

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Psykometriska egenskaper i den svenska versionen av
traumaskattningsformuläret Child Post-Traumatic Cognitions
Inventory**

James Stålsjö

Självständigt arbete 30 poäng
Psykologi: Masteruppsats
PX2503
Vårterminen 2024
Handledare: Ole Hultmann

Psykometriska egenskaper i den svenska versionen av traumaskattningsformuläret *Child Post-Traumatic Cognitions Inventory*

James Stålsjö

Dysfunktionella traumarelaterade kognitioner är avgörande för utvecklingen av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). *Child Post-Traumatic Cognitions Inventory* är ett självskattningsformulär som mäter förekomsten av *posttraumatiska kognitioner* hos barn och finns i två versioner. CPTCI-25 består av 25 påståenden och CPTCI-10 består av 10 påståenden. Denna uppsats undersökte de psykometriska egenskaperna i den svenska versionen av CPTCI-25 och CPTCI-10 på ett urval av 62 barn- och ungdomspsykiatriska (BUP) patienter (9 – 17 år) som hade utsatts för familjevåld. Konfirmatoriska faktoranalyser replikerade tvåfaktorstrukturen – *Jag är skör, värdelös* (SV) och *Världen är farlig* (FV), för CPTCI-10. För CPTCI-25 var tvåfaktormodellen undermålig men hade bättre passform till data jämfört med en enfaktormodell. Totalskalan och delskalorna hade god eller acceptabel intern konsistens i båda versionerna av instrumentet. CPTCI-25 och CPTCI-10 korrelerade signifikant med posttraumatisk stress (PTS; $r = .68$ och $.61$), ångest ($r = .53$ och $.45$) och depression ($r = .69$ och $.66$). Det fanns inga skillnader i posttraumatiska kognitioner mellan patienter med och utan PTSD. Både CPTCI-25 och CPTCI-10 är användbara i klinisk praxis. CPTCI-10 rekommenderas om de två olika kognitiva faktorerna är av betydelse för den kliniska bedömningen. Instrumentet lämpar sig inte för screening av PTSD för studiens målgrupp.

De flesta barn och ungdomar utsätts för minst en potentiellt traumatiserande händelse under sin uppväxt, men endast en liten andel utvecklar långvariga traumasymtom som kräver behandling (Smith m.fl., 2019). Potentiellt traumatiserande händelser kan vara tekniska eller naturkatastrofer eller interpersonellt våld (Feeny m.fl., 2022). Utsatthet för barnmisshandel i familjen eller upplevelser av våld mellan föräldrar och mot en förälder (partnervåld), är potentiella traumakällor (Kearney m.fl., 2010). Upprepade våldshändelser i barndomen är förknippat med större svårigheter med emotionsreglering och tyngre traumasymtom jämfört med enstaka våldshändelser eller trauman i vuxen ålder (Feeny m.fl., 2022). När ett barn utsatt för våld och/eller upplevt våld mot en förälder och är aktuell för psykiska problem, ofta inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) är det viktigt att bedöma om barnet är traumatiserat (SF-BUP, 2021). Ett stöd i bedömningen är självskattningsformulär som ger en snabb kartläggning av traumasymtom, som kan indikera att barnet bör utredas för en psykiatrisk traumadiagnos. Som behandlare är man beroende av att självskattningsformulär är validerade, så att svaren kan tolkas korrekt i bedömningen. Denna uppsats undersöker de psykometriska egenskaperna för ett skattningsformulär som används av kliniker, men som inte är validerat i Sverige – *Child Post-Traumatic Cognitions Inventory* (CPTCI; Meiser-Stedman m.fl., 2009).

I denna uppsats används begreppet *familjevåld* som paraplybegrepp för att beskriva barn som utsätts för våld av föräldrar (barnmisshandel) eller upplever våld mellan dessa (partnervåld). Definitionen av barnmisshandel inkluderar fysiskt, sexuellt och psykiskt våld eller hot om våld (Leeb m.fl., 2008). Fysiskt våld är när ett barn utsätts för fysiska handlingar som resulterar i, eller riskerar att resultera i kroppslig skada på barnet. Sexuellt våld är när ett barn utsätts för fullbordade sexuella handlingar eller försök till sexuella handlingar, sexuell beröring eller sexuellt utnyttjande som inte inbegriper fysisk beröring. Psykiskt våld är när en

vårdgivare avsiktligt och systematiskt, eller vid mycket allvarliga enstaka händelser, utsätter ett barn för handlingar som är skadliga eller likgiltiga inför barnets utvecklingsbehov eller som kan skada barnet psykologiskt eller emotionellt (Leeb m.fl., 2008). Partnervåld är när fysiskt, sexuellt eller psykiskt våld utövas mellan parterna i ett intimt förhållande mellan vuxna personer och förövaren kan vara antingen man eller kvinna (Breiding m.fl., 2008).

Ungdomars utsatthet för direkt våld av föräldrar har undersökts i en studie med 8494 svenska skolelever i åldern 13 till 17 år och 15% uppgav att de blivit slagna vid ett enstaka tillfälle och 6% rapporterade multipla händelser. Ungefär 11% hade bevittnat våld mellan föräldrar och av dessa hade över hälften själva blivit direkt utsatta för våld (dubbelt utsatta; Annerbäck m.fl., 2010). Andelen våldsutsatta barn är högre i kliniska grupper. Hultmann (2015) fann att hälften av patienterna på en BUP-klinik hade utsatts för antingen direkt våld eller bevittnat våld mellan föräldrar och att 22% var dubbelt utsatta.

Posttraumatiskt stressyndrom

Huvudkriteriet för *posttraumatiskt stressyndrom* (PTSD) enligt manualen psykiatriska sjukdomstillstånd och störningar *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* är exponering för en traumatisk händelse som involverade dödsfall eller allvarlig fysisk skada, eller hot om detta (American Psychiatric Association [APA], 1994). Efter upplevelser av våld kan barn och ungdomar få olika typer av symtom (multifinalitet; Broberg m.fl., 2015) och vanligt förekommande är traumareaktioner. Dålig familjefunktion, föräldrars psykiska hälsa, låg socioekonomisk status och upprepade traumatiska händelser har identifierats som riskfaktorer för PTSD hos barn (Smith m.fl., 2019). Interpersonella övergrepp och upprepade traumatiska händelser är förknippat med förhöjd risk för PTSD-diagnos (Copeland m.fl., 2007). Denna form av traumatiska händelser benämns som *multitraumatisering*.

De kumulativa effekterna av multitraumatisering i samband med familjevåld har undersökts bland patienter på en BUP-mottagning i Göteborg (Hultmann m.fl., 2023). En annan studie på delvis samma population visade att barn som hade utsatts för familjevåld oftare fick PTSD-diagnos jämfört med barn som hade utsatts för våld utanför familjen (Hultmann & Broberg, 2016). Barn med erfarenheter av både familjevåld och våld utanför familjen rapporterade högre grader av generella psykiatriska symtom och hade oftare PTSD-diagnos jämfört med barn som utsatts för endera. Ytterligare en studie på denna mottagning (Hultmann m.fl., 2022) visade att barn som hade erfarenhet av familjevåld både direkt och indirekt som vittnen till partnervåld (dubbelt utsatta) oftare hade PTSD-diagnos, mer beteendeproblem och skattade sina traumatiska upplevelser mer negativt jämfört med enkelt utsatta barn.

Datainsamlingen för denna studie gjordes när DSM-IV (APA, 1994) användes för att diagnostisera PTSD. PTSD klassificerades då som ett ångestsyndrom med 17 symtom fördelade över tre kategorier: (1) ofrivilligt *återupplevande* av det traumatiska händelseförloppet (t.ex. påträngande tankar och känslor, mardrömmar eller fysiologiska reaktioner), (2) ihärdigt *undvikande* av stimuli som påminner om traumat (t.ex. tankar, personer, situationer eller genom svårigheter att minnas delar av händelsen), samt (3) ihållande symtom på *överspändhet* (t.ex. sömnproblem, irritabilitet, överdriven vaksamhet eller koncentrationssvårigheter). I samband med utgivningen av DSM-5 (APA, 2013) omarbetades diagnosbeskrivningen av PTSD och idag klassificeras tillståndet som ett trauma- och stressrelaterat syndrom med 20 olika symtom. Huvudkriteriet om exponering för en hotfull händelse kvarstår (kriterium A). Symtomen delas in i kategorierna återupplevande (kriterium B), undvikande (kriterium C), *förändrade stimulusreaktioner* (kriterium E) som inkluderar symtom på överspändhet. Symtomkategorin *negativa förändringar i kognitioner och sinnesstämning* (kriterium D) är ny för DSM-5 och innehåller två symtom som relaterar till

dysfunktionella kognitioner vid PTSD. Symtom D2 reflekterar förekomsten av ihållande och överdrivna negativa uppfattningar eller förväntningar på sig själv, andra eller världen (APA, 2013). Symtom D3 beskriver ihållande, förvanskade tankar om orsaken till eller konsekvenserna av den traumatiska händelsen, och deras betydelse för upplevelsen av traumarelaterade skuld känslor och ansvarstillskrivning för händelsen till sig själv eller andra (APA, 2013).

PTSD ingår även i Världshälsoorganisationens (WHO, 2019) klassifikationssystem *International Classification of Disease (ICD-11)*, som delar in PTSD i två diagnoser: PTSD och komplex PTSD (*CPTSD*). Diagnoskriterierna för PTSD i ICD-11 inkluderar sex av sju symptom från DSM-IV. Symtomkategorierna är återupplevande, undvikande och en känsla av aktuellt hot (Cloitre, 2020). CPTSD föreslogs av Judith Herman (1992) för att beskriva de komplexa och i högre grad funktionsnedsättande traumareaktioner som har observerats vid upprepade traumaexponering, särskilt under uppväxten. Utöver de tre kärnsymtomen för PTSD inkluderar CPTSD ytterligare tre symptomkategorier som rör störning i självuppfattning: (1) genomgripande svårigheter med emotionsreglering (t.ex. svårigheter att lugna ned sig), (2) negativ självuppfattning (t.ex. kognitiva övertygelser om sig själv som misslyckad eller värdelös), och (3) genomgripande interpersonella relationssvårigheter (t.ex. undvikande av nära relationer; Cloitre, 2020).

PTSD överlappar med förstärknings- och ångestsyndrom. Giltigheten i PTSD-diagnoser enligt DSM-IV har ifrågasatts eftersom diagnos kan ställas enbart utifrån symptom relaterade till dessa syndrom (Spitzer m.fl., 2008). Inkluderingen av fler symptom i DSM-5 har bidragit med en mer omfattande symtombeskrivning men nackdelen är att PTSD blivit mer heterogent med över en halv miljon möjliga symptomkombinationer (de Haan m.fl., 2020). Syftet med att reducera antalet PTSD-symptom i ICD-11 var att minska överdiagnostiseringen vid samsjuklighet. En nackdel med detta har varit ökad risk för underdiagnostisering, bland annat för att man inte beaktar posttraumatiska kognitioners roll i utvecklingen av PTSD (Feeny m.fl., 2022). Kriterierna för PTSD har således förändrats över tid och varierar mellan klassifikationssystem. Diagnostik och självskattning behöver förhålla sig till vilka frågor som är relevanta att ställa till patienten för att en specifik diagnos ska kunna fastställas.

Prevalensen av PTSD enligt DSM-IV bland barn och ungdomar som har varit med om en potentiellt traumatiserande händelse har uppskattats till 4.2% i Schweiz och motsvarande siffra bland minderåriga i USA är 4.7% (Smith m.fl., 2019). Uppemot 50% av barn som utsätts för familjevåld uppvisar PTSD (Kearney m.fl., 2010).

En kognitiv modell av PTSD

Centralt för traumaforskning är frågan varför vissa individer endast upplever tillfälliga traumasymtom, medan andra utvecklar kroniska symptom (Dalglish, 2004). Dysfunktionella kognitioner betraktas som primära riskfaktorer för utvecklingen av PTSD (Ehlers m.fl., 2003). Ehlers och Clark (2000) har presenterat en kognitiv modell av PTSD som föreslår att långvariga traumasymtom utvecklas när individen processar en traumatisk händelse på ett sätt som producerar en känsla av aktuellt eller pågående hot. Känslan av aktuellt hot uppstår som en konsekvens av överdrivet negativa bedömningar av minnen från den traumatiska händelsen och dess följder (posttraumatiska kognitioner). Dessa kognitioner inkluderar a) tankar om att man inte kan lita på någon och b) att världen är farlig och att den egna personen är oförmögen att hantera liknande händelser om de uppstår i framtiden. Förutom posttraumatiska kognitioner involverar modellen också en störning i det autobiografiska minnet. Detta innebär att minnet av traumat inte bearbetas på ett normalt sätt och består av sensoriska (primärt visuella) intryck utan tydlig koppling till den övriga livshistorien. Individen kan ha svårt att sätta in traumat i

rätt sammanhang och saknar ord för att beskriva det inträffade. I denna modell konceptualiseras traumatiska händelser som avgränsade händelser och inte som kroniska tillstånd likt vid en uppväxt med upprepad barnmisshandel, som Herman (1992) beskriver.

Enligt modellen (Ehlers & Clark, 2000) kan traumasymtomen i DSM-5 förklaras av att minnena som inkodas är implicita minnen i form av lågupplösta sinnesintryck snarare än verbalt bearbetade konceptualiseringar. Detta medför en förhöjd känslighet för perceptuella stimuli i omgivningen som påminner om den skrämmande händelsen (kriterium E). När dessa stimuli registreras så aktiveras traumarelaterade betingelser i form av smärtsamma minnesbilder, känslor och fysiologiska reaktioner eller andra återupplevandesymtom (kriterium B). Påträngande återupplevandesymtom består ofta av sensoriska intryck från stunden precis innan den traumatiska händelsen ägde rum och fungerar som varningssignaler för att något hemskt snart kan inträffa (Ehlers m.fl., 2022). Minnesbilderna och obehagskänslorna bedöms överdrivet negativt (kriterium D) av individen som inte tror sig kunna hantera traumareaktionerna. Detta motiverar till en serie dysfunktionella kognitiva och beteendemässiga strategier som tankeflykt och undvikande (kriterium C), som syftar till att fly undan faran och minska obehaget men tjänar till att vidmakthålla traumasymtomen över tid. Undvikandestrategierna förstärker de posttraumatiska kognitionerna vilket direkt producerar negativa emotioner och förhindrar att de negativa kognitionernas rimlighet ifrågasätts. Traumaminna undgår verbal bearbetning och det traumatiska händelseförloppet integreras inte med den övriga livshistorien vilket gör att de förblir bortom individens medvetna kontroll (Ehlers & Clark, 2000).

En meta-analys av 135 studier testade den teoretiska validiteten av självrapporterade posttraumatiska kognitioners betydelse för utvecklingen och vidmakthållandet av traumasymtom hos både barn och vuxna, och fann stöd för den kognitiva teorin om PTSD (Gómez de la Cuesta m.fl., 2019). Denna forskning betonar betydelsen av att adressera posttraumatiska kognitioner i behandlingen av PTSD.

Tidigare forskning på CPTCI

För att kunna undersöka förändringar i traumasymtom över tid behövs skattningsformulär som är anpassade för detta. För reliabla bedömningar i kliniska sammanhang behöver självskattningsformuläret vara validerat. När ett stort antal barn behöver screenas för PTSD är det viktigt att självskattningsformuläret är sensitivt och specifikt och kan administreras snabbt (Smith m.fl., 2019). En mängd olika traumaskattningsformulär används i Sverige och ett av dessa är CPTCI som är konstruerat på grundval av en kognitiv teori om PTSD (Meiser-Stedman m.fl., 2009). Det är det enda självskattningsformuläret som undersöker just posttraumatiska kognitioner. Med CPTCI kan kliniker identifiera kognitioner som vidmakthåller traumasymtom hos patienter. Behandling med fokus på bearbetning av kognitioner finns, t.ex. traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT; Cohen m.fl., 2006).

CPTCI är validerat i internationella studier som undersökt instrumentets psykometriska egenskaper på barngrupper som utsatts för olika typer av trauman. De typer av validitet som undersökts har huvudsakligen varit begreppsvaliditet med konfirmatoriska faktoranalyser (KFA), samtidig validitet med Pearsons korrelationsanalyser och kriterievaliditet med oberoende *t*-test. Studierna har gjorts på barn som huvudsakligen utsatts för fysiskt våld (Hoseini m.fl., 2021), sexuella övergrepp (Lee m.fl., 2018), varit med om bilolyckor (Meiser-Stedman m.fl., 2009; McKinnon m.fl., 2016) eller naturkatastrofer (Liu & Chen, 2015; Fonseca m.fl., 2020). Resultaten från dessa studier styrker övervägande att CPTCI består av en tvåfaktorstruktur och har goda psykometriska egenskaper.

När det gäller barn och ungdomar som utsatts för familjevåld eller för multipla trauman finns det få valideringsstudier av CPTCI. En holländsk studie som inkluderade både barn och ungdomar från normalbefolkningen och ett kliniskt urval som utsatts för olika typer av trauman fann att instrumentets tvåfaktorstruktur replikerades och hade god samtidig validitet och kriterievaliditet (Dielhe m.fl., 2015). En minoritet av deltagarna i denna studie var multitraumatiserade (6.8%). En studie som hade en högre andel multitraumatiserade barn och ungdomar (65.9%) rapporterade blandade resultat från sina validitetstester (de Haan m.fl., 2016). Tvåfaktorstrukturen replikerades inte men var det bättre alternativet jämfört med en enfaktorstruktur som också undersöktes. Kriterievaliditet fastställdes genom att instrumentet kunde skilja ut patienter med och utan PTSD. Den simultiga validiteten var god men analysen genomfördes på ett mindre deltagarurval där endast 34.9% av barnen klassificerades som multitraumatiserade. I en annan studie (Lobo m.fl., 2015) var en hög andel (67.6%) av barnen multitraumatiserade. Resultaten i denna studie visade att tvåfaktorstrukturen replikerades. Korrelationsanalyser genomfördes mellan posttraumatiska kognitioner och självrapporterade traumarelaterade symtom som visade att instrumentet hade god samtidig validitet. Studien undersökte inte kriterievaliditet.

I studien som producerade kortversionen av CPTCI (McKinnon m.fl., 2016) fastställdes formulärets sensitivitet för att upptäcka PTSD till mellan 46 och 48 poäng på CPTCI-25 och mellan 16 och 18 poäng på CPTCI-10. Ingen av de tidigare studierna har undersökt användbarheten i CPTCI på en homogen grupp av barn som utsatts för familjevåld.

När ett formulär som är konstruerat i en annan kulturell kontext och används i Sverige behöver man undersöka om formuläret fungerar lika bra som visats i internationella studier. En studie av CPTCI som belyser olika typer av validitet är därför angelägen att genomföra. Denna uppsats bygger på data från en studie med patienter vid en BUP-mottagning inom ramen för forskningsprojektet *Förekomst, bedömning och behandling inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) av patienter som utsatts för våld i familjen* (Hultmann, 2022). Patienter som är informanter i närvarande studie är alltså barn som utsatts för våld av föräldrar eller bevittnat våld mellan föräldrar eller var dubbelt utsatta.

Syfte

Syftet med denna uppsats var att utvärdera begreppsvaliditet, kriterievaliditet och samtidig validitet i den svenska översättningen av original- och kortversionerna av Child Post-Traumatic Cognitions Inventory: CPTCI-25 och CPTCI-10.

Hypotes 1: Begreppsvaliditet för både CPTCI-25 och CPTCI-10 förväntades genom att replikera tvåfaktorstrukturen med konfirmatorisk faktoranalys.

Hypotes 2: Samtidig validitet förväntades genom höga korrelationer ($r > .50$) mellan totalskalorna och delskalorna i CPTCI-25 och CPTCI-10 med *posttraumatisk stress (PTS)*, ångest och depression i det validerade självskattningsformuläret *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)*.

Hypotes 3: Kriterievaliditet förväntades genom förmåga hos totalskalan och delskalorna i CPTCI-25 och CPTCI-10 att urskilja patienter som uppfyllde kriterier för PTSD-diagnos bedömd med en semi-strukturerad diagnostisk intervju (*Kiddie-Sads*).

Metod

Deltagare och Procedur

Kodifierade kvantitativa data erhöles av den ansvariga forskaren för forskningsprojektet *Förekomst, bedömning och behandling inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) av patienter som utsatts för våld i familjen* (Hultmann m.fl., 2022). Data var inhämtade i perioden 2011 – 2014. Patienterna som ingick i forskningsprojektet rapporterade utsatthet för minst två händelser av psykiskt, fysiskt eller sexuellt våld skattade med en modifierad version av Conflict Tactics Scale (CTS) (Straus m.fl., 1994) och hade minst fem traumasymtom för PTSD enligt diagnoskriterierna i DSM-IV (skattade med Kiddie-Sads). Ungefär hälften av patienterna som inkluderades var multitraumatiserade (Hultmann m.fl., 2023). Posttraumatiska kognitioner och självrapporterade traumasymtom skattades med självskattningsformulären CPTCI och TSCC. Daturvalet för denna uppsats begränsades till patienter med högst 20% saknade svar på CPTCI.

Undersökningsgruppen bestod av 62 patienter mellan 9 och 17 år ($M = 13.4$, $SD = 2.3$), varav 39 (62.9%) var flickor. Fyrtiosju (75.8%) patienter uppfyllde diagnoskriterierna i DSM-IV för PTSD och 15 (24.2%) hade subkliniska nivåer av PTSD. Många patienter hade uppfyllt kriterierna för CPTSD om de diagnostiserats enligt ICD-11 (Hultmann, m.fl., 2023). De hade i hög grad belastningsfaktorer i sin sociala miljö: 39 (62.9%) patienter bodde med endast en förälder och 15 (24.2%) var placerade på familjehem eller institution. Elva (17.7%) patienter var födda utomlands. För de föräldrar det fanns uppgifter om sysselsättning ($N = 59$) var 24 (40.7%) beroende av statligt ekonomiskt bistånd (socialbidrag) för sin försörjning. Utbildningsnivån varierade mellan föräldrarna ($N = 57$): för 10 (17.6%) var nioårig grundskola eller lägre högsta utbildningsnivå. För 30 (52.6%) var mellan två och fyra års gymnasieutbildning högsta utbildningsnivån. Sjutton (29.8%) var universitetsutbildade.

Instrument

Posttraumatiska kognitioner

Child Post-Traumatic Cognitions Inventory (CPTCI; Meiser-Stedman m.fl., 2009) är ett självskattningsformulär för posttraumatiska kognitioner hos barn nio år och äldre som utsatts för potentiellt traumatiserande händelser. Det är en barnanpassad version av *Post-Traumatic Cognitions Inventory* (Foa m.fl., 1999) för vuxna. Originalversionen (CPTCI-25) består av 25 påståenden och kortversionen (CPTCI-10) består av 10 påståenden (McKinnon m.fl., 2016). Instrumentet har två delskalor: *Jag är skör, värdelös* och *Världen är farlig*. Den första delskalan (hädanefter hänvisad till som SV-25/10) motsvarar uppfattningen av att vara permanent förändrad till det sämre. Skalan består av 13/6 påståenden som relaterar till en känsla av förolämpning mot individens självbild och framtidsutsikter (exempelvis "Mitt liv har förstörts efter den skrämmande händelsen" och "Jag kommer aldrig kunna ha normala känslor igen"). Den andra delskalan (hädanefter hänvisad till som FV-25/10) motsvarar uppfattningen av att vara en svag person i en farlig värld. Skalan består av 12/4 påståenden som relaterar till en känsla av personlig svaghet och hot mot individens fysiska integritet (exempelvis "Jag litar inte på folk" och "Det kommer alltid att hända dåliga saker"). Påståendena poängsätts mellan 0 och 4 med svarsalternativen (1) *Håller inte alls med*, (2) *Håller knappast med*, (3) *Håller delvis med* och (4) *Håller med mycket*. För CPTCI-25 varierar poängsättningen mellan 25 och 100 och för CPTCI-10 varierar poängsättningen mellan 10 och 40. Meiser-Stedman och kollegor (2009) rapporterade god intern konsistens för båda delskalorna i originalversionen; SV-25 ($\alpha = .91 - .93$) och FV-25 ($\alpha = .86 - .88$). Alfavärden för totalskalan rapporterades ej. För kortversionen rapporterade McKinnon och kollegor (2016) god intern konsistens för totalskalan ($\alpha = .92$), FV-10 ($\alpha = .81$) och SV-10 ($\alpha = .91$).

PTSD

Förekomsten av PTSD bland patienterna undersöktes med den svenska versionen av *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children – Present and Lifetime Version* (Kiddie-SADS-PL; Kaufman m.fl., 1997) Kiddie-Sads är en semi-strukturerad diagnostisk intervju som används för att diagnosticera psykiatriska tillstånd hos barn och ungdomar enligt kriterierna i DSM-IV (APA, 1994). En delskala har frågor om traumaexponering och symtom på PTSD. Screeningfrågorna handlar om tidigare erfarenheter av olika traumatiska händelser. Symtomfrågorna handlar om symtom på de tre olika diagnosklustren återupplevande, undvikande och överspändhet samt en fråga om funktionsnivå. Endast symtompöäng (ej funktionsnivå) användes för beräkningarna i uppsatsen. Frågorna skattas på en skala som använder sig av 0 – 2 poäng. 0 poäng indikerar att *ingen information finns tillgänglig*; 1 poäng antyder att *symtomet inte föreligger* och 2 poäng innebär att *symtomet föreligger*. Screeningfrågorna skattas på samma sätt. Patienten uppfyller kriterierna för PTSD om åtminstone ett återupplevandesymtom, tre ihållande symtom på undvikande och två symtom på överspändhet förekommer. Genom att summera poängen för bekräftade symtom från varje kategori beräknades en dikotom skala som användes för att identifiera de patienter som uppfyllde diagnoskriterierna för PTSD och de som inte gjorde det.

PTS

Symtom på posttraumatisk stress undersöktes med den svenska versionen av Trauma Symptom Checklist For Children (Nilsson m.fl., 2008). TSCC är ett självskattningsformulär med 54 frågor fördelade över sex delskalor som undersöker olika aspekter av traumarelaterade symtom. Frågorna poängsätts mellan 0 och 4. PTS-skalan består av 10 frågor om bland annat plågsamma minnesbilder, tankar och mardrömmar. Tidigare reliabilitetsanalyser har funnit god intern konsistens i både totalskalan ($\alpha = .94$) och delskalan PTS ($\alpha = .89$) (Nilsson m.fl., 2008).

Ångest

Ångestsymtom undersöktes med ångestskalan i TSCC (Nilsson m.fl., 2008). Skalan består av 9 frågor om bland annat rädsla för män och kvinnor, döden, oro för att något hemska ska inträffa och generell överspändhet. Ångestskalans interna konsistens ($\alpha = .84$) har bedömts som god i tidigare studier (Nilsson m.fl., 2008).

Depression

Depressiva symtom undersöktes med depressionsskalan i TSCC (Nilsson m.fl., 2008). Skalan består av 9 frågor om bland annat känslor av ensamhet, ledsenhet och smutsighet, om barnet ofta gråter och har tankar på att skada sig själv eller begå suicid. Depressionsskalans interna konsistens ($\alpha = .88$) har bedömts som god i tidigare studier (Nilsson m.fl., 2008).

Analys

Statistiska analyser utfördes i mjukvaruprogrammet Statistical Package for Social Sciences (SPSS, version 28.0) och i tilläggsmodulen Analysis of Moment Structures (AMOS, version 28.0). Konfirmatorisk faktoranalys (KFA) undersökte begreppsvaliditeten i tvåfaktorstrukturen i CPTCI så som den specificerats av Meiser-Stedman och kollegor (2009) och McKinnon och kollegor (2016) för original- respektive kortversionerna av instrumentet. En närmare beskrivning av KFA ges nedan. Intern konsistens undersöktes med Cronbachs alfa. Därefter undersöktes samtidig validitet med Pearsons bivariata och partiella korrelationer mellan posttraumatiska kognitioner och självrapporterade mått på PTS, ångest och depression från TSCC. Kriterievaliditet undersöktes med oberoende *t*-test som testade om

poängskillnaderna i CPTCI skiljde sig signifikant mellan patienter med PTSD och patienter utan PTSD. Saknade värden på CPTCI ($n = 4$) ersattes med variabelmedervärdet. Saknade värden på frågor i Kiddie-Sads om utsatthet för specifika traumatyper kodades som om patienten inte hade erfarenhet av den efterfrågade traumatypen. Antagandet om bivariat normalfördelning för parametrisk statistik undersöktes och fastställdes genom att inspektera punktdiagram i SPSS. Antagandet om multivariat normalfördelning för KFA testades i samband med analyserna i AMOS.

Konfirmatorisk faktoranalys

Konfirmatorisk faktoranalys med maximum likelihood-metoden (ML) användes för att undersöka begreppsvaliditeten i CPTCI. KFA används för att undersöka teoridrivna hypoteser om relationer mellan direkt observerbara (manifesta) och indirekt observerbara (latenta) variabler i strukturella ekvationsmodeller (Djurfeldt & Barmark, 2009). I CPTCI är hypotesen att mönstret i relationerna mellan frågeformulärets påståenden motsvarar en underliggande tvåfaktorstruktur (instrumentets delskalor) som representerar distinkta men besläktade aspekter av traumarelaterade kognitioner hos barn. ML används för att uppskatta modellens populationsparametrar som efterföljande anpassningstester av existerande dataunderlag sedan jämförs med (Djurfeldt & Barmark, 2009). Flera anpassningsindex behöver beaktas vid utvärderingen av begreppsvaliditeten i en teoretisk faktormodell för att kompensera för de enskilda testens statistiska brister (Prudon, 2015). I denna uppsats användes Chi-två (χ^2), Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) och Comparative Fit Index (CFI) för att utvärdera modellernas passformer. χ^2 -indexet användes för att utvärdera tvåfaktormodellens absoluta passform genom att undersöka hur väl den observerade kovariansmatrisen representerade den implicerade kovariansmatrisen i populationen. Testet används för att förkasta nollhypotesen om perfekt passform. Ett lågt χ^2 -värde relativt till antalet frihetsgrader (df) och ett högre, icke-signifikant p -värde indikerar bättre passform. En ratio på $\chi^2/df \leq 2$ indikerar mycket god passform mellan observerad och implicerad modell (Alavi m.fl., 2020) och användes som gränsvärdeskriterium i förevarande analyser. SRMR ger ett standardiserat värde på de samlade avvikelserna mellan den implicerade och den observerade kovariansmatrisen (Djurfeldt & Barmark, 2009). Ett värde på 0 indikerar perfekt passform och ett värde på $\leq .080$ indikerar god passform (Prudon, 2015). CFI utvärderar modellens relativa passform baserat på korrelationerna mellan de manifesta variablerna i det existerande dataunderlaget med en referensmodell som representerar hypotesen att frågeformulärets påståenden inte korrelerar med varandra alls. CFI = .95 har angetts som lägsta acceptabla värde och CFI = 1.0 indikerar perfekt passform (Djurfeldt & Barmark, 2009). Det rekommenderade deltagarantalet vid KFA är antingen minst 200 deltagare, 10 deltagare per variabel eller 5 deltagare för varje parameter i modellen (Alavi m.fl., 2020).

Etik

Forskningsprojektet *Förekomst, bedömning och behandling inom barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) av patienter som utsatts för våld i familjen* (Hultmann m.fl., 2022) var godkänt av regionala Etikprövningsnämnden i Göteborg – D. nr. 166–11.

Resultat

Syftet med studien var att utvärdera begreppsvaliditet, kriterievaliditet och samtidig validitet i den svenska versionen av CPTCI (originalversionen och kortversionen) på ett urval

BUP-patienter (9 – 17 år) som hade utsatts för våld av sina föräldrar eller bevittnat våld mellan föräldrar.

Deskriptiv statistik

Patienternas genomsnittspoäng på CPTCI-25 var 53.35 ($SD = 16.21$) och 20.96 ($SD = 6.77$) på CPTCI-10. Genomsnittspoängen på TSCC-delskalorna var 11.68 ($SD = 5.66$) för PTS; 8.05 ($SD = 5.23$) för ångest; och 8.37 ($SD = 5.85$) för depression. Klinikerbedömda traumasymtom med Kiddie-Sads var i genomsnitt 11.5 ($SD = 3.44$) av totalt 21. Patienterna hade utsatts för direkt fysiskt våld i 74.2% av fallen, 25.8% hade utsatts för sexuellt våld, 87.1% hade bevittnat våld mellan sina föräldrar och 75.8% var dubbelt utsatta.

Begreppsvaliditet

Hypotes 1 undersökte begreppsvaliditeten i CPTCI med konfirmatorisk faktoranalys. En tvåfaktormodell och en enfaktorsmodell testades för både original- och kortversionen av instrumentet. Anpassningsindex för modellerna presenteras i Tabell 1.

Resultaten för CPTCI-25 visade att tvåfaktormodellen inte hade särskilt god passform till data. χ^2/df -förhållandet var visserligen acceptabelt, men χ^2 -testet var signifikant, CFI-värdet var lågt och SRMR översteg gränsvärdet. Korrelationen mellan delskalorna SV-25 och FV-25 var hög ($r = .86$). Tvåfaktormodellen hade marginellt bättre passform och påståendena hade starkare faktorladdningar (mellan $r = .39$ och $.78$) jämfört med enfaktormodellen ($r = .30$ och $.77$).

Resultaten för CPTCI-10 visade att tvåfaktormodellen hade god passform till data. χ^2/df -förhållandet var acceptabelt, χ^2 -testet var icke-signifikant och värdena för CFI och SRMR var acceptabla. Korrelationen mellan delskalorna SV-10 och FV-10 var hög ($r = .93$). Resultaten från analysen av enfaktormodellen indikerade att enfaktormodellen hade något bättre passform jämfört med tvåfaktormodellen baserat på χ^2/df -förhållandet, signifikansnivån på χ^2 -testet och CFI-värdet. Däremot var SRMR lägre och faktorladdningarna var svagare. Standardiserade regressionsvikter för tvåfaktormodellerna presenteras i Tabell 2.

Tvåfaktormodellen prioriterades framför enfaktormodellen i de efterföljande analyserna eftersom passformen mellan en- och tvåfaktormodellerna inte skilde sig åt avsevärt för vare sig CPTCI-25 eller CPTCI-10, samt eftersom faktorladdningarna var starkare i tvåfaktormodellen i båda fallen.

Reliabilitet

Reliabilitetsanalyser med Cronbachs alfa visade att den interna konsistensen för CPTCI-25 var hög för totalskalan ($\alpha = .927$), delskalan SV-25 ($\alpha = .91$) och delskalan FV-25 ($\alpha = .84$). Internkonsistensen för CPTCI-10 var också hög för totalskalan ($\alpha = .84$) och delskalan SV-10 ($\alpha = .81$), medan den var lägre men acceptabel för delskalan FV-10 ($\alpha = .61$).

Samtidig validitet

Tabell 1

Konfirmatorisk faktoranalys: anpassningsindex för fyra modeller över faktorstrukturen i CPTCI

Modell	χ^2 (df)	p	CFI	SRMR
	$\chi^2/df < 2$	$> .05$	$> .950$	$\leq .080$
1. CPTCI-25: Två faktorer	424.22/(274) = 1.55	.001	.772	.088
2. CPTCI-25: En faktor	439.69/(275) = 1.60	.001	.750	.090
3. CPTCI-10: Två faktorer	36.32/(34) = 1.07	.361	.987	.059
4. CPTCI-10: En faktor	37.10/(35) = 1.06	.374	.988	.060

Not. Anpassningsindex för originalversionen (CPTCI-25) och kortversionen (CPTCI-10) av Child Post-Traumatic Cognitions Inventory. CFI = Comparative Fit Index, SRMR = Standardized Root Mean Square Residual.

Hypotes 2 om samtidig validitet testades genom att undersöka Pearsons korrelationer mellan CPTCI och TSCC-delskalorna PTS, ångest och depression. För CPTCI-25 visade resultaten att både totalskalan och båda delskalorna korrelerade starkt ($r > .50$) med självrapporterade mått på PTS, ångest och depression, med undantag för korrelationen mellan SV-25 och ångest som var medelstark ($r > .44$). Alla tre skalorna i CPTCI-25 korrelerade starkast med depression. För CPTCI-10 visade resultaten att både totalskalan och båda delskalorna hade starka korrelationer med PTS och depression ($r > .50$) samt medelstarka korrelationer med ångest ($r > .40$). Totalskalan och FV-10 korrelerade starkast med depression, medan korrelationen för SV-10 var lika stark med både depression och ångest. Korrelationsmatrisen presenteras i Tabell 3.

På grund av de höga korrelationerna med ångest och depression undersöktes sambandet mellan CPTCI och PTS medan effekten av ångest och depression kontrollerades. De partiella korrelationerna mellan posttraumatiska kognitioner och PTS förblev signifikanta, men korrelationerna var avsevärt svagare för samtliga CPTCI-skalar. Ett undantag var FV-10, där sambandet med PTS inte längre var signifikant när depression kontrollerades ($p = .245$). De partiella korrelationerna presenteras inom parentes i Tabell 3.

Kriterievaliditet

Hypotes 3 undersökte kriterievaliditeten i CPTCI med tvärsidiga oberoende t -test. För patienter med PTSD ($n = 47$) var genomsnittspoängen 54.85 ($SD = 16.33$) på CPTCI-25 och 21.35 ($SD = 6.90$) på CPTCI-10. För patienter utan PTSD ($n = 15$) var genomsnittspoängen 48.67 ($SD = 15.43$) på CPTCI-25 och 19.73 ($SD = 6.42$) på CPTCI-10. Resultaten visade att poängskillnaderna i CPTCI-25 inte var signifikanta, $t(60) = -1.23$, $p = .20$. Poängskillnaderna i CPTCI-10 var inte heller signifikanta, $t(60) = -0.80$, $p = .43$. Den enda skalan där patienter med PTSD hade signifikant högre poäng var FV-25, där patienter med PTSD hade en

Tabell 2*Standardiserade regressionsvikter för enskilda påståenden i tvåfaktormodellen av CPTCI*

Påstående i CPTCI	CPTCI-skala			
	SV-25	SV-10	FV-25	FV-10
4. Mina reaktioner efter den skrämmande händelsen betyder att jag har förändrats till det sämre	.43	.38		
6. Mina reaktioner efter den skrämmande händelsen betyder att det är något allvarligt fel på mig	.58	.63		
8. Att jag inte kan komma över alla mina rädslor betyder att jag är misslyckad	.62			
13. Mina reaktioner efter den skrämmande händelsen betyder att jag aldrig kommer över det	.65			
14. Jag brukade vara en glad person, men nu är jag alltid ledsen	.67	.69		
16. Jag kommer aldrig kunna ha normala känslor igen	.78	.74		
17. Jag är rädd att jag kommer att bli så arg att jag slår sönder något eller skadar någon	.61			
19. Mitt livs har förstörts av den skrämmande händelsen	.76	.78		
20. Jag känner mig som en annan person efter den skrämmande händelsen	.67			
21. Mina reaktioner efter den skrämmande händelsen visar att jag är på väg att bli tokig	.73	.73		
22. Inget bra kan längre hända	.76			
23. Det kommer att hända något fruktansvärt om jag inte försöker kontrollera mina tankar om den skrämmande händelsen	.69			
24. Den skrämmande händelsen har förändrat mig för alltid	.59			
1. Vem som helst skulle kunna skada mig			.46	
2. Alla sviker mig			.59	
3. Jag är feg			.49	

Tabell 2*Standardiserade regressionsvikter för enskilda påståenden i tvåfaktormodellen av CPTCI*

Påstående i CPTCI	CPTCI-skala			
	SV- 25	SV-10	FV-25	FV-10
5. Jag litar inte på folk			.54	.39
7. Jag duger inte			.65	.71
9. Små saker upprör mig			.53	
10. Jag klarar inte av när saker och ting blir jobbiga			.39	.30
11. Jag kan inte förhindra att dåliga saker händer mig			.59	
12. Jag får hela tiden vara på min vakt mot fara			.59	
15. Det kommer alltid att hända dåliga saker			.55	.68
18. Livet är orättvist			.58	
25. Jag måste vara väldigt försiktig eftersom något dåligt kan hända			.67	

Not. Faktorladdningar mellan manifesta och latenta variabler i tvåfaktormodellen för

original- och kortversionerna av Child Post-Traumatic Cognitions Inventory. SV = Jag är skör, värdelös, FV = Världen är farlig.

genomsnittspoäng på 29.09 ($SD = 7.93$) jämfört med 24.27 ($SD = 6.90$) för patienter utan PTSD, $t(60) = -2.11$, $p = .04$, $d = -0.63$, 95% KI [-1.22, -0.03].

Delprovsanalyser

För att undersöka om CPTCI-poäng skiljer sig beroende på kön och ålder genomfördes oberoende t -tester för varje variabel separat. Resultaten visade att det inte fanns någon signifikant skillnad i poäng på CPTCI-25 mellan flickor ($n = 39$, $M = 54.96$, $SD = 15.68$) och pojkar ($n = 23$, $M = 50.63$, $SD = 17.10$), $t(60) = 1.02$, $p = .313$. Däremot visade resultaten att det fanns en signifikant skillnad i poäng på CPTCI-25 mellan barn i åldersgruppen 9 - 12 år ($n = 28$, $M = 48.70$, $SD = 15.04$) och 13-17 år ($n = 34$, $M = 57.19$, $SD = 16.35$), $t(60) = -2.11$, $p = .039$, $d = -0.53$, 95% KI [-1.05, -0.03]. För CPTCI-10 fanns det inte heller någon signifikant skillnad i poäng mellan flickor ($M = 21.37$, $SD = 6.40$) och pojkar ($M = 20.26$, $SD = 7.45$), $t(60) = .620$, $p = .537$. Skillnaden i poäng mellan barn i åldersgruppen 9 - 12 år ($M = 19.29$, $SD = 6.29$) och 13 - 17 år ($M = 22.34$, $SD = 6.93$) var inte signifikant, $t(60) = -1.80$, $p = .077$.

Tabell 3*Korrelationer mellan CPTCI och PTS, ångest och depression (N = 62)*

CPTCI-skala	PTS	Ångest	Depression
CPTCI-25	.68** (.51**/.41**)	.53**	.69**
SV-25	.64** (.53**/.37*)	.44**	.65**
FV-25	.63** (.38*/.36*)	.56**	.63**
CPTCI-10	.61** (.46**/.31*)	.45**	.66**
SV-10	.60** (.48**/.33*)	.40**	.59**
FV-10	.50** (.30*/.15)	.43**	.61**

Not. Värderna inom parentes indikerar partiella korrelationer mellan CPTCI och PTS när ångest respektive depression kontrollerades för. Antalet frihetsgrader var $df = 60$ för de ursprungliga korrelationerna och $df = 59$ för de partiella korrelationerna.

CPTCI = Child Post-Traumatic Cognitions Inventory; SV = Jag är skör, värdelös; FV = Världen är farlig; PTS = posttraumatisk stress.

* $p < .05$; ** $p < .001$

Post-hoc analyser

Eftersom de ursprungliga t -testen inte visade de förväntade skillnaderna i CPTCI-poäng mellan barn med och utan PTSD, genomfördes ytterligare analyser för att förstå varför CPTCI-poäng inte kunde predicera PTSD-diagnos. Genom att undersöka korrelationen mellan självrapporterade traumasymtom (TSCC-PTS) och posttraumatiska kognitioner (CPTCI) med klinikerbedömda traumasymtom (Kiddie-Sads) på en kontinuerlig skala, syftade dessa analyser till att få en bättre förståelse för hur dessa mått samvarierade och om det fanns ett samband mellan självrapporterade och klinikerbedömda symtom. Målet var att få insikt i hur väl de självrapporterade måtten överensstämde med kliniska bedömningar och att belysa eventuella skillnader eller likheter i rapporteringen av traumasymtom.

En Pearson-korrelation utfördes för att undersöka sambandet mellan posttraumatiska kognitioner och klinikerbedömda traumasymtom. Resultaten visade ett positivt och signifikant samband mellan CPTCI-25 och Kiddie-Sads, $r(60) = .281, p = .027$. Sambandet mellan CPTCI-25 och Kiddie-Sads blev starkare och var fortsatt signifikant när ålder kontrollerades för, $r(59) = .323, p = .011$. Resultaten för CPTCI-10 och Kiddie-Sads var inte signifikant, $r(60) = .200, p = .119$.

En Pearson-korrelation utfördes för att undersöka sambandet mellan självrapporterade traumasymtom och klinikerbedömda traumasymtom. Resultaten visade att det fanns en signifikant positiv korrelation mellan PTS och Kiddie-Sads, $r(60) = .266, p = .037$.

Korrelationsanalysen följdes upp med ett oberoende *t*-test för att undersöka poängskillnaderna i PTS mellan barn med PTSD ($M = 12.13$, $SD = 5.94$) och barn utan PTSD ($M = 10.20$, $SD = 4.55$). Resultaten visade ingen signifikant skillnad mellan grupperna, $t(60) = -1.15$, $p = .254$.

Diskussion

Syftet med denna uppsats var att utvärdera de psykometriska egenskaperna i den svenska översättningen av originalversionen och kortversionen av självskattningsformuläret Child Post-Traumatic Cognitions Inventory (CPTCI) på ett urval av traumatiserade barn som hade utsatts för våld av sina föräldrar eller bevittnat våld mellan föräldrar. Sammantaget visade resultaten från konfirmatorisk faktoranalys (KFA) att tvåfaktormodellen hade bättre passform till data jämfört med enfaktormodellen, vilket gav visst stöd åt uppsatsens första hypotes om instrumentets begreppsvaliditet. De höga korrelationerna mellan CPTCI och Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) gav stöd åt den andra hypotesen om samtidig validitet. Varken original- eller kortversionen av instrumentet kunde dock skilja patienter med PTSD från de med subklinisk PTSD, med undantag för delskalan FV-25. Därmed fick den tredje hypotesen om kriterievaliditet lågt stöd.

Analyserna med KFA visade att tvåfaktormodellen för CPTCI-25 inte uppfyllde de förutbestämda kriterierna för begreppsvaliditet. Tvåfaktormodellen hade dock något bättre passform och starkare faktorladdningar jämfört med enfaktormodellen. En möjlig förklaring till tvåfaktormodellens bristande passform kan vara att det låga deltagarantalet i förhållande till antalet variabler i modellen resulterade i opålitliga uppskattningar av populationsparametrarna och missvisande anpassningsindex (Alavi m.fl., 2020). En annan förklaring kan vara att tvåfaktorstrukturen med 25 påståenden är felspecificerad. I den kinesiska valideringsstudien av CPTCI (Liu & Chen, 2015) eliminerades påståenden med faktorladdningar lägre än $r = .50$ och påståenden med höga korskorrelationer mellan faktorerna, vilket resulterade i en tvåfaktormodell med 20 påståenden som hade bättre passform jämfört med den ursprungliga tvåfaktormodellen. Ett liknande förfarande i denna uppsats kunde möjligtvis ha genererat en tvåfaktormodell med bättre passform till data, men denna uppsats syftade enbart till att undersöka tvåfaktormodellens struktur enligt Meiser-Stedman och kollegor (2009). En del av patienterna som ingick i analyserna var fortsatt våldsutsatta under datainsamlingens gång (Onsjö m.fl., 2022). Antagligen upplevde flera av dem pågående fysiska och sexuella övergrepp. En spekulering är att tvåfaktormodellen inte replikerades för att barn som fortfarande utsätts för traumatiska händelser svarar annorlunda på CPTCI. Flera av påståendena i CPTCI handlar om en "skrämmande händelse" som ligger bakåt i tiden och det är möjligt att patienterna har svårt att tolka innebörden av dem och slumpmässigt anger ett svar för att de dels har upplevt flera skrämmande händelser och dels var fortsatt utsatta under tiden för skattningen.

För CPTCI-10 uppfyllde både enfaktormodellen och tvåfaktormodellen validitetskriterierna. Enfaktormodellen hade något bättre passform, men faktorladdningarna var högre i tvåfaktormodellen. Påstående 10, "Jag klarar inte av när saker och ting blir jobbiga", hade de lägsta faktorladdningarna i alla fyra modeller och korrelationen var endast $r = .27$ i enfaktormodellen av kortversionen. Vid produktionen av CPTCI-10 använde McKinnon och kollegor (2016) ett gränsvärde på $r = .30$ för vilka påståenden från CPTCI-25 som skulle ingå i instrumentet. I deras studie nådde Påstående 10 upp till gränsvärdet, men det var också det påstående som hade den lägsta faktorladdningen ($r = .66$) jämfört med de andra påståendena.

Resultaten från reliabilitetsanalyserna ger ytterligare stöd åt tvåfaktorstrukturen. Internkonsistensen var god för samtliga delskalor, med undantag för FV-10 där alfavärdet var lägre men fortfarande acceptabelt.

Starka korrelationer ($r \geq .50$) mellan CPTCI och de tre delskalorna i TSCC gav stöd åt samtidig validitet i både original- och kortversionen av instrumentet, med undantag för sambandet mellan CPTCI-10 och ångest där korrelationerna var $r \geq .40$. Flera av CPTCI-skalorna korrelerade lika mycket eller högre med ångest och depression än med PTS. Dessa resultat överensstämmer med tidigare studier på CPTCI (t.ex. Meiser-Stedman m.fl., 2009; Diehle m.fl., 2015; de Haan m.fl., 2016). De partiella korrelationerna mellan CPTCI och PTS förblev signifikanta, om än lägre, när effekten av ångest respektive depression kontrollerades för, med undantag för FV-10 där sambandet med PTS inte längre var signifikant vid kontroll av depression. Enligt Ehlers och Clarks (2000) teori vidmakthålls traumasymtom av posttraumatiska kognitioner genom att direkt producera ångest och depression. Det nära sambandet mellan dessa tillstånd förklarar varför korrelationerna och signifikanserna sjönk vid kontroll av ångest och depression.

I den tyska valideringsstudien av CPTCI resonerade de Haan och kollegor (2016) att sambanden mellan posttraumatiska kognitioner och ångest och depression kan ha fyra möjliga förklaringar: (1) samsjuklighet med ångest och depression är vanligt förekommande vid PTSD; (2) posttraumatiska kognitioner är inte begränsade till att endast vidmakthålla traumasymtom vid PTSD; (3) redan existerande ångest- eller depressionsproblematik utgör riskfaktorer för utvecklingen av PTSD; och (4) posttraumatiska kognitioner kan vara ett tecken på depression snarare än en unik psykopatologisk konstruktion eller mekanism. Patienterna i denna uppsats hade i hög utsträckning samsjukliga tillstånd med ångest och depression (Hultmann m.fl., 2022), vilket stödjer den första punkten. Vid depression är dystra tankar om sig själv och sin personliga historia vanliga, och bristande framtidstro och känslor av hopplöshet är vanligt hos yngre personer (Mårtensson & Åsberg, 2016). Flera påståenden i CPTCI har relevans för depressiv problematik (t.ex. Påstående 7 "Jag duger inte" och Påstående 16 "Jag kommer aldrig kunna ha normala känslor igen"). Sambandet mellan posttraumatiska kognitioner, traumasymtom och depression kan möjligtvis härröras till en gemensam underliggande konstrukt (de Haan m.fl., 2020).

Tidigare studier har visat att barn och unga med CPTCI-poäng över etablerade gränsvärden har god förmåga att skilja på individer med och utan PTSD. Varken CPTCI-25 eller CPTCI-10 kunde skilja mellan patienter med PTSD och patienter utan PTSD. Att FV-25 på kunde skilja mellan grupperna tolkas inte som ett meningsfullt resultat i sammanhanget. Jämförelserna går i den förväntade riktningen (patienter med PTSD hade högre CPTCI-poäng jämfört med patienter utan diagnos) men skillnaderna var för små för att vara signifikanta. Flera individer ($n = 8$) hade allvarliga traumasymtom skattade med Kiddie-Sads och höga CPTCI-poäng (48 eller fler poäng på CPTCI-25), men diagnostiserades inte med PTSD. Symtompoängen för PTSD skattade med Kiddie-Sads var höga (6 symtom eller fler) men var inte fördelade över symtomkategorierna enligt diagnoskriteriernas specifikationer. Exempelvis hade en patient 84 poäng på CPTCI-25, 4 återupplevandesymtom, 2 undvikandesymtom och 5 symtom på överspändhet enligt Kiddie-Sads, och diagnostiserades inte med PTSD därför att kravet om 3 eller fler undvikandesymtom inte uppfylldes. Dessa patienter bidrog till att höja gruppens medelvärde, vilket kan ha gjort det svårt för t -testerna att detektera egentliga skillnader mellan grupperna.

Flera patienter ($n = 16$) med låga CPTCI-poäng (färre än 46 poäng på CPTCI-25) diagnostiserades med PTSD. Genomsnittspoängen på CPTCI-25 och CPTCI-10 var högre bland både patienter med PTSD-diagnos och patienter utan diagnos jämfört med informanterna i studien av McKinnon och kollegor (2016). Meta-analyser har funnit att sambandet mellan traumarelaterade kognitioner och PTSD är starkt (de La Cuesta, 2019). För att bättre förstå varför CPTCI inte kunde predicera PTSD utfördes några få post-hoc analyser. Kiddie-Sads och TSCC-PTS mäter båda traumasymtom, men korrelationen mellan de två skalorna i närvarande studie var låg ($r = .266$). Poäng på TSCC-PTS kunde inte heller predicera PTSD-diagnos med

t-test. Detta resultat är svårtolkat och kan möjligtvis bero på studiepopulationens traumakaraktäristika. Enligt McKinnon och kollegor (2016) är syftet med gränsvärdeskriterierna dock inte att fungera som optimala gränsvärden för screening av PTSD, utan snarare att fungera vägledande för kliniker som bedömer svårighetsgraden av traumakognitioner och för att utvärdera behandlingseffekter.

Delprovsanalyserna visade signifikanta skillnader i poäng på CPTCI-25 mellan barn i åldersgrupperna 9 – 12 år och 13 – 17 år, där de äldre barnen hade högre poäng. Detta kan förklaras av att äldre barn har mer välutvecklade kognitiva förmågor som gör det möjligt för dem att verbalt bedöma de traumatiska händelserna de utsatts för (Meiser-Stedman, 2002) på ett sätt som är förenligt med formuleringarna av påståendena i CPTCI. Denna förklaring innebär inte att yngre barn lider av traumasymtom i lägre utsträckning, utan snarare att de har en begränsad förmåga att kommunicera dem. Denna tolkning får ytterligare stöd från korrelationsanalysen mellan CPTCI-25 och traumasymtom skattade med Kiddie-Sads som blev starkare när ålder kontrollerades för i beräkningen ($r = .323$). För CPTCI-10 visade *t*-testet inga signifikanta skillnader mellan åldersgrupperna. Detta kan bero på att kortversionen inte fångar upp de nyanserade kognitiva bedömningarna som krävs för att skilja mellan olika åldersgrupper. Med färre frågor kan CPTCI-10 ha en begränsad förmåga att detektera de subtila skillnader i kognitiv bearbetning av trauma som äldre barn uppvisar jämfört med yngre barn.

Kliniska implikationer

Förevarande valideringsstudie visar att CPTCI kan användas i kliniska sammanhang för att kartlägga traumasymtom hos barn och ungdomar som är multitraumatiserade. Kortversionen rekommenderas, då begreppsvaliditeten visade sig vara bättre underbyggd jämfört med originalversionen. Däremot kan instrumentet inte sägas vara lämpligt som screeningformulär bland multitraumatiserade barn när syftet är att snabbt kartlägga om patienten bör utredas för eventuell PTSD-problematik.

Styrkor och svagheter

Studiens styrkor är att testerna utfördes på en homogen population med avseende på traumatyp. Samtliga patienter hade utsatts för direkt våld av sina föräldrar eller bevittnat våld mellan föräldrarna och en stor andel hade varit med om traumatiska händelser utanför familjen. Studiedesignen tillät testning av flera typer av validitet. Studiens svagheter inkluderar ett lågt deltagarantal avseende vad som brukar anses acceptabelt vid konfirmatorisk faktoranalys (Alavi, 2020). Ett större urval skulle säkra en mer tillförlitlig utvärdering av faktorstrukturen.

Slutsatser

CPTCI är ett användbart formulär för skattningar av posttraumatiska kognitioner hos multitraumatiserade barn och ungdomar i Sverige. De psykometriska egenskaperna var mer robusta i kortversionen av formuläret jämfört med originalversionen och CPTCI-10 rekommenderas framför CPTCI-25 i kliniska sammanhang. Sammantaget talar resultaten för att instrumentets tvåfaktoriella indelning i ”Jag är skör, värdelös” och ”Världen är farlig” håller, men fler studier med större deltagarurval behövs för att bekräfta detta. Instrumentet är inte lämpligt för screening för risk för PTSD. En valideringsstudie av CPTCI i normalpopulationen skulle behövas för att utvärdera instrumentets förmåga att urskilja barn med PTSD.

Referenser

- Alavi, M., Visentin, D. C., Thapa, D. K., Hunt, G. E., Watson, R., & Cleary, M. (2020). Chi-square for model fit in confirmatory factor analysis. *Journal of advanced nursing*, 76(9), 2209–2211. <https://doi.org/10.1111/jan.14399>
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4:e uppl.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890420614.dsm-iv>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5:e uppl.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Annerbäck, E. M., Wingren, G., Svedin, C. G., & Gustafsson, P. A. (2010). Prevalence and characteristics of child physical abuse in Sweden - findings from a population-based youth survey. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 99(8), 1229–1236. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.01792.x>
- Breiding, M. J., Black, M. C., & Ryan, G. W. (2008). Prevalence and risk factors of intimate partner violence in eighteen U.S. states/territories, 2005. *American Journal of Preventive Medicine*, 34, 112-118. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.10.001>
- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., Humayun, A., Jones, L. M., Kagee, A., Rousseau, C., Somasundaram, D., Suzuki, Y., Wessely, S., van Ommeren, M., & Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Broberg, A., Almqvist, K., Risholm Mothander, P., & Tjus, T. (2015). Klinisk barnpsykiologi: Utveckling på avvägar (2 uppl.). *Stockholm: Natur & Kultur*.
- Cloitre, M. (2020). ICD-11 complex post-traumatic stress disorder: simplifying diagnosis in trauma populations. *The British Journal of Psychiatry*, 216(3), 129–131. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.43>
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. The Guilford Press.
- Copeland W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577-584. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.577>
- Dalgleish, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: the evolution of multirepresentational theorizing. *Psychological Bulletin*, 130(2), 228–260. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.2.228>
- de Haan, A., Landolt, M.A., Fried, E.I., Kleinke, K., Alisic, E., Bryant, R., Salmon, K., Chen, S.-H., Liu, S.-T., Dalgleish, T., McKinnon, A., Alberici, A., Claxton, J., Diehle, J., Lindauer, R., de Roos, C., Halligan, S.L., Hiller, R., Kristensen, C.H., Lobo, B.O.M., Volkmann, N.M., Marsac, M., Barakat, L., Kassam-Adams, N., Nixon, R.D.V., Hogan, S., Punamäki, R.-L., Palosaari, E., Schilpzand, E., Conroy, R., Smith, P., Yule, W., & Meiser-Stedman, R. (2020). Dysfunctional posttraumatic cognitions,

- posttraumatic stress and depression in children and adolescents exposed to trauma: a network analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(1), 77-87. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13101>
- de Haan, A., Petermann, F., Meiser-Stedman, R., & Goldbeck, L. (2016). Psychometric properties of the German version of the Child Post-Traumatic Cognitions Inventory (CPTCI-GER). *Child Psychiatry and Human Development*, 47(1), 151–158. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0552-0>
- Djurfeldt, G. & Barmark, M. (Red.). (2009). *Statistisk verktyglåda 2: multivariat analys*. Studentlitteratur.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00123-0)
- Ehlers, A., Ehring, T., Wittekind, C. E., & Kleim, B. (2022). Information processing in posttraumatic stress disorder. I J. G. Beck, & D. M. Sloan, (Red.), *The Oxford Handbook of Traumatic Stress Disorders* (2:a uppl., s. 367-414). Oxford Library of Psychology. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190088224.013.16>
- Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. (2003). Cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in children: Results of a prospective longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 41(1), 1–10. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00126-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00126-7)
- Feeny, N. C., Klein, A. B., & Benhamou, K. S. (2022). Classification of posttraumatic stress disorder. I J. G. Beck, & D. M. Sloan, (Red.), *The Oxford Handbook of Traumatic Stress Disorders* (2:a uppl., s. 62-94). Oxford Library of Psychology. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190088224.013.4>
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): development and validation. *Psychological Assessment*, 11(3), 303-314. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.11.3.303>
- Gómez de La Cuesta, G., Schweizer, S., Diehle, J., Young, J., & Meiser-Stedman, R. (2019). The relationship between maladaptive appraisals and posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1620084>
- Herman, J.L. (1992), Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>
- Hoseini, S., Bakhtiari, M., Lighvan, M. A., & Abasi, I. (2021). Evaluation of psychometric properties of Child Post-Traumatic Cognitions Inventory in Iranian children and adolescents. *Medical Science*, 25(117), 2891-2898.
- Hultmann, O. (2015). *Child psychiatric patients affected by intimate partner violence and child abuse. Disclosure, prevalence and consequences*. [Doktorsavhandling]. Göteborgs universitet.
- Hultmann, O., & Broberg. (2016). Family violence and other potentially traumatic interpersonal events among 9- to 17- year- old children attending an outpatient

- psychiatric clinic. *Journal of Interpersonal Violence*, Vol. 31(18), 2958-2986.
<https://doi.org/10.1177/0886260515584335>
- Hultmann, O., Broberg, A., & Axberg, U. (2022). Child psychiatric patients exposed to intimate partner violence and/or abuse: the impact of double exposure. *Journal of Interpersonal Violence*, Vol. 37(11-12), 8611-8631.
<https://doi.org/10.1177/0886260520978186>
- Hultmann, O., Broberg, A., & Axberg, U. (2023). A randomized controlled study of trauma focused cognitive behavioural therapy compared to enhanced treatment as usual with patients in child mental health care traumatized from family violence. *Children and Youth Services Review*, Vol. 144. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2022.106716>
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D., & Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980–988. <https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00021>
- Kearney, C. A., Wechsler, A., Kaur, H., & Lemos-Miller, A. (2010). Posttraumatic stress disorder in maltreated youth: a review of contemporary research and thought. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13(1), 46-76. <https://doi.org/10.1007/s10567-009-0061-4>
- Leeb, R. T., Paulozzi, L. J., Melanson, C., Simon, T. R., & Arias, I. (2008). *Child maltreatment surveillance: uniform definitions for public health and recommended data elements, version 1.0*. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Preventions, National Center for Injury Prevention and Control.
- Liu, S. T., & Chen, S. H. (2015). A community study on the relationship of posttraumatic cognitions to internalizing and externalizing psychopathology in Taiwanese children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(8), 1475–1484.
<https://doi.org/10.1007/s10802-015-0030-y>
- McKinnon, A., Smith, P., Bryant, R., Salmon, K., Yule, W., Dalgleish, T., Dixon, C., Nixon, R. D., & 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>
- Meiser-Stedman, R. (2002). Towards a cognitive-behavioral model of PTSD in children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(4), 217–232.
<https://doi.org/10.1023/a:1020982122107>
- Meiser-Stedman, R., Smith, P., Bryant, R., Salmon, K., Yule, W., Dalgleish, T., & Nixon, R. D. (2009). Development and validation of the Child Post-Traumatic Cognitions inventory (CPTCI). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 432-440.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01995.x>
- Mårtensson, B. & Åsberg, M. (2016). Förstämningssyndrom. I J. Herlofson, L. Ekselius, L. Lundin, A. Mårtensson, & M. Åsberg (Red.), *Psykiatri* (s. 299-339). Studentlitteratur.

- Nilsson, D., Wadsby, M., & Svedin, C. G. (2008). The psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) in a sample of Swedish children. *Child Abuse & Neglect*, 32(6), 627-636. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.09.009>
- Onsjö, M., Strand, J., & Axberg, U. (2022). No child is an island – The life situation before and during treatment for children exposed to family violence. *Human Systems*, 2(2), 64-81. <https://doi.org/10.1177/26344041221078221>
- Prudon, P. (2015). Confirmatory Factor Analysis as a Tool in Research Using Questionnaires: a critique. *Comprehensive Psychology*, 4(10). <https://doi.org/10.2466/03.CP.4.10>
- Smith, P., Dalgleish, T., & Meiser-Stedman, R. (2019). Practitioner review: posttraumatic stress disorder and its treatment in children and adolescents. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(5), 500-515. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12983>
- Spitzer, R. L., Rosen, G. M., & Lilienfeld, S. O. (2008). Revisiting the Institute of Medicine report on the validity of posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 49(4), 319–320. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.01.006>
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Finkelhor, D., Moore, D. W., & Runyan, D. (1998). Identification of child maltreatment with the parent-child conflict tactics scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse & Neglect*, 22, 249-270. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(97\)00174-9](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(97)00174-9)
- Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri. (2019). *Kliniska riktlinjer för utredning och behandling av trauma- och stressrelaterade syndrom*. <https://slf.se/sfbup/app/uploads/2022/03/Trauma-och-stress.-webb.pdf>
- World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11:e uppl.). <https://icd.who.int/browse11/1-m/en>