
Effekterna av kognitiv beteendeterapeutisk metod för sexuellt utnyttjade barn

GERALDINE MACDONALD

Risken för skadliga följder av sexuella övergrepp i barndomen har blivit allt bättre dokumenterade. En Cochrane-översikt, som granskar effekten av kognitiv beteendeterapeutiska metoder som ett sätt att hjälpa barn som har utsatts för sexuella övergrepp, har identifierat åtta studier som uppfyller översiktens inklusionskriterier. Av de fem utfall för vilka det var möjligt att kombinera data i en metaanalys, nådde bara två statistisk signifikans efter slutförd behandling. Kognitiv-behavioristisk terapi (KBT) tycktes minska risken för posttraumatiskt stressyndrom och för depression i barndomen. Den färdiga översikten kommer att diskutera resultaten i förhållande till studiernas metodologiska kvalitet och till debatten om när sexuellt utnyttjade barn bör remitteras till terapi.

SEXUELLA ÖVERGREPP PÅ BARN

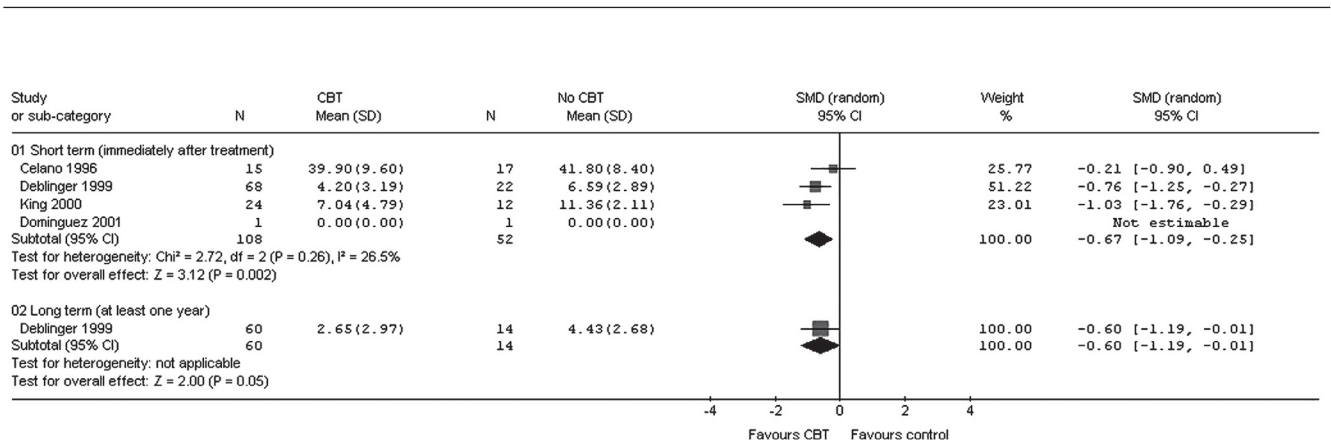
Metodproblem, som även omfattar problem med definitionen, gör att uppskattningar om incidensen och prevalensen av sexuella övergrepp på barn varierar mycket. I motsats till

de flesta andra hälsoproblem avser man med sexuella övergrepp på barn vanligen en händelse eller en serie av händelser, och därför varierar definitionen på sådant utnyttjande. En liknande variation ses i definitionen på andra former av övergrepp, både bland yrkespersoner och bland allmänheten, samt dem emellan. En ofta använd definition är Schecters och Roberges (1): "att utsätta beroende, utvecklingsmässigt omogna barn och unga för sexuella aktiviteter som de inte helt förstår, som de inte kan ge sitt informerade samtycke till och som bryter mot familjerollernas sociala tabu". Kliniker och forskare är allmänt taget eniga om att sexuella övergrepp på barn är ett betydande socialt problem som gäller ett stort antal barn av båda könen i olika kulturer och socialklasser (2, 3).

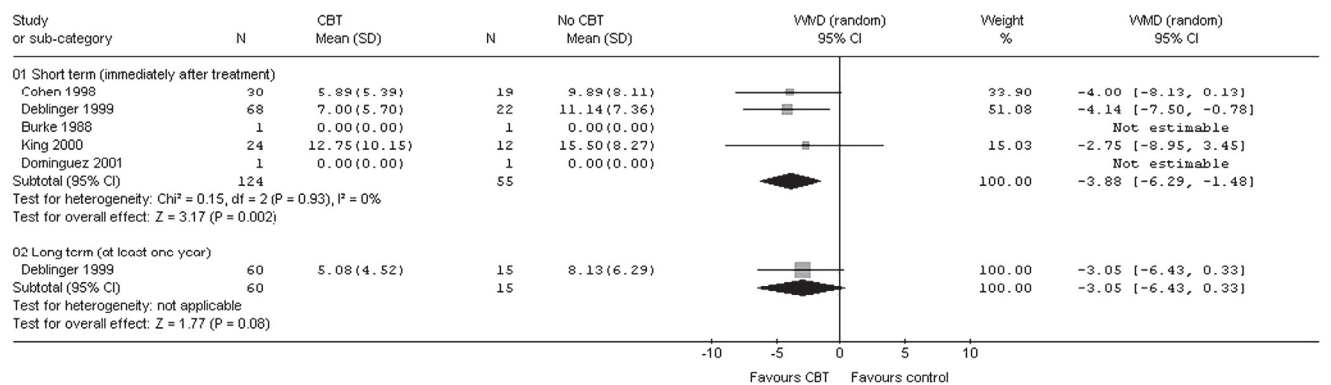
Följderna av sexuella övergrepp för ett barns sociala och emotionella välbefinnande och utveckling har dokumenterats allt bättre, men trots det finns ett behov av metodiskt mera ändamålsenliga och mera pålitliga studier på området (4–6). Två följdverkningar står speciellt i samband med sexuella övergrepp i barndomen: de sexualiserande effekterna av övergreppen och den ökande risken – för en

FÖRFATTAREN

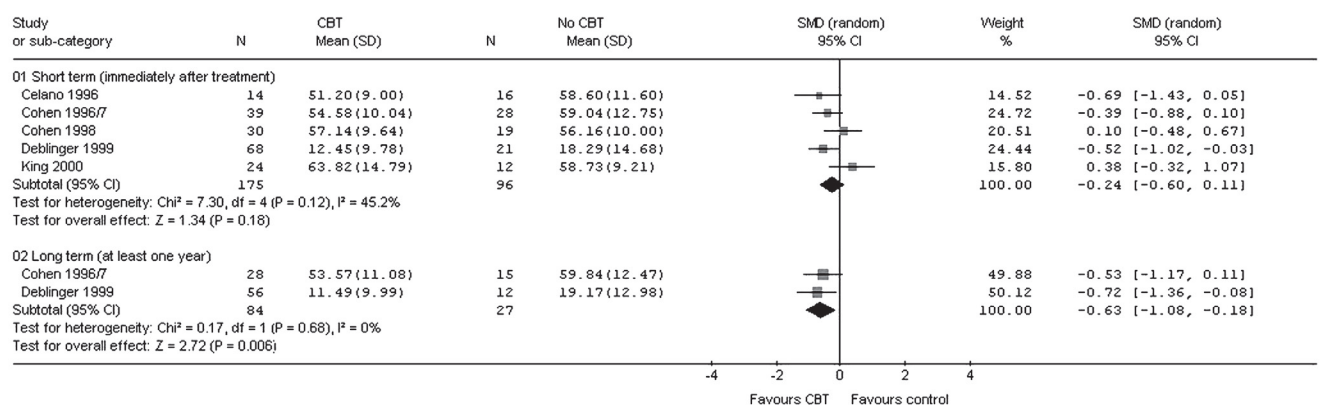
*Geraldine Macdonald är direktör för informations- och kunskapshantering vid Commission for Social Care Inspection, London, England. Hon är också huvudredaktör för Cochrane-nätverkets Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group och Visiting Professor vid University of Bristol. Hon har ett speciellt forskningsintresse i evidensbaserat handläggande av barnmisshandel, och är författare till boken *Effective Interventions in Child Abuse and Neglect: An Evidence-Based Approach to Planning and Evaluating Interventions*.*



Figur 1. Effekten av kognitiv beteendeterapeutiska interventioner på förekomsten av posttraumatiskt stressyndrom hos barn som hade utsatts för sexuella övergrepp



Figur 2. Effekten av kognitiv beteendeterapeutiska interventioner på förekomsten av depression hos barn som hade utsatts för sexuella övergrepp



Figur 3. Effekten av kognitiv beteendeterapeutiska interventioner på förekomsten av externaliserande beteende hos barn som hade utsatts för sexuella övergrepp

del – att senare sexuellt utnyttja andra. Framgångsrika interventioner kan inte bara minska eller förebygga den psykiska och sociala inverkan av övergreppen på ett offer och hans eller hennes familj, utan de kan också påverka effekterna på kommande generationer.

Det finns lovande experimentell evidens för effektiviteten av kognitiv beteendeterapeutiska interventioner när det gäller att hantera ett stort antal emotionella och beteendemässiga problem, av vilka många förekommer som symtom hos barn som har blivit sexuellt utnyttjade, som ångest (7), internaliserande och externaliserande (t.ex. aggressivt eller utagerande) beteende (8, 9) samt posttraumatiskt stressyndrom (10). Kognitiv beteendeterapeutiska interventioner, som baserar sig på inlärningsteorier, utgör en bred, evidensbaserad referensram för att utvärdera effekterna av sexuella övergrepp och för att planera interventioner som är skräddarsydda för individuella omständigheter. En Cochrane-översikt håller som bäst på att sammanställas för att utvärdera effekterna av detta slags interventioner.

ÖVERSIKTENS INKLUSIONSKRITERIER

Översiktens inklusionskriterier var att studien var en randomiserad eller kvasirandomiserad klinisk prövning av effekten av kognitiv beteendeterapi (KBT) för barn och unga upp till 18 års ålder som hade varit utsatta för sexuella övergrepp (definierat som ovan) under de tolv föregående månaderna. Utfall av intresse var: barnets psykiska funktionsförmåga; beteendeproblem; kriminellt beteende som ung eller vuxen samt föräldrarnas expertis, kunskap och tillskrivning av beteenden och problem hos barnet.

BESKRIVNING AV STUDIER SOM INGÅR

En omfattande litteratursökning identifierade åtta randomiserade kontrollerade kliniska prövningar. Två beskrev adekvat maskering av allokering till interventions- eller kontrollgrupp. Studierna är små, och kännetecknas av vanliga metodproblem, t.ex. avbrutet deltagande i studien, underlåtelse att rapportera vem som gjorde utvärderingarna, otillräcklig uppföljning samt avsaknad av analys enligt avsikt att behandla (intentiontotreat-analys).

De kliniska prövningarna som ingår i översikten tillämpade ofta olika skattningsskalor för att mäta liknande utfall. För att beräkna effektstorleken standardiserades därför den

uppmätta behandlingseffekten för varje utfall. I de fall där tillräckliga data var tillgängliga togs de med i en metaanalys, som gjordes med den s.k. random effects-modellen.

KBT FÖREBYGGER PTSD OCH DEPRESSION HOS BARN

Av de fem resultat för vilka det var möjligt att kombinera data i en metaanalys (depression, posttraumatiskt stressyndrom, ångest hos barn, externaliserande beteende och sexualiserat beteende hos barn), nådde bara två resultat statistisk signifikans efter behandlingen. Utgående från utfallet för 160 barn, tycktes KBT inverka positivt på posttraumatiskt stressyndrom (figur 1) efter interventionen; den standardiserade medelskillnaden (SMD) låg på -0,67 (95 procent konfidensintervall -1,09,-0,25) samt på depression i barndomen (figur 2) med en vägd medelskillnad (WMD) på -2,48 (k.i. -4,99-0,021). Depressionen mättes med skattningsskalan Child Depression Inventory.

Av tre studier som rapporterar uppföljningsdata minst ett år efter interventionen, låter två förstå att KBT kan ge förbättringar i barnens externaliserande beteende (11-13). Den tredje kliniska prövningen hade motsägelsefulla resultat. Deltagarna i den uppvisade en låg nivå av rädsla och ångest före interventionen, och likheten mellan kontrollgruppen och den experimentella gruppen är potentiellt vilseledande (14). Det är kanske riktigt att utesluta denna kliniska prövning, som också var mycket liten, där största delen av analyserna baserade sig på ett mindre antal fall än de ursprungligen randomiserade utan att detta förklarades. När denna kliniska prövning utesluts ur analysen, visar metaanalysen på en signifikant mindre förekomst av externaliserande beteende i behandlingsgruppen (SMD -0,63 (k.i. -1,08, -0,18)) (figur 3).

Ingen statistiskt signifikant effekt kunde uppmätas på barnets ångest eller sexualiserade beteende. Data från två separata studier antyder att KBT kan inverka positivt på föräldrars attityder eller färdigheter (13, 15).

RESULTATEN STÖDER FORTSATT UTVÄRDERING AV KBT

Resultaten understryker, vilket är typiskt, behovet av större kliniska prövningar av bättre kvalitet, med god behandlingsintegritet och långtidsuppföljning. Trots att resultaten av denna översikt sannolikt inte kommer att

ha normativt värde, stärker de det potentiella värdet av kognitiva beteendeterapeutiska interventioner och betydelsen av noggrant utvärderade interventioner för denna mycket sårbara grupp av barn.

ATT OBSERVERA: Översikten är än så länge ofullständig och har inte genomgått Cochrane-samarbetets redigeringsprocess.

PROFESSOR GERALDINE MACDONALD
COMMISSION FOR SOCIAL CARE INSPECTION
33 GREYCOAT STREET
LONDON
SW1P 2QF, ENGLAND
geraldine.macdonald@csci.gsi.gov.uk

REFERENSER

1. Schechter and Roberge. Sexual exploitation. I: Helfer RE, Kempe CH (red.). Child abuse and neglect: the family and the community. Cambridge MA: Ballinger, 1976.
2. Prentky RA. A rationale for the treatment of sex offenders: Pro Bono Publico. I: McGuire J (red.). What works: reducing reoffending. Guidelines from research and practice. Chichester: Wiley, 1996.
3. Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse: an update. *Child Abuse Neglect* 1994;18:409–17.
4. Kendall-Tackett KA, Meyer-Williams L, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bull* 1993;113(1):164–80.
5. Trickett PK. Sexual and physical abuse and the development of social competence. I: Luthar SS, Burack JA, Cicchetti D, Weisz JR (red.). *Developmental psychopathology: perspectives on adjustment, risk and danger*. New York: Cambridge University Press, 1997.
6. Rind B, Tromovitch P, Bauserman R. A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bull* 1998;124(1):22–53.
7. Kendall PC. Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychology* 1994;62:100–10.
8. Harrington R, Wood A, Verduyn C. Clinically depressed adolescents. I: Graham P (red.). *Cognitive-behaviour therapy for children and families*. Cambridge: Cambridge University, 1998.
9. Kazdin AE. Cognitive-behavioural therapy and relationship therapy in the treatment of children referred for antisocial behavior. *J Consult Clin Psychol* 1989;57(4):522–35.
10. Deblinger, E., Lippmann, J., Steer, R. Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: Initial treatment findings. *Child Maltreatment* 1996;1(4):310–21.
11. Cohen, J.A., Mannarino, A.P. A treatment study for sexually abused preschool children: Initial findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(1):42–51.
12. Cohen, J.A., Mannarino, A.P. A treatment study for sexually abused preschool children: Outcome during a one-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(9):1228–35.
13. Deblinger E., Steer R.A., Lippmann, J. Two year follow up of Cognitive Behavioural Therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse Neglect* 1999;23(12):1371–8.
14. Berliner L., Saunders B.E. Treating fear and anxiety in sexually abused children: Results of a controlled 2-year follow-up study. *Child Maltreatment* 1996;1(4):294–309.
15. Celano M., Hazzard A., Webb C., McCall C. Treatment of traumatic beliefs among sexually abused girls and their mothers: An exploration. *J Abnorm Child Psychol* 1996;24(1):1–17.