



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BVP331

Predefinert informasjon

Startdato:	26-03-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	24-05-2019 13:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BVP331 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 314

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 11439

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 16

Andre medlemmer i gruppen: 349

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Effekter av traumefokusert kognitiv atferdsterapi i behandling av ungdommer med posttraumatisk stresslidelse som følge av seksuelle overgrep

The effects of trauma-focused cognitive behavioral therapy as treatment of youth with posttraumatic stress disorder caused by sexual assault

Kandidatnummer: 314 og 349

Bachelor i vernepleie

Institutt for velferd og deltaking

Innleveringsdato: 24.05.2019

Antall ord: 11439

Vi bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Sammendrag

I denne oppgaven har vi sett på i hvilken grad traumefokusert kognitiv atferdsterapi [TF-CBT] har effekt i behandling av posttraumatisk stresslidelse [PTSD] hos ungdom som følge av seksuelle overgrep. Metoden vi har brukt for å belyse problemstillingen er litteratursøk, hvor vi har brukt kliniske oppslagsverk og databaser som UpToDate, BMJ Best Practice, PsycINFO, In Sum og Cochrane Library. I vårt litteraturstudie har vi blant annet inkludert åtte systematiske oversiktsartikler, hvor det i en av dem fremkommer at traumefokusert kognitiv atferdsterapi har vist en effektstørrelse [ES] mellom på $d = 0.51$ og $d = 0.63$. En annen metaanalyse presenterer en ES på $d = 0.78$. Ut i fra disse to systematisk oversiktsartiklene, viser resultatene til at TF-CBT har en middels til høy effekt i behandling av PTSD-symptomer. Vi har også inkludert norsk forskning om TF-CBT og et pågående forskningsprosjekt gjennomført av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress [NKVTS] (2018-2023a) hvor formålet er å implementere TF-CBT i Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker [BUP].

Abstract

The purpose of this bachelor thesis is to measure the effects of trauma-focused cognitive behavioral therapy as treatment of youth with posttraumatic stress disorder caused by sexual assault. The method we have utilized is a literature study. We have used evidence based clinical resources and databases such as UpToDate, BMJ Best Practice, PsycINFO, In Sum and Cochrane Library. We included eight systematic reviews in our literature study, in which one of them yielded an effect size [ES] between $d = 0.51$ and $d = 0.63$. Another meta-analysis presented an ES of $d = 0.78$. Based on the findings from these systematic reviews, the results showed that TF-CBT has middle to high effect in treatment of PTSD-symptoms. We have also included norwegian research of TF-CBT, and an ongoing project conducted by "Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress" [NKVTS] (2018-2023). The purpose of this project is to implement TF-CBT in The children's and young people's psychiatric out-patient clinic [BUP].

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	3
1.1 Problemstilling.....	3
1.2 Begrepsavklaring.....	5
1.3 Formålet med oppgaven og vernepleiefaglig relevans.....	6
1.4 Oppgavens oppbygning.....	7
2.0 Litteraturstudier	9
2.1 Litteratursøk.....	9
2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	12
2.3 Styrker og svakheter ved søkeprosessen.....	12
2.4 Kildekritikk.....	13
3.0 I hvilken grad har traumefokusert kognitiv atferdsterapi effekt i behandling av posttraumatisk stresslidelse hos ungdommer som følge av seksuelle overgrep?	15
3.1 Seksuelle overgrep og posttraumatisk stresslidelse	15
3.2 Traumers påvirkning på hjernen.....	20
3.3 Traumefokusert kognitiv atferdsterapi og kognitiv adferdsterapi	23
3.4 Effekter av traumefokusert kognitiv atferdsterapi.....	26
3.5 Pågående forskning om traumefokusert kognitiv atferdsterapi	33
4.0 Avslutning	35
Referanser	37
Vedlegg	41
Vedlegg I: Dokumentasjon av litteratursøk.....	41
Vedlegg II: PICO-skjema	46
Figurer	47
Figur 1.....	47

1.0 Innledning

Posttraumatisk stresslidelse [PTSD] er en utbredt diagnose innen traumefeltet for mennesker som har opplevd en eller flere traumatiske hendelser. Folkehelseinstituttet [FHI] (2018) oppsummerer at forekomsten av PTSD hos tenåringer varierer fra 0,3 til 1,6 prosent i Norge. Selv om prevalens er i underkant av 2 %, kan det oppleves å være en nokså belastende og svekkende lidelse for den enkelte. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet [BUFDIR] (2017) oppgir at 15 % av norske kvinner og menn har vært utsatt for en eller flere former for seksuelle overgrep før fylte 18 år, hvorav jenter langt oftere er utsatt enn gutter. “De helsemessige konsekvensene av å bli utsatt for seksuelle overgrep i barndommen kan være svært alvorlige” (BUFDIR, 2017). Traumefokusert kognitiv atferdsterapi [TF-CBT] er en behandlingsmetode innen traumefeltet som er spesielt rettet mot barn og unge med PTSD. Denne behandlingsmetoden er veletablert, og har blitt mye forsket på. Dette vil vi komme nærmere innpå både i metodekapitlet og hoveddelen som inneholder drøfting og redegjørelse for effektene av TF-CBT.

I vår siste praksisperiode fikk vi muligheten til å delta på et kurs i traumefokusert omsorg i regi av Ressurscenter for vold, traume, og selvmordsforebygging [RVTS]. Her ble vi inspirert til å fordype oss innen fagfeltet traumebehandling. Interessen for traumefeltet oppsto som resultat av blant annet medieoppslag og litteratur om traumeopplevelser, samt dokumentarer og spillefilmer som fremstiller sterke skildringer av personlige opplevelser når det gjelder seksuelle overgrep. Vi ble interessert i å undersøke sammenhengen mellom å bli utsatt for seksuelle overgrep, og utvikling av PTSD som følge av hendelse(n). Siden ingen av oss har arbeidserfaring innen dette fagfeltet, fikk vi et informasjonsbehov for å belyse problemstillingen vår.

1.1 Problemstilling

For å avgrense området for litteratursøket, har vi stilt hverandre en rekke bakgrunnsspørsmål; hvilken aldersgruppe ønsker vi å ha fokus på? Hvilke begreper brukes i forhold til dette temaet? Finnes det tilstrekkelig relevant og pålitelig forskning innen det aktuelle fagfeltet?

Vi kunne ha skrevet utfyllende om andre diagnoser knyttet til traumer, men vi har valgt å fokusere på PTSD, fordi posttraumatisk stresslidelse viser seg å være diagnosen som er nærmest knyttet opp mot traumer og angstlidelser. Når det gjaldt aldersgruppen bestemte vi oss for å ha et fokus på ungdommer, da det kan tenkes at ungdommer har et stort utbytte av behandling med tanke på prognose, tilpasningsdyktighet og effekt av behandling. Vi sto overfor et valg om vi skulle ha et utrednings- og diagnosefokus, eller et fokus på behandling. For å ta en avgjørelse så vi oss nødt til å få en litteraturoversikt. Det ble da aktuelt å utføre et bakgrunnsøk i forhold til fakta, omfang, utbredelse og praksis. Da vi hadde fått et tilstrekkelig overblikk over hvilket kunnskapsgrunnlag som fantes i forhold til vinklingen vår, bestemte vi oss for å formulere en problemstilling som har fokus på effekt av tiltak. Problemstillingen i denne oppgaven er:

“I hvilken grad har traumefokusert kognitiv atferdsterapi effekt i behandling av posttraumatisk stresslidelse hos ungdommer som følge av seksuelle overgrep?”

For å vurdere i hvilken grad traumefokusert kognitiv atferdsterapi er effektivt, har vi valgt å se etter reduksjon i symptomer på PTSD. Vi vil også inkludere effektstørrelsen [ES] av TF-CBT fra de ulike systematiske oversiktsartiklene vi skal presentere i denne oppgaven. På bakgrunn av kunnskapsgrunnlaget vil vi undersøke om det kan påvises noe ulikhet i symptomer på PTSD før behandlingsstart, sammenlignet med etter avsluttet behandling. I tillegg ser vi på om det oppstår en merkbar forskjell i effekter mellom brukergrupper som mottar TF-CBT som behandling kontra en kontrollgruppe.

Vi valgte denne problemstillingen fordi vi hadde et ønske om å øke vår faglige kompetanse innen traumefeltet når vi videre i yrkeslivet trolig vil komme til å møte på mennesker med traumelidelser. Det finnes dessuten mye forskning innen feltet behandling av traumer. Vi valgte å ha et fokus på TF-CBT fordi det etter hvert kom til syne at denne behandlingsmetoden var blitt mest forsket på. Behandling av traumer, og særskilt PTSD er spennende fordi dersom terapien har effekt, kan det hjelpe mennesker i å mestre og å komme ut av en alvorlig psykisk lidelse, og gi vedkommende et bedre liv og en opplevelse av økt livskvalitet. Dette vil vi komme tilbake til senere i drøftingskapittelet.

1.2 Begrepsavklaring

Her vil vi redegjøre for begreper som er sentrale i forhold til problemstillingen vår, herunder PTSD, seksuelle overgrep, ungdom og traumefokusert kognitiv atferdsterapi.

PTSD:

Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer [ICD-10] definerer posttraumatisk stresslidelse som en “forsinket eller langvarig reaksjon på en belastende livshendelse eller situasjon (av kort eller lang varighet) av usedvanlig truende eller katastrofal art, som mest sannsynlig ville fremkalt sterkt ubehag hos de fleste” (2019). Videre utdypes det at PTSD kan arte seg som for eksempel mareritt, påtrengende minner (også kalt “flashbacks”), søvnløshet, mangel på følelsesmessige reaksjoner, unngåelsesatferd knyttet til situasjoner som minner om traumet og nummenhet (ICD-10, 2019).

I følge ICD-11 (2019) må alle følgende kriterier oppfylles for å kunne stille diagnosen PTSD:

1) vedkommende opplever de traumatiske hendelsene i form av levende påtrengende minner eller mareritt; 2) unngåelse av tanker og minner om hendelsene, eller unngåelse av situasjoner som minner om hendelsene; 3) vedvarende oppfatninger av økt trussel. Symptomene må vedvare i flere uker, og forårsake en signifikant svekkelse av funksjonsnivå innen områder som angår privatlivet, sosiale arenaer, familielivet, utdanning eller yrkeslivet.

(ICD-11, 2019).

Seksuelle overgrep:

Seksuelle overgrep av barn kan betraktes som en aktivitet som har til formål å gi seksuell nytelse, tilfredsstillelse, eller stimulering til en voksen, som bruker et barn til dette formålet og utnytter sin dominante stilling. Det anses også å være seksuelt misbruk når det foreligger en asymmetri mellom offeret og voldsutøveren (Sanchez-Meca, Risa-Alcazar & Lopez-Soler, 2011, s. 68). Vi har både tatt utgangspunkt i enkelthendelser og gjentatte seksuelle overgrep som har pågått over tid.

Ungdom:

Vi har valgt å definere begrepet ungdom som tilsvarende tenåringer. I denne oppgaven velger vi å ta utgangspunkt i aldersgruppen 13-18 år. Selv om problemstillingen vår tar utgangspunkt i ungdommer, baserer litteraturen og forskningen vi har funnet seg på både barn

og ungdommer. Vi mener at aldersgruppen er overførbart, da traumer kan oppstå i barndommen, og at traumereaksjonene vil kunne utarte seg tilsvarende likt hos barn som hos ungdommer.

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi:

Dyregrov (2010, s. 156) oppsummerer at traumefokusert kognitiv atferdsterapi inkluderer blant annet kognitiv bearbeidelse av hendelsene, trening i ekspressive teknikker, gradvis eksponering, og forståelse av relasjon mellom følelser, tanker og atferd. Det blir også vektlagt å gi informasjon om psykologiske aspekter ved seksuelle overgrep, fellessamtaler mellom barn og foreldre, samt trening av foreldre i håndtering av traumeutsatte barn (Dyregrov, 2010, s. 156). Ifølge Lenz og Hollenbaugh (2017) benytter TF-CBT også traumesensitive intervensjoner i likhet med kognitiv atferdsterapi [CBT], og er en relativt kort behandling som foregår over 12-16 uker. Behandlingsmetoden har fokus på blant annet ferdighetsutvikling gjennom aktiviteter som inkluderer psykoedukasjon, avslapningsøvelser og kognitiv omtolkning (Lenz & Hollenbaugh, 2017, s. 19). TF-CBT vektlegger også andre fagområder som fleksibilitet og tilpasning, egen mestringsevne, tilknytningsteori, utviklingsnevrobiologi, og familiefokus. Kognitiv prosessering er blant annet en sentral komponent i TF-CBT (NKVTS, 2018-2023a).

I starten av denne komponenten identifiserer barnet og terapeuten dysfunksjonelle tanker som barnet har om seg selv, andre eller verden generelt, og som er relatert til traumat. Disse tankene kan være ukorrekte eller lite hjelpsomme for barns utvikling. Det arbeides med å utforske tankene og å finne alternative og mer hjelpsomme forståelsesmåter (NKVTS, 2018-2023a).

1.3 Formålet med oppgaven og vernepleiefaglig relevans

Formålet med oppgaven er å undersøke effektene av traumefokusert kognitiv atferdsterapi i symptomlindring for ungdommer med PTSD forårsaket av seksuelle overgrep. Dersom behandlingsmetoden viser seg å ha god effekt, ønsker vi å opplyse annet helsepersonell slik at de kan tilby denne behandlingsformen i sitt behandlingsopplegg. I løpet av utdanningen vår har vi opplevd at det ikke fokuseres særlig på kunnskap om traumefeltet. Vi ser derfor på bevisstgjøring rundt PTSD og seksuelle overgrep som nødvendig, for at fremtidige

vernepleiere skal kunne utføre sin praksis på en faglig og forsvarlig måte. Ifølge Helsepersonelloven [Hpl.] (1999, § 4) stilles det krav til omsorgsfull hjelp og faglig forsvarlighet som kan forventes ut fra helsearbeidets karakter, kvalifikasjoner og situasjonen øvrig.

Vi ønsker med denne oppgaven å sette søkelys på viktigheten av at helsepersonell har kunnskap om traumers innvirkning på ungdommer, og hvordan man bør forholde seg til denne brukergruppen. I møte med ungdommer som har blitt utsatt for seksuelle overgrep er det en viktig del av profesjonsutøvelsen til vernepleieren å møte deres behov og bidra til at de får tatt i bruk sine iboende ressurser, samt fremme respekt og likeverd. Dette er viktige momenter i retningslinjene til Fellesorganisasjonen (FO), som er vedtatt i Yrkesetiske grunnlagsdokumentet (2015). I det miljøterapeutiske arbeidet oppfordres det til høy grad av evne til fagetisk refleksjon, og for å best ivareta pasientgruppens interesser og yte best mulig behandling.

Vi anser TF-CBT og traumefokusert omsorg i behandling av PTSD for å være av vernepleiefaglig relevans, fordi det som vernepleier vil være nødvendig å få en innsikt i hvordan en bør forholde seg til ungdommer med PTSD. Vi har blant annet tatt utgangspunkt i toleransevindummodellen, som er relevant for vernepleiefaglig profesjonsutøvelse fordi dette er et verktøy vernepleiere kan ta nytte av når det gjelder å møte mennesker med PTSD på en god måte. Dette vil vi komme tilbake til i kapittel 3.

1.4 Oppgavens oppbygning

I denne oppgaven vil vi først presentere fremgangsmåten i litteratursøkene, og vise hvordan vi har gjennomført avanserte søk i ulike databaser og kliniske oppslagsverk. Herunder vil vi beskrive inklusjons- og eksklusjonskriteriene som avgjorde hvilke forskningsartikler vi har valgt å inkludere i oppgaven, og si noe om kildekritikk. Videre i oppgaven vil vi redegjøre for posttraumatisk stresslidelse, seksuelle overgrep, traumers påvirkning på hjernen, og traumefokusert kognitiv atferdsterapi, hvor vi reflekterer underveis. I hoveddelen vil vi deretter bruke den forskningen vi har inkludert, samt relevant litteratur, for å drøfte problemstillingen vår. Vi vil også trekke frem et pågående norsk forskningsprosjekt hvor

hovedformålet er å implementere TF-CBT i Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker [BUP]. Avslutningsvis vil vi oppsummere oppgavens innhold og hovedfunn fra forskningen vi har inkludert, samt svare på problemstillingen og presentere våre konklusjoner.

2.0 Litteraturstudier

Denne delen av oppgaven inneholder detaljer om hvordan vårt litteratursøk er bygget opp, og hvilke databaser som er tatt i bruk. For å kunne belyse problemstillingen, trengte vi informasjon om PTSD, og å finne forskningsartikler som ser på effektene av traumefokusert kognitiv atferdsterapi overfor personer med PTSD.

Aveyard (2014) definerer en litteraturstudie som en omfattende studie, og tolkning av litteratur som omhandler et bestemt tema. Når en foretar et litteraturstudie er det vanlig å stille seg selv et forskningsspørsmål, og forsøke å svare på forskningsspørsmålet gjennom litteratursøk. Deretter analyserer en relevante funn gjennom en systematisk tilnærming (s. 2). I vår litteraturstudie har vi valgt å fokusere på systematiske oversiktsartikler. Systematiske oversikter inneholder i stor grad litteraturstudier av høy kvalitet, hvor studiet har blitt gjort av en gruppe forskere som mener de har identifisert alle tilgjengelige funn innen et tema. De har også gjort en grundig vurdering av funnenes pålitelighet, samt inkludert en analyse av resultatene, også kjent som metaanalyser som er systematiske oversikter over kvantitative studier (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2012, s. 49).

2.1 Litteratursøk

Vi har tatt i bruk Helsebibliotekets PICO-skjema (Helsebiblioteket, 2016a). PICO er et hjelpemiddel for å formulere søkespørsmål (Nortvedt et al. 2012, s. 33). PICO står for “population, intervention, control and outcome” Populasjonen i PICO-spørsmålet vårt er ungdommer med PTSD som har blitt seksuelt misbrukt. Siden vi ønsker å finne ut hvilke effekter traumefokusert kognitiv atferdsterapi har i behandling av PTSD, blir dette intervensjonen.

Siden problemstillingen vår ikke tar utgangspunkt i å sammenligne to eller flere behandlingstiltak, inkluderte vi ikke en kontrollgruppe i PICO-skjemaet. Vi har også tatt i bruk KBP-læringsverktøy som er et hjelpemiddel for å utforme best mulig søkestrategi i litteratursøk og vurdering av forskning. Vårt søkespørsmål går ut på å finne effekt av tiltak, dermed vil det ifølge Nortvedt et al. (2012, s. 38) være sentralt å finne randomiserte kontrollerte studier [RCT], og helst metaanalyser av disse.

For å finne statistikk på forekomst av ungdommer med PTSD begynte vi å søke i Folkehelseinstituttet, som befinner seg på det øverste nivået i kunnskapspyramiden sammen med oppslagsverk, retningslinjer og norske offentlige utredninger [NOU]. Vi søkte deretter på det nest øverste nivået i kunnskapspyramiden blant kliniske oppslagsverk som BMJ Best Practice og UpToDate, og kunnskapsbaserte retningslinjer. Ifølge Nortvedt et al. (2012, s. 45) oppsummeres forskning fra systematiske oversikter og enkeltstudier innenfor større temaområder i oppslagsverkene.

I det kliniske oppslagsverket UpToDate brukte vi søkeordet "Treatment PTSD", og fant to relevante systematiske oversiktsartikler av totalt 50 treff i forhold til brukergruppen (se vedlegg I). De resterende ble ekskludert på bakgrunn av at de enten ikke samsvarte med brukergruppen vår eller ikke inneholdt kognitiv atferdsterapi. UpToDate er et klinisk oppslagsverk som befinner seg nest øverst i kunnskapspyramiden, og inneholder systematiske oversikter. Vi har valgt å bruke BMJ Best Practice og UpToDate i søk etter informasjon for å bygge et teoretisk grunnlag om diagnosen PTSD og TF-CBT som behandlingsform. UpToDate inneholder i stor grad høy kvalitetssikret oppsummert forskning, og derfor anser vi denne databasen som relevant for å kunne gi oss artikler som er aktuelle for problemstillingen vår.

Vi utførte et søk i databasen In Sum, som inneholder oppsummert forskning om tiltak for barn og unges psykiske helse og velferd. Her huket vi av temaet "angstforstyrrelser, fobier, traumer og tvang", og kombinerte dette med tiltaket "terapi med barn og unge". For å avgrense søket vårt ytterligere valgte vi også aldersgruppen "ungdom: 13-18 år". Her fant vi mange forskningsartikler som er relevante for oppgaven vår. Vi fikk et treff på 127 artikler, hvorav kun to artikler omhandlet PTSD og kognitiv atferdsterapi. Vi inkluderte artikkel nr. 25 (vedlegg I) som er en oversiktsartikkel om effekt av traumefokusert CBT for behandling av PTSD. Gjennom dette søket fant vi også artikkel nr. 50 (vedlegg I), som er en oversiktsartikkel som ser på den langsiktige behandlingseffekten av ulike psykologiske intervensjoner for ungdommer med PTSD symptomer.

Vi vurderte også databasen PsycINFO som aktuell, da PsycINFO inneholder fagfellevurdert litteratur som er rettet mot blant annet atferdsforskning og mental helse. Vi utførte to omfattende søk. Først brukte vi de engelske medisinske termene (såkalte mesh-termer): "Posttraumatic stress disorder", "PTSD" og "Cognitive behavior therapy". I databasen utførte

vi et avansert søk hvor vi brukte emneordet “Posttraumatic stress disorder”, og begrenset søket til kun å inneholde “reviews” med maksimal spesifisitet og aldersgrupper 13-17 år. Videre kombinerte vi emneordet med forkortelsen “PTSD”, ved å bruke OR. Vi avgrenset igjen kombinasjonssøket med aldersgruppen 13-17 år. Neste steg var å søke med emneordet “Cognitive behavior therapy”, og kombinere dette med det britiske emneordet “Cognitive behavioral therapy”. Her kombinerte vi emneordene med OR, hvor vi til slutt kombinerte resultatene av “Posttraumatic stress disorder” og “Cognitive behavior therapy” med AND. Dette avgrenset vi til å gjelde “reviews” med maksimal spesifisitet, som resulterte i 86 treff. Her fant vi to relevante artikler som vi valgte å bruke (vedlegg I). De andre artiklene ekskluderte vi da de ikke hadde et fokus rettet mot kognitiv atferdsterapi eller TF-CBT.

Cochrane Library er en database med forskningsbasert informasjon om effekten av ulike tiltak for forebygging og behandling. Databasen inneholder artikler og systematiske oversikter av høy kvalitet og evidensbasert praksis. Her har vi brukt tre ulike søkestrategier for å unngå å utelate relevante treff. Først utførte vi et søk hvor vi valgte hovedtemaet “Mental health”. Problemstillingen vår inneholder kjernes spørsmål om effekt av tiltak, derfor velger vi filteret “Intervention” fremfor “Diagnostic”. Etterpå trykket vi oss inn på underkategoriene “Anxiety disorders”, og deretter “Stress disorders”, og fikk 15 treff (se vedlegg I). Vi gjennomførte også et søk ved å bruke søkeordet “PTSD” i søkefeltet, og fikk 29 treff. Ved å bruke søkeordet “Posttraumatic Stress Disorder”, fikk vi 32 treff. Vi valgte å inkludere to artikler i oppgaven vår. De inkluderte artiklene gikk igjen i alle tre søkeprosessene, og derfor ble sannsynligheten for at vi har gått glipp av relevante artikler betydelig redusert.

Vi inkluderer bøker av nyere dato, hvor den eldste boken er fra 2010, og den nyeste er fra 2017, siden traumefeltet stadig er i endring. Samlet mener vi at de inkluderte bøkene er av høyt faglig nivå, og skrevet av forfattere som har lang erfaring innen fagfeltet. Eksempelvis er Dyregrov (2010) blant de fremste innen traumefeltet i Norge. Boken har hovedfokus på barn og traumer, men vi mener at denne kunnskapen også er overførbart til ungdommer, fordi grunnlaget for å utvikle traumer kan oppstå i barndommen, og at traumereaksjonene vil kunne samsvare med det ungdommene opplever. Vi har lagt hovedvekten på kritisk å vurdere de systematiske oversiktsartiklene fordi det er disse som i størst grad blir brukt i oppgaven vår.

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi inkluderte systematiske oversiktsartikler som inneholdt både PTSD og CBT, inneholdt aldersgruppen 13-18 år, med begge kjønn, og på engelsk tilgjengelig i fulltekst.

Eksklusjonskriterier var artikler som inneholdt andre terapiformer som internettbasert terapi, medisinsk behandling med psykofarmaka, og Eye Movement Desensitization and Reprocessing [EMDR] som vi vil komme tilbake til senere i oppgaven. Barn i alder under 13 år, og voksne i alder over 19 ble også hovedsakelig sett bort fra i utvelgelsen av litteratur i vår søkestrategi, da dette faller utenfor vår brukergruppe. Vi har imidlertid inkludert artikler som blir tatt i bruk for å belyse generelle påstander om PTSD, samt TF-CBT og CBT, som vi anså for å være relevant for oppgaven vår.

Med tanke på at kognitiv atferdsterapi er et fagfelt i stor endring, velger vi å basere denne oppgaven på forskning som ikke er eldre enn 7 år. Vi har likevel tatt i bruk eldre forskning som vi anser for å være relevant i form av supplerende informasjon og for å underbygge påstander.

2.3 Styrker og svakheter ved søkeprosessen

Gjennom litteraturstudiet vårt erfarte vi at databasen In Sum var den som ga oss flest brukbare forskningsstudier. In Sum har derimot ingen avansert søkestrategi, noe som gjorde det vanskeligere for oss å begrense resultatene, fordi funnene kan bli mer generelle. Under søkeprosessen har det vært utfordrende å bruke databasen PsycINFO, da vi opplevde en begrenset tilgang til diverse forskningsartikler vi ville bruke, fordi skolebiblioteket hadde sagt opp samarbeidsavtaler med ulike akademiske tidsskrifter. Dette innebar at vi ble nødt til å se bort i fra relevant forskning som vi ønsket å ta med i oppgaven. Noen av artiklene fikk vi imidlertid tilgang til i fulltekst via søkemotoren Google Scholar, ved å søke etter artiklenes tittel i søkefeltet.

Ifølge Nortvedt et al. (2012, s. 68) vil det være en styrke å kritisk vurdere litteraturen for å vurdere kvaliteten på det vi finner. Nortvedt et al. (2012, s. 47) påpeker også at en bør befinne seg høyt i kunnskapspyramiden, noe vi har forsøkt å gjøre ved ta i bruk systematiske

oversikter. I oppgaven har vi inkludert oversiktsartikler av nyere dato (2012-2019), fordi vi anså disse for å være oppdaterte. Vi har ikke søkt i de nordiske databasene NorArt og SveMed+, da disse databasene befinner seg nederst på kunnskapspyramiden blant enkeltstudier. Nordiske databaser kan imidlertid regnes som bedre egnet i forhold til overførbarhet, fordi studiene er gjort i nordisk kontekst. Vi har tatt utgangspunkt i et globalt fenomen som ikke er geografisk avgrenset.

2.4 Kildekritikk

Her vil det redegjøres for vår kildekritiske fremgangsmåter. Dalland (2017, s. 158) definerer kildekritikk som å karakterisere og vurdere den litteraturen en har funnet. Dalland (2017) påpeker også at en er avhengig av at kildegrunlaget er godt begrunnet og beskrevet, for at oppgaven skal være faglig og pålitelig (s. 152). For kritisk å vurdere de systematiske oversiktsartiklene, har vi benyttet en sjekkliste for oversiktsartikler hentet fra Helsebiblioteket (2016b), og lastet ned PDF-filen “Oversiktsartikkel”. Noen av spørsmålene vi tok stilling til under vurdering av de aktuelle artiklenes relevans og troverdighet, var blant annet:

- Er formålet med oversikten klart formulert?
- Søkte forfatterne etter relevante typer studier?
- Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?
- Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?

For at den enkelte artikkelen skulle bli inkludert i denne oppgaven, måtte vi kunne svare “ja” til alle spørsmålene nevnt i sjekklisen. Vi har blant annet valgt å inkludere artiklene “Meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for treating PTSD and co-occurring depression among children and adolescents” (vedlegg I), “*Psychological treatments for symptoms of posttraumatic stress disorder in children, adolescents and young adults: a meta analysis* (vedlegg I), og “Meta-analysis of trauma-focused therapies for treating the symptoms of posttraumatic stress disorder” (vedlegg I). Alle disse systematiske oversiktsartiklene oppfyller kriteriene fra sjekklisen hvor alle har klare formål, med tydelig redegjørelse for metode, som er aktuelt for å besvare problemstillingen vår.

De aktuelle metaanalysene er relevante for oppgaven vår fordi de inneholder en vurdering av effekten av traumefokusert kognitiv atferdsterapi. De tar også utgangspunkt i brukergruppen barn og ungdommer med PTSD, som er tilsvarende brukergruppen i problemstillingen vår, altså ungdommer med PTSD. For å innhente tilstrekkelig informasjon om ungdommer som har blitt utsatt for seksuelle overgrep, tok vi i bruk andre relevante kilder, deriblant Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress [NKVTS] (2008-2020).

3.0 I hvilken grad har traumefokusert kognitiv atferdsterapi effekt i behandling av posttraumatisk stresslidelse hos ungdommer som følge av seksuelle overgrep?

I dette kapittelet vil vi blant annet gjøre rede for koblingen mellom det å bli utsatt for seksuelle overgrep i barndommen, og utviklingen av PTSD hos ungdommer. Først vil vi presentere teori om PTSD, seksuelle overgrep og traumefokusert kognitiv atferdsterapi hvor vi presenterer egne refleksjoner og kommentarer underveis. Dette teoretiske grunnlaget har vi hentet fra blant annet fagbøker, systematiske oversiktsartikler, kliniske oppslagsverk, retningslinjer og rapporter fra helsemyndighetene. Vi har også inkludert et nevrofysiologisk perspektiv som gjør rede for traumers påvirkning på hjernen, da vi anser dette som relevant kunnskap helsepersonell bør ha for at den traumefokuserte behandlingen skal være optimal. Deretter vil vi ta utgangspunkt i dette teoretiske grunnlaget når vi skal drøfte problemstillingen. Videre vil vi drøfte effekten av TF-CBT i behandling av PTSD hos ungdommer som følge av seksuelle overgrep.

3.1 Seksuelle overgrep og posttraumatisk stresslidelse

For å kunne belyse problemstillingen blir det nødvendig å redegjøre for hva traumer og PTSD er. Dette er sentralt for å tilegne seg en bakgrunnsforståelse av den aktuelle brukergruppen vi fokuserer på, som er ungdommer med PTSD. Vi ser på dette som relevant i forhold til oppgaven vår fordi det er viktig å få innsikt i hvilke utfordringer disse menneskene står overfor i hverdagen, for at helsepersonell skal kunne yte faglig forsvarlig helsehjelp og tilby det beste tilgjengelige behandlingstilbudet.

Ifølge Dyregrov (2010) antok en bare for noen tiår tilbake at barns reaksjoner på traumatiske situasjoner var kortvarige reaksjoner, som kunne skyldes at de voksne hadde et ønske om at disse antagelsene skulle stemme. De få systematiske undersøkelsene som ble gjennomført på denne tiden tok utgangspunkt i foreldrenes utsagn, og ikke i barnas egne erfaringer (s. 44). Vi må imidlertid skille mellom om barnets etterreaksjoner gradvis avtar med tiden, eller om reaksjonene "...har låst seg fast enten i form av en posttraumatisk stresslidelse eller avstengte sorgreaksjoner" (Dyregrov, 2010, s. 47). Vi kan anta at vi i løpet av disse tiårene har kommet

lengre og tilegnet oss tilstrekkelig mer kunnskap når det gjelder omfanget av traumatiske opplevelser og PTSD hos barn og ungdommer. Det kan tenkes at nyere systematiske oversiktsartikler som blir gjennomført i dag i større grad tar utgangspunkt i barnas utsagn, følelser, atferd og symptomer, enn kun foreldrenes uttalelser. I dag har vi en betydelig større forståelse av hvordan det er å leve med PTSD, og hvordan det påvirker hverdagen til de som lever med lidelsen.

Brent, Cohen og Strawn (2019) klassifiserer PTSD hos barn og ungdommer som en alvorlig, ofte kronisk, og svekkende psykisk lidelse. Det at PTSD kan regnes som en alvorlig psykisk lidelse med et kronisk forløp, kan være problematisk i et behandlingsforløp. Mennesker med PTSD opplever også flere eller langvarige følger i etterkant av den traumatiske hendelsen (Brent et al., 2019). Som tidligere nevnt i begrepsavklaringen er PTSD en forsinket eller langvarig reaksjon på en belastende livshendelse. Ifølge Solem, Nilsen og Vogel (2016) kan en utvikle en posttraumatisk stresslidelse i etterkant av en eller flere hendelser hvor en har opplevd hjelpeløshet og intens frykt. Den traumatiserende hendelsen kan senere bli gjenopplevd gjennom plagsomme minner og mareritt. Andre symptomer som kan oppstå er avflatning av følelser, hukommelsesvansker, depersonalisering og dissosiasjon (Solem et al., 2016, s. 145). Med tanke på behandling kommer det frem at kognitiv atferdsterapi har god effekt i behandling av PTSD, da effektstørrelsene ligger på cirka 1,6 (Solem et al., 2016, s. 150).

Ifølge Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening (2017), er belastninger i barnets liv og tidligere traumatiske hendelser faktorer av spesiell interesse. Flere traumatiske hendelser kan føre til betydelig økt risiko for utvikling av mental sykdom. Andre forhold som kan ha betydning for hvordan barnet mestrer og opplever traumatiske hendelser, kan være familieforhold og kvalitet på barnets nære relasjoner, tidlig tilknytning, sosiale ferdigheter, intelligens, opplevelse av sammenheng, mestring og kompetanse. Barna kan få en økt risiko for negativ helseutvikling dersom de blir overveldet av foreldrenes egne emosjonelle reaksjoner. Norske barne- og ungdomspsykiatrisk forening (2017) påpeker at det gjennom en rekke studier har vist seg at også foreldre kan utvikle PTSD som reaksjon på barnas traumer, dersom barnet har blitt utsatt for seksuelle overgrep av personer utenfor familien. God foreldreomsorg kan derimot være en buffer mot sykdomsutvikling. Med dette forstår vi betydelige faktorer som tidligere hendelser og hva familietilknytning har å si for prognose og utvikling av PTSD, samt at det gir oss en anelse om hvor sammensatt denne lidelsen er.

Studier av barn med PTSD har sett på relevansen av kjønn, alder, tidligere psykopatologi, sosioøkonomiske forhold og tidligere traumatiske hendelser. Det viste seg at gutter rapporterer lavere nivå av PTSD-symptomer enn jenter, men studiene har derimot ikke tatt høyde for at jenter i tillegg opplever flere traumatiske hendelser i løpet av oppveksten enn gutter (Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening, 2017). Statistikk fra FHI (2018) oppsummerer imidlertid at forekomsten av PTSD hos tenåringer varierer fra 0,3 til 1,6 prosent i Norge. Vi ser en økning av PTSD fra 1,2 prosent i 2011 til 1,8 i 2016, hos tenåringsjenter i alderen 15-17 år. Det kommer også frem at for både gutter og jenter i alderen 10-14 år har andelene ligget på rundt 0,5 prosent hvert år. Slik vi tolker det, kan det se ut til at jenter i større grad blir utsatt for traumatiske opplevelser enn gutter. Uten å generalisere, er det naturlig å forestille seg at det i hovedsak er jenter som blir utsatt for seksuelle overgrep (BUFDIR, 2017). En må derimot også ta i betraktning at det kan forekomme mørketall i slike undersøkelser.

Ungdommer som allerede befinner seg i en sårbar fase i livet, og har utviklet PTSD som følge av seksuelle overgrep, befinner seg i en utfordrende livssituasjon, særlig med tanke på at PTSD i tillegg klassifiseres som en alvorlig psykisk lidelse. Dette kan i verste fall gå ut over livskvaliteten. FHI (2017) definerer livskvalitet som å føle mestring, interesse, engasjement, og om å oppleve tilfredshet, vitalitet, tilhørighet, trygghet, mening og glede.

Et eksempel fra media som viser at seksuelle overgrep kan gå ut over livskvaliteten, er den omstridte amerikanske dokumentaren "Leaving Neverland" (2019). I denne dokumentaren anklages Michael Jackson for å ha forgrepet seg seksuelt på flere yngre gutter, hvor han først skal ha etablert tillitt og en relasjon med ofrene og deres familie, som han senere utnyttet. Dokumentaren tar blant annet utgangspunkt i James Safechuck og Wade Robson sine fortellinger og rystende detaljerte beskrivelser om hvordan de ble seksuelt misbrukt av Michael Jackson i deres barndom. Dette belyser en sammensatt situasjon hvor disse guttene på den ene siden var glad i Michael Jackson, men på den andre siden følte seg samtidig utnyttet da de fant ut at han også hadde etablert relasjoner av seksuell natur med andre gutter. Safechuck og Robson ble truet til å være tause om hendelsene, ellers ville de begge bli fengslet. Flere bekymringer og anklagelser fra frustrerte mødre førte omsider til at Jackson ble tiltalt for seksuelle overgrep mot mindreårige gutter. Da den første rettssaken mot Jackson ble holdt, stilte Safechuck og Robson som vitner for at Jackson ikke hadde voldtatt dem, og holdt fremdeles taust om hemmeligheten deres. Det var først 10 år etter Michael Jacksons

død at tegnene på overgrepene kom til syne, og at de endelig kunne fortelle om hendelsene.

Dette illustrerer et typisk bilde av barn som blir utsatt for seksuelle overgrep av noen i familien eller nære relasjoner, der de blir manipulert til å tro at dette er en normal måte å uttrykke kjærlighet på. Mange kan være trofaste og lojale mot overgriperen, og kan bære på hemmeligheten lenge før de omsider forteller om hendelsene til enten sine nære, eller andre som de har tillit til. Det er blant annet derfor relasjonen til terapeuten som kan være vesentlig, fordi barnet eller ungdommen må kunne føle seg trygg nok til å fortelle om hendelsene. Andre faktorer kan være at det er et skambelagt tema, at de har skyldfølelse og at vedkommende frykter å ikke bli trodd. Det kommer tydelig frem i dokumentaren at de ble vesentlig påvirket i negativ retning av traumene flere år etter de seksuelle overgrepene. Selv om PTSD ikke blir eksplisitt nevnt i denne dokumentaren, beskriver Safechuck og Robson tegn på traumelidelser, deriblant mareritt, ”flashbacks” og angst. Det er derfor rimelig å anta at livskvaliteten deres ble betydelig redusert. En må derimot ta i betraktning at denne dokumentaren har blitt produsert etter Michael Jacksons død, og at han dermed ikke får anledning til å kunne forsvare seg selv mot anklagene. Dokumentaren tar derfor bare utgangspunkt i Safechucks og Robsons uttalelser om at de ble utsatt for seksuelle overgrep av Michael Jackson. Jackson har tidligere blitt frifunnet og er ikke dømt for anklagene, så det blir Robsons og Safechucks ord mot hans. Det er dermed ikke sagt at Michael Jackson er uskyldig, og en bør ta anklagene på alvor, men det kan være utfordrende å stole helt på uttalelser når det kan foreligge motiv om økonomisk kompensasjon bak. Dette kan vi imidlertid ikke få bekreftet, og vi kan derfor kun ta utgangspunkt i det som fremkommer i dokumentaren i dette tilfellet.

Et annet eksempel på en sak fra media hvor selveste kardinalen av den katolske kirken blir dømt for å ha begått seksuelle overgrep mot fem unge gutter. Davey (2019) skriver i en avisartikkel om George Pell som var funnet skyldig i fem seksuelle overgrep utført på fem gutter under alderen 16 år. Hendelsene fant sted i tidsrommet mellom desember 1996 og tidlig i 1997 på St. Patricks katedral, bare måneder etter at Pell ble erkebiskop i Melbourne, Australia. I denne artikkelen beskrives det hvordan Pell forgrep seg på to av korguttene, som var 13 år på den tiden. Aktorens sak falt på den enes vitne, som nå er 35 år gammel, da det andre offeret, døde av en heroinoverdose i 2014. Ingen av dem hadde fortalt noen av historiene om de seksuelle overgrepene. (Davey, 2019). I et utsagt fra en annen avisartikkel uttaler faren til den avdøde: “He was just a different boy. Just totally different. Just didn't care

about anything. Didn't care about anyone. Just didn't even want to breathe” (Milligan, 2019). Dette sier oss noe om hvilken innvirkning seksuelle overgrep har på individet.

I en rapport gjennomført av BUFDIR (2017) kommer det frem at “overgrepsutsatte barn har økt risiko for å bli utsatt for tilsvarende hendelser som voksne” (BUFDIR, 2017). Rapporten oppsummerer at det å bli utsatt for seksuelle overgrep i ung alder kan gi alvorlige helsemessige konsekvenser, på bakgrunn av at barna og ungdommenes erfaringer fra barndommen senere vil danne et grunnlag for selvoppfattelse. Barn som opplever seksuelle overgrep har også større sjanse for å utvikle både somatiske og psykiske lidelser, eksempelvis PTSD, depresjon, angstlidelser, seksuelle problemer, spiseforstyrrelser og suicidalitet. Det har også blitt bevist at overgrep kan påvirke barnets emosjonelle, kognitive og nevrologiske utvikling. I tillegg til dette er det flere av de utsatte som utvikler lærevansker, aggresjonsproblemer, søvnvansker, og blir sosialt tilbaketrukket (BUFDIR, 2017).

Forklaringen på hvorfor noen utvikler posttraumatisk stresslidelse er fortsatt uklar. En mulig forklaring på dette er at barn også kan utvikle en motstandsdyktighet i form av resiliens. “Resiliens kan defineres som fenomenet hvor individer kommer seg gjennom stress og belastninger uten å ta skade av det” (Friborg, referert i Kennair & Kleppestø 2016, s. 27). Resiliens er altså en evne hos individet som kan gjøre det mer robust. Det er dermed ikke gitt at alle ungdommer som opplever seksuelle overgrep vil utvikle symptomer på PTSD. Kennair og Kleppestø (2016) oppsummerer at flere faktorer som påvirker og bidrar til å skape resiliens, er blant annet sosiale ferdigheter, og en positiv sosial orientering. En kan dermed si at mennesker reagerer ulikt på motgang i livet (s. 27).

En kan også høre ”solskinshistorier” hvor mennesker som har blitt eksponert for seksuelle overgrep klarer å takle de traumatiske hendelsene de har blitt utsatt for. Løvetannbarn er en betegnelse på slike mennesker som klarer seg tilsynelatende greit på tross av at de har blitt utsatt for traumatiske hendelser. Dermed er det ikke alle som har vært utsatt for traumatiske hendelser i barndommen som utvikler PTSD. Det kan tenkes at dysfunksjonelle vilkår i oppveksten vil kunne påvirke nære relasjoner. Svekket tillit og evne til å opprette og opprettholde stabile og langvarige relasjoner kan bli en utfordring.

I oppstartsfasen av et behandlingsforløp vil det være vesentlig å ha et fokus rettet mot relasjonsbygging, slik at vedkommende kan føle seg trygg og ivaretatt gjennom

behandlingen. TF-CBT er en resiliensbyggende behandlingsmetode, hvor det fokuseres på å bygge opp egenskapen til resiliens slik at en blir mer motstandsdyktig mot psykiske lidelser, herunder PTSD (NKVTS, 2018-2023b). Resiliensfaktorer kan også bidra til å forebygge psykiske helseplager. Gjennom forskning kan en finne faktorer som er resiliensfremmende, slik at en kan gripe inn med disse faktorene som har effekt, i stedet for å tilby en type behandling som ikke har like god effekt (Kennair & Kleppestø, 2016, s. 28-29).

Berge (2005) hevder at når en får høre detaljene rundt de forferdelige hendelsene som pasientene opplever, kan dette være belastende for terapeuten (referert i NKVTS, 2018-2023b). Her blir det nevnt at historier som dette kan være belastende for terapeuten, men det er rimelig å anta at også disse historiene vil påvirke helsepersonell, deriblant vernepleiere, som jobber med barn og ungdommer som har blitt utsatt for seksuelle overgrep. Dette gjør det enda viktigere å ta vare på vernepleierne eller annet involvert helsepersonell, slik at de igjen kan utøve forsvarlig og adekvat behandling og omsorg i møte med barna og ungdommene. Det å ha kunnskap om TF-CBT kan muligens bidra til å gjøre vernepleiere mer resiliente.

3.2 Traumers påvirkning på hjernen

I dette delkapitlet vil vi presentere teori om traumers påvirkning på hjernen og toleransevindummodellen. Under utredning av PTSD ser en på fysiologiske strukturer i hjernen, som sier noe om hjernens kognitive funksjonsevne. Dette kan påvises direkte via en funksjonell magnettomografisk undersøkelse [fMRI], som viser fysiologiske funksjoners lokalisering i hjernen, og benyttes i studier av hjernefunksjoner (Gjerstad, 2018). Vi anser kunnskap om nevrofysiologi som relevant for å kunne besvare problemstillingen vår fordi slik informasjon kan brukes for å vurdere effekten av kognitiv atferdsterapi, ved å sammenligne resultatene fra fMRI undersøkelsen tatt før og etter behandling. Slik kunnskap er også nyttig i utredningsprosessen av PTSD eller annen sykdom, for å påvise tegn på utvikling av sykdom.

Videre vil vi gjøre rede for et nevropsykologisk perspektiv på stressreaksjoner som kan observeres hos mennesker med PTSD. Nordanger og Braarud (2017, s. 58) påpeker at hjernen vår har et eget beredskapssystem. Som en del av dette systemet finnes en liten mandelformet

struktur plassert mellom emosjonshjernen og overlevelseshjernen, kalt amygdala. Denne kan betraktes som en “røykvarsler” som sier ifra dersom det skulle oppstå potensielle trusler i omgivelsene våre, og gir beskjed om at kroppen skal gå i forsvarsmodus. Når kroppen går i beredskap overtar reflekser og responser, og evnen til å tenke kobles ut. Den naturlige reaksjonen blir å overgi seg, skrike, flykte fra, kjempe imot eller lammes. Dette er også kjent som “fight, flight and freeze” (van der Hart, Nijenhuis & Steele, referert i Thelle, 2016, s. 104). Slike evolusjonsbaserte reaksjoner oppstår også i naturen hos mennesket, og fungerer nærmest som en refleks, uten at vi behøver å reflektere bevisst over det. Dette er vesentlig for artens overlevelse, men hos en person som lider av PTSD har stressreaksjonene blitt overdrevet og uhensiktsmessig aktivert hos vedkommende.

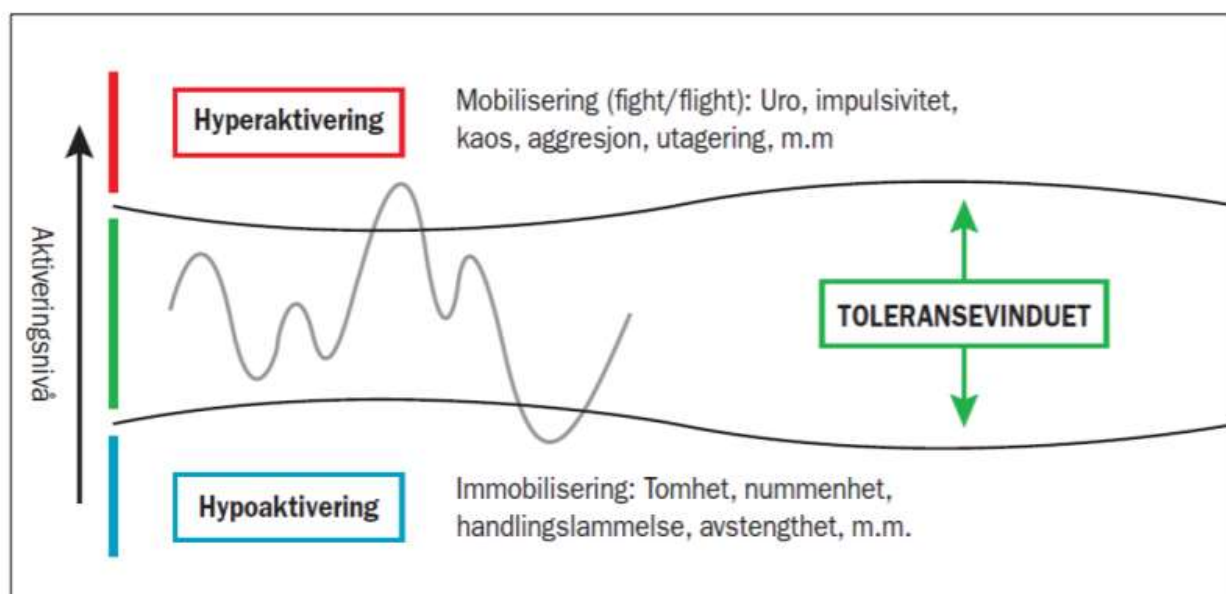
Når beredskapssystemet utløser at det er fare på gang, blir det som regel “bremset” av et reguleringssystem som gjenkjenner truslene i omgivelsene, og kan gi beskjed videre til amygdala om at det ikke lengre er et behov for beredskap (Nordanger & Braarud, 2017, s. 60-62). Traumeutsatte blir ofte eksponert for underaktivering av det parasympatiske nervesystemet, altså lærehjernen, samtidig som det sympatiske nervesystemet blir overaktivert, og ifølge Thelle (2016, s. 105) pendler de traumeutsatte mellom disse ytterpunktene.

Vi kan derfor se et tydelig mønster av veksling mellom unngåelse av alt som kan minne om traumet, gjenopplevelse, overveldelse og frakobling hos den traumeutsatte. Traumereaksjoner kan ses på som en irrasjonell overdrivelse av en situasjon som ikke står i proporsjon med den reelle trusselen. “Som en konsekvens av dette klarer ikke den utsatte å være mentalt tilstede i nåtid, men blir fastlåst i fortidens traumereaksjoner” (Michalopoulos, referert i Thelle, 2016, s. 105). Med andre ord, vil det bety at en ubetydelig hendelse kan utløse en ekstrem og uhensiktsmessig reaksjon på noe som befolkningen ellers vil se på som en bagatell. Et eksempel på dette kan være en lett berøring på skulderen som minner individet på det seksuelle overgrepet og skape et ekstremt ubehag, som resulterer i et panikkanfall. Dette omtales som triggere.

Som deltakende miljøterapeut i en behandlingsprosess er det en rekke faktorer en bør ta hensyn til i møte med mennesker med PTSD. Disse faktorene kan blant annet forklares gjennom et verktøy kalt toleransevindummodellen. Denne modellen egner seg godt innen traumeterapi, og blir omtalt som toleransevinduet optimale sone for fysiologisk aktivering

(Siegel, referert i Hagen, 2016, s. 32). Toleransevindumodellen er et verktøy helsepersonell kan ta i bruk for å møte pasienten på det rette tidspunktet når han eller hun er mottakelig for behandling.

Modellen viser et toleransevindu hvor pasienten klarer å reflektere og regulere egne følelser. Dersom pasientens aktiveringsnivå blir for høyt vil det sympatiske nervesystemet aktiveres, og pasienten kan da få flashbacks, panikkreaksjoner, tvangsmessige tanker eller økt årvåkenhet. Det kan være vanskelig å holde fokus, dersom stressnivået er for høyt. Pasienten kan også inngå i en underaktiveringstilstand som kan medføre at pasienten føler seg nummen, tanketom, trett eller følelsesmessig avflatet. Dette kalles hypoaktivering (Hagen, 2016, s. 32-33). Toleransevinduet spekter er individuelt, og blir som regel regulert av foreldre i barndommen, hvor målet er at vinduet skal bli så bredt som mulig. Hos traumatiserte barn forblir toleransevinduet smalt (Nordanger & Braarud, 2017, s. 85). Gjennom TF-CBT ønsker en derfor å utvide vinduet til det normale igjen.



Figur 1: Toleransevindumodellen av Nordanger & Braarud, (2014) tilpasset fra Ogden, Minton & Pain, (2006).

En vesentlig faktor som kan påvirke toleransevinduet ved å utløse hyperaktivering eller hypoaktivering, er triggerer. Hagen (2016) omtaler triggerer som ytre faktorer, mennesker, eller situasjoner som minner om vonde hendelser i fortiden. Eksempelvis et blikk, en lukt, en

følelse eller fornemmelse i kroppen man ikke klarer å plassere i en sammenheng. Dette kan forårsake en umiddelbar frykt hos vedkommende. Det kan oppleves som desto vanskeligere å plassere triggerne i sammenheng, jo tidligere en har blitt traumatisert (Hagen, 2016, s. 35). Disse faktorene er sentralt å ta med i et behandlingsforløp, med tanke på at det kan være utfordrende å gi behandling når vedkommende befinner seg utenfor toleransevinduet sitt. Effekten av terapien vil være optimal når den foregår innenfor toleransevinduet.

Å gi riktig og mest effektiv behandling vil være av vesentlig betydning for den enkeltes tilhelingsprosess. Pasient- og brukerrettighetsloven [Pbrl.] har som formål å "...bidra til å sikre befolkningen lik tilgang til tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten" (Pbrl., 1999, §1-1). I samråd med andre profesjoner som blant annet psykologer og psykiatere, kan en få kompetanse i å ta i bruk kognitiv atferdsterapi i sin miljøterapi, særlig med tanke på traumefokusert omsorg. Barn og ungdommers brukermedvirkning skal også tas særlig hensyn til i en behandlingsprosess. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) pålegger at "Barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter skal gis informasjon og høres. Det skal legges vekt på hva barnet mener, i samsvar med barnets alder og modenhet" (Pbrl., 1999, §3-1).

3.3 Traumefokusert kognitiv atferdsterapi og kognitiv adferdsterapi

I dette delkapitlet vil vi ta for oss relevant teori om de psykologiske intervensjonene traumefokusert kognitiv atferdsterapi og kognitiv adferdsterapi, og presentere fremgangsmåten som blir brukt i disse behandlingsmetodene. For å kunne besvare problemstillingen, ser vi oss nødt til å redegjøre for TF-CBT, som er den behandlingsformen som vi i utgangspunktet ønsker å undersøke effekten av.

Ifølge NKVTS (2018-2023a) ble TF-CBT utviklet i USA av Judy Cohen, Ester Deblinger og Anthony Mannario, og ble i utgangspunktet anvendt på barn som har blitt utsatt for seksuelle overgrep. TF-CBT har også i ettertid "...blitt tilpasset for barn som er blitt eksponert for andre typer traumer som vold, vitne til vold og enkeltkatastrofer" (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2018-2023a). Behandlingsprinsippene er inkludert i kunnskapsbaserte retningslinjer i England og USA, og flere studier viser at TF-CBT har en

godt dokumentert effekt. Dette underbygges med det at det er en sammenheng mellom barn og ungdommer som har blitt eksponert for seksuelle overgrep, og behandlingsformen TF-CBT. Det har imidlertid også vist seg at ordinær kognitiv atferdsterapi er en anbefalt behandlingsform for mennesker med PTSD. Dette kan også eksperter på traumefeltet bekrefte. Dyregrov (2010, s. 155) viser til National Institute of Health and Clinical Excellence 2005 og Task Force on Community Preventive Services 2008, når han skriver at kognitiv atferdsterapi har en godt dokumentert virkning på traumeområdet, og at det i hovedsak er denne behandlingsmetoden som anbefales. Ifølge Snoek og Engedal (2017) er CBT en strukturert korttidsterapi og problemløsningsorientert behandling som retter sitt fokus på å oppnå ønsket forandring av følelser, atferd og tanker ved hjelp av kognitive intervensjoner og oppgavebaserte prosedyrer. Hensikten med aktiv oppgaveløsning er at pasienten skal lære mestring og problemløsning, samt bygge bro over manglende mestringsområder (s. 54). Det teoretiske grunnlaget bak CBT baserer seg på sosial læringsteori, og “kunnskap om hvordan tanker og forståelse hos enkeltindividet blir dannet og opprettholdt av samspillet med omgivelsene” (Snoek & Engedal, 2017, s. 54).

Det fremkommer i det kliniske oppslagsverket BMJ Best Practice (“Post-traumatic stress disorder”, 2019, s. 30) at pasienter med alvorlige symptomer på PTSD som er til stede i tre måneder eller lengre, bør tilbys en traumefokusert psykologisk behandling som TF-CBT. Behandlingens varighet bør være fra 8 til 12 økter, om PTSD skyldes en enkelt hendelse. Det bør vurderes å øke varigheten til flere enn 12 økter dersom flere utfordringer dukker opp som for eksempel tilstedeværelse av komorbiditet eller kronisk funksjonsnedsettelse som følge av traumer. Behandlingstimene bør være regelmessige og hyppige, det vil si ukentlig, og lengre økter på eksempelvis 90 minutter, er ofte nødvendig når selve traumehendelsen diskuteres. Det kan i utgangspunktet være vanskelig for folk å avdekke detaljer om årsaken til traumet. I slike tilfeller kan det være nødvendig å bruke flere økter for å etablere et tillitsfullt terapeutisk forhold og emosjonell stabilisering før en tar seg av den traumatiske hendelsen eller å vurdere å tilby en ikke-traumefokusert CBT behandling (“Post-traumatic stress disorder”, 2019, s. 30).

Brent et al. (2019) påpeker at komorbiditet ofte kan oppstå hos barn med PTSD, eksempelvis depresjon, generalisert angstlidelse, og obsessive-compulsive disorder [OCD]. I en befolkningsstudie fra USA hvor 1420 barn med PTSD deltok, oppfylte 35 % av barna også kriteriene for andre kroniske psykiske lidelser. I studien kom det frem at økt antall

traumatiske hendelser gjennom livsforløpet, var assosiert med økt sannsynlighet for komorbiditet. NKVTS (2008-2020) kan bekrefte at PTSD hos barn er en tilstand med høy komorbiditet, herunder blant annet depresjon og angstlidelser. Det har også kommet frem at rusproblematikk og ulike typer atferdsvansker ofte oppstår hos barn med PTSD.

Snoek og Engedal (2017, s. 55) hevder at det i atferdsanalysen fokuseres på å lage en analyse av hvilke faktorer som bidrar til å opprettholde det uønskede symptomet, sammen med pasienten. I CBT vektlegger en også det kognitive i tillegg til analysen, da pasientens forestillinger og tanker om plagene kan redusere bedringsprosessen. En kan altså si at CBT tar tak i både handlinger og tanker. Kognitiv atferdsterapi som behandlingsmetode viser til forholdsvis gode resultater når det gjelder behandling av barn og unge med tilpasningsproblemer og atferdsvansker. "Gjennom atferdsorienterte praktiske øvelser skapes erfaring som knyttes til barnets eller ungdommens tanker og følelser. På den måten bygges strukturer som vil ha en positiv innflytelse på fremtidige erfaringer og opplevelser" (Snoek & Engedal, 2017, s. 55). Det er uklart hva Snoek og Engedal mener med "strukturer", men vi tolker det som at forfatterne mener strukturer i hjernen. Sagt med andre ord tar CBT for seg hele det kognitive spekteret ved enkeltindividet med i behandlingsprosessen, slik at det blir tilpasset den enkeltes kognitive nivå. Det handler om å møte individet der vedkommende befinner seg. Kognitiv atferdsterapi tar utgangspunkt i å kartlegge tanke- og handlingsmønsteret til individet. Disse analysene benyttes til å påvirke de fremtidige erfaringene og tankene på en positiv måte.

Videre skriver Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening (2017) at det i behandling av barn med PTSD brukes både gruppeterapi, familieterapi og individualterapi. Disse behandlingstiltakene har sitt utspring i atferdsanalysen, psykodynamiske teorier, innsiktsorienterte teorier, ulike teorier innen familieterapi og kognitiv atferdsterapi. På bakgrunn av forskning som har blitt gjennomført, kommet frem at det er kognitiv atferdsterapi som har vist best effekt (Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening, 2017). Dyregrov (2010) bekrefter også at det finnes ulike former for kognitiv atferdsterapi, deriblant individualterapi og gruppeterapi. Det gjenstår imidlertid fortsatt å finne ut hvilke elementer som er mest virksomme (s. 55). Det viser seg at effekten av behandling i den kliniske hverdagen er moderat, på tross av at det har blitt utarbeidet et stort antall randomiserte kontrollerte studier rundt dette (Ollendick & Davis, referert i Dyregrov, 2010, s. 155).

Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening (2017) anbefaler at en tilrettelegger for trygge omgivelser for å forebygge unngåelsessymptomer og hyperaktivering, og for at barnet lettere skal kunne lære seg å bli minnet om traumet. Ofte plages barn som har blitt utsatt for overgrep av tanker om skam og skyld tilknyttet traumehendelsen(e). Barnets selvfølelse kan rammes av slike negative oppfatninger, og vedlikeholde symptomer på PTSD.

3.4 Effekter av traumefokusert kognitiv atferdsterapi

På bakgrunn av problemstillingen vår vil vi drøfte effekten av TF-CBT med utgangspunkt i artiklenes resultater knyttet til symptomreduksjoner, ulikheter sammenliknet med kontrollgrupper og behandlingens effektstørrelser. Videre vil vi drøfte, kommentere, og underbygge påstander med forskning fra kliniske oppslagsverk.

Dyregrov (2010, s. 156) ser blant annet på forskning som sammenligner TF-CBT med fremgangsmetoden barnesentrert behandling for seksuelt misbrukte barn, som vektlegger relasjonsbygging, reflektering, aktiv lytting, psykopedagogisk informasjon om seksuelle overgrep, samt støtte og empati til samtaler om følelser, og tiltro til foreldres og barns mestringsmekanismer. “Dobbelt så mange barn i alderen 8 til 14 år som mottok den barnesentrerte behandlingen, oppfylte fremdeles PTSD-kriteriene etter behandling sammenliknet med de som fikk traumefokusert CBT.” (Dyregrov, 2010, s. 156).

Dyregrov (2010) hevder at barna som mottok TF-CBT også viste nedgang i negative selvpoppfatninger og skam. Det oppsummeres også at CBT har først og fremst vist gode resultater når det gjelder de fleste kontrollerte studiene på området seksuelle overgrep (s. 156). Det kan tenkes at denne ulikheten av symptomreduksjonen på PTSD kan skyldes at det i den barnesentrerte behandlingen fokuseres mest på faktorer som relasjonsbygging, informasjon, støtte og empati, mens behandlingstiltaket TF-CBT fokuserer mer direkte på traumet i behandling av PTSD. I traumefokusert kognitiv atferdsterapi bør en også huske på at alle mennesker har et grunnleggende behov for å få følelsene sine anerkjent, og at det er vesentlig at terapeuten ivaretar dette behovet. Når pasienten forteller sin historie om hvordan det seksuelle overgrepet opplevdes, skal dette ikke bli dysset ned og bagatelliseres, men tas på alvor slik at vedkommende føler seg sett og ivaretatt.

Blant en av oversiktsartiklene vi fant fra det kliniske oppslagsverket UpToDate, nevner Cochen (2019) at TF-CBT er satt sammen av ulike komponenter, og er inndelt i tre faser. Fasene består av individuell behandling av barnet, parallell behandling av barn og foreldre, og en behandling som foregår sammen med foreldre og barnet. Cochen (2019) oppsummerer at randomiserte kliniske studier som har kombinert TF-CBT med aktiv behandling og kontroll for barn med PTSD, viser at traumefokusert kognitiv atferdsterapi i større grad reduserte symptomer på PTSD, sammenlignet med kontrollbehandlingen (Cochen, 2019). Disse funnene kan vi også se at bekrefte av gjennom en annen systematisk oversiktsartikkel av Cary og McMillen (2012). Dette Cochen (2019) skriver om behandling som foregår sammen med foreldre og barnet, er interessant med tanke på de ungdommene som har blitt utsatt for incest av foreldrene i oppveksten. Det kan tenkes at det å inkludere foreldrene i behandlingsprosessen vil by på utfordringer. Ungdommen kan ha vanskelig for å åpne seg, og kan oppleve å bli retraumatisert, og behandlingen vil kunne ha en motsatt eller utilsiktet effekt. I disse tilfellene vil det være mer gunstig å anbefale individualterapi for ungdommen, og eventuelt parallell behandling for foreldrene.

Ifølge Cary og McMillen (2012) antydes det at traumefokusert kognitiv atferdsterapi i større grad er mer effektivt i reduksjon av PTSD-symptomer enn "attention control", kommunale hjemmebaserte tjenester, eller ingen behandling. Dette gjelder både under umiddelbar behandling, og tolv måneder etter avsluttet behandlingsforløp. TF-CBT kan effektivt hjelpe traumatiserte ungdommer som opplever symptomer på PTSD (s. 756). Både Cochen (2019) og forfatterne Cary og McMillen (2012) sammenligner her behandlingsmetoden traumefokusert kognitiv atferdsterapi med en kontrollgruppe som blant annet ikke mottar behandling, for å undersøke graden av symptomreduksjon på PTSD. Begge konkluderer med at TF-CBT i større grad reduserer symptomene, og kan ansees som en effektiv metode. Her vises det åpenbart at dersom en ikke mottar en behandling som retter seg mot et traume, vil vedkommende kunne ha en betydelig dårligere prognose. Samtidig bør en ta høyde for at noen kan oppleve spontan bedring, slik en for eksempel kan se hos mennesker som har en evne til resiliens. Når en sammenligner TF-CBT med ingen behandling, er det stor sannsynlighet for at behandlingsgruppen viser størst grad av bedring da de er den eneste grupper som har noe intervensjon.

Gutermann, Schreiber, Matulis, Schwartzkopff, Deppe og Steil (2016) oppsummerer i en systematisk oversikt at forskere mener den generelle effektstørrelsen av TF-CBT er middels i

behandling av PTSD-symptomer for ungdommer som har opplevd seksuelle overgrep. Gjennom 35 ulike studier viser ES ($d = 0.51$) for ukontrollerte studier, og ($d = 0.63$) for kontrollerte studier (s. 78). Vi tolker dette for som pålitelige funn, da forfatterne viser til effektstørrelser mellom 0.51 og 0.63. For å vurdere ES, tar vi utgangspunkt i Cochens skala som graderer ES etter desimaler hvor lav effekt tilsvarer 0.20, middels er over 0.50 og høy er over 0.80 (Cochens, 1988, referert i Lenz & Hollenbaugh, 2017, s. 22). På bakgrunn av dette kan vi se at effektstørrelsen av TF-CBT i denne systematiske oversiktsartikkelen viser til en middels effekt.

Gutermann et al. (2016) påpeker at lengre intervensjoner var mest effektive i de kontrollerte studiene. De studiene i metaanalysen som inkluderte kontrollgruppen med ingen behandling, hadde større ES for eldre barns utbytte av behandlingen. Resultatene viste at effektstørrelsen var høyere for gutter, enn for jenter. Både de kontrollerte og ukontrollerte effektstørrelsene var høyere når det gjaldt CBT-intervensjoner enn andre behandlinger (s. 78). Det kan tenkes at yngre barn har mindre utbytte av kognitiv atferdsterapi, på bakgrunn av at denne brukergruppen har et kognitivt modningsnivå som er lavere enn hos eldre barn. Dette kan påvirke evnen til refleksjon og sette traumehendelsene i en kontekst, som er sentrale egenskaper for å kunne sette sammenhenger i perspektiv. I tillegg må en ta i betraktning at det språklige utviklingsnivået også kan være til hinder for at individet klarer å uttrykke egne tanker og følelser rundt traumat. Eldre barn har mer velutviklede kommunikative evner, og har større kapasitet til å forstå rådene og tilbakemeldingene terapeuten gir. Fremtidsperspektivet til ungdommene kan også tenkes å være bedre. Vi kan derimot ikke se noen logisk forklaring på hvorfor gutter i dette tilfelle fikk mer utbytte av behandlingen enn jenter.

I en systematisk oversiktsartikkel gjennomført av Lenz, Haktanir og Callender (2017) kom det frem at resultatene av studiene ga støttende evidens til påstanden om at traumefokuserte terapier [TFT], herunder blant annet kognitiv atferdsterapi og EMDR anbefales som førstevalgsbehandling for PTSD-symptomer (s. 340). EMDR "...baserer seg på at barnet fremkaller det traumatiske bildet..., samtidig som de følger terapeutens hånd med øynene mens hånden rytmisk føres frem og tilbake foran barnets øyne" (Dyregrov, 2010, s. 158).

Vi fant også en annen metaanalyse fra Nederland som har sett på effekten av EMDR og TF-CBT. Nexhmedin, Koerssen og Pollet (2016) har sammenlignet ulike tiltak for barn og

ungdommer under 18 år med PTSD. Tiltakene som ble sammenlignet var EMDR, medisinsk behandling, TF-CBT, og andre psykoterapeutiske behandlingsmetoder mot ingen behandling. Innen de spesifikke formene for psykoterapi var TF-CBT den behandlingsmetoden som er blitt mest forsket på. Traumefokusert kognitiv atferdsterapi viste seg å ha en middels effekt på både symptomreduksjon av PTSD og symptomer på depresjon (Nexhmedin et al., 2016, s. 50). I denne metaanalysen fremkommer det også resultater som viser til middels effekt av TF-CBT på symptomreduksjon av PTSD, i likhet med funnene til Gutermann et al. (2016).

På en annen side viser forskning fra USA at TF-CBT er en lovende intervensjon for å behandle symptomer på PTSD og depresjon som komorbiditet hos barn og ungdommer, sammenlignet med alternativ behandling eller ingen behandling (Lenz & Hollenbaugh, 2017, s. 29). Denne forskningen presenterer en ES på $d = 0.78$ (s. 27). I tillegg til å ha god virkning hos barn og ungdom med PTSD, tyder funnene på at behandlingens effekt er merkbar dersom en implementerer denne fremgangsmåten på tvers av klientpopulasjoner uavhengig av alder, etnisk identitet, eller type traumer som forårsaket et behandlingsbehov (Lenz & Hollenbaugh, 2017, s. 29).

Vi anser Lenz og Hollenbaughs (2017) funn for å være signifikante, ettersom p -verdien er 0.01. En p -verdi sier oss noe om det vi observerer er en egenskap som gjelder populasjonen generelt, eller om det er en tilfeldig egenskap hos den brukergruppen vi studerer (Helsebiblioteket, 2016c). P -verdien bør være lavere enn 0.05 for å være av statistisk signifikans. Funnene i denne metaanalysen viser til en effektstørrelse på $d = 0.78$, som vil si at behandlingsmetoden har en middels til høy effekt når det gjelder symptomreduksjon på PTSD og depresjon som samsykdom. En slik behandlingsmetode tenker vi at kan benyttes til å lage retningslinjer for førstevalgsbehandling. Dette vil vi se nærmere på når vi snakker om pågående forskning på TF-CBT, og det pågående prosjektet til NKVTS i implementering av traumefokusert kognitiv atferdsterapi i BUP.

Gjennom de metaanalysene vi har presentert hittil, har TF-CBT og CBT vist seg å gi gode resultater når det gjelder behandlingseffekt av PTSD-symptomer. En systematisk oversiktsartikkel viser imidlertid at det har blitt gjennomført utilstrekkelige mengder studier av høy kvalitet på effekten av TF-CBT for mennesker med PTSD (Sin, Spain, Furuta, Murrells og Norman, 2017, s. 1). Sin et al. (2017) påpeker at det i liten grad også har blitt forsket på sammenhengen mellom PTSD og alvorlige psykiske lidelser. Der foregår en

økning i evidens som indikerer at individer som utvikler alvorlige psykiske lidelser, også er sårbare for å utvikle PTSD. Effekten av traumefokuserte psykologiske intervensjoner rettet mot PTSD for den generelle populasjonen er positive (s. 1). Dette kan forstås som at TF-CBT viser seg å ha god effekt for befolkningen ellers som kun er diagnostisert med PTSD, men ikke er tilstrekkelig nok for de som har en alvorlig psykisk lidelse i tillegg.

Videre viser Sin et al. (2017) at resultater fra forsøk med traumefokusert kognitiv atferdsterapi imidlertid er begrensede og mangelfulle når det gjelder behandlingens effekt på PTSD. Dette gjelder også i forskning som sammenligner TF-CBT med EMDR, hvor det påpekes at det ikke er noe tydelig forskjell mellom effekt på PTSD i disse behandlingsmetodene (Sin et al., 2017, s. 2). Eksisterende oversiktsartikler støtter opp under effektiviteten av TF-CBT og EMDR for PTSD i befolkningen generelt. TF-CBT og EMDR kan være mer effektive enn standard behandling for å fremme tilfriskning fra PTSD på lengre sikt. Evidens på dette er hentet fra et eller to forsøk hvor alle deltakere også mottok støtte fra tverrfaglige psykiatriske tjenester, i stedet for traume-fokuserte psykologiske tiltak alene (s. 38). Her ser vi at Sin et al. (2017) sine funn står i motsetning til Lenz et al. (2017) og Nexhmedin et al. (2016) sine funn, som viser en god effekt av TF-CBT sammenlignet med EMDR.

Ifølge Sin et al. (2017) ville det være uklokt å stole på evidens fra eksisterende systematiske oversikter av TF-CBT for den generelle befolkningen når det gjelder behandling av personer som har en alvorlig psykisk lidelse i tillegg til PTSD, på bakgrunn av at personer med alvorlige psykiske lidelser trenger støtte fra tverrfaglige psykiatriske tjenester. Dermed er det behov for mer forskning angående effekten av traumefokuserte psykologiske tiltak for personer med alvorlig psykisk lidelse og PTSD, for å etablere det mest kliniske og kostnadseffektive tiltaket for denne komorbide pasientgruppen (Sin et al., 2017, s. 38). Derfor kan det være utfordrende å måle effektene av traumefokusert kognitiv atferdsterapi dersom vedkommende allerede har et tverrfaglig team rundt seg med et godt behandlingsopplegg. Det kan da være vanskelig å bedømme om det er TF-CBT, den tverrfaglige psykiatriske tjenesten, eller en kombinasjon av disse behandlingstilbudene som bedrer sykdomsforløpet og effektiviserer symptomreduksjonen.

Det kan i noen tilfeller være fornuftig å kombinere TF-CBT med alternativ behandling for symptomlindring av PTSD og samsykdom. Brent et al. (2019) hevder at ungdommer med

påvist komorbiditet også kan ha utbytte av medisinsk behandling for PTSD-symptomer så vel som for samsykdommene. Noen tilleggslidelser kan bli behandlet samtidig, mens andre krever kliniske undersøkelser for å avgjøre hvilken behandling som bør prioriteres (Brent et al., 2019). Da traumefokuserte psykoterapier blir kontraindisert for mennesker med kognitiv svikt, som utviklingshemmede (Brent et al., 2019), kom vi til å reflektere over at ungdommer med utviklingshemming som har blitt utsatt for seksuelle overgrep og som har utviklet PTSD som følge av dette, vil i liten grad ha utbytte av traumefokusert kognitiv atferdsterapi. Denne allerede utsatte brukergruppen befinner seg da i en særlig sårbar posisjon.

Brent et al. (2019) hevder at psykoterapi ikke bør vurderes for å være ineffektiv på PTSD, inntil den komorbide lidelsen er tilstrekkelig behandlet. Mange av disse samsykdommene kan behandles med CBT. Traumefokuserte terapier ble sammenlignet med ingen behandling, støttende tiltak og andre strategier. Blant studiene som inngår i metaanalysen var det liten forskjell mellom hvem, hvordan og under hvilke omstendigheter TFT er effektive til tross for noen tilfeller av ulikheter i effektstørrelsene (Brent et al., 2019). Det kan virke som at Brent et al. (2019) mener at dersom den komorbide lidelsen ikke er tilstrekkelig behandlet, bør en ikke vurdere at den traumefokuserte terapien ikke har effekt når det gjelder PTSD. Brent et al. (2019) utdyper derimot ikke hva de mener med “hvem, hvordan og under hvilke omstendigheter”, og det er uklart hva som kan være årsaken til noen ulikheter i effektstørrelsene.

Lenz et al. (2017) erkjenner at det er nødvendig med vesentlig mer primær forskning for å identifisere de terapeutiske prosessene som fører til endring innen traumefokuserte terapier (s. 349). På tross av at det finnes mye forskning innen fagfeltet og mange RCT'er som vil måle effekt av TFT og TF-CBT i behandling for PTSD, mangler det fremdeles mer grundig primærforskning og randomiserte kontrollerte studier av høy kvalitet. Dette underbygger også Dyregrov (2010), når han skriver at det fortsatt gjenstår å finne ut hvilke elementer som er mest virksomme (s. 55). Det er interessant at det påpekes at det er nødvendig med vesentlig mer primærforskning for å identifisere de terapeutiske prosessene som fører til endring innen traumefokuserte terapier. Det er dermed uklart om det er TF-CBT som gir effekter på PTSD, eller om andre faktorer har større betydning.

Det er dermed ikke sagt at TF-CBT er den mest egnede behandlingsmetoden for alle enkeltindivider. Ifølge Brent et al. (2019) anbefales det å bytte til en annen evidensbasert

psykoterapi som er mer nyttig, dersom behandleren er overbevist om at barnet eller tenåringsgruppen ikke har respondert tilstrekkelig på traumefokusert atferdsterapi etter å ha vurdert ulike faktorer som blant annet pågående traumer, triggere eller komplekse traumer. Et eksempel kan være å bytte fra TF-CBT gruppeterapi til individuell TF-CBT. En kan også skreddersy psykoterapien mot barnets spesifikke PTSD-symptomer (Brent et al., 2019).

Brent et al. (2019) peker på forskning hvor traumefokuserte psykoterapier har vist seg å være effektive når det gjelder å redusere symptomer hos barn og ungdommer med PTSD. Til sammenligning med medikamentell behandling, har ingen medikamenter mot PTSD vist seg å være støttet av pålitelige randomiserte kontrollerte studier, eller er godkjent av US Food and Drug Administration i USA. For de fleste barn som er syv år eller eldre med PTSD eller PTSD-symptomer, er TF-CBT det tiltaket som er sterkt støttet av evidens fra kliniske studier. Disse studiene har blitt replikert i diverse populasjoner av barn med ulike typer traumer (Brent et al. 2019). Slik vi tolker det her, er TF-CBT effektiv i symptomreduksjon hos barn og ungdommer med PTSD, noe som er sterkt støttet av andre studier, men det finnes derimot ikke nok evidens for å anbefale bruk av medikamentell behandling som primærbehandling. Vi tenker derfor at medikamentell behandling kan kombineres med TF-CBT parallelt. Dette underbygges igjen av Brent et al. (2019), som skriver at medikamenter kan være nyttig tilleggshandling for ungdommer med PTSD når den kliniske responsen på traumefokusert psykoterapi ikke er adekvat, dersom behandlingsformen ikke er tilgjengelig, eller kliniske faktorer fraråder bruken av TF-CBT. Dette kan for eksempel være komorbiditet som oppstår i akutte kliniske tilstander som krever umiddelbar stabilisering, blant annet suicidalitet, psykose, mani eller rusmiddelforgiftning. Få randomiserte kontrollerte studier som innefatter medisiner, som tilleggshandling eller primærbehandling, evaluerer effekten av medisiner for generelle eller spesifikke symptomer på pediatrik PTSD (Brent et al. 2019).

Videre fremkommer det i det kliniske oppslagsverket BMJ Best Practice i "Post-traumatic stress disorder" (2019) at antidepressiva ikke bare er effektive for å redusere depresjon, men også for å redusere symptomer på PTSD. På grunn av lave effektstørrelser i systematiske oversikter, bør medikamentell behandling imidlertid kun vurderes etter at traumefokusert psykologisk behandling har blitt igangsatt eller at traumefokusert behandling bør frarådes ("Post-traumatic stress disorder", s. 25). På bakgrunn av at det foreligger lite forskning om effektstørrelsen av medisinsk behandling for pediatrik PTSD, kan det tenkes at medikamentell behandling bør anbefales i behandling for den komorbide lidelsen, som for

eksempel depresjon eller angst. Medisinsk behandling bør derimot ikke benyttes som primærbehandling av PTSD.

3.5 Pågående forskning om traumefokusert kognitiv atferdsterapi

Videre vil vi presentere et pågående forskningsprosjekt som implementerer traumefokusert kognitiv atferdsterapi i BUP'er på landsbasis, og gjennomfører en RCT-studie om TF-CBT. Helsedirektoratet har gitt et oppdrag til NKVTS om implementering av TF-CBT i BUP i tidsrommet 2018-2023. Målet med implementeringen er å utvide TF-CBT tilbudet slik at tilstrekkelig flere BUP'er i landet kan ta i bruk behandlingsmetoden, og opprettholde TF-CBT tilbudet hos de allerede deltakende klinikkene. "Den overordnede ambisjonen er at samtlige barn og unge som sliter med symptomer på posttraumatisk stress skal få kunnskapsbasert behandling for sine vansker" (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2018-2023a).

Tanken er at det vil gis opplæring i implementeringsledelse til ledere ved nye klinikker som deltar i prosjektet, slik at tilbudet om TF-CBT opprettholdes og at implementeringen blir oppfulgt over tid. Dette oppnås gjennom å tilrettelegge for god veiledning og oppfølging av implementeringslederne og behandlerne i traumefokusert kognitiv atferdsterapi (NKVTS, 2018-2023a). NKVTS begynte i 2008 med å gjennomføre en RCT blant 8 vanlige poliklinikker i Norge, som ferdigstilles i 2020. Her skal det blant annet undersøkes korttids- og langtidseffektene av TF-CBT på barn som er blitt eksponert for alvorlige traumer. Det blir utført fortløpende utredninger av barna under hele terapiforløpet fra start til slutt, samt et år etter behandlingsstart og 18 måneder etter fullført behandling. Studien har hittil vist at behandlingen er dokumentert virksom for traumeutsatte barn i norsk kontekst også. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress er den første til å utprøve TF-CBT i Europa, da tilsvarende studier enda ikke har blitt gjennomført i Europa eller Norge (NKVTS, 2018-2023a). Vi tenker at dette er et prosjekt som virker lovende. Det er positivt at helsemyndighetene setter i gang omfattende forskning på langsiktige og kortsiktige effekter av TF-CBT. Prosjektet er interessant fordi det bidrar til at nasjonale og politiske føringer blir implementert i BUP'er, men kan også føre til at traumefokusert kognitiv atferdsterapi i

fremtiden kan bli innført i andre instanser og institusjoner, som for eksempel Distriktpsikiatriske sentre og Barnevernet.

4.0 Avslutning

Vår problemstilling i denne oppgaven er “I hvilken grad har traumefokusert kognitiv atferdsterapi effekt i behandling av posttraumatisk stresslidelse hos ungdommer som følge av seksuelle overgrep?” For å belyse problemstillingen har vi analysert funn fra systematiske oversiktsartikler gjennom en systematisk tilnærming.

PTSD som en langvarig eller forsinket reaksjon på en belastende situasjon eller livshendelse, som kan komme til uttrykk i ulike former som for eksempel flashbacks, unngåelsesatferd knyttet til situasjoner som minner om traumet, mareritt, søvnløshet og nummenhet (ICD-10, 2019). PTSD hos barn klassifiseres ofte som en kronisk, alvorlig og svekkende psykisk lidelse som kan gi utfordringer i et behandlingsforløp (Brent et al., 2019). En rapport fra BUFDIR (2017) oppsummerer at en kan pådra seg alvorlige helsemessige konsekvenser dersom en blir utsatt for seksuelle overgrep i ung alder. Det har også kommet frem at barn som opplever seksuelle overgrep blant annet har økt sannsynlighet for å utvikle både psykiske og somatiske lidelser, som igjen kan påvirke barnets kognitive, emosjonelle og nevrologiske utvikling.

På bakgrunn av resultatene fra litteratursøket vårt, har vi funnet flere systematiske oversiktsartikler og de kliniske oppslagsverkene UpToDate og BMJ Best Practice, hvor det fremkommer evidens for at TF-CBT er den mest effektive behandlingsmetoden for ungdommer med PTSD. Lenz og Hollenbaughs (2017) funn indikerer at traumefokusert kognitiv atferdsterapi har en effektstørrelse på $d = 0.78$, som vil si at behandlingsmetoden har en nokså høy grad av effekt på symptomreduksjon på PTSD. Gutermann et al. (2016) oppsummerer at de gjennom 35 ulike studier har funnet middels til høye effektstørrelser på $d = 0.51$ for ukontrollerte studier, og $d = 0.63$ for kontrollerte studier, når det gjelder effekten av TF-CBT i behandling av ungdommer med PTSD som følge av seksuelle overgrep.

Vi kan derfor konkludere med at traumefokusert kognitiv atferdsterapi har en middels til høy grad av effekt. Det var imidlertid utfordrende å tolke tabellene av resultatene fra de systematiske oversiktsartiklene fordi språket forskerne benyttet seg av, bar preg av statistikk og var på et komplisert engelsk fagspråk. Gjennom den kritiske vurderingen av forskningen

vi har tatt med i oppgaven, har vi etter beste evne forsøkt å tolke og sette oss inn i tallene som blir presentert.

Stort sett viser de inkluderte systematiske oversiktsartiklene til at TF-CBT har god effekt i behandling for ungdommer med PTSD, på tross av at noen av funnene pekte på middels til høy effekt. Dyregrov (2010) skriver blant annet at CBT har god effekt i de fleste kontrollerte studier på området seksuelle overgrep (s. 156). Dette underbygger også Brent et al. (2019), når de hevder at traumefokuserte psykoterapier som TF-CBT er effektive for symptomreduksjon av PTSD for barn og ungdommer.

På bakgrunn av funn fra rapporter og pågående prosjekter gjennomført av NKVTS, retningslinjer fra Norsk barne- og ungdomspsykiatriske forening, og de kliniske oppslagsverkene UpToDate og BMJ Best Practice, konkluderer vi med at TF-CBT er førstevalgsbehandling for ungdommer med PTSD som følge av seksuelle overgrep. Vi er overbevist om at denne behandlingsmetoden kan hjelpe mange ungdommer ut av en alvorlig, kronisk og svekkende lidelse som kan være meget belastende for vedkommende. Dette kan tilsynelatende gå ut over faktorer som livskvalitet, og fremtidsperspektivet til de traumeutsatte.

Problemstillingen vår har en vernepleiefaglig relevans fordi vi med denne oppgaven håper på å få opplyst helsepersonell, slik at vernepleiere blir bevisst på hvilke behandlingsmetoder som har god effekt når det gjelder PTSD. I utgangspunktet er det behandlere som psykiatere og psykologspesialister som sitter på kunnskap om- og utfører traumefokusert kognitiv atferdsterapi, men det finnes imidlertid videreutdanninger i kognitiv atferdsterapi for helsepersonell med helse- og sosialfaglig bachelorutdanning, deriblant vernepleiere. En utfordring videre kan være å implementere den traumebevisste omsorgen i kommunale boliger eller andre institusjoner. Avdelingsleder i de gjeldende institusjonene har ansvar for kursing og opplæring i traumebevisst omsorg, slik at vernepleiere og andre ansatte kan bruke denne tilnærmingen i møte med ungdommer som lider av PTSD. Vi har et ønske om at fremtidige vernepleiere der ute skal kunne utføre sin praksis på en best faglig og forsvarlig måte, slik at brukernes behov og stemme skal bli ivarettatt gjennom behandlingsforløpet.

Referanser

Aveyard H. (2014) *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (3. Utg.) Maidenhead: Open University Press.

Brent D., Cochen J. A., Strawn J. (2019) Approach to treating posttraumatic stress disorder in children and adolescents. I *UpToDate*. Hentet 30. april 2019 fra: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-treating-posttraumatic-stress-disorder-in-children-and-adolescents?fbclid=IwAR0XnhuPqpzBA5jzM1Spp1zAP_rZ0WAA2KgS_erGjH7UaAby0Cqvm2zMI

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2017, 28. desember) Seksuelle overgrep mot barn. Hentet fra: https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Oppvekst/Vold_og_overgrep_mot_barn/Seksuelle_overgrep_mot_barn/

Cary C. E., McMillen J. C. (2012) The data behind the dissemination: a systematic review of trauma-focused cognitive behavioral therapy for use with children and youth. *Children and youth services review*, 34, 748-757. <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.01.003>

Cochen J. A. (2019) Psychological interventions for posttraumatic stress disorder in children and adolescents. I *UpToDate*. Hentet 30. april 2019 fra: https://www.uptodate.com/contents/psychosocial-interventions-for-posttraumatic-stress-disorder-in-children-and-adolescents?sectionName=Individual%20trauma-focused%20CBT&topicRef=111729&anchor=H423111237&source=see_link#H423111237

Dalland O. (2017) *Metode og oppgaveskriving* (6. Utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Davey M. (2019, 26. februar) George Pell: cardinal found guilty of child sexual assault. *The Guardian*. Hentet fra: https://www.theguardian.com/australia-news/2019/feb/26/cardinal-george-pell-vatican-treasurer-found-guilty-of-child-sexual-assault?fbclid=IwAR0W-HJcEfY0RJoJVifSP-xJa9enYxqi5429JZAWzSpElnHn5u_Cvusr64

Dyregrov A. (2010) *Barn og traumer: en håndbok for foreldre og hjelpere* (2. utg.) Bergen: Fagbokforlaget.

Fellesorganisasjonen (2015, mars) Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernpedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere: Stå opp for trygghet. Hentet fra: <https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1548957631/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>

Folkehelseinstituttet (2017, 23. mars) *Fakta om livskvalitet og trivsel i Norge*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel-i-norge/>

Folkehelseinstituttet (2018, 14. mai) *Livskvalitet og psykiske lidelser hos barn og unge*.

Hentet fra:

https://fhi.no/nettpub/hin/grupper/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/?fbclid=IwAR18MXsKciv73_vbPveJfnbVkf4LUfC0gi01jPpRSBTCjvm26AjlEQXSv8s#main

Gjerstad L. (2018). fMRI. I *Store medisinske leksikon*. Hentet fra: <https://sml.snl.no/fMRI>

Gutermann J., Schreiber F., Matulis S., Schwartskopff L., Deppe J., Steil R. (2016) Psychological treatments for symptoms of posttraumatic stress disorder in children, adolescents, and young adults: a meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 19, 77-93. <http://dx.doi.org/10.1007/s10567-016-0202-5>

Hagen M. B. (2016) Diagnoser og behandling. I Hagen M. B, Barbosa da Silva A. & Thelle M. I (Red.) *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid - fra et tilknytningsteoretisk perspektiv* (s. 27-44) Oslo: Universitetsforlaget.

Helsebiblioteket (2016a, 3. juni). PICO Hentet fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsebiblioteket (2016b, 3. juni). Sjekklistor. Hentet fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsebiblioteket (2016c, 7. juni). Analysere tall 1.

Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/analysere-tall-1?fbclid=IwAR0jh3Pjm6PToNU9QXf2FqA6diOVN-CEdYTmPyGLtumnIcZ69aGR30grTM>

Helsedirektoratet (2019). ICD-10 Internasjonal klassifikasjon. Hentet fra:

<https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2613495>

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64)

Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven&fbclid=IwAR0_k451AxPTi_OJOU23kDbIOzhnlUwBv_7GFh_YQzIVSQCNTchRjEJXGg

Kennair L. E. O., Kleppstø T. H. (2016) Hva er psykopatologi?. I Hagen R. og Ottesen L. E. (Red) *Psykiske Lidelser* (s. 13 - 46). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lenz A. S., Haktanir A., Callender K. (2017) Meta-analysis of trauma-focused therapies for treating the symptoms of posttraumatic stress disorder. *Journal of Counseling & Development*, 95 (3) 339-353. <https://doi.org/10.1002/jcad.12148>

Lenz A. S., Hollenbaugh K. M. (2017) Meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for treating PTSD and co-occurring depression among children and adolescents. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 6 (1), 18 - 32. <https://doi.org/10.1177/2150137815573790>

- Milligan L. (2019, 5. mars) How a devastated family watched their son's life spiral after George Pell abuse. *ABCNews*. Hentet fra: <https://www.abc.net.au/news/2019-03-04/george-pell-abuse-victims-family-police-speak-to-4-corners/10856998?fbclid=IwAR0cjxZBIyLmUrQOAmAPveXr1M77DThW529ponwdgPB0qO8kawnQ9-aOcz8>
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (2008-2020) Behandling av traumatiserte barn og unge, TF-CBT. Hentet fra: <https://www.nkvts.no/prosjekt/behandling-av-traumatiserte-barn-og-unge-tf-cbt/>
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (2018-2023a) Implementering av TF-CBT i BUP 2018-2021. Hentet fra: <https://www.nkvts.no/prosjekt/ledelse-og-implementering-av-tf-cbt/>
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (2018-2023b) Til deg som gir hjelp. Hentet fra: <https://www.nkvts.no/tf-cbt/til-deg-som-gir-hjelp/?fbclid=IwAR0oMSx1WqfwtXKkxy0AUZbWcDIahtbJ5XMT58Gh2eoepeWFu5I3wJkDPG8>
- Nexhmedin M., Koerssen R., Pollet T. V. (2016) Interventions for children and adolescents with posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Clinical Psychology Review*, 47, 41 - 54. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.006>
- Nordanger O. D. (2012) *Komplekse traumer hos barn*. Hentet fra: http://sor.rvts.no/filestore/Filarkiv/Dokumenter/Kurs_og_konferanser/Barnehykonferansen/DagNordanger-BarnehydeCompatibilityMode.pdf
- Nordanger Ø. D, Braarud C. H. (2017) *Utviklingstraumer - Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi* Bergen: Fagbokforlaget.
- Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening (2017, 7. juli) Posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) hos barn og ungdom. Hentet fra: <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri/Del-2/f-43-posttraumatisk-stressforstyrrelse-ptsd-hos-barn-og-ungdom/?fbclid=IwAR2hdMT1cwfPAVrzAi5tITNAEmVsHQsv7rrSDA7jG0fEIsLkBsYr7Eet6xM>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobbkunnskapsbasert!: en arbeidsbok*. Oslo: Akribe.
- Norsk rikskringkasting AS (2019, 10. mars) Leaving Neverland. Hentet fra: <https://tv.nrk.no/serie/leavingneverland>
- Pasient- og brukerrettighets (1999) Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02 63) Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Post-traumatic stress disorder (2019) I *BMJ Best Practice*. Hentet 03. mai 2019 fra: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/430/pdf/430.pdf>

Sánchez-Meca J., Rosa-Alcázar I. A., López-Soler C. (2011) *The psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: a meta-analysis* 11 (1), 67-93.

Snoek J. E., Engedal K. (2017) *Psykiatri for helse- og sosialfagutdanningene* (4. Utg.) Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Solem S., Nilsen T., og Vogel P. A. (2016) Angstlidelser. I Hagen R. og Kennair L. E O. (Red) *Psykiske Lidelser* (s. 142 - 157). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Telle M. I. (2016) Diagnoser og behandling. I Hagen M.B, Barbosa da Silva A. & Telle M. I.(Red.) *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid - fra et tilknytningsteoretisk perspektiv* (s. 101-121). Oslo: Universitetsforlaget.

World Health Organization (desember, 2018). I ICD-11. Mortality and Morbidity Statistics. Hentet fra: https://icd.who.int/browse11/l-m/en?fbclid=IwAR32qDJGN82h15Av6qjBd_uMatG64bojyRW6xD6XblQu8Hayjjifh-4r3OY#/http://id.who.int/icd/entity/2070699808

Vedlegg

Vedlegg I: Dokumentasjon av litteratursøk

Database/kilde: UpToDate

Dato for søk: 27.03.2019

Søkehistorie eller fremgangsmåte: Vi brukte søkeordet "Treatment PTSD", og valgte artikkel ligger listet som nr. 3.

Antall treff: 50

Inkluderte artikler: Approach to treating posttraumatic stress disorder in children and adolescents

Database/kilde: UpToDate

Dato for søk: 27.03.2019

Søkehistorie eller fremgangsmåte: Vi brukte søkeordet "Treatment PTSD", og valgte artikkel ligger listet som nr. 7.

Antall treff: 50

Inkluderte artikler: Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis

Database/kilde: In Sum**Dato for søk:** 18.03.2019**Søkehistorie eller fremgangsmåte:**

Vi kombinerte kategoriene under.

- Tema: Angstforstyrrelser, fobier og tvang
- Terapi: Terapi med barn og unge (individuelt/gruppe)
- Aldersgrupper: Ungdom (13 - 18)

Valgte artikkel ligger listet som nr. 25.

Antall treff: 127.**Inkluderte artikler:** Meta-analysis of the long-term treatment effects of psychological interventions in youth with PTSD symptoms**DOI:** [10.1007/s10567-017-0242-5](https://doi.org/10.1007/s10567-017-0242-5)**Database/kilde: In Sum****Dato for søk:** 18.03.2019**Søkehistorie eller fremgangsmåte:**

Vi kombinerte kategoriene under.

- Tema: Angstforstyrrelser, fobier og tvang
- Terapi: Terapi med barn og unge (individuelt/gruppe)
- Aldersgrupper: Ungdom (13 - 18)

Valgte artikkel ligger listet som nr. 50.

Antall treff: 127.**Inkluderte artikler:** Meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for treating PTSD and co-occurring depression among children and adolescents.**DOI:** <https://doi.org/10.1177/2150137815573790>

Database/kilde: PsycINFO

Dato for søk: 26.03.2019

Søkehistorie eller fremgangsmåte: Artikkel nr. 17 av 86.

▼ Search History (10)

<input type="checkbox"/>	# ▲	Searches	Results
<input type="checkbox"/>	1	exp Posttraumatic Stress Disorder/	30031
<input type="checkbox"/>	2	limit 1 to ("reviews (maximizes specificity)" and 200 adolescence <age 13 to 17 yrs>)	51
<input type="checkbox"/>	3	(ptsd or post traumatic stress disorder*).ti,ab.	31871
<input type="checkbox"/>	4	1 or 3	37756
<input type="checkbox"/>	5	limit 4 to ("reviews (maximizes specificity)" and 200 adolescence <age 13 to 17 yrs>)	74
<input type="checkbox"/>	6	exp Cognitive Behavior Therapy/	19077
<input type="checkbox"/>	7	(cognitive behavioral therapy or cognitive behavioural therapy).ti,ab.	14156
<input type="checkbox"/>	8	6 or 7	24676
<input type="checkbox"/>	9	4 and 8	1539
<input type="checkbox"/>	10	limit 9 to "reviews (maximizes specificity)"	86

Antall treff: 86

Inkluderte artikler: Meta-analysis of trauma-focused therapies for treating the symptoms of posttraumatic stress disorder.

DOI: <https://doi.org/10.1002/jcad.12148>

Database/kilde: PsycINFO

Dato for søk: 26.03.2019

Søkehistorie eller fremgangsmåte: Artikkel nr. 28 av 86.

▼ Search History (10)

<input type="checkbox"/>	# ▲	Searches	Results
<input type="checkbox"/>	1	exp Posttraumatic Stress Disorder/	30031
<input type="checkbox"/>	2	limit 1 to ("reviews (maximizes specificity)" and 200 adolescence <age 13 to 17 yrs>)	51
<input type="checkbox"/>	3	(ptsd or post traumatic stress disorder*).ti,ab.	31871
<input type="checkbox"/>	4	1 or 3	37756
<input type="checkbox"/>	5	limit 4 to ("reviews (maximizes specificity)" and 200 adolescence <age 13 to 17 yrs>)	74
<input type="checkbox"/>	6	exp Cognitive Behavior Therapy/	19077
<input type="checkbox"/>	7	(cognitive behavioral therapy or cognitive behavioural therapy).ti,ab.	14156
<input type="checkbox"/>	8	6 or 7	24676
<input type="checkbox"/>	9	4 and 8	1539
<input type="checkbox"/>	10	limit 9 to "reviews (maximizes specificity)"	86

Antall treff: 86.

Inkluderte artikler: Psychological treatments for symptoms of posttraumatic stress disorder in children, adolescents, and young adults: a meta-analysis.

DOI: <http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1007/s10567...>

Database/kilde: Cochrane Library

Dato for søk: 20.03.19

Søkehistorie eller fremgangsmåter:

Valgte topic: Mental Health

Valgte type: Interventions

Valgte underkategoriene: Anxiety disorders, og deretter stress disorders

Valgte artikkel listet som nr. 10 av 15.

Inkluderte artikler: Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents (review)

DOI: [10.1002/14651858.CD006726.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD006726.pub2).

Database/kilde: Cochrane Library

Dato for søk: 18.03.2019

Søkehistorie eller fremgangsmåte:

Vi kombinerte kategoriene under.

- Tema: Angstforstyrrelser, fobier og tvang
- Terapi: Terapi med barn og unge (individuell/gruppe)
- Aldersgrupper: Ungdom (13 - 18)

Valgte artikkel ligger listet som nr. 61.

Antall treff: 127

Inkluderte artikler: Psychological interventions for post-traumatic stress disorder (PTSD) in people with severe mental illness

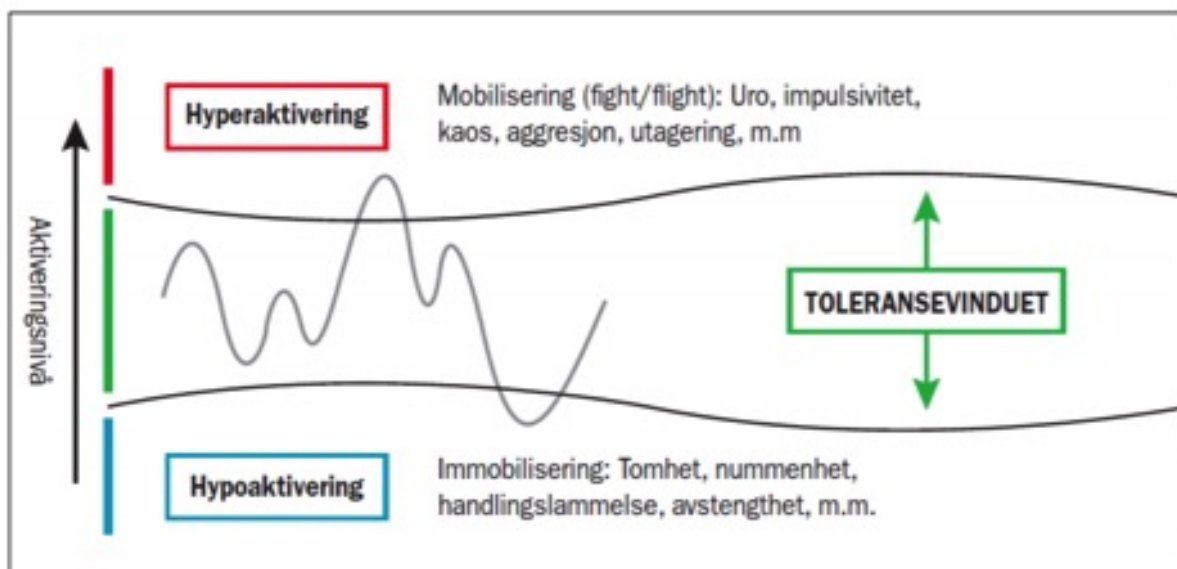
DOI: [10.1002/14651858.CD011464.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011464.pub2)

Vedlegg II: PICO-skjema

P	I	Co
Beskriv hvilke brukere/pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet:	Beskriv intervensjon/fenomenet som skal undersøkes/eksposisjon (hva de utsettes for):	Beskriv kontekst, hva er sammenhengen
Ungdommer med posttraumatisk stresslidelse, som har blitt seksuelt mishandlet	Å finne ut hvilken effekt kognitiv atferdsterapi har som behandlingsmetode	At mennesker med PTSD skal oppleve mestring i hverdagen, og ha en god livskvalitet Symptomlindring
P	I	Co
Noter engelske og norske søkeord for brukergruppe/problem	Noter engelske og norske søkeord for tiltak/eksposisjon	Noter engelske og norske søkeord for kontekst
<p>Norsk: PTSD (posttraumatisk stressyndrom) Ungdom Tenåring Seksuell misbruk</p> <p>Engelsk: Adolescent Teenage Sexual abuse Youth Abuse</p>	<p>Norsk: Kognitiv atferdsterapi</p> <p>Engelsk: Cognitive behavior therapy Trauma-focused cognitive behavior therapy</p>	<p>Norsk: Traume Langtidsvirkninger Oppfølging Mestring</p> <p>Engelsk: Trauma Long-term effects Follow-up</p>

Figurer

Figur 1



Toleransevindumodellen av Nordanger & Braarud, (2014) tilpasset fra Ogden, Minton & Pain, (2006).