



PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

Förekomst, bedömning och behandling inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) av patienter som utsatts för våld i familjen

Bilaga till slutrapport till FORTE avseende FAS-projekt nr. **2011-0350**

2016-03-31

Anders Broberg, Ole Hultmann & Ulf Axberg

Anders.Broberg@psy.gu.se Ole.Hultmann@psy.gu.se
Ulf.Axberg@psy.gu.se

Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet

Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet

ISBN: 978-91-983338-0-0

Förekomst, bedömning och behandling inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) av patienter som utsatts för våld i familjen

Utgångspunkten för projektet var att preliminära siffror angett att 20 - 30 % av patienterna inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i Sverige har utsatts för våld i sin familj, antingen direkt (barnmisshandel, sexuella övergrepp) eller indirekt (bevittnat våld mot en förälder) (1, 2). När personer med omvårdnadsansvar hotar barnets fysiska säkerhet och integritet drabbar detta anknytningssystemet på ett särskilt sätt (3). Barnets möjlighet att använda någon av sina föräldrar som en trygg bas/säker hamn skadas eftersom minst en av föräldrarna är förövare och den andre har varit oförmögen att skydda barnet. Forskningen visar både att barn som varit utsatta för våld i familjen löper en kraftigt förhöjd risk att utveckla psykisk ohälsa (4), och att barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar löper ökad risk att utsättas för våld i sin familj (5) (6). Stressreaktioner (posttraumatisk stress) och beteendeproblem är de symtom som oftast rapporteras i studier av barn och ungdomar som bevittnat våld mellan föräldrar (7) och/eller utsatts för direkt våld (barnmisshandel) (4). Depression, ångest, suicidalitet och kognitiva problem har också dokumenterats (4).

Att utreda förekomst av våld i familjen är därför en viktig faktor vid planering av insatser för barn som får kontakt med BUP. Inom vuxensjukvården vet man att kvinnor tycker att det är acceptabelt att bli tillfrågade om de varit utsatta för partnervåld. Man vet också att professionella har svårt att rutinmässigt ställa frågor om partnervåld. Studier om svårigheter att fråga om partnervåld och barnmisshandel inom barnsjukvård är mycket få. Socialstyrelsen rekommenderar att man inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) rutinmässigt frågar om våldsutsatthet (8), och hälso- och sjukvården är numera skyldiga att upprätta rutiner för att tillgodose våldsutsatta patienters behov av skydd, stöd och behandling (9).

Traumafokuserad behandling för barn utsatta för traumatiska händelser har visats vara effektiv (10, 11), och den rekommenderas av olika institut, t.ex. National Institute of Clinical Health and Excellence (NICE) i Storbritannien. Traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT) är den metod som har starkast stöd i internationell forskning (12), men det saknas fortfarande studier av metodens effektivitet för sårbara grupper (till exempel barn utsatta för familjevåld och multitraumatiserade barn), dokumentation av metodens effektivitet för andra symtom än traumasymtom (depression, ångest, beteendeproblem) och studier utförda av forskare utan koppling till metodens upprättshavsinnehavare (12). Det saknas också svenska studier av effekten av TF-KBT jämfört med annan barnpsykiatrisk behandling.

Syfte

Syftet med projektet var att öka kunskaperna om:

- (1) *hur stor andel BUP-patienter som har varit utsatta för våld i sin familj, och vilka typer av våld de har varit utsatta för. Kartläggningen var också nödvändig för att kunna identifiera våldsutsatta patienter med allvarliga traumasymtom för inklusion i behandlingsstudien (se nedan).*
- (2) *vilka former av psykisk ohälsa som är vanligast hos patienter som varit utsatta för våld i sin familj, och om uttrycken för psykisk ohälsa skiljer sig från BUP-patienters i allmänhet*
- (3) *hur traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT) fungerar jämfört med sedvanlig behandling för patienter som utsatts för våld i sin familj och utvecklat allvarliga posttraumatiska symtom¹.*

Metod

Datainsamling

Projektet har genomförts vid BUP Gamlestaden i Göteborg, som är en öppenvårdsmottagning med ett upptagningsområde som innefattar några av Göteborgs socialt mest utsatta stadsdelar. Mottagningens personal påbörjade rutinmässig kartläggning av våld mellan vuxna i familjen 2006 och har sedan dess successivt utvecklat sitt arbete med våld i familjen.

Två i huvudsak överlappande urval av patienter har ingått i prevalensstudien respektive behandlingsstudien. Data för prevalensstudien (frågeställning 1 och 2) samlades in från 2011-03-01 till 2014-02-28. Under denna period hade mottagningen 830 nybesökspatienter i åldern nio till 17 år varav 578 (70 %) besvarade frågor om våldsutsatthet. De 252 patienter som inte besvarade frågorna om våldsutsatthet skilde sig inte från informanterna avseende kön, boende, anmälningsorsak eller vårdnad, men de som inte svarade var oftare födda utomlands och var oftare äldre (15-17 år). Föräldraskattade symtom (SDQ – se nedan) skilde sig inte mellan informanterna och de som inte fyllde i frågorna.

Patienter inkluderades i behandlingsstudien (frågeställning 3) från 2012-01-01 till 2014-06-30 tills 86 patienter hade påbörjat behandling och den sista uppföljningsintervjun gjordes 2015-08-01.

¹ I den ursprungliga studiedesignen fanns också ett syfte kopplat till barn som utvecklat annan psykiatrisk problematik än trauma. Av de 20 första inkluderade patienterna var det dock bara 2 som inte uppfyllde inklusionskriteriet 'allvarliga traumasymtom'. Den planerade studiebehandlingen för dessa patienter (anknytningsbaserad familjeterapi ABFT) ströks därför.

Det första inklusionskriteriet för deltagande i behandlingsstudien var om barn eller förälder rapporterade utsatthet för minst två händelser av, psykiskt, fysiskt eller sexuellt våld (enligt en kortversion av CTS2, se nedan). Därefter bedömdes risk för fortsatt våldsutsatthet med en strukturerad risk-/skyddsintervju som utvecklats inom projektets ram (13). Det andra inklusionskriteriet var att patienten hade minst fem traumasymtom enligt DSM IV-diagnosen PTSD (bedömd med K-SADS, se nedan).

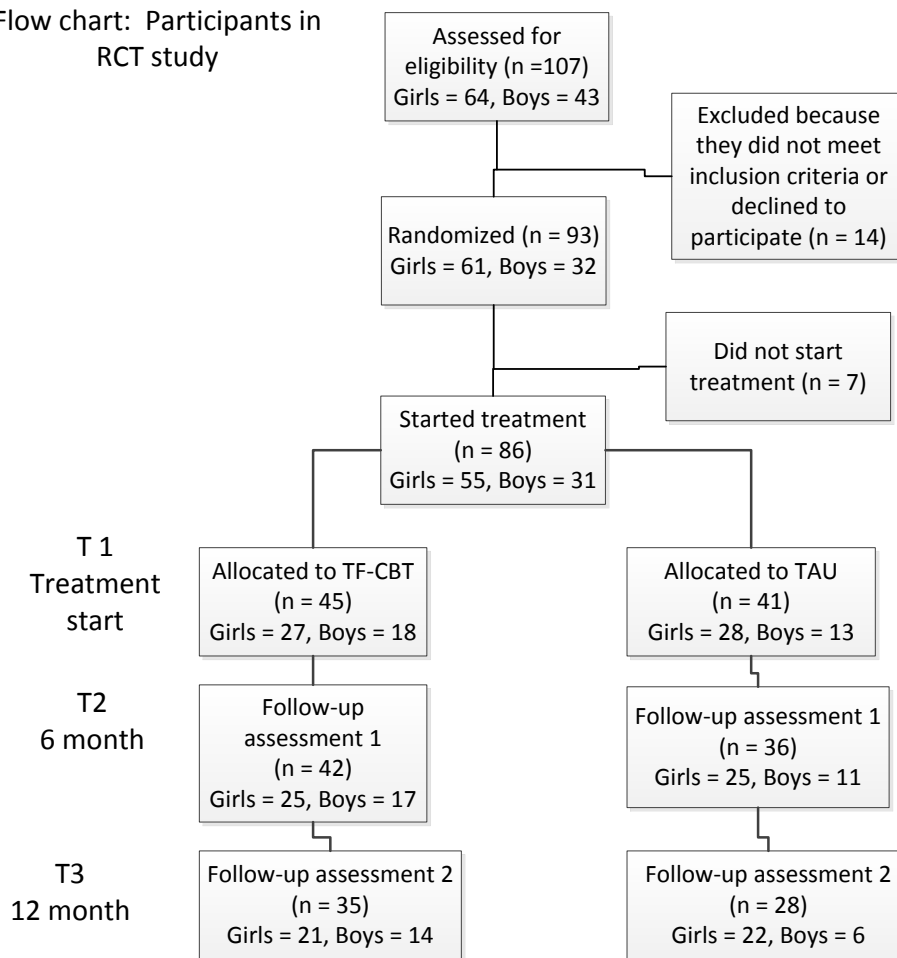
Exklusionskriterier var om patienten var i behov inläggning, hade psykotiska symtom, frågeställning autism eller mental retardation. Om patient eller deltagande förälder inte kunde genomföra behandling utan tolk, exkluderades ärendet. I den ursprungliga forskningsdesignen krävdes att en förälder deltog i behandlingen (ABFT), vilket inte var nödvändigt för att genomföra TF-KBT. Detta exklusionskriterium togs därför bort.

Patienter lottades därefter till TF-KBT eller "sedvanlig behandling" (SeB), och undersöktes av oberoende bedömare vid tre tillfällen: före behandling (T1) efter avslutad behandling (eller om den fortfarande pågick efter 6 månader) (T2), samt ett år efter påbörjad behandling (T3). Figur 1 visar könsfördelningen, fördelningen mellan TF-KBT och SeB samt bortfallet mellan T1 och T2 resp. T2 och T3.

Vid T1 intervjun bedömdes 107 patienter för eventuell inklusion i studien, av vilka 14 ej uppfyllde kriterierna för inklusion eller avbröt kontakt före slumpning till behandling. Av de 93 patienter som bedömdes uppfylla inklusionskriterierna och slumpades påbörjade sju aldrig behandling.

Av de 86 patienter som påbörjade (gjorde minst 6 besök) eller fullföljde behandling deltog 8 patienter inte i T2-intervjun och 23 patienter deltog ej i T3-intervjun. De 23 som föll bort vid T3 skilde sig inte från de 63 som gjorde T3-intervjun gällande slumpning till TF-KBT eller SeB (χ^2 (df2, n=86) = .985, $p = 0,321$). De skilde sig inte heller från de som genomförde T3-intervjun med avseende på belastningsfaktorer som att föräldrarna var i arbete eller ej (χ^2 (df2, n=86) = .129, $p = 0,720$), att barnet var född utomlands (χ^2 (df2, n=86) = .596, $p = 0,440$), symtomnivå gällande traumasymtom (TSCC) ($t = -.768$, $p = .445$) eller traumasymtom bedömda av den oberoende bedömaren (strukturerad diagnostisk intervju – K-SADS) ($t = -.113$, $p = .445$).

Flow chart: Participants in RCT study



Figur 1 Flödeschema, deltagare i studien

Däremot hade de utsatts för fler potentiellt traumatiserande händelser; i genomsnitt 4.7 händelser för bortfallet jämfört med 3.7 händelser för de som genomförde T3-intervjun ($t = 2.15, p = .035, d = .54$).

Behandlingsprojektet anmäldes 2012-02-16 till International Standard Randomised Controlled Trials Number (www.isrctn.com) och fick registreringsnummer ISRCTN58027256.

Av behandlarna var 2 socionomer och 8 psykologer och de hade alla minst grundläggande psykoterapiutbildning. Behandlarna i TF-KBT gruppen hade därutöver en 8 dagars utbildning i TF-KBT av terapeuter från BUP Linköping som är godkända att ge utbildning av dem som utvecklat metoden (14). Terapeuterna handledes därefter ca 50 timmar i grupp av certifierad handledare (Laura Murray). TF-KBT-terapeuterna hade i genomsnitt 5 års yrkeserfarenhet

(variation 2-10 år, median 4 år) efter avslutad examen. Behandlarna i SeB-gruppen hade i genomsnitt 13 års yrkeserfarenhet (variation 2-32 år, median 11,5 år). Behandlarna i SeB-gruppen fick handledning i samma omfattning som behandlarna i TF-KBT-gruppen (Ingegerd Wirtberg).

Behandlingsföljsamheten kontrollerades av en extern bedömare utbildad i TF-KBT av metodens upphovspersoner på 24 slumpmässigt valda ljudinspelade behandlingar (13 TF-KBT och 11 SeB) avseende patienter som fullföljt behandlingen och deltagit i T2-mätningen. Från samtliga dessa behandlingar valdes slumpmässigt tre behandlingssessioner ut för kontroll (en från vardera början, mitten och den avslutande delen av behandlingen). Behandlingsinnehållet kodades enligt TF-CBT Brief Practice List (15). Elva TF-KBT-behandlingar bedömdes följa principerna för metoden helt och hållet medan två behandlingar bedömdes göra det delvis. En av SeB-behandlingarna bedömdes delvis använda TF-KBT-metodik medan övriga SeB-behandlingar inte bedömdes ha inslag av TF-KBT-specifik metodik.

Instrument

Föräldrar till patienter i åldern fem till 17 år besvarade frågor om partnervåld med formuläret Partner Violence Screening (PVS) (16). Barn i åldern nio till 17 år besvarade frågor om potentiellt traumatiska upplevelser (Lifetime Incidence of Traumatic Events – LITE) (17). För att kunna besvara studiens frågeställningar ändrades LITE-formulärets frågor om våldsutsatthet så att det gick att skilja våldsutsatthet i familjen (barnmisshandel respektive att bevittna våld mellan vuxna med omvårdnadsansvar) från våld utanför familjen (mobbing, våld från främmande vuxna etc.). De aktuella frågorna om våld formuleras i LITE på följande sätt:

Direkt våld i familjen (barnmisshandel): ”Fått stryk, blivit slagen eller skadad av någon hemma”, ”Blivit bunden eller instängd i något trångt utrymme hemma”, eller ”Tvingats att göra sexuella handlingar hemma”

Direkt våld utanför familjen: Samma tre påståenden gavs avseende våld/övergrepp ”utanför hemmet”.

Indirekt våld i familjen (våld mellan vuxna): ”Föräldrar (annan vuxen) som slagit sönder saker eller skadat varandra”

Två procent (n = 4) av de som klassificerades som utsatta för våld i sin familj hade enbart utsatts för sexuellt övergrepp och 7 % hade enbart utsatts för att bli instängd eller bunden. Det

innebär att 91 % (n = 191) av patienterna kategoriserades som utsatta för våld i sin familj för att de hade utsatts för fysiskt våld.

I de fall där patienten rapporterade att det förekommit våld angav patienten också hur ofta detta förekommit (LITE-frequence) samt hur starkt barnet påverkats av våldet (LITE – impact).

Tonåringar (13-17 år) ombads också att fylla i frågeformulär med avseende på symtom på psykisk ohälsa (Strengths and difficulties questionnaire – SDQ) (18). Psykiatrisk diagnos inhämtades från journal. För att öka tillförlitligheten i de psykiatriska diagnoserna, som ställdes av behandlare och inte med strukturerad symtomdiagnostik, sammanfördes dessa i fem diagnosgrupper enligt DSM-IV: (1) posttraumatiskt stressyndrom, (2) anpassningsstörningar, (3) ångeststörningar, (4) förstämningssyndrom och (5) ADHD/beteendestörningar. Om patienten hade flera diagnoser under den aktuella vårdperioden användes följande kriterier: PTSD diagnos registrerades om den fanns, annars registrerades den diagnos som ställts flest gånger. Patienter som inte passade in i ovanstående kategorier uteslöts, dessa var: de som endast hade en Z-diagnos (n=91), inte hade någon diagnos alls (n = 26), missbruk (n =3), psykos (n = 1), ätstörning (= 12), mental retardation (n = 7), autismspektrumstörning (n = 35), enures och tics (n = 3). Totalt uteslöts 177 patienter från analysen. Dessa skilda sig inte avseende självrapporterad psykisk ohälsa (SDQ total skalan) från de 407 patienter som ingick i analysen.

Patienter eller föräldrar som i kartläggningen identifierades som våldsutsatta bedömdes med avseende på omfattningen av våldsutsatthet med strukturerade frågor för vuxna (en kortversion av Conflict Tactics Scale 2 – CTS-B) (19) och för barn med en anpassad CTS-skala.

I behandlingsstudien var de primära utfallsmåtten självrapporterade traumasymtom (Trauma Symptom Checklist for Children – TSCC (17) och behandlarbedömda traumasymtom samt DSM IV-diagnos med strukturerad diagnostisk intervju (K-SADS (20)). Sekundära utfallsmått var andra psykiatriska symtom (depression, ångest och beteendeproblem) enligt DSM IV och generell psykiatrisk problematik enligt föräldraskattningar på Strengths and difficulties questionnaire – SDQ (21). Sex av mottagningens behandlare utbildades av en barnpsykiater som godkänns som utbildare av K-SADS intervjuens konstruktör Joan Kaufman. Utbildningen omfattade en heldag där intervjuens teori och metodik presenterades. Deltagarna genomförde 2-3 provintervjuer, där utvalda delar av intervjuerna presenterades i grupp för kursledaren som därefter godkände deltagarna som kvalificerade för att utföra intervjun. En

videoinspelad intervju med en barnpsykiatrisk patient bedömdes därefter parallellt av de sex utbildade intervjuare och scoringen bedömdes med avseende på interbedömarreliabilitet. Symtomdiagnostiken genomfördes vid T1 och T2. Fem av sex intervjuare utförde också behandling (en TF-KBT och fyra SeB). Vid T2 var intervjuaren inte blind för vilken behandling som patienten fått, men behandlare bedömde enbart patienter som behandlats av annan behandlare, de bedömde alltså inte sina egna patienter.

Statistiska analyser

Prevalensstudien. Både våldsutsatta och ej våldsutsatta patienter analyserades först rörande bakgrundsfaktorer och förekomsten av våldsutsatthet ($n = 578$). Patienter utsatta för familjevåld (barnmisshandel och/eller bevittnat våld) jämfördes med de icke våldsutsatta. I övriga analyser inkluderades endast patienter som varit våldsutsatta ($n = 291$). I dessa analyser jämfördes två grupper; de som utsatts för en typ av våld med de som var dubbelt utsatta. Chi2 test användes för att räkna ut samstämmigheten mellan barn- och föräldraporterat partnervåld. Hierarkisk regressionsanalys användes för att analysera olika faktorer påverkan på självrapporterade symtom och självrapporterad påverkan av våldet. Logistisk regressionsanalys användes för att analysera olika faktorer samband med PTSD diagnos.

Behandlingstudien. Effekten av TF-KBT och SeB mättes med beroende t-test på självrapporterade traumasymtom vid T1, T2 och T3 och traumasymtom bedömda av oberoende bedömare vid T1 och T2. Utöver analyser av de som fullföljde T2 och T3 intervjuerna gjordes s.k. ”intent to treat analyser” (ITT) för att ta hänsyn till bortfall. I ITT-analyserna lades värden in från T1 i de fall där deltagarna inte fullföljt T2 och/eller T3 med den konservativa utgångspunkten att i de fallen skulle ingen förändring skett. Sekundära utfallsmått var psykiatriska symtom generellt, depression, ångest samt beteendeproblem. ANCOVA-beräkningar gjordes för att analysera utfall av behandling mellan TF-KBT gruppen och SeB där T2 respektive T3 användes som beroende variabel, grupp som fixerad och värdet vid T1 som kovariat. För att beräkna effektstorlekar för förändringar över tid inom grupperna användes en modell (d_{av}) som rekommenderas av Lakens (22). Jämförelser av förändringar över tid mellan grupperna har gjorts med den modell (d_{ppc}) som rekommenderats av Morris (23). Eventuella skillnader i förändring av diagnoser före och efter behandling i de två grupperna analyserades med Chi2 beräkningar.

Resultat

Andelen BUP-patienter som varit utsatta för våld i sin familj, och vilka typer av våld de varit utsatta för

Av de tillfrågade barnen rapporterade 36 % att de bevittnat våld mellan föräldrar och av de vuxna (88 % mammor) rapporterade 33 % att de varit utsatta för våld av en nuvarande eller för detta partner. Samstämmigheten mellan barn och föräldrars rapportering om förekomst av partnervåld var förhållandevis hög (77 %) trots att det uppgifterna inhämtats med hjälp av två olika formulär med delvis olika formulering av våld mellan vuxna.

Totalt rapporterade hälften av de barnpsykiatriska patienterna utsatthet för någon typ av familjevåld. Andelen patienter som rapporterade att de enbart utsatts för direkt våld var 14 % och en lika stor andel (14 %) uppgav att de enbart hade bevittnat våld mellan föräldrar, medan 22 % rapporterade båda formerna av familjevåld (dubbelt utsatta). Det fanns inga köns- eller åldersskillnader mellan de olika grupperna. Patienter födda utomlands fanns oftare i gruppen som utsatts för direkt våld jämfört med de andra grupperna. I gruppen dubbelt utsatta var det vanligare att barnet bodde med en förälder eller ingen (fosterhem eller institution). En majoritet av patienterna hade utsatts för våldshandlingar vid upprepade tillfällen. Mer än två tredjedelar av de som rapporterade att de bevittnat partnervåld uppgav att det hänt vid ett flertal tillfällen och en tredjedel uppgav att det hänt mer än 20 gånger. Ungefär fyra femtedelar av de som utsatts för direkt våld rapporterade att det hänt vid ett flertal tillfällen och även här rapporterade en tredjedel att det hänt mer än 20 gånger.

Bland patienter som hade utsatts för någon typ av familjevåld hade nästan hälften också utsatts för våld utanför familjen. Debuten för familjevåld förekom i genomsnitt två och ett halvt år tidigare än första händelsen av våld utanför familjen (24).

Analysen av svaren från de patienter som bedömdes med den strukturerade risk-/skyddsbedömningen inför eventuell inklusion i behandlingsstudien visar att dessa patienter utsatts för allvarligt våld både psykiskt och fysiskt. Till exempel angav 60 % att de blivit utsatta för allvarligt fysiskt våld ("Gett dig en örfil", "Kastat eller knuffat ner dig på golvet" etc.) och nästan 90 % att de utsatts för allvarligt psykiskt våld ("Sagt till dig att du skulle skickas bort eller kastas ut ur huset" eller "Svurit åt eller förbannat dig" etc.) (25). En majoritet av patienterna som intervjuades med risk-/skyddsintervjun beskrev hur de varit aktiva i form av att fly, hämta hjälp eller gömma sig.

Patienterna rapporterade att våldet utövats av både mammor och pappor, med den skillnaden att våld som rapporterades ha förekommit under det senaste året oftare utövats av mamman

(oftast boendeföräldern) medan våld som förekommit längre tillbaka i tiden oftare utövades av pappan (umgängesföräldern). En majoritet av de intervjuade våldsutsatta patienterna bodde hos sin mamma (25). De flesta uppgav att de numera sällan eller aldrig träffade sin pappa, och enligt deras svar på den strukturerade risk-/skyddsintervjun var de nöjda med detta (26).

I gruppen som inkluderades i behandlingsstudien och intervjuades efter sex månader (n = 78) kontrollerades om dessa patienter, utöver att ha bevittnat partnervåld/utsatts för direkt våld, också utsatts för omsorgssvikt (psykiskt eller fysiskt) eller levt under dysfunktionella familjeförhållanden (alkohol eller drogproblem hos föräldrar, allvarlig psykisk sjukdom hos föräldrar eller någon föräldrar som suttit i fängelse). Uppdelningen följer de 10 ACE-faktorerna (Adverse Childhood Experiences) som definierats av Felitti och medarbetare (27). Drygt hälften av de 78 patienterna hade upplevt både misshandel, försummelse och dysfunktionella familjeförhållanden (28).

Sammanfattningsvis hade en stor andel av patienterna som deltog i behandlingsstudien varit utsatta för multipla allvarliga livshändelser, och en hög grad av omsorgssvikt.

Vilka former av psykisk ohälsa är vanligast hos BUP-patienter som varit utsatta för våld i sin familj? Skiljer detta sig åt från BUP-patienter i allmänhet?

De dubbelt utsatta patienterna (barnmisshandel & bevittnat våld mellan vuxna) hade fler självskattade symtom generellt och fler beteendeproblem jämfört med patienter som utsatts för endast en typ av våld. De dubbelt utsatta hade också oftare PTSD-diagnos och skattade våldsupplevelserna mera negativt än de patienter som enbart utsatts direkt eller enbart bevittnat våld mellan föräldrar. Det fanns inga skillnader mellan dubbelt och enkelt utsatt rörande diagnosgrupperna anpassningsstörning, ångeststörningar, förstämningssyndrom eller beteendestörningar. Patienter som bevittnat våld mellan föräldrar skiljde sig inte på symtomnivå från de som utsatts direkt för våld, och enkelt utsatta skiljde sig inte heller från de patienter som vare sig var utsatta för direkt våld eller bevittnat våld. När hänsyn togs till andra faktorer (t.ex. kön, ålder när man utsattes, frekvens av våldshändelserna och våld utanför familjen), visade sig att antalet våldshändelser som barnet utsatts för hade betydelse för barnens egen skattning av den negativa inverkan av händelserna. Dubbel utsatthet var den faktor som hade starkast samband med att barnet fått diagnosen PTSD.

Barn som var överens med föräldern om att partnervåld hade förekommit, rapporterade mer negativ påverkan av våldsupplevelserna. Barn som rapporterade partnervåld, men där föräldern ej gjorde detta, hade oftare en förstämningssyndromdiagnos.

Behandling av BUP-patienter som varit utsatta för våld i sin familj—traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT) kontra sedvanlig behandling (SeB)

I tabell 1 redovisas förändringar över tid i barnens självskattade traumasymptom på TSCC för TF-KBT-gruppen och för de som fått SeB. Förutom den kliniska skalan ”posttraumatisk stress” (TSCC-PTS) redovisas också symptom på ”allmän psykisk ohälsa” i form av resterande frågor i TSCC-formuläret (TSCC-Övr).

Tabell 1, Barnens självskattade symptom på Trauma symptom checklist for children (TSCC)

Skala	(T1)			(T2)			(T3)			T1-T2		T1-T3	
	N	M	(Sd)	N	M	(Sd)	N	M	(Sd)	p	d _{av}	p	d _{av}
TSCC – PTS													
<i>TF-KBT</i>	32	12,16	5,82	29	8,28	5,44	20	6,15	5,23	0,03	0,62	0,01	0,84
<i>SeB</i>	39	11,18	5,83	30	9,27	10,96	22	7,44	6,11	n.s	0,18	.01	0,52
TSCC – Övr													
<i>TF-KBT</i>	32	31,60	19,99	29	22,69	15,58	20	19,86	16,72	0,03	0,46	0,01	0,57
<i>SeB</i>	39	31,08	16,35	30	25,07	24,03	22	22,88	16,21	0,04	0,30	0,00	0,73

Enbart TF-KBT visade en statistiskt säkerställd skillnad mellan T1 och T2 avseende posttraumatiska symptom (TSCC-PTS-skalan). Mellan T1 och T3 visade däremot båda behandlingarna statistiskt säkerställda skillnader. Effektstorlekarna var för TF-KBT-gruppen måttliga till stora medan de för SeB-gruppen var små till måttliga.

På allmän psykisk ohälsa (TSCC-övr) visade båda grupperna statistiskt säkerställda förändringar i positiv riktning såväl mellan T1 och T2 som mellan T1 och T3. Effektstorlekarna var för TF-KBT gruppen måttliga. För SeB gick de från att vara små från T1 till T2 till att vara måttliga, gränsande till stora från T1 till T3.

Vi fann inga statistiskt säkerställda skillnader mellan TF-KBT och SeB när interaktionseffekten (tid*grupp), dvs. jämförelse mellan förändringar i grupperna över tid (T1 - T2, resp. T1 - T3) beräknades med ANCOVA (**TSCC-PTS**: T1-T2, $F = 0,736$ $p > 0,05$, $d_{ppc} = 0,33$; T1-T3, $F = 0,479$; $p > 0,05$, $d_{ppc} = 0,18$; **TSCC-Tot**: T1-T2, $F = 0,189$ $p > 0,05$, $d_{ppc} = 0,09$; T1-T3, $F = 0,067$ $p > 0,05$; $d_{ppc} = -0,06$.),

ITT analyserna visade likartade resultat som analyserna för de som fullföljt till respektive mättillfälle vad beträffar statistiskt säkerställda skillnader i grupperna över tid och mellan grupperna över tid.

I tabell 2 redovisas förändringar över tid i föräldrarnas skattningar av barnens psykiatriska symtom generellt på Strengths and difficulties questionnaire - totalskala (SDQ-Tot).

Tabell 2, Föräldrars skattningar av barnens psykiatriska symtom

Skala	(T1)			(T2)			(T3)			T1-T2		T1-T3	
	N	M	(Sd)	N	M	(Sd)	N	M	(Sd)	p	d _{av}	p	d _{av}
SDQ – Tot <i>TF-KBT</i>	29	16,16	6,16	38	13,33	7,07	30	14,33	5,03	0,01	0,45	n.s	0,33
SDQ – Tot <i>SeB</i>	35	19,13	7,52	32	14,17	5,85	23	12,09	5,01	0,01	0,62	0,01	0,87

Föräldraskattningar av barnens symtom på psykisk ohälsa (SDQ-Tot) visade också statistiskt säkerställda positiva förändringar mellan T1 och T2 för båda grupperna, men för TF-KBT-gruppen kvarstod inte förbättringen vid T3. Effektstorlekarna var för TF-KBT gruppen låga till måttliga, medan de för SeB gruppen var måttliga till höga. När interaktionseffekten beräknades fanns ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan TF-KBT och SeB (**SDQ-Tot: T1-T2**, $F = 0,034$; $p > 0,05$, $d_{ppc} = -0,15$; **T1-T3** $F = 3,236$; $p > 0,05$; $d_{ppc} = -0,50$).

ITT analyserna av SDQ gav likartade resultat som för de som fullföljt vad statistiskt säkerställda skillnader beträffar, både när det gällde förändringar över tid i respektive grupp, som mellan grupperna över tid.

I tabell 3 redovisas symtompoäng för del-och totalskorna utifrån K-SADS intervjuerna. Observera att KSADS-mätningar till skillnad mot övriga mätningar bara gjordes vid T1 och T2.

Båda grupperna visade statistiskt säkerställda positiva förändringar mellan de två intervjutillfällena för samtliga skalor utom depressionsskalan för SeB-gruppen. Effektstorlekarna var genomgående högre för TF-KBT gruppen (från 0,40 till 0,90) än för SeB (0,23 till 0,63), men när interaktionseffekterna beräknades förelåg inga statistiskt säkerställda skillnader (PTSD: $F = 0,624$, $p > 0,05$, $d_{ppc} = 0,17$; Depression $F = 0,934$, $p > 0,05$, $d_{ppc} = 0,21$; Ångest $F = 0,916$, $p > 0,05$, $d_{ppc} = 0,04$; Beteendeproblem $F = 0,071$, $p > 0,05$, $d_{ppc} = 0,03$; Total $F = 0,803$, $p > 0,05$, $d_{ppc} = 0,17$).

Tabell 3, Symtompoäng på K-SADS

Skala	(T1)			(T2)			T1-T2	
	N	M	(Sd)	N	M	(Sd)	p	d _{av}
K-SADS PTSD								
<i>TF-KBT</i>	45	21,02	6,48	42	14,67	8,73	< 0,01	0,88
<i>SeB</i>	44	21,45	6,77	36	15,35	10,08	< 0,01	0,66
K-SADS Depression								
<i>TF-KBT</i>	45	11,58	11,12	42	6,52	11,01	0,02	0,45
<i>SeB</i>	44	11,93	11,49	36	8,86	11,94	n.s	0,23
K-SADS Ängest								
<i>TF-KBT</i>	45	9,16	6,66	42	4,86	4,95	< 0,01	0,73
<i>SeB</i>	44	10,61	10,02	36	6,97	9,06	0,01	0,40
K-SADS Beteendeproblem								
<i>TF-KBT</i>	45	18,31	16,68	42	11,55	16,60	0,01	0,40
<i>SeB</i>	44	20,27	18,60	36	12,75	16,31	0,01	0,38
K-SADS-Total								
<i>TF-KBT</i>	45	60,07	23,65	42	37,38	26,34	< 0,01	0,90
<i>SeB</i>	44	64,27	31,43	36	43,68	33,18	< 0,01	0,62

Avslutningsvis testades även eventuella förändringar i diagnos mellan T1 och T2. Cirka en tredjedel av patienterna hade inte kvar sin huvuddiagnos som oftast var PTSD, eller så var denna i remission, medan två tredjedelar hade kvar sin diagnos. Förändring i diagnos mellan TF-KBT och SeB gruppen skilde sig inte från varandra ($\chi^2 = 0,050$, $p > 0,05$)

Diskussion

Prevalensstudien. Utsatthet för direkt respektive bevittnat våld mellan föräldrar var minst 5 gånger högre bland patienter på denna BUP-mottagning jämfört med barn i normalbefolkningen. Om den höga förekomsten av våld kan generaliseras till andra BUP-mottagningar finns det idag enbart enstaka studier på. En norsk studie har dock visat samma nivå av förekomst av våld bland patienter på BUP-mottagningar i ett blandat socioekonomiskt område (29). När det gäller enbart partnervåld har flera andra studier dokumenterat höga nivåer av våldsutsatthet bland BUP-patienter (1, 30-34). Det finns därför starka skäl att uppmärksamma våldsutsatta patienter inom BUP genom att rutinmässigt fråga om våld.

Den rutinmässiga kartläggningen, som gjordes skriftligt, identifierade många fler våldsutsatta jämfört med vad som identifierades tidigare utan aktiv kartläggning eller genom muntlig kartläggning (2, 35). I forskningsprojektet har viktiga hinder hos behandlare för att införa rutinmässig kartläggning identifierats (36). Studien visar att det är viktigt att frågan till patienter inom BUP om utsatthet för familjevåld sker rutinmässigt för att våldet ska upptäckas.

I prevalensstudien har barn använts som informanter angående sin egen våldsutsatthet, vilket har visat sig praktiskt genomförbart i en ordinarie BUP verksamhet. Samstämmigheten mellan

patientens och boendeföräldrarnas rapportering av förekomst av våld mellan vuxna var god (77 %) jämfört med andra studier.

Upptäckt av våldsutsatthet kräver att personalen utbildas och får stöd i processen att föra in frågor om våldsutsatthet i nybesöket. Frågor om våld måste tas upp i enrum med såväl barn som föräldrar, vilket kan skilja sig från den på många mottagningar vanligaste formen av nybesök – familjesamtal. Även förekomst av våld utanför familjen är viktigt att uppmärksamma. I synnerhet patienter som är dubbelt utsatta skiljer sig från andra patienter genom att ha flera symtom och oftare en PTSD-diagnos. Resultatet tyder på att våldsutsatta barn är en viktig grupp med behov av särskild uppmärksamhet. En särskilt grupp är också de som dessutom utsätts för omsorgsbrist och lever i dysfunktionella familjer.

Upptäckt av våldsutsatthet är i sin tur en förutsättning för att kunna skydda patienten mot fortsatt våld och väga in betydelsen av våldsutsattheten i den differentialdiagnostiska bedömningen. Våldsutsatthet bland patienter under pågående utredning eller behandling som är okänd för behandlaren, riskerar att resultera i fel eller uteblivna insatser. Om våldsutsatthet är obekant för behandlaren finns risk för felaktig diagnossättning. Om patienter har en historia av våld eller utsätts för våld aktuellt kan behandling bli resultatlös och i värsta fall skada patienternas upplevelse av samhällets vilja att skydda och stödja dem. Både frekvensen av våldshändelser och olika typer av våld har betydelse för patienters symtom. Antal händelser och antal typer av händelser samvarierar. Den kliniska utredningen måste uppmärksamma dessa aspekter av våldsutsatthet, liksom sambandet mellan våldsutsatthet och PTSD (37).

Knappt en tredjedel av barnen besvarade inte frågorna om våld vilket kan ha både underskattat och överskattat den dokumenterade prevalensen av våldsutsatthet. Patienters erfarenhet av psykiskt våld har inte behandlats i denna studie, vilket är en begränsning då dessa erfarenheter kan ha djupgående effekter på barns psykiska hälsa (38).

Behandlingsstudien, som är en av få som har gjorts på TF-KBT med en klinisk population på en vanlig BUP mottagning, visade att denna metod hade god effekt på patienternas posttraumatiska symtom, även om symtomminskningen oftast inte var så stor att PTSD-diagnosen var helt i remission sex månader efter behandlingsstart. Patienterna i den aktuella studien hade också höga nivåer av annan psykiatrisk problematik som depression, beteendeproblem och ångestsymtom, och även på dessa symtom hade behandlingen effekt. Däremot visade inte TF-KBT en statistiskt säkerställd bättre effekt jämfört med SeB. Det kan finnas flera olika anledningar till detta.

En studie liknande den aktuella, med en klinisk population inom barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvård, har gjorts i Norge. Där visade TF-KBT behandlingen klara fördelar jämfört med SeB på traumasymtom och övriga psykiatriska symtom (39). I den studien använde man en annan modell för beräkandet av effektstorlekar $[(M(T1) - M(T3)) / Sd(T1)]$ än i den aktuella studien. Omräknat till samma metod blir effektstorleken för självskattade traumasymtom vid behandling med TF-KBT större (1,03) än vad som redovisades i tabell 1, men fortfarande lägre än i den norska studien (1,92). I den Norska studien användes Child PTSD Symptom Scale (CPSS) som självskattningsformulär, medan i den aktuella studien har TSCC-PTS skalan använts. I en Nederländsk studie (40) där den kliniska intervjun Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA) användes låg effektstorleken på reduktion av PTSD-symtom på 1,1 jämfört med i den aktuella studien där effektstorleken låg på 0,88 för PTSD skalan i den kliniska intervjun K-SADS. Vid jämförelser av behandlingseffektens storlek mellan studierna bör noteras att i den aktuella studien inkluderades enbart patienter som utsatts för våld i den egna familjen medan det i såväl den Norska som den Nederländska studien ingick patienter som utsatts för många olika traumatiska händelser – inter-personella i den egna familjen och utanför familjen, men också icke inter-personella trauman, som olyckor, naturkatastrofer m.m. Cohen m.fl. visar i en studie på TF-KBT riktat till barn som exponerats för våld i den egna familjen att även om TF-KBT fortfarande är en effektiv behandling så blir effekterna måttliga i jämfört med andra studier där TF-KBT har använts vid sexuella övergrepp och multipla trauman. En bidragande orsak till detta menar Cohen m.fl. kan vara att det behövs en längre kontakt (41) på grund av att interpersonella trauman påverkar anknytning och ger allvarligare psykiska symtom jämfört med icke-interpersonella trauman (42, 43), och att dessa patienter därmed är svårare att behandla. Två tredjedelar av patienterna i vår studie hade utsatts för emotionell eller fysisk omsorgsbrist, en tredjedel var placerade utanför hemmet, i en tredjedel hade levt i familjer där minst en förälder missbrukat alkohol eller droger (28). Data från vår studie visar alltså att patienterna var multitraumatiserade, vilket kan antas göra det svårare att uppnå effekt i behandlingen. Cohen m.fl. rekommenderar att behandlingen i sådana komplicerade fall dels kan behöva förlängas (till 25-30 sessioner), och dels att den stabiliserande komponenten i behandlingen behöver utökas (44). I föreliggande studie har behandlingen mellan T1 och T2 genomförts utan denna anpassning.

En annan anledning till att vi inte fann någon skillnad mellan TF-KBT och SeB kan vara jämförelsebehandlingen, dvs det vi kallar sedvanlig behandling (SeB). Medvetenheten och

utbildningsnivån kring psykisk traumatisering var överlag hög bland behandlarna och i synnerhet SeB-behandlarna hade genomgående lång yrkeserfarenhet. Till exempel fick två tredjedelar av patienterna i SeB gruppen EMDR-behandling. EMDR rekommenderas i flera guidelines för traumabehandling av vuxna. Metoden används inom BUP i Sverige och de få studier som finns av barn har visat lovande resultat (40, 45). Resultaten från SeB i den aktuella studien går väl i linje med dessa studier. I den Nederländska effectivenessstudien (40) var effektstorleken för EMDR-gruppen på CAPS-CA 0,72 att jämföra med 0,66 på K-SADS traumaskala i vår studie. I en metaanalys av Efficacystudier (45), dvs. studier gjorda i forskningssammanhang på universitet eller forskningskliniker var den sammanvägda effektstorleken vid jämförelse med kontrollbetingelserna efter behandling 0,56. Vår slutsats av detta är att den ordinarie behandlingen på mottagningen höll hög kvalitet, och inte utan vidare kan jämföras med den ”sedvanliga behandlingen” i den norska eller nederländska studien.

Ytterligare en aspekt är den brist som det begränsade antalet deltagare i studien medför. Detta blir framförallt kännbart vid T3, då bortfallet gör att färre deltagare finns kvar i analyserna. SeB innebar en behandlingsbetingelse där en stor grupp fick EMDR och annan behandling av personal med stort kunnande kring trauma behandling, vilket kan ha medfört att skillnaderna i effekter mellan grupperna blev små till måttliga. Med ett begränsat antal deltagare finns en risk att en felaktig slutsats dras dvs. att det inte föreligger en skillnad, då det egentligen handlar om att samplet är för litet för att eventuella skillnader skall kunna säkerställas statistiskt. Enbart nya studier, med fler inkluderade patienter initialt, kan ge besked om detta.

Avslutningsvis vill vi dock konstatera att utifrån jämförelse av effektstorlekarna för förändring med andra liknande studier ter det sig som om TF-KBT är en effektiv behandlingsmetod för barn som uppvisar traumasymtom när det förekommer våld i familjen, men att även SeB åtminstone vid den aktuella mottagningen där bl. a EMDR ingår som en del i behandlingsrepertoaren ter sig som en effektiv behandlingsinsats. Fördjupade analyser kommer att göras för att svara på vilka komponenter som kan ha bidraget till att behandlingseffekten vid SeB var lika god som vid TF-KBT.

Andra frågeställningar som kommer att bli aktuella i fortsatta analyser av materialet är betydelsen av om behandlingen hade ett tydligt traumafokus eller ej, dos-responseffekter, dvs om antalet sessioner i respektive behandling hade betydelse för utfallet, patienternas totala

psykosociala belastning (ACE-faktorer), samt terapeutfaktorer som utbildning, yrkeserfarenhet, handledning etc.

Referenser

1. Broberg A, Almqvist K, Axberg U, Grip K, Almqvist L, Sharifi U, et al. (2011). *Stöd till barn som bevittnat våld mot mamma. Resultat från en nationell utvärdering*. Göteborg: Psykologiska institutionen ISBN 978-91-633-9122-4.
2. Hedtjärn G, Hultmann O, Broberg A. (2009). Att fråga mammor till barn som är aktuella på BUP om de varit utsatta för våld av sin partner. *Läkartidningen*, 106(48):3242-7.
3. Zeanah CH, Danis B, Hirshberg L, Benoit D, Miller D, Scott Heller S. (1999). Disorganized attachment associated with partner violence: A research note. *Infant Mental Health Journal*, 20(1):77-86.
4. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657):68-81.
5. Jones L, Bellis MA, Wood S, Hughes K, McCoy E, Eckley L, et al. (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*, 380(9845):899-907.
6. Svensson B, Bornehag CG, Janson S. (2011). Chronic conditions in children increase the risk for physical abuse – but vary with socio-economic circumstances. *Acta Paediatr*, 100(3):407-12.
7. Evans SE, Davies C, DiLillo D. (2008). Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior*, 13(2):131-40.
8. Socialstyrelsen (2014). *Att vilja se, vilja veta och våga fråga. Vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet*. Stockholm: Socialstyrelsen.
9. Socialstyrelsen (2014b). *Våld i nära relationer. Föreskrifter och allmänna råd*. Stockholm: Socialstyrelsen.
10. Silverman WK, Ortiz CD, Viswesvaran C, Burns BJ, Kolko DJ, Putnam FW, et al. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 37(1):156-83.
11. Gillies D, Taylor F, Gray C, O'Brien L, D'Abrew N. (2012). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012(12).
12. Arellano MARd, Russell Lyman D, Jobe-Shields L, George P, Dougherty RH, Daniels AS, et al. (2014). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents: Assessing the Evidence. *Psychiatr Serv*, 65(5):591-602.
13. Broberg A, Almqvist K, Appell P, Axberg U, Cater Å, Draxler H, et al. (2015). *Utveckling av bedömningsinstrument och stödinsatser för våldsutsatta barn*. Slutrapport till Socialstyrelsen. Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet, ISBN 978-91-637-8559-7.
14. Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: The Guilford Press; 2006.
15. Deblinger E, Cohen JA, Mannarino AP, Murray LA, Epstein C. (2008). *TF-CBT Fidelity Checklist* (Unpublished instrument). Stratford NJ: UMDNJ-SOM CARES Institute.
16. Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury HL, Norton IM, Lowenstein SR, Abbott JT. (1997). Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA*, 277(17):1357-61.

17. Greenwald R, Rubin A. (1999). Assessment of posttraumatic symptoms in children: Development and preliminary validation of parent and child scales. *Research on Social Work Practice*, 9(1):61-75.
18. Goodman R, Ford T, Richards H, Tatward R, Meltzer H. (2000). The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assesment of child and adolescent psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*, 41(5):645-55.
19. Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). *Journal of Family Issues*, 17(3):283-316.
20. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao UMA, Flynn C, Moreci P, et al. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and Validity Data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(7):980-8.
21. Goodman R. (1999). The Extended Version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a Guide to Child Psychiatric Caseness and Consequent Burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(5):791-9.
22. Lakens D. (2013). Calculating and Reporting Effect Sizes to Facilitate Cumulative Science: A Practical Primer for t-tests and ANOVAs. *Front Psychol*. Vol. 4, Article 863.
23. Morris S.B. (2008). Estimating Effect Sizes From Pretest-Posttest-Control Group Designs. *Organizational Research Methods*, 11(2): 364-86.
24. Hultmann O, Broberg A. (2015). Family violence and other potentially traumatic onterpersonal events Among 9- to 17-year-old children attending an outpatient psychiatric clinic. *Journal of Interpersonal Violence*, doi:10.1177/0886260515584335
25. Bretan J, Nilsson C. (2014). *Barn som upplever våld i sin familj - En deskriptiv studie baserad på resultat från risk-/skyddsbedömningar*. Psykologexamensuppsats, Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet.
26. Davidsson M.(2015). *Barn som upplevt våld i hemmet och har kontakt med Barn- och ungdomspsykiatri - upplevelse av kontakt med föräldrarna*. Psykologexamensuppsats, Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet..
27. Felitti VJ, Anda MSRF, Nordenberg D, Williamson PDF, Spitz MPHAM, Edwards V, et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *Am J Prev Med*, 14(4):245-58.
28. Svensson E. (2015). *Multitraumatisering hos patienter inom barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvård*. Psykologexamensuppsats, Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet..
29. Ormhaug SM, Jensen TK, Hukkelberg SS, Holt T, Egeland KE. (2012). Barns traumer; gjemt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49:234-40.
30. Ford JD, Gagnon K, Connor DF, Pearson G. (2011a). History of interpersonal violence, abuse, and nonvictimization trauma and severity of psychiatric symptoms among children in outpatient psychiatric treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(16):3316-37.
31. McDonald R, Jouriles EN, Norwood W, Shinn W, H., Ezell E. (2000). Husbands' marital violence and the adjustment problems of clinic-referred children. *Behav Ther*, 31(4):649-65.
32. Olaya B, Ezpeleta L, de la Osa N, Granero R, Doménech JM. (2010). Mental health needs of children exposed to intimate partner violence seeking help from mental health services. *Children and Youth Services Review*, 32(7):1004-11.

33. Ryyänänen T, Alen M, Koivumaa-Honkanen H, Joskitt L, Ebeling H. (2015). Implementation and outcome of child psychotherapy compared with other psychiatric treatments in a naturalistic clinical setting. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(3):179-87.
34. Stewart MA, deBlois S. (1981). Wife abuse among families attending a child psychiatric unit. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20(4):845-62.
35. Hultmann O. (2015). *Child Psychiatric Patients affected by Intimate Partner Violence and Child Abuse - Disclosure, Prevalence and Consequences*. Doktorsavhandling. Psykologiska institutionen, Göteborg. Göteborgs universitet. ISBN 978-91-628-9604-1
36. Hultmann O, Möller J, Ormhaug SM, Broberg A. (2013). Asking routinely about intimate partner violence in a child and adolescent psychiatric clinic: A qualitative study. *Journal of Family Violence*, 29(1):67-78.
37. Ford JD, Wasser T, Connor DF. (2011b). Identifying and determining the symptom severity associated with polyvictimization among psychiatrically impaired children in the outpatient setting. *Child Maltreatment*, 16(3):216-26.
38. Byron E. (2009). Taking stock: Childhood emotional maltreatment and developmental psychopathology. *Child Abuse Negl*, 33(1):22-6.
39. Jensen TK, Holt T, Ormhaug SM, Egeland K, Granly L, Hoaas LC, et al. (2013). A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 43(3):356-69.
40. Diehle J, Opmeer BC, Boer F, Mannarino AP, Lindauer RJL. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy or eye movement desensitization and reprocessing: what works in children with posttraumatic stress symptoms? A randomized controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 24(2):227-36.
41. Cohen JA, Mannarino AP, Iyengar S. (2011). Community Treatment of Posttraumatic Stress Disorder for Children Exposed to Intimate Partner Violence: A Randomized Controlled Trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 165(1):16-21.
42. Hesse E, Main M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Dev Psychopathol*, 18(02):309-43.
43. Kobak R, Madsen S. (2008). Disruptions in Attachment Bonds. In: Cassidy J. & Shaver PR, Eds. *Handbook of attachment Theory, research, and clinical applications 2nd Ed.* (pp. 23-47). New York: The Guilford Press.
44. Cohen JA, Mannarino AP, Kliethermes M, Murray LA. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child Abuse Negl*, 36(6):528-41.
45. Rodenburg R, Benjamin A, de Roos C, Meijer AM, Stams GJ. (2009). Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 29(7):599-606.

Publikationer inom projektet (fram till 2016-03-31)

- Bergman, E. (2014). Barn som förlorat en nära anhörig och blivit patienter inom barn- och ungdomspsykiatri - en explorativ studie. Psykologexamensuppsats. Psykologiska institutionen, Göteborg. Göteborgs universitet.
- Bretan, J., & Nilsson, C. (2014). Barn som upplever våld i sin familj - En deskriptiv studie baserad på resultat från risk-/skyddsbedömningar. Psykologexamensuppsats. Psykologiska institutionen, Göteborg. Göteborgs universitet.
- Broberg, A., Almqvist, K., Appell, P., Axberg, U., Cater, Å., Draxler, H., . . . Röbbäck, K. S. (2015). Utveckling av bedömningsinstrument och stödinsatser för våldsutsatta barn. Gothenburg: University of Gothenburg.
- Davidsson, M. (2015). Barn som upplevt våld i hemmet och har kontakt med Barn- och ungdomspsykiatri - upplevelse av kontakt med föräldrarna. Psykologexamensuppsats. Psykologiska institutionen. Göteborgs universitet. Göteborg.
- Fihnn, R., & Sohnefors, A. (2013). "Som att brodera med boxhandskar..." Kliniskt arbete i forskningens tvångströja. Psykologexamensuppsats. Psykologiska institutionen, Göteborg. Göteborgs universitet.
- Hultmann, O. (2013). Hur upptäcker BUP våld i nära relationer? Förekomst och behandlares erfarenheter av att identifiera våldet: Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Hultmann, O. (2015). Child Psychiatric Patients affected by Intimate Partner Violence and Child Abuse - Disclosure, Prevalence and Consequences. (PhD), University of Gothenburg, Gothenburg.
- Hultmann, O., & Broberg, A. (2015). Family violence and other potentially traumatic interpersonal events Among 9- to 17-year-old children attending an outpatient psychiatric clinic. *Journal of Interpersonal Violence*. doi:10.1177/0886260515584335
- Hultmann, O., Broberg, A., & Axberg, U. (2015). Child Psychiatric Patients Who Have Been Subjected to Child Abuse or Witnessed Intimate Partner Violence—Prevalence and Consequences. Submitted manuscript.
- Hultmann, O., Broberg, A., & Axberg, U. (2016). A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual in a child psychiatric clinic. Manuscript in preparation.
- Hultmann, O., Möller, J., Ormhaug, S. M., & Broberg, A. (2013). Asking routinely about intimate partner violence in a child and adolescent psychiatric clinic: A qualitative study. *Journal of Family Violence*, 1-12. doi:10.1007/s10896-013-9554-5
- Svensson, E. (2015). Multitraumatisering hos patienter inom barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvård. Psykologexamensuppsats. Psykologiska institutionen. Göteborg.
- Valik, A. K. (2014). Våld i nära relationer, anknytning och psykiskt välmående hos 9-17 åringar inom barn- och ungdomspsykiatri. Psykologexamensuppsats. Psykologiska institutionen, Göteborg. Göteborgs universitet.