



Terapeutiske behandlingsmetoder til traumatiserede børn



Terapeutiske behandlingsmetoder til traumatiserede børn

Version: 1.0

Udgiver: Videnscenter for Psykotraumatologi, Institut for Psykologi, Syddansk Universitet.

Udgivelse: December, 2020

Trykkeri: Grafisk Center, Syddansk Universitet, Campusvej 55, 5230 Odense M

Forfattere:

Mette Alkærsig

Sille Schandorph Løkkegaard

Ask Elklit

© Videnscenter for Psykotraumatologi

Institut for Psykologi

Syddansk Universitet

Campusvej 55

5230 Odense M

ISBN: 978-87-94006-23-1

EAN: 5798000424098

Denne rapport kan frit citeres ved brug af nedenstående kildeangivelse:

Alkærsig, M., Løkkegaard, S.S., & Elklit, A. (2020). *Terapeutiske behandlingsmetoder til traumatiserede børn. Version 1.0*. Odense: Videnscenter for Psykotraumatologi, Institut for Psykologi, Syddansk Universitet. (s. 1-107)

Tak til ...

Stud.psych. Gunnar Valdemar Grunert, Peter Fischer Olesen og Jakob Hein Jenrich, der har hjulpet med at gennemføre og screene systematiske litteratursøgninger.

Stud.psych. Trine Banzon, der har bidraget til beskrivelserne af udvalgte behandlingsmetoder.

Alle de erfarne behandlere, i og uden for arbejdsgruppen, og foreninger med særlig viden og erfaring inden for de forskellige behandlingstilgange, der har læst og givet input, justeringer og nuanceringer til afsnittene om de udvalgte behandlingsmetoder.

Resumé

Formålet med indeværende rapport har været at kortlægge den eksisterende evidens for en række behandlingsmetoder til traumatiserede børn. Dette ud fra et identificeret behov i forskningsmæssige- og praktiske sammenhænge, hvor der er en mangel på viden om og belysning af tilgængelige evidensbaserede behandlingsmetoder, særligt blandt førskolebørn og yngre skolebørn.

I kølvandet af en national konference om *Traumefokuserede indsatser og behandling til børn*, som Videnscenter for Psykotraumatologi afholdt i 2020, nedsattes derfor en arbejdsgruppe for at imødekomme behovet for mere viden om traumefokuseret behandling til yngre børn i en dansk kontekst. Denne arbejdsgruppe bestod af behandlere, praktikere og forskere fra Videnscenteret. I arbejdsgruppen har vi kortlagt en række anvendte traumefokuserede behandlingsmetoder med henblik på at undersøge deres evidens og med henblik på at kvalificere disse behandlingsmetoder i en dansk kontekst. De kortlagte behandlingsmetoder inkluderer: Compassion Focused Therapy, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, legeterapi, narrativ eksponeringsterapi til traumatiserede børn og unge, sandplay, Somatic Experience®, Theraplay® og traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi.

Med henblik på at kortlægge evidensen af hver enkelt behandlingsmetode udførte vi, på tværs af seks databaser, otte systematiske litteratursøgninger. Vi søgte i de elektroniske databaser EMBASE, Eric, Medline, PILOTS, PsycINFO og PubMed. Søgningerne havde til formål at identificere empiriske studier foretaget blandt børn under 12 år med traumerelateret symptomatologi og vanskeligheder, som er publiceret på engelsk eller skandinaviske sprog i peer-reviewede tidsskrifter. Det var et kriterie, at studierne undersøgte behandlingernes effekt, at barnets traumehistorik er beskrevet, og at de i deres assessment anvendte standardiserede mål for traumesymptomer og traumerelaterede vanskeligheder.

På tværs af litteratursøgningerne og databaserne blev 7849 studier identificeret, hvoraf 46 opfyldte kriterierne for inklusion. Vi identificerede ni empiriske studier om Eye Movement Desensitization and Reprocessing, to om legeterapi, tre om narrativ eksponeringsterapi til

traumatiserede børn og unge og 32 om traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi. Søgningen identificerede ingen studier, der har undersøgt de resterende behandlingsmetoder. Dette betyder, at der for disse behandlingsmetoder på nuværende tidspunkt hverken foreligger evidens for eller imod deres effekt.

Karakteriserende for de behandlingsmetoder, hvor det var muligt at identificere empiriske studier, var varierende studiedesigns, relativt kulturelt homogene samples og få længerevarende opfølgingsmålinger (maksimalt 12 mdr.). Sammenfattende indikerer studierne, at hver af de fire behandlingsmetoder har en gavnlig effekt på deltagernes symptomer og vanskeligheder. På nuværende tidspunkt er traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi mest undersøgt, hvorfor evidensen for denne er mest solid. Hernæst følger evidensen for Eye Movement Desensitization and Reprocessing og sluttelig narrativ eksponeringsterapi til traumatiserede børn og unge, og legeterapi, hvor der foreligger præliminær evidens.

Som led på vejen mod at sikre, at traumatiserede børn og deres familier tilbydes den evidensbaserede behandling, der egner sig bedst til netop deres udfordringer, er der derfor fortsat et stort behov for flere undersøgelser af hver enkelt behandlingsmetodes effekt. Der er behov for studier med randomiserede kontrollerede designs, multiple opfølgingsmålinger og validerede, standardiserede mål for traumerelaterede symptomer og vanskeligheder. Dette gør sig gældende generelt for alle behandlingsmetoder, men særlig for de behandlingsmetoder, som anvendes i praksis, men som endnu ikke har forskningsmæssigt belæg for eller imod deres virkning til denne målgruppe (Compassion Focused Therapy, Sandplay, Somatic Experience®, Theraplay®) eller som har begrænset evidens for en gavnlig effekt (narrativ eksponeringsterapi til traumatiserede børn og unge samt legeterapi).

Forord

I januar 2012 afholdt Videnscenter for Psykotraumatologi (VfP) en stor international konsensuskonference på Syddansk Universitet om identificering af traumer hos småbørn. Formålet var at formidle ny viden fra forskning og klinisk praksis fra udlandet samt viden om nye redskaber til identificering af traumesymptomer hos helt små børn. Det videre arbejde med identificering af yngre traumatiserede børn i dansk regi fortsattes i en arbejdsgruppe, som blev nedsat efter konferencen. Som et led i dette arbejde blev de amerikanske praksisanbefalinger¹ til vurdering og behandling af børn og unge med posttraumatisk stress forstyrrelse (PTSD) oversat til dansk, og VfP påbegyndte arbejdet med at oversætte, tilpasse, udvikle og validere udvalgte assessmentredskaber til yngre børn (1-12 år) i en danske kontekst. VfP har siden da samarbejdet med fagfolk fra kommuner, de danske børnehuse, krisecentre og andre organisationer om at dokumentere, hvordan udviklingsensitive assessmentredskaber til yngre børn, der har oplevet traumer, virker. VfP arbejder i dag fortsat med at undersøge traumesymptomer blandt forskellige grupper af børn i Danmark og med at implementere assessmentredskaberne nationalt i praksis – alt sammen med det mål for øje, at sikre, at vi fagfolk så tidligt som muligt kan identificere traumatiserede børn, så de kan få den rette hjælp. Vi er glade for og stolte over, at det arbejde, der startede med konferencen for 8 år siden, har betydet, at mange børn, der har været udsat for voldsomme overgreb og traumatiske hændelser, i dag bliver mere sikkert vurderet, når man overvejer, hvilken hjælp de har brug for.

Et naturligt næste skridt i dette arbejde har for VfP været at udvide vores perspektiv, så vi nu også kan begynde at arbejde med, hvordan vi bedst muligt hjælper de traumatiserede børn, som vi nu er blevet bedre til at identificere tidlige. Derfor afholdt VfP i januar 2020 endnu en konference² med det formål at udbrede viden om, hvordan fagfolk kan arbejde traumefokuseret i det psykosociale arbejde og i det terapeutiske arbejde med yngre børn. Med inspirerende input fra ind- og udland, heriblandt professor Tine Jensen fra Norge og Jason Lang fra Connecticut, USA, ønskede vi at opsamle og bruge denne viden fra konferencen om traumefokuserede indsatser til

¹ *Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Posttraumatic Stress Disorder (2010).*

² https://www.sdu.dk/da/forskning/videnscenter_for_psykotraumatologi/januarkonference_2020

yngre børn og nedsatte derfor igen en arbejdsgruppe. Gruppen har siden da mødtes og drøftet, hvordan vi bedst muligt bidrager til at skabe overblik over dette felt i praksis herhjemme og i fællesskab kan løfte området. Første skridt for os i arbejdsgruppen har været at udforme denne rapport over evidensen for udvalgte terapeutiske behandlingsmetoder, som forventes relevant til behandling af yngre traumatiserede børn.

Vores håb fra VfP er, at vi med dette arbejde har et udgangspunkt for at løfte og kvalificere det faglige arbejde med traumatiserede børn i Danmark, så alle børn og deres familier, uanset hvor de bor her i landet, hvilke traumer de har oplevet, og hvor de sendes hen i de offentlige systemer, får den hjælp de har brug for.

Med denne rapport ønsker vi desuden at invitere til, at vi udvikler forskningen i effekten af forskellige behandlingsmetoder til yngre traumatiserede børn, så vi bliver endnu mere sikre i, hvad virker for hvem og hvordan i behandling. Vores ambition er, at vi på sigt kan bidrage til videreuddannelse af behandlere i traumefokuserede behandlingsmetoder og få genereret danske nationale retningslinjer for, hvordan vi finder og hjælper børn i Danmark, der har oplevet traumer, bedst videre i livet.

Ask Elklit & Sille Schandorph Løkkegaard

December 2020

Indhold

Resumé.....	i
Forord af Ask Elklit & Silje Schandorph Løkkegaard.....	iii
1. Indledning.....	1
1.1 Omfang af traumer og posttraumatisk stressforstyrrelse blandt danske børn	1
1.2 Retningslinjer for børn og unge med symptomer på PTSD eller andre traumerelaterede symptomer .	2
1.3 Assessmentredskaber til udredning af yngre børn udsat for traumer	4
1.4 Behandling af traumatiserede børn i Danmark.....	5
1.5 Formål.....	5
2. Arbejdsgruppe om kortlægning af behandlingsmetoder til traumatiserede børn	6
Tabel 1: Deltagere i arbejdsgruppen	7
3. Begrebsafklaring.....	8
3.1 Definition af traume	8
3.2. Definition af traumesymptomer og traumatisering.....	10
Tabel 2: Symptomklynger og diagnosekriterier for DSM-5 PTSD for hhv. førskolebørn og skolebørn....	10
Tabel 3: Symptomklynger og diagnosekriterier for ICD-11 PTSD og kompleks PTSD.....	11
4. Beskrivelse af behandlingsmetoderne	13
4.1 Udvalgte behandlingsmetoder	13
Tabel 4: Oversigt over behandlingsmetodernes karakteristika.....	14
4.2 Compassion Focused Therapy	14
4.3 Eye Movement and Desensitization Reprocessing.....	17
4.4 Legeterapi.....	19
4.5 Narrativ Eksponeringsterapi til traumatiserede børn og unge	22
4.6 Sandplay	24
4.7 Somatic Experiencing®	26
4.8 Theraplay®	27
4.9 Traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi	30
5. Metode	33
Figur 1: Skabelon for søgestreng	34
Tabel 5: Inklusions- og eksklusionskriterier	35
Tabel 6: Datooversigt for udførelsen af søgninger.....	35
5.1 Søgetekniske tilpasninger til de enkelte søgninger	36
5.1.1 Theraplay®	36

5.1.2 Sandplay	37
5.1.3 Somatic Experience®	37
6. Sammenfatning af evidens for behandlingsmetoder til traumatiserede børn	39
6.1 Compassion Focused Therapy	39
6.2 Eye Movement and Desensitization Reprocessing.....	40
6.3 Legeterapi	42
6.4 Narrativ Eksponeringsterapi til traumatiserede børn og unge	43
6.5 Sandplay	45
6.6 Somatic Experiencing®	47
6.7 Theraplay®	47
6.8 Traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi	48
7. Begrænsninger ved rapportens metode og resultater.....	51
7.1 Begrænsninger relateret til den systematiske søgning	51
7.1.1 Databaser	51
7.1.2 Screening- og selektion	52
7.1.3 Inklusionskriterier	52
7.1.4 Mangel på kvalitetsvurdering af studier.....	53
7.1.5 Terminologi i litteraturen	53
7.1.6 Virksomme delelementer i behandlingerne.....	54
8. Konklusion	55
Referencer	56
Bilag	71
Bilag 1: Søgestrengene for systematiske søgninger	71
Bilag 1.1: Compassion Focused Therapy	71
Bilag 1.2: Eye Movement Desensitization and Reprocessing.....	71
Bilag 1.3: Legeterapi	72
Bilag 1.4: Narrativ Eksponeringsterapi til traumatiserede børn og unge.....	72
Bilag 1.5: Sandplay.....	73
Bilag 1.6: Somatic Experiencing®	73
Bilag 1.7:Theraplay®	74
Bilag 1.8: Traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi.....	74
Bilag 2: Flowdiagrammer over systematiske søgninger	75
Bilag 2.1: Compassion Focused Therapy	75
Bilag 2.2: Eye Movement Desensitization and Reprocessing.....	76

Bilag 2.3: Legeterapi	77
Bilag 2.4: Narrativ Eksponeringsterapi til traumatiserede børn og unge.....	78
Bilag 2.5: Sandplay.....	79
Bilag 2.6: Somatic Experiencing®	80
Bilag 2.7: Theraplay®	81
Bilag 2.8: Traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi.....	82
Bilag 3. Tabelbeskrivelser over empiriske studier af effekten af terapeutiske behandlingsmetoder.....	83
Bilag 3.1. Tabel 7: Empiriske studier af Eye Movement Desensitization and Reprocessing	83
Bilag 3.2. Tabel 8: Empiriske studier af legeterapi	87
Bilag 3.3. Tabel 9: Empiriske studier af narrativ eksponeringsterapi til traumatiserede børn og unge .	88
Bilag 3.4. Tabel 10: Empiriske studier af traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi	90
Bilag 4. Empiriske studier af blandede aldersgrupper.....	102
Bilag 4.1. Tabel 11: <i>Eye Movement Desensitization and Reprocessing til børn og unge</i>	102
Bilag 4.2. Tabel 12: <i>Narrativ Eksponeringsterapi til traumatiserede børn og unge</i>	103
Bilag 4.3. Tabel 13: <i>Traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi til børn og unge i blandede aldersgrupper</i>	104

1. Indledning

1.1 Omfang af traumer og posttraumatisk stressforstyrrelse blandt danske børn

Undersøgelse af traumeeksponering og posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) blandt danske børn blev for første gang foretaget af Elklit (2002), da han i en national repræsentativ gruppe af 390 unge undersøgte omfanget af oplevede traumatiske begivenheder. Undersøgelsen viste, at 87 % af pigerne og 78 % af drengene havde været udsat for mindst én potentiel traumatisk begivenhed, og at de mest hyppige traumer var tab af en nærtstående, trusler om vold eller alvorlige ulykker. Undersøgelsen fandt desuden, at 9 % af studiets deltagere på et tidspunkt i løbet af deres liv havde udviklet PTSD (livstidsprævalens), og at 14,1 % havde udviklet subkliniske niveauer af PTSD.

En latent klasseanalyse af samme studie viste, at der fandtes fire klasser (Shevlin & Elklit, 2008), dvs. fire grupper blandt de unge, som kunne beskrives ud fra forskellige karakteristika af, hvad de havde oplevet. Den første gruppe af unge var en lavrisikogruppe på 58 %, som havde oplevet meget få traumatiske hændelser eller negative livsbegivenheder. Den næste gruppe omfattede 36 % af de unge og var en mellemgruppe, som ikke havde oplevet nogen form for overgreb eller mishandling, men lå lidt højere end den første gruppe, hvad angik oplevelser af andre typer af ulykker, sygdom mm. Den tredje gruppe på 4 % bestod af piger, som havde været gravide og fået en abort. Den sidste gruppe udgjorde 2 % af den samlede gruppe af unge og var en højrisikogruppe, som havde oplevet stort set alle former for overgreb og andre traumatiske hændelser. Med den første gruppe (lavrisikogruppen) som reference, steg PTSD-forekomsten med en faktor 3, 6 og 8 for de tre næste grupper. Dette vil altså sige, at de børn, der oplever et højt omfang af traumer, har en markant forøget risiko (for højrisikogruppen med mange traumer og heriblandt interpersonelle traumer ses 8 gange højere risiko) for at udvikle PTSD og derved have brug for en traumefokuseret behandling for at bedres. I undersøgelsen var forældrenes uddannelsesniveau og eneforældreskab desuden forbundet med en øget forekomst af risici for negative hændelser.

I tråd med Elklit (2002) indikerer andre undersøgelser en høj risiko for traumeeksponering blandt danske børn og unge, og det estimeres, at 6 % af danske børn er i høj risiko for at opleve traumer

(og dermed blive traumatiseret) og have behov for behandling (Hansen, Selsbæk & Elklit, 2017; Løkkegaard, 2019). Hertil kommer en stor forekomst af traumatisering blandt flygtningebørn og – unge, der genbosættes. Som helhed er denne gruppe i høj risiko for at opleve gentagne og multiple traumer ikke blot før og under flugten fra deres hjemland, men også efter genbosættelse (Fazel, Reed, Panter-Brick & Stein, 2012; Murray, Davidson & Schweitzer, 2010) i det nye land. Et nyligt publiceret systematisk review af Blackmore og kolleger (2020) undersøgte prævalensen af forskellige psykiske lidelser blandt 779 børn og unge med flygtninge- og asylbaggrund og konkluderede, at 22,7 % af deltagerne opfyldte kriterierne for PTSD. Ud af de børn, der opfyldte kriterierne for en PTSD-diagnose, opfyldte 15,8 % desuden kriterierne for angst, 13,8 % opfyldte kriterierne for depression, og 8,6 % opfyldte kriterierne for ADHD. Flygtningebørn og -unge har dermed ligeledes et stort behandlingsbehov.

1.2 Retningslinjer for børn og unge med symptomer på PTSD eller andre traumerelaterede symptomer

Der eksisterer på nuværende tidspunkt ingen nationale retningslinjer for udredning og behandlingen af børn, der har oplevet traumer. Praktikere i Danmark må læne sig op ad de nyligt opdaterede internationale retningslinjer fra National Institute for Health and Care Excellence (NICE)³ og International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS)⁴ og generelt forskning. En nylig oversigtsartikel over PTSD hos børn og unge rettet mod praktikere beskæftiget indenfor dette felt, sammenfatter den eksisterende viden om traumer, symptomer, udredning og behandling, og anbefaler anvendelsen af traumefokuserede interventioner (Smith, Dagleish & Meiser-Stedman, 2019).

Guidelines fra NICE (2018) anbefaler

- at til *børn og unge under 18 år med akut stressforstyrrelse (ASD) eller med klinisk relevante symptomer* bør en traumefokuseret behandling overvejes. Behandlingen af børn leveres indenfor 1 måned efter den traumatiske hændelse.

³ NICE guidelines for PTSD findes her: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>

⁴ ISTSS guidelines for PTSD og kompleks PTSD findes her: <https://istss.org/clinical-resources/treating-trauma/new-istss-prevention-and-treatment-guidelines>

- *for børn mellem 7 og 17 år, der har oplevet en traumatisk begivenhed som naturkatastrofe eller terror, anbefales gruppefokuseret traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi (TF-CBT).*
- *Individuel TF-CBT bør overvejes, hvis børn og unge mellem 7 og 17 år har oplevet et traume og opfylder kriterierne for en PTSD-diagnose eller der er klinisk relevante symptomniveauer⁵ til stede 1-3 måneder efter traumeeksponeringen. Er PTSD-symptomerne eller PTSD-diagnosen fortsat til stede 3 måneder efter den traumatiske begivenhed, anbefales individuel TF-CBT. I individuel fokuseret TF-CBT til børn og unge bør forældre/omsorgspersoner involveres, hvor det er passende. Hvis barnet eller den unge med en PTSD-diagnose eller klinisk relevante symptomer 3 måneder efter traumeeksponering ikke responderer på TF-CBT-behandlingen, kan Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) overvejes som alternativ intervention.*
- *For børn mellem 5 og 6 år, anbefales en individuel intervention af TF-CBT, hvis barnet 1 måned efter den traumatiske hændelse har en PTSD-diagnose eller præsenterer med klinisk relevante PTSD-symptomer. Forældre/omsorgspersoner involveres, hvor det er passende.*
- *Vedr. børn under 5 år: I NICE's guidelines fremgår ingen retningslinjer for behandling af børn under 5 år. Michael Scheeringa, som er en af de førende forskere, der har undersøgt effekten af traumefokuseret behandling til førskolebørn og udviklet en traumefokuseret behandlingsmanual specifikt til førskolebørn ("Preschool PTSD Treatment"), understreger vigtigheden af, at alle børn, som ikke nødvendigvis har en fuld PTSD-diagnose, men som har traumesymptomer og derfor er hæmmet i deres hverdag, skal have (evidensbaseret) behandling for at bedres (Scheeringa, 2016).*

⁵ "Klinisk relevante symptomer" omfatter if. NICE (2018) symptomer hos personer, som er blevet vurderet til at have PTSD ud fra en valideret skala (måleredskab) og hvis score er over den kliniske *threshold* men som ikke nødvendigvis har en formel PTSD-diagnose og ikke nødvendigvis er blevet udredt med et diagnostisk interview, men for eksempel har udfyldt et selv-rapporteringsspørgeskema.

1.3 Assessmentredskaber til udredning af yngre børn udsat for traumer

Videnscenter for Psykotraumatologi (VfP) ved Institut for Psykologi, Syddansk Universitet, har i en årrække arbejdet systematisk på at undersøge og dokumentere virkningen af standardiserede og udviklingssensitive assessmentredskaber til børn, der har oplevet traumer (Karsberg, Rønholt & Elklit, 2012). Til udredning af børn, der har oplevet traumer, anbefales det at udføre en bred assessment, hvor symptomer på både PTSD, andre symptomer som for eksempel angst, depression og andre relevante symptomer og problemer afdækkes. Det anbefales, at der anvendes multimodale metoder⁶, og at informationen indhentes fra flere forskellige informanter (barn, omsorgspersoner; Smith, Dalgleish & Meiser-Stedman, 2019). Hvis barnet er vokset op med komplekse traumer og kan være i risiko for at have udviklet kompleks PTSD, anbefaler VfP desuden, at udredende psykologer kan orientere sig i *ISTSS Guidelines Position Paper on Complex PTSD on Children and Adolescents*.

VfP har arbejdet med udvikling og validering af måleredskaber til både førskolebørn og skolebørn, som kan anvendes både i screening, udredning og som opfølgning på effekten af behandling. Arbejdet har bl.a. omhandlet oversættelse, tilpasning og validering af det semistrukturerede forældreinterview, Diagnostic Infant and Preschool Assessment (DIPA; Sheeringa & Haslett, 2010) i en dansk kontekst med børn i alderen 1-7 år (Løkkegaard, Egebæk & Elklit, 2017; Løkkegaard, Elmose & Elklit, 2019), udvikling og validering af story-stem screeningsredskabet Odense Child Trauma Screening, som bruger leg og historiefortælling og anvendes til børn på 4-8 år (Løkkegaard, Elmose & Elklit, 2019), samt udvikling og validering af den danske version af tegneserietesten Thomas (Elklit & Løkkegaard, 2019; Elklit, Nielsen, Lasgaard & Duch, 2013; Løkkegaard, Rønholt, Karsberg & Elklit, 2017), som oprindeligt blev udviklet af Dr. Richard Neugebauer i USA til at screene for PTSD hos skolebørn, der havde oplevet *community violence* (Neugebauer, Wasserman, Fisher, Kline, Geller & Miller, 1999). Udover at assessmentværktøjerne er essentielle i identificeringen af børns grad af traumatisering, kan de også bidrage til at informere og målrette det efterfølgende behandlingstilbud. VfPs arbejde med evidensbaseret assessmentværktøjer, har derfor naturligt ført til et fokus på den efterfølgende behandlingsdel.

⁶ Udredningsmetoder, der omfatter flere forskellige metoder, såsom spørgeskemaer, interviews og/eller observationer.

1.4 Behandling af traumatiserede børn i Danmark

I Danmark eksisterer der aktuelt ingen national behandlingsstrategi for traumatiserede børn, hvad enten de har PTSD eller andre traumerelaterede lidelser eller vanskeligheder. Det vides derfor heller ikke, hvor mange traumatiserede børn, der får tilbudt behandling, og det ser imidlertid ud til, at der på tværs af landet forekommer en uensartet dækning af behandlingsbehovet og behandlingstilbuddene for traumatiserede børn og unge.

Behandling af traumatiserede børn foregår mange steder i Danmark, fordi børn henvises til forskellige instanser alt efter, hvilke traumer de har oplevet: Nogle børn vil få tildelt behandling i de kommunale familiehuse, mens andre kan få behandling i de regionale Børnehuse, i privatpraksis, i rehabiliteringscentre (for eksempel OASIS, DIGNITY, RCT-Jylland) og andre offentlige eller selvejede organisationer (for eksempel SEBA og JanusCentret) m.fl., hvor behandlingen tilpasses barnets alder og behov.

Som et led på vejen mod at sikre, at traumatiserede børn får den bedst mulige hjælp så tidligt som muligt, ønsker VfP at udvikle en række arbejdsværktøjer og praktiske anbefalinger til fagfolk for, hvordan man arbejder med børn, der har oplevet traumer, og med traumefokuseret behandling. Både i forskningsmæssige og praktiske sammenhænge har vi fundet, at der er et behov for at belyse evidensen af tilgængelige og anvendte traumefokuserede behandlingsmetoder, især til yngre børn. Med denne rapport søger vi at imødekomme dette behov. I samarbejde med behandlere og praktikere har vi derfor kortlagt en række anvendte traumefokuserede behandlingsmetoder og behandlingsmetoder, der formodes relevant til målgruppen og undersøgt deres evidens med henblik på at kvalificere disse behandlingsmetoder i en dansk kontekst. Vi vil på sigt gerne sikre, at der tilbydes behandlingsmetoder med dokumenteret virkning og effekt.

1.5 Formål

Formålet med denne rapport er at kortlægge den eksisterende evidens for en række behandlingsmetoder til traumatiserede børn. Dette gøres for at skabe et overblik over og større kendskab til virksomme behandlinger i en dansk sammenhæng og således forhåbentlig præge udviklingen både i forskningsmæssigt og praktisk regi, så vi kan sikre os, at traumatiserede børn i Danmark får den kvalificerede behandling, som de har brug for og ret til.

2. Arbejdsgruppe om kortlægning af behandlingsmetoder til traumatiserede børn

I januar 2020 afholdt VfP i samarbejde med Syddansk Universitet en konference om "Traumefokuserede indsatser og behandling til børn", hvor formålet var at formidle viden om systematisk traumeinformeret arbejde, med implementeringseksempler fra Connecticut, USA og Norge, og traumeinformeret behandling i Danmark til børn, der har oplevet et eller flere traumer, med vigtige bidrag fra forskning i dansk regi, herunder fra JanusCentret og DIGNITY. Med inspiration fra en af konferencens hovedtalere, Jason Lang, og hans erfaringer i Connecticut, USA, drøftede VfP efterfølgende, hvordan en tilsvarende udvikling af traumeinformeret praksis kunne fremmes i Danmark. VfP drøftede desuden en række andre problemstillinger: Hvad ved vi om de eksisterende danske behandlingstilbud, oplæring og kvalificering af behandlere og hvad eksisterer i litteraturen om virkningen af behandlingsmetoder til traumatiserede børn? Hvilke behandlingsmetoder er undersøgt? Er der overensstemmelse mellem hvilke behandlingsmetoder, der i forskningen er evidens for, og hvilke, der praktiseres? Og bliver der af behandlerne anvendt assessment til sikring af god kvalitet og effekt af den behandling, der findes og anvendes i Danmark?

Det var bl.a. drøftelser som disse, der ledte til idéen om at nedsætte en arbejdsgruppe om kortlægning af behandlingsmetoder til traumatiserede børn i Danmark, og VfP ønskede at tage drøftelserne med over i dette arbejde. På konferencen inviterede vi derfor deltagerne til at tage del i gruppen, således et samarbejde om identificering af behandlingsmetoder i Danmark samt udbredelsen og dokumentationen af disse kunne faciliteres. Hensigten var, at gruppens arbejde skulle løbe over et års tid med henblik på at se, hvad vi kunne udvikle på børneområdet i Danmark, så traumatiserede børn sikres evidensbaseret behandling og opfølgning.

Arbejdsgruppens formål var derfor en:

- Kortlægning af behandlingsmetoder for traumatiserede børn,
- deres udbredelse i Danmark
- og evidens for behandlingseffekt

Medlemmerne i arbejdsgruppen bestod af praktiserende psykologer, repræsentanter fra Socialstyrelsen, samt socialpædagoger og socialrådgivere, der til daglig arbejder med behandling af traumatiserede børn og forskere fra Videnscenter for Psykotraumatologi ved Institut for Psykologi, Syddansk Universitet. Det følgende er en præsentation af det arbejde, der er blevet lavet i og sideløbende med møderne i gruppen samt en opsummering af de resultater og problemstillinger, som arbejdsgruppen har diskuteret. Arbejdsgruppen har haft tre møder i 2020 af hver fire timers varighed, og arbejdsgruppen mødes igen i foråret 2021 til en opsamling af behandlingsforummet og for at diskutere, hvordan arbejdet, både med rapporten og de øvrige drøftelser bedst føres videre. Arbejdsgruppens medlemmer fremgår af Tabel 1 herunder:

Tabel 1: Deltagere i arbejdsgruppen

Nr.	Navn	Faggruppe og arbejdsplads
1	Bente Marianne Olsen	Chefkonsulent, Socialstyrelsen
2	Merete Bonde	Specialkonsulent, Socialstyrelsen
3	Sinnet Bunde	Socialfaglig konsulent, Socialstyrelsen
4	Kirstine Agnete Davidsen	Børne- og Ungdomspsykiatri, Odense og lektor, Institut for Psykologi, SDU
5	Henriette Ernst	Psykolog, Børne- og Ungerådgivningen, Aalborg Kommune
6	Josefine Dencker	Psykolog, Børne- og Ungerådgivningen, Aalborg Kommune
7	Laila Pedersen	Psykolog, Børne- og Ungerådgivningen, Aalborg Kommune
8	Malene Thimm Jensbye	Psykolog, Børne- og Ungerådgivningen, Aalborg Kommune
9	Elsebet Lehrmann Sørensen	Privatpraktiserende psykolog
10	Lykke Klockmann Pein-Malmberg	Privatpraktiserende psykolog v. Psykologhuset Vejle
11	Julie Stein Rasmussen	Psykolog, Børnehus Syd
12	Lise Hedegaard Bruun	Psykolog, Børnehus Syd
13	Kitt Marianne Ingemann Ivarsen	Psykolog, Børnehus Nord
14	Sissel Brønserud	Psykolog, Børnehus Syd
15	Katrin Samimi	Psykolog, Børnehus Sjælland
16	Kristina Holm Dissing	Psykolog, Forsvaret
17	Sarah Voschero Christensen	Psykolog, Familiecenter Poppelgården
18	Aytekin Coskun	Psykolog, Oasis
19	Gita Nielsen	Psykolog, Oasis
20	Louise Tækker	Psykolog, Oasis
21	Lydia Ejang Akora	Psykolog, Oasis
22	Tanja Weiss	Socialrådgiver, Oasis
23	Rikke Kann Rose	Psykolog, DIGNITY
24	Sabrina Brødsgaard Nielsen	Psykolog, Rehabiliteringscenter for Torturofre, Jylland
25	Nadia Jakobsen	Socialpædagog, familiebehandler og kropsterapeut i familiehus
26	Ask Elklit	Professor og leder, Videnscenter for Psykotraumatologi, SDU
27	Maria Louison Vang	Psykolog og adjunkt, Videnscenter for Psykotraumatologi, SDU
28	Sille Schandorph Løkkegaard	Psykolog og adjunkt, Videnscenter for Psykotraumatologi, SDU

3. Begrebsafklaring

3.1 Definition af traume

I denne rapport forstås begrebet "traume" ud fra de diagnostiske beskrivelser i det amerikanske diagnosesystem DSM og i WHO's diagnosesystem ICD, som anvendes i Europa. Begrebet traume(r) forstås derfor som selve den eller de voldsomme hændelser, som et barn kan opleve.

Forskning i traumer, traumerelaterede lidelser og følgevirkninger og i traumefokuseret behandling har i mange år primært været baseret på DSM-IV's definition af traume og af PTSD. De seneste år er der dog sket et betydeligt ryk i, hvordan traumer og traumerelaterede lidelser, herunder PTSD, defineres i diagnosesystemerne. I 2013 udkom den femte version af det amerikanske diagnosesystem, DSM-5, hvor diagnosen PTSD er blevet væsentligt ændret og definitionen af, hvad der udgør et traume, er blevet opdateret. I DSM-5 er der bibeholdt en beskrivelse af et traume som en hændelse, der indebærer en oplevelse af faktisk eller truet død, alvorlig skade eller seksuel vold. Et traume kan således omfatte direkte udsættelse for hændelsen, at være vidne til hændelsen eller at få at vide eller høre, at traumet er sket for et nærtstående familiemedlem eller nær ven. Sidstnævnte kan for eksempel omhandle et barn, der får viden om, hvordan barnets forælder er død på en voldsom måde, selvom barnet ikke har været til stede under selve hændelsen. At være vidne til et traume kan for eksempel omhandle, at et barn vokser op i et hjem, hvor et andet familiemedlem bliver udsat for vold, men hvor barnet ikke selv bliver slået.

I 2017 udkom den nye version af WHO's diagnosesystem, ICD-11, på engelsk. ICD-11 er aktuelt ved at blive oversat til dansk og implementeres i Danmark januar 2022. ICD-11 definerer et traume som en ekstremt truende/skræmmende (*eng. threatening*) eller rædselsvækkende (*eng. horrific*) hændelse⁷. Forskellen mellem DSM-5-definitionen og ICD-11-definitionen af et traume er, at der i DSM-5 indgår en tydelig beskrivelse af en trussel om eller faktisk oplevelse af død, hvorimod der i ICD-11 er en noget bredere definition af, hvad et traume indebærer. Selve den eller de hændelser,

⁷ På eng. "*exposure to an extremely threatening or horrific event or series of events*" (WHO, 2017). For læsevenligheden i rapporten har vi tilladt os at bruge danske ord for den engelske definition af "traume", som den er beskrevet af WHO. Det anbefales dog for nu at være varsom med at bruge danske ord, før end Sundhedsstyrelsen kommer med den officielle oversættelse af traumekriteriet. Når denne udkommer, anvendes de korrekte angivne ord fra Sundhedsstyrelsen.

som kan defineres som traumer, kan altså i arbejdet med ICD-11 bredes ud og også omfatte voldsomme hændelser, som ikke nødvendigvis indebærer en trussel om død, hvilket for eksempel kunne omfatte psykisk vold, omsorgssvigt eller andre voldsomme oplevelser, som fagfolk ved påvirker børn og unges udvikling i stort omfang. Definitionen af traumet ud fra ICD-11 ser altså ud til i højere grad at kunne defineres ud fra klinikerens og klientens opfattelse af den eller de hændelser, som klienten har oplevet.

I forskning har en løsning på diskussionen om bredden af traumedefinitionen (altså om hændelsen bør inkludere en trussel om død eller ej) ofte været af mere pragmatisk karakter, hvor man i tillæg til måling af den stringente DSM-definition af et traume også har inkluderet afdækning af såkaldte "*Adverse Childhood Experiences*", "*childhood adversities*" eller "*distressing life events*" – eller på dansk "negative/ belastende livsbegivenheder", "ugunstige oplevelser i barndommen" eller "udviklingsmæssige traumer". Disse omhandler ofte længerevarende, familierelaterede stress-faktorer som eksempelvis forældres psykiske lidelse eller stofmisbrug, at blive forladt af en forælder grundet skilsmisse eller fængsling eller fysisk eller psykisk omsorgssvigt. Sådanne omstændigheder kan udfordre barnets grundlæggende, tilknytningsrelaterede behov for stabile og forudsigelige primære omsorgsrelationer, som kan aflæse og tilgodese barnets psykiske og fysiske behov, og understøtte barnets udvikling af evnen til regulering af følelser og stress-respons. Følggevirkningerne af sådanne ugunstige og belastende oplevelser i barndommen er oftest forbundet med komplekse følelsesmæssige, sociale, kognitive og/eller fysiske problemer hos barnet, men udvikler sig ikke nødvendigvis til en egentlig PTSD-lidelse. I sådanne situationer er det dog stadig relevant at vurdere om barnet har traumesymptomer og derved har brug for behandling til at afhjælpe disse problemer, samt hvilken behandling der er behov for. I indeværende rapport har fokus været på at afsøge omfanget af evidens for forskellige behandlingsformer til børn, der har oplevet traumer og som følge heraf er blevet traumatiseret og derfor har brug for professionel behandling. Forskningen, der refereres til i denne rapport, vil være baseret på definitionerne af traume (hændelsen/hændelserne) og symptomer fra traumerelaterede lidelser fra de diagnostiske systemer og i nogle studier også symptomer på andre lidelser som for eksempel symptomer på angst, depression eller adfærdsvanskeligheder. I praksis vil dette primært være DSM-IVs definitioner og i kun et begrænset omfang definitioner

baseret på DSM-5 og ICD-11, idet det tager adskillige år, før de nye diagnoser er oversat og indført og før validerede redskaber er udarbejdet og anvendes i forskning og resultaterne publiceres.

3.2. Definition af traumesymptomer og traumatisering

”Traumesymptomer” forstås i denne rapport som symptomer på lidelser, der opstår efter, at et barn har oplevet et traume. Traumerelaterede lidelser omfatter PTSD (DSM/ICD), kompleks PTSD, forlænget sorgreaktion og tilpasningsreaktion (ICD-11), akut stressforstyrrelse (DSM-5) og akut belastningsreaktion (ICD-10). Symptomklynger og diagnosekriterier for DSM-5 PTSD og ICD-11 PTSD og kompleks PTSD er angivet i Tabel 2 og 3.

Tabel 2: Symptomklynger og diagnosekriterier for DSM-5 PTSD for hhv. førskolebørn og skolebørn.

DSM-5 PTSD			
For børn 6 år eller yngre		Børn 7 år eller ældre	
Symptomklynger	Antal symptomer (antal symptomer påkrævet fra klyngen)	Symptomklynger	Antal symptomer (antal symptomer påkrævet fra klyngen)
A. Eksponering for traumatisk hændelse(r)		A. Eksponering for traumatisk hændelse(r)	
B. Genoplevelse	F.eks. i leg, generelle mareridt 5 (1)	B. Genoplevelse	F.eks. i leg, generelle mareridt 5 (1)
C. Undgåelse ELLER negative ændringer i kognition og humør	2 + 4 (1) ⁸	C. Undgåelse	2 (1)
		D. Negative ændringer i kognition og humør	7 (2)
D. Forøget vagtsomhed	5 (2)	E. Forøget vagtsomhed	6 (2)
E. Varighed	≥1 måned	F. Varighed	≥1 måned
F. Funktionspåvirkning		G. Funktionspåvirkning	
G. Udelukkelse af misbrug eller anden medicinsk tilstand		H. Udelukkelse af misbrug eller anden medicinsk misbrug	

⁸ Ét påkrævet kriterie enten fra undgåelsessymptomer eller symptomer på negative ændringer i kognition og humør.

Tabel 3: Symptomklynger og diagnosekriterier for ICD-11 PTSD og kompleks PTSD.

ICD-11	
PTSD	Kompleks PTSD
Eksposering for en eller flere ekstrem truende/skræmmende eller rædselsvækkende hændelse(r)	Eksposering for en eller flere ekstremt truende/skræmmende eller rædselsvækkende hændelser, ofte vedvarende eller gentagne hændelser, som er svære eller umulige at undslippe
Genoplevelse af traumatisk hændelse(r) i form af invaderende minder, flashbacks eller mareridt	De diagnostiske kriterier for PTSD er opfyldt (dvs. der er både symptomer på genoplevelse, undgåelse og forøget vagtsomhed OG vedvarende og omfattende udfordringer inden for de tre følgende områder:
Undgåelse af tanker eller erindringer relateret til traumet eller aktiviteter, situationer eller mennesker, der minder om traumet	- Problemer med affektregulering
Øget vagtsomhed ⁹ (forhøjet vagtsomhed og forhøjet forskrækkelsesreaktion)	- Negativ selvopfattelse sammen med følelser af skam, skyld, og fiasko relateret til traumet/-rne
Varighed: symptomer skal have været tilstedeværende i flere uger	- Vanskeligheder med at bevare forhold/relationer og at føle sig tæt knyttet med andre

Note. For læsevenligheden i rapporten har vi tilladt os at oversætte de engelske ICD-11 beskrivelser. Det anbefales dog for nu at være varsom med at bruge danske ord, før end Sundhedsstyrelsen kommer med den officielle oversættelse af ICD-11. Når den danske version af ICD-11 udkommer, anvendes de korrekte angivne ord fra Sundhedsstyrelsen.

Det er vigtigt i denne sammenhæng at understrege, at børn som udviser traumerelaterede symptomer, men ikke nødvendigvis lever op til alle diagnosekriterierne for eksempelvis PTSD stadig kan have brug for hjælp til at få bearbejdet traumet og nedbragt symptomerne – især fordi nogle internaliserede symptomer som for eksempel undgåelsessymptomer kan være svære at opdage jo yngre barnet er. Børn, der for eksempel udviser subkliniske niveauer af PTSD, og oplever nedsat funktion i hverdagen – hvad enten det er i relation til skolen, samvær med kammerater eller at hele familiens funktionsniveau er påvirket – vil således også have brug for professionel hjælp til at få nedbragt symptomerne og få bedret den daglige funktionen, så mulighederne for at barnets almindelig udvikling optimeres bedst muligt.

Barnet kan også udvikle en eller flere komorbide lidelser, som for eksempel symptomer på depression eller adfærdsforstyrrelse, som opstår i perioden efter, barnet har oplevet et traume (se for eksempel Løkkegaard, Egebæk, & Elklit, 2017; Scheeringa, 2015). Det vil være op til den

⁹ På engelsk "*Persistent perception of heightened current threat*".

enkelte fagperson/psykolog, der udreder barnet at vurdere, hvad der er barnets primære lidelse og dermed hvilken form for behandling, barnet skal have for at få behandlet den primære lidelse.

Der kan imidlertid også opstå andre følger virkninger hos børn efter at have oplevet et traume, som ikke omfatter bestemte lidelser eller symptomer, som de er beskrevet ud fra diagnosesystemerne. Disse følger virkninger eller vanskeligheder er dog relevante at få beskrevet under udredningen, da de kan have indvirkning på behandlingen og måske endda være de udfordringer, som barnets og dets familie opfatter som det, der påvirker dem mest.

”Traumatisering” forstås derfor i denne rapport som et paraplybegreb, der omfatter de symptomer og/eller de vanskeligheder, som opstår som følge af, at et barn har oplevet et traume. Traumatisering kan således komme til udtryk som emotionelle, adfærdsmæssige, kognitive, fysiske og/eller interpersonelle vanskeligheder, som er relateret til de(t) traume(r), barnet har oplevet. Traumatiserede børn kan opleve en ændring i, hvordan det opfatter sig selv, verden omkring dem og andre mennesker. Disse ændringer udtrykkes i barnets ændrede kognitive og affektive reaktionsmønstre. Det, at barnet er traumatiseret, medfører, at barnet og dets familie har brug for en faglig indsats og/eller behandling for at få reduceret barnets symptomer og vanskeligheder.

At et barn er traumatiseret omfatter således en bred forståelse af de følger virkning og vanskeligheder et barn har efter at have oplevet et traume. Udover at det kan omfatte bestemte traumesymptomer eller traumerelaterede lidelser, kan dette også omfatte følelser af skam eller skyld, selvskadende adfærd, en oplevelse af tab eller sorg, regression af tillærte færdigheder, separationsangst, somatiske problemer, eller en normal udvikling, der går i stå, og især hos større børn og unge, alkohol- eller stofmisbrug.

4. Beskrivelse af behandlingsmetoderne

I dette afsnit redegøres for de udvalgte behandlings underliggende teoretiske grundprincipper og de mekanismer, der antages at bidrage til behandlingernes virkning. Tabel 4 giver en oversigt over de inkluderede behandlingsmetoder. Herefter følger beskrivelserne af behandlingsmetoderne.

4.1 Udvalgte behandlingsmetoder

Baseret på arbejdsgruppens kendskab til forskellige metoder, som praktiseres i Danmark, blev følgende metoder udvalgt til den systematiske undersøgelse: Compassion Focused Therapy (CFT), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), legeterapi, narrativ eksponeringsterapi til traumatiserede børn og unge (KidNET), sandplay, Somatic Experiencing® (SE), Theraplay® og traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi (TF-CBT). Behandlingsmetoderne er i resten af rapporten listet i alfabetisk rækkefølge.

I de følgende afsnit beskrives for hver enkelt behandlingsmetode dens udvikling, teoretisk rationale og antagede virkningsmekanisme(r). For at overskueliggøre centrale forskelle og ligheder behandlingsmetoderne imellem, er en række karakteristika samlet og præsenteret i Tabel 4 herunder.

Tabel 4: Oversigt over behandlingsmetodernes karakteristika

Behandlingsmetode	Manual-baseret	Antal sessioner	Sessionsvarighed	Inkludering af forældre/omsorgspersoner	Individuel/gruppebehandling
CFT	Nej	n/a	n/a	Nej	individuel
EMDR	Ja	6-12	60-90 minutter	Nej	Begge
Legeterapi	Nej	Fast tilbagevendende sessioner, ca. 1 gang ugentligt over ½ til ca. 2½ år	45-60	Barnet er alene i terapirummet med terapeut. Der foregår parallelt samarbejde med omsorgspersoner ¹⁰	Individuel
KidNET	Ja	4-10	90-120 minutter	Nej	Individuel
Sandplay	Nej	n/a	n/a	Nej	Individuel
SE	Ja ^a	n/a	n/a	Nej	Individuel
Theraplay	Nej	+/- 25	n/a	Ja	Begge, men primært individuel
TF-CBT	Ja	12-16	60-90 minutter	Ja	Begge, men i udgangspunktet individuel

Note. CFT = Compassion Focused Therapy, EMDR = Eye Movement Desensitization and Reprocessing, KidNET = Narrativ Eksponeringsterapi til traumatiserede børn og unge, SE = Somatic Experiencing®, TF-CBT = Traumafokuseret kognitiv adfærdsterapi, n/a = ikke fastlagt (afhænger af klinikerens vurdering og barnets behov).

^aDe første tre trin af Somatic Experiencing® følges sekventielt, hvorefter de næste seks kan afhængig af klientens problemstilling og praktikerens vurdering kombineres og gentages flere gange.

4.2 Compassion Focused Therapy

Compassion Focused Therapy (CFT) er en psykoterapi udviklet af professor Paul Gilbert (Gilbert, 2005; Gilbert & Procter, 2006; Gilbert, 2009a; Gilbert, 2009b; Gilbert, 2010), som over de seneste år har vundet indpas i Danmark og andre lande til psykologisk behandlingsmetode til børn, unge og voksne. CFT er en psykoterapeutiske retning, der er baseret på et evolutionært og biopsykosocialt grundlag, og hvor interventionerne er tværgående. I terapien integreres interventioner fra kognitiv adfærdsterapi, gestaltterapi, dynamisk terapi mv. og buddhistiske

¹⁰Under de legeterapeutiske sessioner er barnet alene med terapeuten, men terapien ses som et supplement til familiesamtaler og familierapi, hvorfor der foregår parallelsessioner med omsorgspersoner. Dette i en erkendelse af, at vejen til løsning af konflikter og udviklingsmæssig vækst primært findes gennem relationsarbejde. Den legeterapeutiske metode beskrives yderligere i rapportens afsnit 4.4.

meditationer (Gilbert, 2009a). Terapien beskæftiger sig med transdiagnostiske problematikker, herunder tilstande som skam og selvkritik. Derudover har terapien et udtalt fokus på udvikling af *compassion*, dette i tre flows: fra selv til anden, fra anden til selv og fra selv til selv. *Compassion* defineres som en evne til at være sensitiv overfor lidelse hos selv og andre, og have et stærkt ønske om at lindre og forebygge denne (Gilbert, 2014). Der findes ikke et dansk begreb, der dækker over *compassion*, men det indeholder de tre følgende kernekomponenter: visdom, styrke/mod og et omsorgsfuldt engagement (Gilbert, 2009a; Gilbert, 2010). Terapien lader ikke til at være manualbaseret, idet anbefalinger for en præcis fremgangsmåde, antal sessioner eller varighed ikke fremgår af litteraturen om metoden. I Danmark er der udarbejdet en mere faseinddelt tilgang med henblik på at kunne anvende metoden i forskningsmæssig sammenhæng, bl.a. rettet mod kompliceret sorg. Metoden er beskrevet med 30 faser og tilhørende arbejdsark (Schlander, 2015).

Forskning peger på, at der findes mindst tre typer af emotionsregulerende systemer (Gilbert, 2009a; Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Panksepp, 1998). Det første er trussels- og selvbeskyttelsessystemet, som aktiverer defensive følelser som vrede, frygt og afsky, og som igangsætter kamp/flugt-adfærd. Det andet kaldes drivesystemet: et ressource- og spændingssøgningssystem, som er associeret med nydelse, belønning, præstation og konkurrence, og slutteligt er der beroligelsessystemet. Beroligelsessystemet er relateret til indre fredfyldte følelser, trivsel, social tryghed og samhørighed (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2009a; Panksepp, 1998). Teoretisk antages det, at disse systemer kan komme i ubalance, og at dette kan være associeret med emotionelle udfordringer. Trussels- og beskyttelsessystemet anses for eksempel som værende overaktiveret og mere sensitivt hos folk, som føler meget skam og selvkritik, hvorimod de samme personers beroligelsessystem lader til at være sværere at tilgå og aktivere (Gilbert, 2009a). Et mål for behandling med CFT er, gennem balancering af de tre affekt- og emotionsreguleringsystemer, at styrke evner og færdigheder til *compassion* (Gilbert, 2009a).

Den terapeutiske praksis i CFT er en proces, der sigter mod at opbygge klientens evne til *compassion*. Det psykoterapeutiske fokus er derfor på at forstå faciliterende og hæmmende faktorer i *compassion*processen. Når klienten har opbygget eller styrket kompetencer og færdigheder, som evnen til *compassion* forudsætter, vil de blive rettet mod den lidelse, der har

bragt klienten i terapi. Målet med den terapeutiske proces er at hjælpe klienten til at være sensitiv overfor egen og andres lidelse og med afsæt i motivation til at fremme trivsel at lindre eller forebygge den lidelse, der er (Schlander, 2020). Under terapien og i relation til klienten, demonstrerer og modellerer behandleren færdigheder og adfærd, der er karakteriseret af denne compassion for på den måde at hjælpe klienten til at erstatte dennes selvkritik med støtte, medfølelse og venlighed (Gilbert, 2009a). Konkret udviser behandleren sympati, empati og omsorg for klientens trivsel, samt er sensitiv overfor klientens nød og behov. Behandleren tolererer og rummer desuden på en ikke-dømmende måde, de ubehagelige minder og følelser, som klienten udtrykker undervejs i terapien (Gilbert, 2009a). Samtidig psykoedukeres klienten i færdigheder i medfølelse (Gilbert, 2009a). Dette gøres gennem forskellige evidensbaserede interventionsstrategier som sokratiske dialog, mindfulness, vejtrækningsøvelser m.fl. (Gilbert, 2010).

CFT er udviklet på baggrund af observationer af, at nogle individer med højt niveau af skam og selvkritik ikke har samme gavn af en række behandlinger, som individer uden et højt niveau af skam og selvkritik (Gilbert, 2009a). På trods af at være i stand til at finde logiske alternativer til deres (irrationelle) negative tanker, ser det ikke ud til, at disse mennesker har en dybere indre tro på disse alternativer, netop på grund af deres grundlæggende skam og selvkritik (Gilbert, 2009a). CFT søger derfor at lære klienten at være støttende og venlig overfor sig selv for derefter at udvikle modet til at håndtere frygtede og undgåede (og evt. traumatiske) oplevelser gennem for eksempel eksponering (Gilbert, 2009a).

CFT er ikke udviklet som en decideret traumefokuseret behandlingsmetode (Gilbert, 2009a). Hos traumatiserede mennesker ser man dog ofte høje niveauer af skam og skyld (López-Castro, Saraiya, Zumberg-Smith & Dambreville, 2019; Mitchell, Brennan, Curran, Hanna & Dyer, 2017), og skam og skyld kan være særlig prævalent blandt ofre for seksuelle overgreb, krigsrelaterede traumer (for eksempel gennem overlevelsesskyld), fysisk vold eller omsorgssvigt eller vanrøgt i hjemmet. Professor Deborah Lee, psykolog, Leder af Berkshire Traumatic Stress Service and South Central Veteran Service har udviklet CFT-metoden i en mere traume-fokuseret retning med fokus på faseinddelt behandling (Lee et al., 2012). Hun har arbejdet i mere end 20 år med CFT rettet mod kompleks traumatisering og anvendt CFT i forskellige sammenhænge til voksne, bl.a. rettet mod nybagte mødre med kompleks traumatisering og krigsveteraner. Hun har udviklet en 12 ugers

gruppebehandlingsmanual, som efterfølges af fortsat individuel behandling. Tilstedeværelse af (invaliderende) skam og skyld blandt traumatiserede mennesker kan være ét af argumenterne for, hvorfor CFT med sit fokus på at reducere og transformere disse negative følelser, muligvis, og eventuelt i kombination med andre behandlingskomponenter, kunne være en relevant og gavnlige behandlingsmetode til traumatiserede børn.

4.3 Eye Movement and Desensitization Reprocessing

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) er en psykoterapeutisk behandlingsmetode udviklet af Francine Shapiro til behandling af posttraumatiske stresssymptomer (Shapiro, 1989, 1991, 1995, 1997, 1998a, 1998b, 1999, 2001, 2007). EMDR-terapi er en integrativ traumebehandlingsmetode, der er inddelt i 8 faser. Bearbejdningen af de traumatiske erindringer foregår under bilateral stimulering (stimulering og aktivering af begge hjernehalvdele; Shapiro, 2001). For voksne fortrinsvis ved øjenbevægelser.

Tilgangen kan anvendes i henhold til posttraumatiske reaktioner og i henhold til akutte traumereaktioner for at understøtte en adaptiv bearbejdning af hændelserne, så risikoen for psykiske følgevirkninger formindskes. EMDR kan anvendes til børn, unge og voksne og i henhold til såvel afgrænsede som komplekse traumer.

EMDR er baseret på Shapiros teoretiske model "Adaptive Information Processing Model" (AIP; Shapiro, 2018a). Modellens grundantagelse er, at hjernen normalt bearbejder information på en hensigtsmæssig måde via et informationsbearbejdningssystem (Shapiro, 2018a). Symptomer på posttraumatisk stress antages at opstå, fordi traumatiske oplevelser ikke bearbejdes på samme adaptive måde, som oplevelser uden traumatisk karakter, men i stedet lagres i separate neurale netværk, og at de får en mere fragmenteret og sensorisk karakter (Shapiro, 2007). Almindelig bearbejdning af oplevelsen i hukommelsesnetværket bliver dermed forhindret, hvilket antages at medføre dysfunktionelle kognitive forbindelser, som kan føre til dysfunktionelle udtryk for eksempel i form af PTSD-symptomer (Shapiro, 2018b).

EMDR-behandlingen antages at afhjælpe disse symptomer ved at forbinde de traumatiske fragmenterede og sensoriske oplevelser med anden korrigerende og hensigtsmæssig information lagret i mere adaptive hukommelsesnetværk (Shapiro, 2018b). Oplevelserne forbindes gennem genbearbejdning af traumet, hvor traumet visualiseres sideløbende med stimulering af begge

hjernehalvdele (bilateral stimulering), efterfulgt af kortere pauser med små tjek af klientens oplevelser for eksempel i form af følelser og kropslige fornemmelser, der opstod i vedkommende under visualiseringen. Ifølge AIP muliggør denne genbearbejdning, at traumatiske erindringer kan genlagres med ændrede emotionelle, sensoriske og kognitive komponenter, så disse nye kognitioner erstatter de tidligere negative følelser, billeder, kropslige fornemmelser og kognitioner forbundet til traumet (Shapiro, 2018b). Den bilaterale stimulation antages at facilitere denne form for hensigtsmæssige genbearbejdning af traumet (Shapiro & Maxfield, 2002). Afhængig af barnets alder og traumehistorie inddrages barnets omsorgspersoner i behandlingen.

Længden på sessionerne og varigheden på behandling varierer afhængig af klienten og af problemets kompleksitet (Shapiro, 1995). Typisk lader behandlingen til at foregå over 6-12 sessioner á 60-90 minutters varighed, men sessions- og behandlingstid er op til klinikerens at vurdere på baggrund af klientens problemstillinger. Modsat for eksempel kognitiv adfærdsterapi foregår al behandlingen dog udelukkende under sessionerne og involverer derfor ikke hjemmeopgaver (Shapiro, 2007). EMDR-behandlingsprotokollen bliver tilpasset børnenes alder og udviklingsniveau. Behandlingen kan understøttes ved brug af legetøjsfigurer, tegninger, opstillinger i sand og historier for at tilgodese børns kognitive udviklingsniveau bedst muligt.

EMDR involverer tre tidsperioder: Fortiden, nutiden og fremtiden (Shapiro, 2007). Der fokuseres på genbearbejdning af de tidligste traumatiske minder, arbejdes med nuværende situationer, som forårsager lidelse (triggers), og der arbejdes på at udvikle nødvendige færdigheder for at reducere undgåelsesadfærd og understøtte fremtidige positive handlemuligheder (Shapiro, 2007). Disse tidsperioder integreres i et forløb på otte faser: 1) klienthistorie, 2) forberedelse, 3) behandlingsplan, 4) processering, 5) forankring, 6) kropsscanning, 7) afslutning og 8) reevaluering (Shapiro, 2007).

Der er desuden udviklet en gruppebaseret version af EMDR til børn (Eye Movement Desensitization and Reprocessing Integrative Group Treatment Protocol [EMDR-IGTP]), der er en tidlig intervention til børn, der oplever store katastrofer eller opholder sig i områder med vedvarende krigstraumer (Jarero, Artigas & Montero, 2008). Da denne metode er anvendt i mange af de identificerede studier, der undersøger effekten om EMDR til børn og unge i blandede aldersgrupper (3-18 år), beskrives metoden i det følgende kort.

EMDR-IGTP er, ligesom EMDR, baseret på AIP (Jarero & Artigas, 2012; Shapiro, 2018b) og integrerer EMDRs otte standardiserede faser med gruppe- og kunstterapeutiske elementer. Formålet med behandlingen er at normalisere traumatiske reaktioner, støtte børnene i gradvis processering af traumatiske erindringer, facilitere udtryk af følelser og reducere posttraumatiske symptomer (Jarero & Artigas, 2009). Ved EMDR-IGTP benyttes metoden "butterfly hug" (Artigas & Jarero, 1998) som bilateral selvstimulation og selvberoligende teknik (Jarero & Artigas, 2012). Ved metoden krydses armene foran brystet, hvorefter man blidt klapper sig selv på bryst- og skulderregionen (Artigas & Jarero, 1998). EMDR-IGTP kan anvendes fra børn på 7 år og opefter (Jarero & Artigas, 2012).

4.4 Legeterapi

Legeterapi er et paraplybegreb for mange terapiformer, som benytter leg som det grundlæggende element i behandlingen af børn med psykosociale problemer (Seymour, 2016). Hermine Hug-Hellmuth (1921) var den første til at udgive en akademisk artikel og introducere termen legeterapi. Hendes samtidige kolleger i England, Melanie Klein, Anna Freud og Margareth Lowenfeld, blev imidlertid de egentlige pionerer indenfor legeterapi, som havde udgangspunkt i den psykoanalytiske/psykodynamiske teori og praksis. Der udviklede sig, indenfor denne tradition, to legeterapeutiske hovedretninger: en struktureret/kognitiv metode, repræsenteret ved Anna Freud, som gik ud på, at terapeuten var initiativtager i terapiprocessen og den, der "satte scenen" og en metode, hvor terapeuten lod barnet vise vejen og selv var "fluen-på-væggen", først og fremmest repræsenteret ved Melanie Klein. Sidstnævnte tilgang kombineret med den, af Carl Rogers, senere udviklede terapeutiske/ "klientcentrerede" retning indenfor voksentherapi, inspirerede Virginia Axline til at udvikle den tilsvarende "klientcentrerede/non-direktive" metode (Jytte Mielcke, undervisningsoplæg april 2015). Axline blev herefter krediteret som udvikleren af legeterapien, som vi kender den i dag (Axline, 1947; Axline, 1964; Axline, 1971).

Ifølge Jytte Mielcke (1999) er legeterapi en kommunikationsproces mellem barn og terapeut. Kommunikationen foregår sprogligt såvel som kropsligt, motorisk og symbolsk. Barnet udtrykker sig – bevidst og ubevidst – og "fortæller" via legen. Legen kan være udtryk for fantasi og forestilling og/eller repræsentere barnets virkelighed, og gennem legen kan barnet udtrykke sine tanker, følelser, erindringer og opfattelse af verden. I legen får barnets ubevidste en stemme, og

der påbegyndes en organiseringsproces af barnets ubevidste, som efterhånden bevidstgøres via symbolisering, gennem brug af legetøjet, og contains og sprogliggøres ved terapeutens hjælp. Legeterapi er således anvendelig til behandling af en række følelsesmæssige, adfærdsmæssige og sociale udfordringer hos børn, i relation til hvordan det kommer til udtryk i dynamikkerne i barnets relationer. Endvidere er legeterapi en vigtig metode til behandling af børn, der har været udsat for omsorgssvigt, misbrug, vold eller andre traumer.

Siden disse tidlige pionerer og repræsentanter for de forskellige teoretiske traditioner indenfor legeterapi er der sidenhen blevet udviklet varierende former for legeterapi med de forskellige teoretiske baggrunde, og med et tilsvarende antal forskellige teknikker og metoder, der kan benyttes i behandlingen (Seymour, 2016). Som en respons på dette etablerede Charles Schaefer sammen med kolleger den amerikanske legeterapeutiske forening "Association for Play Therapy" (1997) med de formål at skabe et forum, hvor legeterapeutiske behandlere kunne udveksle information, opnå sparring, etablere træning og skabe et netværk af forskere, undervisere og behandlere (Seymour, 2016). Association for Play Therapy (1997) har defineret legeterapi som en systematisk brug af en teoretisk model, der har til formål at etablere en interpersonelt forankret proces, hvori uddannede legeterapeuter gør brug af legens terapeutiske underliggende mekanisme¹¹. Dette gøres med henblik på at forebygge eller afhjælpe klienters psykosociale problemer og for at opnå optimal vækst og udvikling.

På skuldrene af de første pionerer, der havde fokus på den individuelle legeterapeutiske behandlingsmetode, er der sideløbende hermed blevet udviklet forskellige individuelle legeterapeutiske behandlingsmetoder samt metoder med inddragelse af forældrene som agenter i stedet for terapeuten. Et eksempel er Theraplay (Jernberg & Booth, 2001), som bygger på den strukturerede/kognitive tradition. En anden variation af legeterapi med inddragelse af forældre, Filial legeterapi, som blev udviklet af ægteparret Guerneys, har udgangspunkt i den "non-direktive" tradition (Guerney, 1983; Guerney, 2003). Indenfor den individuelle legeterapeutiske metode er en af de tidligst udviklede, den jungianske Sandplay metode (Kalff, 1971; Kalff, 2003). Af andre senere nævneværdige individuelle legeterapeutiske metoder kan nævnes Adlerian legeterapi (Kottman, 1995; Kottman, 2011), Ecosystemic legeterapi (O'Connor, 2001) og mange

¹¹ På engelsk, "therapeutic powers".

andre. Fokus er dog i dag skiftet fra teori-specifikke legeteorier til mere integrative tilgange, som intervenserer med baggrund i det enkelte barn og med anvendelse af den behandling, hvis terapeutiske underliggende mekanismer, der er størst evidens for (Seymour, 2016). Ecosystemic legeterapi (O'Connor, 2001) er et eksempel på en integrativ behandling og er en af de første integrative modeller af legeterapi.

Det kan være vanskeligt at udforme generelle anbefalinger om for eksempel antal sessioner, varighed af behandling, manualisering og andre behandlingsspecifikke elementer. Det afhænger af barnets konkrete problemstilling samt af de forskellige metoder, herunder den eksisterende viden, forskning og erfaring indenfor den konkrete metodes effekt. Fælles for metoderne er dog, at de forskellige uddannelsessteder, eksempelvis i Danmark, Europa og USA: Psykoanalytisk psykoterapi med børn og unge, Institut for Legeterapi samt The Association of Play Therapy uddanner legeterapeutiske behandlere med det fokus at sikre et højt niveau af faglighed gennem træning og supervision (Jytte Mielcke, undervisningsoplæg april 2015; Seymour, 2016). I danske sammenhænge er det således muligt at uddanne sig i non-direktiv og psykodynamisk legeterapi på Institut for Legeterapi. Der eksisterer desuden en uddannelse i psykoanalytisk regi med fokus på psykoanalytisk psykoterapi med børn og unge, som ligeledes har sit udgangspunkt i legen som metode. Ligesom den amerikanske forening, The Association for Play Therapy, er en paraplyorganisation for uddannelse i legeterapi i de forskellige stater, er den danske uddannelse i psykoanalytisk psykoterapi også underlagt en paraplyorganisation, European Federation for Psychoanalytical Psychotherapy (EFPP), som har til opgave at udveksle erfaringer og sikre kvalitetsudviklingen nationalt.

Schaefer & Drewes (2014) har, blandt mange andre bøger om legeterapi, udgivet en bog, hvori de har identificeret 20 terapeutiske underliggende mekanismer eller medierende faktorer i legeterapi, som er fælles faktorer for forandring for alle legeterapier. Herunder indgår faktorer, som faciliterer kommunikation, plejer og understøtter følelsesmæssigt velvære, forbedrer sociale forhold og forstærker personlig styrke (Schaefer & Drewes, 2014).

Ifølge Mielcke (1999) kan legeterapi almindeligvis tilbydes børn i alderen 2½ år til ca. 10-12 år, men er også relevant for mange unge. Barnet og den unge kommer til behandling, oftest med ugentlige intervaller, på et fast tidspunkt i gennemsnit fra ½ år til ca. 1½ år. Legeterapi står

normalt ikke alene, men anvendes som supplement til samtaler og behandling af familie. Dette ud fra tanken om, at vejen til løsning af barnets indre konflikter og støtten til barnets udvikling og vækst ikke kun sker igennem legen. Det primære omdrejningspunkt er således både den relation, der udspiller sig i legerummet i forhold til terapeuten, og også i forhold til barnets nære omsorgspersoner. Der sættes således ikke udelukkende fokus på noget iboende, som er opstået i barnet (Mielcke, 1999). Ifølge Mielcke (1999) forudsætter et vellykket legeterapeutisk forløb ikke blot udvikling af en terapeutisk alliance med barnet, men også med dets forældre samt et positivt samarbejde med barnets primære netværk.

4.5 Narrativ Eksponeringsterapi til traumatiserede børn og unge

Narrativ eksponeringsterapi til traumatiserede børn og unge (KidNET) er en traumefokuseret behandlingsmetode udviklet til flygtningebørn og –unge udsat for multiple forskelligartede traumer relateret til bl.a. vold, krig og minoritetsforfølgelse (Neuner, Catani, Ruf, Schauer, Schauer, & Elbert, 2008; Schauer et al., 2004; Schauer, Neuner & Elbert, 2017). KIDNET er en alderssvarende tilpasning af Narrativ Eksponeringsterapi (NET) til voksne, som er en kulturelt sensitiv traumeterapi, der kan udføres med få tilgængelige ressourcer, som kendetegner livet i flygtningelejre og krigsramte områder (Neuner et al., 2008; Schauer et al., 2004). KIDNET som metodisk ramme afgrænses ikke kun til arbejde i flygtningelejre og asylcentre, men anvendes også til traumatiserede børn i nye værtslande samt til traumatiserede vestlige børn (Fazel et al. 2020; Ruf, Schauer, Neuner, Catanai, Schauer, & Elbert, 2010).

Når et barn udsættes for noget traumatisk, lagres informationerne om traumet i hukommelsen i to uafhængige formater som henholdsvis faste sensoriske oplevelser (lugt, smag, hørelse, syn, taktile oplevelser mv.) samt en mere abstrakt fleksibel og kontekstbundet repræsentation (tid, sted, sammenhæng osv.; Brewin, Gregory, Lipton, & Burgess, 2010). Hvad, der konkret skete og under hvilke omstændigheder, bindes sammen af den viljestyrede autobiografiske hukommelse, der hjælper hver enkelt med at organisere erindringer og oplevelser i tid og rum (Schauer, Neuner & Elbert, 2011). I behandlingskonteksten benævnes denne skelnen ofte varm hukommelse (det man kan sanse, for eksempel lugten af en citron) og kold hukommelse (det man kan huske uden at mærke noget, for eksempel hovedstaden i Danmark). Når barnet udsættes for gentagne ensartede eller forskelligartede traumer, indgår de sensoriske minder i de samme neurale strukturer og

danner tilsammen et neuralt traumenetværk. Hvis den autobiografiske hukommelse organiserer de sensoriske oplevelseskomponenter i tid og rum via hippocampus, kan barnet mindes ubehaget under traumet men adskille det fra nutiden. Børn, der ikke hjælpes til at opbygge en sammenhængende autobiografi, vil have sværere ved at organisere og genkalde de sensoriske oplevelser som noget, der hører en "overstået fortid" til. De mærker og opfatter de sensoriske minder, som om de sker "her og nu", og de får således flashback (Schauer, Neuner & Elbert, 2011). De neurale traumenetværk er organiseret ud fra et automatiseret alt-eller-intet princip, hvorved en delkomponent af traumenetværket automatisk aktiverer hele traumenetværket. Det vil sige, at en enkelt trigger i omgivelserne ikke blot aktiverer ét ubehageligt minde men alle ubehagelige minder. Målet med KIDNET er således at reorganisere og styrke sammenhængen mellem de sensoriske minder (hvad), og de kontekstbundne repræsentationer (hvornår) i en sammenhængende selvfortælling (Neuner et al., 2008; Schauer et al., 2004; Schauer et al., 2017).

KidNET er struktureret i tre faser. Første fase fokuserer på assessment og psykoedukation. Psykoedukationsdelen tager 1-2 sessioner af 90 minutters varighed. Det anbefales, at ikke-krænkende forældre deltager i psykoedukationen, når det er muligt (Schauer et al., 2017).

I anden fase lægges barnets livslinje, hvorved man tager første skridt mod at styrke den fragmenterede autobiografiske hukommelse ved at organisere minderne i kronologisk orden. Livslinjen laves individuelt (uden forældredeltagelse) i én session på 90-120 minutter. Linjen består af flere fysiske symboler, der lægges langs et reb, som kronologisk repræsenterer barnets liv. Symbolerne omfatter blomster for stærke positive oplevelser og sten for stærke negative oplevelser dvs. traumatiske 'hot spots'. Herudover kan der anvendes lys til at symbolisere tab og sorg, for eksempel ved dødsfald, og pinde for begivenheder, hvor barnet var voldelig eller aggressiv overfor andre, for eksempel bandekriminalitet (Neuner et al., 2008; Schauer et al., 2004; Schauer et al., 2017).

I den tredje fase af behandlingen påbegyndes eksponering for traumerne, hvilket udgør kerneelementet i KidNET. For hver af de følgende sessioner vil barnet og behandleren eksponere for én ny sten (traume) pr. session i den rækkefølge, de blev lagt på livslinjen. Antallet af sessioner i tredje fase afhænger af antallet af sten repræsenteret på livslinjen, men svarer ofte til mellem 5 og 10 sessioner af 90 minutters varighed (Schauer et al., 2017).

Der anvendes imaginær eksponering, hvor behandleren aktivt hjælper med at skabe en fremadskridende fortælling med fokus på 'hvad der skete'. Behandleren er aktivt spørgende til sanser, tanker, følelser og fysiske reaktioner under traumet og i nuet. Eksponeringen for det enkelte traume sigter mod kronologisk sammenhæng med det formål at organisere de sensoriske oplevelser i den rette tidsmæssige kontekst. Hver enkelt eksponeringssession afsluttes først på det tidspunkt i fortællingen, hvor barnet igen befinder sig udenfor det umiddelbare traume (Neuner et al., 2008, Schauer et al., 2017). Blomster på livslinjen beskrives grundigt i den kronologiske fortælling imellem de traumatiske 'hot spots', men ikke med samme detaljegråd som traumerne. Der anvendes også imaginær eksponering til intervention rettet mod pindende, hvor behandleren bl.a. undersøger ambivalens og arousal. Behandleren accepterer barnets følelser, selv når barnet beskriver positive følelser relateret til vold og aggression. Ved lysene hjælpes barnet til sorgbearbejdning (Schauer et al., 2017). I den sidste del af hver eksponeringssession bruger barnet og behandleren tid på at opbygge en forståelsesramme, der kan hjælpe barnet til at skabe en mening i det meningsløse. Behandleren nedskriver narrativet.

I den sidste afsluttende session rekonstruerer barnet livslinjen igen. Hvis barnet ønsker det, kan det også lægge blomster for fremtidige håb og drømme. Barnets samlede narrativ læses op af behandleren, underskrives af barn, behandler og eventuelle bevidnere, hvorefter barnet får sit narrativ med hjem (Schauer et al. 2017). Efter aftale med barnet kan narrativet også i nogle tilfælde anvendes som dokumentation i forbindelse med juridiske sager om børns rettigheder, menneskerettigheder samt asyl eller opholdssager (Schauer et al., 2017).

4.6 Sandplay

Sandplay er en legeterapi, som gør brug af en sandkasse eller en bakke med sand, vand og dertilhørende små miniatureobjekter (Kalff, 1971; Kalff, 2003; Lowenfeld, 1993). I dag anvendes Sandplay i mange forskellige typer af legeterapier, udført af behandlere med forskellige baggrunde og til forskellige kliniske problemstillinger hos både børn og voksne (Homeyer & Sweeney, 1998; Homeyer & Sweeney, 2011). Teknikken bag blev oprindeligt udviklet af Margaret Lowenfeld og blev kaldt "The World Technique", hvor børn byggede deres verden i sandbakker (Lowenfeld, 1993). Dora Kalff videreudviklede Lowenfelds idé, og kaldte behandlingsmetoden for Sandplay (Kalff, 1971; Kalff, 2003).

Ideen bag Sandplay er, at sandbakken og de dertilhørende materialer skal være et instrument, hvor et barn kan udtrykke sig om sin emotionelle og mentale tilstand uden intervention, overførsel eller fortolkning fra voksne, og kan producere noget, som kan stå for sig selv og være uafhængigt af nogen bagvedliggende teori (Lowenfeld, 1993). Antagelsen er, at barnet bliver konfronteret med dele af sin egen emotionelle verden, tanker og minder gennem det faktum, at barnet selv har lagt det frem til egen inspektion (Lowenfeld, 1993).

Terapien bygger på jungianske psykologiske koncepter om det bevidste og det ubevidste (Reed, 2010; Turner, 2005). Jung definerede det bevidste som vores tanker, følelser, sensationer og intuition; altså alt dét, som vi af os selv kan tilgå og være klar over (Turner, 2005). Det ubevidste er derimod det, som vi ikke er klar over, og som vi i lav grad kan tilgå, men som vi stadig er stærkt forbundet til (Turner, 2005). Tanken er, at når nogle stimuli er for overvældende for barnet, for eksempel i form af oplevelse af et traume, bliver indholdet skubbet ned i det ubevidste, så barnet midlertidigt kan håndtere situationen (Reed, 2010). Sådanne oplevelser kan ikke tilgås, og bliver derfor ikke integreret i selvet (Reed, 2010). Dette kan dog på sigt føre til uhensigtsmæssige reaktioner som for eksempel emotionel tilbagetrækning, aggressiv adfærd og forsinkelse i den normale udvikling (Reed, 2010). Arbejdet i Sandplay bevæger sig i det grå område mellem det bevidste og det ubevidste (Turner, 2005). Antagelsen er, at ved at lege og bygge i sandet, tillader man et nedslag i det ubevidste, som kan hjælpe til en reorganisering og en individuationsproces, hvor det, som tidligere var utilgængeligt bliver tilgængeligt og integreret i selvet (Reed, 2010).

Sandplay har, som tidligere skitseret, tre primære elementer: en bakke med sand, en miniature-kollektion og vand (Homeyer & Sweeney, 2011; Kalff, 1971; Kalff, 2003). Sandbakkens størrelse og form varierer, alt efter hvilken teoretisk tilgang man benytter. Sandplay-behandlere benytter ofte en rektangulær bakke på 72,39 x 49,53 x 7,52cm (Kalff, 2003; Turner, 2005). Størrelsen er valgt, så den begrænser klientens fantasi og dermed fungerer som en regulerende, beskyttende faktor (Kalff, 2003). Uanset størrelsen og formen på bakken, er de fleste sandbakke-behandlere enige om, at indersiden af bakken skal være malet blå, som symboliserer vand i bunden og himlen på siden (Homeyer & Sweeney, 2011; Turner, 2005).

Miniature-figurerne skal spænde både dybt og bredt, men uden at overvælde klienten. Et sæt på 300 miniaturefigurer eller flere anses som en passende størrelse (Homeyer & Sweeney, 2011;

Turner, 2005). Der skal gerne indgå flere figurer fra forskellige kategorier; mystiske/spirituelle figurer, fantasifigurer, mennesker, dyr, transportmidler, bygninger, vegetation, hegn/skilte/porte, naturlige genstande, landskab og tilbehør, arketyper, elementerne, skygge- og dødsfigurer og diverse (Turner, 2005). Miniaturefigurerne skal arrangeres efter kategori og være lettilgængelige for klienten (Homeyer & Sweeney, 2011).

Behandlingens hyppighed er afhængig af klientens behov og behandlerens tilgang og hensigt. Nogle behandlere bruger sandbakker konsistent i hver session, mens andre bruger dem selektivt, til et specielt formål, under en samlet behandlingsplan (Homeyer, 2016).

Homeyer & Sweeney (2011) foreslår en seks-step plan for, hvordan en session med en sandbakke kan se ud: 1) forberedelse af rummet, 2) introduktion til klienten, 3) klienten skaber scenen i sandet, 4) post-kreation og klientens forklaring, 5) oprydning og 6) dokumentation af sessionen.

For at udføre Sandplay professionelt er det nødvendigt at behandleren er certificeret, hvilket sker gennem træning, personlig erfaring og supervision (International Society for Sandplay Therapy, 2020).

4.7 Somatic Experiencing®

Somatic Experiencing® (SE) er en neurobiologisk behandlingstilgang til behandling af chok og traumatiske oplevelser. Behandlingen er udviklet af psykolog og Ph.D. Peter A. Levine (Levine, 1977; Levine, 1997; Levine, 2010; Payne, Levine & Crane-Godreau, 2015), og han lægger vægt på, at behandlingen er en tilgang snarere end en metode.

SE er en individuel, kortvarig intervention bestående af ni trin, som arbejder mod at ændre fysiologien af nervesystemet (Levine, 2010). De tre første trin skal udføres sekventielt, hvorefter de følgende seks trin kan flettes sammen og tilgås gentagne gange (Levine, 2010). Disse ni trin er beskrevet udførligt beskrevet i Levine, (2010).

Teorien bag tilgangen bygger på en antagelse om, at nogle stimuli har potentiale til at forstyrre det autonome nervesystem og dermed kroppens normale respons. Dette kan resultere i, at nervesystemet bliver dysreguleret og mister sin evne til at fungere på normal vis. I stedet fastholdes nervesystemet i en traumatiseret tilstand med ekstrem sympatisk (kamp-flugt-tilstand) og/eller parasympatisk (hviletilstand) aktivering, hvilket kan give anledning til klientens PTSD-

lignende symptomer (Payne et al., 2015). Tilgangen hviler dermed på tesen om, at kroppen husker, hvad der er sket. I metoden antages individets reaktion på den traumatiske hændelse, som det, der udløser traumet, snarere end hændelsen selv.

Netop fordi kroppen husker, hvad der er sket, centrerer SE sig om en fokuseret opmærksomhed på kropsfornemmelser. For at reducere klientens symptomatologi og hjælpe klienten videre, er det derfor centralt at få genetableret en balance i det autonome nervesystem. Dette gøres gennem en vedvarende opmærksomhed på kropslige sansninger, hvilket "tvinger" klienten til at blive i "her-og-nu"-sensationer. Direkte og intens genkaldelse af traumet undgås intentionelt, og i stedet tilgås de traumatiske erindringer gennem sanserne. Under den fokuserede opmærksomhed, guider og hjælper terapeuten gradvist klienten til at udvikle tolerance overfor svære kropslige fornemmelser og sansninger (Payne et al. 2015). Foruden toleranceopbygning, gør denne fokuserede opmærksomhed på sansningerne det desuden muligt for klienten at udvikle nye korrigerende indre oplevelser. Disse nye indre oplevelser skal agere modstykker til de eksisterende traumerelaterede fornemmelser og sansninger, der kan være karakteriseret af hjælpeløshed og frygt (Payne et al., 2015). I arbejdet med børn vil der i praksis ofte være andre elementer tilknyttet SE-behandlingen for eksempel theraplay og sansemotorik.

Behandlingen afsluttes, når klienten på egen hånd er i stand til at tilgå, blive i og udholde traumerelaterede sensationer og fornemmelser, og når denne oplevelse undervejs er associeret med de nye indre oplevelser fremfor kroppens traumatiske respons (kamp-flugt, hviletilstand, fryse mv.).

4.8 Theraplay®

Theraplay er en relationsbaseret legeterapi udviklet af Ann Jernberg og Phyllis B. Booth (Booth, Lindaman & Winstead, 2014; Booth & Winstead, 2015; Jernberg, 1979; Jernberg & Booth, 1999; Booth & Jernberg, 2010). Terapien er baseret på tilknytningsteori og søger at modellere den sunde, afstemte og empatiske interaktion mellem forældre og børn, der leder til en sikker tilknytningsstil (Booth & Jernberg, 2010). Theraplay er primært rettet mod børn og deres omsorgspersoner (Booth & Jernberg, 2010). Behandlingen kan dog også benyttes til både individer, familier og grupper i alle aldre og med forskellige baggrunde og udfordringer. Theraplay

kan udføres mange forskellige steder for eksempel i skoler, på hospitaler, i børnehaver, på børnehjem mm. (Booth & Jernberg, 2010).

Den bagvedliggende antagelse er, at børn, som lærer, hvem de selv er, hvad de kan forvente fra andre, at de er elskede og kompetente, og at verden er et sikkert sted at være, vil udvikle evnen til selvregulering, gode sociale færdigheder, evnen til at lære nyt, følelser af kompetence og et positivt syn på sig selv og verden. Børn, som derimod vokser op i et miljø præget af omsorgssvigt, fejlafstemninger og barske, ufølsomme interaktioner, vil udvikle et negativt syn på verden. De vil opfatte verden som usikker og fuld af trusler, og de vil ydermere have en selvopfattelse af, at de er umulige eller svære at elske, samt er inkompetente. De vil også have tendens til at opfatte andre som ufølsomme og utroværdige. Et usikkert og utrygt omsorgsmiljø kan føre til en usikker tilknytningsstil og dårlig selvregulering, adfærdsmæssige og relationelle problemer og dårligt mentalt helbred. Antagelsen er dog, at alt dette kan afhjælpes og ændres gennem Theraplay (Booth & Jernberg, 2010).

Terapien indeholder flere karakteristiske træk, som kaldes kerne-koncepter. Disse inkluderer 1) interaktive og forholdsbaserede oplevelser, 2) direkte her-og-nu interaktion, 3) vejledning til voksne, 4) afstemt, empatisk og refleksiv tilgængelighed, 5) præverbal, social, højre-hjerne fokus, 6) multisensoriske oplevelser (inklusiv berøring) og 7) en legende tilgang (Booth & Jernberg, 2010). Derudover har behandlingen fokus på fire dimensioner; struktur, engagement, omsorg og udfordring, som overordnet har den funktion at signalere trykthed, stabilitet og tiltro til barnets værd og evner (Booth & Jernberg, 2010).

Behandlingen udføres ideelt set i et lav-stimulerende rum med et tæppe på gulvet og puder til at sidde på. Modsat mange andre legeterapier, tager Theraplay udgangspunkt i den interpersonelle kontakt mellem deltagerne i behandlingen. Legetøjet er derfor ikke det primære fokus i behandlingen og tages derfor som udgangspunkt kun frem, når det skal bruges i behandlingen¹². For at udføre Theraplay-behandlingen professionelt er det nødvendigt at behandleren er certificeret, hvilket sker gennem træning og efterfølgende supervision gennem The Theraplay Institute (Booth & Jernberg, 2010).

¹² Det kan i dele af behandlingen være nødvendigt at gå omvejen via legetøjet for at komme ind til det primære fokus; intersubjektiviteten.

Før behandlingen begynder, udføres forskellige tests for at vurdere den psykosociale status for familien (Booth & Jernberg, 2010). Den deltagende familie observeres og omsorgspersonerne svarer på spørgsmål, således behandleren får et indblik i deres tilknytningsstil. Til sidst udføres MIM (Marschak Interaction Method) (Booth, Christensen & Lindamann, 2011), en legebaseret vurderingsteknik, hvor omsorgsperson og barn udfører ni opgaver sammen, som behandleren bruger som udgangspunkt for tilrettelæggelsen af den efterfølgende behandling (Booth & Jernberg, 2010).

Derefter starter første session, som foregår alene med omsorgspersonen, hvor behandleren viser og forklarer, hvad der kommer til at ske i de følgende sessioner (Booth & Jernberg, 2010).

Sessionerne foregår oftest en gang om ugen og er som udgangspunkt bygget op omkring 15-20 minutters samtale med omsorgspersonen efterfulgt af 30-45 minutters Theraplay-session med barnet. Hvis det ikke er muligt at anvende denne opbygning og tale med forældrene først, kan forældre dog forberedes på anden vis. I de første tre sessioner interagerer behandleren med barnet, mens omsorgspersonen kigger på, eller eventuelt inddrages mere direkte på anden vis. I den efterfølgende fjerde session mødes behandleren igen alene med omsorgspersonen, og gennemgår fremskridt og områder, som har specielt behov for vækst. Derudover forberedes omsorgspersonen på selv at deltage aktivt i behandlingen. Herefter følger tre sessioner, hvor omsorgspersonen opfordres til at deltage aktivt i dele af aktiviteterne under grundig vejledning af behandleren (Booth & Jernberg, 2010). Herefter følger endnu en session kun med omsorgspersonen. Behandlingen fortsætter efterfølgende på samme vis med tre fælles sessioner efterfulgt af en enesession med behandler og omsorgsperson. Omsorgspersonen opfordres løbende til at tage mere og mere styring med aktiviteterne (Booth & Jernberg, 2010). Denne opbygning af behandlingen kan tilpasses med individuelle løsninger afhængig af problemstillingen. Sådanne tilpasninger foretages på baggrund af en grundig udredning, herunder af forælder-barn dyaden for eksempel ved brug af Marschak Interaction Method (MIM).

For klienter med milde til moderate problemer vil behandlingen oftest være omkring 25 sessioner. For nogle klienter kan der dog være længere eller kortere forløb med afslutning, når det mål for behandlingen, som behandler og omsorgsperson er blevet enige om, er opnået (Booth & Jernberg,

2010). Det er desuden muligt at se barnet og forældre til opfølgende sessioner, for eksempel over det følgende halvår eller mere.

Når barnet skal afslutte behandlingen, foregår sidste session som en dimission. Behandleren forklarer barnet, hvorfor behandlingen afsluttes, og der er indlagt aktiviteter og snacks, som barnet specielt godt kan lide (Booth & Jernberg, 2010).

4.9 Traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi

Traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi (TF-CBT) er en behandlingsmetode rettet mod børn og unge med traumerelaterede symptomer (Cohen & Mannarino, 1993; Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006; Deblinger & Heflin, 1996). Terapien er oprindelig udviklet som en behandlingsmetode rettet mod PTSD-symptomer hos førskolebørn, som havde været udsat for seksuelle overgreb. Senere er den blevet tilpasset til børn i alle aldre, der har været udsat for forskelligartede traumatiske oplevelser, og den kan derfor nu anvendes til både PTSD-symptomer samt andre traumerelaterede symptomer som depression, angst og associerede adfærdsmæssige og emotionelle vanskeligheder (Cohen & Mannarino, 1993; Cohen et al., 2006). I TF-CBT anvendes der interventioner og teknikker baseret på kognitive-adfærdsterapeutiske principper samt aspekter fra tilknytningsteori, udviklingsteori, neurobiologi, familierapi samt teoretiske modeller indenfor den humanistiske tilgang (Cohen et al., 2006).

TF-CBT er en manualbaseret intervention med en typisk behandlingstid på 12-16 sessioner á 60-90 minutter (Cohen et al., 2006). Ved komplekse traumereaktioner, kan der være behov for lidt længere forløb (Pollio & Deblinger, 2018). Selvom metoden er manualbaseret, anbefales det, at behandleren tilpasser interventionens komponenter, intensitet og længde til behovet hos det enkelte barn og dets omsorgsperson(er) (Cohen et al., 2006; Pollio & Deblinger, 2018).

I TF-CBT søges der i høj grad at inddrage ikke-krænkende omsorgspersoner, når det er muligt (Cohen et al., 2006; Cohen & Mannarino, 1993; Deblinger & Heflin, 1996; Pollio & Deblinger, 2018). Forældrene inddrages både gennem parallelsessioner, hvor barn og forældre taler med behandleren hver for sig, og gennem fælles forældre-barn sessioner (Cohen et al., 2006). Der lægges vægt på, at barnet er centrum for behandlingen, men at forældre bør inddrages, da de har stor indflydelse på, hvordan barnet reagerer på behandlingen på kort- og lang sigt (Cohen et al.,

2006; Pollio & Deblinger, 2018). Når forældre inddrages i behandlingen, er målet at styrke forældrestrategier, forældre-barn kommunikation, tilknytning samt fremme barnets styrkesider. Herudover arbejdes der med at mindske forældrenes stressreaktioner relateret til barnets traume(r) for at optimere deres evner til at være støttende og mindske undgåelse (Cohen et al., 2006). Formålet med at inddrage forældrene på denne vis er dermed også at øge sandsynligheden for en hurtigere og længerevarende behandlingseffekt. Behandlingen kan dog også gennemføres uden forældreinddragelse (Cohen et al., 2006).

TF-CBT er struktureret i tre faser: 1) stabilisering og færdighedstræning, 2) traumenarrativ og bearbejdning/procesering samt 3) integration og konsolidering. Faserne udføres sekventielt, og der overbygges løbende på tidligere fasers lærte færdigheder og fremskridt (Cohen et al., 2006). Sideløbende med de tre faser er der et vedvarende fokus på gradvis eksponering og forældrearbejdet.

I den stabiliserende fase er der først fokus på psykoedukation og normalisering. Psykoedukationen introduceres i denne første fase, men udføres kontinuerligt under hele forløbet (Cohen et al., 2006). Barnet og forældre lærer desuden beroligende strategier som bl.a. afspændings- og afslapningsteknikker med henblik på at reducere indre stress og uro og blive bedre i stand til at håndtere traumepåmindere (Cohen et al., 2006). Der er også et fokus på følelsesregulering, hvor der arbejdes med at genkende, forstå, acceptere og udtrykke følelser. Eftersom uhensigtsmæssige tanker om traumerne er medvirkende til at opretholde PTSD-symptomerne, søger man også at arbejde med kognitiv mestring i første fase. Der er fokus på at skabe bevidsthed om sammenhængen mellem tanker, følelser og adfærd samt lære at skabe alternative og mere hensigtsmæssige tanker. I denne fase arbejder man dog ikke med at skabe nye tanker relateret til traumerne men med at lære teknikken, som skal anvendes i den næste fase (Cohen et al., 2006; Pollio & Deblinger, 2018).

I anden fase af behandlingen arbejdes der med traumenarrativ og kognitiv bearbejdning (Cohen et al., 2006). Traumenarrativet udarbejdes gennem gradvis eksponering, hvor barnet over flere sessioner støttes til at gå mere i detaljer omkring, hvad der skete før, under og efter traumet samt berette om de følelser og tanker der var til stede på de forskellige tidspunkter (Cohen et al., 2006). Målene med den gradvise eksponering er flerfoldede, hvor det bl.a. søges at mindske undgåelse

og skabe en habituering til traumeminder. Herudover er der særligt fokus på at integrere de traumatiske minder i barnets hele livshistorie og skabe mening. Traumenarrativet kan udformes på skrift som bog eller laves som sang, digt, tegninger mv. Behandleren hjælper barnet til at finde den metode, der passer barnet bedst. Det vigtigste er ikke narrativets fysiske udformning, men selve den interaktive proces, der forekommer mellem barn og behandler under eksponeringsforløbet, hvor barnet opnår støtte og validering til udformningen af sit traumenarrativ (Cohen et al., 2006). Når barnet har fortalt om traumerne, hjælper behandleren barnet med at identificere traumepåmindelser og uhensigtsmæssige tanker ud fra det foreløbige narrativ. Der arbejdes med kognitiv restrukturering målrettet de uhensigtsmæssige tanker (Cohen et al., 2006). I slutningen af denne fase vil man ofte lave fælles forældre-barn sessioner, hvor traumenarrativet deles med forældrene. Målet er at sikre bedre kommunikation om traumer mellem barn og forældre, vise at forældrene kan rumme traumerne samt lægge op til, at forældrene kan tale med barnet om svære emner fremadrettet (Cohen et al., 2006).

I den sidste fase af behandlingen kan der anvendes in-vivo eksponering, hvis barnet fortsat oplever angst relateret til ufarlige traumepåmindelser i en sådan grad, at det påvirker dagligdagen. In-vivo eksponeringen kan udelades, hvis der ikke er et behov herfor. Det er således den eneste valgfrie komponent i behandlingen (Cohen et al., 2006). Herudover er der i den sidste fase fokus på fremtidig sikkerhed for at genoprette følelsen af sikkerhed og mindske risikoen for reviktimisering. Endeligt er der et fokus på fortsat udvikling (Cohen et al., 2006).

5. Metode

For hver af de inkluderede behandlingsmetoder i denne rapport er der foretaget en systematisk litteratursøgning. Formålet med de systematiske litteratursøgninger var at identificere de eksisterende studier, der har undersøgt behandlingen af traumatiserede børn i alderen 3-12 år med anvendelse af de udvalgte behandlingsmetoder. De udvalgte behandlingsmetoder er: Compassion Focused Therapy, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, legeterapi, narrativ eksponeringsterapi til traumatiserede børn og unge, Sandplay, Somatic Experiencing®, Theraplay og traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi.

I samarbejde med en bibliotekar blev seks databaser udvalgt til søgningerne. Databaserne er udvalgt, fordi de tilsammen dækker relevante områder for vores søgning: det psykotraumatologiske, psykologiske, medicinske og sundhedspsykologiske felt. Følgende databaser blev udvalgt: PILOTS, Embase, PsycINFO, Medline og PubMed. Behandlingsmetoder med udgangspunkt i eller med elementer fra legeterapi blev desuden gennemført i databasen ERIC (legeterapi, sandplay og theraplay). På tværs af Ovid-databaserne (Embase, PsycINFO og Medline) blev der foretaget samsøgninger (romper search) for alle behandlingsmetoder, så overlap i søgninger (dubletter) blev automatisk frasorteret undervejs.

Alle de systematiske søgninger tog udgangspunkt i én søgestrengsskabelon, som er angivet i Figur 1, og blev udviklet i samarbejde med bibliotekaren. Til udviklingen af søgestrengen tog vi udgangspunkt i PICO-modellen, der beskriver population (P), intervention (I), sammenligningsgruppe (C) og udfald (O). Idet vi ønskede at indfange alle relevante studier indenfor hver af behandlingsmetoderne, benyttede vi primært intervention (I) og population (P). Den første kolonne i figuren herunder med behandlingsrelaterede termer (I), blev for hver behandlingsmetode erstattet med relevante termer og synonymer for den aktuelle behandling. Disse termer blev udvalgt på baggrund af afdækkende søgninger, hvor vi undersøgte, hvordan behandlingsmetoderne aktuelt er beskrevet i den eksisterende litteratur. Den anden kolonne med populationstermer (P) var den samme for alle søgningerne.

Alle søgningerne blev foretaget på keywords og fuldtekst med henblik på at indfange mest mulig relevant litteratur. Nedenfor er søgestrengen for traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi (TF-CBT) illustreret som eksempel:

Figur 1: Skabelon for søgestreng

Trauma-focused cognitive behavioral therapy OR Trauma focused cognitive behavioral therapy OR Trauma-focused CBT OR TF-CBT OR Preschool PTSD Treatment	AND	Child* OR Young child* OR Girl* OR Boy* OR Pre next school* OR Pre-school* OR Preschool* OR Kid*
--	------------	---

Figur 1: Bemærk, at termen "pre next school" ikke blev anvendt i følgende databaser: PILOTS og ERIC. Dette skyldes, at databaserne registrerer termet forkert, navnlig som en boolsk operator, og databaserne tillader ikke tre boolske operatører ved siden af hinanden ("OR", "pre next school*", "OR"). Søgning alene på "pre next school*" resulterede i 0 identificerede hits og på baggrund af manglende hits og umuligheden i at gennemføre søgningen ved brug af denne term, blev termen ekskluderet fra søgestrengen i de to nævnt databaser.

De identificerede studiers relevans blev screenet ud fra forudbestemte kriterier for inklusion og eksklusion, som angivet i Tabel 5. Screening og selektering af studierne skete i en trinvis proces, hvor studierne indledningsvist blev screenet på titel og abstract. Herefter blev studierne screenet på fuldtekst, hvorefter studierne, der opfyldte kriterierne for inklusion blev inkluderet. For hver behandlingsmetodes screening- og selekteringsproces er der udarbejdet flowcharts. I disse flowcharts fremgår forskellige årsager til eksklusion af studierne fuldtekst, hvoraf enkelte af disse kategorier, og hvad de indbefatter, uddybes her. Disse kategorier er "forkert studiedesign" og "forkert publikationstype".

"Forkert studiedesign" indebefatter caseforklaringer af børn behandlet med den givne behandlingsmetode eller kvalitative studier, som var forudbestemt til at blive ekskluderet fra vores søgning. Mens kvalitative studier kan bidrage med grundige og relevante beskrivelser af børns traumehistorik og symptomniveau samt ændringer heri som følge af en intervention, inkluderes der ikke standardiserede præ- og postassessmentredskaber til vurdering af disse ændringer. Dette resulterer i en manglende standardiseret og kvantificerbar viden om barnet eller børnene, der

indgår i studierne og effekten af den behandling, de modtager. Dermed svækkes sammenligningsgrundlaget på tværs af studierne, og resultater fra kvalitative studier er derfor ikke velegnede til indeværende rapportens undersøgelsesfokus. På denne baggrund ekskluderes kvalitative studier.

Under eksklusionsårsagen "Forkert publikationstype" indgår meta-analyser, systematiske reviews, conferenceabstracts med resultater fra upublicerede interventionsstudier, studier, der ikke er selvstændigt publicerede, kommentarer, editorials m.fl. Lister over ekskluderede studier for hver behandlingsmetode kan rekvireres ved VfP.

Flowcharts for alle otte systematiske søgninger kan findes i rapportens bilag (se bilag 2).

Tabel 5: Inklusions- og eksklusionskriterier

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Engelske eller skandinaviske sprog - Peer-reviewede artikler - Beskrivelse af traumehistorik - Empiriske studier med standardiserede før- og efter måling af symptomer og vanskeligheder - Behandling af traumesymptomer - Børn mellem 3-12 år 	<ul style="list-style-type: none"> - Andre sprog end engelske og skandinaviske - Eklektiske behandlinger - Meta-analyser, systematiske reviews, conferencebidrag, afhandlinger, editorials, bogkapitler

Søgningerne blev gennemført i perioden fra d. 10. april 2020 til d. 5. oktober 2020. Søgningerne blev udført af førsteforfatter Mette Alkærsig (MA) og tre praktikanter hos VfP under vejledning af MA. En oversigt over, hvornår søgningerne blev udført, kan findes i Tabel 6 herunder.

Tabel 6: Datooversigt for udførelsen af søgninger

Behandlingsmetode	Søgning udført
Compassion Focused Therapy	25. juni 2020
Eye Movement Desensitization and Reprocessing	12. august 2020
Legeterapi	14. august 2020
Narrativ eksponeringsterapi til traumatiserede børn og unge	12. august 2020
Sandplay	12. august 2020
Somatic Experience©	5. oktober 2020
Theraplay	3. august 2020
Traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi	10. april 2020

Efter screening og selektion af søgeresultaterne, kontaktede vi en række af behandlingsmetodernes danske interesse- og medlemsorganisationer (for eksempel EMDR-foreningen, Somatic Experiencing Foreningen) som led i at sikre, at der eksisterede relevante empiriske studier, vores systematiske søgning ikke havde indfanget. Ingen af de kontaktede foreninger kendte til andre relevante studier end dem, vores søgning havde identificeret.

5.1 Søgetekniske tilpasninger til de enkelte søgninger

I dette afsnit uddybes tre søgeprocesser, hvor der til udviklingen af søgestrengene var knyttet afgørende til- og fravalg i søgetermer. Disse til- og fravalg byggede på erfaringer fra indledende søgninger og havde betydning for antallet af søgeresultater og bidrog med at gøre resultaterne mere fokuserede og relevante. Gennem indledende søgninger og efterfølgende optimering af vores søgestreng, endte flere søgninger således enten med at blive bredt mere ud eller indsnævret afhængig af den enkelte søgning.

5.1.1 Theraplay®

For Theraplay® foretog vi en indledende prøvesøgning for at kvalificere søgestrengen. Denne prøvesøgning blev foretaget i PsycInfo.

Indledningsvist var "Theraplay" den eneste term i søgestrengens første blok, og i PsycInfo resulterede dette i 142 hits. Ved brug af "Theraplay" som den eneste term i søgestrengens interventionsblok var der en risiko for, at vi ikke ville identificere traumerelaterede studier, fordi Theraplay® oprindeligt ikke er udviklet som en traumefokuseret metode. Derfor valgte vi at tilføje en boolsk operator ("AND") og termet "trauma" i interventionsblokken for yderligere at specificere søgningen. Efter denne specificering blev søgningen mere fokuseret, idet vi sikrede os, at traumerelaterede artikler ville blive identificeret. Inklusionen af termet "trauma" var derfor med til at sikre relevans og bidrog til at indsnævre søgeresultaterne. Derfor endte søgestrengen for Theraplay® med at have både "Theraplay" og "Trauma" inkluderet i søgestrengens interventionsblok (se bilag 1.7).

Vi søgte desuden på hjemmesiden for Theraplay Institute¹³ for at krydstjekke resultaterne fra vores søgning og eventuelt identificere relevante empiriske studier, vores søgning ikke identificerede. Der fandtes dog ingen studier, der opfyldte vores inklusionskriterier.

5.1.2 Sandplay

I søgningen for Sandplay blev der foruden de seks nævnte elektroniske databaser (PILOTS, PubMed, PsycInfo, Embase, MEDLINE og ERIC) desuden søgt i SDU Summon og Google Scholar. Dette for at sikre, at der i bredere og mere gængse databaser ikke fandtes empiriske studier, vi kunne komme til at overse. Til disse søgninger blev den samme søgestreng anvendt. Der blev dog ej heller identificeret relevante artikler i de to ekstra databaser.

5.1.3 Somatic Experience®

Modsat forkortelserne for mange af de andre behandlingsmetoder, blev forkortelsen for behandlingen Somatic Experiencing®, "SE", ikke anvendt som endeligt søgeterm (se bilag 1.6).

Forud for den endelige søgning, blev en indledende søgning foretaget. Formålet med denne søgning var at danne et overblik over den eksisterende litteratur om SE og at afprøve søgestrengens to blokke. I prøvesøgningen indgik forkortelsen "SE" samt alle de termer, der endte med at være en del af den endelige søgestrengs første blok (se bilag 1.6).

Søgestrengen blev indledningsvist afprøvet i to store psykologiske og biomedicinske databaser, PsycInfo og PubMed. Inklusion af "SE" i disse databaser resulterede i hhv. 5813 og >26000 hits sammenlignet med hhv. 11 og cirka 1100 hits ved eksklusion af termet "SE". Inklusion af forkortelsen resulterede dermed i en markant større mængde hits.

I de indledende identificerede artikler sås en meget sparsom anvendelse af forkortelsen "SE", hvilket gav indtrykket af, at "SE" endnu ikke er en etableret anvendt forkortelse i litteraturen ligesom for eksempel TF-CBT og EMDR er det. Dette hverken i titler, keywords eller abstract og ej heller i fuldtekster sås en konsekvent brug af forkortelsen.

¹³ www.theraplay.org

Kombineret ledte den betydelige forskel i antallet af identificerede artikler, mangel på generel brug af forkortelsen "SE" i litteraturen, samt tidsperspektivet for udformning af rapporten derfor til en eksklusion af forkortelsen "SE".

Til fremtidige, mere udtømmende, litteratursøgninger anbefales det dog at anvende forkortelsen. Dette gør sig særligt gældende i det ønskværdige tilfælde af, at flere empiriske studier om metoden publiceres. Dette ville kunne give anledning til en stigende konsensus om brugen af forkortelsen i litteraturen.

Med baggrund i krydstjekket med SE-foreningen og den nuværende (manglende) brug af forkortelsen i litteraturen, er det dog fortsat vores overbevisning, at inklusion af SE i vores søgning ikke ville have resulteret i identificering af flere empiriske studier.

6. Sammenfatning af evidens for behandlingsmetoder til traumatiserede børn

Nedenfor følger en sammenfatning og præsentation af resultaterne fra de otte systematiske litteratursøgninger. For hver søgning-, screening- og selektionsproces er der udarbejdet et flowchart. Læsere interesserede i disse henvises til rapportens bilag 2.

For de behandlingsmetoder, hvor det var muligt at identificere empiriske studier om metodernes effekt, og hvor studierne undersøgte vores målgruppe, har vi udarbejdet tabelbeskrivelser, hvori studierne formål, studiedesign, metode, assessment og vigtigste fund beskrives. Formålet med disse tabelbeskrivelser har været at give et overblik over den nuværende tilgængelige litteratur ved at præsentere eksisterende studiers fund, samt skitsere overordnede tendenser i behandlingsmetodernes nuværende evidens. For disse tabelbeskrivelser henviser vi til rapportens bilag 3. Referencerne på alle tabellernes studier fremgår desuden af litteraturlisten og er markeret med en stjerne (*).

Der er desuden udarbejdet kortfattede tabelbeskrivelser af identificerede empiriske studier, der har undersøgt virkningen af en af de inkluderede behandlingsmetoderne blandt traumatiserede børn i blandede aldersgrupper. Dette dækker over aldersgrupper, hvor den yngste børns alder er indenfor vores aldersafgrænsning (<12 år), men hvor de ældstes alder overskrider den, for eksempel samples i aldersgrupperne 7-16 eller 10-18 år. Der blev identificerede sådanne studier for behandlingsmetoderne EMDR, KidNET og TF-CBT. For disse tabelbeskrivelser henvises til bilag 4. Referencerne for disse studier indgår ligeledes i referencelisten og er markerede med to stjerner (**).

6.1 Compassion Focused Therapy

Den systematiske søgning på CFT identificerede 1227 artikler på tværs af de elektroniske databaser. Efter frasortering af dubletter og screening af titel og abstract, blev fuldtteksten for 17 studier inkluderet og læst. Alle 17 studier blev dog herefter ekskluderet grundet forkert intervention, forkert aldersgruppe (> 12 år eller voksne), eller fordi CFT ikke blev anvendt til behandling af traumesymptomer. For flowchartet over søgeprocessen for CFT, henviser vi til bilag 2.1.

På baggrund af denne søgning ser der derfor ikke ud til at eksistere empiriske studier, der undersøger effekten af CFT til behandling af traumesymptomer hos børn. Der ser derfor ud til for nu ikke at være empirisk belæg for at konkludere om, hvorvidt CFT har en gavnlige effekt eller ej til reducere af børns traumesymptomatologi.

6.2 Eye Movement and Desensitization Reprocessing

Den systematiske søgning på EMDR identificerede 687 artikler, hvoraf syv opfyldte kriterierne for inklusion. Yderligere 2 blev identificeret gennem manuel screening af inkluderede studiers litteraturlister, og der blev derfor identificeret ni eksisterende studier om behandlingseffekten af EMDR til traumatiserede børn under 12 år. Flowchartet for søgningen, screeningen og selektionen kan findes under bilag 2.2. For en tabeloversigt med beskrivelser af studierne formål, metode, assessment og fund henviser vi til tabelbeskrivelserne i bilagene. For tabellen over EMDR-studierne, se da bilag 3.1, Tabel 7.

Af de inkluderede studier er 22 % foretaget i Holland ($n = 2$), 22 % i Tyskland ($n = 2$), 11 % i Australien ($n = 1$), 11 % i Malaysia ($n = 1$), 11 % i Sverige ($n = 1$), 11 % i USA ($n = 1$) og 11 % i Italien ($n = 1$). Studierne samples spænder fra 10-52 deltagere. Kun ét af studierne, Lempertz og kolleger 2020, har fokuseret udelukkende på førskolebørn (3-6 år).

Fire af de ni studier (44,4 %) er randomiserede kontrollerede studier (RCT-studier)¹⁴. Derudover er der et feltstudie, et pilotstudie, et case-kontrolstudie og to case-seriestudier. Dermed har 55,6 % af studierne en kontrolgruppe ($n = 5$).

På trods af at en alder over 12 år var et af vores søgnings eksklusionskriterier, fremgår det af Tabel 5 i bilag 3.1, at fire af de inkluderede studier (de Roos, Greenwald, Hollander-Gijsman, Noorthoorn, Buuren & de Jongh. 2011; Hensel, 2009; Meentken et al. 2020; Oras, de Ezpeleta & Ahmad, 2004) undersøger aldersgrupper, hvori der indgår alderstrin udenfor vores afgrænsning (> 12 år). Inklusion af netop disse studier er sket på baggrund af grunding læsning og beregning af aldersfordeling i disse studier samples. Vi har dels valgt at inkludere et studie med en blandet aldersgruppe, hvis deltagernes gennemsnitsalder og standardafvigelse lå indenfor vores

¹⁴ RCT-studier er placeret højt i evidenshierarkiet. Det betyder, at evidens genereret i RCT-studier anses for at være mere solidt end evidens fra studier længere nede i evidenshierarkiet (for eksempel kohortestudier, case-kontrolstudier, casestudier mm.).

alderskriterie (Meentken et al. 2020; Hensel, 2009), dels hvis gennemsnitsalderen for børn allokeret til EMDR-grupperne lå indenfor alderskriteriet, og dels hvis en overvejende del af samplet var indenfor alderskriteriet (de Roos et al. 2011; Oras et al. 2004). Det skal dog bemærkes, at studierne med blandede aldersgrupper ikke har foretaget separate og aldersinddelte analyser af behandlingens effekt, hvilket betyder, at disse studiers resultater samt konklusionerne på baggrund heraf, kan være påvirket af studiernes aldersspredning.

Af de inkluderede EMDR-studier indeholder 66,7 % ($n = 6$) en eller flere opfølgingsmålinger, der foretages mellem 9 uger og 12 mdr. efter endt behandling. Opfølgingsmåling efter 3 mdr. er det mest hyppige opfølgningstidspunkt i de inkluderede studier.

På trods af, at EMDR er en manualbaseret behandling, hvor 6-12 sessioner som udgangspunkt anbefales (se Tabel 4), er der en varians i antallet af behandlingssessioner på 23 ½ sessioner ([1 ½-25]) internt mellem studierne. Det typiske spænd er på 3-6 sessioner. På tværs af studierne ses altså en tendens til, at EMDR på relativt få sessioner ser ud til at kunne generere gavnlige resultater, når det kommer til at reducere børnenes traumesymptomatologi.

På tværs af studierne er effekten af EMDR blevet undersøgt på både enkeltstående traumer som bilulykke og kirurgiske traumer og multiple traumer som krig og flugt. Effekten er også undersøgt på ofre for naturkatastrofer og eksplosionsulykker, hvorunder børnene kan risikere at blive eksponeret for flere potentielt traumatiske hændelser som at overvære tilskadekomne venner og familie, frygt for eget liv mm. De identificerede studier om EMDR har ikke undersøgt virkningen af behandlingen blandt ofre for seksuelle overgreb. Ved tidlig og langvarig traumatisering, hvor der er sket skade på barnets evne til selvorganisering, kan man være bekymret for, om EMDR vil være tilstrækkelig som metode, fordi der er begrænset opbygning af disse skadede områder.

Studierne har undersøgt effekten på en bred vifte af symptomer, eksempelvis angst, søvnforstyrrelser, adfærdsvanskeligheder, internaliserende og eksternaliserende symptomer, PTSD-symptomer og depression. Symptomniveauerne vurderes både gennem selvrapportering og vha. rapportering fra omsorgspersoner og i et enkelt tilfælde pædagoger og lærere.

Overordnet peger samtlige studier på en gavnlig effekt af EMDR. Den gavnlige effekt findes på tværs af studier, hvor EMDR sammenholdes med en ventelistekontrol (Chemtob, Nakashima & Carlson, 2002; Kemp, Drummond & McDermot, 2009; Wadaa, Zaharim & Alqashan, 2010), og i

studier, hvor EMDR sammenholdes med anden aktiv behandling (de Roos et al., 2011) eller normal behandling (TAU¹⁵; Meentken et al. 2020). Effekterne genereres desuden på tværs af rapporteringsmodalitet, dog med undtagelse af ét studie, hvor forældrenes rapportering af ændring i symptomniveau ikke er signifikant efter behandling eller ved follow-up (Lempertz et al. 2020).

6.3 Legeterapi

Den systematiske litteratursøgning for legeterapi identificerede 357 artikler, hvoraf fuldteksterne fra 25 studier blev gennemlæst. To studier opfyldte kriterierne for inklusion. For flowchart over søgnings- og selektionsprocessen, se bilag 2.3. Studiernes formål, metode, assessment og fund er beskrevet uddybende i bilag 3.2, Tabel 8.

Det ene af de identificerede empiriske studier af Reyes & Asbrand (2005) er et ukontrolleret longitudinelt studie, der over tid undersøgte effekten af legeterapi på traumesymptomatologien og sværhedsgraden heraf blandt børn udsat for seksuelle overgreb. Børnene var mellem 7 og 16 år (gennemsnitsalder = 11.1). Behandlingsforløbet varede 9 måneder. Studiet fandt, at legeterapi førte til signifikante reduktioner i symptomer på PTSD, angst, depression og seksuel *distress* blandt de deltagende børn. Ifølge studiets anvendte grænseværdier gik symptomniveauerne fra at kvalificere sig som klinisk relevante til ikke-klinisk relevante. Dog noterede forfatterne, at der undervejs i behandlingsforløbet var mulighed for, at deltagerne havde modtaget supplerende familieterapi (foreslået af terapeuten), eller at nogle af deltagernes omsorgspersoner selv havde modtaget individuelle sessioner. Dermed svækkes en konklusion om, at lindringen i børnenes symptomniveauer faktisk var forårsaget af intervention med legeterapi, idet der er mulighed for, at de observerede gavnlige effekter kan være drevet af den supplerende familieterapi, omsorgspersonernes individuelle terapiforløb, eller at den gavnlige effekt er en synergi mellem alle tre typer interventioner.

Det andet studie er et indisk casestudie, som fortæller om et intensivt behandlingsforløb af en 9-årig pige, som havde overlevet en skolebrand. Hun havde mistet mange klassekammerater og var selv meget forbrændt. Behandlingen strakte sig over ti dage 3½ måned efter branden og foregik i

¹⁵ TAU = "Treatment As Usual"

eget hjem. Den blev foretaget af to erfarne terapeuter og varede 2½ time hver dag. Hendes PTSD-symptomer mindskedes, og hun begyndte igen at lege med andre børn. Hun var også blevet mindre optaget af sin ødelagte hud. Forældrene og omgivelser blev rådgivet, og faderen begyndte at gå på arbejde igen.

Studiernes metodiske design (case-serie og casestudie) placerer sig desuden langt nede i evidenshierarkiet, hvilket indikerer, at resultaterne skal tolkes varsomt. På nuværende tidspunkt er der derfor kun svag, præliminær evidens for virkningen af legeterapi til behandling af traumatiserede børn, og der er derfor behov for mere forskning for bedre at kunne konkludere på effekten af legeterapi.

6.4 Narrativ Eksponeringsterapi til traumatiserede børn og unge

Den systematiske litteratursøgning om KidNET identificerede 2187 artikler, hvoraf tre eksisterende studier opfyldte kriterierne for inklusion. Disse tre studiers formål, assessment og fund er beskrevet i en tabeloversigt og er vedlagt rapportens bilag (se bilag 3.3, Tabel 9). For et flowchart over søgnings- og selektionsprocessen, se bilag 2.4.

Studierne er foretaget i forskellige lande og har derfor samples af forskellige nationaliteter. Studierne er foretaget i Sri Lanka, Tanzania og Tyskland. Det er dog værd at bemærke, at der er mange gengangere at finde blandt studierne forfattere. Det betyder, at det primært er denne forskningsgruppe, der har undersøgt effekten af KidNET på traumatiserede børn og unge indenfor aldersgruppen, som denne rapport har i fokus.

To af de tre inkluderede studier (66 %) er RCT-studier, hvor effekten af KidNET sammenholdes med anden aktiv behandling (Catani et al. 2009) og en ventelistekontrol (Ruf et al. 2010). Begge studier har inkluderet en eller flere opfølgingsmålinger, der foretages mellem 4 uger efter endt behandling og 12 mdr. efter et indledende interview. Det sidste studie (Hermenau et al. 2011) er et effektstudie med før- og eftermålinger.

KidNET er en manualbaseret behandling, hvilket afspejler sig i antallet af sessioner og sessionernes varighed på tværs af studierne. Manualen anbefaler 4-10 sessioner, og antallet af sessioner i studierne varierer fra 7-10. Den anbefalede varighed er 90-120 minutter og her afviger ét af studierne en smule (Hermenau et al. 2011) med en rækkevide på 60-90 minutter. De to sidste

studier følger anbefalingerne og har således sessioner á 90-120 minutters varighed. Det overordnede spænd for studierne er dermed 60-120 minutter.

Som det fremgår af Tabel 9, (bilag 3.3) undersøger alle tre inkluderede studier en aldersgruppe, der overskrider vores aldersafgrænsning (<12 år). Studierne undersøger deltagere i aldersgruppen 3-16 år, hvorfor afgrænsningen overskrides med tre år. I selektionsprocessen for studier om denne behandlingsmetode er vi derfor gået imod et af vores eksklusionskriterier. Dette har vi dog ikke gjort for alle identificerede EMDR-studier, der undersøgte blandede aldersgrupper af børn (3-18), men i enkelte og grundigt udvalgte tilfælde. Inklusionen er sket på baggrund af grundige undersøgelser af studierne demografiske oplysninger og manuelle udregninger af aldersfordelingen i studierne samples. Studier er blevet inkluderet, hvis gennemsnitsalderen på deltagere i KidNET-konditioner nærmede sig vores aldersafgrænsning (Catani, Kohiladevy, Ruf, Schauer, Elbert & Neuner 2009; Ruf, Schauer, Neuner, Catanai, Schauer & Elbert, 2010), eller hvis gennemsnitsalderen for hele samplet lå indenfor aldersafgrænsningen (Hermeneau, Hecker, Ruf, Schauer, Elbert & Schauer, 2011). Sidstnævnte betyder, at samplets alder er centreret omkring en alder, der skal inkluderes (<12 år), og at få af deltagerne i samplet kan forventes at være over denne grænse for inklusion.

Som eksempel på førstnævnte årsag for inklusion, har studiet af Catani, Kohiladevy, Ruf, Schauer, Elbert & Neuner (2009) en lille samplestørrelse, hvor gennemsnitsalderen for deltagere i KidNET-konditionen nærmer sig vores populationsafgrænsning på <12 år. Standardafvigelse på deltagerne gennemsnitsalder (SD = 2.0) viser, at halvdelen af deltagerne er over de 12 år. Denne halvdel falder dermed udenfor vores aldersafgrænsning, men det betyder samtidig, at den anden halvdel ikke gør. Ved eksklusion af studier, hvor lignende omstændigheder om deltagerne alder gør sig gældende (heriblandt Ruf et al. 2010: M=11.5, SD=3.2) ville der altså blive ekskluderet en del relevant data. Studiet vurderes derfor relevant for litteratursøgningens formål om at belyse evidensen for virkningen af KidNET blandt børn under 12 år, og derfor inkluderes studiet.

I mangel på eksistensen af studier, hvor alle deltagere falder indenfor aldersafgrænsningen på 12 år, inkluderede vi derfor alle tre studier. Det skal dog understreges, at ingen af studierne i deres analyser hverken har kontrolleret for alder eller foretaget aldersinddelte analyser. Det betyder, at der kan være sammenhænge eller behandlingseffekter, der varierer netop afhængig af alder og som ikke detekteres i studierne analyser. Reliabiliteten af studierne resultater samt

generaliserbarheden af studierne skal derfor fortolkes med forbehold for disse manglende aldersinddelte analyser.

To af studierne har undersøgt effekten af KidNET på krigsrelateret traumatisk eksponering (Catani et al. 2009; Ruf et al. 2010) og oplevelsen af naturkatastrofe (Catani et al. 2009), mens studiet af Hermenau et al. (2010) har undersøgt virkningen blandt børn og unge udsat for mishandling eller omsorgssvigt i hjemmet. Alle tre studier vurderer børnenes symptomniveauer samt ændringer heri vha. the University of California at Los Angeles Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index for DSM-IV (UCLA PTSD RI DSM-IV) og i herudover anvendes Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) og sektion A og C af et det Mini-internationale Neuropsykiatriske Interview for børn og unge. Studierne undersøger behandlingens effekt på PTSD-symptomer og andre traumerelaterede symptomer som depression, eksternaliserende og internaliserende symptomer.

Overordnet tyder alle studierne på, at KidNET har en gavnlig effekt på traumerelaterede symptomer blandt børn og unge (se Tabel 9, bilag 3.3). Denne virkning dokumenteres både i RCT-studierne og effektstudiet med før- og efter målinger.

I studiet af Catani et al. 2009, hvor KidNET sammenholdes med anden aktiv behandling (MED-RELAX) finder studiet, at de begge signifikant reducerer deltagerne PTSD-symptomer, mens ingen signifikant forskel mellem de to behandlinger observeres. Begge behandlinger ser desuden ud til at have en vedvarende effekt.

I studiet af Hermenau et al. 2011 har behandlingen ligeledes en signifikant gavnlig effekt på PTSD-symptomer, dog observeres denne effekt hverken på deltagerne depressionssymptomer eller eksternaliserende og internaliserende symptomer.

Ruf et al. (2010) sammenholder KidNET med en ventelistekontrol, hvor der i KidNET-konditionen observeres signifikante reduktioner i børnenes PTSD-symptomer. Denne effekt observeres ikke i symptomniveauet blandt børn fra ventelistekontrollen. Ligesom Catani et al. (2009), var behandlingseffekterne også her opretholdt ved opfølgning (12 mdr. efter endt behandling). Begge studier peger derfor på, at KidNET kan generere vedvarende gavnlige effekter.

6.5 Sandplay

Den systematiske søgning på studier om Sandplay identificerede 361 artikler på tværs af seks databaser (inkl. ERIC). Efter frasortering af dubletter samt screening på titel og abstract blev

fuldteksten på otte studier læst. Alle otte studier endte med at blive ekskluderet: Tre blev frasorteret pga. forkert studiedesign (for eksempel kvalitative studier), i tre af studierne var deltagernes symptomatologi ikke traumerelateret, et blev ekskluderet pga. sproget (mandarin) og et blev ekskluderet grundet mangel på et mål for traumehistorik. For flowchart over denne søgning, se bilag 2.5.

Studiet, der blev ekskluderet grundet mangel på traumemål var dog ikke helt uden relevans for rapporten og nævnes derfor her kort. Det var et RCT-studie, der blev foretaget af Rousseau, Benoit, Lacroix & Gauthier (2009). Det sammenlignede effekten af en Sandplay-intervention leveret i børnehaven og børnehavens normale understøttende tilbud til flygtningebørn. Interventionsgruppen modtog 10 x 60 minutters Sandplay-intervention. Disse blev leveret hver anden uge og forløb således over fire måneder. Samplet bestod af 105 børn med en gennemsnitsalder på 5,3 år (SD=.46). Forfatterne formodede, at børnene havde været udsat for en række potentielt traumatiske oplevelser som at være bosat i ustabile miljøer, opleve eksponering for vold i hjemland samt flugtrelaterede traumer. Børnenes symptomniveauer blev målt med *Strength's and Difficulties Questionnaire* (SDQ), der vurderer børns emotionelle og adfærdsmæssige symptomer. Forældre og pædagoger rapporterede om børnenes præ-og postsymptomniveauer, men der indgik ikke mål om den psykiske tilstand hos børnene, hvor børnene selv var informanter. Resultaterne af studiet indikerer, at interventionen havde en signifikant og moderat positiv effekt på børnenes symptomniveauer og særligt emotionelle symptomer som målt med SDQ rapporteret af pædagoger. Forældrene rapporterede ikke signifikante ændringer i børnenes symptomatologi, hverken på total- eller subscores.

Ved baseline var børnenes SDQ-scores dog ikke alarmerende høje, og SDQ'en er ikke et traumespecifikt effektmål. Studiet er derfor et eksempel på et studie med visse kvaliteter, men også visse begrænsninger (mangel på mål for traumehistorik, mål for traumesymptomer, mangel på måleredskab hvor barnet er informant, forholdsvist lille sample mv.).

Ovenstående studie blev derfor også ekskluderet ligesom af de otte andre studier, hvor fuldteksten blev screenet. Der synes dermed ikke at eksistere empiriske studier, der opfyldte vores kriterier for inklusion, og som har undersøgt effekten af Sandplay på børns traumesymptomer. På

denne baggrund er der derfor intet empirisk belæg for konklusioner om, hvorvidt behandlingen har en gavnlig effekt eller ej.

6.6 Somatic Experiencing®

Den systematiske søgning på SE identificerede 1341 artikler på tværs af de elektroniske databaser. Efter frasortering af dubletter og screening på titel og abstract, blev fuldtteksten for to studier gennemlæst. Begge studier blev ekskluderet grundet forkert intervention. For et flowchart over søgeprocessen, henvises til bilag 2.6.

Det har dermed ikke været muligt at konkludere noget om effekten af SE-behandling på traumatiserede børn, idet vi med vores systematiske søgning ikke har været i stand til at identificere studier, der har undersøgt dette. Selvom vi har søgt i seks elektroniske databaser med en forholdsvis bred søgestreng, er vores søgning ikke nødvendigvis udtømmende, hvorfor det ikke kan afvises, at der forefindes forskning på dette område. Det tyder dog ikke på, at der er foretaget forskning om behandlingens effekt, og der er derfor hverken evidens for, at behandlingen virker eller for, at den ikke gør.

6.7 Theraplay©

Den systematiske søgning på Theraplay identificerede 46 artikler på tværs af de elektroniske databaser. Efter frasortering af dubletter og screening på titel og abstract, blev fuldtteksten fra tre studier downloadet og vurderet. Alle tre studier blev ekskluderet. Et studie grundet forkert intervention og to studier grundet forkert studiedesign. Disse var kvalitative studier uden standardiseret præ- og postassessment af traumerelateret symptomatologi eller studier med eklektisk behandling. På Theraplay Institute's website fandt som nævnt heller ingen relevante empiriske studier. For et flowchart over denne søgnings screening og selektion, se bilag 2.7.

Som det gør sig gældende for CFT, Sandplay og SE, gør det sig ligeledes gældende for Theraplay, at der ikke foreligger empirisk belæg for virkningen af behandlingen. Da vi ikke kunne identificere studier, der undersøger effekten af Theraplay på traumesymptomer blandt børn under 12 år, er der derimod heller ikke evidens for, at behandlingen ikke virker. Det kan derfor kun konkluderes, at virkningen af Theraplay til reducere af børns traumesymptomer endnu ikke er undersøgt.

6.8 Traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi

Den systematiske søgning identificerede 1636 hits i de fem udvalgte databaser, hvoraf 32 opfyldte kriterierne for inklusion. I litteraturen fra disse databaser er der dermed 32 eksisterende studier, der undersøger effekten af TF-CBT til børn under 12 år. For disse studier er der ligeledes udarbejdet tabelbeskrivelser over metode, assessment og fund. Disse kan findes i Tabel 10 (bilag 3.4).

Af de inkluderede studier er 44 % RCT-studier ($n = 14$), hvoraf de resterende er casestudier ($n = 8$), case-seriestudier ($n = 3$) eller case-kontrol-, pilot- og feltstudier ($n = 5$). Lidt over halvdelen af studierne (53 %) inkluderer kontrolgrupper enten i form af anden aktiv behandling og/eller ventelistekontrol eller ingen behandling ($n = 17$).

Af de identificerede 31 studier har 12 studier (38,7 %) en eller flere opfølgingsmålinger, som typisk er placeret mellem 3-12 måneder efter endt behandling. 72 % af studierne er udført i USA ($n = 23$), 12,5 % i Canada ($n = 4$), 13 % i Mellemøsten ($n = 3$, Iran og Jordan), 3,1 % i Australien ($n = 1$) og 3,1 % i Danmark ($n = 1$). Studiernes samples er udgjort af børn (og til dels omsorgspersoner) med heterogen etnisk baggrund. Dog ses der i mange af de vestlige studiers samples en overvægt af 'kaukasiske' børn. Studiernes samplestørrelser varierer fra 1-260 personer.

Syv af studierne (22 %) har undersøgt førskolebørn, dvs. børn op til 6 år, mens de resterende 78 % har undersøgt en blandet aldersgruppe, hvori førskolebørn er med (dog uden at foretage aldersinddelte analyser) eller har undersøgt børn i skolealderen.

I de identificerede studier undersøges behandlingens effekt på både PTSD-symptomer, andre internaliserende og eksternaliserende symptomer, symptomer på adfærdsforstyrrelser, symptomer på opmærksomhedsforstyrrelse, depression, generaliseret angst, specifik angst (for eksempel separationsangst) og på forældre-barn-dyaden.

Studierne undersøger effekten på forskellige traumetyper og mængden af traumeeksponering. Der fokuseres dog i de inkluderede studier oftest på seksuelle overgreb eller vold. Derudover undersøges effekten også efter tab af nærtstående (traumatisk sorg), krigsrelateret traumatisk eksponering, katastrofer (natur- eller menneskeskabte) og få gange mobning. På tværs af

studierne er eksponering for vedvarende eller multiple traumer ofte karakteristiske for deltagernes traumeeksponering.

Derudover undersøger en del af studierne også omsorgspersoners traumesymptomer og ser nærmere på effekten af fælles-, parallel- eller gruppesessioner på disses traumesymptomer, samt påvirkningen mellem omsorgspersoners og barnets symptomer og ændringer heri.

Mange af studierne behandlingsprocedure fremstår manualbaseret, dog varierer antallet af behandlingssessioner i studierne fra 12 til 45 sessioner. Behandlingernes varighed spænder fra 45-120 minutter. Der forekommer desuden størst transparens omkring tilpasninger til manualen i mellemøstlige studier, hvor det beskrives, hvordan kulturelle tilpasninger er foretaget for at opnå større kulturel sensitivitet. Dette medfører variationer i format, længde og varighed.

Sammenfattende indikerer de identificerede studier således en gavnlig effekt af TF-CBT på børnenes traumerelaterede symptomer, herunder PTSD-symptomer, angst, depression og eksternaliserende og internaliserende adfærd. Dog er der en række metodologiske faktorer, der bør tages i betragtning, når studierne fund fortolkes og vurderes. I de identificerede studier er der en skævhed i de undersøgte traumetyper, idet der er overrepræsentation af nogle traumetyper (seksuelle overgreb og fysisk vold), mens andre er underrepræsenteret (kritisk sygdom, udviklingsmæssige traumer, traumatisk sorg m.fl.). Da der er foretaget få eller ingen studier på en række forskellige traumetyper, betyder det, at vi ikke kan være sikre på, at den gavnlige effekt, der ses i forbindelse med behandling af seksuelle overgreb eller fysisk vold, vil kunne opnås i behandlingen af børn med en anden type indekstraume. Derfor bør effekten af TF-CBT fremadrettet undersøges på flere forskellige traumetyper, så det sikres, at børn, der tilbydes behandling med TF-CBT, får en hjælp, der har en dokumenteret virkning på deres pågældende traumetype.

Derudover er størstedelen af studierne foretaget i vestlige lande, hvorfor resultaterne ikke nødvendigvis vil kunne generaliseres til lande, der adskiller sig kulturelt fra disse lande (for eksempel sydamerikanske, afrikanske og østlige lande). Søgningen identificerede kun tre studier, der var foretaget uden for den vestlige verden, og vi ved derfor ikke, om studierne generelle rapporterede gavnlige effekter vil kunne repliceres i andre dele af verden. Dog er der i samples fra

USA repræsenteret flere nationaliteter og etniciteter, men det er de færreste tilfælde, hvor ikke-vestlige etniciteter udgør størstedelen af studiernes samples.

Omtrent halvdelen af de identificerede studier (44 %) er designet som RCT-studier. RCT-studier har den fordel, at grupperne i deres samples er tilnærmelsesvis sammenlignelige, hvilket gør sig gældende med hensyn til kendte såvel som ukendte konfunderende variable¹⁶. Da begge grupper derfor hypotetisk påvirkes på samme måde af potentielle konfunderende variable, kan vi være mere sikre på, at ændringerne i deltagernes symptomniveauer (behandlingseffekten) faktisk skyldes interventionen.

Det betyder dog også, at den anden halvdel af studier er udgjort af andre studiedesigns som non-randomiserede, ukontrollerede studier med og uden kontrolgrupper, casestudier m.fl. Evidensen fra disse studier er, jf. evidenshierarkiet, mindre solid end evidensen fra RCT-studierne.

Slutteligt er der kun i cirka en tredjedel af studierne (39 %) inkluderet opfølgingsmålinger, og disse er placeret maksimalt et år efter behandlingen. Studierne peger overordnet på, at behandlingseffekterne er vedvarende, dog er der i fremtidig forskning fortsat behov for flere studier med longitudinelt design og med længere opfølgingsmålinger. Genereres der længerevarende opfølgingsstudier, der dokumenterer en længerevarende effekt, sikres det, at børn tilbydes en behandling, der generer langvarige bedringer og ikke kun forbigående lindring.

Sammenfattende indikerer de identificerede eksisterende studier, at TF-CBT har en gavnlig effekt på traumerelaterede lidelser og symptomer blandt børn i alderen 3-12 år. Resultaterne kan dog ikke nødvendigvis generaliseres på tværs af demografiske faktorer som for eksempel nationalitet og traumetype.

¹⁶ En variabel, der systematisk varierer og påvirker den afhængige og uafhængige variabel, men som ikke er under forskerens kontrol og som måske ikke umiddelbart er synlig. Konfunderende variable medfører, at man ikke kan være sikker på, at ændringerne i den afhængige variabel (her: behandlingseffekten) skyldes den uafhængige variabel (her: behandlingsmetoden).

7. Begrænsninger ved rapportens metode og resultater

Det følgende afsnit vil berøre rapportens metodologiske og resultatmæssige begrænsninger herunder begrænsninger relateret til databaser, screening- og selektion, inklusionskriterier, manglende kvalitetsvurdering af inkluderede studier, terminologi anvendt i litteraturen og virksomme delelementer i behandlingerne. Der reflekteres desuden over betydningen af disse for rapportens konklusioner.

7.1 Begrænsninger relateret til den systematiske søgning

7.1.1 Databaser

Der knytter sig en række begrænsninger til den systematiske søgnings metodologi. Indledningsvist er der søgt i seks elektroniske databaser. Disse databaser var EMBASE, ERIC, Medline, PILOTS, PsychINFO og PubMed. Som kort berørt tidligere i rapporten, er udvælgelsen af disse databaser foretaget på baggrund af en subjektiv vurdering af databasernes relevans for søgningens fokus. Databaserne blev dog udvalgt i samarbejde med en bibliotekar og sammensat ud fra, at disse databaser skulle have så mange forskellige men relevante grænseflader som muligt. På trods af, at databasernes relevans forud for afgrænsningen blev diskuteret i samråd med en bibliotekar, kan det dog ikke afvises, at andre databaser og dertilhørende grænseflader (for eksempel SCOPUS), kunne vise sig relevante for vores søgning og evt. bidrage med identificering af flere empiriske studier. Grundet afgrænsningen af databaser, er vores søgning ikke nødvendigvis udtømmende, hvilket kompromitterer resultaternes gyldighed og derfor må betragtes som en metodemæssig begrænsning.

Databasen ERIC er desuden kun blevet søgt i, når en behandlingsmetode indeholdt legeterapeutiske elementer (legeterapi, Sandplay og Theraplay). Det kan dog argumenteres for, at behandlere, der anvender andre behandlingsmetoder, for eksempel KidNET og EMDR, foretager aldersmæssige justeringer, der ville kunne kategoriseres som legeterapeutiske elementer. Nogle af de inkluderede studier om netop KidNET og EMDR beskriver, hvordan de bl.a. forsøger at gøre behandlingen mere udviklingssensitiv gennem inddragelse af legetøj og hverdagsgenkendelige objekter som bamser, blomster og tegninger.

Denne variation i anvendte databaser resulterer i en metodemæssig diskrepans mellem

søgningerne, som er svækkende for søgningens systematik. Det kan ligeledes have ført til at relevante eksisterende studier er blevet overset.

7.1.2 Screening- og selektion

En væsentlig begrænsning ved søgningens metodologi består i, at alle søgninger, screeninger og selektioner er blevet foretaget af enkelte personer. Det vil sige, at alle søgeresultater kun er blevet screenet af én rater. Sammenlagt er de systematiske søgninger og screeninger heraf blevet udført af fire forskellige raters, som hver især har foretaget mellem en og tre søgninger. Når kun en enkelt rater screener og vurderer søgeresultaterne, øges risikoen for fejl, screeningsbias og fejlvurderinger. For at imødekomme eventuelle usikkerheder, mødtes gruppen af ratere flere gange for at drøfte overvejelser og beslutninger ang. selve søgningernes hits og screeningsprocessen, ligesom der løbende blev konfereret med 2. og 3. forfatter ang. resultaterne af søgningerne og af screeningerne. Brug af to uafhængige ratere til screening af titel, abstracts og fuldtekster ville dog have mindsket risikoen for at overse relevante studier.

7.1.3 Inklusionskriterier

En anden begrænsning ved rapportens metode omhandler, at der i søgningerne ikke er inkluderet nogen grå litteratur fra afhandlinger, kapitler, conferenceabstrakts eller lignende men kun er inkluderet publicerede artikler fra peer-reviewede tidsskrifter. Det formodes, at der inden for nogle af behandlingsmetoderne kan ligge beskrivelser af casestudier af for eksempel legeterapeutiske forløb eller Sandplay med yngre børn eller andre af de udvalgte behandlingsmetoder, som ikke er blevet inkluderet i denne rapport. Grunden til, at denne grå litteratur ikke er blevet inkluderet, skyldes at vi ønskede at sikre en vis kvalitet i de inkluderede studier ved, at publikationerne er blevet læst og vurderet af kvalificerede fagfæller, som ikke har kendt til forskergrupperne bag studierne og herved været biased i deres vurdering af undersøgelse kvaliteten. Dog kan inklusionskriteriet om peer-reviewede artikler have medført at relevante undersøgelser, om end lavere rangerende på evidens-hierarkiet, ikke er blevet identificeret i vores søgninger.

En anden udfordring i vores søgninger har omhandlet inklusionskriteriet af studier med børn i alderen 3-12 år. Der ses en overvægt af studier med børn i den høje ende af aldersspektret, hvilket

gør, at jo yngre børn er, des sværere er det for nuværende at kunne konkludere sikkert, hvad der er evidens for virker af behandling for især traumatiserede førskolebørn – også selvom det ser ud til, at børn kan udvikle traumesymptomer fra en ganske ung alder¹⁷. Derudover ses det i flere af studierne at aldersgrupperne blandt deltagerne ikke er beskrevet detaljeret, hvilket gør det svært at se, om alle aldre og modenhedsstrin er repræsenteret og hvilken effekt behandlingen har haft for de enkelte aldersgrupper. Dette kalder på, at fremtidige studier inkluderer aldersinddelte analyser af behandlingsmetodernes effekt.

7.1.4 Mangel på kvalitetsvurdering af studier

I indeværende rapport har vi efter screening af abstracts og fuldtekster beskrevet indholdet i de inkluderede studier for hver behandlingsmetode i bilag 3-4. En væsentlig begrænsning ved rapportens metode er dog, at vi ikke har anvendt eksisterende redskaber til en objektiv vurdering og evaluering af studiernes metodiske kvalitet. I tillæg til de oplyste resultater i tabellerne i bilag 3-4 er resultaterne blevet sammenfattet narrativt i afsnit 6 og her beskrevet ud fra rapportens inklusionskriterier og studiernes placering i evidenshierarkiet. Anvendelse af metodisk kvalitetsvurdering af de inkluderede studier kunne have tydeliggjort ikke blot eksistensen af dokumenteret evidens for behandlingsmetoderne men også evidensens metodiske kvalitet og hermed sikkerheden i studiernes resultater og konklusioner.

7.1.5 Terminologi i litteraturen

Et andet inklusionskriterie i denne rapport omhandlede, at der skulle foreligge en beskrivelse af barnets traumehistorik, altså en beskrivelse af hvilke oplevelser børnene i de inkluderede studier havde oplevet og samt en beskrivelse af børnenes symptomer og/elle vanskeligheder som eksisterer efter traumet og ved inklusion i de enkelte behandlingsstudier. Ved at ekskludere studier, hvor barnets traumer ikke er beskrevet, kan vi have risikeret relevante studier, for eksempel inden for Theraplay som behandling af sårbare børn med en formodet traumehistorik.

¹⁷ Børn ser ud til at kunne udvikle PTSD fra omkring 3-års alderen, hvor deres hukommelse bindes op på sproget og begynder at tage form, sådan som hukommelsen gør for ældre børn og for voksne. Ligeledes udvikles andre grundlæggende kognitive evner i løbet af de første leveår. Der er desuden beskrevet studier, hvor børn fra 1-2-årsalderen ser ud til at opleve psykisk lidelse eller symptomer efter eksponering for et traume, dog udtrykt på alderssvarende vis. Oplevelser fra denne tidlige alder formodes lagret i hukommelsen på anden måde og for eksempel primært være lagret i sanserne (for mere herom henvises til De Young, Kenardy, & Cobham, 2011; Gigengack, van Meijel, Alisic, & Lindauer, 2015; Scheeringa 2009; 2011; 2016; Scheeringa, Zeanah, & Cohen, 2011).

Dette kan skyldes, at der inden for nogle af de udvalgte behandlingsmetoder ikke har været en (forskningsmæssig) tradition for at beskrive børn ud fra, hvad de har oplevet af voldsomme hændelser/traumer eller traumerelaterede lidelser. I fremtidige studier af for eksempel Theraplays eller Sandplays effekt til behandling af traumatiserede børn, ville det være interessant at undersøge og eksplicit beskrive barnets traumehistorik og traumerelaterede symptomer og vanskeligheder før og efter behandlingen.

7.1.6 Virksomme delelementer i behandlingerne

Slutteligt skal nævnes, at vi i denne rapport har afsøgt evidensen for behandlingsmetoder som forløb. I vores afsøgning fandt vi, at komponenter af CFT, legeterapi og Sandplay blev brugt som elementer eller komponenter i andre typer af behandlingsforløb til yngre børn. Effekten af disse studier er dog ikke blevet beskrevet i indeværende rapport, da formålet var at undersøge, hvilken evidens, der foreligger for behandlingsmetoderne som behandlingsforløb. Det kunne i fremtidige undersøgelser være interessant at kigge nærmere på, hvilken virkning inddragelse af CFT-komponenter, elementer af legeterapeutiske principper eller Sandplay har i andre typer af behandlingsmetoder og -forløb til traumatiserede yngre børn.

8. Konklusion

Efter en systematisk litteratursøgning og vurdering af behandlingsmetoder til traumatiserede yngre børn fandt vi fire metoder, der havde en dokumenteret gavnlig effekt på deltagernes symptomer og vanskeligheder. På nuværende tidspunkt er traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi mest undersøgt og evidensen for denne metode er mest solid. Hernæst følger evidensen for Eye Movement Desensitization and Reprocessing og sluttelig narrativ eksponeringsterapi til traumatiserede børn og unge, og legeterapi, hvor kun der foreligger præliminær evidens.

Som led på vejen mod at sikre, at traumatiserede børn og deres familier tilbydes den evidensbaserede behandling, der egner sig bedst til netop deres udfordringer, er der derfor fortsat et stort behov for flere undersøgelser af hver enkelt behandlingsmetodes effekt. Der er behov for studier med randomiserede kontrollerede designs, adskillige opfølgingsmålinger og brug af validerede standardiserede mål for traumehistorik, traumesymptomer og traumerelaterede vanskeligheder. Dette gør sig gældende generelt for alle behandlingsmetoder, men særlig for de behandlingsmetoder, som anvendes i praksis, men som endnu ikke har forskningsmæssigt belæg for en effekt på målgruppen (Compassion Focused Therapy, Sandplay, Somatic Experience®, Theraplay®), eller som har begrænset evidens for en gavnlig effekt (narrativ eksponeringsterapi til traumatiserede børn og unge, samt legeterapi).

Referencer

***Inkluderede studier i rapportens kortlægning.**

**** Studier, der har undersøgt behandlingsmetodernes effekt blandt børn i alderen 3-18 år.**

**Adrúiz, M.E., Bluthgen, C., & Knopfler, C. (2011). Helping Child Flood Victims Using Group EMDR Intervention in Argentina: Treatment Outcome and Gender Differences. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 1(5), 58-67. Doi: 10.1037/2157-3883.1.5.58

**Ahmad, A., & Sundelin-Wahlsten, V. (2007). Applying EMDR on children with PTSD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 127-132. Doi: 10.1007/s00787-007-0646-8

Association for Play Therapy (1997). A definition of play therapy. *The Association for Play Therapy Newsletter*, 16(1), 7.

*Allen, B., & Hoskowitz, N.A. (2017). Structured Trauma-Focused CBT and Unstructured Play/Experiential Techniques in the Treatment of Sexually Abused Children: A Field Study With Practicing Clinicians. *Child Maltreatment*, 1-9. Doi: 10.1177/1077559516681866

Artigas, L., & Jarero, I. (1998). *The butterfly hug*. Hentet fra:
<https://emdrresearchfoundation.org/toolkit/butterfly-hug.pdf>

Axline, V. M. (1947). *Play therapy*. Cambridge, MA: Riverside Press.

Axline, V. M. (1964). *Dibs: In search of self*. Boston, MA: Houghton Mifflin.

Axline, V. M. (1971). *Dibs in search of self. Personality development in play therapy*. Harmondsworth: Penguin

**Barlett, J.D., Barto, B., Griffin, J.L., Fraser, J.G., Hodgdon, H., & Bodian, R. (2015). Trauma-Informed Care in the Massachusetts Child Trauma Project. *Child Maltreatment*, 1-12. Doi: 10.1177/1077559515615700

**Barlett, J.D., Griffin, J.L., Spinazzola, J., Fraser, J.G., Noroña, C.R., Bodian, R., Todd, M., Montagna, C., & Barto, B. (2018). The impact of a statewide trauma-informed care initiative in child welfare on the well-being of children and youth with complex trauma. *Children and Youth Services Review*, 84, 110-117. Doi: 10.1016/j.childyouth.2017.11.015

**Beehler, S., Birman, D., & Campbell, R. (2011). The Effectiveness of Cultural Adjustment and Trauma Services (CATS): Generating Practice-Based Evidence on a Comprehensive, School-Based Mental Health Intervention for Immigrant Youth. *American Journal of Community Psychology*, 50, 155-168. Doi: 10.1007/s10464-011-9486-2

Blackmore, R., Gray, K. M., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Fitzgerald, G., Misso, M., & Gibson-Helm, M. (2020). Systematic Review and Meta-analysis: The Prevalence of Mental Illness in Child and Adolescent Refugees and Asylum Seekers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(6), 705-714. Doi: 10.1016/j.jaac.2019.11.011

Booth, P. B., Christensen, G., & Lindaman, S. (2011). *Marschak interaction method (MIM): Manual and cards* (3rd ed.). Chicago, IL: Theraplay Institute.

- Booth, P. B., & Jernberg, A. (2010). *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment-based play* (3rd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Booth, P. B., Lindaman, S., & Winstead, M. L.-R. (2014). Theraplay in reunification following relational trauma. In C. A. Malchiodi & D. A. Crenshaw (Eds.), *Creative arts and play therapy. Creative arts and play therapy for attachment problems* (p. 139–158). Guilford Press.
- Booth, P. B., & Winstead, M. L.-R. (2015). Theraplay®: Repairing relationships, healing families heal. In D. A. Crenshaw & A. L. Stewart (Eds.), *Play therapy: A comprehensive guide to theory and practice* (pp. 141–155). New York, NY: Guilford Press.
- Brewin, C. R., Gregory, J. D., Lipton, M., & Burgess, N. (2010). Intrusive images in psychological disorders: characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychological review*, *117*(1), 210–232. <https://doi.org/10.1037/a0018113>
- **Brown, E.J., Goodman, R.F., Cohen, J.A, Mannarino, A.P., & Chaplin, W.F. (2020). An Exploratory Trial of Cognitive-Behavioral vs Client-Centered Therapies for Child-Mother Dyads Bereaved from Terrorism. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, *13*, 113-125. Doi: 0.1007/s40653-019-00264-2
- *Catani, C., Kohiladevy, M., Ruf, M., Schauer, E., Elbert, T., & Neuner, F. (2009). Treating children traumatized by war and Tsunami: A comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka. *BMC Psychiatry*, *9*(22). Doi: 10.1186/1471-244X-9-22.
- *Chemtob, C.M., Nakashima, J., & Carlson, J.G. (2002). Brief Treatment for Elementary School Children With Disaster-Related Posttraumatic Stress Disorder: A Field Study. *Journal of Clinical Psychology*, *58*(1), 99-112.
- **Cisler, J.M., Sigel, B.A., Kramer, T.L., Smitherman, S., Vanderzee, K., Pemberton, J., & Kilts, C.D. (2015). Amygdala response predicts trajectory of symptom reduction during Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy among adolescent girls with PTSD. *Journal of Psychiatric Research*, *71*, 33-40. Doi: [10.1016/j.jpsychires.2015.09.011](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.09.011)
- *Cobham, V.E., March, S., De Young, A., Leeson, F., Nixon, R., McDermott, B., & Kenardy, J. (2012). Involving Parents in Indicated Early Intervention for Childhood PTSD Following Accidental Injury. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *15*, 345-363. Doi: 10.1007/s10567-012-0124-9.
- **Cohen, J.A., Deblinger, A., Mannarino, A.P., Steer, R. (2004). A Multi-Site, Randomized Controlled Trial for Children With Abuse-Related PTSD Symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *43*(4), 393-402.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1993). A treatment model for sexually abused preschoolers. *Journal of Interpersonal Violence*, *8*(1), 115-131. doi: 10.1177/088626093008001009
- *Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1996a). A treatment outcome study for sexually abused preschooler children: Initial findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *35*(1), 42–50.
- *Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1996b). Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *35*(10), 1402–1410

- *Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1997). A treatment study of sexually abused preschool children: Outcome during one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(9), 1228–1235
- *Cohen, J. A. & Mannarino, A. P. (1998a). Interventions for sexually abused children: Initial treatment findings. *Child Maltreatment*, 3(1), 17–26.
- **Cohen, J.A., & Mannarino, A.P. (2000). Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 24(7), 983-994.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents* (2. udgave) New York, NY: Guilford.
- **Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Knudsen, K. (2004). Treating Childhood Traumatic Grief: A Pilot Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(10), 1225-1233.
- **Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Lyengar, S. (2011). Community Treatment of Posttraumatic Stress Disorder for Children Exposed to Intimate Partner Violence: A Randomized Controlled Trial. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 165(15).
- **Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Perel, J.M., Staron, V. (2007). A Pilot Randomized Controlled Trial of Combined Trauma-Focused CBT and Sertraline for Childhood PTSD Symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(7), 811-819.
- **Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Staron, V.R. (2006). A Pilot Study of Modified Cognitive-Behavioral Therapy for Childhood Traumatic Grief (CBT-CTG). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1465-1473.
- *Costantino, G., Primavera, L.H., Malgady, R.G., & Costantino, E. (2014). Culturally Oriented Trauma Treatments for Latino Children Post 9/11. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 7, 247-255. Doi: 10.1007/s40653-014-0031-y
- *Damra, J.K.M., Nassar, Y.H., & Ghabri, T.M.F. (2014). Trauma-focused cognitive behavioral therapy: Cultural adaptations for application in Jordanian culture. *Counselling Psychology Quarterly*, 27(3), 308-323. Doi: 10.1080/09515070.2014.918534
- **Davidson, T.M., Bunnell, B.E., Saunders, B., Hanson, R.F., Danielson, C.K., Cook, D., Chu, B.C., Dorsey, S., Adams, Z.W., Andrews, A.R., Walker, J.H, Soltis, K.E., Cohen, J.A., Deblinger, E., & Ruggiero, K.J. (2019). Pilot Evaluation of a Tablet-Based Application to Improve Quality of Care in Child Mental Health Treatment. *Behavior Therapy*, 50(2), 367-379. Doi: [10.1016/j.beth.2018.07.005](https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.07.005)
- *de Roos, C., Greenwald, den Hollander-Gijsman, M, Noorthoorn, E., van Buuren, S., & de Jongh, A. (2011). A randomised comparison of cognitive behavioural therapy (CBT) and eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) in disaster-exposed children. *European Journal of Psychotraumatology*, 2(1). Doi: 10.3402/ ejpt.v2i0.5694
- **de Roos, C., van der Oord, S., Zijlstra, B., Lucassen, S., Perinn, S., Emmelkamp, P., & de Jongh, A. (2017). Comparison of eye movement desensitization and reprocessing therapy, cognitive behavioral writing therapy, and wait-list in pediatric posttraumatic stress disorder following single-incident

trauma: a multicenter randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(11), 12191-228. Doi: 10.1111/jcapp.12768

- De Young, A. C., Kenardy, J. A., & Cobham, V. E. (2011). Trauma in early childhood: a neglected population. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(3), 231-250. doi:10.1007/s10567-011-0094-3
- Deblinger, E., & Heflin, A. (1996). *Treating sexually abused children and their nonoffending parents: A cognitive behavioral approach* (1. udgave) Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- *Deblinger, E., Lippmann, J., & Steer, R. (1996). Sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 1(4), 310-321.
- *Deblinger, E., Mannarino, M.P, Cohen, J.A., Runyon, M.K., & Steer, R.A. (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: Impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and Anxiety*, 28, 67-75.
- **Deblinger, E., Mannarino, A.P., Cohen, J.A., & Steer, R.A. (2006). A Follow-up Study of a Multisite, Randomized, Controlled Trial for Children With Sexual Abuse-Related PTSD Symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1474-1484. Doi: 10.1097/01.chi.0000240839.56114.bb
- *Deblinger, E., McLeer, S.V., & Henry, d. (1990). Cognitive-behavioral treatment for sexually abused children suffering post-traumatic stress: Preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 747-752.
- **Deblinger, E., Pollio, E., Runyon, M.K., & Steer, R.A. (2017). Improvements in personal resiliency among youth who have completed trauma-focused cognitive behavioral therapy: A preliminary examination. *Child Abuse & Neglect*, 65, 132-139. Doi: 10.1016/j.chiabu.2016.12.014
- *Deblinger, E., Stauffer, L.B., & Steer, R. A. (2001). Comparative Efficacies of Supportive and Cognitive Behavioral Group Therapies for Young Children Who Have Been Sexually Abused and Their Nonoffending Mothers. *Child Maltreatment*, 6(4), 332-343.
- *Deblinger, E., Steer, R., & Lippmann, J. (1999). Maternal Factors Associated With Sexually Abused Children's Psychosocial Adjustment. *Child Maltreatment*, 4(1), 13-20.
- Depue R.A., & Morrone-Strupinsky, J.V. (2005). A neurobehavioral model of affiliative bonding. *Behavioral and Brain Sciences*, 28, 313-95.
- **Diehle, J., Opmeer, B.C., Boer, F., Mannarino, A.P., & Lindauer, R.J.I. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: what works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 227-236. Doi: 10.1007/s00787-014-0572-5
- **Dorsey, S., Pullmann, M.D., Berliner, L., Koschmann, E., McKay, M., & Deblinger, E. (2014). Engaging foster parents in treatment: A randomized trial of supplementing Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy with evidence-based engagement strategies. *Child Abuse & Neglect*, 38, 1508-1520. Doi: 10.1016/j.chiabu.2014.03.020

- **Dorsey, S., Lucid, L., Martin, P., King, K.M., O'Donnell, K., Murray, L.K., Wasonga, A.I., Itemba, D.K., Cohen, J.A., Manongi, R., & Whetten, K. (2020). Effectiveness of Task-Shifted Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children Who Experienced Parental Death and
- Elklit, A., & Løkkegaard, S. S. (2019). *Manual – administration og opgørelse af Thomas-testen*. Videnscenter for Psykotraumatologi, Institut for Psykologi, Syddansk Universitet. Odense.
- Elklit, A., Nielsen, L. H., Lasgaard, M., & Duch, C. (2013). A Cartoon-Based Measure of PTSD Symptomatology in Children Exposed to a Disaster. *Journal of Loss & Trauma, 18*(1), 54-63. doi:10.1080/15325024.2012.679125
- **Ertl, V., Pfeiffer, A., Schauer, E., Elbert, T., & Neuner, F. (2011). Community-Implemented Trauma Therapy for Former Child Soldiers in Northern Uganda. *JAMA, 306*(5), 503-512. Doi: 0.1001/jama.2011.1060
- *Farina, V., Salemi, S., Tatari, F., Abdoli, N., Jouybari, T.A., Alikhani, M., Basanj, B., & Zakiel, A. (2018a). Trauma-focused cognitive behavioral therapy a clinical trial to increase self-efficacy in abused the primary school children. *Journal of Education and Health Promotion, 7*(33). Doi: 10.4103/jehp_80_17
- *Farina, V., Naami, A., Zargar, Y., Davoodi, I., Salemi, S., Tatari, F., Kazemi, A., Basanj, B., Jouybari, T.A., & Alikhani, M. (2018b). Comparison of trauma-focused cognitive behavioral therapy and theory of mind: Improvement of posttraumatic growth and emotion regulation strategies. *Journal of Education and Health Promotion, 7*(58). Doi: 10.4103/jehp.jehp_140_17
- Fazel, M., Reed, R.V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet, 379*, 266-282. Doi: 10.1016/S0140-6736(11)60051-2
- Fazel, M., Stratford, H. J., Rowsell, E., Chan, C., Griffiths, H., & Robjant, K. (2020). Five Applications of Narrative Exposure Therapy for Children and Adolescents Presenting With Post-Traumatic Stress Disorders. *Frontiers in Psychiatry, 11*: 19.
- **Feather, J.S., & Ronan, K.R. (2006). Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy for Abused Children With Posttraumatic Stress Disorder: A Pilot Study. *New Zealand Journal of Psychology, 35*(3), 132-145.
- **Feather, J.S., & Ronan, K.R. (2009). Trauma-focused CBT with maltreated children: a clinic-based evaluation of a new treatment manual. *Australian Psychologist, 44*(3), 174-194. Doi: 10.1080/00050060903147083
- *Fernandez, I. (2007). EMDR as treatment of post-traumatic reactions: A field study on child victims of an earthquake. *Educational & Child Psychology, 24*(1). 65-72.
- **Garrett, A., Cohen, J.A., Zack, S., Carrion, V., Jo, B., Blader, J., Rodriguez, A., Vanasse, T.J., Reiss, A.I., & Agras, W.S. (2019). Longitudinal changes in brain function associated with symptom improvement

in youth with PTSD. *Journal of Psychiatric Research*, 114, 161-169. Doi: [10.1016/j.jpsychires.2019.04.021](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.04.021)

- Gigengack, M. R., van Meijel, E. P. M., Alisic, E., & Lindauer, R. J. L. (2015). Comparing three diagnostic algorithms of posttraumatic stress in young children exposed to accidental trauma: an exploratory study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(14), 1-8. doi:10.1186/s13034-015-0046-7
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (ed.) London: Routledge
- Gilbert, P. (2009a). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208. doi: 10.1192/apt.bp.107.005264
- Gilbert, P. (2009b). *The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges*. (ed.) London: Constable and Robinson Ltd
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: distinctive features*. The CBT distinctive features series (ed.) London; New York: Routledge
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1).
- Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism. A pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(6), 353-379. doi: 10.1002/cpp.507
- **Goldbeck, L., Muehe, 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, 159-170. Doi: 10.1159/000442824
- *Grasso, D.J., Marquez, Y., Joselow, B., & Webb, C. (2011). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy of a Child With Posttraumatic Stress Disorder. *Psychotherapy*, 48(2), 188-197. Doi: 10.1037/a0023133
- Guerney, L. (1983). Client-centered (non-directive) play therapy. In C. E. Schaefer & K. O'Connor (Eds.), *Handbook of play therapy* (pp. 21–64). New York, NY: Wiley.
- Guerney, L. (2003). Filial play therapy. In C. E. Schaefer (Ed.), *Foundations of play therapy* (pp. 99–142) Hoboken, NJ: Wiley.
- Hansen, N., Selsbæk, H.S., & Elklit, A. (2017). *Indlæring og traumer hos børn* (s. 1-58). Odense: Videnscenter for Psykotraumatologi (s. 1-58).
- **Hasan, S., Qasim, A., & Yasmeen, R. (2020). Trauma Focused Cognitive Behavior Therapy for Sexually Abused Children with Co-Occurring Psychological Problems. *Pakistani Pediatric Journal*, 44(1), 51-60.
- *Hébert, M., & Daignault, I.V. (2014). Challenges in treatment of sexually abused preschoolers: A pilot study of TF-CBT in Quebec. *Sexologies*. Doi: 10.1016/j.sexol.2014.09.003

- *Hensel, T. (2009). EMDR With Children and Adolescents After Single-Incident Trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(1). Doi: 10.1891/1933-3196.3.1.2
- *Hermenau, K., Hecker, T., Ruf, M., Schauer, E., Elbert, T., & Schauer, M. (2011). Childhood adversity, mental ill-health and aggressive behavior in an African orphanage: Changes in response to trauma-focused therapy and the implementation of a new constructional system. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(29), 5-29. Doi: 10.1186/1753-2000-5-29
- Homeyer, L. E. (2016). Sandtray/Sandplay Therapy. In: O'Connor, K. J., Schaefer, C. E., & Braverman, L. D., *Handbook of Play Therapy* (2ed). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Homeyer, L., & Sweeney, D. S. (1998). *Sandtray: A practical manual*. Canyon Lake, TX: Lindan Press.
- Homeyer, L., & Sweeney, D. S. (2011). *Sandtray therapy: A practical manual* (2nd ed.). New York, NY: Routledge.
- Hug-Hellmuth, H. (1921). On the technique of child-analysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 2, 287–305.
- Jernberg, A. (1979). *Theraplay: A new treatment using structured play for problem children and their families*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- International Society for Sandplay Therapy (2020). *Becoming a certified member*. Lokaliseret d. 26/11/2020 på: <https://www.isst-society.com/becoming-certified-member>
- International Society for Traumatic Stress Studies. (2019). *ISTSS Guidelines Position Paper on Complex PTSD in Children and Adolescents*. (s. 1-8). Tilgængelig på: [https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_CPTSD-Position-Paper-\(Child_Adol\)_FNL.pdf.aspx](https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_CPTSD-Position-Paper-(Child_Adol)_FNL.pdf.aspx).
- **Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Zand, S.O., & Dolatabadi, S. (2004). A Comparison of CBT and EMDR for Sexually-abused Iranian Girls. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 358-368. Doi: 10.1002/cpp.395
- Jarero, I., & Artigas, L. (2012). The EMDR integrative group treatment protocol: EMDR group treatment for early intervention following critical incidents. *European Review of Applied Psychology*, 62(4), 212-222. Doi: 10.1016/j.erap.2012.04.004
- Jarero, I., Artigas, L., & Montero, M. (2008). The EMDR integrative treatment protocol: Application with child victims of a mass disaster. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2), 287-288. DOI: 10.1891/1933-3196.2.2.97
- **Jarero, I., Roque-López, S., & Gomez, J. (2013). The Provision of an EMDR-Based Multicomponent Trauma Treatment With Child Victims of Severe Interpersonal Trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(1), 17-28. Doi: 10.1891/1933-3196.7.1.17
- Jernberg, A., & Booth, P. B. (1999). *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment-based play* (2. udg.) San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- *Jaycox, L.H., Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Walker, D.W., Langley, A.K., Gegenheimer, K.L., Scott, M., & Schonlau, M. (2010). Children's Mental Health Care Following Hurricane Katrina: A Field Trial of

Trauma-Focused Psychotherapies. *Journal of Traumatic Stress*, 23(2), 223-231. Doi: 10.1002/jts.20518

- **Jensen, T.K., Holt, T., Ormhaug, S.M., Egeland, K., Granly, L., Hoass, L.C., Hukkelberg, S.S., Indregard, T., Stormyren, S.D., & Wentzel-Larsen, T. (2013). A Randomized Effectiveness Study Comparing Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy With Therapy as Usual for Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(3), 356-369. Doi: 10.1080/15374416.2013.822307
- **Jensen, T.K., Ormhaug, S.M., Holt, T., Fjermestad, K.W., & Wentzler-Larsen, T. (2018). Change in Post-Traumatic Cognitions Mediates Treatment Effects for Traumatized Youth – A Randomized Controlled Trial. *Journal of Counselling Psychology*, 65(2), 166-177. Doi: [10.1037/cou0000258](https://doi.org/10.1037/cou0000258)
- *Jørgensen, I.M., Cantio, C., & Elklit, A. (2019). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy With a 6-Year-Old-Boy. *Clinical Case Studies*, 18(6), 480-495. Doi: 10.1177/1534650119879508
- Kalff, D. (1971). *Sandplay: Mirror of a child's psyche*. San Francisco, CA: C. G. Jung Institute.
- Kalff, D. (2003). *Sandplay, a psychotherapeutic approach to the psyche*. Cloverdale, CA: Temenos Press.
- **Kameoka, S., Yagi, J., Arai, Y., Nosaka, S., Saito, A., Miyake, W., Takada, s., Yamamoto, S., Asano, Y., Tanaka, E., & Asukai, N. (2015). Feasibility of trauma-focused cognitive behavioral therapy for traumatized children in Japan: a Pilot Study. *International Journal of Mental Health Systems*, 9(26). Doi: 10.1186/s13033-015-0021-y
- **Kangaslampi, S., & Peltonen, K. (2020). Changes in Traumatic Memories and Posttraumatic Cognitions Associate with PTSD Symptom Improvement in Treatment for Multiply Traumatized Children and Adolescent. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 13, 103-112. Doi: 10.1007/s40653-019-00255-3
- Karsberg, S., Rønholt, S. & Elklit, A. (2012). *Hvordan vurderer vi småbørnstraumer? En sammenfatning af en tværfaglig arbejdsgruppes overvejelser*. Odense: Videnscenter for Psykotraumatologi (s. 1-19).
- *Kemp, M., Drummond, P., & McDermott, B. (2009). A wait-list controlled pilot study of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for children with post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms from motor vehicle accidents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(1), 5-25. Doi: 10.1177/1359104509339086
- *Kerig, P.K., Sink, H.E., Cuellar, R.E., Vanderzee, K., & Elfstrom, J.L. (2010). Implementing Trauma-Focused CBT With Fidelity and Flexibility: A Family Case Study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(5), 713-722. Doi: 10.1080/15374416.2010.501291
- **King, N.J., Tonge, B.J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., Martin, R., & Ollendick, T.H. (2000). Treating Sexually Abused Children With Posttraumatic Stress Symptoms: A Randomized Clinical Trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(11), 1347-1355. Doi: [10.1097/00004583-200011000-00008](https://doi.org/10.1097/00004583-200011000-00008)
- **Knutsen, M.L., Czajkowski, N.O., & Ormhaug, S.M. (2018). Changes in posttraumatic stress symptoms, cognitions, and depression during treatment of traumatized youth. *Behaviour Research and Therapy*, 111, 119-126. Doi: [10.1016/j.brat.2018.10.010](https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.10.010)

- *Konanur, S., Muller, R.T., Cinamon, J.S., Thornback, K., & Zorella, K.P.M. (2015). Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy in a community-based program. *Child Abuse & Neglect*, *50*, 159-170. Doi: 10.1016/j.chiabu.2015.07.013
- Kottman, T. (1995). *Partners in play: An Adlerian approach to play therapy*. Alexandria, VA: American Counseling Association
- Kottman, T. (2011). Adlerian Play Therapy. In C. E. Schaefer (ed.), *Foundations of play therapy* (pp. 55-75), Hoboken, NJ: Wiley
- Lee, D.W., & James, S. (2012). *Recovering from Trauma using Compassion Focused Therapy*. Robinson
- *Lempertz, D., Wichmann, M., Enderle, E., Stellermann-Strehlow, K., Pawils, S., & Metzner, F. (2020). Pre-Post Study to Assess EMDR-Based Group Therapy for Traumatized Refugee Preschoolers. *Journal of EMDR Research and Practice*, *14*(1), 31-45. Doi: 10.1891/1933-3196.14.1.31
- *Lowell, A., & Renk, K. (2018). Cognitive-Behavioral Treatment of PTSD With a Young Boy and His Mother Following the Experience of Chronic Domestic Violence. *Clinical Case Studies*, *17*(3), 166-187. Doi: 10.1177/1534650118771220
- Lowenfeld, M. (1993). *Understanding children's sandplay: The world technique*. Cambridge, England: Anthony Rowe Ltd.
- Levine, P. A. (1977). *Accumulated Stress, Reserve Capacity and Disease*. Ann Arbor, MI: University of California, Berkeley.
- Levine, P. A. (1997). *Waking The Tiger: Healing Trauma: The Innate Capacity to Transform Overwhelming Experiences*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- Levine, P. A. (2010). *In an Unspoken Voice: How The Body Releases Trauma and Restores Goodness*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- Lópes-Castro, T., Saraiya, T., Zumberg-Smith, K., & Dambreville, N. (2019). Association Between Shame and Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. *Journal of Traumatic Stress*, *32*. 484-495. doi: 10.1002/jts.22411
- Løkkegaard, S.S. (2019). *How Can we Identify Traumatized Children? A study on validating assessment tools for identifying children who suffer from trauma symptomatology*. (1. udg.). Syddansk Universitet. Det Sundhedsfaglige Fakultet.
- Løkkegaard, S. S., Egebæk, S. A. B., & Elklit, A. (2017). Are trauma and post-traumatic stress disorder connected to psychiatric comorbidity in Danish pre-schoolers? *Journal of Child & Adolescent Trauma*, *10*(4), 353-361. doi:10.1007/s40653-017-0146-z
- Løkkegaard, S. S., Elmoose, M., & Elklit, A. (2019). Validation of the Diagnostic Infant and Preschool Assessment in a Danish, trauma-exposed sample of young children. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, *7*, 39-51. doi:10.21307/sjcapp-2019-007

- Løkkegaard, S. S., Rønholt, S., Karsberg, S., & Elklit, A. (2017). Validation of the PTSD screening cartoon test "Darryl" in a Danish clinical sample of children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 26(1). doi:10.1002/mpr.1514
- *Mannarino, A.P., Cohen, J.A., Deblinger, E., Runyon, M.K., & Steer, R.A. (2012). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Children Sustained Impact of Treatment 6 and 12 Months Later. *Child Maltreatment*, 17(3), 231-241. Doi: 10.1177/1077559512451787
- *Meentken, M.G., van der Mheen, M., van Beynum, I.M., Aendekerk, E.W.C., Legerstee, J.S., van der Ende, J., Canho, R.W., Lindauer, R.J.L., Hillegers, M.H.J., Moll, H.A., Helbing, W.A., & Utens, E.M.W.J. (2020). EMDR for children with medically related subthreshold PTSD: short-term effects on PTSD, blood-injection-injury phobia, depression and sleep. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). Doi: 10.1080/20008198.2019.1705598
- Mielcke, J. (1999). Legeterapi og vækst. *Psykologisk Set*, 16. årg. Nr. 34, nov. 1999
- Mitchell, R., Brennan, K., Curran, D., Hanna, D., & Dyer, K. F. W. (2017). A Meta-Analysis of the Association Between Appraisals of Trauma and Posttraumatic Stress in Children and Adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 30(1). 88-93. doi: 10.1002/jts.22157
- **Molero, R.J., Jarero, I., & Givudadan. (2019). Longitudinal Multisite Randomized Controlled Provision of EMDR-IGPT-OTS to Refugee Minors in Valencia, Spain. *American Journal of Applied Psychology*, 8(4), 77-88. Doi: 10.11648/j.ajap.20190804.12
- Murray, K.E., Davidson, G.R., & Schweitzer, R.D. (2010). Review of Refugee Mental Health Interventions Following Resettlement: Best Practices and Recommendations. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80 (4), 576–585. Doi: 10.1111/j.1939-0025.2010.01062.x
- **Murray, L.K., Familiar, I., Skavenski, S., Jere, E., Cohen, J., Imasiku, M., Mayeya, J., Bass, J.K., & Bolton, P. (2013). An evaluation of trauma focused cognitive behavioral therapy for children in Zambia. *Child Abuse & Neglect*, 37, 1175-1185. Doi: 10.1016/j.chiabu.2013.04.017
- **Murray, L.K., Skavenski, S., Kane, J.C., Mayeya, J., Dorsey, S., Cohen, J.A., Michalapoulos, L.T.M., Imasiku, M., & Bolton, P.A. (2015). Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy Among Trauma-Affected Children in Lusaka, Zambia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatrics*, 169(8), 761-769. Doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.0580
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Post-traumatic Stress Disorder (NG116). Nice guideline. Tilgængelig på: [https://www.nice.org.uk/guidance/ng116 Punkt 6.1](https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/Punkt_6.1), "Management of PTSD in children, young people and adults", s. 13-16.
- Neuner, F., Catani, C., Ruf, M., Schauer, E., Schauer, M., & Elbert, T. (2008). Narrative Exposure Therapy for the Treatment of Traumatized Children and Adolescents (KidNET): From Neurocognitive Theory to Field Intervention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(3), 541-664. doi: 10.1016/j.chc.2008.03.001
- **Nixon, R.D.V., Sterk, J., & Pearce, A. (2012). A Randomized Trial of Cognitive Behaviour Therapy and Cognitive Therapy for Children with Posttraumatic Stress Disorder Following Single-Incident Trauma. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 327-337. Doi: 10.1007/s10802-011-9566-7

- **Nixon, R.D.V., Sterk, J., Pearce, A., & Weber, N. (2017). A Randomized Cognitive Behaviour Therapy and Cognitive Therapy for Children with Posttraumatic Stress Disorder Following Single-Incident Trauma: Predictors and Outcome at 1-Year Follow-Up. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(4), 471-476. Doi: [10.1037/tra0000190](https://doi.org/10.1037/tra0000190)
- **O'Callaghan, P., McMullen, J., Shannon, C., Rafferty, H., & Black, A. (2013). A Randomized Controlled Trial of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Sexually Exploited, War-Affected Congolese Girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(4), 359-369. Doi: [10.1016/j.jaac.2013.01.013](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.01.013)
- **O'Callaghan, P., McMullen, J., Shannon, C., & Rafferty, H. (2015). Comparing a trauma focused and non trauma focused intervention with war affected Congolese youth: a preliminary randomized trial. *Intervention*, 13(1), 28-44.
- O'Connor, K. J. (2001). Ecosystemic Play Therapy. *International Journal of Play Therapy*, 10, 33-44.
- **Onyut, L.P., Neuner, F., Schauer, E., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, M., & Elbert, T. (2005). Narrative Exposure Therapy as treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: Two case reports and a pilot study in an African refugee settlement. *BMC Psychiatry*, 5(7). Doi: [10.1186/1471-244X-5-7](https://doi.org/10.1186/1471-244X-5-7)
- *Oras, R., de Ezpeleta, S.C., & Ahmad, A. (2004). Treatment of traumatized refugee children with eye movement desensitization and reprocessing in a psychodynamic context. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(3), 199-203. Doi: [10.1080/08039480410006232](https://doi.org/10.1080/08039480410006232)
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience*. Oxford University Press.
- Payne, P., Levine, P. A., & Crane-Godreau, M. A. (2015). Somatic experiencing: using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Frontiers in Psychology*, 6, 93. doi: [10.3389/fpsyg.2015.00093](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00093)
- **Peltonen, K., & Kangaslampi, S. (2019). Treating children and adolescents with multiple traumas: a randomized clinical trial of narrative exposure therapy. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1558708. Doi: [10.1080/20008198.2018.1558708](https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1558708)
- **Perilli, S., Giuliani, A., Pagani, M., Mazzoni, G.P., Maslovaric, G., Maccarone, B., Mahasneh, V.H., & Morales, D. (2019). EMDR Group Treatment of Children Refugees – A Field Study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 13(2), 143-155. Doi: [10.1891/1933-3196.13.2.143](https://doi.org/10.1891/1933-3196.13.2.143)
- Pollio, E., & Deblinger, E. (2018). Trauma-focused cognitive behavioural therapy for young children: clinical considerations. *European journal of psychotraumatology*, 8 (7), 1433929. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1433929>
- *Puff, J., & Renk, K. (2015). Preschool PTSD Treatment (PPT) for a Young Child Exposed to Trauma in the Middle East. *Clinical Case Studies*, 14(5), 388-404. Doi: [10.1177/1534650115569759](https://doi.org/10.1177/1534650115569759)
- **Puffer, M.K., Greenwald, R., & Elrod, D.E. (1998). A Single Session EMDR Study With Twenty Traumatized Children And Adolescents. *The International Electronic Journal of Innovations in the Study of the Traumatization Process and Methods for Reducing or Eliminating Related Human Suffering*, 3(2).

- **Ready, C.B., Hayes, A.M., Yasinski, C.W., Webb, C., Gallop, R., Deblinger, E., & Laurenceau, J.P. (2015). Overgeneralized Beliefs, Accomodation, and Treatment Outcome in Youth Receiving Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Childhood Trauma. *Behavior Therapy*, 46(5), 671-688. Doi: [10.1016/j.beth.2015.03.004](https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.03.004)
- Reed, M. (2010). Jungian Sandplay. *The Alberta Counsellor*, 31(1), 20-24
- *Reyes, C.J., & Asbrand, J.P. (2005). A longitudinal study assessing trauma syptoms in sexually abused children engaged in play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 14(2), 25-47.
- **Rodriguez, J., Hoagwood, K.E., Gopalan, G., Olin, S., McKay, M.M., Marcus, S.M., Radigan, M., Chung, M., & Legerski, J. (2012). Engagement in Trauma-Specific CBT for Youth Post-9/11. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(1), 53-65. Doi: 10.1177/1063426611428157
- Rousseau, C., Benoit, M., Lacroix, L., & Gauthier, M.F. (2009). Evaluation of a sandplay program for preschoolers in a multiethnic neighborhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(6), 743-750. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.02003.x
- *Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Catanai, C., Schauer, E., & Elbert, T. (2010). Narrative Exposure Therapy for 7-16-year-olds: A Randomized Controlled Trial With Traumatized Refugee Children. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 437-445. Doi: 10.1002/jts.20548
- **Rudd, B.N., Last, B.S., Gregor, C., Jackson, K., Berkowitz, S., Zinny, A., Kratz, H.E., Cliggitt, L., Adams, D.R., Walsh, L.M., & Beidas, R.S. (2019). Benchmarking Treatment Effectiveness of Community-Delivered Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *American Journal of Community Psychology*, 64, 438-450. Doi: 10.1002/ajcp.12370
- **Ruiz, E. (2016). Trauma Symptoms in a Diverse Population of Sexually Abused Children. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(6), 680-687. Doi: [10.1037/tra0000160](https://doi.org/10.1037/tra0000160)
- *Salloum, A., Wang, W., Robst, J., Murphy, T.K., Scheeringa, M.S., Cohen, J.A., & Storch, E.A. (2016). Stepped care versus standard trauma-focused cognitive behavioral therapy for young children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(5), 614-622. Doi: 10.1111/jcpp.12471
- *Salloum, A., Small, B.J., Robst, J., Scheeringa, M.S., Cohen, J.A., & Storch, E.A. (2017). Stepped and Standard Care for Childhood Trauma: A Pilot Randomized Clinical Trial. *Research on Social Work Practice*, 27(6), 653-663. Doi: 10.1177/1049731515601898
- *Satapathy, S., & Walia, A. (2006). Intervening with the process of recovery from a traumatic life event: Case study of a child victim of a school fire disaster in India. *Australien e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 5(3), 195-201. Doi: 10.5172/ jamh.5.3.195
- Schaefer, C. E., & Drewes, A. A. (red.). (2014). *The therapeutic powers of play: 20 core agents of change* (2. udg.). Hoboken, NJ: Wiley
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). *Narrative Exposure Therapy (NET): A short-term treatment for traumatic stress disorders* (2. udg.). Cambridge, MA: Hogrefe

- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2017). Narrative Exposure Therapy for Children and Adolescents (KIDNET). I: Landolt, M. A., Cloitre, M., & Schnyder, U., Evidence-Based Treatments for Trauma Related Disorders in Children and Adolescents (s. 227-250). Springer International Publishing. doi: 10.1007/978-3-319-46138-0_11
- **Schauer, E., Neuner, F., Elbert, T., Ertl, V., Onyut, L. P., Odenwald, M., & Schauer, M. (2004). Narrative Exposure Therapy in Children: a Case Study. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work & Counselling in Areas of Armed Conflict*, 2(1), 18-32.
- Scheeringa, M. S. (2009). Posttraumatic Stress Disorder. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health* (3rd ed., pp. 345-359). New York: The Guilford Press.
- Scheeringa, M. S. (2011). PTSD in children younger than the age of 13: Toward developmentally sensitive assessment and management. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4(3), 181-197. doi:10.1080/19361521.2011.597079
- Scheeringa, M. S. (2015). Untangling psychiatric comorbidity in young children who experienced single, repeated, or hurricane Katrina traumatic events. *Child Youth Care Forum*, 44(4), 475-492. doi:10.1007/s10566-014-9293-7
- Scheeringa, M. S. (2016). *Treating PTSD in Preschoolers. A Clinical Guide*. New York: Guilford.
- Scheeringa, M. S., & Haslett, N. (2010). The reliability and criterion validity of the Diagnostic Infant and Preschool Assessment: A new diagnostic instrument for young children. *Child Psychiatry and Human Development*, 41(3), 299-312. doi:10.1007/s10578-009-0169-2
- *Scheeringa, M.S., Salloum, A., Arnberger, R.A., Weems, C.F., Amaya-Jackson, L., & Cohen, J.A. (2007). Feasibility and Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Preschool Children: Two Case Reports. *Journal of Traumatic Stress*, 20(4), 631-636. Doi: 10.1002/jts.20232
- *Scheeringa, M.S., Weems, C.F., Cohen, J.A., Jackson, L.A., & Guthrie, D. (2011). Trauma-Focused cognitive-behavioral for posttraumatic stress disorder in three-through six year-old children: a randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(8), 853-860. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02354.x
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., & Cohen, J. A. (2011). PTSD in children and adolescents: toward an empirically based algorithm. *Depression and Anxiety*, 28(9), 770-782. doi:10.1002/da.20736
- **Schottelkorb, A.A., Doumas, D.M., & Garcia, R. (2012). Treatment for Childhood Refugee Trauma: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Play Therapy*, 21(2), 57-73. Doi: 10.1037/a0027430
- Schlander, C. (2015). *Compassion-fokuseret terapi – en vej til større tilfredshed*. Akademisk Forlag
- Schlander, C. (2020). *Compassion-fokuseret terapi i praksis*. Hans Reitzels Forlag
- **Sharma-Patel, K., & Brown, E.J. (2016). Emotion Regulation and Self Blame as Mediators and Moderators of Trauma-Specific Treatment. *Psychology of Violence*, 6(3), 400-409. Doi: [10.1037/vio0000044](https://doi.org/10.1037/vio0000044)

- Shevlin, M., & Elklit, A. (2008). A latent class analysis of adolescent adverse life events based on a Danish national youth probability sample. *Nordic Journal of Psychiatry*, *60*(3), 218-224. Doi: <https://doi.org/10.1080/08039480801983992>
- Seymour, J. W. (2016). An Introduction to the Field of Play Therapy. In: O'Connor, K. J., Schaefer, C. E., & Braverman, L. D., *Handbook of Play Therapy* (2ed). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (1999) Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, *13*, 35–67.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2nd edition) New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2005). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) training manual*. Watsonville, CA: EMDR Institute.
- Shapiro, F. (2018a). Background. I: Shapiro, F. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy. Basic Principles, Protocols, and Procedures* (3. udgave, s. 1-24). The Guilford Press: New York.
- Shapiro, F. (2018b). Adaptive Information Processing. I: Shapiro, F. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy. Basic Principles, Protocols, and Procedures* (3. udgave, s. 25-53). The Guilford Press: New York.
- Shapiro, F., & Forrest, M. S. (1997). *EMDR*. New York: Basic Books.
- Shapiro, F., & Maxfield, L. (2002). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Information Processing in the Treatment of Trauma. *Journal of Clinical Psychology*, *58*(8), 933-946. Doi: 10.1002/jclp.10068
- **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 and Adolescent Psychiatry*, *48*(8), 1051-1061. Doi: 10.1097/CHI.0b013e318067e288
- **Smyth-dent, K., Fitzgerald, J., & Hagos, Y. (2019). A Field Study on the EMDR Integrative Treatment Protocol for Ongoing Traumatic Stress Provided to Adolescent Eritrean Refugees Living in Ethiopia. *Psychology and Behavioral Science International Journal*, *12*(4). Doi: 10.19080/PBSIJ.2019.12.555842
- **Soberman, G.B., Greenwald, R., & Rule, D.L. (2002). A Controlled Study of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for Boys with Conduct Problem. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *6*(1), 217-236. Doi: 10.1300/J146v06n01_11
- *Stauffer, L.B., & Deblinger, E. (1996). Cognitive Behavioral Groups for Nonoffending Mothers and Their Young Sexually Abused Children: A Preliminary Treatment Outcome Study. *Child Maltreatment*, *1*(1), 65-76.

- *Stephenson, J., & Renk, K. (2019). My First Time Hurt: Using Preschool PTSD Treatment to Address PTSD Symptoms in a Young Girl With a History of Pediatric Cancer. *Clinical Case Studies, 18*(2), 87-105. Doi: [10.1177/1534650118815601](https://doi.org/10.1177/1534650118815601)
- *Thornback, K., & Muller, R.T. (2015). Relationships among emotion regulation and symptoms during trauma-focused CBT for school-aged children. *Child Abuse & Neglect, 50*, 182-192. Doi: [10.1016/j.chiabu.2015.09.011](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.09.011)
- Turner, B. (2005). *Handbook of sandplay therapy*. Cloverdale, CA: Temenos Press.
- **Tutus, D., Pfeffer, E., Rosner, R., Sachser, C., & Goldbeck, L. (2017). Sustainability of Treatment Effects of Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents: Findings from 6- and 12-Month Follow-Ups. *Psychotherapy and Psychosomatics, 86*, 379-381. Doi: [10.1159/000481198](https://doi.org/10.1159/000481198)
- **Unterhitzberger, J., Sachser, C., & Rosner, R. (2020). Posttraumatic Stress Disorder and Childhood Traumatic Loss: A Secondary Analysis of Symptom Severity and Treatment Outcome. *Journal of Traumatic Stress, 33*(3), 208-217. Doi: [10.1002/jts.22499](https://doi.org/10.1002/jts.22499)
- **Wang, D.C., Jean-Charles, W., Griff, K.P., Hook, J.N., Tongeren, D.R.V., Aten, D., Boan, D., Valcin, V.C., Davis, E.B., Davis, D.E., Abouezzedine, T., Sklar, Q., & Wang, A. (2016). Culturally Adapted Spiritually Oriented Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Child Survivors of Restavek. *Spirituality in Clinical Practice, 3*(4), 224-236. Doi: [10.1037/scp0000101](https://doi.org/10.1037/scp0000101)
- **Webb, C., Grasso, D., Hayes, A.M., Laurenceau, J.P., & Deblinger, E. (2014). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Youth: Effectiveness in a Community Setting. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 6*(5), 555-562. Doi: [10.1037/a0037364](https://doi.org/10.1037/a0037364)
- **Weiner, D.A., Schneider, A., & Lyons, J.S. (2009). Evidence-based treatments for trauma among culturally diverse foster care youth: Treatment retention and outcomes. *Children and Youth Services Review, 31*(11), 1199-1205. Doi: [10.1016/j.childyouth.2009.08.013](https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.08.013)
- **Wilker, S., Catani, C., Wittmann, J., Preusse, M., Schmidt, T., May, T., Ertl, V., Doering, B., Rosner, R., Zindler, A., & Neuner, F. (2020). The efficacy of Narrative Exposure Therapy for Children (KIDNET) as a treatment for traumatized young refugees versus treatment as usual: study protocol for a multi-center randomized controlled trial (YOUTREAT). *Trials, 21*, 185. Doi: [10.1186/s13063-020-4127-4](https://doi.org/10.1186/s13063-020-4127-4)
- *Zorzella, K.P.M., Muller, R.T., & Cribbie, R.A. The relationships between therapeutic alliance and internalizing and externalizing symptoms in Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Child Abuse & Neglect, 50*, 171-181. Doi: [10.1016/j.chiabu.2015.08.002](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.08.002)

Bilag

Bilag 1: Søgestreng for systematiske søgninger

Bilag 1.1: Compassion Focused Therapy

Compassion Focused Therapy OR CFT	AND	Child* OR Young child* OR Girl* OR Boy* OR Pre next school* OR Pre-school* OR Preschool* OR Kid*
--	------------	---

Bilag 1.2: Eye Movement Desensitization and Reprocessing

EMDR OR Eye movement desensitization and reprocessing	AND	Child* OR Young Child* OR Girl* OR Boy* OR Pre next school* OR Pre-school* OR Preschool* OR Kid*
---	------------	---

Bilag 1.3: Legeterapi

<p>Play Therapy And Trauma</p>	<p>AND</p>	<p>Child* OR Young child* OR Girl* OR Boy* OR Pre next school* OR Pre-school* OR Preschool* OR Kid*</p>
---	-------------------	--

Bilag 1.4: Narrativ Eksponeringsterapi til traumatiserede børn og unge

<p>Kid-NET OR KIDNET OR KidNET OR Narrative Therapy OR Narrative Exposure Therapy OR Narrative Exposure Therapy for children</p>	<p>AND</p>	<p>Child* OR Young child* OR Girl* OR Boy* OR Pre next school* OR Pre-school* OR Preschool* OR Kid*</p>
--	-------------------	--

Bilag 1.5: Sandplay

<p>Sandplay</p>	<p>AND</p>	<p>Child* Or Young Child* OR Girl* Or Boy* Or Pre next school* Or Pre-school* Or Preschool* Or Kid*</p>
-----------------	-------------------	--

Bilag 1.6: Somatic Experiencing®

<p>Somatic Experiencing OR Somatic Experiencing Therapy OR Somatic Experiencing Trauma Therapy OR Somatic Therapy OR Body-oriented Therapy OR Body-oriented Trauma Therapy</p>	<p>AND</p>	<p>Child* OR Young child* OR Girl* OR Boy* OR Pre next school* OR Pre-school* OR Preschool* OR Kid*</p>
--	-------------------	--

Bilag 1.7: Theraplay®

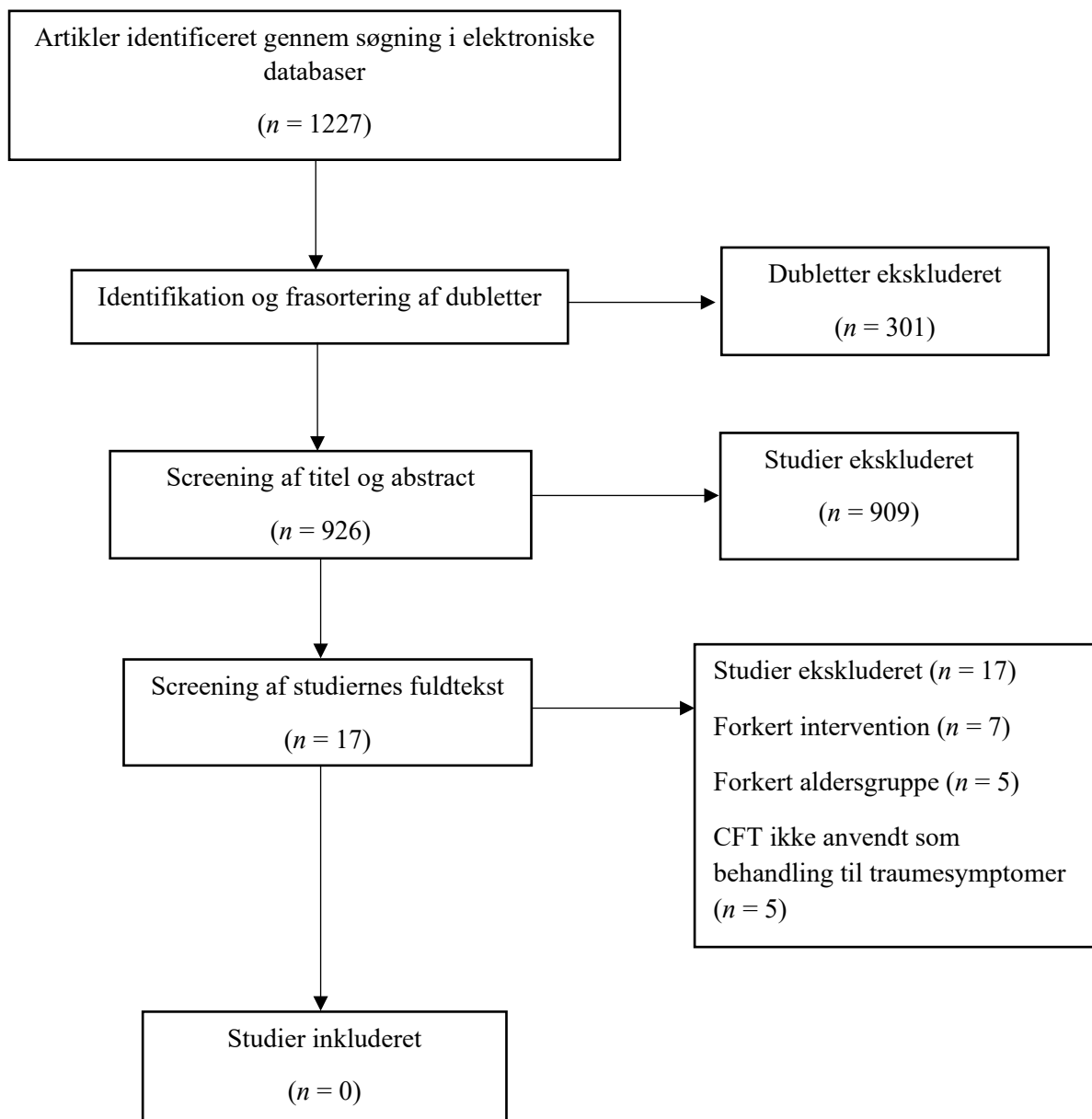
<p>Theraplay And Trauma</p>	<p>AND</p>	<p>Child* OR Young child* OR Girl* OR Boy* OR Pre next school* OR Pre-school* OR Preschool* OR Kid*</p>
--	-------------------	--

Bilag 1.8: Traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi

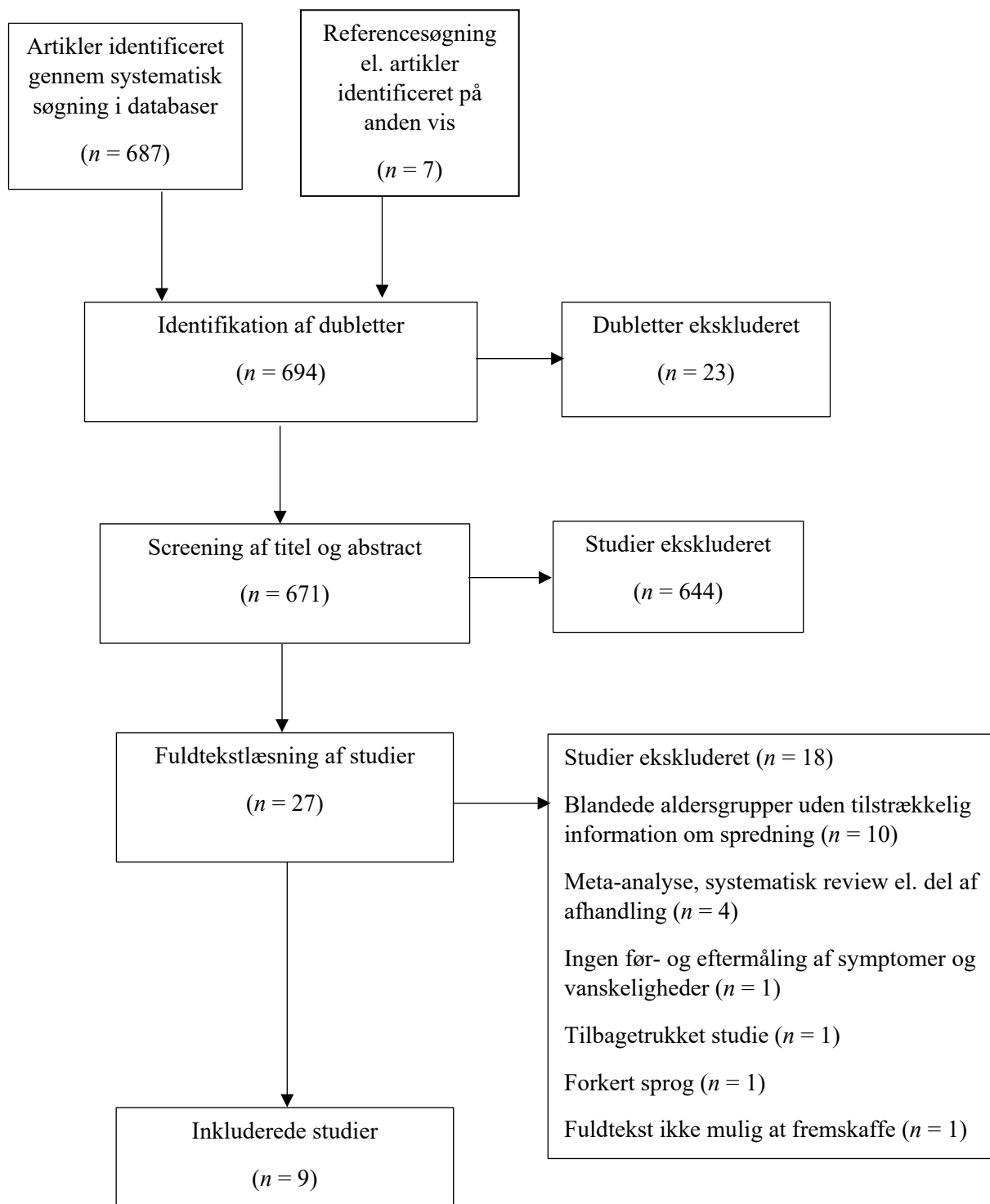
<p>Trauma-focused cognitive behavioral therapy OR Trauma focused cognitive behavioral therapy OR Trauma-focused CBT OR TF-CBT OR Preschool PTSD Treatment</p>	<p>AND</p>	<p>Child* OR Young child* OR Girl* OR Boy* OR Pre next school* OR Pre-school* OR Preschool OR Kid*</p>
---	-------------------	---

Bilag 2: Flowdiagrammer over systematiske søgninger

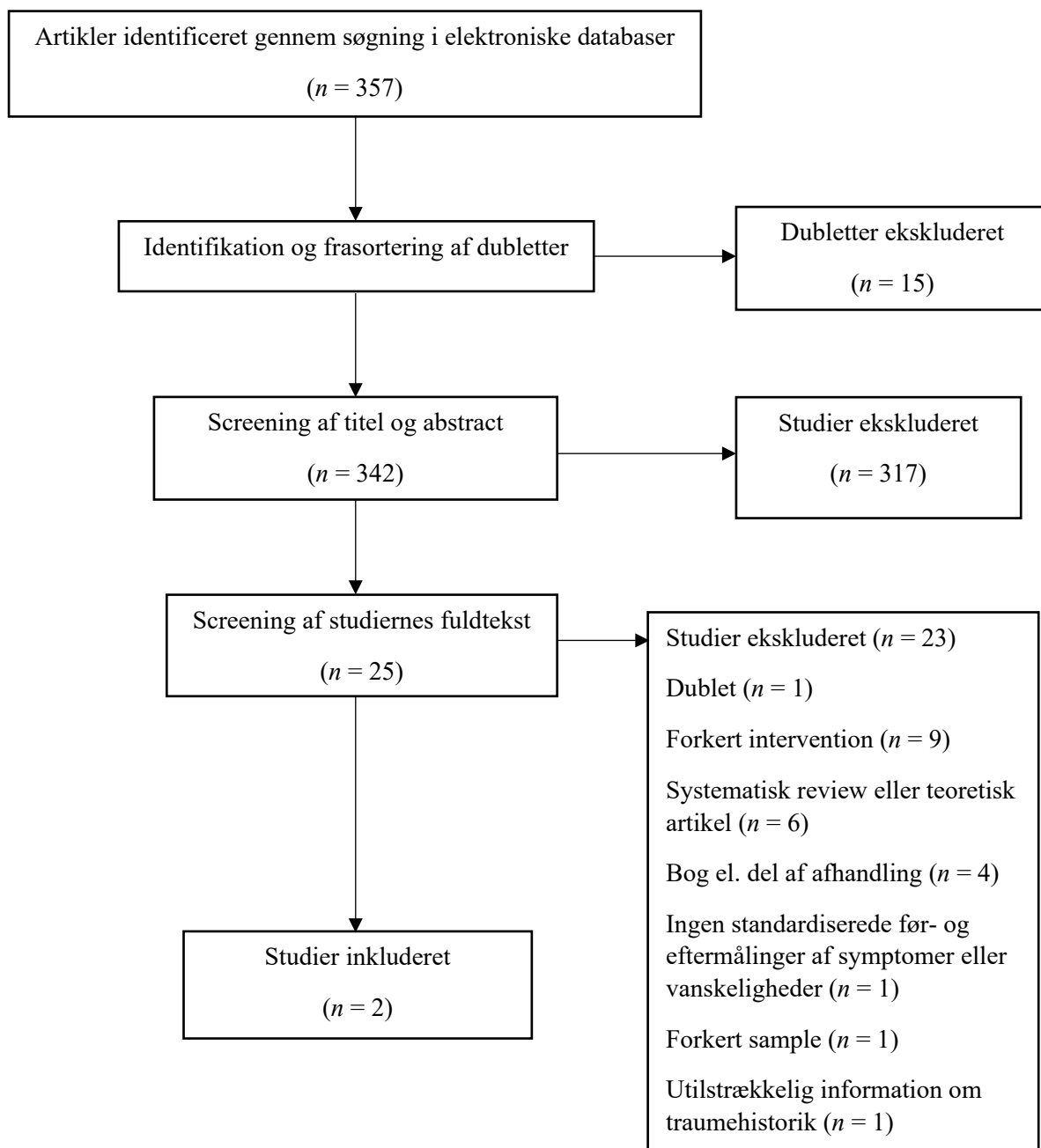
Bilag 2.1: Compassion Focused Therapy



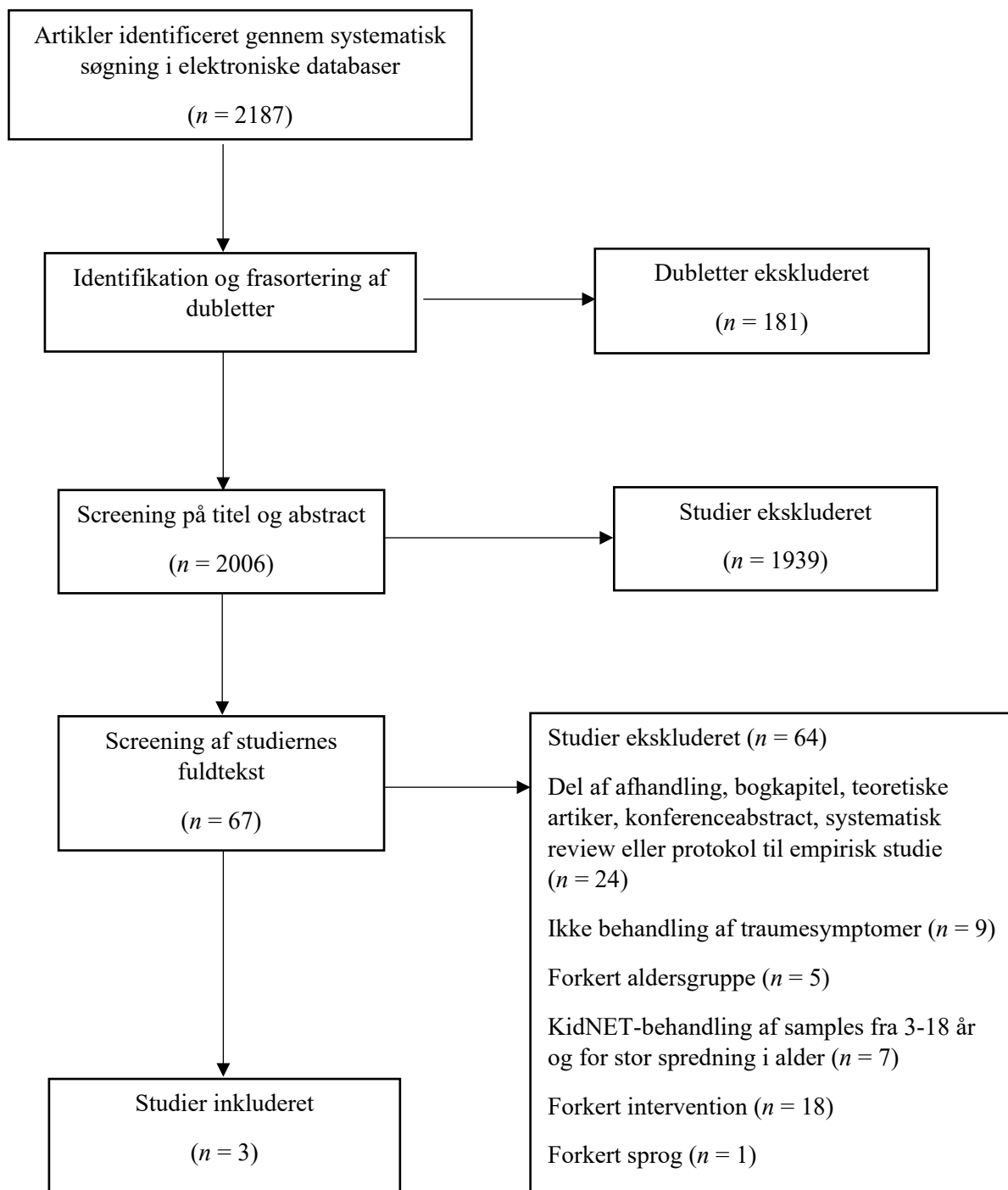
Bilag 2.2: Eye Movement Desensitization and Reprocessing



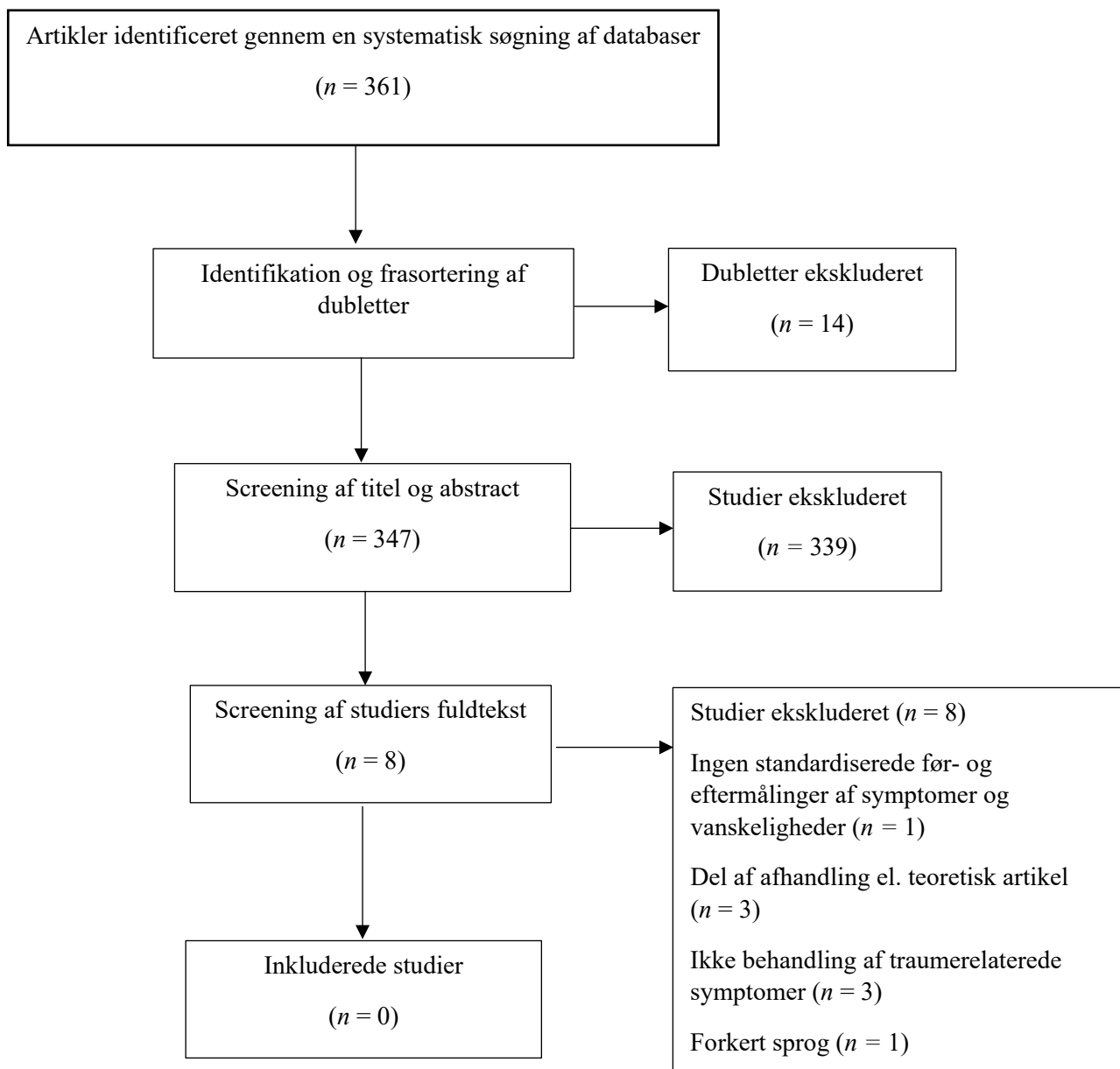
Bilag 2.3: Legeterapi



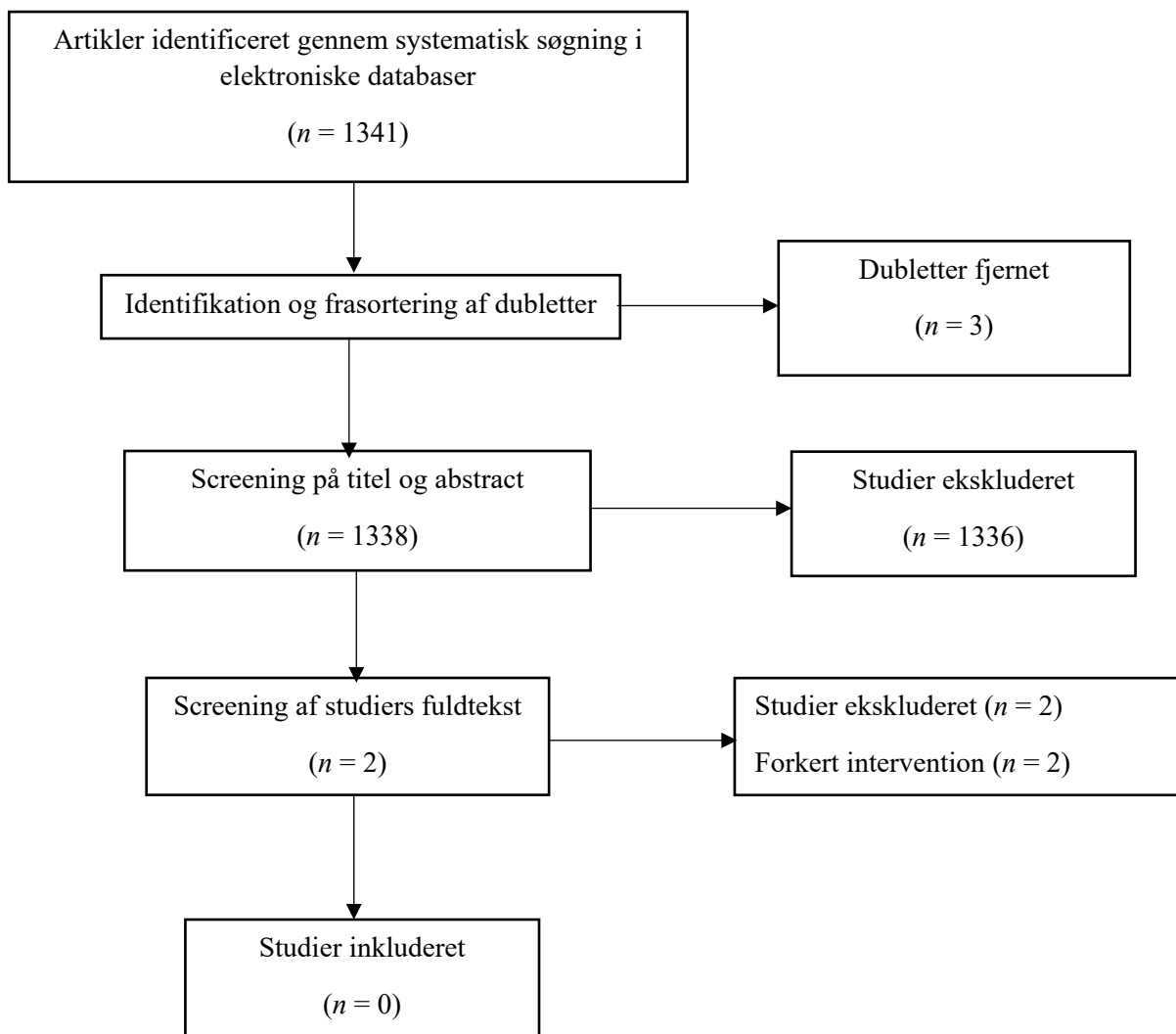
Bilag 2.4: Narrativ Eksponeringsterapi til traumatiserede børn og unge



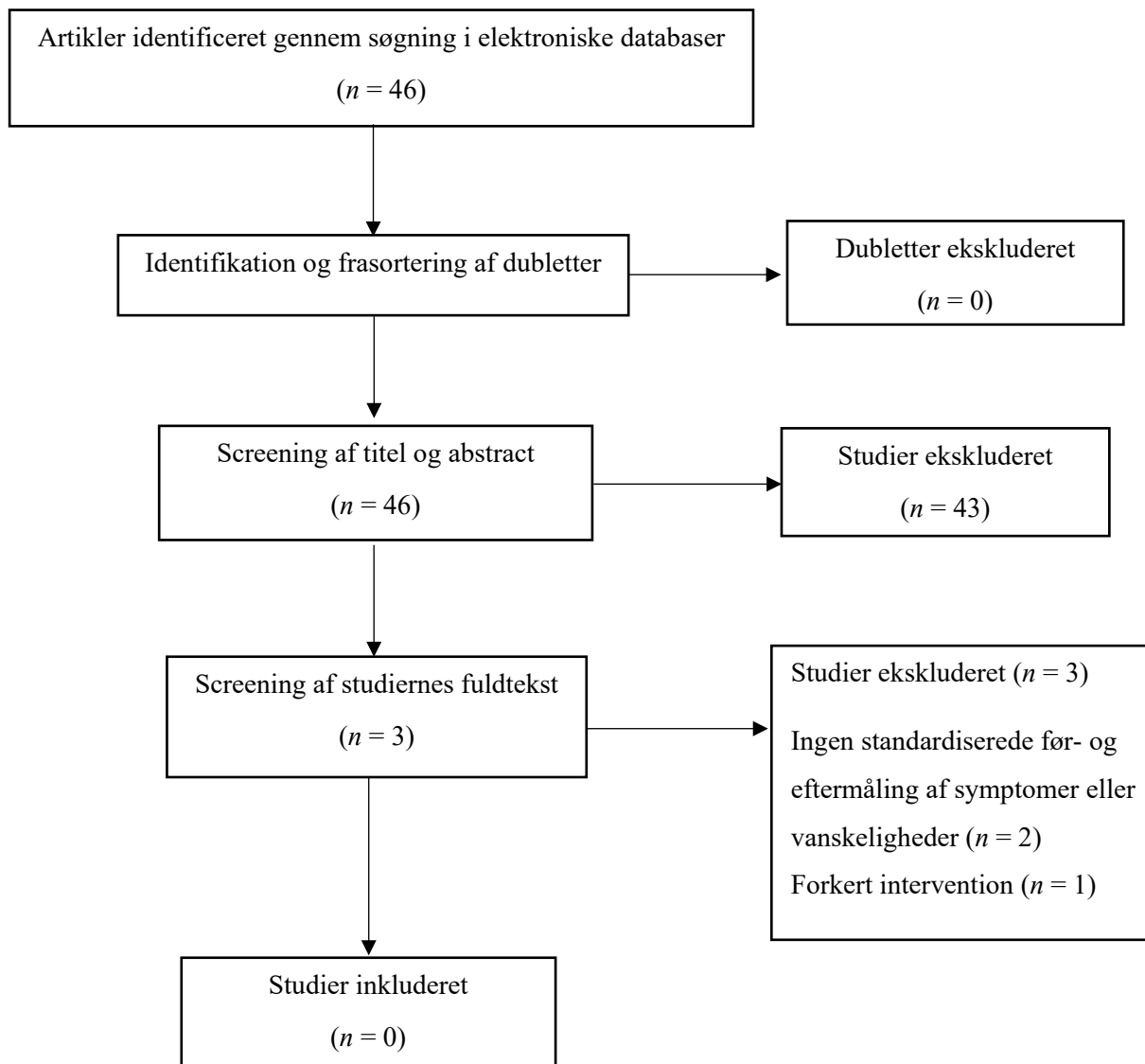
Bilag 2.5: Sandplay



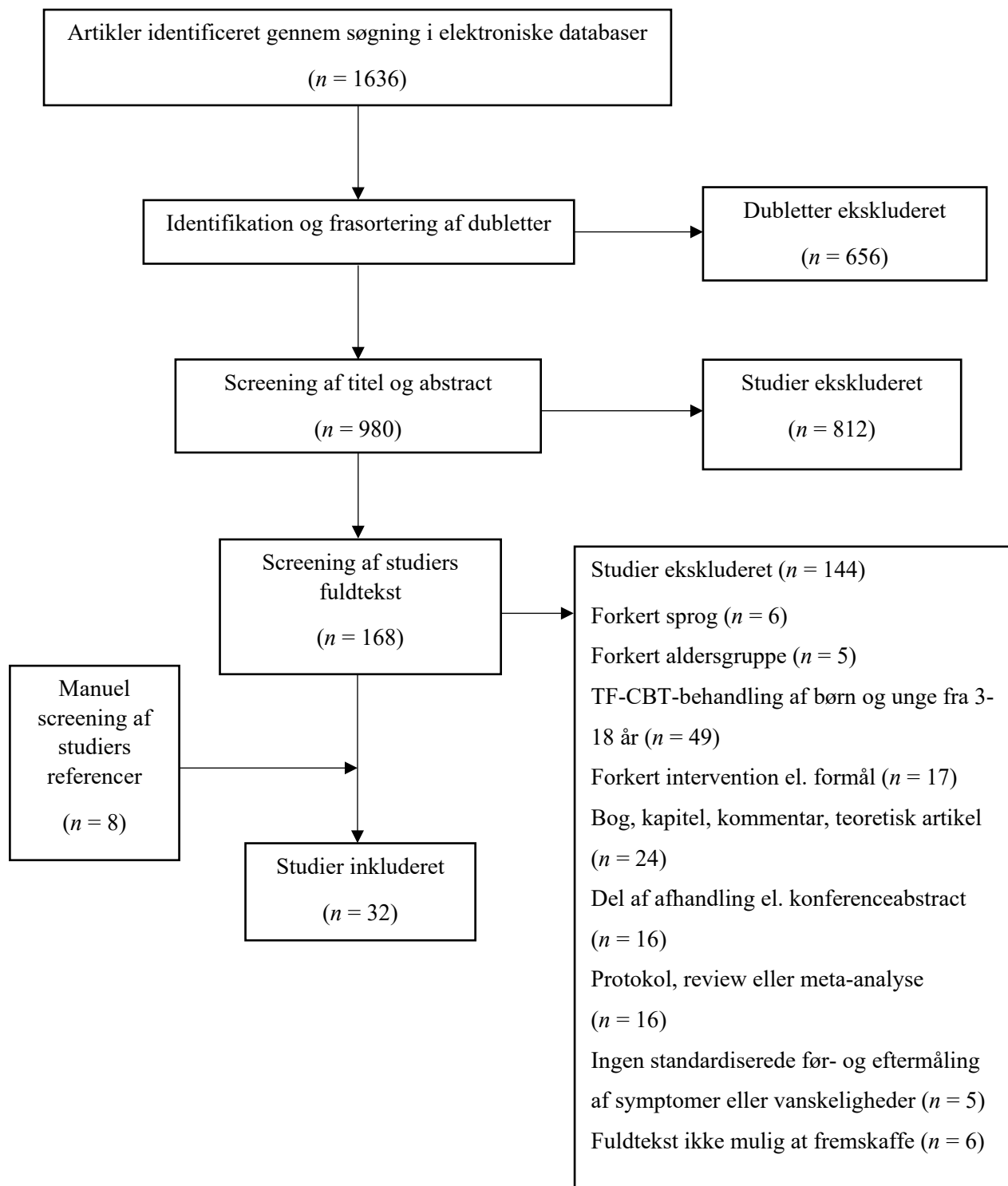
Bilag 2.6: Somatic Experiencing®



Bilag 2.7: Theraplay®



Bilag 2.8: Traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi



Bilag 3. Tabelbeskrivelser over empiriske studier af effekten af terapeutiske behandlingsmetoder

Bilag 3.1. Tabel 7: Empiriske studier af Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Forfatter (årstal) Land	Studiepopulation (M±SD)	Formål og metode	Assessment	Beskrivelse af behandlingen	Vigtigste outcome
Chemtob, Nakashima & Carlson (2002) USA (Hawaii)	Naturkatastroferamte børn (orphanen Iniki), $n = 32$, 6-12 år ($M = 8.4$), piger = 68.8 %, stor etnisk diversitet i samplet.	RCT-studie, der undersøgte effekten af en kort psykosocial indsats (EMDR) til naturkatastroferamte børn med PTSD-symptomer, som ikke har responderet på et behandling modtaget et år forinden.	Præ-, post- og opfølgingsmåling 6 mdr. efter endt behandling med: - <i>CRIT</i> - <i>RCMAS</i> - <i>CDI</i>	Antal børn i EMDR-gruppe = 17 Antal børn i ventelistekontrol = 15 Antal sessioner pr. barn = 3, 1 x ugentligt	Studiet fandt store signifikante reduktioner i PTSD-symptomerne efter tre EMDR-sessioner samt signifikante, men mindre, reduktioner i angst- og depressionssymptomer. De gavnlige effekter var både tilstede ved post- og opfølgingsmåling. Studiet konkluderer, at reduktionerne ikke skyldes naturlig remission, dels fordi børnenes symptomer havde været tilstede i mere end 3 ¼ år, og dels fordi, der ikke blev fundet signifikante reduktioner i symptomatologien blandt ventelistekontrollerne.
de Roos,, Greenwald, Hollander-Gijsman, Noorthoorn, Buuren & de Jongh (2011). Holland	Børn udsat for eksplosionsulykke, $n = 52$, 4-18 (4-6 år = 23%, 7-12 = 46%, 13-18 = 31%. EMDR-gruppe: 10.2±4.0), piger = 44.2 % (i EMDR-gruppe = 50 %).	RCT-studie, der sammenligner effekten af EMDR med CBT med PTSD-symptomer efter oplevelse af eksplosion på en fyrværkerifabrik 6 mdr. forinden.	Præ-, post og 3 mdr. opfølgning med: - <i>PTSD-RI, DSM-IV</i> - <i>CROPS</i> - <i>PROPS</i> - <i>BDS</i> - <i>MASC</i> - <i>CBCL</i>	Antal i EMDR-gruppe = 26 Antal CBT-gruppe = 26 Antal behandlinger pr. barn = op til 4 (og op til 4 forældresessioner). Varighed pr. session = ca. 60 min Varighed = 4-8 uger	20 børn fra CBT gruppen gennemførte behandlingen, mens dette tal i EMDR var 18. Studiet fandt, at begge behandlinger førte til signifikante reduktioner på anvendte effektmål, og at behandlingseffekterne var vedvarende ved opfølgning. Resultaterne peger også på, at der skulle færre EMDR- end CBT-sessioner til, før behandlingen genererede gavnlige effekter på børnenes symptomatologi.
Fernandez (2007) Italien	Børn ofre for jordskælv (indekstramet) og en række traumatiske hændelser under og som følge af jordskælvet, $n = 22$, 7-11 år.	Feltstudie med formålet om at undersøge effekten af EMDR tre PTSD-symptomklynger (DSM-IV-RT) hos børn udsat for jordskælv samt	Præ- og postassessment efter hver behandlingsrunde (6 assessments i alt) med:	1-årig behandling med behandlinger af tre runder. Gennemsnitligt antal sessioner pr.	Studiet fandt en signifikant reduktion i overordnet PTSD-symptomatologi fra præ- til postbehandling med EMDR. Analyseret hver for sig, viste resultaterne også en signifikant reduktion i de enkelte symptomklynger.

flere traumatiske hændelser.	- Spørgeskema udviklet af National Institute of Health i Italien - SCID-1	behandlingsrunde pr. barn = 6.5. Varighed pr. session = 30-90 minutter.	Ved behandlingens afslutning, mødte kun 9 % af børnene kriterierne for en PTSD-diagnose, mens 61 % mødte kriterierne før behandlingen.
Børn- og unge eksponeret for enkeltstående traume, n = 32, 1 år og 9 mdr.-18 år og 1 mdr, (7.93±3-77), piger = 43,75 %.	Målinger ved indskrivning (T1), før første EMDR-session (T2), 1 uge efter sidste session (T3) samt ved 6 mdr. opfølgning (T4): - PROPS	Gns. Antal behandlinger = 3, hvoraf 1 ½ af disse var med EMDR Varighed pr. session = max 50 min	Studiet finder store effektstørrelser for behandlingens effekt, og mellem T2 og T3 ses en effektstørrelse på $r_d = 1.87$ mellem T2 og T3. Mellem T2 og T4 ses en effektstørrelse på $d = 2.13$ for T2-T4. Behandlingens virkning på symptomniveauerne genererede dermed store effektstørrelser, hvilket indikerer en gavnlig og vedvarende effekt på få behandlingssessioner. Studiet finder desuden, at EMDR succesfuldt kan tilpasses og anvendes blandt førskolebørn (n = 14) på samme gavnlige vis som blandt skolebørn.
RCT-studie, der undersøgte effekten af fire EMDR-sessioner vs. seksugers ventelistekontrol på børn med vedvarende PTSD-symptomer efter bilulykke.	Præ-, post- og 2 x opfølgingsmåling (3 og 12 mdr.) med: - PTSD DSM-IV; klinisk assessment - Child PTSD-R/ - STAIC - CDS - CBCL - Parent PTSD-R - GHQ-12 - IES - GFS. Bemærk: Frafaldsrate på 81 ved 3 mdr. opfølgning og 55 % ved 12 mdr. opfølgning	Antal i venteliste = 14 Antal i EMDR-gruppe = 13 Antal EMDR-behandlinger = 4 Varighed af behandlingen = 7-10 dage Gennemsnitlig varighed pr. session = 60 min	Studiet fandt, at fire sessioners EMDR var mere succesfuldt en seks ugers ventelistekontrol i at lette PTSD-symptomer målt med Child PTSD-R og vurderet gennem diagnostisk interview. Studiet fandt ingen signifikant forbedring i symptomer på selvrapporeret angst og depression elle på forældres vurdering af adfærdsmæssige og depressive symptomer. Reduceringerne i PTSD-symptomerne opnået efter fire sessioners behandling, vurderes af forfatterne til at have klinisk relevans. Reduceringerne var vedligeholdt ved opfølgning 3 mdr. efter endt behandling og ved 12 mdr. sås en yderligere gavnlig effekt af behandlingen.

Lempertz, Enderle, Steller-mann-Strehlow, Pwils & Metzner (2020) Tyskland	Flygtningebørn med multipel traumatisk krigsrelateret eksponering, 4-6 år (Mid = 5), n = 10, piger = 50 %.	Pilot feltstudie i børnehaver med formålet om at undersøge effekten af gruppebaseret EMDR på PTSD-symptomer blandt flygtningeførskskolebørn.	Præ- post- og opfølgning 3 mdr. efter endt behandling med: - CBCL 1½-5) OBS: både forældre og pædagoger udfyldte CBCL.	Antal sessioner = 5 Varighed af behandling = 5 dage Varighed pr. session = 50 - 60 minutter	Vurderet af børnenes pædagoger, sås en signifikant ændring i børnenes samlede antal PTSD-symptomer efter endt behandling. Denne effekt var vedvarende ved opfølgning. Vurderet af børnenes forældre derimod, var reducereingerne hverken signifikante efter endt behandling eller opfølgning.
Meentken et al. (2020) Holland	Børn med subkliniske DSM-IV PTSD-symptomer efter medicinsk relaterede traumer, n = 70, 4-15 år (9.6±2.9), (EMDR-gruppe = 9.8±2.7, kontrolgruppe = 9.4 ±3.1), piger = 33.8 %.	RCT-studie, der undersøger de kortvarige effekter af EMDR-behandling på symptomer på PTSD, angst, depression og søvnproblemer hos børn med sublikisk PTSD efter hospitalsindlæggelse og kirurgiske indgreb.	Præ- og opfølgningsmålinger med hollandske versioner af - CRTI - CDI-2 - SCARED-NL - Sleep Self Report (SS) - Forældreversionen Child Sleep Habits Questionnaire (CSHQ)	Antal børn i kontrolgruppe (TAU) = 37 Antal børn i EMDR-gruppe = 33 Antal EMDR-behandlinger = 3.5±1.9 Cirka varighed pr. session = 50 minutter Opfølgningstidspunkt, M = 9.7 uger	Studiet fandt en signifikant reducereing på alle børnenes symptommål uafhængigt af behandlingskondition. EMDR-gruppens symptomer på fobi, depression og søvnproblemer forbedrede sig signifikant mere end symptomniveauerne hos børn i kontrolgruppen. Sammenlignet med TAU, fandt studiet ikke en signifikant større effekt af EMDR-behandling på børnenes PTSD-symptomer.
Oras, de Ezpeleta & Ahmad (2004). Sverige	Flygtningebørn med krigsrelateret traumatisk eksponering, n = 13, 8-16 år (8-11 år = 53.8%), piger = 76.9 %.	Studie i psykiatrisk setting, der undersøger effekten af EMDR kombineret med samtaleterapi (>12 år) og legeaterapi (<12 år) på traumasymptomer blandt flygtningebørn og -unge.	Præ- og postinterventionsmåling med: - PTSS-C	Antal behandlingssessioner pr. deltager = 5-25, 1-2 x ugentligt Antal sessioner med EMDR = 1-6 pr. deltager	Studiet finder en signifikant forbedring i funktionsniveau (klinisk vurderet) og signifikante reducereinger i PTSD-symptomer, non-relaterede PTSD-symptomer samt i depressionssymptomer. Bedring i funktionsniveau var associeret med fald i non-relaterede PTSD-symptomer og depressionssymptomer, men ikke PTSD-symptomer.
Wadaa, Zaharim & Alqashan (2010) Malaysia	Irakiske flygtningebørn, n = 37, 7-12 år (10.17±1.65) piger = 51.7 %.	Case-kontrolstudie, der undersøgte effekten af EMDR på flygtningebørns PTSD-symptomer.	Præ- og postmåling med: - The UCLA PTSD Index for DSM-IV, forældreversion (oversat til Arabisk og tilbageoversat til engelsk).	Antal i EMDR-gruppe = 12 Antal i kontrolgruppe = 25 Antal sessioner = 12 Varighed = 3 måneder	Studiet fandt signifikante præ-post reducereinger i EMDR-gruppens gennemsnitlige antal PTSD-symptomer, mens en signifikant reducereing ikke blev observeret i kontrolgruppens symptomatologi.

Bemærk: EMDR-
gruppens alder, M =
11.4.

forældre til børnene i
kontrolgruppen tog ikke
imod dette tilbud på
vegne af deres barn.
Derfor blev de betragtet
som
sammenligningskondition.

Note. BDS = the Birlleson Depression Scale, CBCL 1½-5 = Child Behavior Checklist til børn fra 1½-5 år, CDI = The Children's Depression Inventory, CDI-2 = Children's Depression Inventory 2, CDS = Children's Depression Scale, Child PTS-RI = Child Post-Traumatic Stress – Reaction Index, CRI = Child Reaction Inventory, CROPS = The Child Report of Post-traumatic Symptoms, CRTI = The Children's Responses to Trauma Inventory, CSHQ = Child Sleep Habits Questionnaire, GFS = The General Functioning Scale, GHQ-12 = General Health Questionnaire-12, IES = The Impact of Event Scale, M = gennemsnit, MASC = the Multidimensional Anxiety Scale for Children, Md = median, Parent PTS-RI = the Child Post-Traumatic Stress – Reaction Index; Parent Questionnaire, PROPS = the Parent Report of Post-traumatic Symptoms, PTSD-RI = The UCLA PTSD Reaction Index, RCMAS = The Revised Children's Manifest Anxiety Scale, PTSS-C = Posttraumatic Stress Symptom Scale for Children, SCARED-NL = Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders, SCID-1 = Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis 1 Disorders, SD = standardafvigelse, STAIC = State Trait Anxiety Inventory for Children, TAU = treatment as usual/normal behandling.

Bilag 3.2. Tabel 8: Empiriske studier af legeterapi

Forfatter (årstal) Land	Studiepopulation (M)	Formål og metode	Assessment	Beskrivelse af behandlingen	Vigtigste fund
Reyes & Asbrand (2005) USA	Etnisk diversitet sample af børn udsat for seksuelle overgreb, $n = 18$, 7.3-16.6 år ($M = 11.1$), piger = 72.2%.	Longitudinelt interventionsstudie, der undersøger effekten af legeterapi på traumesymptomatologien og sværheden heraf blandt børn udsat for seksuelle overgreb.	Præ- og postmåling med: - TSCC	Varighed af behandlingsforløbet = 9 måneder Varighed pr. session = 50 minutter Antal af sessioner, deltagerne gennemsnitligt gennemførte i løbet af behandlingen [rækkevide]: 0-3. måned = 10.35 [2-24] 3-6. måned = 9.25 [5-26] 6-9. måned = 11.64 [7-23]	Studiet fandt, at legeterapi førte til signifikante reduktioner i symptomniveauer af PTSD, angst, depression og seksuel distress, således disse efter behandling lå udenfor zonen, der indikerer klinisk relevante symptomniveauer. Dette indikerer en klinisk relevans af behandlingen. Studiet fandt dog, at behandlingen ikke førte til signifikante reduktioner på symptomål for vrede, dissociation, overet dissociation, fantasi, seksuelle bekymringer og seksuel optagethed (eng. <i>preoccupation</i>).
Satapathy & Walia (2006) Indien	Pige udsat for brandulykke, $n = 1$, 9 år.	Casestudie, der undersøger effekten af legeterapi på traumerelaterede symptomer opstået efter brandulykke.	Præ- og postmåling med: - 8 items fra IES	Varighed af behandling = 10 dage Behandling påbegyndt 3,5 mdr. efter ulykke. Behandlingen bestod af en række legeterapeutiske metoder.	Studiet fandt, at der ved postintervention var sket en stor reduktion i pigens traumerelaterede symptomer. Dette var særligt fremtrædende for symptomer på stress og angst samt posttraumatiske symptomer, hvor IES-scoren fra præ- til postintervention sås reduceret fra 41 til 23 ved postintervention. Pigen rapporterede desuden forbedret søvn, signifikant færre mareridt og en normalisering af appetit.

Note. IES = Impact of Event Scale, M = gennemsnitsalder, TSCC = The Trauma Symptom Checklist for Children.

Bilag 3.3. Tabel 9: Empiriske studier af narrativ eksponeringsterapi til traumatiserede børn og unge

Forfatter (årstal) Land	Studiepopulation (M±SD)	Formål og metode	Assessment	Beskrivelse af behandlingen	Vigtigste outcome
Catani, Kohiladevy, Ruf, Schauer, Elbert & Neuner (2009) Sri Lanka	Børn udsat for naturkatastrofe samt krigsrelateret traumatisk eksponering, $n = 31$, 8-14 år (KidNET-deltagere: 11.6 ± 2.0 , MED-RELAX-deltagere: 12.3 ± 2.0), piger i KidNET, $n = 37.5\%$, piger i MED-RELAX, $n = 53.3\%$.	RCT-studie, der undersøgte og sammenlignede effekten af KidNET og atslappende meditation (MED-RELAX; meditation-relaxation) på sværhedsgraden af præliminær PTSD (DSM-IV), funktionsniveau og fysiske symptomer blandt Sri Lankanske tsunamiramte børn.	Præ-, post- og opfølgingsmåling med: - <i>UCLA PTSD Index (DSM-IV)</i> administreret som interview samt tilføjelse af 15 items. Fem for at vurdere funktionsniveau, fem for at vurdere sværhedsgraden af de peritraumatiske tsunamioplevelser og slutteligt frem for at vurdere de somatiske symptomer. Postmåling = 4-5 uger efter endt behandling Opfølgning = cirka 6 mdr. efter endt behandling.	Behandlinger leveret af seks lokale lærere oplært i metoderne. Antal i KidNET-gruppe = 16 Antal i MED-RELAX-gruppe = 15 Antal sessioner for begge konditioner = 6 Varighed pr. session = 60-90 minutter	Studiet finder, at børnenes PTSD-symptomer var signifikant reduceret ved postintervention i begge konditioner, og at der ingen signifikant forskel var mellem behandlingernes effekt. Resultaterne tyder på, at effekterne vedligeholdes over tid idet 80% af børnene i KidNET-gruppen og 70% i MED-RELAX-gruppen ej heller opfyldte kriterierne for PTSD ved opfølgning seks måneder efter endt behandling. Forfatterne argumenterer, at denne andel er højere end den, man kunne forvente ved spontan remission og konkluderer derfor, at begge behandlinger havde en gavnlig og vedvarende.
Hermenau, Hecker, Ruf, Schauer, Elbert & Schauer (2011) Tanzania	Forældreløse, eller delvist forældreløse, børn på et Tanzaniansk børnehjem udsat for mishandling eller neglect i hjemmet, $n = 38$, 3-16 år ($M = 8.64$ år), piger = 47 %.	Effektstudie, der undersøgte effekten af behandling med KidNET på PTSD-symptomer (DSM-IV) hos forældreløse børn.	Præ- og postinterventionsmåling (6 mdr. efter første assessment) med: - SDQ - <i>UCLA PTSD Index for Children DSM-IV</i> - <i>the Mini-International Neuropsychiatric Interview kid for children and adolescents</i> (Sektion A og C) - CDI	Uklart, hvem der leverer behandling, men formodentligt forfatterne. Antal sessioner pr. barn = 5-6 Varighed pr. session = 60-90 minutter	Mellem præ- og postmåling observeres en signifikant reduktion i sværhedsgraden af børnenes rapporterede PTSD-symptomer. Denne reduktion er svarende til en medium effekt med <i>Cohen's d</i> ($d = 0.50$). Studiet finder ingen signifikant reduktion i sværhedsgraden af depressive symptomer eller i niveauerne for internaliserende og eksternaliserende symptomer.

Ruf, Schauer, Neuner, Catanai, Schauer & Elbert (2010) Tyskland	<p>Flygtningebørn eksponeret for krig og vold, $n = 26$, 7-16 år (KidNET-gruppe = 11.5±3.2, kontroller = 11.4±3.2), piger = 46.2 %.</p>	<p>RCT-studie, der undersøger effekten af KidNET vs. ventelistekontrol på DSM-IV PTSD-symptomer blandt flygtningebørn.</p>	<p>Præ- og opfølgingsinterview med: - <i>UCLA PTSD Index for DSM-IV</i> integreret i diagnostisk interview. Derudover tilføjelse af otte items relateret til funktionsniveau. Opfølgninger: 4 uger efter endt behandling, 6 mdr. efter indledende interview og 12 mdr. efter indledende interview.</p>	<p>Behandling leveret af otte kliniske psykologer. Antal i KidNET-gruppe = 13 Antal i kontrolgruppe (venteliste) = 13 Gennemsnitligt antal sessioner pr. barn = 8 (rækkevide 7-10, 1 x ugentligt) Varighed pr. session = 90-120 minutter</p>	<p>KidNET-kondition medførte signifikant større reduktioner i PTSD-symptomer sammenlignet med ventelstekonditionen. Kun børn i KidNET-gruppen rapporterede et højere funktionsniveau og mindre sværhedsgrad af alle PTSD-symptomer ved 6 mdr. opfølgning. Denne forskel i funktionsniveau og sværhedsgrad af symptomer var tilstedeværende allerede ved interviewet 4 uger efter endt behandling. Efter behandling opfyldte 17% af KidNET-gruppen fortsat kriterierne for PTSD, mens det i kontrolgruppen var 70%, der opfyldte kriterierne, mens de resterende 30% udviste subkliniske symptomer. De gavnlige resultater for KidNET-gruppen var opretholdt ved 12 mdr., og effekten tyder derfor på at være vedvarende.</p>
--	--	--	--	--	--

Note. CDI = the Children's Depression Inventory, M = gennemsnitsalder, SD = standardafvigelse i alder, SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire, UCLA PTSD (DSM-IV) = the University of California at Los Angeles Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index for DSM-IV,

Bilag 3.4. Tabel 10: Empiriske studier af traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi

Forfatter (årstal) Land	Studiepopulation (M)	Formål og metode	Assessment	Beskrivelse af behandlingen	Vigtigste fund
Allen & Hoskowitz (2017) USA	Børn udsat for seksuelle overgreb, n = 260, 3-12 år (8.0±2.5), piger = 80.4%. Hjælpe-søgende børn i et communitysample.	Case-seriestudie. Undersøgte effekten af ustrukturerede legeteknikker sammenlignet med strukturerede TF-CBT- teknikker.	Præ- og postinterventionmåling med: - TSCYC	Antal sessioner = 15.7±5.8 Anvendelse af teknikker pr. session ved et givent barn (likert skala. 0 = aldrig, 4 = hver session): TF-CBT = 2.1±0.8 Legeteknikker = 0.9±0.8	Studiet fandt, at alle behandlinger førte til signifikante forbedringer på de seks undersøgte symptomskalaer. Højere rapporteret anvendelse af strukturerede TF-CBT-teknikker var forbundet med større reducere i postscores, hvorimod denne sammenhæng ikke blev observeret for øget anvendelse af ustrukturerede legeteknikker.
Cobham et al. (2012) Australien	Offer for brandsårsulykke, n = 1, 8 år, pige. Rekrutteret gennem hospital.	Casestudie, der undersøgte effekten af en familiefokuseret udgave af TF-CBT. Behandlingsform randomiseret allokeret.	Præ- og postinterventionmåling med: - CTSQ - CPSS - SCAS - CDI-S - CBCL - CAPS-CA - PedsQL	Antal sessioner for forælderen = 4 Antal sessioner for barnet = 7 Varighed pr. session = 90 minutter	Studiet fandt signifikante reducere i postscores for angst, PTSD-symptomer og internaliserende symptomer og et signifikant forbedret funktionsniveau. Barnet mødte hverken kriterierne for en fuld eller delvis PTSD-diagnose endt behandling, 6 eller 12 måneders opfølgning.
Cohen & Mannarino (1996a, 1996b, 1997, 1998) USA	Børn udsat for seksuelle overgreb, n = 67*, 3-8 år, piger = 58 %. *67 i oprindeligt studie (1996a).	RCT-studier, der sammenlignede effekten af TF-CBT og NST (non-directive supportive therapy) samt følger op på behandlingseffekterne.	Præ- og postinterventionmåling med: - PRESS* - CBCL - CDI - the Weekly Behavior Report	Antal i TF-CBT-gruppen = 28 Antal i NST-gruppen = 39 Antal sessioner = 12 Varighed pr. session = 90 minutter	TF-CBT var signifikant bedre end NST til at lette symptomer på PTSD, internaliserende symptomer og seksuelt bekymrende adfærd. Denne signifikante forskel var vedligeholdt ved opfølgning et år efter endt behandling.

*Anvendt i
publikationerne 1996a og
1996b.

Costantino, Primavera, Malgady & Costantino (2014) USA	Latinamerikanske børn udsat for terrorisme (9/11), $n = 131$, 9-11 år. Rekrutteret gennem skoler i New York.	Feltstudie, der undersøger effekten af TF-CBT og Tell-Me-A-Story Narrative Trauma Intervention (TEMAS-NTT) på børnenes symptomer på PTSD, depression og angst. Behandlingsstilgang randomiseret allokeret.	Præ-, post (3 mdr. efter behandling) og opfølgingsmåling 6 mdr. efter endt behandling med: - <i>UCLA PTSD RI</i> - <i>CDI</i> - <i>IMASC</i>	Antal i TF-CBT-gruppen = 76 Antal i TEMAS-NTT = 55 Antal sessioner = 18 (1 x ugentligt) Gns. Varighed = 90 minutter <i>Bemærk:</i> TF-CBT individuel behandling med forældre, TEMAS-NTT gruppebehandling (6-8 deltagere pr. gruppe)	Begge behandlinger reducerede effektivt børnenes symptomer på PTSD, depression og angst. Der var ingen statistisk signifikant forskel mellem behandlingernes effekt. Reduceringer i symptomniveauer var vedligeholdt ved 6 mdr. opfølgning. Ved 3 mdr. havde børn i TEMAS-NTT-gruppen signifikant færre depressionssymptomer end børn i TF-CBT-gruppen, men ved 6 mdr. var denne forskel var ikke længere statistisk signifikant. Reduceringer i børnenes angstsymptomer indikerede desuden, at TEMAS-NTT havde en særlig gavnlig effekt blandt yngre børn.
Damra, Nassar & Ghabri (2014) Jordan	Børn udsat for vold og fysisk mishandling i hjemmet, $n = 18$, 10-12 år (11.3), drenge = 100 %. Børn henvist til studiet gennem børneværn.	RCT-studie, der undersøgte effekten af TF-CBT tilpasset til arabisk kultur på børns symptomer på PTSD og depression.	Præ-, post- og opfølgingsmåling 4 mdr. efter endt behandling med: - <i>PTSS-C</i> - <i>CDI</i>	Antal i TF-CBT-gruppen = 9 Antal i kontrolgruppen (ingen behandling) = 9 Antal sessioner = 10 Varighed pr. session = 60 minutter	Signifikant reducere i TF-CBT gruppens symptomer på PTSD og depression ved postintervention og opfølgning. Denne reducere var signifikant forskellig fra reducere i kontrolgruppens symptomniveauer. Studiet indikerer, at TF-CBT kan tilpasses til arabisk kultur og have en gavnlig effekt på symptomer på PTSD og depression blandt børn udsat for fysisk vold.
Deblinger, Lippmann & Steer (1996); Deblinger, Steer & Lippmann (1999) USA	Børn udsat for seksuelle overgreb og deres ikke-krænkende mødre, $n = 100$, 7-13 år (9.84±2.01), piger = 83 %, krænkede af far eller stedfar = 32 %, krænkede af andre slægtninge = 19 %, krænkede af voksne udenfor familien = 22 %, krænkede af ældre venner = 20 %.	RCT-studie (Deblinger et al. 1996), der undersøgte effekterne af TF-CBT hhv. leveret til barn, mor eller begge på børnenes PTSD samt emotionelle og adfærdsmæssige vanskeligheder. Effekterne af TF-CBT sammenholdes desuden med effekterne af	Præ- og postinterventionsmåling med: Deblinger et al. (1996): - <i>K-SADS-E</i> - <i>STAI-C</i> - <i>CDI</i> - <i>CBCL</i> - <i>PPQ</i>	TF-CBT leveret til barnet, $n = 25$ TF-CBT leveret til moderen, $n = 25$ TF-CBT leveret til barn og mor, $n = 25$ Antal i kontrolgruppe = 25 Antal sessioner for hver TF-CBT-kondition = 12 (1 x ugentligt) Varighed for sessioner med kun barn eller mor = 45 minutter	Deblinger et al. (1996) finder, at mødre allokeret til individuel og fælles behandling rapporterer signifikante reducere i deres børns eksterneriserende adfærd og stor forbedring i egne forældreevner. Børnene til disse mødre rapporterer signifikante reducere i depressionssymptomer. Sammenlignet med børn i kontrolgruppen og børn, hvis mødre kun modtog behandling, rapporterer børn allokeret til individuel og fælles TF-CBT signifikant større reducere i

multiple krænkere = 7 %.	nærmiljøets almene behandlingstilbud.	Varighed for sessioner med både mor og barn = 80-90 minutter	generel posstraumatisk symptomatologi. Med brug af mere stringente kliniske cut-off scores var dog kun redueringen i eksternaliserende adfærd signifikant.
Børn henvist efter retsmedicinske undersøgelser, gennem anklagemyndigheder eller gennem sociale instanser på familieområdet.	Deblinger et al. (1999): Alle ovenstående måleredskaber samt: - <i>CRPBI</i> - <i>PBI</i> - <i>BDI</i>	RCT-studie (Deblinger et al. 1999), der undersøgte sammenhængen mellem mødres tilpasning og forældrestil og børnenes psykologiske tilpasning efter oplevelsen af seksuelle overgreb.	Deblinger et al. (1999) finder, at mødres selvrapporterede sværhedsgrad af depression var positivt associeret med barnets PTSD-symptomer og internaliserende symptomer. Børnenes selvrapporterede niveau af depressionssymptomer var forbundet med opfattelsen af mødrenes forældrestil som afvisende fremfor accepterende. Børn, der rapporterede forældrestil som accepterende havde færre depressionssymptomer. Forældrestil vurderet af barnet som skyld- og angstinducerende var forbundet med PTSD-symptomer og forældrereporteret eksternaliserende symptomer hos barnet.
Deblinger, Stauffer & Steer (2001) USA	Børn udsat for seksuelle overgreb, <i>n</i> = 44, 2-8 år (5.45±1.47), piger = 61 %, udsat for overgreb af voksne > 18 år = 36 %.	RCT-studie, der undersøgte effekten af støttende terapi (eng: supportive therapy) sammenlignet med effekten af gruppebaseret TF-CBT.	Både TF-CBT og støttende terapi havde en gavnlig effekt, dog genererede TF-CBT generelt større effektstørrelser. TF-CBT lod derfor i højere grad end støttende terapi til at forbedre børnenes evner til at beskytte egen krop samt mindske mængden af forældrenes intrusive tanker/genoplevelse og negative traumerelaterede følelser. Ved opfølgning var alle forbedringer vedligeholdt.
Deblinger, Mannarino, Cohen,	Børn udsat for seksuelle overgreb, <i>n</i> = 210, 4-11 år	Præ-, post- og opfølgningsmåling 3 mdr. efter endt behandling med: - <i>PTSD Scale</i> - <i>CBCL</i> - <i>CSBI</i> - <i>WIST</i>	Alle fire behandlingskonditioner genererede moderate til store effektstørrelser ved postintervention.

Runyon & Steer (2011) USA	(7.7±2.1), piger = 61 % udsat for overgreb af voksen indenfor eller udenfor familien = 51 %. Deltagere henvist gennem offentlige indsatser.	traumenarrativ (TN) og antallet af behandlingssessioner på behandlingsoutcome. - <i>K-SADS</i> - <i>CBCL</i> - <i>CSBI</i> - <i>CDI</i> - <i>Fear Thermometer</i> - <i>MASC</i> - <i>The Shame Questionnaire</i> - <i>WST</i>	2. 8 sessioner med TN (n = 39) 3. 16 sessioner uden TN (n = 35) 4. 16 sessioner med TN (n = 44) Antal børn, der gennemførte postassessment = 158 Antal forældre, der gennemførte postassessment = 144 Gns. gennemførte sessioner for deltagere i gruppe 1 og 2 = 7.36±1.33 Gns. gennemførte sessioner for deltagere i gruppe 3 og 4 = 13.92±3.34.	TN ser ud til at være en vigtig komponent for effektivt at reducere overgrebsrelateret frygt og generel angst. Behandlingen med 8 sessioner inkl. TN lod til at være mest effektiv i dette. Dog rapporterede forældre til børn i gruppen med 16 sessioner uden TN, mindst eksternaliserende problemadfærd efter behandlingen. Længere behandlingstid var forbundet med større reduktion i undgåelses- og genoplevelsessymptomer, dog førte tilføjeelsen af ekstra otte sessioner kun til reduktion i et af PTSD-symptomerne.
Deblinger, McLeer & Henry (1990). USA	Børn udsat for seksuelle overgreb, n = 19, 3-16 år (M = 7.79 år), piger = 100 %, krænket af far eller stedfar = 52.6 %, krænket af anden mandlig slægtning = 21.1 %, krænket af mandlig bekendt = 21.1 %, krænket af fremmed = 5.3 %.	Case-series studie, der undersøgte effekten af TF-CBT på børn med PTSD (DSM-III-R) efter oplevelsen af seksuelle overgreb. - <i>CBCL</i> - <i>CDI</i> - <i>TSTAI</i>	Antal sessioner til barn = 12 Antal sessioner til ikke-krænkende primære omsorgsperson = 12 Børnene og omsorgspersonerne modtog behandling hver for sig.	Resultaterne viste ingen forbedring i symptomer fra baseline til behandlingens begyndelse, hvorimod der sås signifikante reduktioner i symptomniveauet på tværs af alle symptomområder (PTSD, angst, depression og adfærdproblemer) fra præ- til postintervention. Dette indikerer en gavnlig behandlingseffekt af TF-CBT til børn og deres omsorgspersoner.
Farina et al. (2018a) Iran	Henvist til behandling af kommunal instans. Iranske drenge udsat for vold, n = 40, 9-12 år (10.4±1.2), drenge = 100 %. Cluster-sampling gennem skoler.	Præ- og postinterventionsmåling med: - <i>Children's and adolescents self-efficacy questionnaires</i>	Antal i TF-CBT-gruppen = 20 Antal i kontrolgruppen = 20* Antal sessioner = 10 (2 x ugentligt) *Kontrolgruppen modtog først behandling efter studiets afslutning.	TF-CBT forbedrede signifikant self-efficacy i interventionsgruppen, mens bedringerne i kontrolgruppen ikke var signifikante. Ved postintervention var interventionsgruppens sociale og følelsesmæssige self-efficacy signifikant forbedret, mens deres akademiske self-

til interventions- eller kontrolgruppe.	- <i>Child abuse questionnaire</i> (tilpasset iransk version).	efficacy ikke var signifikant forbedret. Ingen af de tre typer af self-efficacy var signifikant forbedret i kontrolgruppen ved postintervention.
Farina et al. (2018b) Iran	<p>Quasiekperimentelt-RCT, der undersøgte, hvorvidt TF-CBT og Theory of Mind (ToM) faciliterede posttraumatisk vækst og forbedrede emotionsregulering blandt mishandlede iranske piger.</p> <p>Deltagere fra Ahvaz Pseudo-Family Centers (opholdscentre for børn udsat for vold i hjemmet).</p> <p>Dreng vidne til og offer for vold i hjemmet, $n = 1, 11$ år.</p> <p>Klinisk sample: Dreng henvist til sundhedssystemet.</p>	<p>TF-CBT statistisk signifikant bedre end ToM i kontrolkondition til at facilitere posttraumatisk vækst og fremme emotionsregulerende strategier blandt iranske piger udsat for fysisk og psykisk vold samt neglect i hjemmet.</p> <p><i>Bemærk:</i> Uklart om behandlingerne er gruppebaseret eller ej.</p>
Grasso, Marquez, Joselow & Webb (2011) USA	<p>Casestudie, der bl.a. undersøgte effekten af TF-CBT på traumesymptomer samt betydningen af fædreindvælgning i behandlingen.</p>	<p>Postdata præsenteres kun for UCLA PTSD RI, som viste en signifikant reduktion i symptomniveau efter endt behandling. Ved opfølgning efter 6, 9 og 12 måneder var disse niveauer yderligere reduceret. Mellem sessionerne bearbejdede barnet og forælderen desuden traumeindhold sammen, hvilket kan have været fremmende for effekten.</p>
Hebert & Daignault (2014) Canada	<p>Pilotstudie, der undersøgte effekten af TF-CBT på traumesymptomer blandt førskolebørn.</p> <p>Førskolebørn udsat for seksuelle overgreb, $n = 25, 3-6$ år, (63.08 ± 7.22 angivet i måneder), piger = 60 %, krænker i nær familie = 41.7 %, krænker i udvidet familie = 29.2 %, krænker bekendt = 25.5 %, krænker fremmed = 4.2 %.</p> <p>Klinisk sample gnm. en interventionsinstans.</p>	<p>TF-CBT genererede en signifikant reduktion i internaliserende og eksternaliserende problemadfærd samt i dissociationssymptomer. Ændringen i subskalaen for undgåelsessymptomer var som den eneste undersøgte subskala ikke signifikant. Hvor det var muligt at indsamle opfølgingsdata, indikerer disse en vedvarende behandlingseffekt 6 måneder efter endt behandling. Dog forekom der fra endt behandling til opfølgning en lille non-signifikant stigning i børnenes PTSD-symptomer.</p>

Jaycox et al. (2010) USA	Børn udsat for naturkatastrofe (orkan), $n = 71$, alder: 11.5 ± 1.5 , piger = 65 %.	Feltstudie, der undersøgte effekten af Cognitive-Behavioral Intervention for Trauma in Schools (CBITS) og TF-CBT på børnenes symptomer på PTSD, depression og adfærdsproblemer.	Præ- og postinterventionmåling (10 mdr. efter endt behandling) med: - <i>Disaster Experiences Questionnaire</i> - <i>UCLA PTSD IR</i> - <i>Child PTSD Symptom Scale</i> - <i>CDI</i> - <i>the Social Support Scale for Children</i> - <i>K-SADS-PL-PTSD*</i> Lærerrapporteringer: - <i>SDQ</i>	Data tilgængelig fra baseline til opfølgning 10 mdr. efter: Antal i TF-CBT-gruppen = 9 Antal i CBITS-gruppen = 57 Antal TF-CBT-sessioner = 12 Antal CBITS-sessioner = 10-13 <i>Bemærk:</i> TF-CBT leveret individuelt i klinisk setting, CBITS leveret på skolerne i gruppeformat.	CBITS havde en signifikant gavnlig effekt på børnenes symptomer på PTSD og depression, mens TF-CBT kun førte til signifikante reduceringer i PTSD-symptomer. Studiet kan desuden illustrere vigtigheden i at behandlinger tilbydes i en let-tilgængelig kontekst for at undgå frafald.
Jørgensen, Cantio & Elklit (2019) Danmark	Polyviktimeret dreng, $n = 1, 6$ år. Udsat for og vidne til fysisk og psykisk vold i hjemmet begået af far, offer for kidnapning, separationstraume, naturkatastrofe, brandsårskade, nærdødsoplevelse og medicinsk traume.	Casestudie, der undersøgte effekten af TF-CBT på en polyviktimeret dreng med symptomer på PTSD, depression, ADHD, oppositionel adfærdsforstyrrelse (ODD), specifik angst, reaktiv tilknytningsforstyrrelse (RAD) og nedsat funktionsniveau på flere psykosociale områder.	Præ- og postinterventionmåling med: - <i>DIPA</i> - <i>SDQ</i>	Antal parallelsessioner = 22 Antal ekstra sessioner til mor = 4 Varighed pr. session = 60-90 minutter	Efter endt behandling mødte barnet hverken kriterierne for depression, specifik fobi eller ADHD. Barnet havde dog subkliniske symptomer på PTSD, særligt arousalsymptomer, men ingen undgåelsessymptomer. Trods reduceringer, mødte barnet stadig kriterierne for ODD og RAD. Moderen rapporterede en bedre forældre-barnrelation, forbedring i sociale og skolerelaterede evner samt færre søvnproblemer og adfærdsproblemer. Ved kvalitativ opfølgning tre uger efter endt behandling, moderen rapporterede fortsatte positive virkninger af behandlingen på traumesymptomer og adfærdsproblemer.
Kerig, Sink, Cuellar, Vanderzee & Eifstrom (2010) USA	Bedstemor/plejemor (58 år) samt nevø (10 år) og niece (9 år), der på kort tid oplevede at miste	Casestudie, der undersøgte effekten af at implementere Tf-CT i behandling af en familie med to børn og en	Præ- og postinterventionmåling med: - <i>CBCL</i> - <i>UCLA PTSD RI</i>	Antal sessioner for niecen = 20 Antal sessioner for nevøen = 28	Ved præintervention opfyldte niecen kriterierne for en subklinisk PTSD-diagnose, men ikke længere ved postintervention. Inden for tre subskalaer på CBCL'en vurderede

*Kun for børn i TF-CBT-gruppen.

<p>fire nærtstående familiemedlemmer. Nevø desuden tidligere udsat for vedvarende mishandling, eksponering til intrafamilial vold og neglect.</p> <p>Henvist til behandling gennem både egen læge og skolerådgiver.</p>	<p>omsorgsperson bestående af parallelsessioner.</p>	<p><i>Bemærk:</i> For niecen blev postinterventionsmåling foretaget 7 mdr. efter endt behandling, mens den for nevøen blev foretaget 5 mdr. efter endt behandling.</p>	<p>Varighed pr. session = 45-70 min</p> <p>bedstemoderen niecens adfærd over scoren for klinisk cut-off sammenlignet med to subskalaer før interventionen. Ved postintervention mødte nevøen ikke længere kriterierne for en fuld PTSD-diagnose, dog udviste han stadig symptomer på øget vagtsomhed. Ved præintervention lå seks af nevøens CBCL-subskalaer over klinisk cut-off og fire i risikozonen, mens alle subskalaer lå under cut-off og seks i "risikozonen" ved postintervention.</p>
<p>Konanur, Muller, Cinamon, Thornback & Zorzella (2015) Canada</p> <p>Børn med heterogen etnisk baggrund udsat for seksuelle overgreb (75,2 %) eller fysisk vold, vidne til vold i hjemmet og traumatisk sorg samt omsorgsgivere, $n = 113$ børn, 6-12 år (10 ± 1 år, 8 mdr), piger = 71%.</p>	<p>RCT-studie, som undersøger effekten af TF-CBT med traumeudsatte børn i skolealderen.</p>	<p>Målinger præ-venteliste, præ-assesment, præ-terapi, post-terapi og 6 måneders follow-up med: - TSCC - TSCYC</p>	<p>Ugentlige, manualbaserede TF-CBT sessioner á 45 min længde + 45 m. med omsorgsgiver og fælles sessioner á 60 min op til forløbsafslutning.</p> <p>Der ses klinisk signifikant reduktion af PTSD-symptomer hos børnene fra måling ved præ-venteliste til follow-up, både målt ved børns selvrapportering og omsorgsgivers rapportering, særligt ift. invaderende tanker og undgåelse.</p>
<p>Lowell & Renk (2018) USA</p> <p>Dreng udsat for vold i hjemmet, $n = 1$, alder = 7.</p>	<p>Casestudie, som undersøger effekten af at kombinere TF-CBT med et barn med sideløbende CPT behandling med barnets mor.</p>	<p>Præ- og postinterventionsmåling med mor om barn: - CBCL - YCPC - VABS - K-SADS</p>	<p>Der ses reduktion i barns og mors PTSD-symptomer og forbedrede copingskills samt kvalitativ forbedring af dyaden i form af bedret emotionelt og adfærdsmæssigt funktionsniveau.</p> <p>Antal TF-CBT sessioner til barn = 13 Varighed pr. session = 60 min Antal CPT-sessioner til mor = 13 Varighed pr. session = 120 min</p> <p>Derudover laves WISC + Woodcock-Johnson Test og TRF besvares af lærer.</p>

Mannarino, Cohen, Deblinger, Runyon & Steer (2012) USA	Børn udsat for seksuelle overgreb, $n = 158$, 4-11 år (7.7 ± 2.1), piger = 61 %, udsat for overgreb eller udenfor familien = 51 %. Omsorgspersoner, $n = 144$.	RCT-studie designet til at måle forskelle i effekt v. TF-CBT med og uden traumenarrativ under 8 eller 16 sessioner. Studiet præsenterer resultater fra follow-up-målinger til studiet af Deblinger et al. (2011).	Præ- og postinterventionsmåling + 6 og 12 måneders follow-up: - K-SADS - Semistruktureret interview assesment af DSM-IV-TR PTSD symptomer	4 behandlingskonditioner: 1. 8 sessioner uden TN ($n = 40$) 2. 8 sessioner med TN ($n = 39$) 3. 16 sessioner uden TN ($n = 35$) 4. 16 sessioner med TN ($n = 44$)	Signifikante forbedringer efter TF-CBT er fastholdt ved follow-up måling, og der ses effekt uafhængigt af om børnen har modtaget 8 eller 16 sessioner, og om de har arbejdet m. TN. Dertil ses nye forbedringer ift. reduktion af selvrapporeret angst og emotionel lidelse hos forældre v. 12 mdr. follow-up. Der ses højt niveau af internaliserende adfærd, og depression identificeres som prædiktor for en mindre gruppe af børn, som har et uforandret højt niveau af PTSD-symptomer.
Puff & Renk (2015) USA	Dreng med traumatiske oplevelser fra Melleløsten, $n = 1$, alder = 5. Henvist gennem Universitetssklinik.	Casestudie, som undersøger effekten af Preschool PTSD Treatment (PPT) tilbudt 5-årig dreng med symptomer på PTSD, separationsangst og oppositionel adfærd samt drengens forældre.	Præ- og postinterventions måling med: - CBCL 1½-5 fra mor før behandling, under behandling og efter behandling. - CTRF m. lærer	Antal sessioner = 24 Varighed pr. session = 60-90 min Bemærk: Mor inddraget i sessionerne.	Efter PPT behandling ses signifikant reduktion i PTSD-symptomer og symptomer på separationsangst og oppositionel adfærd samt forbedret coping og funktionsniveau. Der ses desuden kvalitative forbedringer i præstationer i skolen og i social interaktion.
Salloum et al. (2016) USA	Børn udsat for diverse traumatiske oplevelser efter alderen 3 år, $n = 53$, 3-7 år (5.04 ± 1.49), piger = 45.7 %. Forældre inkluderet i	RCT-studie, som undersøger hvorvidt stepped care TF-CBT (SC-TF-CBT) har effekter for små- og forskøle børns bedring,	Præ-, post- og opfølgingsmåling (3 mdr. efter behandling) med: - TSCYC - CGI - CBCL	To behandlingskonditioner: 1. SC-TF-CBT, hvor forældre var primært udførende, og der blev afholdt 3 x 60 min sessioner m. terapeut og 11 x sessioner hjemme ($n = 35$)	Der sås ikke statistiske forskelle på de to interventionsgrupper i forandringer i symptom-billedet fra præ-behandling til follow-up. Der sås høj forældretilfredshed v. begge behandlinger.

studiet og behandlingerne.	der er sammenlignelige med effekten af TF-CBT.	- <i>PTSD-modul fra DIPA</i>	2. TF-CBT, 12 x 90 min m. terapeut (<i>n</i> = 18)	Begge behandlingskonditioner genererede høje effektstørrelser hvad angår reduktioner af PTSD-symptomer både ved post-intervention of follow-up, og der sås derfor sammenlignelige forbedringer af SC-TF-CBT og TF-CBT. Dette gjaldt dog ikke effekten af SC-TF-CBT ift. at reducere eksternaliserende symptomer – her indikerede en <i>noninferiority test</i> , at SC-TF-CBT ikke var minimum 80 % så effektiv som TF-CBT. Til gengæld indikerer studiet, at SC-TF-CBT er en mere tilgængelig og mindre omkostningsfuld behandlingsform en standardiseret terapeutudført TF-CBT.	
Salloum, Small, Robst, Scheeringa, Cohen & Storch (2017) USA	Børn udsat for diverse traumatiske hændelser, <i>n</i> = 33, 3-12 år.	RCT-studie, som undersøger hvorvidt SC-TF-CBT har effekter for skolebørns bedring, der er sammenlignelige med effekten af TF-CBT.	Målinger ved baseline, post-behandling og 3 måneders follow-up med: - <i>UCLA PTSD Index, DSM-IV</i> - <i>CSR-PTSD</i> - <i>CGI-severity</i> - <i>CBCL (internaliserende og eksternaliserende symptomer) m. forældre</i> - <i>CGI-improvement</i>	Randomiseret tildeling til én af to behandlingsformer ved: 1. <i>SC-TF-CBT</i> , step 1 (<i>n</i> = 22): barn og forældre mødes med terapeut 3 x 60 min, hver anden uge i gns. 12-15 uger, heraf <i>n</i> = 14 i 6 ugers vedligeholdelsesfase m. fokus på færdighedstræning m. forældre og <i>n</i> = 3 i "step 2" indeholdende 9 TF-CBT sessioner. 2. <i>Standard TF-CBT</i> (<i>n</i> = 11): 12 ugentlige sessioner á 90 min varighed med terapeut.	Der ses sammenlignelige forbedringer i udfaldsmål for børn i begge interventionsgrupper i form af reduktion af symptomer på PTSD. Der ses ingen signifikante forskelle mellem gruppe tilbudt SC-TF-CBT og TF-CBT. Der var ej statistisk signifikante forskelle i forældres forventninger til behandlingen, behandlingstilfredshed eller vurdering af behandlingens gyldighed.
Scheeringa, Weems, Cohen, Amaya-Jackson & Guthrie (2011) USA	Børn udsat for livstruende begivenhed(er) og identificeret med 4 eller flere PTSD-symptomer, <i>n</i> = 64, 3-6 år (5.3±1.1), drenge = 66.2 %, 59.5 % med afroamerikansk	RCT-studie, som undersøger effekten af TF-CBT med 3-6-årige børn udsat for heterogene typer af traumer, som randomiseres til enten 12-sessioner manualbaseret TF-CBT eller 12-ugers	Præ- og postmåling samt 6 måneders opfølgning: - <i>Preschool Age Psychiatric Assessment: PAPA (modul om PTSD, MDD, SAD, ODD, ADHD)</i> Derudover målinger med AEC (Adverse Events Checklist) samt TFC	Kontrolgruppe, <i>n</i> = 24. TF-CBT, <i>n</i> = 40 12-sessioners manualbaseret TF-CBT behandling med deltagelse af primær omsorgsgiver i session 1,2 og 12. Omsorgsgiver observerer de øvrige sessioner over tv.	TF-CBT-behandling førte til en signifikant reduktion i gruppens gennemsnitlige antal PTSD-symptomer, mens der ikke så en signifikant reduktion i kontrolgruppens niveau. Hverken i interventionsgruppen eller kontrolgruppen, sås der signifikante forbedringer i symptomer på depression, separationsangst,

<p>baggrund, 35.1 % kaukasiske, majoriteten opvokset uden biologisk far i hjemmet.</p>	<p>venteliste.</p> <p>(Treatment Fidelity Checklist) og ACC (The Adaptability Checklist-Child) efter hver session med reliabilitetsjæk af uafhængig rater.</p>	<p>oppositionelle adfærdsforstyrrelser eller opmærksomhedsforstyrrelser. Ved 6 mdr. follow-up sås en øget effektstørrelse for PTSD, men ingen ændringer for effekten på symptomer på komorbide forstyrrelser. Studiet indikerer, at TF-CBT mere effektivt end ingen intervention reducerer PTSD-symptomer, og at disse effekter, for deltagere med opfølgingsdata ($n = 16$) vedbliver over tid.</p>
<p>Scheeringa, Salloum, Arnberger, Weems, Amaya-Jackson & Cohen (2007) USA</p>	<p>3-årig dreng og 4-årig dreng involveret i hhv. Hurricane Katrina og 4-årig dreng m. PTSD-symptomer. Henvist gennem universitetets klinik.</p>	<p>2 casestudier, som undersøger effekten af TF-CBT med hhv. 3-årig og 4-årig dreng m. PTSD-symptomer.</p> <p>Præ- og postinterventionsmåling med: - 17 PTSD items fra <i>Preschool Age Psychiatric Assessment med barn</i> - <i>Diagnostic Interview Schedule med forældre</i> Ugentlige symptommålinger med: - PCWRS</p> <p>Antal sessioner = 12-sessioner manualbaseret TF-CBT m. barn og omsorgsgiver</p> <p>Hos 4-årig udsat for motorcykelulykke ses post behandling symptomreduktion (reduktion fra 8 til 4 PTSD-items) og hos 3-årig fald fra 6 til 2 items. Der ses mindre reduktion hos mødre.</p> <p>Der beskrives kvalitativt et udbytte hos børnene samt indikation på, at børnene profiterer trods et uforandret højt angstniveau hos mødre.</p>
<p>Stauffer & Deblinger (1996) USA</p>	<p>Børn udsat for seksuelle overgreb, $n = 19$, 2-6 år (4.21 ± 1.08), piger = 74 % og deres ikke-krænkende møde ($n = 19$). Krænket af biologisk eller adoptivforældre = 42 %.</p>	<p>Case-seriestudie, der undersøger effekten af gruppebaseret TF-CBT til ikke-krænkende mødre og til deres børn udsat for seksuelle overgreb.</p> <p>Præ-, post- og opfølgingsmåling 3 mdr. efter endt behandling med: - CBCL - CBI - SCL-90-R til mødrene - IES - PPG</p> <p>Antal sessioner for grupper m. mødre = 11 Antal sessioner for børnenes grupper = 11 Varighed pr. session = 120 minutter.</p> <p>Resultaterne viste en reduktion både i mødrenes og børnenes posttraumatiske symptomatologi. Interventionen for børnene viste en reduktion i seksualiseret adfærd. Gruppeinterventionen for mødrene forbedrede effektivt selvvurderede forældreverner. Disse effekter var vedholdt ved 3 mdr. opfølgning. Efter deltagelse i gruppeinterventionen udviste mødre mindre generel lidelse, mindre overgrebsrelateret undgåelsesadfærd (ydre og indre) og mere hensigtsmæssige respons på deres barns overgrebsrelaterede adfærd og vanskeligheder.</p>

Stephenson & Renk (2019) USA	Kaukasisk pige, oplevelsen af kritisk sygdom, 4 år.	Casestudie, som undersøger effekten af preschool PTSD treatment (PPT) med inddragelse af primære omsorgspersoner på en 4-åriges pige symptomer på PTSD og generaliseret angst.	Målinger præ og post behandling samt 3 og 6 måneders opfølgning: - CBCL med forældre - PWRS m. forældre - CTRF m. lærer	Antal sessioner = 13 Varighed pr. session = 60 min Inddragelse af far og mor	Efter behandling ses signifikante reduktioner i symptomer målt med CBCL og PWRS. Reduktion af PTSD-symptomer, internaliserende problemer, angst, søvnforstyrrelser og gennemgribende udviklingsforstyrrelser fra klinisk til ikke-klinisk range. Forbedringer vedligeholdt ved opfølgningsmålinger.
Thornback & Muller (2015) Canada	Børn udsat for forskellige traumatiske hændelser (seksuelle overgreb = 75.2 %, fysisk misbrug = 11.5 %, vold i hjemmet = 7.1 %, tab af omsorgsperson = 2.7 %, indbrud i hjemmet = 2.7 % og mobning 0.9 %), n = 107, 7-12 år, piger = 69.9 %, blandet etnisk baggrund. Ved behandlingsstart n = 78.	Case-kontrolstudie, der undersøger effekten af TF-CBT på affektregulering, og hvordan forbedret regulering af emotioner er prædikator for symptomreduktion.	Ventelistekontrol måling og målinger ved præ-assesment (N=107), præ-behandling (N=78), post-behandling (N=58) og v. 6 mdr. follow-up (N=44) med: - CEMS m. barn - ERC m. forældre - TSCC m. barn - TSCYC m. forældre - CBCL m. forældre	Familier randomiseret til 3 mdr. ventelistekontrol eller aktiv TF-CBT-behandling. Familierne modtog gennemsnitligt 17.05 sessioner TF-CBT.	Der ses signifikant forbedring (lille effektstørrelse) efter terapien i inhibition, dysregulation, labilitet og negativitet. Forbedring i inhibition var forbundet m. selvrapporert reduktion i PTSD hos børnene under forløbet, imens forbedringer i dysregulation og labilitet/negativitet var bedste prædikator for rapportering af PTSD ved 6 mdr. follow-up. Der sås ingen signifikant effekt på forbedring af emotionsregulering, selvom børnene reducerede deres anvendelse af dysfunktionelle emotionsregulerende strategier.

Zorzella, Muller & Cribbie (2015) Canada	Børn udsat for forskellige traumatiske hændelser (seksuelle overgreb = 72.3 %, fysisk misbrug = 21 %, psykologisk misbrug = 16.3 %, neglect = 10.4 %, vidne til vold i hjemmet = 60 %, tab af nærtstående = 34 % og mobning = 10.9 %), <i>n</i> = 95, 7-12 år (9.58± 1.61), piger = 69.2 %.	Studie, som undersøger sammenhængen mellem etablering af en positiv behandlingsalliance og udfald af TF-CBT-behandling.	Måling før assessment og postbehandling med: - <i>CBCL 6-18 med omsorgspersoner</i> (N=95 præ-assessment og 50 post-behandling) - <i>TASC alliance mål v. barn og terapeut</i> 3 x under behandling (N=65)	Gennemsnitligt antal sessioner pr. Deltager = 17.67 (SD=7.21, range= 10-45). Varighed pr. session = 45 min. Forløbets varighed = 4-12 mdr.	Der ses signifikant symptomreduktion i internaliserende og eksternaliserende symptomer. Piger og børn med internaliserende symptomer udviklede stærkere alliancer tidligt i behandlingsforløbet sammenlignet med drenge. Dog skal det pointeres, at kun én af de deltagende psykologer var af mandligt køn. En tidlig stærk alliance, som vurderet af barnet, var prædiktør for reduktion af internaliserende symptomer efter behandling, hvor 20% af variansen i behandlingsoutcome blev forklaret af behandlingsalliancen mellem terapeuten og barnet.
---	---	---	--	--	---

Note. BDI = The Beck Depression Inventory, BDI-11 = The Beck Depression Inventory-11, CAPS-CA = Clinician Administered PTSD Scale for Children, CBCL (alderstrin, de kan anvendes til) = the Child Behavior Checklist, CDC = The Child Dissociative Checklist, CDI = Child Depression Inventory, CDI-5 = the Child Depression Inventory-Short version, CEMS = Children's Emotional Management Scale, CGI = Clinical Global Impression-Severity, CPTSD-RI-PQ = Child Post-Traumatic Stress Reaction Index – Parent Questionnaire, CRPBI = Children's Report of Parenting Behavior Inventory, CPSS = the Child PTSD Symptom Scale, CSBI = Child Sexual Behavior Inventory, CTRF = Caregiver-Teacher Report Form, CTSQ = the Child Trauma Screening Questionnaire, DIPA = Diagnostic Infant and Preschool Assessment, ERC = Emotion Regulation Checklist, IES = Impact of Events Scale, K-SADS = The Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, K-SADS-E = Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children-Epidemiologic Version, K-SADS-PL = The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children-Present and Lifetime version, M = gennemsnitsalder, Md = median, PCWRS = Parent-child Weekly Rating Scale, PedsQL = Pediatric Quality of Life Inventory, PBI = Parent Behavior Inventory, PERQ = The Parent Emotional Reaction Questionnaire (PERQ), PPQ = Parenting Practices Questionnaire, PRESS = the Preschool Symptom Self-Report, PTSS-C = Post-traumatic stress symptoms in Children, SCAS = the Spence Child Anxiety Scale, SCL-90-R = Symptom Check List-90-Revised, SD = standardafvigelse i alder, SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire, STAI-C = State/Trait Anxiety Inventory for Children, SUD = Subjective Units of Distress, TASC = Therapeutic Alliance Scale for Children, TSCC = Trauma Symptom Checklist for Children, TSYC = Trauma Symptom Checklist for Young Children, UCLA PTSD RI = UCLA Post-Traumatic Stress Disorder Reaction-Index, MASC = Manifest Anxiety Scale for Children, VABS = Vineland Adaptive Behavior Scales-Second Edition, WIIST = What if Situation Test, YCPC = Young Child PTSD Checklist.

Bilag 4. Empiriske studier af blandede aldersgrupper

Bilag 4.1. Tabel 11: Eye Movement Desensitization and Reprocessing til børn og unge

Forfatter (årstal)	Land	Antal deltagere (n)	Aldersgruppe (M±SD)	Studiedesign
Adriúz, Bluthgen & Knopfler (2011)*	Argentina	124	7-17	Longitudinelt case-seriestudie
Ahmad & Sundelin-Wahlsten (2007)	Sverige	33	6-16	RCT
Jabberghaderi, Greenwald, Rubin, Zand & Dolatabadi (2004)	Iran	14	12-13	Non-randomiseret kontrolleret studie
Jarero, Roque-López & Gomez (2013)*	Colombia	34	9-14	Case-seriestudie
Molero, Jarero & Givaudan (2019)*	Spanien	184	13-17 (16.36)	Longitudinelt, multisite RCT
Perilli et al. (2019)*	Italien	8	9-18 (11.3±2.4)	Feltstudie
Puffer, Greenwald & Elrod (1998)	USA	20	8-17 (13.5)	Case-kontrolstudie
Smyth-Dent, Fitzgerald & Hagos (2019)*	Etiopien	48	12-17 (14.7)	Case-seriestudie
Soberman, Greenwald & Rule (2002)	USA	29	10-16	Case-seriestudie

Note. RCT = Randomiseret kontrolleret studie/randomiseret klinisk studie

*Eye Movement Desensitization and Reprocessing Integrative Group Treatment Protocol (EMDR-IGPT) anvendt

Bilag 4.2. Tabel 12: Narrativ Eksponeringsterapi til traumatiserede børn og unge

Forfatter (årstal)	Land	Antal deltagere (n)	Aldersgruppe (M±SD)	Studiedesign
Ertl, Pfeiffer, Schauer & Neuner (2011)	Uganda	85	12-25 (18.66±3.77)	RCT
Kangaslapmi & Pelttonen (2020)	Finland	40	9-17 (13.30±3.06)	RCT
Onyut et al. (2005)	Uganda	6	12-17 (15.3±1.4)	Pilot- og casestudie
Pelttonen & Kangaslampi (2019)	Finland	50	9-17 (13.2±3.2)	Ublindet RCT
Schauer et al. (2004)	Uganda	1	13	Casestudie
Wilker et al. (2020)	Tyskland	80	10-18	Protocol for et RCT

Note: RCT = Randomiseret kontrolleret studie/randomiseret klinisk studie

Bilag 4.3. Tabel 13: Traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi til børn og unge i blandede aldersgrupper

Forfatter (årstal)	Land	Antal deltagere (n)*	Aldersgruppe (M±SD)	Studiedesign
Barlett, Barto, Griffin, Fraser, Hodgdon & Bodian (2015)	USA	326	0-18 (9.09±4.68)	Implementeringsstudie
Barlett et al. (2018)	USA	842	0-18 (9.14±4.66)	Implementeringsstudie
Beehler, Birman & Campbell (2012)	USA	149	6-21 (14.4±2.9)	Case-seriestudie
Brown, Goodman, Cohen, Mannarino & Chaplin (2020)	USA	40	4-17	Kombineret e/e studie
Cisler, Sigel, Kramer, Smitherman, Vanderzee, Pemberton & Kilts (2015)	USA	23	11-16 (13.87±1.77)	Case-seriestudie
Cohen & Mannarino (2000)	USA	49	7-15 (11.1)	RCT
Cohen, Mannarino & Knudsen (2004)	USA	22	6-17	Åbent ikke-kontrolleret
Cohen, Deblinger, Mannarino & Steer (2004)	USA	229	8-14	Multi-site RCT
Cohen, Mannarino & Knudsen (2004)	USA	82	8-15	Opfølgingsstudie af et RCT-studie (Cohen & Mannarino, 1996; 1997).
Cohen, Mannarino & Staron (2006)	USA	39	6-17	Pilotstudie
Cohen, Mannarino, Perel & Staron (2007)	USA	24	10-17	Pilot RCT-studie
Cohen, Mannarino & Lyengar (2011)	USA	124	7-14 (9.64±2.46)	RCT
Craig & Sprang (2014)	USA	216	7-18 (11.7±3.0)	Case-seriestudie
Davidson et al. (2019)	USA	27	5-16 (11.5)	Pilotstudie m. randomiseret allokering

de Roos, van der Oord, Zijlstra, Lucassen, Perrin, Emmelkamp & de Jongh (2017)	Holland	103	8-18 (13.06±2.92)	Tre-armet single-blindet RCT
Deblinger, Mannarino, Cohen & Steer (2006)	USA	183	8-14	Opfølgingsstudie af Cohen, Deblinger, Mannarino & Steer (2004).
Deblinger, Pollio, Runyon & Steer (2017)	USA	157	7-17 (11.65±3.03)	Pilotstudie
Diehle, Opmeer, Boer, Mannarino & Lindauer (2014)	USA	48	8-18 (12.9±3.5)	Longitudinelt parallel RCT
Dorsey, Pullmann, Berliner, Koschmann, McKay & Deblinger (2014)	USA	47	6-15 (9.57±2.8)	RCT
Dorsey et al. (2020)	Kenya og Tanzania	640	7-13 (10.6±1.6)	RCT
Feather & Ronan (2006)	New Zealand	4	9-14 (10.75)	Pilotstudie
Feather & Ronan (2009)	New Zealand	8	9-13	Feasibilitystudie
Garret et al. (2019)	USA	40	9-17 (TF-CBT-gruppe: 15.3±1.9)	Case-kontrolstudie
Goldbeck, Muche, Sachser, Tutus & Rosner (2016)	Tyskland	158	7-17 (13.03±2.80)	RCT
Hasan, Qasim, Yasmeen (2020)	Pakistan	10	11-16 (13.50)	Case-seriestudie
Jensen et al. (2013)	Norge	156	10-18 (15.1±2.2)	Randomiseret effektstudie
Jensen, Ormhaug, Tolt & Fjermestad & Wentzel-Larsen (2018)	Norge	156	10-18 (15-1±2.2)	RCT
Kameoka et al. (2015)	Japan	35	3-17 (10.9±3.6)	Feasibilitystudie
King et al. (2000)	Australien	36	5-17 (11.5)	RCT
Knutsen, Czajkowski & Ormhaug (2018)	Norge	79	10-18 (15.0±2.2)	Sekundært analytisk studie af et ukendt RCT-studie (af forfatterne; reference skjult grundet igangværende

	reviewproces)	
Murray et al. (2013)	Zambia	58 5-18 (12.9)
Murray et al. (2015)	Zambia	257 5-18 (TF-CBT-gruppe: 14.02±2.77)
Nixon, Sterk & Pearce (2012)	Australien	33 7-17 (TF-CBT: 11.59±3.31, TF-CT: 10.0±2.48) TF-CBT = TF-CBT uden eksponering
Nixon, Sterk, Pearce & Weber (2017)	Australien	33 7-17 (TF-CBT: 11.59±3.31, TF-CT: 10.0±2.48)
O'Callaghan, McMullen, Shannon, Rafferty & Black (2013)	Congo	52 12-17 (TF-CBT: 15.83±1.27)
O'Callaghan, McMullen, Shannon & Rafferty (2015)	Congo	50 14-17 (14.88)
Ready et al. (2015)		81 7-17 (12.56±2.83)
Rodriguez et al. (2012)	USA	445 5-19 (11.54±3.22)
Rudd et al. (2019)	USA	114 5-19 (12.01±3.93)
Ruiz (2016)	USA	159 8-16 (11.9±2.46)
Schottelkorb, Doumas & Garcia (2012)	USA	31 6-13 (9.16±2.03)
Sharma-Patel & Brown (2016)	USA	118 4-17 (11.02)
Smith, Yule, Perrin, Tranah, Dalglish & Clark (2007)	England	24 8-18 (13.69±2.67)
Tutus, Pfeffer, Rosner, Sachser & Goldbeck (2017)	Tyskland	Goldbeck et al. 2016: n = 76 7-17 (13.03±2.80) 6 mdr., n = 56 12 mdr., n = 52

Unterhitzberger, Sachser & Rosner (2020)	Tyskland	139	7-17 (12.84±2.80)	Sekundær analytisk studie af RCT-studie
Wang et al. (2016)	Haiti	58	Interventionsgruppe: 6-20 Kontrolgruppe: 10-17	Non-randomiseret kontrolleret studie
Webb, Grasso, Hayes, Laurenceau & Deblinger (2014)	USA	72	7-16 (12.4±2.8)	Longitudinelt multisite case-seriestudie
Weiner, Schneider & Lyons (2009)	USA	109	3-18 (TF-CBT: 8.4±3.3)	Pilot-implementeringsstudie

Note. RCT = Randomiseret kontrolleret studie/randomiseret klinisk studie

*Deltagende omsorgspersoner ikke inkluderet i antal deltagere.





Syddansk Universitet
Campusvej 55
5230 Odense M

Telefon: 6550 1000
sdu@sdu.dk
www.sdu.dk

www.sdu.dk/grafiskcenter

