



DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



*Kort, konsentrert, eller intensiv kognitiv atferdsterapi
ved PTSD hos barn og ungdom: En litteraturgjennomgang*

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Ingvild Kristiansen

Høst 2017

Veileder

Anita Lill Hansen,

Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen

Forord

Først vil jeg takke veileder Anita Lill Hansen for at du har delt av erfaringen din, og gitt nyttige tilbakemeldinger og tydelige råd. Og takk til Anders Lillevik Thorsen for at du er så faglig stødig og flink til å gi innspill. Jeg vil også takke Johan Myklebust Ådland for all språklig hjelp, og for at du alltid korrigerer meg når jeg sier «et studie».

Manus er tiltenkt Tidsskriftet Norges Barnevern. Dette tidsskriftets retningslinjer opplyser at manus skal følge APA 6. manualen. Jeg har derfor fulgt APA 6. standard. Tidsskriftets retningslinjer og retningslinjer for innlevering av manus finnes på nettsiden:

<https://www.idunn.no/tnb#authors>

Bergen, desember 2017

Ingvild Kristiansen

Abstract

Background: Having Posttraumatic stress disorder (PTSD) can be immensely devastating for children; affecting life quality, increasing the risk of comorbid mental disorders and often lasting into adulthood. Effective treatment is crucial for regaining normal functioning. This literature review aims to investigate the effect of Cognitive Behaviour Therapy (CBT) delivered in a brief, concentrated, or intensive format. **Methods:** A literature search was conducted with the search words: *(child* OR adolescen* OR teen* OR youth* OR pediatric OR pupil* OR student*) AND (trauma* OR posttraumatic OR PTSD) AND (random* OR RCT OR single-trial) AND (concentrat* OR brief* OR intensiv* OR treatment-length)*. In total eight studies were included for a systematic literature review. **Results:** All the included studies treated PTSD effectively, with very little to no drop-out, and few or non adverse events. None of the treatments delivered the same treatment, but all delivered CBT in a shorter time period (brief), with fewer sessions (concentrated), or with both alterations (intensive). **Conclusion:** The results indicate that brief, concentrated or intensive format is safe, the patients complete the therapy and the effects are as good as standard therapy. More research is needed to control if changing the CBT format improves the effect of CBT.

Keywords: PTSD, youth, children, CBT, brief, concentrated, intensive

Sammendrag

Bakgrunn: Posttraumatisk lidelse (PTSD) er i stor grad hemmende for barn og ungdom.

PTSD forringer livskvalitet, øker risikoen for komorbide psykiske lidelser og varer ofte inn i voksenlivet. Effektive behandlingsmetoder er viktig for å gjenoppnå normal funksjon. Denne

litteraturgjennomgangen undersøker effekten av kognitiv adferdsterapi (CBT) gitt i et kort,

konsentrert, eller intensivt format. **Metode:** Et litteratusøk ble gjennomført med søkeordene:

(child OR adolescen* OR teen* OR youth* OR pediatric OR pupil* OR student*) AND*

(trauma OR posttraumatic OR PTSD) AND (random* OR RCT OR single-trial) AND*

(concentrat OR brief* OR intensiv* OR treatment-length).* Åtte studier ble inkludert for en

litteraturgjennomgang. **Resultater:** Alle de inkluderte studiene behandlet PTSD effektivt,

med få drop-outs og få eller ingen uheldige hendelser. Ingen av studiene ga lik behandling,

men alle ga CBT over kortere tid (kort), over færre sesjoner (konsentrert) eller med begge

disse endringene (intensiv). **Konklusjon:** Resultatene indikerer at kort, konsentrert eller

intensivt format er trygt, pasientene gjennomfører terapien og behandlingseffekten er

tilsvarende standardbehandling. Mer forskning er nødvendig for å kontrollere om endringer i

formatet for CBT øker effekten av CBT.

Nøkkelords: PTSD, ungdom, barn, CBT, kort, konsentrert, intensiv

Kort, konsentrert, eller intensiv kognitiv atferdsterapi (CBT)

ved PTSD hos barn og ungdom: En litteraturgjennomgang

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) hemmer livsutfoldelse og kan føre til funksjonstap som dårligere prestasjoner i skolen, dårligere kvalitet i relasjoner og generelt lav livskvalitet (Grills-Taquechel & Ollendick, 2012; Liberman, Larsson, Altuzarra, Öst, & Ollendick, 2015). Det er i dag flere effektive behandlingstilnæringer for behandling av PTSD hos barn og ungdom; den retningen med mest empirisk støtte per dags dato er traumefokusert kognitiv terapi (TF-CBT; Gillies, Taylor, Gray, O'Brien, & D'Abrew, 2013; Saunders, Berliner, & Hanson, 2004). TF-CBT er derfor det anbefalte førstevalget og implementeres i BUP-klinikker i Norge (Dyb, 2010; Fagermoen, Østensjø, Skagemo, Moen, & Husebø, 2017). For å legge til rette for økt livskvalitet og generell mestring, samt for å forhindre utvikling av komorbide lidelser og videre retraumatisering, er det avgjørende å sikre effektiv og lett tilgjengelig PTSD-behandling for barn og ungdom. Den overordnede hensikten med denne litteraturgjennomgangen er å gjennomgå studier av kognitiv atferdsterapi (CBT) for PTSD hos barn og unge under 18 år, der behandlingen gis med et lavere antall sesjoner og/eller over et kortere tidsrom enn normen. Dette er definert som kort (færre sesjoner), konsentrert (kortere tidsrom) eller intensiv (både kort og konsentrert) terapi (Öst & Ollendick, 2017). Behandlingsstudiene vil kunne innebære ulike behandlingstilnæringer, men likevel ha til felles en forkortende endring i formatet behandling gis i. Mer kunnskap om endringer i behandlingsformatet kan ha implikasjoner for hvor ofte og over hvor lang tid PTSD-behandling for barn og bør unge tilbys.

PTSD

Barn og ungdom som har opplevd potensielt traumatiserende hendelser har økt risiko for å utvikle psykiske lidelser som varer inn voksen alder (Copeland, Keeler, Angold, & Costello, 2007; Essau & Gabbidon, 2013). En potensielt traumatiserende hendelse defineres

som en konkret hendelse som kan være livstruende eller føre til alvorlig skade, enten for seg selv eller andre (Organization, W. H., 1992). Å ha opplevd én potensielt traumatiserende hendelse øker samtidig sannsynligheten for å oppleve flere (Finkelhor, Ormrod, & Turner, 2007). To av tre barn opplever potensielt traumatiserende hendelser innen fylte 16 år, men kun omtrent 0,5 % utvikler diagnosen posttraumatisk lidelse (PTSD; Copeland et al., 2007).

PTSD klassifiseres som en angstlidelse i både *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5; Association, 2013) og *International Classification of Diseases* (ICD-10; Organization, W. H., 1992). Angstlidelser er samlet sett blant de mest vanlige psykiske lidelsene hos barn og ungdom, med prevalenser opp mot 10 % hos barn og 20 % hos ungdommer (Essau & Gabbidon, 2013). Barn med PTSD har videre en økt risiko for å møte kriteriene også for andre angstlidelser (Kilpatrick et al., 2003; Saigh, Yasik, Oberfield, Halamandaris, & McHugh, 2002). Dette representerer et betydelig helseproblem; forsvarlig og effektiv helsehjelp er sentralt for å øke individets livskvalitet og funksjon, samt redusere de betydelige utgiftene disse plagene genererer på et samfunnsnivå (Organization, W. H., 2013). Internasjonalt er det stor mangel på kunnskapsbasert behandling for disse lidelsene (Higa-McMillan, Francis, Najarian, & Chorpita, 2016).

Mye av forskningen på behandling av PTSD har basert seg på PTSD diagnostisert etter DSM-IV. I Norge er retningslinjene for PTSD behandling for barn og ungdom basert på ICD-10. DSM-systemet er noe mer spesifikt i sin beskrivelse, men de to systemene har store likheter og blir stadig likere i nyere utgaver (Dyb, 2010). Diagnostiske kriterier for PTSD er ifølge ICD-10 (a) at symptomene skal være knyttet opp mot en konkret hendelse som potensielt er livstruende, skadende, eller truer med å være skadende mot en selv eller andre; samt symptomer på (b) gjenopplevelse; (c) unngåelse; og (d) økt fysiologisk respons. De to første kriteriene må være til stede for en klinisk diagnose; forskningskriteriet er en stressor (a) og minst ett symptom på hvert av kriteriene *b*, *c* og *d*. Diagnosen kan settes om symptomene

oppstod innen 6 måneder etter hendelsen, har vedvart i minst en måned og har ført til funksjonstap hos pasienten (Dyb, 2010)

Ikke alle utvikler PTSD etter en potensielt traumatisk hendelse. *Akutte posttraumatiske stresssymptomer* (PTSS) kan predikere utvikling av PTSD, men har ikke blitt vist å være en regel (Rourke, Hobbie, Schwartz, & Kazak, 2007). PTSS kan oppstå de fire første ukene etter en potensielt traumatiserende hendelse, i en periode hvor PTSD ennå ikke er utviklet (Copeland et al., 2007). Copeland og kolleger (2007) fant i sin studie en prevalens for PTSS på 13,4 % før fylte 16 år.

Flere studier har benyttet begrepet *pågående traumer* – dette henspeiler til at deltagerne fortsatt står i hendelser som er traumatiserende (Cohen, Mannarino, & Iyengar, 2011). Studier har også skilt mellom *enkeltstående traumer* og *komplekse traumer*. Begrepet enkeltstående traumer viser til pasienter med én konkret traumatisk hendelse som har utløst symptomer på PTSD. Eksempler på dette kan være en naturkatastrofe, reaksjoner på et dødsfall, en ulykke, eller lignende. Komplekse traumer beskriver pasienter som har opplevd flere traumer, hvor PTSD-diagnosen kan være knyttet opp mot flere traumatiske hendelser. (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2017; Cohen, Mannarino, Kliethermes, & Murray, 2012). Generelt antas det at komplekse traumer gir et høyere symptomtrykk og mer alvorlige tilfeller av PTSD (Cohen et al., 2011).

Risikofaktorer for å utvikle PTSD

Som tidligere nevnt er det varierende tall på hvor mange som utvikler PTSD etter å ha opplevd en potensielt traumatiserende hendelse. Følgelig har flere undersøkt ulike risikofaktorer for å utvikle PTSD, med funn av risikofaktorer både hos pasienten og ved typer potensielt traumatiserende hendelser pasienten har opplevd. Større grad av trussel mot eget liv under hendelsen og tidligere motgang i barnets liv er blant faktorene som disponerer for videre symptomutvikling (Dube et al., 2003; Pynoos et al., 1993). Foreldrenes symptombilde

og egne posttraumatiske reaksjoner på barnets potensielt traumatiserende hendelser kan også øke sannsynligheten for utvikling av PTSD hos barnet (Dyb, Holen, Steinberg, Rodriguez, & Pynoos, 2003). Copeland og kolleger (2007) fant at posttraumatiske reaksjoner er spesielt forhøyet ved seksuelle traumer og vold. Forekomst av andre angstlidelser hos barnet, familiemotgang, og at den traumatiske hendelsen gjentas kan også være viktige faktorer (Copeland et al., 2007).

PTSD har blitt funnet å ha høy komorbiditet med andre psykiske lidelser (Creswell, Waite, & Cooper, 2014). Barn med PTSD er også blitt funnet å ha økt risiko for å møte kriterier for andre angstlidelser, depresjon, atferdsvansker, og rusproblematikk (Kilpatrick et al., 2003; Saigh et al., 2002). Retningslinjer fra Helsedirektoratet anbefaler derfor kartlegging av komorbide lidelser under utredning av PTSD (Dyb, 2010).

Anbefalt behandling for PTSD hos barn og unge

Internasjonalt er både TF-CBT og *Eye Movement Desentization and Reprocessing* (EMDR) anbefalte behandlinger for PTSD (National Institute for Health and Care Excellence, 2005; Organization, W. H., 2013). Som tidligere nevnt er TF-CBT det anbefalte førstevalget i Norge (Dyb, 2010). Med en forventet medium effekt ($d = 0.51$) på PTSD-symptomer, samt effekt på depresjon og generell mental helse, og en remisjonsrate på 77.8 % (Jensen et al., 2014). Felles for anbefalte behandlingstilnærminger er gjennomgang av traumet i trygge omgivelser, slik at barnet kan mestre å bli minnet på traumet uten stor symptomøkning (Deblinger, Mannarino, Cohen, & Steer, 2006).

CBT kommer i mange ulike varianter, som for eksempel CBT med og uten eksponering, og metakognitiv terapi. CBT med en eksponeringskomponent kan også inneholde ulike typer eksponering. Komponentene som er antatt å gi endring i generell CBT for angstlidelser er kognitiv restrukturering og eksponering (Öst & Ollendick, 2017). Kognitiv restrukturering er en type CBT-teknikk som innebærer å identifisere og utfordre feilaktige

antagelser rundt den traumatiske hendelsen. Disse feilaktige antagelsene hevdes å være hemmende for endring (Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2009). Pasienter blir her oppfordret til å daglige registreringer av tanker og antagelser som dukker opp for å utfordre disse og restrukturere antagelsene rundt det aktuelle traumet (Foa et al., 2009). Forlenget eksponering er en annen CBT-teknikk som innebærer psykoedukasjon, pusteteknikker, eksponering in vivo, og forestilt eksponering; effekten av behandlingen antas å være et resultat av reduksjon i unngåelse, samt habituering til betingelsen som gir fryktrespons (Resick, Nishith, Weaver, Astin, & Feuer, 2002).

Ved PTSD-behandling for voksne undersøkte Foa og kolleger (2005) hvorvidt behandlingseffekten øker ved å gi flere behandlingsmetoder samtidig, på bakgrunn av antagelsen om at behandlingseffekten øker ved bruk av flere kjente effektive intervensjoner samtidig. Studien fant imidlertid at betingelsen med kun forlenget eksponering ga like god behandlingseffekt som betingelsen som bestod av både forlenget eksponering og kognitiv restrukturering, gitt sammen. Ifølge studien kan behandlingen altså ha like god effekt både med og uten kognitiv restrukturering, så lenge eksponeringen er in vivo og ikke forestilt. TF-CBT benytter blant annet komponenter fra både kognitiv restrukturering og eksponering, hvor eksponering kan gjennomføres både in vivo og forestilt (Cohen et al., 2012).

Når det gjelder CBT for barn og ungdom med en angstlidelse, er det funnet at 90 % av behandlingene med en signifikant bedring benytter eksponeringsteknikker (In-Albon & Schneider, 2007). Craske, Liao, Brown, og Vervliet (2012) har funnet flere faktorer ved eksponeringsterapi som har betydning for et optimalt utbytte, samt om læringseffektene holder seg stabile over tid. Disse faktorene er blant annet at det bør være variasjon i eksponeringssituasjonene og pasientens ubehag, for å sikre størst mulig grad av generalisering. Craske og kolleger (2012) argumenterer også for at habituering og nedgang i ubehag i enkelttimer ikke er tydelige indikatorer for ny læring. I stedet argumenterer Craske

og kolleger (2012) for en annen forklaringsmodell: inhibitorisk fryktlæring. Ifølge denne forklaringsmodellen vil det originale stimuluset som blir fryktet (CS–US) – som hos en pasient med PTSD gjerne er minnet om den traumatiske hendelsen – blir hemmet av ny sikkerhetslæring (CS–noUS), som er basert på Boutons (1993) læringsteori. Den opprinnelige læringen er fortsatt til stede, men nye sikkerhetsassosiasjoner blir den gjeldende lærte responsen.

TF-CBT

TF-CBT er et behandlingsprogram som inneholder flere komponenter som den integrerer – interpersonlige, kognitive, atferdmessige, samt familieterapiprinsipper med traumeintervensjoner (Jensen et al., 2014). TF-CBT etter Cohens protokoll inneholder tre faser (Cohen et al., 2012). Fase 1 inneholder mestringsstrategier: å øke opplevelsen av trygghet, psykoedukasjon, foreldreferdigheter, avslapningsteknikker, reguleringsstrategier, og kognitive mestringsstrategier. Fase 2 består av eksponeringsterapi gjennom bruk av traumenarrativ og in vivo mestring av traumepåminnere. Denne fasen innebærer kognitiv restrukturering av traumatiske hendelsen. Fase 3 innebærer konsolidering og avslutning gjennom sesjoner med både barn og foresatte til stede, med fokus på å øke trygghetsskapende adferd. Behandlingen gis individuelt; foresatte involveres og informeres underveis. Gjennomsnittlig gis det 8–16 sesjoner på ukentlig basis, hvor de tre fasene får like mye tid. Ved komplekse traumer anbefales det å bruke omtrent halvparten av tiden på mestringsstrategier i fase 1, og tilby totalt 25–30 sesjoner (Cohen et al., 2012). Flere terapeuter vegrer seg for eksponeringen i fase 2 og kan bruke mindre tid på dette, selv om denne eksponeringen har vist seg å ha god effekt (Cohen, et al., 2017; Deblinger & Heflin, 1996).

En nylig gjennomført RCT-studie på TF-CBT (Pfeiffer, Sachser, de Haan, Tutus, & Goldbeck, 2017) viste at ungdom som hadde størst bedring av TF-CBT også hadde endringer

i tanker om seg selv, traumet, og verden. Det ble ikke målt for kognitive faktorer under behandlingen; studien kunne dermed ikke konkludere med om dette er en mekanisme eller korrelasjon. Vellykkede behandlingsforløp med TF-CBT ble her karakterisert ved endret kognisjon.

Sammenligning av ulike former for CBT og TF-CBT

TF-CBT er i dag standardbehandling for PTSD hos barn og ungdom.. For å måle om de inkluderte studiene i denne litteraturgjennomgangen var i tråd med anbefalt behandling, vil oppgaven klassifisere dem etter *høy, middels, lav* og *ingen likhet* med TF-CBT. Måten klassifiseringen gjennomføres på er ikke tidligere benyttet, og er laget kun for bruk i denne litteraturgjennomgangen. Sammenligningskategoriene har dermed lav generaliseringsverdi og sier kun noe om grad av likhet til TF-CBT hos de studiene som blir gjennomgått her.

Høy likhet innebærer terapi som samsvarer med standardisert TF-CBT med ikke flere enn ett avvik med hensyn til (a) foreldreinvolvering, (b) antall sesjoner, (c) frekvens på sesjonene, samt (d), tidsrom terapien gis over, og hvor (e) alle behandlingsfasene i TC-CBT er til stede. *Middels likhet* er CBT-behandling med flere likheter med TF-CBT. Den er ikke lik i innhold og form, men to av tre faser er til stede. Endringer kan være gjort med hensyn til foreldreveiledning, bruk av mestringsstrategier, og bruk av eksponering. *Lav likhet* har noen likhetstrekk. Behandlingen inneholder maksimalt én av tre faser, og kan ha store forskjeller med hensyn til formatet. *Ingen likhet* er CBT uten noen innslag fra TF-CBT, det vil si at null av tre faser er inkludert og at terapien representerer kvalitativt sett en helt annen terapiform. Flere behandlingsstudier vil ha lavere likhet med TF-CBT i kraft av å være kort, konsentrert, eller intensiv.

Kort, konsentrert, eller intensiv terapiformat

Kort, konsentrert, eller intensiv terapiformat ble definert av Öst og Ollendick (2017). Her ble *kort, konsentrert, eller intensiv* terapi definert som en samlebetegnelse på forkortende

endringer i formatet CBT gis i. Ved et *kortere* format på behandlingen gis den over færre sesjoner: Antallet sesjoner er redusert med minst 50 % i forhold til gjennomsnittlig antall sesjoner for den aktuelle behandlingsmetoden. For at et format skal være *konsentrert*, er antallet sesjoner det samme, men tidsperioden terapien gis over er betydelig redusert i forhold til normen for den aktuelle behandlingen. *Intensivt* format inneholder de overnevnte endringene: Den gis både over færre sesjoner og over et kortere tidsrom. Begrepet kort, konsentrert, eller intensiv terapi brukes ikke om en konkret type behandling, men om endringer som gjøres i formatet behandlingen blir gitt i. Behandling tilbudt over kortere tid og/eller over færre sesjoner er en nyere utvikling innen psykoterapi som er ment å øke behandlingseffekten og kostnadseffektiviteten til psykoterapi (Öst & Ollendick, 2017). Disse formatendringene beholder ofte to grunnleggende faktorer ved CBT: kognitiv restrukturering og eksponering. Når behandlingen blir gitt i et forkortet format, stilles det store krav til terapeuten, og slike behandlingsformat blir derfor ofte tilbudt av spesielt trentede terapeuter med oppfølging (Öst & Ollendick, 2017).

Öst og Ollendick (2017) antok at dette forkortende skiftet i formatet for psykoterapi er spesielt egnet for CBT med eksponering, da for å oppnå nye gjeldende sikkerhetsassosiasjoner (Craske, 2012). Endringer i formatet eksponeringsterapi blir gitt i kan antas å legge til rette for eksponeringsøkter med variasjon og nærhet i tid, som ifølge Craske og kolleger (2012) er mer effektiv eksponeringsterapi. Disse prinsippene er blant annet brukt i norsk terapi for tvangslidelse, både for voksne og barn. Her tilbys angsteksponeringen intensivt over lengre eksponeringsøkter, kalt konsentrert eksponeringsterapi med responsprevensjon (cET/RP; Havnen, Hansen, Öst, & Kvale, 2014; Riise et al., 2016). Eksponeringen er basert på prinsipper for inhibitorisk fryktlæring, hvor ny trygghetsrespons læres i en rekke eksponeringssituasjoner, uten habituering mellom eksponeringssituasjonene.

Ormhaug, Jensen, Wentzel-Larsen, og Shirk (2014) har vist at allianse kan være en viktig faktor for utfallet av terapi, og at allianseskårer kan variere mellom behandlingsmetoder. Studien hevdet at arbeidsrelasjon til terapeut og involvering i terapien var spesielt viktig for effekt av terapi. Ehlers og kolleger (2014) viste at kort, konsentrert eller intensiv CBT ikke varierte i allianseskårer fra CBT gitt over flere uker. Dette studiet ble samtidig gjennomført med voksne PTSD pasienter PTSD.

Drop-out fra PTSD behandling

Swift og Greenberg (2014) har i sin metastudie funnet gjennomsnittlig drop-out innen PTSD behandling for voksne, hvor CBT med eksponering på ligger på 28,5 %. Samlet sett viste integrative retninger lavere drop-out, og eksponeringsterapier høyere drop-out. Dette til tross for at eksponeringsterapi er funnet å være en viktig del av angstbehandling (Foa et al., 2005; Resick et al., 2002). Swift og Greenberg (2014) antok at eksponeringsterapi viste høyere drop-out på grunn av manglende forberedelse til eksponeringsterapi. Hvor pasienten muligens var i manglende grad forberedt på å oppleve et forhøyet angstnivå under behandlingen (Swift & Greenberg, 2014). Innen PTSD behandling for barn og ungdom er det funnet drop-out på 36 % ved Cohens TF-CBT og 21 % ved forlenget eksponeringsterapi (Gilboa-Schechtman et al., 2010).

En metastudie gjennomført av Öst og Ollendick (2017) fant derimot en drop-out på 2.3 % for CBT med et kort, konsentrert, eller intensivt format, og 6,5 % for standard CBT, dette for behandling av alle angstlidelser hos barn og ungdom. Swift og Greenberg (2014) fant i sin metastudie at drop-out i PTSD behandling er signifikant forskjellig mellom behandlingsmetoder. Öst og Ollendick (2017) bekreftet dette ved at drop-outraten varierte mellom standard CBT og CBT med et kort, konsentrert, eller intensivt format.

Hensikten med denne litteraturgjennomgangen er å undersøke om kort, konsentrert, eller intensiv CBT for barn og ungdom med PTSD er akseptert eller likt av pasientene, om

formatendringer gir behandlingseffekt tilsvarende standardbehandling, samt undersøke kvaliteten til studier som belyser disse spørsmålene. Litteraturgjennomgangen vil også se på drop-outnivåer, samt om behandlingen er relatert til økt forekomst av negative hendelser i/under behandling.

Følgene problemstilling vil bli belyst: Hva viser forskning når det gjelder kort, konsentrert, eller intensiv CBT ved PTSD hos barn og unge?

Metode

Inklusjonskriterier

For at studiet skal inkluderes i denne litteraturgjennomgangen må studiet: 1) undersøke PTSD behandling for barn og ungdom med maksimum alder på 18, 2) være publisert i en journal på Engelsk, 3) enten randomisere deltagere i de ulike betingelsene eller følge deltakere før og etter behandling med repeterte målinger, 4) studiet har et kort, konsentrert, eller intensiv terapiformat, og 5) studiet inkluderer deltagere som er diagnostisert med PTSD etter DSM eller ICD.

Eksklusjonskriterier

Det ble benyttet disse eksklusjonskriteriene: 1) PTSD er ikke hoveddiagnosen, 2) studien tester ikke en form for CBT, og 3) studiet er ikke en RCT eller single-trial design.

Litteratursøk

Søket ble gjennomført i Web of science, PubMed og PsycINFO til og med 26.09.17. Artiklene som ble inkludert på bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriteriene er publisert i perioden 2002-2017. Søkeordene som ble benyttet var: *(child* OR adolescen* OR teen* OR youth* OR pediatric OR pupil* OR student*) AND (trauma* OR posttraumatic OR PTSD) AND (random* OR RCT OR single-trial) AND (concentrat* OR brief* OR intensiv* OR treatment-length)*. Se Appendiks A for mer utfyllende informasjon om litteratursøket.

Alle titler og abstrakter ble lest, og hele artikkelen ble lest hvis det var indikasjon på: PTSD-behandling for barn og ungdom med kognitiv adferdsterapi, med formatendringer.

Referanselistene til de inkluderte artiklene samt relevante oversiktsartikler, ble gjennomgått etter de samme inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Se figur 1 for antall studier som ble lest, ekskludert og inkludert.

[figur 1. PRISMA flytskjema omtrent her]

Sammenligningskategorier

Kort, konsentrert, eller intensivt format. Gjennomsnittlig TF-CBT behandling for PTSD hos barn og ungdom gis over 12 (6-20) sesjoner gitt over 12 (6-20) uker (Morina, Koerssen, & Pollet, 2016). Dermed vil CBT ved PTSD hos barn og ungdom kunne defineres som *kort* dersom pasientene er tilbudt 6 eller færre sesjoner, *konsentrert* dersom pasienten mottar behandling under 12 uker. Og formatet kan defineres som *intensiv* om pasienten har mottatt en kombinasjon av disse to, både 6 eller færre sesjoner og under 12 uker.

Grad av likhet til TF-CBT. Som tidligere nevnt i innledningen sammenlignes behandlingen som er gitt med TF-CBT etter høy, middel, lav og ingen likhet. *Høy* likhet er standardisert TF-CBT gjennomført av autoriserte TF-CBT behandlere. *Middels* likhet er behandling med flere likheter, men er ikke lik standardisert, 2 av 3 faser er tilstede. TF-CBT. *Lav* likhet har flere likhetstrekk, inneholder kun 1 av 3 faser. *Ingen* likhet er CBT uten innslag fra TF-CBT.

Effektstørrelser. Cohen's *d* er en standardisert effektstørrelse som tar hensyn til gjennomsnittsnivåer av symptomer og variasjon, og ble regnet ut fra før behandling til siste oppfølging gjort i studien. Dette ble regnet ut på gruppen som mottok behandlingen med et kort, konsentrert, eller intensivt format. Tallene er regnet ut fra resultater på de instrumentene

studien har benyttet som utfallsmål på PTSD-symptomer, se tabell 2 for hvilket utfallsmål hvert enkelt studie har benyttet. Cohen's *d* ble regnet ut som $(M_{pre} - M_{post} / SD_{pre})$ (Morris & DeShon., 2002).

Vurdering av metodisk kvalitet. Metodisk kvalitet er målt etter Öst (2008) sin karakterskala for metodisk kvalitet på studier som undersøker utfall ved psykoterapi. Skalaen består av følgende 22 punkt: 1) Klarhet i beskrivelsen av utvalget 2) Alvorlighetsgrad av lidelsen 3) Hvor representativt utvalget er 4) Reliabilitet for diagnosen som er undersøkt 5) Spesifisitet på utfallsmålene 6) Reliabilitet og validitet på utfallsmålene 7) Bruk av uavhengige, blinde assessorer 8) Assessor trening 9) Plassering i grupper 10) Design 11) Power analyser 12) Vurderingspunkter 13) Manualisert, repliserbar, spesifikk behandlingsprogram 14) Antall terapeuter 15) Terapeuttrening/erfaring 16) Undersøkt behandlingsoverholdelse 17) Sjekket for behandlers kompetanse 18) Kontroll av samtidig behandling 19) Håndtering av drop-out 20) Statistisk analyse og presentasjon av resultater 21) Klinisk signifikans 22) Likhet i antall terapitimer (bare for studier som sammenligner behandling med annen aktiv behandling). Hvert punkt er vurdert som 0 = lav, 1 = rimelig og 2 = god. 44 poeng er maksimum skåre en studium kan oppnå. Se Appendiks B.

Resultater

[tabell 1 omtrent her]

[tabell 2 omtrent her]

[tabell 3 omtrent her]

Litteratursøket resulterte i åtte studier. Av disse var to fra USA, to fra Nederland, en fra Tyskland, en fra Hellas, en fra Indonesia og en fra Thailand. To av studiene inkluderte deltagere med kun en traumatiserende hendelse, de resterende seks studiene var på multiple og komplekse traumer. Kun ett av studiene ble gjennomført på deltagere hvor det var kjent på forhånd at de stod i et pågående traume. Studiene har brukt DSM-IV kriterier for å diagnostisere deltagerne med PTSD. Fire av studiene rapporterte om deltagere som takket nei til behandlingen, og kun en studie rapporterte om to uheldige hendelser. Uheldige hendelser er i de inkluderte studiene registrerte selvmordsforsøk, selvsykning, innleggelse, deltager hentet av politi osv. Det var en overvekt av jenter som deltok i studiene (M 60 %, SD 5,5) Deltagerne i studiene var i alderen 4-18 år. Syv av åtte studier målte tilstedeværelse og endring i komorbide lidelser (se tabell 2).

Cohen og kolleger (2011) sammenlignet effekten av forkortet TF-CBT og Child-Centered Therapy (barnesentrert terapi) for pågående traumer hos barn 7-14 år. Deltagerne opplevde partnervold mellom foreldrene, og var blitt flyttet til «Women's Center and Shelter of Greater Pittsburgh» sammen med en forelder. Studien undersøkte om forkortet TF-CBT ga signifikant forbedring i PTSD symptomer hos barna og ungdommene som var flyttet til senterert, og om effektene var større enn ved barnesentrert terapi som var standard terapi ved senteret. Den forkortede TF-CBT versjonen som ble laget til og benyttet i denne studien hadde *middels* likhet med standardisert TF-CBT. Behandlingen som ble gitt var *konsentrert* ettersom den ble tilbudt over 8 uker med en sesjon i uken, men den inneholdt ikke et betydelig forkortet antall sesjoner. Studien konkluderte med at forkortet TF-CBT tilpasset til pågående traumer viste statistisk og klinisk signifikant bedring i PTSD symptomer, generalisert angstlidelse (GAD) og atferdsvansker hos barn som opplever vold i hjemmet. Studien viste en effektsørrelse $d = 0.47$ mellom betingelsene, hvor forkortet TF-CBT gav moderat bedre effekt enn barnesentrert terapi.

Dawson og kolleger (2017) sammenlignet effekten av TF-CBT og problemløsningsterapi for å redusere symptomer på PTSD, depresjon og sinne hos barn mellom 7 og 14 år som står i stor humanitær nød, borgerkrig og har tidligere opplevd naturkatastrofer. Studien hadde som hypotese at TF-CBT ville gi en større reduksjon i symptomer på PTSD, depresjon og sinne enn problemløsningsterapi. I begge gruppene ble behandlingen gitt over 5 uker, med en sesjon i uken. TF-CBT betingelsen viste *middels* likhet med standardisert TF-CBT ettersom antall sesjoner var langt færre enn normalen, og det standardiserte innholdet i terapiformen var konprimert inn i 5 sesjoner. Betingelsen med problemløsningsterapi viste derimot *lav* likhet med standardisert TF-CBT. Begge betingelsene var *intensive* ettersom de ble både gitt over kortere tid og deltagerne mottok betydelig færre sesjoner. Studien konkluderte med at både kort TF-CBT og problemløsningsterapi viste like god effekt. Begge ga signifikant bedring i PTSD og sinne, men ikke for depresjon. Studien konkluderte også med at lekmansterapeuter uten relevant formell opplæring kan bli lært opp til å gi psykososiale intervensjoner som reduserer PTSD og sinneproblemer. Resultatene ble antatt å kunne komme av situasjonen deltagerne levde i, at deltagerne kan ha hatt et like stort behov for problemløsningsterapi og traumbearbeiding. Studien viste en veldig liten mellomgruppe $d = 0.01$. Samlet sett hadde TF-CBT betingelsen en svær effekt, på $d = 1.7$.

Deblinger, Mannarino, Cohen, Runyon, og Steer (2011) sammenlignet 4 betingelser: TF-CBT med traumenarrativ (TN) over 8 sesjoner versus 16 sesjoner, og TF-CBT uten traumenarrativ (TN), over 8 sesjoner versus 16 sesjoner. Deltagerne var mellom 4 og 11 år, og hadde tidligere opplevd seksuelt misbruk. Betingelsene over 8 uker var i et *konsentrert* format som viste *middels* likhet med TF-CBT. Alle 4 betingelsene ga et positivt resultat, hvor betingelsen 8 timer med TN viste størst nedgang i barnets frykt og generelle angst. TN komponenten viste seg å være spesielt viktig for å effektivisere reduksjonen i frykt, og for reduksjonen i foreldrenes ubehag knyttet til misbruket barnet har opplevd. 16 timer uten TN

viste derimot best resultat for foreldrenes praksis i møte med barnet, og for barnets eksternaliserende atferd, depresjon, angst og atferdsvansker. For PTSD symptomer hadde 8 ukers betingelsene hadde en medium større effekt, $d = 0.44$, sammenlignet med 16 ukers betingelsene

Giannopoulou, Dikaiakou, og Yule (2006) har gjennomført en pilotbehandling av klinikkbasert gruppe-CBT for PTSD hos barn mellom 8 og 12 år som har opplevd jordskjelv. Behandlingen ble sammenlignet med venteliste som ventet 2 måneder. Studien hadde som hensikt å måle reduksjon i symptomer på PTSD og komorbid depresjon ved CBT gruppebehandling. Samt måle om barna som deltok i behandlingen hadde en god opplevelse av gruppeformatet. Behandlingen som ble tilbudt hadde *middels* likhet med TF-CBT, samt i et *intensivt* format da behandlingen ble tilbudt over 6 uker med en dobbelttime i uken. Funnene støtter evidens for gruppebasert kort CBT for barn med PTSD. Studien fant en mellomgruppe betydelig $d = 2.14$, og betydelig effekt på CBT betingelsen, $d = 3.35$.

Hendriks og kolleger (2017) har målt effekten og forsvarligheten til intensiv forlenget eksponeringsterapi på ungdom mellom 13 og 18 år med flere mellommenneskelige traumer. Studien hadde som hensikt å måle om intensiv forlenget eksponering minsket PTSD symptomer og komorbide lidelser som depresjon, generell angst, og dissosiative symptomer. Behandlingsmetoden hadde lav likhet med TF-CBT, da behandlingen ikke inneholdt en fase 1 med mestringsstrategier, og en fase 3 med sikkerhetsstrategier. Metoden var konsentert da den varte i 5 påfølgende dager, med 3 sesjoner på 90 minutter per dag. Deltagerne mottok totalt 4,5 timer terapi om dagen. Intensiv forlenget eksponering over en uke reduserte PTSD symptomer uten drop-out. Studien konkluderte med at denne formen for PTSD behandling er trygg, effektiv og godt akseptert av deltagerne. Studien viste en veldig stor behandlingseffekt $d = 1.43$.

Pityaratstian og kolleger (2015) har målt effektiviteten av kort gruppe-CBT for PTSD hos barn mellom 10 og 15, år som har opplevd en tsunami. Hensikten med studien var å måle om behandlingsmetoden ga signifikant større bedring enn kontrollgruppen på venteliste. Behandlingsmetoden hadde *lav* likhet med TF-CBT, blant annet ettersom eksponeringen ble gjennomført i gruppe. Behandlingen ble gitt i et *intensivt* format da den ble gitt over 3 påfølgende dager, ved 3 sesjoner på to timer hver. Studien konkluderte med empirisk støtte for effekten av kort, skolebasert gruppe-CBT for barn og ungdom med PTSD. Denne studien konkluderte også med at formatet kan være forsvarlig å bruke i områder der det er begrenset med midler, og det er et stort antall traumatiserte unge. Studien viste en liten mellomgruppeneffekt på, $d = 0.15$, og en liten effekt på behandlingsbetingelsen, $d = 0.15$.

Ruf og kolleger (2010) har testet effektiviteten av barnetilpasset narrativ eksponeringsterapi for behandling av flyktningbarn mellom 7 og 16 år med PTSD, som bor i flyktningmottak i Tyskland. Gjennomsnittlig hadde deltagerne 4 ulike traumatiske hendelser. Hensikten med studien var å sammenligne venteliste med barnetilpasset narrativ eksponeringsterapi, for reduksjon i PTS symptomer hos flyktningbarn. Behandlingen hadde *lav* likhet med TF-CBT, blant annet da metoden ikke hadde en klar fase 1 for mestringsstrategier, men gikk rett på traumenarrativet. Den narrative eksponeringsterapien som ble benyttet i studien var i et *konsentrert* format, da den ble tilbudt over 8 uker med en sesjon i uken. Barnetilpasset narrativ eksponeringsterapi viste signifikant bedring på PTSD symptomer, samt forbedring i generell fungering. Studien konkluderte med at det er mulig å effektivt behandle flyktningbarn som lider av PTSD og bor i eksil, selv mens barnet og familien deres fortsatt bor i flyktningmottak. Studien viste en stor mellomgruppeneffekt på $d = 1.03$, og behandlingsbetingelsen hadde en betydelig $d = 2.12$.

de Roos og kolleger (2017) har sammenlignet effektiviteten av EMDR og kognitiv atferds-skriveterapi for PTSD hos barn mellom 8 og 18 år, som har opplevd et enkeltstående

traume. Studien hadde som hensikt å måle vedvarende remisjon fra PTSD og reduisering i barne- og foreldrerapporterte symptomer på PTSD, angst, depresjon og atferdsproblemer i 3 ulike betingelser: EMDR, kognitiv atferds-skriveterapi og venteliste. Kognitiv atferds-skriveterapi betingelsen var *middels* lik TF-CBT, samt *intensiv* da den ble gitt over maksimum 6 uker, med en sesjon i uken. Studien konkluderte med at begge behandlingsbetingelsene var akseptable og anbefalte behandlinger sammenlignet med venteliste. Med signifikante resultater også ved 12 måneders oppfølging. Studien viste en liten mellomgrupppeffekt mellom kognitiv atferds-skriveterapi og EMDR på $d = -0.27$, hvor EMDR hadde en liten bedre effekt. Kognitiv atferds-skriveterapi sammenlignet med venteliste viste en stor effektstørrelse $d = 1.03$, kognitiv atferds-skriveterapi betingelsen viste en veldig stor effekt på $d = 1.5$.

Diskusjon

Resultatene fra denne litteraturgjennomgangen viser at PTSD hos barn og ungdom kan behandles på en adekvat måte ved et kort, konsentrert, eller intensivt format av CBT. Hensikten med denne litteraturgjennomgangen var å undersøke om kort, konsentrert, eller intensiv CBT for barn og ungdom med PTSD er akseptert eller likt av pasientene, om det gir behandlingseffekt tilsvarende standardbehandling, samt undersøke kvaliteten til studier som belyser disse spørsmålene. Samlet sett har alle studiene vist at behandlingen er godt mottatt av deltagerne, dette vist ved lav drop-out, få takket nei til behandlingen og det oppstod få uheldige hendelser underveis i behandlingsforløpet (se tabell 3). Behandlingseffekten i de inkluderte studiene var samlet sett tilsvarende og høyere enn standardbehandling, med unntak av en studie (Pityaratstian et al., 2015; se tabell 2). De inkluderte studiene viste god metodisk kvalitet, hvor flere oppnådde en skåre nærmere maksskåre (se tabell 1). Studiene som har blitt gjennomført på CBT behandling med et kort, konsentrert, eller intensivt format til nå, har blitt gjennomført på en adekvat måte og resultater har vært i hovedsak i samme retning.

CBT med formatendringer hadde her en drop-out på 8,6 % (*SD* 4,7). Sammenlignet med funnene til Öst (2017) på 2,3 %, er dette noe høyere enn forventet, men bekrefter tidligere funn at dropout er lavere ved et forkortet format. Studiene som ble gjennomgått i denne litteraturgjennomgangen hadde betydelig lavere drop-out enn tidligere funnet ved standardterapi TF-CBT, på 36 % (Gilboa-Schechtman et al., 2010). Studiene lå også lavere enn CBT med eksponering for voksne, som nevnt lå på 28,5 % (Swift & Greenberg, 2014). Deltagerne har i stor grad fullført behandlingen som ble antatt å senke PTSD-symptomene deres. Fire av åtte inkluderte studier hadde en drop-out på 0 % (Dawson et al., 2017; Giannopoulou et al., 2006; Hendriks et al., 2017; Pityaratstian et al., 2015). For Deblinger og kolleger (2011) var drop-out noe høyere, 26 % i 8 ukers betingelsen, og 46 % i 16 ukers betingelsen. Samtidig bekreftet studiet trenden med lavere drop-out ved kortere behandlingstid. Cohen og kolleger (2011) viste høyere drop-out, på 39,5 %, noe høyere enn gjennomsnittlig TF-CBT. Dette ble forklart i studien med at behandlingen ble tilbudt på et senter for familier som opplever pågående vold i hjemmet, hvor flere flyttet videre under behandling.

I to av studiene var det ingen deltagere som takket nei til behandlingen som ble tilbudt (Dawson et al., 2017; Giannopoulou et al., 2006), i en av studiene var det en som takket nei (Hendriks et al., 2017), og i tre av studiene var tallene for dette høyere (De Roos et al., 2017; Deblinger et al., 2011; Pityaratstian et al., 2015), og to av studiene har ikke rapportert dette (Cohen, et al., 2011; Ruf et al., 2010). Fire av studiene målte for uheldige hendelser (De Roos et al., 2017; Dawson et al., 2017; Hendriks et al., 2017; Pityaratstian et al., 2015). Hvor tre av disse ikke registrerte noen uheldige hendelser (Dawson et al., 2017; Hendriks et al., 2017; Pityaratstian et al., 2015), og en registrerte en uheldig hendelse (De Roos et al., 2017; se tabell 3).

Samlet sett har deltagerne i studiene takket ja til behandlingen, fullført den i stor grad og har hatt få-til-ingen uheldige hendelser underveis i behandlingen. Et mer konsentrert eller intensivt format krever at pasienten følger opp behandlingen over kortere tid, enn ved andre behandlingsformer. Det kan tenkes at dette var en mekanisme som gjorde det lettere for pasientene å stå i behandling og fullføre den. Samt rask og observerbar bedring i symptomer kan tenkes å være en beskyttende faktor mot uheldige hendelser og drop-out. Behandlingene som ble undersøkt i studiene kan antas å ha vært tolererbare for deltagerne, og var trygge å gjennomføre.

Standardbehandling ved TF-CBT har, som tidligere nevnt, en forventet effekt på $d = 0.51$. Denne behandlingseffekten ble funnet ved en norsk RCT gjort i BUP-klinikker (Jensen et al., 2014), og ga støtte for implementering av TF-CBT i Norge (Fagermoen, 2017). I de inkluderte studiene ble effektstørrelsene d regnet ut fra pre- til postbehandling, ved første oppfølging. Samlet viser de veldig stor effekt på $d = 1.5 - d = 3.35$ (se tabell 2), med unntak av Pityaratstian og kolleger (2015) med $d = 0.15$. Effekten i de øvrige inkluderte studiene er noe høyere enn hva Jensen og kolleger (2014) fant for TF-CBT. CBT behandlingene som ble benyttet i de inkluderte studiene hadde *liten* og *middels* likhet med TF-CBT. Studiene med lavere likhet til TF-CBT viste like god effekt som dem med høyere likhet til TF-CBT, det kom ikke frem noen gruppeforskjeller i effektstørrelser etter hvor lik behandlingen var TF-CBT.

Remisjon fra PTSD diagnosen lå i de inkluderte studiene på 74, 5 %, rett under forventet ved TF-CBT, på 77,8 % (Jensen et al., 2014). De inkluderte studiene viste samlet sett remisjon som forventet fra tidligere funn. Alle studiene uten én (Pityaratstian et al., 2015) målte komorbiditet og inkluderte deltagere med høy komorbiditet. Prosentandel av deltagere i remisjon var høy i alle de inkluderte studiene til tross for heterogenitet i type traumer og høyt symptomtrykk hos deltagerne. Studiene ble gjennomført på tre ulike kontinenter, dvs Asia,

Nord-Amerika og Europa. Det fremkommer ikke kulturelle forskjeller i deltagelse og effekt av behandling.

Samlet sett viste alle studiene at deltagerne hadde god effekt av behandlingen som ble tilbudt, og store deler av deltagerne ble kvitt diagnosen. Mekanismer som førte til disse effektene kan tenkes å ha vært ulike i de forskjellige behandlingsmetodene, felles for dem er at det har vært færre behandlingssesjoner og/eller et kortere terapiforløp. Ved å endre på faktoren *tid* ved CBT for PTSD, har studiene vist at effekten var tilsvarende og høyere enn standardbehandling. Det er ulikt mellom studiene om behandlingen ble gitt over kortere tid på grunn av færre sesjoner, eller fordi sesjonene er gitt rett etter hverandre fremfor en gang i uken. Intervallene mellom sesjonene kan være en faktor for høyere effekt, dette ble endret i kun to av de inkluderte studiene (Hendriks et al., 2017; Pityaratstian et al., 2015), med gode resultater. Resten av studiene (Cohen et al., 2011; De Roos et al., 2017; Dawson et al., 2017; Deblinger et al., 2011; Giannopoulou et al., 2006; Ruf et al., 2010) endret faktoren *tid* ved å gi sesjoner med en ukes mellomrom over færre uker, og dermed over færre sesjoner. Flere av studiene ga færre, men lengre sesjoner, noe som kan antas å være effektgivende (Deblinger et al., 2011; Giannopoulou et al., 2006; Hendriks et al., 2017; Pityaratstian et al., 2015; Ruf et al., 2010).

Det ble vurdert metodisk kvalitet på alle de inkluderte studiene etter Öst (2008) sin tjueto-punkt-skala. Maksimum skåre var 44 poeng, studiene hadde en gjennomsnittlig god kvalitet (M 30.75, SD 1,9; se tabell 1). Kvaliteten lå hos alle inkluderte studier på et akseptabelt nivå, hvor det er rimelig å anta at resultatene var valide og repliserbare. Alle studiene har brukt validerte strukturerte intervjuer med gode psykometriske egenskaper, utført av trente kartleggere. Alle studiene har gitt detaljerte beskrivelser av innhold i behandlingen og hvordan den ble utført. Og detaljerte beskrivelser av treningen og veiledningen til terapeutene. Imidlertid sammenlignet flere av studiene (Giannopoulou et al., 2006;

Pityaratstian et al., 2015; Ruf et al., 2010) behandlingen kun med venteliste, noe som regnes som en svak kontrollbetingelse. Til tross for god kvalitet hadde flere av studiene et lavt antall deltagere (tabell 1; Giannopoulou et al., 2006; Hendriks et al., 2017; Pityaratstian et al., 2015; Ruf et al., 2010), noe som kan svekke predikerbarheten til studien. Ettersom det i disse studiene ikke ble bestemt på forhånd antallet inkluderte pasienter gjennom en power-analyse, kan en med noe mindre sikkerhet anta at effekten kom av intervensjonene. Alle studiene ble gjennomført i en naturalistisk setting; hvor deltagerne var pasienter på klinikker, eller en del av en behandlingstrengende gruppe etter en kollektivt potensielt traumatiserende hendelse. Generaliserbarheten til resultatene antas dermed å være god innen de rammene studiene er gjennomført i.

Implikasjoner

I klinikk kan funnene fra denne litteraturgjennomgangen bety at det kan være hensiktsmessig å konsentrere eller intensivere formatet behandlingen blir gitt i. Dette, som tidligere nevnt, for å øke effekt, sikre at pasientene fullfører behandlingen og for å gi en trygg behandling med få uheldige hendelser. Klinikker er organisert etter 45 eller 90 minutters sesjoner, gitt en gang i uken. Nye funn innen kort, konsentrert, eller intensiv behandling (Riise et al., 2016; Öst & Ollendick., 2017) foreslår endringer i denne grunnleggende strukturen i klinikk, for å sikre at pasientene gjennomfører utfordrende terapiforløp og får effekt i kronifiserte psykiske lidelser. Ettersom et kort, konsentrert eller intensivt format kan legge til rette for at pasientene få mengdetrening ved eksponering, som er antatt å gjøre eksponering mer effektiv (Craske et al., 2012).

Kortere terapiforløp er også mer kostnadseffektivt. Forkortning av terapiformatet gjør det mulig å gjennomføre kortere terapiforløp som også er vellykkede. Dette frigjør plass i klinikk til nye pasienter, slik at flere pasienter kan få tilgang til evidensbasert behandling.

Ulemper med dette formatet kan være at pasientene og eventuelt foreldrene må ta sammenhengende fri fra skole og jobb. Ettersom terapi i dette formatet kan vare over flere timer og over påfølgende dager. Noe som kan være praktisk vanskeligere, fremfor terapi hvor pasienten er borte fra skolen omtrent en time av gangen. En annen ulempe kan være som tidligere nevnt, organiseringen av klinikker. Det kan være praktisk vanskelig å gi en pasient lengre sesjoner enn de tilmålte 45 eller 90 minutters sesjonene, som klinikker tradisjonelt er organisert etter. Terapi med et forkortende format er utfordrende terapi å gi, til nå er disse terapiene gitt av spesielt trente terapeuter under veiledning. For å gjennomføre slike formatendringer kreves det derfor endringer på klinikknivå, både i struktur og ved terapeuttrening. Noe som kan være omfattende å gjennomføre.

Et vedvarende høyt metodisk nivå på studier som tester terapiforløp med forkortende format vil være viktig; dette for å kunne med større sannsynlighet tilskrive resultatene til intervensjonene som blir testet. Det vil også være ønskelig med studier som sammenligner kort, konsentrert, eller intensivt format av CBT opp mot TF-CBT, da flere studier til nå har kun sammenlignet effekt med venteliste. Flere gode studier på formatendringer vil være nødvendig, spesielt for å teste effekt av lengde på sesjonene og intervallene mellom sesjonene. Det er nødvendig å avklare det mest effektive formatet, ettersom en replisert og anbefalt behandlingsmetode for PTSD hos barn og unge med et kort, konsentrert, eller intensivt format ennå ikke er utviklet ennå. Det er ennå ikke bekreftet pasientgrupper som ikke responderer godt på konsentrerte og intensive terapiforløp, videre forskning vil også være nødvendig på faktorer ved pasienter som predikerer lav effekt av kort, konsentrert eller intensiv behandling.

Svakheter ved litteraturgjennomgangen

Denne litteraturgjennomgangen har flere begrensinger. Det er få studier som er inkludert, funnene er dermed mindre generaliserbare. Studiene som er gjennomgått må tolkes

innen de rammene de har målt effekt i. Og de studiene som er inkludert kan ha en begrenset sammenligningsverdi ettersom studiene har undersøkt CBT med ulikt behandlingsinnhold. Til tross for dette har alle studiene benyttet seg av CBT med eksponering og kognitiv restrukturering, samt flere intervensjoner kjent fra TF-CBT. Ingen av studiene var betydelig ulik fra standardterapi, de hadde alle flere likhetstrekk.

Flere studier, hvor to er inkludert i en annen lignende meta-analyse (Öst & Ollendick 2017), ble ikke inkludert i denne litteraturgjennomgangen. Dette på grunn av inklusjonskriteriet om at deltagerne oppfyller diagnosekravene for PTSD. Det kan tenkes at denne litteraturgjennomgangen har gått glipp av funn ved å ikke inkludere behandlingsstudier som har målt effekt uavhengig av den kliniske grensen for PTSD, da flere RCT'er for PTSD inkluderer barn og ungdom med subklinisk PTSD.

Konklusjon

Alle studiene som ble gjennomgått i denne litteraturgjennomgangen bekrefter at god traumebehandling for barn og ungdom med PTSD kan gis over kortere tidsrom og/eller med færre sesjoner. Gjennomføring av dette er gjort veldig ulikt i de studiene som er undersøkt. Likt mellom dem er lav drop-out, få uheldige hendelser og at pasientene takker ja til behandlingen. Pasientene ser ut til å ha større sannsynlighet til å gjennomføre evidensbasert terapi når den tilbys mer intensivt eller mer konsentrert. Forkortende format ser ut til å være trygg behandling, og behandlingseffekten på PTSD tilsvarer standardbehandling. Videre forskning vil være nødvendig for å avklare i hvilket format PTSD behandling bør tilbys i. Det kan tenkes å være en forskjell i effekt mellom å tilby sesjoner en gang i uken mot flere ganger i uken. En replisert og anbefalt behandlingsmetode er ennå ikke utviklet for kort, konsentrert eller intensiv PTSD behandling for barn og ungdom.

Referanser

Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*.

Arlington, USA: American Psychiatric Pub.

Ballard, E. D., Van Eck, k., Musci, R. J., Hart, S.R., Storr, C.L., Breslau, N., & Wilcox, H.C.

(2015). Latent classes of childhood trauma exposure predict the development of behavioral health outcomes in adolescence and young adulthood. *Psychological medicine*, 45(15), 3305-3316. doi: 10.1017/S0033291715001300

Bouton, M. E. (1993). Context, time, and memory retrieval in the interference paradigms of

Pavlovian learning. *Psychological bulletin*, 114(1), 80. doi: 10.1037/0033-2909.114.1.80

Cohen, J. A., Mannarino, A.P., & Deblinger, e. (2017). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents (Rev.ed)*. New York, USA: Guilford Publications.

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Iyengar, S. (2011). Community treatment of posttraumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence: A randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165(1), 16-21. doi: 10.1001/archpediatrics.2010.247

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Kliethermes, M., & Murray, L. A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child abuse & neglect*, 36(6), 528-541. doi: 10.1016/j.chiabu.2012.03.007

Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A. E., & Costello, J. (2007). Traumatic events and

posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 577-584. doi: 10.1001/archpsyc.64.5.577

Craske, M. G., Liao, B., Brown, L., & Vervliet, B. (2012). Role of inhibition in exposure therapy. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(3), 322-345. Hentet fra <http://dx.doi.org/10.5127/jep.026511>

Creswell, C., Waite, P., & Cooper, P. J. (2014). Assessment and management of anxiety disorders in children and adolescents. *Archives of disease in childhood*, 99(7), 674-678. doi: 10.1136/archdischild-2013-303768

Dawson, K., Joscelyne, A., Meijer, C., Steel, Z., Silove, D., & Bryant, R. A. (2017). A controlled trial of trauma-focused therapy versus problem-solving in Islamic children affected by civil conflict and disaster in Aceh, Indonesia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 1–9. doi: 10.1177/0004867417714333

de Roos, C., van der Oord, S., Zijlstra, B., Lucassen, S., Perrin, S., Emmelkamp, P., & de Jongh, A. (2017). Comparison of eye movement desensitization and reprocessing therapy, cognitive behavioral writing therapy, and wait-list in pediatric posttraumatic stress disorder following single-incident trauma: A multicenter randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 58(11), 1219-1228. doi: 10.1111/jcpp.12768

Deblinger, E., & Heflin, A. H. (1996). *Interpersonal violence: The practice series, Vol. 16. Treating sexually abused children and their nonoffending parents: a cognitive behavioral approach*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. K., Steer, R. A. (2011). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children: Impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and Anxiety*, 28(1), 67-75. doi: 10.1002/da.20744
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J.A., & Steer, R. A. (2006). A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(12), 1474-1484. doi: 10.1097/01.chi.0000240839.56114
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572. doi: 10.1542/peds.111.3.564
- Dyb, G. (2010). Posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) hos barn og ungdom. *Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening, veileder i BUP/ Del 2: Tilstandsbilder (kapitlene er satt opp etter innledning i ICD 10)/ Posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) hos barn og ungdom*. Hentet fra <http://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/>
- Dyb, G., Holen, A., Steinberg, A. M., Rodriguez, N., & Pynoos, R. S. (2003). Alleged sexual abuse at a day care center: Impact on parents. *Child abuse & neglect*, 27(8), 939-950. doi: 10.1016/S0145-2134(03)00141-8
- Ehlers, A., Hackmann, A., Grey, N., Wild, J., Liness, S., Albert, I., ... Clark, D. M. (2014). A

randomized controlled trial of 7-day intensive and standard weekly cognitive therapy for PTSD and emotion-focused supportive therapy. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 294-304. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.13040552

Essau, C. A., & Gabbidon, J. (2013). Epidemiology, comorbidity and mental health services utilization. *The Wiley-Blackwell handbook of the treatment of childhood and adolescent anxiety*, 23-42. doi: 10.1002/9781118315088.ch2

Fagermoen, E. M., Østensjø, T., Skagemo, C. U., Moen, G. M., & Husebø, G. K. (2017).

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi og komplekse traumer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 54(10), 978-989. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=498057&a=3

Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Re-victimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth. *Child abuse & neglect*, 31(5), 479-502. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.03.012

Foa, E., Keane, T. M., Friedman M. J., & Cohen J. A. (2009). *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (2nd ed.)*. New York, USA: Guilford Publications.

Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A. M., Riggs, D. S., Feeny, N. C., & Yadin, E. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(5), 953-964. doi: 10.1037/0022-006X.73.5.953

- Giannopoulou, I., Dikaiakou, & A., Yule, W. (2006). Cognitive-behavioural group intervention for PTSD symptoms in children following the Athens 1999 earthquake: A pilot study. *Clinical child psychology and psychiatry*, 11(4), 543-553. doi: 10.1177/1359104506067876
- Gilboa-Schechtman, E., Foa, E. B., Shafran, N., Aderka, I. M., Powers, M. N., Rachamim, L., ... Apter, A. (2010). Prolonged exposure versus dynamic therapy for adolescent PTSD: A pilot randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 1034-1042. doi: 10.1016/j.jaac.2010.07.014
- Gillies, D., Taylor, F., Gray, C., O'Brien, L., & D'Abrew, N. (2013). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 8(3), 1004-1116. doi: 10.1002/14651858.CD006726.pub2
- Grills-Taquechel, A. E. & T. H. Ollendick. (2012). *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. Göttingen, Tyskland: Hogrefe Publishing.
- Havnen, A., Hansen, B., Öst, L.-G., & Kvale, G. (2014). Concentrated ERP delivered in a group setting: An effectiveness study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(4), 319-324. Hentet fra: <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.08.002>
- Hendriks, L., de Kleine, R., Heyvaert, M., Becker, E. S., Hendriks, G. J., & van Minnen, A. (2017). Intensive prolonged exposure treatment for adolescent complex posttraumatic stress disorder: A single-trial design. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(11), 1229–1238. doi: 10.1111/jcpp.12756

- Higa-McMillan, C. K., Francis, S. E., Najarian, L.R., & Chorpita, B. F. (2016). Evidence base update: 50 years of research on treatment for child and adolescent anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(2), 91-113. doi: 10.1080/15374416.2015.1046177
- In-Albon, T., & Schneider, S. (2007). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy and psychosomatics*, 76(1), 15-24. doi: 10.1159/000096361
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., ... Wentzel-Larsen, T. (2014). A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(3), 356-369. Doi: 10.1080/15374416.2013.822307
- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Best, C. L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the national survey of adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(4), 692. doi: 10.1037/0022-006X.71.4.692
- Lieberman, L. C., Larsson, K., Altuzarra, M. P., Öst, L-G., & Ollendick, T. (2015). Self-reported life satisfaction and response style differences among children in Chile and Sweden. *Journal of Child and Family Studies*, 24(1), 66-75. doi: 10.1007/s10826-013-9814-2
- Morina, N., 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. doi: 10.1016/j.cpr.2016.05.006

Morris, S. B., & DeShon, R. P. (2002). Combining effect size estimates in meta-analysis

with repeated measures and independent-groups designs. *Psychological methods*, 7(1),

105. doi: 10.1037/1082-989X.7.1.105

National Institute for Health and Care Excellence. (2005). Post-traumatic stress disorder:

Clinical guideline. *NICE Guideline*. Hentet fra nice.org.uk/guidance/cg26

Organization, W. H. (2013). Guidelines for the management of conditions specifically related

to stress. *World Health Organization*. Hentet fra

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf?ua=1

Organization, W. H. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders:

clinical descriptions and diagnostic guidelines. *World Health Organization*. Hentet fra

<http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>

Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Wentzel-Larsen, T., & Shirk, S. R. (2014). The therapeutic

alliance in treatment of traumatized youths: Relation to outcome in a randomized

clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(1), 52. doi:

10.1037/a0033884

Pfeiffer, E., Sachser, C., de Haan, A., Tutus, D., & Goldbeck, L. (2017). Dysfunctional

posttraumatic cognitions as a mediator of symptom reduction in trauma-focused

cognitive behavioral therapy with children and adolescents: Results of a randomized

controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 97, 178-182. doi:
10.1016/j.brat.2017.08.001

Pityaratstian, N., Piyasil, C., Ketumarn, P., Sitdhiraksa, N., Ularntinon, S., &

Pariwatcharakul, P. (2015). Randomized controlled trial of group cognitive behavioural therapy for post-traumatic stress disorder in children and adolescents exposed to tsunami in Thailand. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 43(5), 549-561. doi: 10.1017/S1352465813001197

Pynoos, R. S., Goenjian, A., Tashjian, M., Karakashian, R., Manjikian, G., Manoukian, A.

M.,... Fairbanks, L. A. (1993). Post-traumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian earthquake. *The British Journal of Psychiatry*, 163(2), 239-247. doi: 10.1192/bjp.163.2.239

Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(4), 867-879. doi: 10.1037/0022-006X.70.4.867

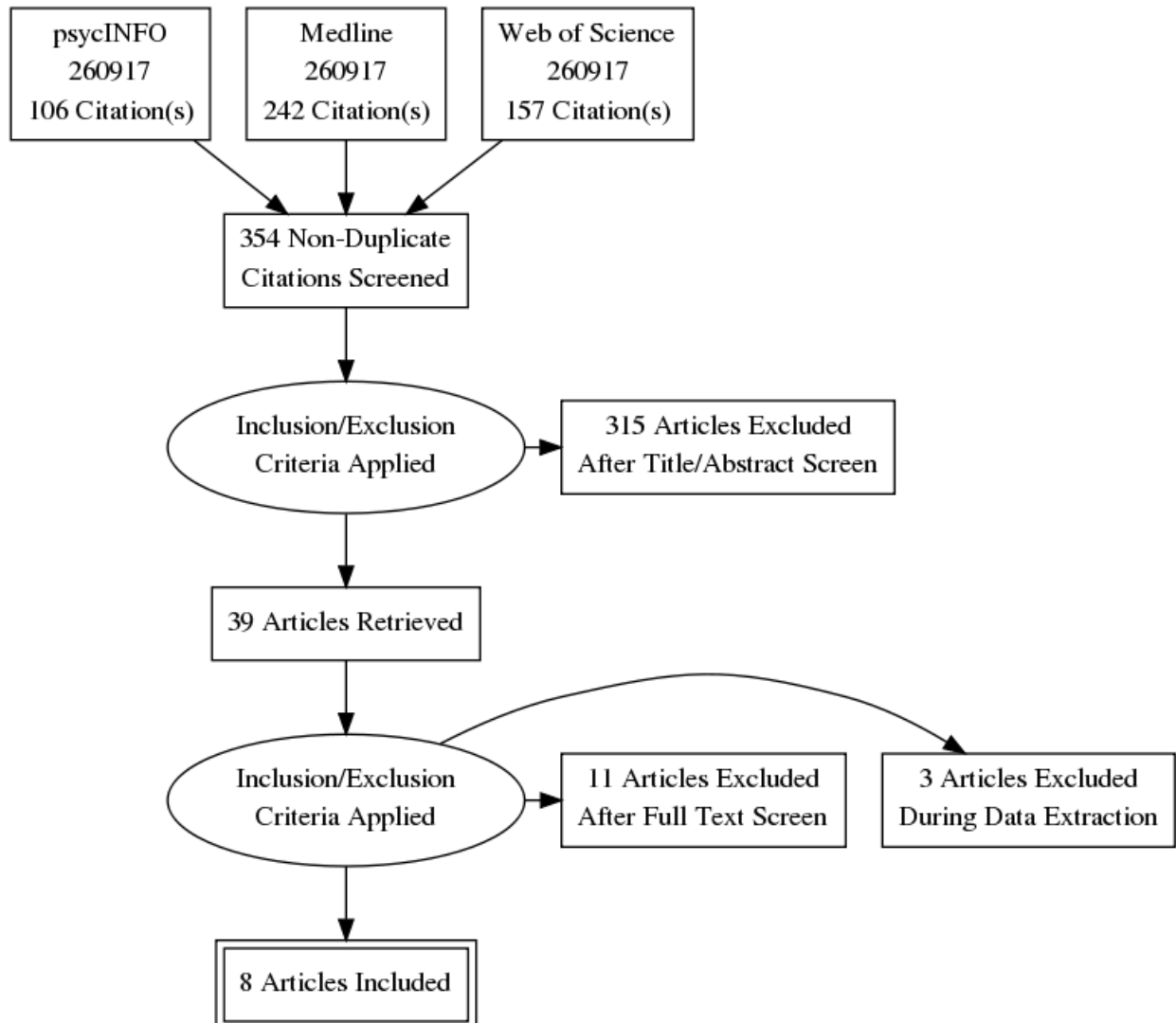
Riise, E. N., Kvale, G., Öst, L-G., Skjold, S. H., Hansen, H., & Hansen, B. (2016).

Concentrated exposure and response prevention for adolescents with obsessive-compulsive disorder: An effectiveness study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 11, 13-21. Hentet fra <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.07.004>

Ronconi, J. M., Shiner, B., & Watts, B. V. (2014). Inclusion and exclusion criteria in

- randomized controlled trials of psychotherapy for PTSD. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(1), 25-37. doi: 10.1097/01.pra.0000442936.23457.5b
- Rourke, M. T., Hobbie, W. L., Schwartz, L., & Kazak, A. E. (2007). Posttraumatic stress disorder (PTSD) in young adult survivors of childhood cancer. *Pediatric blood & cancer*, 49(2), 177-182. doi: 10.1002/pbc.20942
- Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Catani, C., Schauer, E., & Elbert, T. (2010). Narrative exposure therapy for 7-to 16-year-olds: A randomized controlled trial with traumatized refugee children. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 437-445. doi: 10.1002/jts.20548
- Saigh, P. A., Yasik, A. E., Oberfield, R. A., Halamandaris, P. V., & McHugh, M. (2002). An analysis of the internalizing and externalizing behaviors of traumatized urban youth with and without PTSD. *Journal of Abnormal psychology*, 111(3), 462. doi: 10.1037/0021-843X.111.3.462
- Saunders, B., Berliner, L., & Hanson, R. F. (2004). Child physical and sexual abuse: Guidelines for treatment (revised report 4/26/04). *Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center*. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11212/718>
- Swift, J. K., & R. P. Greenberg. (2014). A treatment by disorder meta-analysis of dropout from psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(3), 193-207. doi: 10.1037/a0037512
- Öst, L.-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46(3), 296-321. doi: 10.1016/j.brat.2007.12.005

Öst, L.-G., & Ollendick, T. H. (2017). Brief, intensive and concentrated cognitive behavioral treatments for anxiety disorders in children: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 97, 134-145. doi: 10.1016/j.brat.2017.07.008

Figur 1. PRISMA flytskjema

Tabell 1

Metodisk bakgrunn for de inkluderte studiene

Studie	n	Kjønn ¹	Alder	Land	Utfallsmål PTSD	Metodisk kvalitet ²
(Cohen et al. 2011)	124	-	7-14	USA	UCLA PTSD-RI	35
(Dawson et al., 2017)	64	48	7-14	Indonesia	UCLA PTSD-RI	32
(Deblinger et al., 2011)	210	61	4-11	USA	K-SADS	34
(Giannopoulos et al., 2006)	20	55	8-12	Hellas	CRIES	22
(Hendriks et al., 2017)	10	80	13-18	Nederland	K-SADS-PL- PTSD	31
(Pityaratstian et al., 2015)	36	72	10-15	Thailand	UCLA PTSD-RI	27
(Ruf et al., 2010)	26	46	7-16	Tyskland	UCLA PTSD-RI	26
(de Roos et al., 2017)	103	-	8-18	Nederland	CRTI	39

Noter. ¹Kjønn er oppgitt i % jenter. ²Metodisk kvalitet (Öst., 2017), maks skåre på 44.

Tabell 2

Effekt og hovedfunn i de inkluderte studiene

Studie	Traume	Komorbiditet	Terapi-format	Mellom gruppe <i>d</i>	pre-post <i>d</i>	Remisjon ¹	Hovedfunn
(Cohen et al., 2011)	Pågående vold i hjemmet Enkelte også seksuell vold	Generell angst Depresjon Atferdsproblemer Retraumatisering	Konsentrert	0.47	-	75	Forkortet TF-CBT ved pågående traume viste signifikant bedring i PTSD symptomer, generell angst og atferdsvansker.
(Dawson et al., 2017)	Krig Humanitær nød Naturkatastrofer	Depresjon Sinne	Intensiv	0.01	1.7	-	TF-CBT og problemløsningsterapi viste like god effekt, begge ga signifikant bedring i PTSD og sinne, ikke depresjon.
(Deblinger et al., 2011)	Seksuelt misbruk	Generell angst Depresjon Atferdsvansker Seksuell adferd Skam Tilpasningsvansker Emosjonelle-reaksjoner Foreldretilpasning	Konsentrert	0.44 ²		-	Alle 4 betingelsene ga signifikant nedgang i PTSD symptomer, betingelsen 8 uker med traumenarrativ viste størst nedgang i barnets frykt og generelle angst. Traumenarrativ komponenten var spesielt viktig for effekt.

(Giannopoulou et al., 2006)	Jordskjelv	Depresjon Atferdsvansker	Intensiv	2.14	3.35	85	Støttet evidens for gruppebasert kort kognitiv adferdsterapi for barn med PTSD.
(Hendriks et al., 2017)	kompleks, mellom-menneskelig	Generell angst Depresjon Dissosiasjon	Konsentrert	-	1.43	63,8	Intensiv forlenget eksponering reduserte PTSD symptomer uten drop-out. Studien konkluderte med at formatet var trygt, effektivt og godt akseptert av deltagerne. Formatet var forsvarlig å bruke i områder med begrensede midler, og med et stort antall traumatiserte.
(Pityaratstian et al., 2015)	Tsunami	-	Intensiv	0.15	0.15	50	Barnetilpasset narrativ eksponeringsterapi ga effektiv PTSD behandling til flyktningbarn i eksil.
(Ruf et al., 2010)	Flyktninger, krig, vold	Generelle psykiske lidelser	Konsentrert	1.03	2.12	83	Kognitiv atferds-skriveterapi (KAST) og Eye Movement Desentization and Reprocessing (EMDR) ble anbefalt, sammenlignet med venteliste
(de Roos et al., 2017)	Enkeltraume	Angst, Depresjon Somatisering Livskvalitet Sorg, Kognisjon Emosjonelle/ atferdsproblemer	Intensiv	-0.27 ³ 1.03 ⁴	1.5	90.2	

Noter. ¹Remisjon er vist i prosent. ²Mellom betingelsene 8 uker og 16 uker. ³Mellom betingelsene: KAST og EMDR. ⁴Mellom betingelsene KAST og venteliste.

Tabell 3

Hvordan deltagerne mottok behandlingen

Studie	Drop-out ¹	Takket nei ²	Uheldige hendelser ³
(Cohen et al., 2011)	33	-	-
(Dawson et al., 2017)	0	0	0
(Deblinger et al., 2011)	26	11	-
(Giannopoulou et al., 2006)	0	0	-
(Hendriks et al., 2017)	0	1	0
(Pityaratstian et al., 2015)	0	18	0
(Ruf et al., 2010)	8	-	-
(de Roos et al., 2017)	2	25	1

Noter. ¹ Drop-out vist i prosent. Kun i Kort, konsentrert, eller intensiv betingelse. ²Registrert i antall deltagere som takket nei ³Uheldige hendelser under behandling som: selvmordsforsøk, selvskading, innleggelse, hentet av politi osv.

Appendiks A. Litteratursøket

Medline 26.09: 242 artikler

1. (random* or RCT or single-trial).ti,ab.
2. (trauma* or posttraumatic or PTSD).ti,ab.
3. (concentrat* or brief* or intensiv* or "treatment length").ti,ab.
4. (child* or adolescen* or teen* or youth* or pediatric or pupil* or student*).ti,ab.
5. 1 and 2 and 3 and 4

PsyclFO 26.09: 106 artikler

1. (random* or RCT or single-trial).ti,ab.
2. (trauma* or posttraumatic or PTSD).ti,ab.
3. (concentrat* or brief* or intensiv* or "treatment length").ti,ab.
4. (child* or adolescen* or teen* or youth* or pediatric or pupil* or student*).ti,ab.
5. 1 and 2 and 3 and 4

Web of Science: 26.09.17: 157 artikler

TOPIC: ((child* OR adolescen* OR teen* OR youth* OR pediatric OR pupil* OR student*)) AND TOPIC: ((trauma* OR posttraumatic OR PTSD)) AND TOPIC: ((random* OR RCT OR single-trial)) AND TOPIC: ((concentrat* OR brief* OR intensiv* OR treatment-length))

Refined by: DOCUMENT TYPES: (ARTICLE) AND WEB OF SCIENCE CATEGORIES: (PSYCHIATRY OR PSYCHOLOGY SOCIAL OR PSYCHOLOGY EXPERIMENTAL OR PSYCHOLOGY CLINICAL OR SOCIAL WORK OR PSYCHOLOGY EDUCATIONAL OR SOCIAL SCIENCES BIOMEDICAL OR PSYCHOLOGY BIOLOGICAL OR MULTIDISCIPLINARY SCIENCES OR PRIMARY HEALTH CARE OR PSYCHOLOGY DEVELOPMENTAL OR BEHAVIORAL SCIENCES OR PSYCHOLOGY OR SOCIAL ISSUES OR PSYCHOLOGY APPLIED OR PSYCHOLOGY MULTIDISCIPLINARY OR HEALTH CARE SCIENCES SERVICES OR FAMILY STUDIES OR SOCIOLOGY)

Timespan: All years. Indexes: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, ESCI.

Appendix B. Psykoterapi utfallstudie metodologi vurderingsskjema (Öst., 2017)

Noter: Om det ikke blir gitt tilstrekkelig informasjon rundt et spesifikt vurderingspunkt gis 0 poeng

1) Klarhet i beskrivelsen av utvalget

0 Dårlig. Upresise beskrivelser av utvalget(eks bare nevnt om pasienten er diagnostisert med diagnosen).

1 Rimelig. Rimelig beskrivelse av utvalget (eks: nevnt inklusjons- og eksklusjonskriterier, demografi osv).

2 God. God beskrivelse av utvalget (eks: eks: nevnt inklusjons- og eksklusjonskriterier, demografi og prevalens av komorbide lidelser).

2) Alvorlighetsgrad av lidelsen

0 Dårlig. Alvorlighetsgrad/kronifisering var ikke rapportert og/eller subkliniske pasienter var inkludert i utvalget.

1 Rimelig. Alle pasientene møtte kriteriene for lidelsen. Utvalget inkluderer akutt (0-1 år) og/eller lav alvorlighetsgrad.

2 God. Utvalget består av bare kroniske (4-1 år) pasienter med minst moderat alvorlighetsgrad.

3) Hvor representativt utvalget er

0 Dårlig. Utvalget er veldig ulikt fra pasienter som søker behandling for lidelsen (eks det er utpreget strenge eksklusjonskriterier).

1 Rimelig. Utvalget er i noen grad representativt for pasienter som søker behandling for lidelsen (eks pasienter var bare ekskludert om de møtte kriteriene for andre alvorlige psykiske lidelser).

2 God. Utvalget er veldig representativt for pasienter som søker behandling for lidelsen (eks forfattere gjorde en ekstra innsats for å sikre utvalgets representativitet)

4) Reliabilitet for diagnosen som er undersøkt

0 Dårlig. Den diagnostiske prosessen var ikke rapportert, eller ikke gjennomført med strukturerte intervjuer av trente intervjuere.

1 Rimelig. Diagnosen var kartlagt ved strukturerte intervju av en trent intervjuer.

2 God. Diagnosen var kartlagt med strukturerte intervju av en trent intervjuer og en adekvat inter-rater reliabilitet ble demonstrert (eks kappa coefficient).

5) Spesifisitet på utfallsmålene

0 Dårlig. Veldig brede utfallsmål, ingen spesifikk til lidelsene (eks SCL-90R total skåre).

1 Rimelig. Moderat spesifikke utfallsmål.

2 God. Spesifikke utfallsmål, som et mål på hvert kluster av symptom.

6) Reliabilitet og validitet på utfallsmålene

0 Dårlig. Måleinstrumenter har ukjent psykometrisk egenskaper, eller egenskaper som ikke møter standard av hva som er akseptert.

1 Rimelig. Noen, men ikke alle måleinstrument har kjent eller adekvate psykometrisk egenskaper.

2 God. Alle måleinstrumenter har gode psykometriske egenskaper. Utfallsmålene er de beste tilgjengelige for forfatterens hensikt.

7) Bruk av uavhengige, blinde assessorer

0 Dårlig. Blind assessor var ikke brukt (eks assessor var terapeuten, assessor var ikke blind for behandlingsbetingelsen eller forfatterne spesifiserer ikke dette).

1 Rimelig. Blind assessor ble brukt, men ingen sjekker ble brukt for å vurdere grad av blindhet.

2 God. Blind assessor ble brukt på korrekt måte. Sjekker ble brukt for å undersøke om assessor var blind for behandlingsbetingelsen.

8) Assessor trening

0 Dårlig. Assessor opplæring og nøyaktighet er ikke spesifisert, eller er uakseptabel.

1 Rimelig. Minimumkriteriet for assessor trening er spesifisert (eks assessor gar hat spesifisert trening i å bruke utfallsmålet), men nøyaktighet er ikke overvåket eller rapportert.

2 God. Minimumkriteriet for assessor opplæring er spesifisert. Inter-rater relabilitet ble sjekket, og/eller vurderingsprosedyrer ble kalibrert under studien for å forhindre endringer hos assessor.

9) Plassering i grupper

0 Dårlig. Bias i gruppefordelingen (eks pasientene valgte deres egen terapi eller ble fordelt på en ikke-tilfeldig måte, eller det er bare en gruppe).

1 Rimelig. Tilfeldig eller stratifisert gruppefordeling. Det kan være noen systematiske bias men ikke nok for å utgjøre en seriøs trussel for den interne validiteten. Det kan være terapeuter med forvirring mellom terapier. N kan være for liten for å beskytte mot bias.

2 God. Tilfeldig eller stratifisert gruppefordeling, og pasientene er tilfeldig fordelt på terapeutene innen betingelsen. Når teoretisk ulike behandlinger er brukt, hver behandling er gitt av et stort nok antall ulike terapeuter. N er stor nok for å beskytte mot bias.

10) Design

0 Dårlig. Aktiv behandling vs. venteliste, eller kort beskrevet vanlig behandling (treatment as usual).

1 Rimelig. Aktiv behandling vs. vanlig behandling med en god beskrivelse, eller en placebo betingelse.

2 God. Aktiv behandling vs. annen tidlige empirisk dokumentert aktiv behandling.

11) Power analyser

0 Dårlig. Ingen power analyse ble gjort før studien startet.

1 Rimelig. En power analyse basert på en antatt effektstørrelse.

2 God. En dataorientert power analyse ble gjort og en tilsvarende gruppestørrelsen ble bestemt.

12) Vurderingspunkter

0 Dårlig. Bare ved pre- og postbehandling, eller ved prebehandling og oppfølging.

1 Rimelig. Pre-, post-, og oppfølging opp mot 1 år.

2 God. Pre-, post-, og oppfølging 1 år og lenger.

13) Manualisert, repliserbar, spesifikk behandlingsprogram

0 Dårlig. Beskrivelsen av behandlingsprosedyren er uklart, og behandling er ikke basert på en offentlig tilgjengelig, detaljert behandlingshåndbok. Pasienter kan motta flere former for behandling på en gang, på en ukontrollert måte.

1 Rimelig. Behandlingen er ikke konstruert for lidelsen, eller beskrivelsen av behandlingen er generelt klar og basert på en offentlig tilgjengelig, detaljert behandlingshåndbok, men det er noen tvetydigheter rundt prosedyren. Pasientene kan ha fått ytterligere former for behandling, men dette er balansert mellom grupper eller på annen måte kontrollert.

2 God. Behandlingen er utformet for lidelsen. En detaljert behandlingshåndbok er tilgjengelig, og/eller behandlingen er forklart i tilstrekkelig detalj for replikasjon. Ingen tvetydigheter om behandlingsprosedyren. Pasientene får bare den aktuelle behandlingen.

14) Antall terapeuter

0 Dårlig. Bare en terapeut, dvs. fullstendig forvirrende mellom terapi og terapeut.

1 Rimelig. Minst to terapeuter, men terapeuteffekter på utfallet er ikke analysert.

2 God. Tre eller flere terapeuter, og terapeuteffekter på utfallet er analysert.

15) Terapeuttrening/erfaring

0 Dårlig. Veldig begrenset klinisk erfaring med behandlingen og/eller lidelsen (eks studenter).

1 Rimelig. Noe klinisk erfaring med behandlingen og/eller lidelsen.

2 God. Lang klinisk erfaring med behandlingen og lidelsen (eks praktiserende terapeuter).

16) Undersøkt behandlingsoverholdelse

0 Dårlig. Ingen sjekker ble gjennomført for å sikre at intervensjonene var i tråd med protokollen.

1 Rimelig. Noen sjekker ble gjennomført (eks samlet inn en andel terapiopptak).

2 God. Hyppige sjekker ble gjennomført (eks ukentlig veiledning for hver sesjon ved bruk av en detaljert sjekklister).

17) Sjekket for behandlerens kompetanse

0 Dårlig. Ingen sjekker ble gjennomført for å sikre at intervensjonene ble gitt på en kompetent måte.

1 Rimelig. Noen sjekker ble gjort (eks samlet inn en andel terapiopptak).

2 God. Hyppige sjekker ble gjennomført (eks ukentlig veiledning for hver sesjon ved bruk av en detaljert sjekklister).

18) Kontroll av samtidig behandling (som medikamentell behandling)

0 Dårlig. Ingen forsøk på å kontrollere for samtidig behandling, eller ingen informasjon om samtidig behandling. Pasienter kan ha fått andre former for behandling i tillegg til studien.

1 Rimelig. Ba pasienter om å holde medisinerer stabilt og/eller å avbryte andre psykologiske terapier under behandlingen.

2 God. Sikret at pasientene ikke fikk annen behandling (medisinsk eller psykologisk) under studien.

19) Håndtering av drop-out

0 Dårlig. Andel slitasje er ikke beskrevet, eller beskrevet, men ingen drop-out analyse ble utført.

1 Rimelig. Prosent slitasje er beskrevet, og utfallsanalyse eller intent-to-treat analyse er utført.

2 God. Ingen slitasje eller proporsjon av slitasje er beskrevet, utfallsanalyse er utført, og resultatene er presentert som intent-to-treat analyse.

20) Statistisk analyse og presentasjon av resultater

0 Dårlig. Utilstrekkelige statistiske metoder er brukt og/eller data er ikke fullt presentert.

1 Rimelig. Adekvate statistiske metoder er brukt, men data er ikke fullt presentert.

2 God. Adekvate statistiske metoder er brukt og data er presentert med M og SD.

21) Klinisk signifikans

0 Dårlig. Ingen presentasjon av klinisk signifikans ble gjort.

1 Rimelig. Et vilkårlig kriterium for klinisk signifikans ble brukt og betingelsene ble sammenlignet med hensyn til prosentvis klinisk forbedring.

2 God. Jacobsons kriterium for klinisk signifikans ble brukt og presentert for et utvalg (eller alle) av utfallsmålene, og forholdene ble sammenlignet med hensyn til prosentvis klinisk forbedring.

22) Likhhet i antall terapitimer (bare for studier som sammenligner behandling med annen aktiv behandling).

0 Dårlig. Betingelsene varierte betydelig (over 20 % forskjell i antall terapitimer).

1 Rimelig. Betingelsene varierte betydelig (10-19 % forskjell i antall terapitimer).

2 God. Betingelsene varierte betydelig (under 10 % forskjell i antall terapitimer).