

Udbredelse af TF-CBT

Manual



TF-CBT
– Manual

© VIVE og forfatterne, 2023

Projekt: 302764

Finansiering: Social- og Boligstyrelsen

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



Indholdsfortegnelse

Forord 5

1	Hvad er traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi (TF-CBT)?	6
2	Hvad viser forskning i TF-CBT?	7
3	TF-CBT-modellen	10
4	De 3 faser i et TF-CBT-forløb	13
5	Antallet af sessioner og hjemmearbejde	15
6	TF-CBT-komponenterne	17
7	TF-CBT-uddannelsen i Danmark	21
8	Trænings- og certificeringsforløb i Danmark 2023-2025	25
9	Barnets eller den unges forløb frem mod behandling	27
10	Dokumentation i TF-CBT-forløbene	32
11	Tidsforbrug på TF-CBT forløb og dokumentation	40
12	Beskrivelse af spørgeskemaer	42
12.1	CATS2 – måler PTSD symptomer	42
12.2	MFQ – måler depression	43
12.3	CPTCI – måler negative tanker	44
12.4	KIDSCREEN – måler generel trivsel	44
12.5	SDQ – måler adfærdsproblemer	45
12.6	TASC – måler relation imellem barn og terapeut	45

13	Øvrige materialer	46
<hr/>		
	Referencer	49

Forord

Ordførerkredsen bag Udviklings- og investeringsprogrammerne, (UIP) besluttede på baggrund af de lovende resultater fra modningsprojektet, at der skal ske en udbredelse af TF-CBT behandlingen til alle landets børnehuse. Formålet er at udbrede et nationalt dækkende behandlingstilbud TF-CBT til børn med traumer efter vold og seksuelle overgreb. Indsatsen skal styrke og bevirke, at børn i alle kommuner på sigt kan sikres adgang til et ensartet og effektivt tilbud, der kan hjælpe dem til at bearbejde de traumer, de har pådraget sig ved overgrebene, og derved opnå bedre trivsel.

Dette er en manual, der er udarbejdet i forbindelse med udbredelsen af TF-CBT til alle børnehuse. Den er et supplement til de eksisterende amerikanske publicerede manualer (Cohen et al., 2017b, 2017a; Deblinger et al., 2018) og beskriver, hvordan TF-CBT bliver implementeret i en dansk sammenhæng. Hensigten med denne manual er, at du som TF-CBT-terapeut får et overblik over TF-CBT som behandlingsforløb samt et overblik over den dokumentation, du skal lave i forbindelse med de enkelte behandlingsforløb. Manualen beskriver detaljeret, hvad du skal gøre hvornår under et behandlingsforløb.

Manualen indledes med en kort introduktion til behandlingsmetoden TF-CBT samt uddannelsesforløbet og certificeringen til TF-CBT-terapeut:

- Forskningen om TF-CBT
- Indholdet i TF-CBT-modellen
- Uddannelsesforløbet som TF-CBT-terapeut
- Trænings- og certificeringsforløbet.

I anden del af manualen skitseres:

- TF-CBT-forløbet
- Processen fra identifikation af målgruppen til visitation til TF-CBT i Børnehuset.

Efter forløbsbeskrivelsen følger en beskrivelse af den dokumentation, der skal gennemføres i regi af projektet, herunder:

- Den dokumentation, du skal gennemføre som led i de enkelte TF-CBT-forløb
- En beskrivelse af de forskellige redskaber, der skal anvendes i dokumentationen.

Sidst i manualen skitseres de materialer, vi har samlet og udarbejdet, som kan understøtte gennemførelsen af de enkelte forløb samt dokumentationen af de enkelte forløb.

Katrine Iversen

Mail: kaiv@vive.dk

Telefon: 33 69 77 02

1 Hvad er traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi (TF-CBT)?

TF-CBT-modellen er udviklet af de tre amerikanske forskere Judy Cohen, Anthony Mannarino og Ester Deblinger og bygger på deres arbejde med traumatiserede børn gennem mere end tre årtier. TF-CBT-modellen er en relativt kort, komponentbaseret terapi, der er baseret på principper fra kognitiv teori, adfærdsteori og familierapi.

Formålet med TF-CBT er at lære børn og unge, der har været udsat for seksuelle, fysiske og/eller psykiske overgreb og deres omsorgspersoner:

- hjælpsomme måder at håndtere traumerelaterede følelses- og adfærdsmæssige problemer
 - at se problemerne i øjnene og løse dem på en sikker og terapeutisk måde
- at integrere deres traumeerfaring og hjælpe dem med at komme videre i livet på en sikker og positiv måde.

TF-CBT er oprindeligt udviklet til børn, der har været udsat for seksuelt misbrug, men kan også anvendes til børn, der har været udsat for andre former for traumer som fx vold, tab af en forælder, stress og komplekse traumer. TF-CBT-modellen er beskrevet i en manual, der findes på engelsk og norsk (Cohen et al., 2017b; Deblinger et al., 2018).

TF-CBT er specifikt designet til at reducere PTSD-symptomer, traumerelateret depression, angst, adfærdsproblemer og almindeligt forekommende traumerelaterede kognitive og følelsesmæssige udfordringer som frygt, skam, forlegenhed og skyld. I TF-CBT-forløbet arbejdes der primært og intensivt med barnet.

Der arbejdes desuden parallelt med omsorgspersonen for at forbedre følgende:

- omsorgspersonens støtte til barnet/den unge
- omsorgspersonens forældrekompetencer relateret til barnets traumesymptomer
- kommunikationen imellem omsorgspersonen og barnet/den unge.

I den danske version af TF-CBT tages der udgangspunkt i den norske oversættelse af den amerikanske manual, men der tilpasses til danske forhold og til konteksten i de danske børnehuse.

2 Hvad viser forskning i TF-CBT?

I dette afsnit præsenteres kort forskningsresultater fra systematiske reviews og meta-analyser om TF-CBT, resultater fra det norske studie af TF-CBT samt anbefalinger fra internationale guidelines om børn og unge med PTSD og traumer.

Systematiske forskningsoversigter

Samlet set viser nyere systematiske reviews og metaanalyser af indsatser til at behandle børn og unge, at TF-CBT er effektivt i forhold til at reducere PTSD-symptomer (Bastien et al., 2020; Hoppen & Morina, 2020; Leenarts et al., 2013; Lewey et al., 2018; Mavranezouli, Megnin-Viggars, Daly, et al., 2020). TF-CBT er desuden omkostningseffektivt (Mavranezouli, Megnin-Viggars, Trickey, et al., 2020).

Norsk studie af TF-CBT

Der er gennemført et norsk RCT-studie af TF-CBT til børn og unge. Dette studie var det første RCT af TF-CBT til børn og unge, der blev gennemført uden for USA. Studiet er gennemført i et miljø, der kan sammenlignes med Danmark.

Det norske TF-CBT-studie inkluderede 156 børn og unge (80 % piger, i gennemsnit 15 år gamle), der var henvist til 8 forskellige børne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker, de såkaldte BUP-er. Studiet viste, at der var en større nedgang i symptomer på både post-traumatisk stress, depression, generelle psykiske problemer og angstsymptomer hos TF-CBT-gruppen end hos kontrolgruppen (Jensen et al., 2014). Reduktionen i symptomer var opretholdt, 18 måneder efter behandlingen var slut (Jensen et al., 2017).

Studiet fandt desuden, at også dem med alvorlige depressive symptomer havde nytte af TF-CBT (Jensen et al., 2017). Generelt var både børn og forældre tilfredse med behandlingen. Samfundsøkonomiske analyser viste desuden, at TF-CBT samlet set var mere omkostningseffektivt end sædvanlig indsats (Aas et al., 2019).

Internationale guidelines

Der findes flere internationale guidelines, hvor eksperter har opsummeret forskningen i forhold til behandling af traumer og PTSD hos børn og unge. Samlet set er TF-CBT anbefalet som første valg af interventionsmetode for børn og unge, der tidligere har været udsat for traumer, i de store opsummerende guidelines, der findes på området. I den forbindelse er det dog vigtigt at nævne, at anbefalingerne bygger på eksisterende forskning,

og at der i teorien kan være indsatser, der er lige så effektive, men som ikke er undersøgt i RCT-studier.

I den nyeste guideline fra National Institute for Health and Care Excellence (NICE) om PTSD fra 2018 anbefales det i forhold til psykologiske interventioner til at behandle PTSD for børn og unge fra 7 år og opefter, at:



The evidence showed that trauma-focused CBT is effective in improving PTSD-symptoms and other important outcomes, and that improvements last for at least a year. Benefits were seen for different specific trauma-focused interventions and different types of trauma. Trauma-focused CBT is more effective, as well as more cost effective, when it is provided individually than in a group so the committee agreed it should be delivered individually

(NICE National Institute for Health and Care Excellence, 2018, p. 34)

I den nyeste guideline fra International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) fra 2019 står der følgende anbefaling til terapeutisk behandling af børn og unge med PTSD-symptomer:



Strong Recommendation – CBT-T (caregiver and child), CBT-T (child), and EMDR are recommended for the treatment of children and adolescents with clinically relevant post-traumatic stress symptoms.

Intervention with Emerging Evidence – Group CBT-T (child), Group Psychoeducation, and Parent-child Relationship Enhancement have emerging evidence of efficacy for the treatment of children and adolescents with clinically relevant post-traumatic stress symptoms.

Insufficient Evidence to Recommend – There is insufficient evidence to recommend CBT-T (caregiver), Family Therapy, Group CBT-T (caregiver and child), KidNET, Non-directive Counselling or Stepped Care CBT-T (caregiver and child) for the treatment of children and adolescents with clinically relevant post-traumatic stress symptoms.

(ISTSS International Society for Traumatic Stress Studies, 2018, p. 13)

Samlet om forskningsresultaterne

Effekten af TF-CBT er blevet undersøgt i mere end 20 randomiserede kontrollerede studier, der omfatter børn i alderen 3-18 år, som har oplevet forskellige traumer, lever under forskellige forhold (fx familiepleje, psykiatri, krisecenter eller krigszoner) og kommer fra forskellige kulturer og lande (Deblinger et al., 2018).

Samlet set viser studierne, at TF-CBT er effektiv i forhold til at reducere PTSD-symptomer hos børn og unge. Flere af studierne har også vist, at effekterne af TF-CBT fortsat kan ses 1 og 2 år efter afsluttet behandling. TF-CBT ser derfor ud til at være en generaliserbar model, der kan virke i forskellige kontekster og i forhold til forskellige slags traumer hos børn og unge.

Systematiske reviews, der samler resultaterne fra individuelle RCT-studier i metaanalyser, finder også, at TF-CBT er en effektiv behandling til børn og unge med traumer. Ligeledes anbefales TF-CBT som det første valg af metode for denne målgruppe i de internationale guidelines.

Dansk evaluering

På baggrund af forskningsresultaterne og de internationale guidelines blev TF-CBT i 2020-2022 implementeret i et enkelt børnehus i Danmark. Evalueringen af projektet viste positive resultater og metoden skal derfor implementeres i alle fem børnehusene i Danmark (Iversen et al., 2023).

3 TF-CBT-modellen

Overordnet set er TF-CBT-forløbet målrettet barnet eller den unge, men i de tilfælde, hvor det er muligt, inddrages en omsorgsperson i forløbet, så han/hun kan støtte op om behandlingen derhjemme og hjælpe med øvelser og lignende.

I dette afsnit skitseres indholdet i TF-CBT-behandlingsforløbet, herunder kerneværdierne, de 3 faser og de komponenter, der indgår i behandlingsforløbet.

I TF-CBT-forløbet er det den samme terapeut, der har både barn og omsorgsperson i behandling. Grunden til, at det er den samme terapeut, er, at det først og fremmest er en behandling rettet mod barnet i modsætning til familierapi, og at omsorgspersonen er forandringsagent imellem sessionerne. Ved at have en fælles terapeut undgår man, at der skal koordineres imellem flere terapeuter.

Da et TF-CBT-behandlingsforløb er et meget krævende behandlingsforløb med ugentlige sessioner og hjemmearbejde for både barn og omsorgsperson, anbefales det, at der ikke sideløbende gennemføres andre terapeutiske indsatser. Det kan dog være relevant, at der igangsættes forløb samtidig med TF-CBT-forløbet i samarbejde med socialforvaltningen i fx skolen for at støtte op om barnets udvikling. Dette kan gøres, hvis det vurderes nødvendigt.

Kerneverdierne i TF-CBT

TF-CBT-behandlingen bygger på 6 kerneværdier, som er præsenteret i Figur 3.1. Kerneværdierne beskrives detaljeret i de følgende afsnit.

Figur 3.1 Kerneværdierne i TF-CBT



Kilde: Nasjonalt Kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, Manual for implementering av TF-CBT, Statens Barnehus.

Komponentbaseret

TF-CBT er ikke bygget på en manual, der skal følges slavisk, men er bygget op omkring komponenter, der hænger tæt sammen og kan tilpasses det enkelte barns og families behov. I løbet af den første fase kan terapeuten anvende sit kliniske skøn til at skræddersy rækkefølgen på komponenterne for det enkelte barn for bedst muligt at møde barnets behov.

Respekt for kulturelle værdier

Det er afgørende, at terapeuten har respekt for individuelle, familiemæssige, religiøse, samfundsmæssige og kulturelle værdier. Terapeuten skal være bevidst om, at behandlingen skal kunne passe ind i familiens holdninger og kulturelle værdier og bør skaffe sig viden om forhold, der er relevante for behandlingskomponenterne (fx forældreholdninger eller mestringsstrategier).

Tilpasset og fleksibel

Terapeuten skal være kreativ og fleksibel i arbejdet med kernekomponenterne, så hvert forløb tilpasses fx barnets alder og udvikling, da fleksibilitet er afgørende for at kunne hjælpe hvert enkelt barn og familie.

Familiefokuseret

Familieinvolvering er et vigtigt element i TF-CBT. Der er fokus på at forbedre kommunikation, interaktion og nærhed imellem forældre og barn.

Terapeutisk relation er central

Pr. definition indeholder et traume et grundlæggende tillidsbrud for barnet i forhold til forventningen om, at voksne og samfundets regler vil beskytte barnet mod overgreb. I mange tilfælde oplever forældrene også at føle sig svigtet. For at genoprette tillid, optimisme og selvtillid er det afgørende for både det traumatiserede barn og forældrene at udvikle og opretholde en relation til terapeuten, som er præget af tillid, accept og empati.

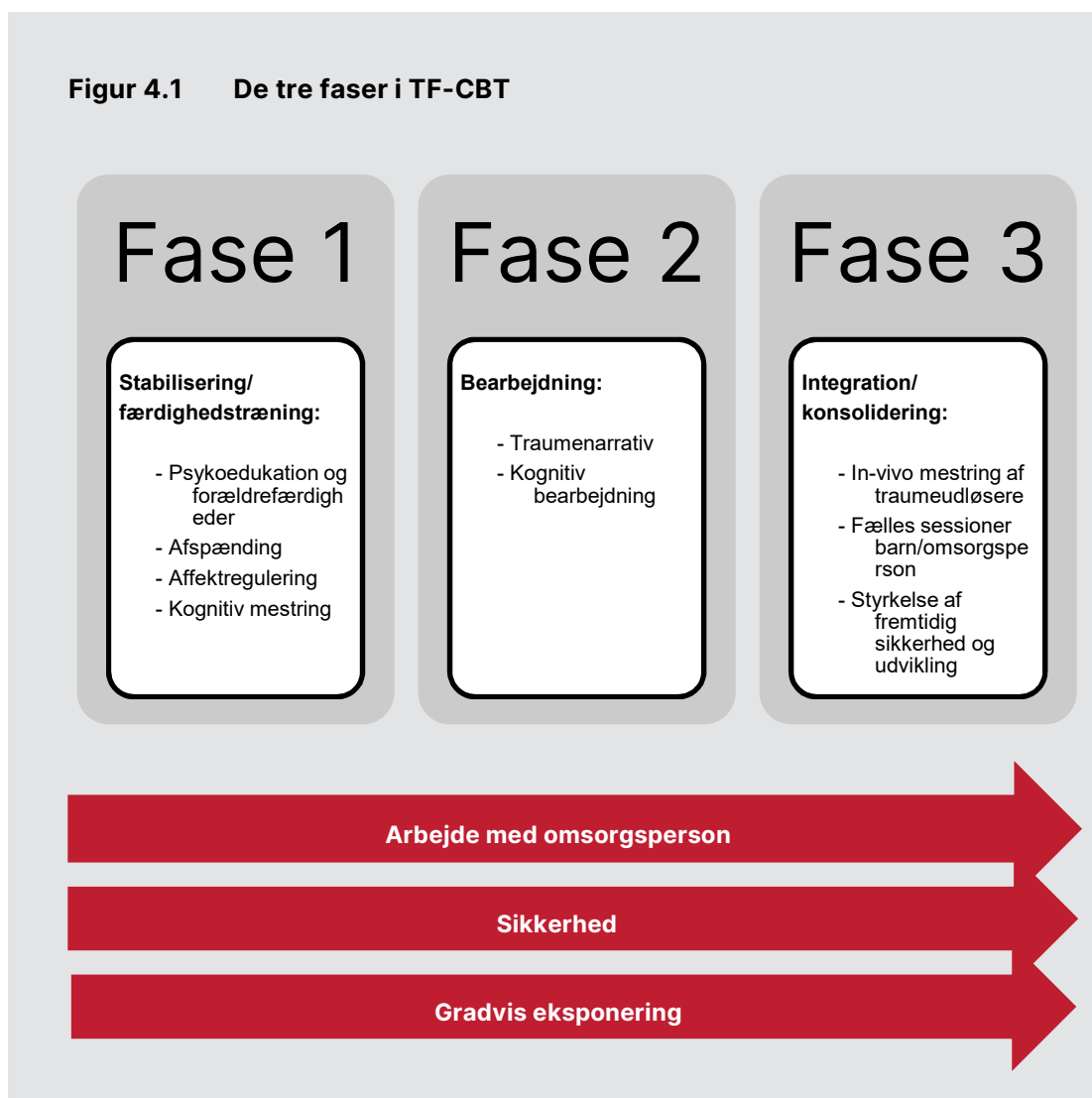
Fokus på mestring (self-efficacy)

Formålet med TF-CBT er at give barn og forældre færdigheder som mestring og selvregulering, der fremmer deres individuelle styrker, så de kan fortsætte med at udvikle sig, efter at terapiforløbet er afsluttet.

4 De 3 faser i et TF-CBT-forløb

TF-CBT er delt op i 3 faser: 1) stabilisering/færdighedstræning, 2) bearbejdning og 3) integration/konsolidering.

Figur 4.1 De tre faser i TF-CBT



Note: Figuren viser de 3 faser og 9 komponenter, som et TF-CBT-forløb består af.

Kilde: Nasjonalt Kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, Manual for implementering av TF-CBT, Statens Barnehus.

I den første fase er der fokus på en indføring i traumeoplevelsen samt at udvikle færdigheder til at håndtere minderne om traumatet.

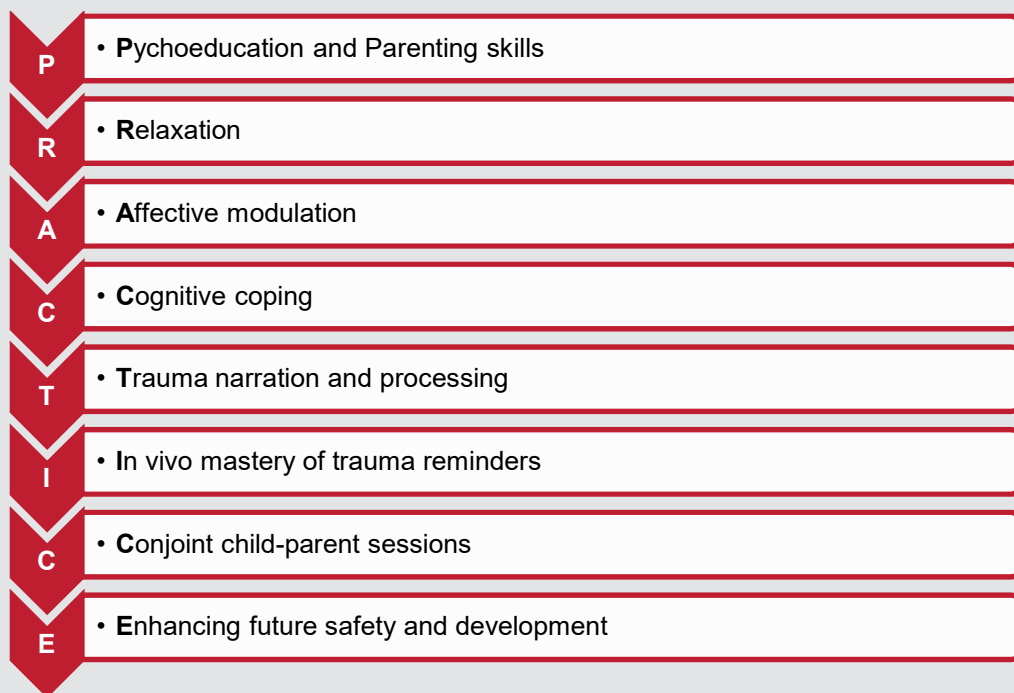
I den anden fase, som består af traumenarrativ og kognitiv bearbejdning, kommer minderne om traumatet frem og bearbejdes.

I den tredje fase rettes fokus mod at få konsolideret det, barnet har lært i de tidligere faser, og der inddrages in-vivo eksponering, kommunikationen imellem barn og omsorgsperson samt styrkelse af sikkerhed.

Normalt fylder hvert afsnit omkring en tredjedel af forløbet. Igennem hele forløbet skal der ske gradvis eksponering, og der arbejdes i parallelle sessioner med omsorgspersonen. Der skal også være fokus på sikkerhed igennem hele forløbet. For at kunne opnå gode resultater er det centralt, at både barn og forældre øver sig hjemme imellem sessionerne.

Hver fase indeholder specifikke delelementer, der kaldes komponenter (se beskrivelsen af komponenterne i kapitel 6). Tilsammen udgør elementerne på engelsk akronymet PRACTICE:

Figur 4.2 Komponenterne i TF-CBT



5 Antallet af sessioner og hjemmearbejde

Udgangspunktet for TF-CBT-forløb i de danske børnehuse er, at der i gennemsnit gennemføres 15 sessioner af 90 minutters varighed. Antallet af sessioner kan variere mellem 12 og 18 og tilpasses det enkelte barns behov. Et forløb bør kun i helt særlige tilfælde strække sig over mere end 18 sessioner. Som hovedregel gennemføres halvdelen af sessionen med barnet og halvdelen med omsorgspersonen, men dette kan variere. Nogle sessioner kan også gennemføres med både barn og omsorgsperson. Dette sker især sidst i forløbet.

Når barnets session er ved at være slut, kan omsorgspersonen inviteres med ind de sidste minutter, hvis det passer. Her kan barnet fx instruere omsorgspersonen i, hvordan en afslapningsøvelse skal laves eller fortælle om næste uges hjemmearbejde. Herefter er det omsorgspersonen, der bliver hos terapeuten, og barnet placeres på et sted, hvor det kan sidde trygt og vente. Det kan fx være på en stol umiddelbart uden for lokalet eller i et venteværelse. Lad det eventuelt sidde med en iPad eller mobiltelefon, da det kan være afslappende for barnet.

I nogle tilfælde kan det være en fordel, at sessionerne med barn og omsorgsperson ligger adskilt fx på forskellige dage. Det kan være, hvis der er en forventning om, at omsorgspersonen vil blive meget følelsesmæssigt påvirket af det, der skal arbejdes med i den pågældende session. Adskilte sessioner kan dog for nogen give udfordringer i forhold til fx transport, hvilket er vigtigt at være opmærksom på.

Hvis der ikke er nogen omsorgsperson, der deltager i forløbet, gennemføres det uden. Dette kan forekomme, hvis den unge har meget modstand mod at inddrage en omsorgsperson, eller hvis der ikke er nogen omsorgsperson, der ønsker at deltage. Hvis der bliver mulighed for at inddrage en omsorgsperson i løbet af forløbet, så er dette at foretrække. Afgørelsen af, hvorvidt omsorgspersonen skal deltage i forløbet eller ej, afklares af barnets myndighedsrådgiver i forbindelse med visitationen til TF-CBT. Hvis der er mere end én omsorgsperson, der gerne vil deltage (fx både mor og far), er det i orden, men begge skal deltage kontinuerligt. De må ikke fx skiftes til at komme.

De 15 sessioner fordeles i udgangspunktet ligeligt imellem de 3 faser, det vil sige omkring 5 sessioner til hver fase. Hvis det er en meget kompleks sag, kan den første fase fylde op til halvdelen af sessionerne. Men det er vigtigt ikke at blive for længe i den første fase, da der er behov for at komme i gang med at bearbejde selve traumat i bearbejdningsfasen.

Det anbefales, at sessionerne foregår i et samlet forløb med en ugentlig session og eventuelt flere sessioner ugentligt, hvis der er behov for det. Af hensyn til barnet er det særlig vigtigt, at selve arbejdet med at få formuleret traumenarrativet ikke trækkes ud over en

lang periode, da traumenarrativet for de fleste børn er den mest udfordrende del af forløbet. Det samlede forløb forventes at vare omkring 3-4 måneder, når der tages højde for ferie og sygdom. Ved den sidste session er det en god idé at markere, at forløbet er slut. Det kan gøres ved at tage lidt lækkert med, at opsummere, hvad barnet har lært, og ved at lave et diplom til barnet.

Hjemmearbejde er en væsentlig del af TF-CBT forløbet. Ligesom alle andre elementer af TF-CBT forløbet skal hjemmearbejdet tilpasses det enkelte barn og de udfordringer, det har. Hvis der er givet hjemmearbejde, bør timen efter starte med, at der spørges til ugens hjemmearbejde. Ved altid at spørge til hjemmearbejdet sikres det, at barn og omsorgsperson oplever, at hjemmearbejdet er vigtigt, og at terapeuten løbende får tilpasset opgaverne. Det er vigtigt at anerkende og rose både barn og omsorgsperson for hjemmearbejdet. Hvis hjemmearbejdet ikke er blevet lavet, bør terapeuten udforske, hvad grunden kan være. Måske forstod barnet ikke opgaven, syntes ikke det var hjælpsomt eller lykkedes ikke med det. På baggrund af dette må terapeuten beslutte, hvad der er det rigtige at gøre fremover. Det er vigtigt, at barnet ikke føler sig mislykket, fordi det ikke får lavet det, terapeuten beder om. I så tilfælde kan det være bedre ikke at have hjemmearbejde.

6 TF-CBT-komponenterne

Et TF-CBT-forløb består af forskellige komponenter. De enkelte komponenter bygger på hinanden, og når barnet gennemfører dem, hjælper det til at opnå en følelse af mestring, når de udvikler færdigheder og bearbejder traumerne.

Komponenter, der indgår i et TF-CBT-forløb:

- Psykoedukation
- Forældrefærdigheder
- Afspænding/stresshåndtering
- Følelsesregulering
- Kognitiv mestring
- Traumenarrativ
- Kognitiv bearbejdning
- In-vivo mestring af traumepåmindere
- Fælles forældre-barn timer
- Styrkelse af fremtidig sikkerhed og udvikling.

Komponenterne bør gennemføres i den rækkefølge, manualen beskriver, men kan ændres, hvis der er gode kliniske årsager til det.

Her følger en kort beskrivelse af komponenterne. For en dybere indføring henvises til manualerne (Cohen et al., 2017b; Deblinger et al., 2018).

Psykoedukation

Psykoedukation er en af de vigtigste komponenter i TF-CBT. Selvom komponenten ligger i starten af forløbet, indgår den i hele forløbet i forhold til både barn og omsorgsperson. Målet med psykoedukation er at normalisere

barnets og omsorgspersonens reaktioner på traumerne, at informere om almindelige fysiske og psykiske reaktioner på traumer samt at sikre, at de har en realistisk opfattelse af, hvad der skete.

I løbet af psykoedukationen eksponeres barnet for barnets historie, og barnets erfaring og respons valideres. Det er vigtigt, at terapeuten formidler håb til barnet og omsorgspersonen, som kan motivere til den videre behandling. Psykoedukation kan godt foregå som fælles sessioner, hvor både barn og omsorgsperson er til stede. Psykoedukationen til barnet understøttes af en øvebog, der bliver udgivet i forbindelse med behandlingsprojektet (se kapitel 12 for beskrivelse af supplerende materialer).

Forældrefærdigheder

Når man har et barn, som har oplevet alvorlige traumatiske livshændelser, kan selv den mest kompetente forælder have svært ved at være en god forælder. Selve traumat vil ofte påvirke forældrenes funktion direkte, hvilket kan gøre det vanskeligt at opretholde

normale rutiner og konsekvente regler og forventninger. For forældre, der ikke har hensigtsmæssige forældrefærdigheder til håndtering af barnets reaktion på den traumatiske hændelse, er det endnu vigtigere at styrke forældrefærdighederne. Gode forældrefærdigheder er særligt vigtige, når barnet reagerer med aggression, vredesudbrud og tristhed samt for multitraumatiserede børn.

Målet med denne komponent er, at forældrene/omsorgspersonen bliver bedre til at regulere sig selv og støtte barnet, samt opnå en bedre kommunikation. Udfordringer, som omsorgspersonen oplever i forhold til barnet, analyseres ved hjælp af funktionel adfærdsanalyse. Her sættes den udfordrende situation i forbindelse med barnets adfærd, og der kigges derefter på adfærdens eventuelt uhensigtsmæssige/utilsigtede konsekvenser eller udfald (fx omsorgspersonens reaktioner).

Afspænding/stresshåndtering

Mange børn, der har været udsat for traumer, oplever kropslige reaktioner som høj hvilepuls, uro, søvnproblemer, rastløshed, irritabilitet og vredesudbrud, som kan have en negativ indflydelse på barnets dagligdag. Det kan fx være i forhold til problemer med at koncentrere sig i skolen samt en tendens til at overreagere, hvilket kan føre til problemer med relationerne til andre både i skolen og derhjemme. Stressreguleringsfærdigheder hjælper til at reducere de kropslige reaktioner og kan fx omfatte åndedrætsøvelser, meditation/mindfulness og muskelafspænding.

Affekt/følelsesregulering

Børn, der har oplevet traumer, kan opleve intense og smertefulde følelser, som er vanskelige at regulere. De kan også opleve følelseløshed eller at blive overvældet af følelserne. Målet med denne komponent er at øge barnets bevidsthed om egne følelser og hjælpe det med at blive bedre til at udtrykke og håndtere egne følelser. Det handler om, at barnet bliver i stand til at identificere følelser, knytte følelserne til situationer og til kropslige reaktioner og følelser. Det er vigtigt at være opmærksom på, at barnet ikke skal være velreguleret, før man går videre fra denne komponent.

Kognitiv mestring

Kognitiv mestring handler om at få barnet og omsorgspersonen til at udforske deres tanker og udfordre og korrigere tanker, som er upræcise eller uhjælpsomme. Barnet kan på grund af sin begrænsede livserfaring være særligt udsat for at udvikle upræcise eller dysfunktionelle tanker om traumatiske oplevelser, og dette kan have en negativ påvirkning. I denne komponent anvendes den kognitive trekant eller diamant. Først skal barnet

identificere følelserne, og derefter skal barnet og omsorgspersonen hjælpes til at forstå forskellen og sammenhængen imellem følelser og tanker. Derefter skal barnet lære at finde alternative tanker, som er mere rigtige eller hjælpsomme. Til sidst skal barnet hjælpes til at forstå sammenhængen imellem tanker, følelser og adfærd og sammenhængen imellem egen adfærd, og hvordan andre mennesker opfører sig som reaktion på denne adfærd.

Traumenarrativ

Arbejdet med at lave traumenarrativet er intenst og omfattende og igangsættes oftest i session 5, 6 eller 7. Barnet opfordres igennem flere sessioner til at beskrive flere og flere detaljer ved det, som skete før, under og efter den traumatiske hændelse, og de tanker og følelser, de havde, da det skete. Et mål med traumenarrativet er at frakoble tanker, påmindelser og samtaler om den traumatiske hændelse fra overvældende negative følelser som skræk, rædsel, hjælpeløshed, undgåelse, vrede, skam og raseri. Traumenarrativet hjælper terapeuten med at identificere barnets traumepåmindelser og dysfunktionelle tanker. Der er ikke nogen fast retningslinje for, hvor detaljeret narrativet skal være – det afhænger af, hvordan barnet reagerer.

Traumenarrativet kan laves som en bog, en sang, et digt eller andet, alt efter hvad barnet ønsker. Det afsluttes med ønsker og drømme om fremtiden og eventuelt med et budskab fra barnet til andre i samme situation. Når det er færdigt, deles traumenarrativet så vidt muligt med omsorgspersonen. Terapeuten har forud for dette gennemgået og talt med omsorgspersonen om traumenarrativet for at forberede denne til at agere roligt over for barnet, når barnet deler sit traumenarrativ.

Kognitiv bearbejdning

Efter at barnet har udformet traumenarrativet og snakket i detaljer om traumeoplevelsen, starter den kognitive bearbejdning. Her begynder terapeuten at identificere, udforske og korrigere barnets traumerelaterede dysfunktionelle kognitioner. Dette er vigtigt, da de dysfunktionelle og uhensigtsmæssige tanker opretholder traumesymptomerne. Kognitiv bearbejdning udføres fx ved hjælp af logisk udforskning, spørgsmål om, hvad barnet ville tænke, hvis det var deres bedste ven, der tænkte sådan, eller ved brug af en ansvarslagkage, hvor barnet skal fordele ansvaret for traumet.

In-vivo mestring af traumeudløsere

Denne komponent er den eneste komponent i TF-CBT, der er frivillig. De fleste børn udvikler ikke overgeneraliseret frygt for ufarlige situationer og har derfor ikke behov for

denne komponent. Den bør kun bruges med børn, som har markant undgåelsesadfærd i ufarlige situationer, eller hvis undgåelsen forstyrrer barnets mulighed for at udvikle sig positivt.

Hvis komponenten gennemføres, skal der laves en effektiv plan for in-vivo eksponeringen. Det er vigtigt, at omsorgspersonen er aktivt involveret samt komfortabel med og enig i planen.

Fælles timer barn/ung og nærmeste omsorgsperson

TF-CBT-forløbet indeholder fælles timer, hvor barnet og omsorgspersonen er sammen hos terapeuten for at få information, øve færdigheder, dele barnets traumenarrativ og lære at snakke åbent sammen. Målet med fællestimerne er at give barn og omsorgsperson mulighed for at øve sig i færdigheder, der styrker forældre-barn-relationen, samtidig med at det hjælper barnet med gradvist at blive tryk ved at tale direkte med omsorgspersonen om traumeerfaringerne og andre emner, som barnet eller omsorgspersonen ønsker at tale om. Fællestimer bør struktureres nøje, og omsorgspersonen bør være godt forberedt, for at fællestimerne bliver trygge, positive og produktive. Fællestimer bør først gennemføres, når og hvis omsorgspersonen har tilstrækkelig følelsesmæssig kontrol til at kunne fungere som god rollemodel for barnet.

Styrkelse af fremtidig sikkerhed og udvikling

Selvom styrkelse af sikkerhed er den sidste komponent i forløbet, er det god klinisk praksis at have sikkerhed som et tema igennem hele forløbet, når man har med børn og unge at gøre, der har været eksponeret for traumatiske hændelser. I starten af forløbet er det vigtigt at vurdere, om der er fortsat risiko for traumer. Det er særlig vigtigt at være opmærksom på udfordringer med tryghed og tillid for børn med komplekse traumer, da de ofte har oplevet brud i tilknytningsrelationer, der forstærker følelsen af svigt og utryghed. Selvom der ikke er nogen aktuelle traumer, bør terapeuten jævnligt vurdere barnets sikkerhed igennem forløbet.

7 TF-CBT-uddannelsen i Danmark

I dette kapitel gennemgår vi, hvad der kræves for at kunne blive certificeret TF-CBT-terapeut i de danske børnehuse, samt forløb for træning og certificering. I forbindelse med opstart af TF-CBT-forløb i børnehuse i Danmark er der i samarbejde mellem VIVE, Social- og boligstyrelsen og de norske TF-CBT-eksperter udviklet følgende model for træning, som er godkendt af udviklerne i USA.

Uddannelsesmæssige og erfaringsmæssige kriterier for medarbejdere i de danske børnehuse

I opstillingen af uddannelses- og erfaringsmæssige kriterier er der lagt vægt på følgende:

- at ligge så tæt som muligt op ad de overordnede retningslinjer for uddannelse i TF-CBT, der er opsat af grundlæggerne af TF-CBT og med inspiration fra de øvrige nordiske lande
- at tage hensyn til, at målgruppen i dette projekt udgør en yderst sårbar gruppe, og at det skærper kravet til erfaring at kunne håndtere børn og unge med traumer efter at være udsat for seksuelle overgreb.

På baggrund af ovenstående er der opstillet to kriterier for udvælgelsen af medarbejdere i de danske børnehuse, hvor medarbejdere skal leve op til begge kriterier for at tage uddannelsen:

Uddannelsesmæssigt kriterie:

- Psykolog med autorisation eller
- Psykiater eller
- Bacheloruddannelse, fx socialrådgiver, sygeplejerske, pædagog eller lærer mv. kombineret med psykoterapeutuddannelse, godkendt af Psykoterapeutforeningen eller
- Bacheloruddannelse, fx socialrådgiver, sygeplejerske, pædagog eller lærer mv. kombineret med i alt minimum 3 års terapeutisk uddannelse, som er afsluttet med en bestået eksamen.

Erfaringsmæssigt kriterie:

- Minimum 3 års klinisk erfaring med udredning og/eller behandling af traumatiserede børn, unge og gerne deres familier.

Ud over ovennævnte kriterier skal Børnehuset i praksis være opmærksom på, at ikke alle terapeuter må foretage alle screeninger/scoringer og progressionsmålinger, der indgår i vurderingen af børnenes belastningsniveau og deres helingsproces gennem et behandlingsforløb, idet nogle kun må foretages af psykologer og psykiatere. Det vil kunne afhjælpes ved, at denne del af arbejdet foretages af en autoriseret psykolog.

TF-CBT træning

Der er små variationer i forhold til, hvordan TF-CBT-træning og -certificering gennemføres rundt om i verden. Alle forløb skal dog godkendes af udviklerne i USA, så der sikres en vis lighed i træningen.

Et certificeringsforløb består overordnet set af følgende dele:

1. Online træningsmodul
2. Grundkursus
3. Opfølgings-/fordybelseskursus
4. Gruppevejledning over 6-12 måneder.

Online træningsmodul

Forud for deltagelse i grundkurset skal deltagerne have gennemført et online træningsmodul. Træningen udbydes af Medical School University of South Carolina (<https://tfcbt2.musc.edu/>) og koster 35 \$. Træningsmodullet er udviklet i samarbejde med udviklerne af TF-CBT og består af følgende 11 moduler:

1. Foundations of TF-CBT
2. Psychoeducation
3. Parenting Skills
4. Relaxation
5. Affect Identification & Regulation
6. Cognitive Coping
7. Trauma Narration and Processing I
8. Trauma Narration and Processing II
9. In Vivo Mastery
10. Conjoint Parent-Child Sessions
11. Enhancing Safety & Future Development

Hvert modul afsluttes med spørgsmål inden for emnet. Når man har bestået hele forløbet, modtager man et certifikat.

Grundkursus

Grundkurset foregår normalt som et 2-3 dages kursus med fysisk tilstedeværelse, men kan dog foregå online, hvis fysisk tilstedeværelse ikke er mulig. Kurset skal afholdes af certificerede TF-CBT-trænere. Grundkurset giver en introduktion til blandt andet traume-teori og forskning på området, kortlægning af traumer og traumesymptomer samt en grundig oplæring i TF-CBT-modellen. Undervisningen veksler imellem forelæsning, gruppearbejde og praktiske øvelser.

Supervision

Gruppevejledningen gennemføres med en TF-CBT-ekspert og består af et forløb over en 6-12 måneders periode, hvor terapeuterne samtidig skal gennemføre 3-4 forløb med børn/unge og nærmeste omsorgsperson. Gruppen består af 4-5 personer og vejledningen kan foregå online. I vejledningen får terapeuterne sparring på deres egne sager. Der bør anvendes måleredskaber løbende til at følge progression i behandlingsforløbet.

Opfølgnings-/for dybelses kursus

For dybelses kurset er en opsamlende session, der kommer i slutningen af certificeringsforløbet. Forløbet vil handle om sædvanlige udfordringer i terapi med traumatiserede, og deltagerne forventes at medbringe egne cases til gennemgang i grupper.

8 Trænings- og certificeringsforløb i Danmark 2023-2025

Som forberedelse til grundkurset skal deltagerne:

1. Læse grundbogen om TF-CBT – enten på norsk (Deblinger et al., 2018) eller engelsk (Cohen et al., 2017b).
2. Se 3 videoer:
 - a. Hva er PTSD og kompleks PTSD: <https://vimeo.com/447846062>
 - b. Teoretiske forståelser av hva traumatisering er som grunnlag for TF-CBT-metoden: <https://vimeo.com/447847301>
 - c. Om metoden og dens struktur: <https://vimeo.com/449205791>
3. Bestå det online træningsmodul.

I oktober 2023 er uddannelsesforløbet i forbindelse med udbredelsen af TF-CBT i Danmark igangsat. Uddannelsesforløbet varetages af certificerede TF-CBT-undervisere fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress i Norge (NKVTS).

Certificering

Vejledning tilbydes i uddannelsesperioden for at kunne opnå certificering som TF-CBT-terapeut. Den forestås af certificerede TF-CBT-undervisere, som også står for certificeringen.

På den amerikanske hjemmeside for TF-CBT er der beskrevet krav for at kunne blive certificeret i USA. Da forholdene er lidt anderledes i de nordiske lande, er der mindre ændringer i forhold til certificering.

Boks 8.1 For at kunne blive certificeret skal TF-CBT-terapeuterne opfylde følgende krav:

- Have den rette uddannelsesbaggrund (se ovenfor)
- Have bestået webmodul
- Have deltaget i grundtræning
- Deltage i mindst 16 ud af 22 supervisionssessioner med godkendt TF-CBT-vejleder
- Fuldføre 4 forløb med børn/unge, hvor omsorgsperson deltager aktivt i mindst 3 forløb
- Anvende mindst et måleredskab til at vurdere barnets udvikling i alle 4 forløb.

Supervisionen er gruppebaseret og gennemføres virtuelt hver 14. dag (2 timer).

Certificeringen sker på baggrund af minimum 4 gennemførte behandlingsforløb inden for en 2-årig periode.

Metodefidelitet efter certificering

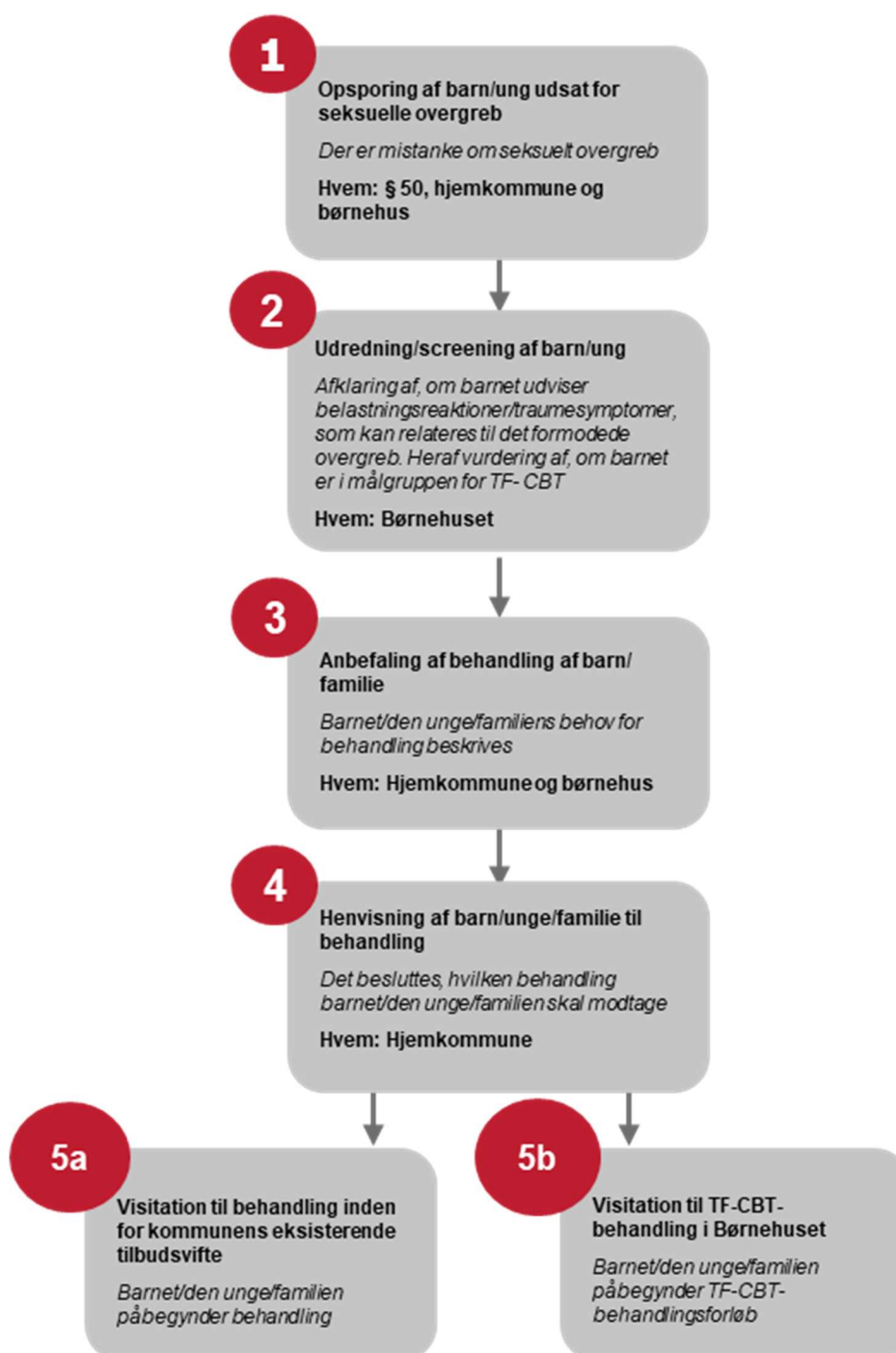
For at kunne opretholde høj kvalitet i TF-CBT er det vigtigt, at der er fokus på metodefidelitet, også efter at terapeuterne er blevet certificeret. Dette omfatter to dele, der begge skal opfyldes:

- At terapeuten løbende har børn i TF-CBT-forløb
- At terapeuten løbende får TF-CBT-specifik supervision.

Der er dog ikke fra TF-CBT-organisationen opstillet noget krav til, hvor mange børn man løbende skal have i behandling, eller hvor ofte man skal have supervision for at kunne opretholde høj kvalitet i TF-CBT over tid. Vi følger løbende op på de danske erfaringer i projektperioden.

9 Barnets eller den unges forløb frem mod behandling

Nedenstående er en figur over det forløb, som barnets eller den unges sag er igennem forud for iværksættelse af et behandlingsforløb enten i kommunalt regi eller i regi af børnehuset. I det følgende beskrives de enkelte punkter nærmere.



1 Opsporing af barn/ung udsat for seksuelle, fysiske og/eller psykiske overgreb

Før børnehuset bliver inddraget i den konkrete sag, kan mistanke eller viden om overgreb mod barnet eller den unge være kommet forskellige sektorer (kommune, politi, sygehusvæsen og retsmedicinsk institut) til kendskab uafhængigt af hinanden.

For at kriterierne om benyttelse af børnehuset er opfyldt, skal barnets kommune være involveret, da der skal være truffet beslutning om at påbegynde en børnefaglig undersøgelse, før sagen kan blive en børnehussag.

Hvis der opstår mistanke eller viden om overgreb mod et barn eller en ung hos henholdsvis politiet eller sygehusvæsenet, skal kommunen underrettes, hvorefter det er kommunen, som er ansvarlig for at bringe sagen i børnehuset.

Børnehusene skal benyttes i sager, hvor følgende kriterier er opfyldt:



2 Udredning og screening af barnet eller den unge

Børnehusets målgruppe er børn og unge i alderen 0 til og med 17 år, som har været udsat for seksuelle og/eller voldelige overgreb, eller hvor der er mistanke herom.

Der er dog nogle yderligere krav, der skal være opfyldt, for at barnet eller den unge er i målgruppen for TF-CBT-forløb i børnehusene.

Målgruppen for TF-CBT i børnehusene er børn, der opfylder følgende krav:

Boks 9.1 Målgruppen for TF-CBT

Børn der:

- er i alderen 6-17 år
- har været udsat for seksuelle, fysiske og/eller psykiske overgreb
- har PTSD-symptomer som primær problemstilling (se bilag 1 for kriterier)
- Er henvist til udredning i et børnehus som led i § 50-undersøgelsen
- Har behov for traumefokuseret behandling.

Der er nogle enkelte forhold, som man skal være opmærksom på:

- Hvis barnet er alvorligt selvmordstuet
- Hvis barnet har meget alvorlige adfærdsproblemer
- Hvis barnet er psykotisk
- Hvis barnet har et alvorligt stofmisbrug
- Hvis barnet har en alvorlig spiseforstyrrelse.

Hvis barnet er karakteriseret af et af disse forhold, kan det i nogle tilfælde være nødvendigt at få styr på denne udfordring, inden et TF-CBT-forløb kan startes.

I mange tilfælde vil et TF-CBT-forløb dog godt kunne gennemføres.

Hvis barnet er kognitivt udfordret, er det desuden vigtigt at tilpasse forløbet til dette.

I forbindelse med udredningen og screeningen af barnet eller den unge skal den faglige medarbejder i børnehuset vurdere, om barnet er i målgruppen for TF-CBT. Dette gøres ved, at den faglige medarbejder får barnet til at udfylde en papirversion af et spørgeskema om PTSD-symptomer.

Proces for screening af barn eller den unge til TF-CBT under udredningen:

PTSD-symptomer:

- CATS2 for alle (6-17-årige)

Hvis det vurderes, at barnet eller den unge er plaget af PTSD-symptomer i en grad, der influerer negativt på barnets hverdag og funktionsevne, er barnet eller den unge i målgruppen for TF-CBT. En beskrivelse af CATS2 samt de præcise kriterier, der skal opfyldes, er beskrevet i afsnit 12.1. Den faglige medarbejder kan inddrage andre måleredskaber i udredningen, hvis det vurderes nødvendigt.

3 **Anbefaling af behandling til barn eller ung**

Udredningen i børnehuset er i første omgang tilendebragt, når de involverede myndigheder har foretaget de nødvendige undersøgelser. Normalt vil et udredningsforløb være afsluttet inden for rammerne af den børnefaglige undersøgelse, hvor der er afsat 4 måneder til udredning.

Et børnehusforløb afsluttes med en samlet beskrivelse af barnets belastningsgrad. Børnehusets afsluttende notat indeholder en vurdering af behovet for særlig støtte til barnet i relation til, at det har været udsat for overgreb, eller der er mistanke herom.

Børnehusets anbefalinger omhandler ikke forslag til valg af konkrete støtteforanstaltninger, medmindre det klart ønskes af den kommunale myndighedsrådgiver. I særlige tilfælde kan anbefalinger om konkrete støtteforanstaltninger ikke undgås, såfremt situationen ud fra en konkret vurdering er klar og åbenlys.

Når børnehuset har gennemført udredningen, informeres den kommunale myndighedsrådgiver om resultatet af udredningen samt børnehusets vurdering og anbefalinger via et afsluttende sagsrådsmøde. Såfremt børnehusets udredning peger på, at barnet er i målgruppen, og barnet vurderes at kunne profitere af traumefokuseret behandling, orienteres kommunen om dette både i det afsluttende notat og ved et eventuelt afsluttende møde. Der ydes desuden allerede ved udredningens start generel orientering til kommunen om børnehusets tilbud om TF-CBT-forløb med en pointering af, at det er kommunens afgørelse, hvorvidt barnet skal visiteres til denne behandling.

4 Henvisning af barnet eller den unge til behandling

Kommunen modtager et afsluttende notat fra børnehuset, som indeholder en vurdering og beskrivelse af barnets eller den unges behov for særlig støtte i relation til overgrebs betydning for barnet eller den unge.

Den nødvendige støtte til barnet eller den unge gives efter bestemmelserne i lov om social service. Det er barnets eller den unges handlekommune, der har kompetence til at træffe afgørelse om foranstaltninger på baggrund af de undersøgelser af barnets eller den unges forhold, der er foretaget i børnehuset i forbindelse med den børnefaglige undersøgelse, herunder børnehusets udredning. Kommunen bevarer således myndighedsforholdet under hele forløbet i børnehuset.

5a Visitation til behandling inden for kommunens eksisterende tilbud

I de tilfælde, hvor kommunen, jf. § 52 i lov om social service, foranstalter behandling til barnet eller den unge, kan kommunen iværksætte behandling inden for kommunens eksisterende tilbudsvifte.

De indsatser, der iværksættes inden for kommunens eksisterende tilbud, er typisk i regi af kommunernes familiehus, hvor behandlingen forestås af familiebehandlere med en form for efteruddannelse eller specialisering eller i form af samtaleterapi hos eksterne psykologer specialiseret i seksuelle overgreb.

5b Visitation til TF-CBT i børnehuset

I de tilfælde, hvor kommunen, jf. § 52 i lov om social service, foranstalter længerevarende behandling til barnet, kan kommunen tilkøbe relaterede ydelser i børnehuset. Ydelserne kan eksempelvis være et TF-CBT-forløb. Betalingen for ydelsen sker ved særskilt afregning mellem børnehusenes driftskommuner samt køber (kommunen). Kommunen betaler de faktiske omkostninger forbundet med ydelsen.

Når barnet er vurderet i målgruppen for TF-CBT, kommunen har bevilget et forløb og børnehuset visiterer barnet eller den unge til TF-CBT, kan behandlingsforløbet igangsættes.

10 Dokumentation i TF-CBT-forløbene

Selvom TF-CBT er en veldokumenteret behandlingsmodel, er den ikke tidligere afprøvet og dokumenteret i stor skala i Danmark. Der er gennemført et modningsprojekt med Børnehus Syd, som ligger til grund for udbredelsen af behandlingstilbuddet. Behandlingsmodellen er tilpasset den danske kontekst og organiseringen i de danske børnehuse. For at kunne få et godt billede af TF-CBT i en dansk kontekst, gennemføres der en evaluering af TF-CBT i Danmark. Evalueringen består af to dele, som beskrives nedenfor. VIVE har udarbejdet en understøttende hjemmeside, som du kan finde her:

[Dataindsamling til evalueringen af TF-CBT - vive.dk](http://vive.dk)

Implementeringsevaluering

For at kunne få et godt billede af, hvordan TF-CBT implementeres i de danske børnehuse, undersøges det, hvordan indholdet i TF-CBT-behandlingen bliver leveret, fx i forhold til antal sessioner, rækkefølgen af komponenterne, fordeling af de 3 faser, varighed af sessioner eller brug af hjemmearbejde mellem sessionerne.

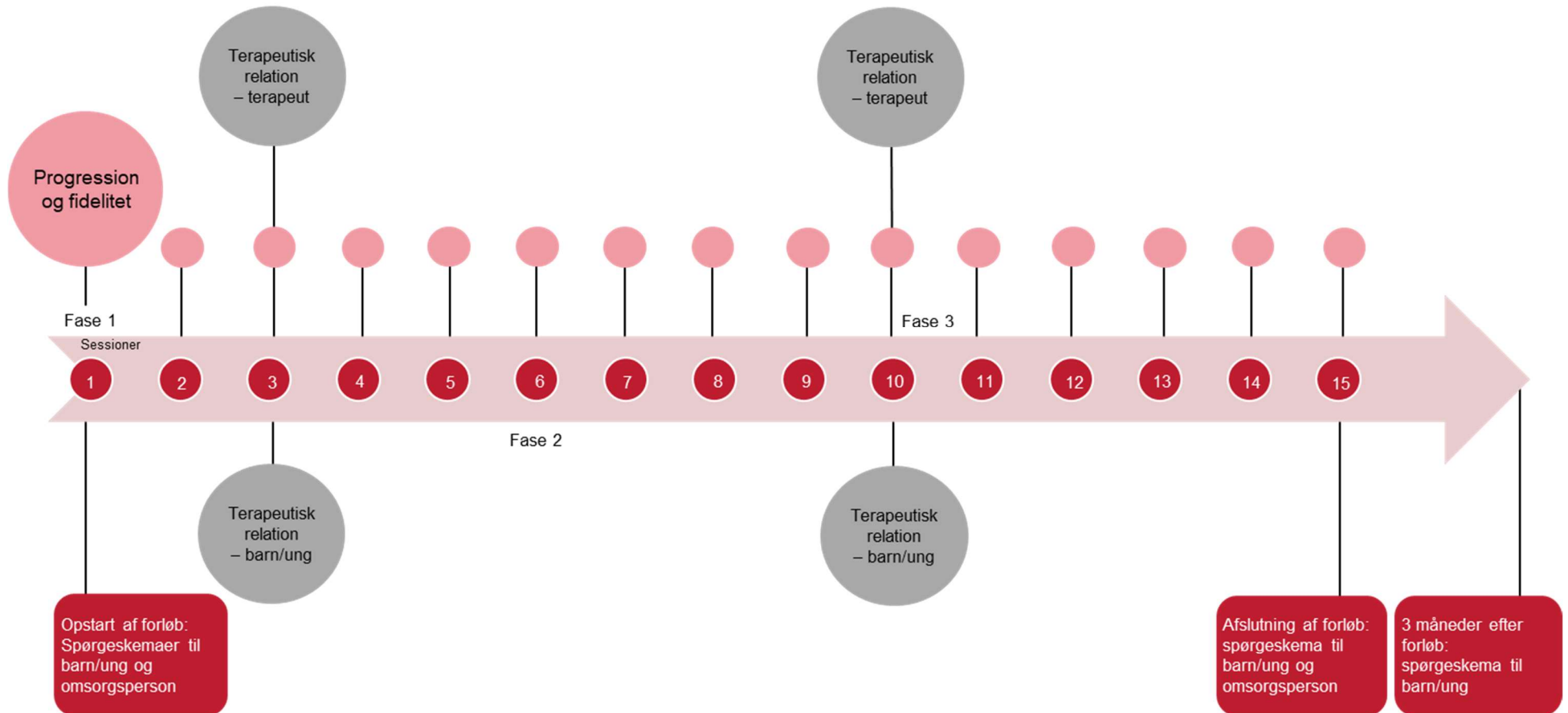
Virkningsevaluering

For at belyse virkningen af TF-CBT undersøges det, om TF-CBT fører til en reduktion af PTSD-symptomer, depressionssymptomer, angstsymptomer og generelle psykiske vanskeligheder hos de børn og unge, som modtager behandlingen. Tilsvarende undersøger vi, om der sker forbedringer i forhold til børnene og de unges funktion i skolen og i deres samvær med venner. Generelt kan det virke motiverende for udfyldelsen af skemaerne til børnene eller de unge, at vi ønsker deres stemme og at de kan gøre en forskel for andre børn og unge, som er i samme eller lignende situation.

Figuren på næste side giver et overblik over den dataindsamling og dokumentation, der skal ske i det enkelte TF-CBT-forløb.

TF-CBT behandlingsforløb og evalueringen

TF-CBT terapeut



Barn/ung og omsorgsperson

Ved opstart af behandlingsforløb – barn/ung og omsorgsperson udfylder

Opstart af forløb:
Barn/ung og omsorgsperson
skal udfylde spørgeskemaer

I forbindelse med opstarten af et behandlingsforløb skal både barnet eller den unge og omsorgspersonen udfylde en række spørgeskemaer. Spørgeskemaet til at vurdere PTSD-symptomer (CATS2), der blev anvendt under udredningsforløbet, skal udfyldes igen, hvis det er mere end 1 måned siden, det sidst blev udfyldt. Dette er som oftest tilfældet.

Nedenfor er der en oversigt over de måleredskaber, som barnet og omsorgspersonen skal udfylde ved opstart og afslutning af forløbet. Måleredskaberne bliver beskrevet nærmere i kapitel 12.

Boks 10.1 Spørgeskemaer ved opstart af TF-CBT-forløb:

Barn/ung:

- CATS2 (hvis der er gået mere end en måned efter udredningen)
- MFQ
- CPTCI

Omsorgsperson:

- CATS2
- KIDSCREEN
- SDQ (skal udfyldes selvom den også er brugt i udredningen)

Spørgeskemaerne findes i et samlet printvenligt format på hjemmesiden. Der findes et skema til:

- Børnene/de unge
- Omsorgspersonen

Spørgeskemaerne printes ud og gives til barnet/den unge og omsorgspersonen til udfyldelse. Her skal du også sørge for, at udlevere oplysningsskrivelsen om dataindsamlingen, som er udarbejdet af Social- og Boligstyrelsen. Oplysningsskrivelsen finder du på hjemmesiden sammen med spørgeskemaerne.

Børnene udfylder spørgeskemaet under den første session. Hvis terapeuten vurderer, at det er forsvarligt, kan de unge udfylde spørgeskemaet på egen hånd, når de sidder og venter på omsorgspersonen. Det er en god idé, at markere på skemaet forside, hvilket skema der udfyldes, da skemaet til barnet eller den unge er ens for opstart, afslutning og opfølgning.


For de yngre børn er det vigtigt at være opmærksom på, om de forstår spørgsmålene. Spørgeskemaet kan for de yngre børn med fordel gennemføres som interview med terapeuten, i stedet for at barnet selv læser og udfylder skemaet.

Omsorgspersonerne kan udfylde spørgeskemaet, mens de venter under barnets/den unges session.

Når et spørgeskema er blevet udfyldt på papir, skal du tjekke, at alt er udfyldt korrekt og derefter indtaste svarene i survey-systemet Defgo. Linket til den elektroniske udgave af spørgeskemaet finder du på hjemmesiden. Der er et link til spørgeskemaet til børnene/de unge og et til omsorgspersonens besvarelse.

OBS: De udfyldte skemaer skal opbevares sikkert i et aflåst skab.

Under behandlingsforløbet – terapeut udfylder



Progressions-
og fidelitets-
skema

Efter hver session

Som terapeut skal du udfylde et relativt detaljeret skema om, hvad der er foregået i de enkelte sessioner. Skemaet er et hjælpemiddel til at opretholde fremdrift og fidelitet i behandlingen. Skemaet er opsat i Excel og anvendes i dette projekt både til at dokumentere indholdet i de enkelte sessioner i de enkelte forløb og i forbindelse med supervisionen i certificeringsperioden.

Skemaet er udviklet i Norge og oversat til dansk. Som terapeut skal du udfylde skemaet som opfølgning på hver afholdte eller planlagte session i et TF-CBT-behandlingsforløb.

Registreringen bidrager med informationer om indholdsintegriteten i de enkelte forløb, herunder:

- varigheden af det samlede forløb
- varigheden af de enkelte moduler i forløbet
- indholdet i de enkelte sessioner
- viden om antallet af aflyste sessioner.

Hver terapeut har sin egen Excel-fil med skemaet. For hvert barn eller ung, der starter i forløb, laves en kopi af skemaet i en ny fane med barnets navn. På den måde har du en separat fane for hvert barn, du har i TF-CBT-forløb. Skemaerne skal efter anmodning sendes til VIVE cirka hver 2.-3. måned.



Ved session 3 og 10

I det norske studie af TF-CBT fandt man, at relationen mellem barn og terapeut er vigtig for at opnå gode resultater med TF-CBT.

Vi anvender derfor Therapeutic Alliance Scale for Children-revised (TASC), som også anvendes i Norge. TASC består af 12 items.

Spørgeskemaet til at måle den terapeutiske relation skal udfyldes både af barnet/den unge og af terapeuten. Spørgeskemaet findes i printvenligt format både til barnet/den unge og terapeuten på hjemmesiden. Spørgeskemaet udfyldes af barn og terapeut ved session 3-4 og 10-11. Ved børn eller unge med læsevanskeligheder kan det være en fordel at få en kollega til at gennemføre spørgeskemaet med barnet eller den unge.

Når et spørgeskema er blevet udfyldt på papir, skal du tjekke, at alt er udfyldt korrekt og derefter indtaste svarene i survey-systemet Defgo. Linket til den elektroniske udgave af spørgeskemaet finder du på hjemmesiden. Der er et link til spørgeskemaet til børnene/de unge og et til din egen besvarelse. For din egen besvarelse må du godt taste svarene direkte ind i surveysystemet.

Ved afslutning af behandlingsforløb – barn/ung og omsorgsperson udfylder

Afslutning af forløb:
Barn/ung og omsorgsperson
skal udfylde spørgeskemaer

I forbindelse med afslutningen af et behandlingsforløb skal både barnet/den unge og omsorgspersonen igen udfylde en række spørgeskemaer. Spørgeskemaerne er de samme, som de udfyldte ved opstarten af TF-CBT-forløbet. Der suppleres dog med enkelte ekstra spørgsmål til omsorgspersonen omkring deres oplevelse af forløbet.

Spørgeskemaerne findes i printvenligt format på hjemmesiden. Der findes et skema til:

- børnene/de unge
- omsorgspersonen

Spørgeskemaerne printes ud og gives til barnet/den unge og omsorgspersonen til udfyldelse. Spørgsmål til omsorgspersonen om forløbet bliver sendt direkte til dem på SMS eller e-mail.

Børnene udfylder spørgeskemaet under den sidste session. Hvis terapeuten vurderer, at det er forsvarligt, kan de unge udfylde spørgeskemaet på egen hånd, når de sidder og venter på omsorgspersonen.

For de yngre børn er det igen vigtigt at være opmærksom på, om de forstår spørgsmålene. Spørgeskemaet kan især for de yngre børn gennemføres som interview med terapeuten, i stedet for at barnet selv læser og udfylder skemaet.

Omsorgspersonerne kan udfylde spørgeskemaet, mens de venter under barnets session.

Når et spørgeskema er blevet udfyldt på papir, skal du tjekke, at alt er udfyldt korrekt og derefter indtaste svarene i survey-systemet Defgo. Linket til den elektroniske udgave af spørgeskemaet finder du på hjemmesiden. Der er et link til spørgeskemaet til børnene/de unge og et til omsorgspersonens besvarelse.

OBS: De udfyldte skemaer skal opbevares sikkert i et aflåst skab.

Opfølgning på behandlingsforløb – barn/ung og omsorgsperson udfylder som interview med terapeut

3 måneder efter forløb:
Barn/ung skal udfylde spørgeskemaer

Tre måneder efter behandlingsforløbet er afsluttet skal barnet/den unge igen udfylde spørgeskemaerne. Opfølgningen fungerer godt som samtale, men det er ikke et krav. Du kan som terapeut også ringe barnet eller den unge op og gennemføre besvarelsen via interview.

Det er en god idé, at du ved afslutningen af behandlingsforløbet forbereder barnet/den unge og den nærmeste omsorgsperson på, at du vil ringe dem op 3 måneder efter for at følge op på, hvordan det går. I den forbindelse kan du også aftale, hvilket nummer du kan ringe dem op på, og hvilket tidspunkt på dagen der passer dem bedst.

Svarene kan du indtaste direkte i survey-systemet Defgo under interviewet. Linket til den elektroniske udgave af spørgeskemaet finder du på hjemmesiden.

Øvrig dataindsamling

I projektperioden gennemfører VIVE også dataindsamlinger, som ikke relaterer sig til de enkelte behandlingsforløb.

Interview med børnene, de unge og omsorgsperson

Før- og efter-målingerne af børnene og de unge suppleres med kvalitative interview med udvalgte børn, unge og nærmeste omsorgspersoner. Interviewene bidrager med konkrete oplevelser og erfaringer med at modtage et TF-CBT-behandlingsforløb, samt hvorvidt TF-CBT-behandlingen lever op til målgruppens forventninger til mål og resultater. Der gennemføres interview 2 gange i projektperioden, første gang i slutningen af 2. kvartal 2021 og anden gang i 2. kvartal 2022.

Børnene og de unge udvælges, så vi så vidt muligt sikrer en fordeling på køn, alder og symptomer. Dette gøres på baggrund af en dialog med jer som terapeuter i børnehuset. I interviewsituationen er VIVE særligt opmærksom på at skabe et trygt miljø for børnene, og interviewene gennemføres af en forsker med specifik erfaring i at gennemføre interview med børn, der har været udsat for traumer.

Besøgsdag og opfølgende strukturerede drøftelser om implementering

I februar/marts måned 2024 besøger VIVE hvert af børnehusene. Her observeres de fysiske rammer og der gennemføres interviews om implementeringen med udvalgte ledere, terapeuterne og medarbejdere.

I oktober 2024 og april 2025 gennemfører VIVE strukturerede drøftelser online med jer som TF-CBT-terapeuter og repræsentanter fra jeres ledelsen i hvert af børnehusene. Formålet med de strukturerede drøftelser er med udgangspunkt i forandringsteorien at identificere barrierer og understøttende forhold i implementeringen af TF-CBT i jeres børnehuset. Hensigten er således at belyse alle de forhold, der påvirker implementeringen enten i en positiv eller en negativ retning. I 2024 anvendes de strukturerede drøftelser til at understøtte jeres implementering af TF-CBT, mens den strukturerede drøftelse i 2025 anvendes til en bredere opsamling af implementeringserfaringerne til brug i den afsluttende evaluering.

11 Tidsforbrug på TF-CBT forløb og dokumentation

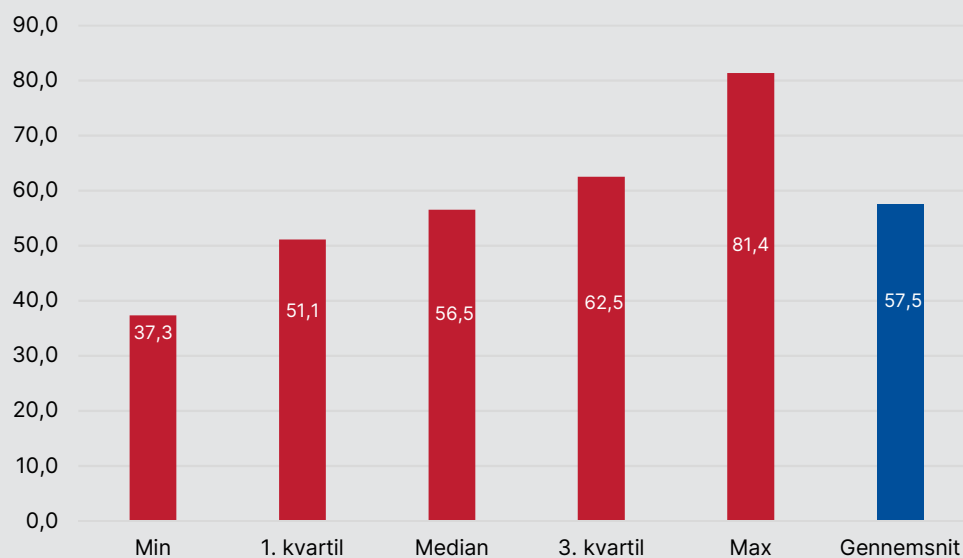
I forbindelse med modningsprojektet har VIVE indsamlet opgørelser over terapeuternes tidsforbrug på forløbsniveau. Det vil sige at alle terapeuterne i Børnehus Syd i forbindelse med modningen har registreret den tid de har brugt på de enkelte behandlingsforløb, tid de har brugt på supervision og tid de har brugt på evalueringen i form af indsamling og indtastning af spørgeskemaer (ved opstart, afslutning og opfølgning) samt deltagelse i interviews om implementering.

VIVEs opgørelser over de indsamlede tidsregistreringsskemaer for de færdigbehandlede TF-CBT-forløb viser, at der gennemsnitligt anvendes 57,5 timer pr. forløb, jf. Figur 11.1, på de aktiviteter, der er direkte relateret til behandlingsforløbet.

Tidsforbruget på de 57,5 timer dækker over tid forbrugt på:

- Visitationssamtale om hvorvidt sagen lever op til inklusionskriterierne til TF-CBT, og om barnet/den unge er i målgruppen for behandlingen
- Evt. indledende netværksmøde med kommunen og evt. familien (ved behov)
- Selve behandlingsforløbet – i udgangspunktet 15 sessioner af 2 gange 45 minutter
- Forberedelse og journalisering i det enkelte forløb
- Supervision
- Evt. statusmøde og statusbeskrivelse med/til barnets eller den unges hjemkommune, ved efterspørgsel fra kommunen
- Evt. afsluttende møde med barnets/den unges hjemkommune med henblik på at få indsigt i status omkring barnet/den unge og fx vejlede kommunen i, hvad barnet/den unge har af behov fremadrettet
- Koordinering i tilfælde af, at der skal flyttes rundt på møder
- Administration

Figur 11.1 Tidsforbrug i timer pr. TF-CBT-sag ekskl. evalueringsarbejde og supervision med Socialstyrelsen



Anm.: n=21

Kilde: Tidsregistreringsskemaer fra terapeuter i Børnehus Syd samt egne beregninger.

Det gennemsnitlige tidsforbrug på 57,5 dækker over en vis variation i antallet timer på tværs af de gennemførte behandlingsforløb. På det korteste behandlingsforløb er der anvendt 37,3 timer i alt, mens der på det mest omfattende forløb er anvendt 81,4 timer, jf. Figur 11.1. I den forbindelse skal det bemærkes, at en forklarende årsag til, at der kun er anvendt knap 40 timer på det korteste behandlingsforløb, er, at barnets/den unges nærmeste omsorgsperson kun i meget begrænset omfang var aktivt deltagende i behandlingen, hvorfor terapeuten kun i begrænset omfang har anvendt tid på sessioner med omsorgspersonen.

En eksplicit opgørelse af tid terapeuterne i Børnehus Syd har anvendt på evalueringsaktiviteter i forbindelse med modningsprojektet viser, at terapeuterne i gennemsnit har anvendt **4 timer pr. forløb på at udfylde og indtaste spørgeskemaer, deltage i interviews med VIVE** eller deltage i øvrige evalueringsaktiviteter afholdt af VIVE.

I gennemsnit har terapeuterne i forbindelse med modningsprojektet således anvendt **61,5 timer pr. behandlingsforløb** på selve behandlingsforløbet, opgaver relateret til behandlingsforløbet samt opgaver forbundet med evalueringen.

12 Beskrivelse af spørgeskemaer

I dette kapitel beskriver vi de forskellige spørgeskemaer, der indgår i dataindsamlingen.

12.1 CATS2 – måler PTSD symptomer

Child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS2) bruges til at vurdere PTSD symptomer (Sachser et al., 2022). CATS2 består af tre dele: 16 spørgsmål om traumatiske hændelser, som man kan opleve (som vi ikke anvender i evalueringen, men som I kan vælge at benytte i screeningen), 20 spørgsmål om PTSD symptomer og 5 spørgsmål om hvordan symptomerne påvirker barnet eller den unge. CATS2 kan anvendes til børn fra 7-17 år. Der findes desuden versioner til forældre/omsorgspersoner til børn i alderen 3-6 (CATS) og 7-17 år (CATS2).

I Norge har de gode erfaringer med at anvende CATS2 til børn på 6 år også. For børn i alderen 6-8 år bør det overvejes om besvarelsen skal gennemføres som interview.

CATS2 er udviklet så den modsvarer diagnosekriterierne for PTSD og kompleks PTSD i DSM 5 og ICD 11.

Der er følgende svarkategorier: aldrig, nogle gange, ofte eller næsten hele tiden.

CATS2 anvendes til at vurdere, om barnet er i målgruppen for TF-CBT

Scoringsinstruktion:

Når barnet eller den unge har besvaret CATS2, skal hvert spørgsmål scores med følgende værdi:

SVAR	SCORE
Aldrig	0
Nogle gange	1
Ofte	2
Næsten hele tiden	3

CATS2 kan scores på forskellige måder. Vi følger den måde, den anvendes i Norge, hvor målgruppen er de børn og unge, der vurderes at være i enten forhøjet stress eller høj traumerelateret stress i forhold til ICD-11 kriterier.

Inklusionskriterie for børn og unge 6-17 år:

Summen af items 2, 3, 6, 7, 17 og 18, afgør om barnet eller den unge er i målgruppen for TF-CBT. De seks spørgsmål er følgende:

- 2. Haft onde drømme som minder mig om det, som skete.
- 3. Haft billeder i mit hoved af det, som skete, så det føles som om, det sker igen akkurat nu.
- 6. Jeg prøver ikke at tænke på det, som skete. Eller føle noget.
- 7. Jeg holder mig fra alt, der minder mig om det, som skete (personer, steder, ting, situationer eller at tale om det).
- 17. Været mere forsigtig end jeg plejer (jeg tjekker hvem, der er omkring mig).
- 18. Været forskrækket, når der sker noget uventet.

Hvis summen af de seks items er 7 eller højere (det vil sige i enten forhøjet stress eller høj traumerelateret stress), så er barnet eller den unge i målgruppen for TF-CBT og inkluderes i projektet.

Versionen til omsorgspersonen scores på samme måde.

CATS2 er aktuelt ved at blive oversat til dansk af medarbejdere ved Videnscenter for Psykotraumatologi på Syddansk Universitet. En dansk version af CATS2 vil være klar til 15. november 2023.

12.2 MFQ – måler depression

Den korte version af Moods and Feelings Questionnaire (MFQ) bruges til at vurdere depressionssymptomer. Den består af 13 items og kan anvendes til børn fra 6-17 år (Eg et al., 2018; Sharp et al., 2006).

MFQ blev fx anvendt i det norske RCT-studie af TF-CBT. Der er følgende 3 svar-kategorier: Passer ikke, Passer nogle gange og Passer.

12.3 CPTCI – måler negative tanker

Child Post-Traumatic Cognitions Inventory (CPTCI) måler dysfunktionelle traume-relaterede tanker hos børn fra 6-17 år. Vi anvender her den korte version med 10 items.

CPTCI består af to subskalaer: Fragile Person in a Scary World og Permanent and Disturbing Change (McKinnon et al., 2016). Der er følgende 4 svar kategorier: Slet ikke enig, Lidt uenig, Lidt enig og Meget enig.

12.4 KIDSCREEN – måler generel trivsel

Omsorgspersonen udfylder 27-item-versionen af KIDSCREEN, der vurderer barnets generelle trivsel. Vi anvender dette spørgeskema både for at kunne beskrive, hvordan børnenes generelle trivsel er påvirket af traumesymptomerne, og for at kunne se, om der sker en ændring over tid i forhold til barnets generelle trivsel, mentale trivsel samt trivsel i forhold til familie, venner og skole, der alle er væsentlige områder af et barns liv.

I 27-item-versionen er der følgende 5 domæner (Ravens-Sieberer et al., 2010):

1. Fysiske aktiviteter og sundhed
2. Generelt humør og dine følelser
3. Familie og fritid
4. Dine venner
5. Skole og læring.

Der er følgende 5 svarkategorier, der varierer lidt alt efter spørgsmålets ordlyd – Aldrig, Sjældent, Ret tit, Meget tit og Altid.

KIDSCREEN har både en version til barnet selv og til forældrene. For at holde antallet af spørgsmål til barnet selv på et rimeligt niveau, er det omsorgspersonen, der deltager i TF-CBT-forløbet, som skal udfylde KIDSCREEN. Da omsorgspersonen ofte vil være tæt på barnet, vurderer vi, at omsorgspersonens kendskab til barnets trivsel vil være værdifuld viden.

Der findes en manual til KIDSCREEN, og der kan findes yderligere informationer på Questionnaires - kidscreen.org.

12.5 SDQ – måler adfærdsproblemer

Til at supplere KIDSCREEN skal omsorgspersonen udfylde Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Arnfred et al., 2019; Niclasen et al., 2012). SDQ er et meget brugt spørgeskema, især til at vurdere adfærdsproblemer hos børn og unge.

Da adfærdsproblemer er relativt udbredt blandt målgruppen, er det relevant at undersøge, både hvordan det ser ud ved opstart, og hvordan udviklingen ser ud over tid.

SDQ kan bruges til forældre til børn i alderen 2-17 år. Den består af 25 spørgsmål og belyser 5 dimensioner: emotionelle, adfærds-, hyperaktivitets- og kammeratskabsproblemer samt en skala for prosocial adfærd.

Der er følgende 3 svarkategorier: Passer ikke, Passer delvist og Passer godt. Der er desuden 7 spørgsmål om funktionsevne, der har 4 svarmuligheder (Slet ikke, Kun lidt, Ret meget, Virkelig meget).

Der findes flere oplysninger om SDQ på <https://www.sdqinfo.org>.

12.6 TASC – måler relation imellem barn og terapeut

I det norske studie fandt man, at relationen imellem barn og terapeut er vigtig for at opnå gode resultater med TF-CBT – særligt barnets opfattelse af relationen (Ormhaug et al., 2014; Ovenstad et al., 2020). Vi anvender derfor Therapeutic Alliance Scale for Children-revised (TASC), som også anvendes i Norge.

TASC består af 12 items med følgende 4 svarkategorier: Slet ikke, Lidt, Noget og Ofte. Både barnet og terapeuten skal udfylde TASC.

13 Øvrige materialer

Materialer til evalueringen

VIVE udarbejder en hjemmeside specifikt til jer terapeuter. På hjemmesiden forefindes:

- Spørgeskemaerne i print-venlige versioner
- Links til de elektroniske spørgeskemaer
- Relevant information om de enkelte måleredskaber
- Oplysningskrivelse om dataindsamlingen

Manual

På nuværende tidspunkt er der en engelsk (Cohen et al., 2017b) og en norsk (Deblinger et al., 2018) manual til rådighed. Manualerne beskriver TF-CBT i detaljer. De indeholder desuden nogle arbejdsark sidst i bogen, der kan anvendes i behandlingen. Udviklerne af TF-CBT har desuden udgivet en amerikansk bog om, hvordan TF-CBT fx kan anvendes i skoler, når barnet er anbragt uden for hjemmet, for børn med udviklingsforstyrrelser eller unge med komplekse traumer (Cohen et al., 2017a).

TF-CBT hjemmeside

Når man har bestået det online træningsmodul på <https://tfcbt2.musc.edu/>, får man adgang til yderligere materiale på TF-CBT-hjemmesiden.

Øvebog til barnet/den unge

Der er udarbejdet en arbejdsbog, som bruges af barnet igennem hele forløbet. Den indeholder lettilgængeligt materiale til de forskellige dele af behandlingsfor-

løbet, der kan inddrages fleksibelt efter behov. Den danske version af arbejdsbogen er en oversættelse af den svenske version, som er udarbejdet af organisationen Barnafrid (og også er oversat til engelsk og norsk). Barnafrid er et nationalt kundskabscenter, der ligger på Linköpings Universitet og har til formål at udvikle og udbrede viden om vold og andre overgreb mod børn (<https://liu.se/organisation/liu/bkv/barnaf>).

Vær desuden opmærksom på, at der kan være relevant materiale til konkrete aktiviteter i bogen *'Kognitiv adfærdsterapi med børn, unge og familier'* (Sørensen et al., 2018).

Der findes også en norsk hjemmeside til deres videnscenter for traumatisk stress: <https://www.nkvts.no/english/>.

Øvebog til omsorgspersonen

Der er udarbejdet en arbejdsbog/øvebog til omsorgspersonen, der er involveret i barnets behandlingsforløb. Formålet med øvebogen er at støtte behandlingen og fremme muligheden for at barnet kan få så effektiv og virksom en støtte fra barnets egen omsorgsperson.

Øvebogen indeholder øvelser, som behandleren udvælger på baggrund af en vurdering af behovet. Den danske version af øvebogen er en oversættelse af den svenske version, som er udarbejdet af organisationen Barnafrid (og også er oversat til engelsk og norsk). Barnafrid er et nationalt kundskabscenter, der ligger på Linköpings Universitet og har til formål at udvikle og udbrede viden om vold og andre overgreb mod børn (<https://liu.se/organisation/liu/bkv/barnaf>).

Videofilm

Det anbefales at inddrage små videoer, fx i forhold til psykoedukation.

I projektperioden indsamles der løbende links mv. til videoer, som viser sig anvendelige i den danske TF-CBT-behandling, og manualen udbygges derfor løbende.

Toolbox

Den svenske organisation Barnafriid arbejder på at udvikle en toolbox, der indeholder materiale, som kan hjælpe TF-CBT-terapeuten i forhold til behandlingsforløbene. Dette omfatter materialer til brug i de enkelte sessioner og anbefalinger om, hvordan udredning/screening og løbende udvikling måles. Det forventes, at toolbox går online den 1. april 2021, hvorefter det skal afklares, om noget af materialet kan oversættes til dansk, samt hvem der kan gøre det.

Referencer

- Aas, E., Iversen, T., Holt, T., Ormhaug, S. M., & Jensen, T. K. (2019). Cost-Effectiveness Analysis of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy: A Randomized Control Trial among Norwegian Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 48*(sup1), S298–S311. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1463535>
- Arnfred, J., Svendsen, K., Rask, C., Jeppesen, P., Fensbo, L., Houmann, T., Obel, C., Niclasen, J., & Bilenberg, N. (2019). Danish norms for the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Dan Med J, 66*.
- Bastien, R. J. B., Jongsma, H. E., Kabadayi, M., & Billings, J. (2020). The effectiveness of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children, adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 50*(10), 1598–1612. <https://doi.org/10.1017/S0033291720002007>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2017a). *Trauma-Focused CBT for Children and Adolescents. Treatment Applications* (J. A. Cohen, A. P. Mannarino, & E. Deblinger (eds.); Paperback). Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2017b). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*. Guilford.
- Deblinger, E., Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2018). *Behandling av traumer og traumatisk sorg hos barn og ungdom*. Universitetsforlaget.
- Eg, J., Bilenberg, N., Costello, E. J., & Wesselhoeft, R. (2018). Self- and parent-reported depressive symptoms rated by the mood and feelings questionnaire. *Psychiatry Research, 268*(May), 419–425. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.07.016>
- Haselgruber, A., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2020). Validation of ICD-11 PTSD and complex PTSD in foster children using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 141*(1), 60–73. <https://doi.org/10.1111/acps.13100>
- Hoppen, T. H., & Morina, N. (2020). Is high-quality of trials associated with lower treatment efficacy? A meta-analysis on the association between study quality and effect sizes of psychological interventions for pediatric PTSD. *Clinical Psychology Review, 78*(February), 101855. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101855>
- ISTSS International Society for Traumatic Stress Studies. (2018). *Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment Guidelines. Methodology and Recommendations*. http://www.istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_PreventionTreatmentGuidelines_FNL.pdf.aspx
- Iversen, K., Hansen, H., Henze-Pedersen, S., Jensen, J. K., Andreasen, A. G., & Pontoppidan, M. (2023). Behandling til børn og unge udsat for seksuelle overgreb. Slutevaluering af traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi.
- Jensen, T. K., Holt, T., & Ormhaug, S. M. (2017). A Follow-Up Study from a Multisite, Randomized Controlled Trial for Traumatized Children Receiving TF-CBT. *Journal of Abnormal Child Psychology, 45*(8), 1587–

1597. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0270-0>

- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., Hukkelberg, S. S., Indregard, T., Stormyren, S. D., & Wentzel-Larsen, T. (2014). A Randomized Effectiveness Study Comparing Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy With Therapy as Usual for Youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 43*(3), 356–369. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.822307>
- Kazlauskas, E., Zelviene, P., Daniunaite, I., Hyland, P., Kvedaraite, M., Shevlin, M., & Cloitre, M. (2020). The structure of ICD-11 PTSD and Complex PTSD in adolescents exposed to potentially traumatic experiences. *Journal of Affective Disorders, 265*(January), 169–174. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.061>
- Leenarts, L. E. W., Diehle, J., Doreleijers, T. A. H., Jansma, E. P., & Lindauer, R. J. L. (2013). Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: A systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry, 22*(5), 269–283. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0367-5>
- Lewey, J. H., Smith, C. L., Burcham, B., Saunders, N. L., Elfallal, D., & O'Toole, S. K. (2018). Comparing the Effectiveness of EMDR and TF-CBT for Children and Adolescents: a Meta-Analysis. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 11*(4), 457–472. <https://doi.org/10.1007/s40653-018-0212-1>
- Mavranouzouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Stockton, S., Meiser-Stedman, R., Trickey, D., & Pilling, S. (2020). Research Review: Psychological and psychosocial treatments for children and young people with post-traumatic stress disorder: a network meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 61*(1), 18–29. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13094>
- Mavranouzouli, I., Megnin-Viggars, O., Trickey, D., Meiser-Stedman, R., Daly, C., Dias, S., Stockton, S., & Pilling, S. (2020). Cost-effectiveness of psychological interventions for children and young people with post-traumatic stress disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 61*(6), 699–710. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13142>
- McKinnon, A., Smith, P., Bryant, R., Salmon, K., Yule, W., Dalgleish, T., Dixon, C., Nixon, R. D. V., & Meiser-Stedman, R. (2016). An Update on the Clinical Utility of the Children's Post-Traumatic Cognitions Inventory. *Journal of Traumatic Stress, 29*(3), 253–258. <https://doi.org/10.1002/jts.22096>
- NICE National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic Stress Disorder*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- Niclasen, J., Teasdale, T. W., Andersen, A. M. N., Skovgaard, A. M., Elberling, H., & Obel, C. (2012). Psychometric properties of the Danish strength and difficulties questionnaire: The SDQ assessed for more than 70,000 raters in four different cohorts. *PLoS ONE, 7*(2), 1–9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0032025>
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Wentzel-Larsen, T., & Shirk, S. R. (2014). The therapeutic alliance in treatment of traumatized youths: Relation to outcome in a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(1), 52–64. <https://doi.org/10.1037/a0033884>
- Ovenstad, K. S., Ormhaug, S. M., Shirk, S. R., & Jensen, T. K. (2020). Therapists' behaviors and youths' therapeutic alliance during trauma-

- focused cognitive behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(4), 350–361. <https://doi.org/10.1037/ccp0000465>
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Rajmil, L., Herdman, M., Auquier, P., Bruil, J., Power, M., Duer, W., Abel, T., Czemy, L., Mazur, J., Czimbalmos, A., Tountas, Y., Hagquist, C., & Kilroe, J. (2010). Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: A short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 19(10), 1487–1500. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9706-5>
- Sachser, C., Berliner, L., Risch, E., Rosner, R., Birkeland, M. S., Eilers, R., Hafstad, G. S., Pfeiffer, E., Plener, P. L., & Jensen, T. K. (2022). The child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2)–validation of an instrument to measure DSM-5 and ICD-11 PTSD and complex PTSD in children and adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2). <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2105580>
- Schandorph Løkkegaard, 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), 1–10. <https://doi.org/10.1002/mpr.1514>
- Sharp, C., Goodyer, I. M., & Croudace, T. J. (2006). The Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ): A unidimensional item response theory and categorical data factor analysis of self-report ratings from a community sample of 7-through 11-year-old children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(3), 379–391. <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9027-x>
- Sørensen, M. J., Thomsen, P. H., Jonsson, H., Rask, C. U., Schlander, C., Jørgensen, L., Kjerholt, C. M., Arendt, K. B., Lauridsen, A. W., Pontoppidan, M., Vernal, D. L., Stewart-Ferrer, C. A., Kallesøe, K. H., Carøe, E., Elmoose, M., Lange, A.-M., & Nissen, J. B. (2018). *Kognitiv adfærdsterapi med børn, unge og familier* (L. Jørgensen & C. Schlander (eds.)). Hans Reitzel.

VIVÉ