:

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

Coded As: (NEGATIVE, HIGH)

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

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

Coded as: (NEGATIVE, LOW)

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

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

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

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

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

Coded as: (POSITIVE, HIGH)

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

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

Coded as: (POSITIVE, MEDIUM)

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

This is a MEDIUM rating rather than LOW.

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

Coded as: (POSITIVE, LOW)

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

4. IN-SESSION EMOTION:

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

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

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

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

IN-SESSION EMOTION EXAMPLES:

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

Coded As: (NEGATIVE, ...)

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

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

Coded as: (NEGATIVE, HIGH)

Why? The client is showing extreme negative non-verbal behavior by yelling in a loud tone and crying. **Do not automatically rate crying as a HIGH** – take into account duration and intensity of tears (e.g., is she tearing up, sobbing uncontrollably? Each of these would warrant a different level of intensity).

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

therapist that he is calm.

Coded As: (NEGATIVE, HIGH)

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

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

Coded As: (POSITIVE, ...)

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

5. BEHAVIOR:

(NOTE: DO NOT RATE IN-SESSION BEHAVIOR)

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

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

General Guidelines for Behavior:

- Negative and positive behaviors are rated separately, but they OFTEN co-occur. It is possible to have a high level of both positive and negative behaviors in the past week.
- Code the behavior based on the client's report of the behavior, but take into account therapeutic context and the discussion between the client and therapist about the valence of the behavior. For example, if the client went out with a guy in school (after avoiding men for years) and said that the date was terrible but she was glad she did it, this would be a positive behavior. This behavior is consistent with the goals of therapy.
- Not doing homework or therapeutic tasks can count as negative behaviors,

and doing the assignments can count as positive behaviors.

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

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

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

BEHAVIOR EXAMPLES:

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

Coded as: (POSITIVE, LOW)

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

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

Coded as: (POSITIVE, HIGH)

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

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

Coded As: (NEGATIVE, HIGH)

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

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

Coded as: (NEGATIVE, HIGH)

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

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

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

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

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

Coded as: (NEGATIVE, HIGH)

Why? A suicide attempt is clearly a negative behavior.

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

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

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

PROCESSES

INSTRUCTIONS:

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

INTENSITY:

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

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

Maladaptive

Avoidance
Unproductive Processing
Overgeneralization

Adaptive

Cognitive-Emotional Processing
Accommodation
Decentering

AVOIDANCE

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

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

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

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

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

UNPRODUCTIVE PROCESSING (RUMINATION, WORRY, VENTING)

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

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

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

OVERGENERALIZATION

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

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

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

SAFETY

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

TRUST

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

POWER/CONTROL

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

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

ESTEEM

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

VIEW OF OTHERS AND ALIENATION

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

B) **Words such as “sometimes,” “moderately,” and “sort of” suggest limitations** or add nuance to a belief, suggesting that the thought is **NOT** overgeneralized. This is not always the case, however, as some statements may be so extreme (e.g., “I sometimes think of all the bad things in my life and that I am doomed.”) that the statement may still be overgeneralized, even with moderating language like ‘sometimes’

C) **Extreme words such as “always,” “never,” “most” “rarely” and “everyone/anyone/no one”** often suggest an extreme or global nature to the belief and are often indicators that the thought may be overgeneralization. Example: “I never feel safe” “I always have my guard up and can’t trust people”

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

	<ul style="list-style-type: none"> • Strong evidence of overly global thoughts and/or repetitive occurrence of a particular overgeneralized thought or theme <p>EXAMPLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “What my aunt did to me left a scar on my heart that will never heal” • “You can’t trust anybody” • “Men are no good”
--	--

COGNITIVE/EMOTIONAL PROCESSING

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

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

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

ACCOMMODATION

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

- Includes **beliefs or thoughts about oneself, others, or the world**.
- **Accommodated thoughts can be both positively and negatively valenced**
 - Just because a statement is positive does not make it accommodation. Accommodation must include a healthy, balanced view of the situation. It should reflect that the individual processed information to arrive at a balanced conclusion.
 - Accommodation can also be negatively valenced. For instance, a person may have an unrealistically positive belief that becomes more realistic when new information from a traumatic event is incorporated. It is important that the new belief is realistic and not exaggerated.
 - Example: After being sexually abused, child comes to realize that not all adults are trustworthy.
- **Words such as “sometimes,” “moderately,” and “sort of” suggest limitations** or more nuanced beliefs, which might suggest an accommodated belief. Example:
 - “Some people are dangerous, but not everyone.”
 - This is not always the case, however, as some statements may include moderators but not be balanced and healthy (e.g., “I sometimes want to kill myself” or “Sometimes I feel like it is all my fault.”)
- **Extreme words, such as “always” or “never” suggest there are no limitations**, which more often indicate overgeneralization

- **Words such as “most”, “often”, “rarely” and “a little”** can suggest balanced, accommodated thoughts **if positively valenced**.
 - Example: “I am usually able to trust others”
- **Accommodation can co-occur with other coding categories.**

Example:

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

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

DECENTERING (METACOGNITIVE AWARENESS)

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

<p>0 = N/A NONE OR LITTLE EVIDENCE</p>	<p>N/A or no distance from internal experiences. Person identifies with thoughts and feelings, takes thoughts/feelings as reality; no evidence that individual is differentiating himself and his thoughts/feelings</p> <p>EXAMPLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “He [boy from school] called me names. I told him to stop, but he wouldn’t, and then I felt like I was going to blow. I punched him and punched him.” (This person experienced strong emotions and was overtaken by them) • Therapist: “What makes you think that you caused the sexual abuse?” “I feel bad and guilty that I didn’t do anything to stop it” “Because it made me feel good” <p>(Here, the client is caught up in her feelings--bad/guilty in the first example and experiencing pleasure during the abuse in the second example— and she is unable to separate herself from these feelings. Because she has these feelings, she thinks it must have been her fault.)</p>
<p>1 = LOW</p>	<p>Some evidence that the person can identify thoughts, feelings and the connection between them or that the person has a sense that these thoughts/feelings are not necessarily realistic</p> <p>EXAMPLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “My brain tells me it’s not my fault, but my heart tells me otherwise.” • “I realize I have become so used to pain that when things are going well, I sabotage my life.”
<p>2 = MEDIUM</p>	<p>Clear evidence that the person both identifies the connection between thoughts/feelings AND has clear sense that these thoughts are not necessarily realistic</p> <p>EXAMPLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “My guilt does not mean it was my fault. The feeling of shame does not mean I did something wrong.” • “I keep looking back to that day and asking myself, what did I do wrong? That is where the anger comes in, and it makes me scared of what I may do to someone out of fear. So that stops me from interacting with people.”
<p>3 = HIGH</p>	<p>Strong, clear evidence that person is able to distance self from thoughts/feelings. This includes ability to identify thoughts/feelings as just thoughts/feelings, accept thoughts/feelings, integrate thoughts/feelings with information from the situation and accept (and not avoid) these thoughts and feelings.</p>

High Decentering is often manifested as the person actively approaching distressing thoughts and feelings. The person can identify what they are thinking and feeling, recognize that this does not necessarily represent reality, and reason through these thoughts and feelings. The person expresses that he is able to notice and sit with thoughts and feelings without immediately or automatically reacting or trying to reduce them

EXAMPLES:

- “I felt myself getting really, really angry, but instead of throwing a punch, I took a deep breath and got a grip. I told him [boy in neighborhood] to stop talking to me like that.”
- “I started feeling really upset and sad when I had to leave my mom’s house [at the end of the weekend visitation], but I remembered that I will feel sad sometimes. It’s normal. Instead of crying in my room when I got home, I went and played with my cousins.”
- “Now that I have been able to connect the past to behaviors and feelings, I am able to progress. I’m learning to let feelings pass. I think learning to experience my feelings is important for me so that I can cope with and release emotions. I want to be very aware of letting myself take time to let those feelings in so that I can process them.”

CODING SHEET: CLIENT VARIABLES

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

LIST OF EMOTION WORDS

List adopted from: www.psychpage.com/learning/library/assess/feelings.html

1. Pleasant Feelings

OPEN	HAPPY	ALIVE	GOOD
understanding	great	playful	calm
confident	gay	courageous	peaceful
reliable	joyous	energetic	at ease
easy	lucky	liberated	comfortable
amazed	fortunate	optimistic	pleased
free	delighted	provocative	encouraged
sympathetic	overjoyed	impulsive	clever
interested	gleeful	free	surprised
satisfied	thankful	frisky	content
receptive	important	animated	quiet
accepting	festive	spirited	certain
kind	ecstatic	thrilled	relaxed
	satisfied	wonderful	serene
	glad		free and easy
	cheerful		bright
	sunny		blessed
	merry		reassured
	elated		
	jubilant		

LOVE	INTERESTED	POSITIVE	STRONG
loving	concerned	eager	impulsive
considerate	affected	keen	free
affectionate	fascinated	earnest	sure
sensitive	intrigued	intent	certain
tender	absorbed	anxious	rebellious
devoted	inquisitive	inspired	unique
attracted	nosy	determined	dynamic
passionate	snoopy	excited	tenacious

admiration	engrossed	enthusiastic	hardy
warm	curious	bold	secure
touched		brave	
sympathy		daring	
close		challenged	
loved		optimistic	
comforted		re-enforced	
drawn toward		confident	
		hopeful	

Difficult/Unpleasant Feelings

ANGRY	DEPRESSED	CONFUSED	HELPLESS
irritated	lousy	upset	incapable
enraged	disappointed	doubtful	alone
hostile	discouraged	uncertain	paralyzed
insulting	ashamed	indecisive	fatigued
sore	powerless	perplexed	useless
annoyed	diminished	embarrassed	inferior
upset	guilty	hesitant	vulnerable
hateful	dissatisfied	shy	empty
unpleasant	miserable	stupefied	forced
offensive	detestable	disillusioned	hesitant
bitter	repugnant	unbelieving	despair
aggressive	despicable	skeptical	frustrated
resentful	disgusting	distrustful	distressed
inflamed	abominable	misgiving	woeful
provoked	terrible	lost	pathetic
incensed	in despair	unsure	tragic
infuriated	sulky	uneasy	in a stew
cross	bad	pessimistic	dominated
worked up	a sense of loss	tense	
Boiling		on-edge	

Fuming

uncomfortable

Indignant

INDIFFERENT

insensitive

dull

nonchalant

neutral

reserved

weary

bored

preoccupied

cold

disinterested

lifeless

AFRAID

fearful

terrified

suspicious

anxious

alarmed

panic

nervous

scared

worried

frightened

timid

shaky

restless

doubtful

threatened

cowardly

quaking

menaced

Wary

HURT

crushed

tormented

deprived

pained

tortured

dejected

rejected

injured

offended

afflicted

aching

victimized

heartbroken

agonized

appalled

humiliated

wronged

alienated

lonely

SAD

tearful

sorrowful

pained

grief

anguish

desolate

desperate

pessimistic

unhappy

lonely

grieved

mournful

dismayed