

Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket:

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) (2. utg)

TF-CBT er en behandlingsmodell utviklet for å hjelpe barn og ungdom (3-18 år) som opplever emosjonelle og atferdsmessige vansker etter traumatiserende enkelt- eller multiple hendelser. Formålet med behandlingen er å redusere posttraumatiske stress symptomer (PTSS). Videre behandlingsmål er å redusere angst, depresjon, skamfølelse, eksternaliserende vansker og posttraumatisk sorg.

Bakgrunn

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) er en behandlingsmetode for barn og ungdom (3-18 år) som har opplevd ett eller flere traumer, og som utvikler traumerelaterte vansker som følge av dette (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2017). Formålet med behandlingen er å redusere posttraumatiske stress symptomer (PTSS), samt angst, depresjon, skamfølelse, eksternaliserende vansker og posttraumatisk sorg. TF-CBT er et manualisert behandlingstiltak som gis gjennom spesialisthelsetjenesten og andre instanser (f.eks. Statens Barnehus). Tilbudet gis individuelt og går over 10-15 timer (eller lengre ved behov). Foresatte inkluderes i behandlingen ved at de følger barnets behandling i parallelle forløp både med felles timer og timer for foresatte. Barnet og foresatte lærer ferdigheter som kan hjelpe dem å redusere stress, og å bearbeide og forholde seg til tankene, atferden og følelsene knyttet til traumehendelsene. En engelsk behandlingsmanual (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006; Cohen, Mannarino & Deblinger, 2017) foreligger. Denne er oversatt til norsk (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2018). Rettighetshaver i Norge er Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS; www.nkvts.no). Artikkelen er en revisjon av tidligere beskrivelse av samme tiltak i Ungsinn (Kornør, 2013), men videreutviklet ut fra nye prosedyrer og kriterier i Ungsinn fra 2016 (Martinussen m. fl., 2016). Formålet med denne artikkelen er å undersøke om TF-CBT er effektiv som behandlingsmetode i vanlig klinisk praksis i Norge.

Metode

Foreliggende kunnskapsoppsummering bygger på systematisk litteratursøk i databasene Embase, Medline, Psykinfo, NORART, Cochrane, Cristin, NORA, SCOPUS, SweMed, Kunnskapssenteret, NREPP, NICE, Blueprint og CEBC. I tillegg gjennomførte forfatterne av denne artikkelen andre relevante søk. Det ble også innhentet informasjon fra fagansvarlige for programmet ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS).

Resultater

Resultatene omfatter en oppsummering av tiltakets beskrivelse, foreliggende norske forskningsstudier, forskningsmetodisk kvalitet og implementeringskvalitet. Tiltakets bakgrunn, innhold og metoder er beskrevet i Cohen, Mannarino og Deblinger (2017). Tiltaket har god teoretisk forankring. Det foreligger en rekke kvalitetsmessig gode internasjonale effektstudier og metaanalyser av det opprinnelige amerikanske tiltaket, hvor effekt av tiltaket er dokumentert. Det har vært gjennomført én randomisert kontrollert studie (RCT) av TF-CBT i Norge der ordinær behandling ble gitt som kontrollbetingelse (Jensen m. fl., 2014). Resultatene viste middels store effekter av TF-CBT på flere utfallsmål sammenlignet med vanlig behandling. Dette gjaldt både for PTSD-symptomer og sekundærtutfallsmålene: daglig fungering, depressive symptomer og generelle psykiske helseproblemer. Ved behandlingsslutt var det signifikant færre pasienter med PTSD diagnose i TF-CBT sammenlignet med vanlig behandling. Det var ingen forskjeller mellom TF-CBT og vanlig behandling i angstsymptomer ved behandlingsslutt. En oppfølgingsstudie av effekten av TF-CBT målt 18 måneder etter behandling (Jensen, Holt, Ormhaug, 2017) viser at symptomforbedringen hos de som fikk TF-CBT ble opprettholdt på oppfølgingstidspunktet. Ved 18 måneders oppfølging rapporterte de som fikk TF-CBT signifikant lavere nivå av generelle psykiske vansker enn kontrollgruppen, men man fant ikke signifikante forskjeller mellom de to behandlingstilstandene på andre utfallsmål.



Jon Fauskanger Bjåstad

bjaastad@gmail.com

Klinikk psykisk helsevern for barn, unge og rusavhengige, Helse Stavanger



Bente Storm Haugland

Bente.Haugland@uib.no

Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen



Hege Kornør

hege.kornor@fhi.no

Folkehelseinstituttet



Engelsk sammendrag på ungsinn.no

ISSN 2464-2142

Tidsskrift Ungsinn utgis av Regionalt kunnskapssenter for barn og unge- nord (RKBU Nord) ved UiT- Norges arktiske universitet.

Videre hadde de som fikk TF-CBT raskere funksjonsforbedring (bedring i relasjoner med venner, familie, og funksjon i skole- og fritidsammenheng). De hadde også hatt færre behandlingstimer enn kontrollgruppen i ordinær behandling. Den norske studien vurderes som metodisk god og har resultater som tilsvarer funn fra utenlandske studier. Programmet er tilgjengelig gjennom rettighets-haver (NKVTS). Det er krav til opplæring og sertifisering, og en implementeringsplan for spesialist-helsetjenesten foreligger.

Konklusjon

TF-CBT er et tiltak med god teoretisk forankring. Tiltaket er godt beskrevet. Tiltaket har god effekt dokumentert gjennom en rekke internasjonale effektstudier, kunnskapsoppsummeringer og meta-analyser, samt gjennom en norsk effektstudie av metodisk høy kvalitet (inklusive 18 måneders oppfølgingsdata). En rekke systematiske oversikter anbefaler tiltaket som en effektiv behandling for barn og ungdom som har opplevd en eller flere traumer og som utvikler traumerelaterte vansker som følger av dette. Det foreligger en implementeringsplan for tiltaket. Tiltaket har blitt implementert med grundig trening, veiledning og med et system for å sjekke terapeutenes etterlevelse og kompetanse (fidelity) i bruken av programmet.

Tiltaket brukt med unge i alderen 10-18 klassifiseres på evidensnivå 5: Tiltak med sterk dokumentasjon på effekt.

Det presiseres at kunnskapsgrunnlaget gjelder for barn i alderen 10-18 år da det ikke foreligger studier på TF-CBT i Norge med barn under 10 år. Kunnskapsgrunnlaget i en norsk kontekst er også svakere for gutter ut fra at det er et mindretall av gutter inkludert i studien.

Innledning

Barn og ungdom som opplever traumatiske hendelser kan utvikle kognitive, emosjonelle, mel-lompersonlige og atferdsmessige vansker. For en del vil vanskene vedvare og kan medføre store utfordringer i fungering (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2017). Å være eksponert for traumer i barndommen medfører økt risiko for senere depresjon, rusmisbruk, suicidforsøk og andre helseplager (Edwards, Holden, Felitti & Anda, 2003; Felitti m. fl., 1998). Samlet viser dette til viktigheten av å tilby effektiv behandling for barn og ungdom som har psykiske plager etter traumatiske hendelser.

Om tiltaket

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) er en behandlingsmodell utviklet for å hjelpe barn og ungdom (3-18 år) som opplever emosjonelle og atferdsmessige vansker etter traumatiserende enkelt- eller multiple hendelser (Cohen, Deblinger & Mannarino, 2006). TF-CBT er et manualisert behandlingstiltak som tilbys gjennom spesialisthelsetjenesten og andre instanser (eks. Statens Barnehus). Tilbudet gis individuelt og går over 10-15 timer, med mulighet for lengre behandlingsforløp hvis det er behov for dette. Foreldrene inkluderes i behandlingen. Barnet og

foreldrene lærer ferdigheter som kan hjelpe dem å redusere stress og forholde seg til tanker og følelser knyttet til traumehendelsene.

Tiltakets bakgrunn, innhold og metoder er godt beskrevet i Cohen, Mannarino og Deblinger (2017), som er en revidert utgave av behandlingsprotokollen for TF-CBT fra 2006 (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006). Det foreligger en norsk oversettelse av behandlingsmanualen (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2018).

Beskrivelse og materiell

TF-CBT har vanligvis avgrenset varighet (10-15 timer), er individbasert og inkluderer foresatte. Tiltaket er sammensatt av flere komponenter, og tilbys i Norge i poliklinikker innen psykisk helsevern for barn og unge. Det kreves at behandlerne må ha opplæring i metoden. Behandlingen består av parallelle timer med barn og foreldre, samt fellestimer. Fokuset er rettet mot barnet som har opplevd traumet eller traumene.

Behandlingsmanualen foreligger i norsk oversettelse (Cohen, Mannarino & Deblinger (2018). I tillegg finnes det en norsk arbeidsbok som kan brukes som et supplement til manualen, som distribueres av NKVTS.

Målsetning og målgrupper

TF-CBT har omfattende målsetninger og sikter mot å redusere symptomer på posttraumatisk stress lidelse (PTSD), angst og depresjon, skamfølelse, eksternaliserende atferdsvansker og posttraumatisk sorg, samt redusere risiko for utvikling av problematisk stoff- og alkoholbruk, selvskading og suicidalitet. Et annet formål er å fremme ferdigheter for å sørge for framtidig sikkerhet og utvikling hos barn, og at foreldre lærer hensiktsmessige ferdigheter. Målgruppen er barn (3-18 år) med emosjonelle og atferdsmessige vansker etter traumatiserende hendelser. I TF-CBT implementeringsprosjektet i Norge anbefales det at metoden brukes for aldersgruppen 6-18 år (<https://www.nkvts.no/tf-cbt/om-metoden/>).

Programmet som tilbys i Norge er individbasert, men det finnes det også en gruppebasert versjon (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2017). Det finnes også egne tilpasninger av programmet for barn under 6 år og for spesifikke målgrupper (eks. barn i fosterhjem, barn i institusjonsplassering, barn av flyktninger, barn med komplekse traumer, og barn med utviklingsforstyrrelser) (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2017). Foreliggende kunnskapsoppsummering tar bare for seg

TF-CBT som individbasert intervensjon for aldersgruppen 6-18 år da dette er aldersspennet som anbefales av NKVTS i implementeringsprosjektet.

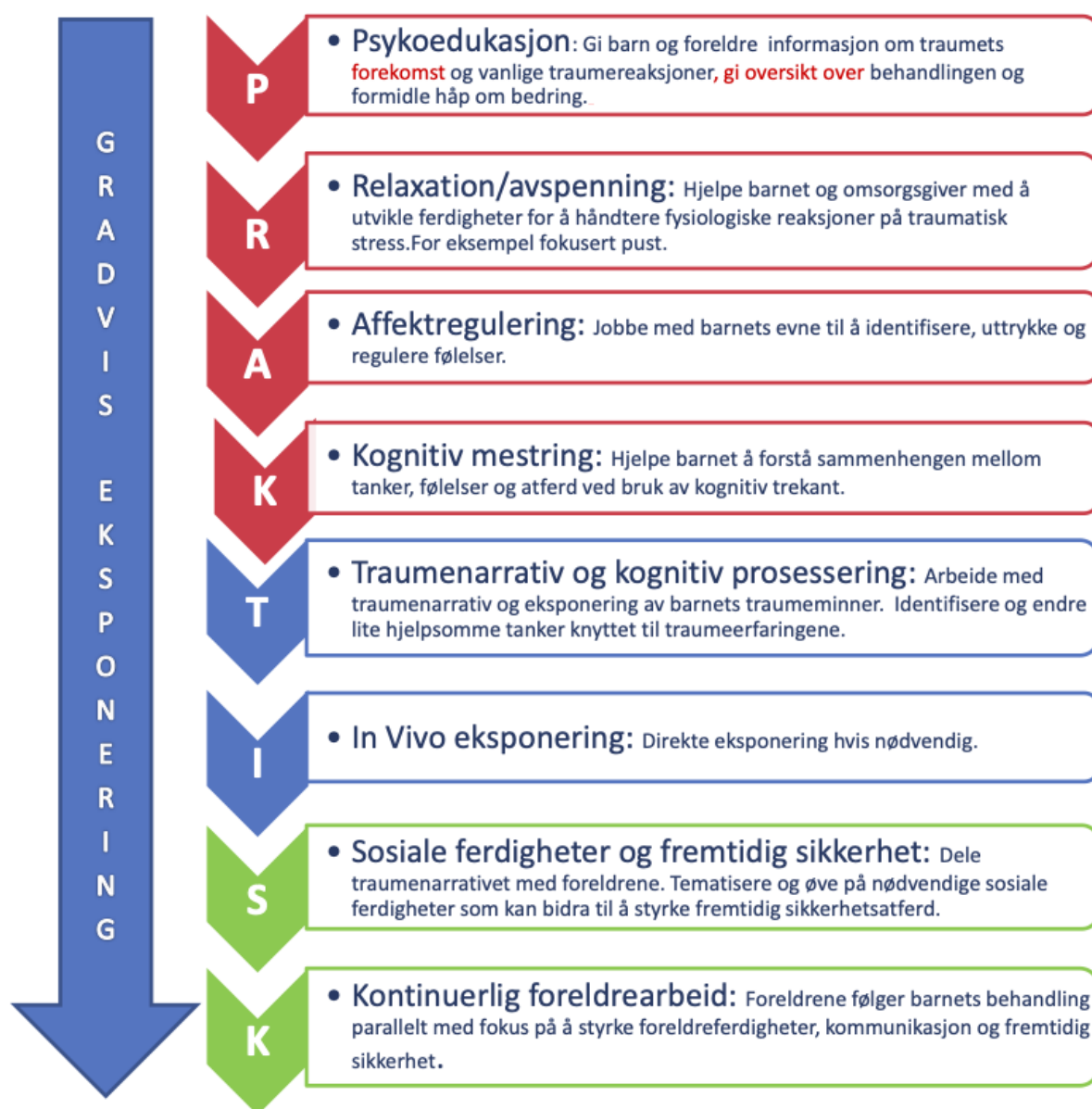
Gjennomføring av tiltaket og metoder som anvendes

Før behandlingen settes i gang skal barnets utviklingshistorie og psykiske helse utredes, med særlig vekt på traumerelaterte forstyrrelser. NKVTS anbefaler å bruke følgende instrumenter i utredningen:

- Kartlegging av traumeerfaringer – Barn (skjema KATE-B)
- Kartlegging av traumeerfaringer – Foreldre (skjema KATE-F)
- Child and Adolescent Trauma Screen (CATS; Sachser m. fl., 2017)

Barn og foreldre lærer ferdigheter som kan hjelpe dem å redusere stress og å bearbeide tanker og følelser knyttet til traumehendelsen(e). Det kan handle om å kunne forholde seg til, men også å kunne endre stressende tanker, følelser og atferd knyttet til traumehendelsene. TF-CBT er sammensatt av en rekke komponenter (Jensen, 2017):

Komponentene i TF-CBT



Figur 1. Komponentene i TF-CBT. Hentet fra: <https://www.nkvts.no/content/uploads/2016/11/TF-CBT- -Fig.-komponentene-i-TF-CBT-1.pdf> (Gjengitt med tillatelse fra NKVTS).

Komponentene introduseres vanligvis i den rekkefølgen som fremkommer over, men individuelle behov kan kreve tilpasninger. Foreldreferdigheter som ros, selektiv oppmerksomhet og forsterkning av atferd introduseres i de første foreldretimene med psykoedukasjon, og dette arbeides det med gjennom hele behandlingsforløpet. Behandlingen skal også ta hensyn til kulturelle verdier, religiøse verdier og familieverdier. Ofte jobbes det med foreldres egne reaksjoner

på det barnet har opplevd og hvordan det påvirker deres strategier overfor barnet (feks. å være engstelige, overbeskyttende, unnvikende, pågående, ettergivende). Foreldre kan ha utfordringer knyttet til hvordan de selv reagerer eller kan trigges av barnets traumereaksjoner. Foreldrearbeidet er derfor en viktig del av behandlingen. Mestringstro (self-efficacy) vektlegges og den terapeutiske relasjonen er sentral. Videre er fleksibilitet ansett som viktig i behandlingen. I

tillegg til at man jobber med både barn og foreldre, kan man også trekke inn andre arenaer i barnets liv, som skole og barnehage (Jensen, 2017).

Når behandlingsslutt nærmer seg skal barnets psykiske helse igjen undersøkes, med de samme instrumentene som før behandling, slik at det blir mulig å evaluere resultatet av behandlingen.

Det teoretiske grunnlaget for tiltaket

Både nevrofysiologi, atferdsteori, kognitiv teori, traumeteori, familie-/systemteori og utviklings-teori inngår i det teoretiske grunnlaget for TF-CBT:

- Nevrofysiologien gir innsikt i det økte aktiveringsnivået hos traumeeksponerte barn. Avspenningskomponenten i tiltaket er rettet mot dette aspektet
- Atferdsteori ligger til grunn for de atferdsrettede komponentene i tiltaket, som in vivo eksponering der man lager plan for gradvis eksponering for ufarlige traumepåminnere med mål om å redusere unngåelse.
- Kognitiv teori bidrar med forståelse om hvordan barn utvikler uhensiktsmessige tanker om seg selv og verden, og hvordan disse tankemønstrene kan endres ved hjelp av kognitiv restrukturering.
- Traumeteori gir en tilnærming til blant annet hukommelses- og prosesseringsmekanismer. Slike mekanismer henger sammen med hvordan barn utvikler PTSD og hvordan vanskene opprettholdes. Her er traumenarrativ, hvor man hjelper barnet å lage en narrativ om den traumatiske hendelsen, en sentral tiltakskomponent. Traumenarrativet utarbeides av terapeuten og barnet sammen for å lage en sammenhengende historie av hendelsen, og har som mål å frakoble påminnere og redusere følelser som redsel, skam og hjelpeløshet.
- Familie- og systemteori danner grunnlaget for å inkludere barnets omsorgspersoner i tiltaket. Omsorgspersonene kan best hjelpe barnet når de har tilstrekkelig forståelse for barnets vansker og de nødvendige ferdighetene til å være gode omsorgspersoner.

- Fra utviklingsteoretiske tilnærminger får vi innsikt i hvordan barn på ulike utviklingsstadier blir berørt av traumatiske hendelser.

Tiltaket er basert på veletablerte behandlingsprinsipper/metoder fra kognitiv atferdsterapi og stressmestring som opprinnelig ble utviklet for behandling av frykt, angst og depresjon hos voksne (Beck, 1976; Wolpe, 1969). Disse behandlingsprinsippene var tidligere brukt på voksne voldtekts ofre (Foa, Rothbaum, Riggs & Murdock, 1991) og har vært tilpasset barn med problemer med overdreven frykt og angst (Beidel & Turner, 1998). I TF-CBT manualen er prosedyrene tilpasset for spesifikke vanskeligheter hos barn med PTSD-symptomer. I tillegg er veletablerte tilnærminger for foreldretrening for atferdsvansker (Forehand & Kotchik, 2002; Patterson, 2005) inkorporert i behandlingen for å veilede foreldre i hvordan de bør forholde seg til barns atferdsvansker.

TF-CBT er basert på behandlingsmanualene til kliniske forskere som Judith Cohen og Anthony Mannarino (upublisert), samt Esther Deblinger og Anne Heflin (Deblinger & Heflin, 1996). Disse forskerne utviklet sine tiltak uavhengig av hverandre, opprinnelig for barn som hadde opplevd seksuelt misbruk.

TF-CBT modellen tar utgangspunkt i de ulike traumesymptomene barn kan oppleve. Symptomene er delt inn i fem overordnede kategorier (Cohen m. fl., 2006):

- Affektive symptomer
 - Frykt, depresjon, sinne, affektiv dysregulering
- Atferdssymptomer
 - Unnvikelse, aggresjon som resultat av modellering eller «traumatic bonding», rusmiddelbruk, selvskading
- Kognitive symptomer
 - Irrasjonelle overbevisninger
- Komplekse PTSD-symptomer
 - Sammensatte vansker hos barn utsatt for gjentatte eller vedvarende traumatiske livshendelser
- Psykobiologiske symptomer
 - Endringer i hjerneaktivitet og -struktur, fysiologiske reaksjoner

Ettersom det totale symptombildet vil variere fra barn til barn er TF-CBT utviklet med tanke på individtilpasset behandling.

Implementeringsstrategier, kvalitetssikring og kostnader

TF-CBT har vært i bruk i Norge siden 2008 da metoden ble introdusert som del av en norsk studie (Jensen m. fl., 2014). TF-CBT har etter dette vært del av et implementeringsprosjekt (2012-2017) (<https://www.nkvts.no/prosjekt/behandling-av-traumatiserte-barn-og-unge-tf-cbt-implementering/>). Implementeringen har foregått i psykisk helsevern for barn og unge, spesialisthelsetjenesten (BUP) og testes nå også ut nasjonalt i Statens Barnehus. Formålet har vært å øke kunnskap om traumer og traumebehandling blant terapeuter i BUP. Kunnskap fra implementeringsforskning har vært anvendt som basis for utvelgelse av kjernekomponenter i implementeringsarbeidet (Fixen m. fl., 2005).

I implementeringsmodellen skilte en mellom 3 nivåer av kompetanse: terapeuter, veiledere og konsulenter. En til to godkjente terapeuter i TF-CBT ved hver poliklinikk ble trent opp til å fungere som lokal veileder, for å videreføre veiledning i gruppe med de andre terapeutene og påse at nye terapeuter ble trent opp. De lokale veilederne ble trent opp og fikk konsultasjon på sin veiledning av veiledere på konsulentnivå (lokalisert ved NKVTS), som hadde gjennomført et «train-the-trainer»-program og blitt godkjent av utviklerne av TF-CBT. Det var muligheter for å søke seg fra terapeut, til lokal veileder, og videre til konsulent etter hvert som kompetansen økte. Implementeringen var også fokusert på å bruke kartleggingsinstrumenter relevante for traumehendelser og posttraumatisk stress, samt å monitorere resultatene for å oppnå best mulig implementering over tid.

TF-CBT har etter at det første implementeringsprosjektet ble avsluttet i 2017, på oppdrag fra Helsedirektoratet igangsatt et nytt implementeringsprosjekt i BUP for perioden 2018-2021 (<https://www.nkvts.no/prosjekt/ledelse-og-implementering-av-tf-cbt/>). Per 2016 var over 400 terapeuter opplært i TF-CBT (Jensen, 2017). Ved utgangen av 2017 implementerte halvparten av landets BUPer TF-CBT. Målet for implementeringsfasen fra 2018-2021 er å utvide TF-CBT tilbudet til øvrige BUPer. I tillegg ønsker en å sørge for at tilbudet opprettholdes der det allerede er implementert. NKVTS vil i tilknytning til dette også implementere og teste en empirisk og teoretisk basert opplæringsmodell for implementeringsledelse (Leadership and Organizational Change for Implementation; LOCI;) i et utvalg av

BUPene (Egeland m. fl., 2019). Det foreligger sertifiseringskriterier for å bli TF-CBT terapeut, TF-CBT veileder og TF-CBT konsulent.

Sertifiseringskravene til terapeuter er som følger:

Det forutsettes at de som skal lære metoden er klinikere og jobber som terapeuter. Terapeutene må lese boken "Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents- Second edition" (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2017) eller den norske utgaven (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2018), fullføre et nettbasert kurs i TF-CBT, samt et grunnkurs i TF-CBT (3 dager). De må videre ha minst fire fullførte TF-CBT-løp innen 2 år. De har ukentlig opplæring i gruppe over telefon i gruppe gjennom det første året etter gjennomført grunnkurs, med krav om minst 70% oppmøte. Det pågår registrering av Progresjon-og fidelity-skjema i sakene som inngår i opplæringsprogrammet, og man innhenter lydopptak av minst én TF-CBT-behandling som sendes inn til implementeringsprosjektet ved NKVTS for godkjenning. Terapeutene får også et fordypningskurs i TF-CBT (2 dager) underveis i opplæringsperioden.

Sertifiseringskravene til veilederne er som følger:

Veilederne må være godkjente TF-CBT terapeuter. I tillegg må de gjennomføre opplæring i regi av NKVTS. Opplæringen består av å delta på veilederseminar og å sette seg inn i det nettbaserte opplegget for viderekomende innen TF-CBT (<http://etl2.library.musc.edu/tf-cbt-consult/index.php>). Videre får de jevnlig veiledning av en TF-CBT-konsulent på egen veiledning i 6 måneder.

Sertifiseringskravene til konsulenter er som følger:

Konsulenter må være godkjente TF-CBT veiledere. De må gjennomføre «train-the-trainer» opplæring og godkjennes av utviklerne av metoden i USA.

Tiltakseierneppløyer følgende prosedyrer for systematisk monitorering og oppfølging av tiltaket: Under opplæringen tas minst ett behandlingsforløp opp på lydbånd og hver terapeut følges tett av en TF-CBT konsulent ved NKVTS. Opptakene skåres for manual-trofasthet (treatment fidelity) for hver time, og det gis tilbakemelding til terapeutene i ukentlige veiledninger. Når terapeutene er godkjente TF-CBT-terapeuter, registrerer de selv progresjon og etterlevelse (fidelity) i TF-CBT saker og loggfører dette fortløpende i en webportal. Terapeutene fortsetter i

veiledningsgruppe lokalt ledet av TF-CBT veileder. Implementeringen monitoreres også ved at klinikklederne følges opp tett i jevnlig møter og får tilbakemelding på hvordan det går med implementeringen, at klinikken har gode rutiner på å identifisere barn og unge som har behov for TF-CBT, gir dem tilbud om TF-CBT, og får gode resultater av terapien. Tiltak for å bedre implementeringen drøftes i faste telefonmøter.

Helsedirektoratet har finansiert TF-CBT implementeringen i prosjektperioden 2012-2017 ved øremerkede midler i statsbudsjettet. Tiltaksei-erne beskriver kostnader som følgende: Opplæringstilbudet til terapeuter og veiledere i klinikkene som deltar er gratis, unntatt reise, kost og losji. Tidsbruk er beregnet til en halv dag med alle ansatte, 5 dager for TF-CBT terapeuter, 1 ekstra dag for TF-CBT veiledere, 11 timers web-kurs, lesing av manual og forberedelse før hver time i de første sakene, 1 time i uka til veiledning i ett år for TF-CBT terapeuter under opplæring, og jevnlig kollegabasert veiledning så lenge det gis tilbud om TF-CBT ved klinikken. Det må også regnes noe ekstra ressurser til kontorfaglig ansattes oppfølging av implementeringsarbeidet. Leder må regne noe tid på oppfølging av implementeringen.

Det stilles krav til ledelsen ved den enkelte poliklinikk som tar i bruk TF-CBT. Ledelsen har ansvar for å støtte egne TF-CBT terapeuter og veiledere og holde fokus på resultatene av intervensjonen, samt sørge for de økonomiske, organisasjonsmessige og personalmessige ressursene som kreves for at behandlerne skal kunne gi et fullverdig TF-CBT-tilbud. Ledelsen har også ansvar for å legge til rette for at metoden og tilbudet vedlikeholdes over tid. For å bistå klinikkene og sikre at kravene er oppfylt holdes det faste telefonmøter mellom TF-CBT implementeringsprosjektet ved NKVTS og BUP-leder annen hver måned. Det kreves også at klinikkene rapporterer inn relevante data til TF-CBT implementeringsgruppen.

En vellykket implementering er definert ved at klinikken har gode rutiner på å identifisere barn og unge som har behov for TF-CBT og tilby denne metoden (måles ved å se på antall henviste barn, antall som er kartlagt for traumer, antall som er kartlagt for posttraumatiske stresssymptomer, antall som skårer over klinisk grense og som får tilbud om TF-CBT) og at terapeutene tilbyr TF-CBT med fleksibilitet og trofasthet.

Problemstilling for artikkelen

Formålet med denne kunnskapsoppsummeringen er å vurdere om TF-CBT er virksomt når det anvendes i vanlig praksis i Norge.

Metode

Det ble gjennomført systematiske søk etter forskningsstudier. Søkene var todelt, det første etter skandinaviske forskningsstudier i databasene EMBASE, Medline, Psykinfo, NORART, Cochrane, Cristin, NORA, SCOPUS, SweMed. Der- nest ble det gjort søk etter systematiske oversikter i databasene Mbase, Medline, Psykinfo, Cochrane, rapporter fra kunnskapssenteret, SAMHSA National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP), NICE, Blueprint og The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC). Søkedato var 22.02.2018. Første- og andreforfatter av foreliggende artikkel gjennomgikk forskningsdokumentasjonen uavhengig av hverandre og identifiserte den aktuelle litteraturen for nordiske effektstudier, internasjonale kunnskapsoppsummeringer, samt andre norske evalueringer i henhold til kriteriene for klassifisering av tiltak i Ungsinn (Martinussen m. fl., 2016).

Resultater

Resultater fra litteratursøk

Det systematiske søket resulterte i 117 treff, alle publisert i perioden 2003 til 2018. Tiltakseier i Norge (NKVTS) meldte inn en oversikt over aktuelle studier som inkluderte totalt 37 referanser. På bakgrunn av kjennskap til forskningslitteraturen identifiserte vi ytterligere sju publikasjoner som omhandlet TF-CBT som ikke var inkludert i Ungsinn-søket eller referanselisten fra tiltakseier.

Totalt sett resulterte dette i 158 artikler. Det ble ekskludert 22 artikler som var duplikater. Publikasjoner som var relevante ble gjennomgått i fulltekst. Det ble ekskludert 77 artikler som ikke omhandlet tiltaket. Det ble videre ekskludert 33 artikler som ikke var nordiske effektstudier eller kunnskapsoppsummering. Videre ekskluderte vi fem studier i litteratursøket basert på at de var ikke-publiserte studentarbeider som ikke hadde vært underlagt peer-review.

Vi endte opp med tre artikler som møtte kriteriet for å være nordiske effektstudier. De tre artiklene var alle publikasjoner fra den samme RCT-studien (Holt, Jensen & Wentzel-Larsen, 2014; Jensen m. fl., 2014; Jensen, Holt, Ormhaug, 2017). I tillegg inkluderte vi 18 internasjonale

kunnskapsoppsummeringer/databaser som omfattet TF-CBT. Vi har også som del av denne evalueringen beskrevet funnene fra ni andre norske publikasjoner om tiltaket (Aas, Iversen, Holt, Ormhaug & Jensen, 2019; Dittmann & Jensen, 2014; Jensen, Holt, Ormhaug, Fjermestad & Wentzel-Larsen, 2018; Knutsen, Czajkowski, & Ormhaug, 2018; Knutsen & Jensen, 2017; Knutsen, Sachser, Holt, Goldbeck, & Jensen, 2019; Ormhaug, Jensen, Wentzel-Larsen & Shirk, 2014; Ormhaug, Shirk & Wentzel-Larsen, 2015; Ovenstad, Ormhaug, Shirk, & Jensen, 2020). Disse ble tatt med selv om de ikke er nordiske effektstudier, kunnskapsoppsummeringer eller evidensvurderinger. De er inkludert ut fra at de belyser andre kvaliteter med tiltaket (eks. kostnadseffektivitet, prediktorer for utfall).

TF-CBT har også vært evaluert i en rekke internasjonale RCT-studier (eks., Cohen m. fl., 1996, 1997, 1998, 2004, 2005, 2007, 2011; Deblinger m. fl., 1996, 1999, 2006, 2011, Goldbeck m. fl., 2016; Jaycox m. fl., 2010; King m. fl., 2000; Mannarino m. fl., 2012; Scheeringa m. fl., 2011).

For å evaluere implementeringskvalitet ble det innhentet informasjon fra professor Tine Jensen ved NKVTS som har ledet arbeidet med å evaluere og implementere TF-CBT i Norge.

Vi vurderte relevante studier i kategoriene: nordiske effektstudier, internasjonale kunnskapsoppsummeringer og andre norske evalueringer, i henhold til kriteriene for klassifisering av tiltak i Ungsinn. Den følgende gjennomgangen av litteraturen er en revisjon av tidligere beskrivelse av samme tiltak i Ungsinn (Kornør, 2013), videre utviklet ut fra nye prosedyrer og kriterier i Ungsinn fra 2016 (Martinussen m. fl., 2016).

Beskrivelse av tiltaket

Tiltakets bakgrunn, innhold og metoder er godt beskrevet i Cohen, Mannarino og Deblinger (2017). Tiltaket har god teoretisk forankring og det foreligger også beskrivelse av tiltaket på norsk (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2018; Jensen, 2017). Målgruppen er barn og ungdom som har opplevd en eller flere traumer og som i ettertid utvikler traumerelaterte vansker (Jensen, 2017). Det angis også hovedformål og sekundærmål med tiltaket. Hovedformålet er å redusere emosjonelle- og atferds problemer som er traumerelaterte (eks. PTSD, depresjon, angst og andre traumerelaterte vansker som f.eks. skamfølelse), og sekundærmål inkluderer å forbedre adaptiv funksjon, øke evne til stresshåndtering, bedre sikkerhet, bedre familiekommunikasjon og bearbeiding av traumatisk sorg (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2017). Tabell 1 gir

en vurdering av kvaliteten på beskrivelsen av tiltaket.

Tabell 1. Vurdering av tiltakets beskrivelse.

Dimensjoner i beskrivelsen	Ikke beskrevet	Noe beskrevet	Godt beskrevet
Problem-beskrivelse			X
Målgruppe			X
Hovedmål			X
Sekundærmål			X
Utforming av tiltaket			X
Metoder som benyttes			X
Kjerne-elementer/fleksibilitet			X
Utøvere av tiltaket			X
Manual/veileder for utøvere			X
Materiell for mottakere av tiltaket			X
Undersøkelser som styrker beskrivelsen			X

Nordiske effektstudier

En randomisert kontrollert studie (RCT) av TF-CBT er gjennomført i regi av NKVTS, med ordinær behandling som kontrollbetingelse (Jensen m. fl., 2014) (se tabell 2). Deltakerne i studien var ungdom i alderen 10-18 år. Disse ble i perioden 2008-2011 henvist til en av åtte barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) i Grorud, Bodø, Bærum, Nic Waal, Lillestrøm, Holmestrand, Larvik og Tønsberg. Inklusjonskriteriene var at ungdommene hadde opplevd minst én traumatisk hendelse etterfulgt av betydelige posttraumatiske stressreaksjoner, med en skåre tilsvarende 15 eller høyere på Child PTSD Symptom Scale (CPSS; Foa, Johnson, Feeny & Treadwell, 2001) og at de hadde minst ett symptom i hvert av de tre diagnosekriteriene for PTSD. De vanligste traumatiske hendelsene ungdommen hadde opplevd var plutselig død eller alvorlig sykdom hos nærstående person og vold eller trusler om vold utenfor familien. Studien inkluderte 156 ungdommer hvorav 79 ble randomisert til TF-CBT og 77 til ordinær behandling (Treatment as usual; TAU) ved BUP.

BUP-lederne valgte ut 26 behandlere (21 psykologer, to psykiatere, to spesialpedagoger og én sosionom) som ønsket opplæring i TF-CBT. Behandlerne fikk 4-6 dager med TF-CBT opplæring før oppstart. Behandlerne ble oppfordret til å lese TF-CBT manualen og fullførte et webbasert kurs. TF-CBT terapeutene fikk veiledning gjennom hele behandlingsforløpet (først ukentlig

veiledning, deretter annen hver uke). Behandlerne i kontrollgruppen besto av 45 behandlere (23 psykologer, 12 sosionomer, åtte spesialpedagoger og to psykiatere). De ble bedt om å gi den behandlingen de trodde ville være mest effektiv i hvert tilfelle, og fikk noe veiledning (gjennomsnittlig 1,4 timer per pasient).

Hovedutfallsmålene for studien var PTSD-symptomer målt med Child PTSD Symptom Scale (CPSS; Foa, Johnson, Feeny, & Treadwell, 2001) og Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA; Nader m. fl., 1996; Nader m. fl., 2004). Sekundærutfall var depressive symptomer målt med Moods and Feelings Questionnaire (MFQ; Angold, Costello, Messer & Pickels, 1995), angstsymptomer målt med Screen for Child Anxiety-Related Disorders (SCARED; Birmaher m. fl., 1999), og generell psykisk helse målt med Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 2001). CPSS inkluderer også en funksjonsmåling (fCPSS) som måler hvordan symptomene påvirker daglig fungering, og denne ble brukt til å måle funksjonsnivå. Videre ble det inkludert mål på terapeutisk allianse (Therapeutic Alliance Scale for Children; TASC). Data ble innhentet før behandling (T1), etter seks behandlingstimer (T2) og ved behandlingsslutt (T3; etter 15 behandlingstimer) av klinikere som ikke hadde kjennskap til hvilken gruppe deltakerne tilhørte. Data ble også innhentet ett år etter behandlingsstart (T4) og 18 måneder etter avsluttet terapi (T5).

Ved behandlingsslutt manglet data fra de forskjellige instrumentene for 14-18 (18-23 %) deltakere i kontrollgruppen og 20-25 (25-32 %) i TF-CBT gruppen.

Intention to treat (ITT)-analysene for hovedutfallsmålene viste en gjennomsnittlig forskjell i CPSS-skåre på 5,78 (95 % konfidensintervall (KI) 2,32 til 9,23; Cohen's $d = 0,51$) i favør av TF-CBT. Ti av 55 (18 %) ungdommer i TF-CBT gruppen oppfylte diagnosekriteriene for PTSD ved behandlingsslutt, sammenlignet med 22 av 61 (36 %) i kontrollgruppen (relativ risiko 0,5; 95 % KI 0,26 til 0,97) i favør av TF-CBT. Det er vanlig å tolke slike effekter som middels store. Det ble også vurdert klinisk signifikans for symptom skalaene som bruktes som utfallsmål. Alle pasienter i studien var over klinisk terskelverdi på CPSS (CPSS skåre på 11 eller høyere) før behandling, og dette ble redusert til 45,5 % i TF-CBT og 65,1 % i kontrollgruppen som enda var over terskelverdien etter behandling, som var en signifikant forskjell mellom gruppene. Når det gjelder sekundære utfall skåret ungdommene i TF-CBT gruppen bedre enn kontrollgruppen på

daglig fungering (fCPSS, $d = -0,55$), og lavere enn kontrollgruppen på depressive symptomer (MFQ, $d = 0,54$), og på generelle psykiske helseproblemer ($d = 0,45$) ved behandlingsslutt. For depresjonssymptommålet MFQ fant man også at 72,4 % av pasientene var over klinisk terskelverdi før behandling, som ble redusert til 19,3 % i TF-CBT og 38,7 % i kontrollgruppen, som var en signifikant forskjell mellom gruppene. Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene for angstsymptomer ved behandlingsslutt, eller for terapeutisk allianse målt etter første og sjette time.

Det foreligger en publikasjon på oppfølgingsdata fra den norske RCTen (Jensen m. fl., 2014). Denne oppfølgingsstudien (Jensen, Holt, Ormhaug, 2017) viser at symptomforbedringen i TF-CBT gruppen ble opprettholdt ved 18 måneders oppfølging. Intention to treat (ITT)-analysene viste en symptomreduksjon i TF-CBT fra før behandling (T1) til 18 måneders oppfølging (T5) i CPSS-skåre på -16,77 (95 % konfidensintervall (KI) -19,82 til -13,71). Det er ikke rapportert data på diagnostisk status ved bruk av CAPS-CA som ble brukt i Jensen m. fl., (2014) og det er ikke oppgitt Effekstørrelser på oppfølgingsundersøkelsen. Ved 18 måneders oppfølging var det en signifikant forskjell mellom TF-CBT og kontrollgruppen på generelle psykiske vansker, med mindre vansker i TF-CBT gruppen. Ingen andre signifikante forskjeller ble funnet på post-traumatiske stress symptomer mellom gruppene ved 18 måneders oppfølging, men det var flere i kontrollgruppen enn i TF-CBT gruppen som hadde forhøyede depresjonsskåre på 18 måneders oppfølging. Videre fant studien en raskere forbedring i funksjon (relasjoner med venner, familie, og funksjon i skole- og fritidsammenheng målt med fCPSS) og færre behandlingstimer hos de som mottok TF-CBT sammenlignet med kontrollgruppen som fikk ordinær behandling.

Det er publisert ytterligere en artikkel som anvender data fra RCTen til Jensen m. fl. (2014) der det ble undersøkt hvorvidt det forekom forandringer i foreldres emosjonelle reaksjoner (CES-D) og depresjonssymptomer (PERQ) under barnas behandlingsforløp, og om disse endringene medierte barnas post-traumatiske stress symptomer og depresjonssymptomer (Holt, Jensen & Wentzel-Larsen, 2014). Resultatene viste at foreldres emosjonelle reaksjoner og depresjonssymptomer ble signifikant redusert under barnas behandling i begge betingelser, men at det ikke var signifikante forskjeller mellom TF-CBT og ordinær behandling. Det ble ikke funnet noen medierende effekt for barnas post-traumatiske stress symptomer. Endringer i foreldrenes

emosjonelle reaksjoner medierte imidlertid barnas depresjonssymptomer. Resultatene fra denne undersøkelsen viste effektstørrelser mellom TF-CBT og kontrollgruppen på 0,22 for foreldres emosjonelle reaksjoner (CES-D) og 0,31

for depresjonssymptomer (PERQ), som er vanlig å tolke som små effektstørrelser.

Tabell 2. Publikasjoner inkludert fra den norske effektstudien.

Artikkel	Forskningsdesign	Deltakere	Måletidspunkter
Jensen m.fl., 2014.	RCT effektivitetsstudie.	156 barn/ungdom.	Pre-treatment (T1), mid-treatment (T2; etter 6. time), og post-treatment (T3; etter 15. time) av TF-CBT vs. TAU.
Jensen, Holt, Ormhaug, 2017.	RCT – samme studie som Jensen m.fl., 2014.	75 barn/ungdom som det ble innhentet 18 mnd follow-up data på fra Jensen m.fl. (2014) studien.	Pre-treatment (T1), mid-treatment (T2), post-treatment (T3), ett år etter pre-treatment måling (T4) og 18 måneder etter post-treatment måling (T5) av TF-CBT vs. TAU.
Holt, Jensen & Wentzel-Larsen, 2014.	RCT – samme studie som Jensen m.fl., 2014.	135 foresatte til 135 av deltakerne i Jensen m.fl. (2014) studien.	Pre-treatment, mid-treatment (T2), og post-treatment (T3) av TF-CBT vs. TAU.

Note. Forkortelser: RCT = Randomisert kontrollert studie, TF-CBT = Traumefokuset kognitiv atferdsterapi, TAU = Treatment as usual (ordinær behandling).

Vurdering av forskningsmessig kvalitet

Statistiske analyser

Ungsinnforfatterne har vurdert den metodiske kvaliteten til den norske studien opp mot internasjonalt anerkjente kriterier (Higgins & Green, 2008) og vurderer at forskerne har gjort en grundig jobb for å holde risikoen for skjevheter og feilkilder så lav som mulig. I analysene har de brukt en «mixed effects model» som er hensiktsmessig ved bruk av «nested data» og som håndterer manglende data ved bruk av «missing at random» antakelsen. Analysene anses som adekvate siden det inngår «nested data» i denne studien (eks. longitudinelt design med repeterte målinger hos pasienter, gjennomført på flere klinikker og med terapeuter som har flere pasienter). I Holt m. fl. (2014) beskrives det at alle ICC-resultater var lave og under 0,05 slik at de ikke trengte ta med clustering av terapeuter/klinikker inn i analysene (eks. ved å bruke HLM analyser). Det rapporteres ikke ICC resultater i de to andre publikasjonene så det er ikke kjent om ICC var lav for alle utfallsvariablene (f.eks. SCARED og SDQ). RCT-studien hadde ikke tilstrekkelig statistisk power ved oppfølgingstidspunktene. Styrkeberegning ved oppstart viste at det var behov for 62 deltakere i hver behandlingsbetingelse (ved estimert forskjell mellom gruppene på 0,5 SD, power = 0,80 og $\alpha = 0,05$) Ved post-måling (T3) var det 59 deltakere i TF-CBT og 63 deltakere i TAU, og ved oppfølging 18 måneder etter post-målingen (T5) var det 36 deltakere i TF-CBT og 39 deltakere i TAU. Frafall er rapportert og det er gjennomført Intention to Treat (ITT)

analyser. Forfatterne rapporterer både komplette analyser, ITT analyser og sensitivitetsanalyser (der terapeuter som ikke oppnådde kriterier for fidelity ble tatt ut av analysene). Effektstørrelser er rapportert for post-målingstidspunktet (T3) for pre-post skårer for begge intervensjonene og for forskjell mellom de to intervensjonene på T3, men ikke for oppfølgingsstudien (tabell 3).

Tabell 3. Effektstørrelser mellom TF-CBT og vanlig behandling (Holt, Jensen & Wentzel-Larsen, 2014; Jensen m. fl., 2014)

Utfallsmål	Effektstørrelse <i>d</i> mellom TF-CBT og TAU (pre-post ¹)
CPSS	0,51*
fCPSS	-0,55*
CAPS-CA	0,46*
MFQ	0,54*
SCARED	0,30
SDQ	0,45*
CES-D	0,22
PERQ	0,31

Note. ¹ Fra Intention to treat (ITT) analyser fra Jensen m. fl., (2014) og Holt m. fl., (2014). CPSS = Child PTSD Symptom Scale; fCPSS = PTS symptoms influence on daily functioning; CAPS-CA = Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents; MFQ = Mood and Feelings Questionnaire; SCARED = Screen for Child and Anxiety-Related Disorders; SDQ = Strengths and Difficulties Questionnaire; CES-D = Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, PERQ = Parental Emotional Reaction Questionnaire. * $p < 0,05$.

Målinger og måleinstrumenter (Reliabilitet og validitet)

Måleinstrumentene som anvendes er vel-etablerte instrumenter og relevante for studiens forskningsspørsmål. Instrumentene er utviklet i utlandet og oversatt til norsk. De psykometriske egenskapene til instrumentene er vurdert å være gode. Måleinstrumentene måler både posttraumatiske symptomer og hvilken innvirkning disse har på daglig fungering, samt diagnostiske vurderinger av PTSD og relevant komorbiditet. Reliabilitet for de forskjellige instrumentene er rapporterte med Cronbachs alpha og ble funnet å være tilfredsstillende i studien. Det er ikke inkludert multi-informant mål (eks. foreldrerapportering på barnets symptomer eller lærerreportering), som vanligvis anses som å være hensiktsmessig å ha med i studier med barn og ungdom (Ogles, 2013).

Indre validitet

Studien har benyttet seg av et randomisert kontrollert design (RCT) som anses som optimalt for studiens forskningsspørsmål. Deltakerne ble randomisert til de to betingelsene ved at de på hver klinikk som deltok brukte en datamaskin-generert randomisering som plasserte deltakerne i tilfeldige «blokker» av 4 eller 6 i tilfeldig rekkefølge, med lik mulighet til å få 4 eller 6 der halvparten (eks. 2 eller 3) fikk TF-CBT og halvparten TAU. Kartleggingene (eks. symptomskalaer) ble gjennomført elektronisk og administrert av en kliniker som ikke jobbet ved klinikken og som ikke visste hvilken betingelse deltakerne var randomisert til. Det ble gjort grundig arbeid med å sjekke om det inngikk elementer fra TF-CBT i TAU betingelsen gjennom «treatment fidelity» målinger. Som forskerne selv drøfter er det imidlertid noen usikkerhetspunkt i forhold til indre validitet. Dette gjelder hvordan terapeutene ble rekruttert (gjennom klinikkleder og ikke randomisert). Det sies ikke noe om hvordan TAU terapeutene ble valgt ut. Disse skiller seg imidlertid fra TF-CBT terapeutene ved at de var svært mange og hadde få saker. TAU-terapeuten mottok også mindre veiledning enn TF-CBT terapeutene og skilte seg fra dem på flere vesentlige punkter (som utdanningsbakgrunn og teoretisk ståsted). Hvorvidt noen av resultatene skyldes en terapeuteffekt eller effekt av omfang av veiledning er derfor ikke mulig å si. Målet Clinical-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA) som i hovedartikkelen er brukt som utfallsmål, er ikke brukt i oppfølgingsartikkelen og kunne med fordel vært tatt med for å ha data på diagnostisk status over tid.

Tro mot tiltaket (Fidelity)

Det finnes manualer og opplærings-/implementeringsplaner for gjennomføring av TF-CBT. I studien har forskerne sjekket lydopptak fra behandlingene ved bruk av skalaen TF-CBT Fidelity Checklist (Deblinger, Cohen, Mannarino, Murray, & Epstein, 2008). Skårerne var personer med TF-CBT trening. Det mangler rapportering av hvor mange skårere som deltok. Instrumentet som benyttes er upublisert og det foreligger ikke psykometriske egenskaper ved fidelity instrumentet. Det rapporteres ikke hvor mange videoer eller prosentandel av TF-CBT timene som ble skåret, eller om skårerne hadde tilfredsstillende interrater reliabilitet. Resultatene viste at fem behandlingsforløp ikke oppnådde akseptabel fidelity skåre. Det ble gjennomført egne analyser på utfall hvor disse behandlingsforløpene var tatt ut (sensitivitetsanalyser). Det er ikke rapportert hva som er kriteriet for akseptabel fidelity skåre. I TAU betingelsen ble minst fem timer i hvert terapiforløp skåret for å utelukke behandlingsoverlapp med TF-CBT. TF-CBT Fidelity Checklist ble brukt til å skåre 392 behandlingstimer. Ingen TAU behandling oppnådde etterlevelsekriteriene for at det skulle betegnes som TF-CBT. I oppfølgingsundersøkelsen (Jensen, Holt, Ormhaug, 2017) er også Therapy Process Observational Coding System – Strategies Scale (TPOCS-S; McLeod & Weisz, 2010) anvendt på et utvalg av 81 timer. Begrunnelsen for dette var å få mer innsikt i hva TAU behandlingen bestod av, der mesteparten ble beskrevet som «client centered», med utbredt bruk av psykodynamiske, familie-baserte og kognitive intervensjoner.

Ytre validitet

Studien er gjennomført i ordinære BUP-klinikker, med ordinære terapeuter og vanlig henviste pasienter med ulike typer traumer. Dette gir god generaliserbarhet til pasientpopulasjonen som skal motta TF-CBT i spesialisthelsetjenesten. Selv om aldersspennet var vidt (10-18 år) var gjennomsnittet 15.1 år ($SD = 2,2$), noe som tyder på en større gruppe ungdom enn barn i utvalget. Det var også en betydelig overvekt av jenter (79,5 %) som deltok. Trass i dette har studien stor generaliserbarhet, men med noen forbehold for yngre barn (under 10 års alder), gutter og pasienter som ble ekskludert fordi de ikke kunne snakke norsk.

Den norske studien har blitt skåret i henhold til fem ulike metodologiske aspekter (se tabell 4). Skåringen er gjort separat av to av Ungsinn-forfatterne og er en gjennomsnittsskåre av deres vurderinger.

Tabell 4. Skåring av forskningsmetodisk kvalitet.

Studie	1. Statistiske analyser	2. Måling	3. Indre validitet	4. Tro mot tiltaket	5. Ytre validitet	Gj. snitt
Jensen m. fl., (2014) Holt, Jensen & Wentzel-Larsen, (2014).	3,5	4	3	3,5	3,5	3,5

Note: Skalaen som benyttes er: 0 = ikke rapportert eller undersøkt, 1 = dårlig/utilfredstillende, 2 = tilfredstillende, 3 = godt, 4 = svært godt. I skåringen av denne studien inngår publikasjonene til Holt, Jensen og Wentzel-Larsen (2014) og Jensen, Holt og Ormhaug (2017).

Internasjonale kunnskapsoppsummeringer

Litteratursøket identifiserte 18 internasjonale kunnskapsoppsummeringer. Hovedfunn fra disse kunnskapsoppsummeringene er som følger:

En metaanalyse undersøkte TF-CBT som behandling for PTSD og komorbid depresjon hos barn og ungdom. Denne inkluderte 21 studier med 1860 barn og ungdommer (Lenz & Hollenbaugh, 2015). TF-CBT ble beskrevet som «*exceptionally superior to no treatment or wait-list comparisons and moderately superior to alternative treatments*» (Lenz & Hollenbaugh, 2015, s. 28). Videre fant de støtte for at TF-CBT var mer effektiv i å redusere depresjon sammenlignet med kontrollgruppe (venteliste eller ingenbehandling). En metaanalyse som inkluderte 39 RCT studier på psykologisk behandling for barn og ungdom med posttraumatisk stressforstyrrelse konkluderte med at TF-CBT er den behandlingen det foreligger mest forskning på, og resultatene viser medium til store effektstørrelser, når behandlingen sammenlignes med venteliste (Hedges $g = 1,44$) og aktiv kontrollgruppe (Hedges $g = 0,66$) etter behandling (Morina, Korssen, & Pollet, 2016). En review-artikkel av Dowd og McGuire (2011) konkluderte med følgende: «*The paper concludes that the strongest evidence supports the use of TF-CBT for a wide range of ages and traumas*» (s. 25).

Tre andre systematiske oversikter finner også støtte for at CBT er en effektiv behandling for PTSD og posttraumatiske stressvansker hos barn og ungdom (Cary & McMillen, 2012; Kowalik, Weller, Venter & Drachman, 2011; Wethington m. fl., 2008).

NICE guidelines (NICE, 2018) inkluderte 28 RCTer ($N=2301$) av traumefokusert CBT som behandling for PTSD hos barn og unge. Den systematiske oversikten fra NICE fant at traumefokusert CBT var effektiv i å forbedre PTSD symptomer og andre viktige utfallsvariabler, og at disse forbedringene holder seg over tid (over minst ett år). De fant også at traumefokusert CBT var mer effektivt og mer kost-effektivt gitt

som individualterapi. I NICE sine retningslinjer spesifiseres det at kunnskapsgrunnlaget for traumefokusert CBT i hovedsak er for barn over 7-års alder. Det fins noe forskning med 5- og 6-åringer. Behandling kan vurderes for disse, men kan ikke anbefales med samme sikkerhet som for barn over 7 år (NICE, 2018).

The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC) har gjort en evaluering av TF-CBT (CEBC, 2015). CEBC opererer med fem nivåer på evidensvurderingene; 1. "Well-Supported by Research Evidence", 2. "Supported by Research Evidence", 3. "Promising Research Evidence", 4. "Evidence Fails to Demonstrate Effect", og 5. "Concerning Practice". Ut fra deres vurdering klassifiseres TF-CBT på nivå 1. "Well-Supported by Research Evidence"

SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP, 2016) har evaluert TF-CBT. I deres klassifisering bruker de følgende fire kategorier for en "outcome evidence rating": 1 = Effective, 2 = Promising, 3 = Ineffective og 4 = Inconclusive. TF-CBT får en rating på 1 (Effective) for følgende utfall: «Trauma- and stress-related disorders and symptoms», «Depression and depressive symptoms», «General functioning and well-being», «Non-specific mental health», og «Social competence». Videre får tiltaket en rating på 2 (Promising) for følgende utfall: «Anxiety disorders and symptoms», «Cognitive functioning» og «Disruptive behavior disorders and symptoms».

Fonagy m. fl. (2015) har oppsummert det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget for en rekke behandlinger for psykiske lidelser hos barn og unge. De beskriver TF-CBT som «*the most comprehensive, best described, and best established*» av de programmene som er basert på kognitiv atferdsterapi innen traumebehandling for barn (s. 53). Fonagy m. fl. (2015) karakteriserer TF-CBT som en «*highly successful intervention for traumatized children, with remission rates for PTSD in excess of 80% in some studies*» (s. 54).

En Cochrane-oversikt som vurderte psykologiske terapier for PTSD hos barn og ungdom (Gillies, Taylor, Gray, O'Brien & D'Abrew, 2013) fant at når de forskjellige terapiformene ble sammenlignet med en kontrollgruppe, var det CBT som kunne vise til best effekt.

En litteraturoversikt av Silverman m. fl. (2008) evaluerte behandlingsstudier fra 1993-2007 for barn og ungdom som har blitt eksponert for traumatiske hendelser og konkluderte med at TF-CBT var den eneste av behandlingene som møtte kriterier for «well-established», mens resten av behandlingene ble klassifisert som «possibly efficacious» eller «experimental». En systematisk oversikt over forskningsbaserte behandlinger for barn som har vært utsatt for «child maltreatment» fant også at TF-CBT var den intervensjonen som hadde mest forskningsstøtte som behandlingsintervensjon for denne målgruppen (Leenarts, Diehle, Doreleijers, Jansma, & Lindauer, 2013).

International Society for Traumatic Stress Studies har nylig utgitt en anbefaling for behandling av PTSD og Complex PTSD (CPTSD) hos barn og ungdom (ISTSS, 2019a;2019b). I denne anbefalingen beskrives det at det foreløpig ikke er nok forskningsbasert kunnskap til å anbefale en spesifikk form for behandling for CPTSD hos barn, men at barn med PTSD eller CPTSD kan profitere på TF-CBT behandling (ISTSS,2019b). En metaanalyse av 327 RCTer ble gjennomført for å klassifisere behandlinger etter beskrivelsene «Strong recommendation», «Standard recommendation», og «Intervention with low effect recommendation», «Intervention with emerging evidence», og «Insufficient evidence to recommend» (ISTSS, 2019a). TF-CBT gitt som individualterapi og som individualterapi med omsorgsperson som deltaker i behandlingen fikk i denne evalueringen «Strong recommendation» (ISTSS, 2019a).

Andre norske evalueringer

En studie av traumenarrativer hos pasienter som har fått TF-CTB fant at pasienter som får TF-CBT utvikler narrativer som er mer organiserte og sammenhengende. Det ble ikke funnet at disse var relatert til reduksjon i PTSS (Knutson & Jensen, 2017). En kvalitativ studie av brukerfaringene hos pasienter som har fått TF-CBT fant at å snakke om traumat var det vanskeligste, men også det som ble opplevd som mest hjelpsomt (Dittmann & Jensen, 2014). Knutson, Sachser, Holt, Goldbeck og Jensen (2019) konkluderte med at klinikere bør være oppmerksomme på at jenter har større sannsynlighet enn gutter til å ikke respondere på behandlingen, og

at pasienter med høy grad av PTSS før behandling også har høyere risiko for å ikke respondere på behandlingen.

En god allianse mellom terapeut og pasient i TF-CBT er funnet å predikere utfall av TF-CBT, og bruk av terapimanualen ble ikke funnet å påvirke alliansen negativt (Ormhaug, Jensen, Wentzel-Larsen & Shirk, 2014). Ormhaug, Shirk og Wentzel-Larsen (2015) fant videre at terapeutenes og pasientenes vurdering av allianse ga forskjellige utslag i posttraumatiske stress symptomer (PTSS). Pasientenes vurdering av alliansen var assosiert med selvrapporterte PTSS symptomer (dvs. høyere alliansemåling var assosiert med mindre PTSS symptomer), mens terapeutenes vurdering av alliansen ikke var assosiert med pasientens symptomer (Ormhaug, Shirk og Wentzel-Larsen, 2015). Ovenstad, Ormhaug, Shirk og Jensen (2020) undersøkte assosiasjonen mellom terapeut atferd og barnas rapporterte allianse, og fant at terapeutatferd («rapport building behaviours») var assosiert med en sterkere allianse i TF-CBT.

Videre har det blitt funnet at forandringer i posttraumatiske kognisjoner medierte behandlingseffekten for PTSS (Jensen, Holt, Ormhaug, Fjermestad & Wentzel-Larsen, 2018). Knutson, Czajkowski og Ormhaug (2018) fant at reduksjoner i posttraumatiske kognisjoner under TF-CBT predikerte videre reduksjoner i PTSS og depresjon, og konkluderte med at forandringer i posttraumatiske kognisjoner medierte den terapeutiske effekten av TF-CBT på PTSS og depresjon.

Disse funnene indikerer at terapeuter med fordel kan undersøke pasientenes vurdering av allianse i behandlingsforløpet, og at fokus på posttraumatiske kognisjoner kan være et viktig behandlingfokus i TF-CBT.

Det er gjennomført en «cost-effectiveness analysis» av TF-CBT i Norge (Aas, Iversen, Holt, Ormhaug & Jensen, 2019). Her ble TF-CBT sammenlignet med treatment as usual (TAU) hos 156 barn som del av den randomiserte kontrollerte studien som ble gjennomført. Kvalitetsjusterte leveår (QUALYs) ble brukt som metode. Ressursbruk i form av minutter brukt per behandlingstid var signifikant høyere i TF-CBT, men total bruk av tid på terapi og kostnader var ikke signifikant forskjellige mellom de to gruppene. Bruk av andre tjenester (eks. annen psykologisk oppfølging, trygdetjenester og medikamentbruk) var lavere i TF-CBT. TF-CBT ble i denne studien estimert å være et kostnadseffektivt alternativ til standard behandling (Aas m. fl., 2019).

Implementeringskvalitet

Behandlingsmanualen foreligger i norsk oversettelse (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2018). NKVTS distribuerer også en norsk arbeidsbok som kan brukes som et supplement. Det stilles krav til formell kompetanse hos terapeutene. En sertifiseringsordning med krav til tjenestene foreligger for å kunne bruke tiltaket. Det foreligger systematisk monitorering og oppfølging av at tiltaket utøves slik det er tenkt. Det er utformet skriftlig strategi for spredning og implementering. I manualen gjøres terapeutene kjent med relevant teori og behandlingsprinsippene i TF-CBT, de gjennomgår en opplæring i bruk av TF-CBT og mottar veiledning under gjennomføring av tiltaket. Det tilbys kurs i tiltaket ved NKVTS, og opplæring og veiledning påkrevet. For vurdering av implementeringskvalitet for TF-CBT, se tabell 5.

Tabell 5. Vurdering av tiltakets systemer for å fremme god implementeringskvalitet.

Kategori	Ja	Nei	Ikke relevant
Implementeringsstøtte	X		
Kvalifikasjonskrav	X		
Opplæring	X		
Sertifiseringsordninger	X		
Monitorering av fidelity/etterlevelse	X		
Veiledning	X		
Identifisering av målgrupper	X		
Kartleggings- og vedlikeholdsverktøy	X		
Strategier for tilpasning	X		
Samlet skåre	Σ 9/9		

Diskusjon

Problemstillingen for foreliggende artikkel var å undersøke om tiltaket TF-CBT er virksomt benyttet i vanlig praksis i Norge. I det følgende drøfter vi resultatene fra kunnskapsoppsummeringen ut fra kriteriene for klassifisering i Ungsinn.

Beskrivelse

TF-CBT er grundig beskrevet i den engelske og norske terapeutmanualen og også via de norske publikasjonene. Målgruppen for tiltaket er klart definert.

Teoretisk rasjonale

TF-CBT har klar forankring innen kognitiv atferdsterapi, med et godt beskrevet og velbegrunnet teoretisk rasjonale. Oppsummert vurderer vi

at TF-CBT har et velbegrunnet teoretisk rasjonale som svarer til kravene for evidensnivå 3 eller høyere i Ungsinn.

Antall effektstudier, forskningsdesign, forskningsmetodisk kvalitet og effekter

Internasjonale kunnskapsoppsummeringer og metaanalyser viser at TF-CBT har dokumentert effekt ved behandling av PTSD. Det foreligger en norsk studie som viser effekten av TF-CBT i vanlig norsk praksis med 18 måneders oppfølgingsdata, og det finnes tre norske publikasjoner på effekter fra denne behandlingen. Vi har ikke identifisert publiserte effektstudier av TF-CBT i andre skandinaviske land.

Designet i den norske studien er optimalt for en effektstudie, og forskningsmetodisk kvalitet anses å være høy. Effektene på hovedutfallsmål viste at TF-CBT oppnådde bedre resultater etter behandling vurdert ut fra post-traumatiske stress symptomer, symptomenes påvirkning av funksjon i dagliglivet, depressive symptomer og symptomer på generelle psykiske vansker sammenlignet med vanlig behandling. Det var imidlertid ingen forskjeller mellom gruppene (TF-CBT versus TAU) i totale angstsymptomer ved behandlingsslutt. Symptomforbedringen i TF-CBT gruppen ble opprettholdt ved 18 måneders oppfølging. Ved 18 måneders oppfølging var det ikke forskjeller mellom de to behandlingsgruppene på hovedutfallsmålene, men det var en forskjell mellom gruppene på symptomer på generelle psykiske vansker, med mindre vansker i TF-CBT gruppen. Videre ble det funnet raskere forbedring i funksjon (relasjoner med venner, familie, og funksjon i skole- og fritidsammenheng) og færre behandlingstimer hos de som mottok TF-CBT sammenlignet med kontrollgruppen som fikk ordinær behandling.

TF-CBT inngår videre i flere internasjonale kunnskapsoppsummeringer og blir gjennomgående vist å ha positive resultater på tvers av ulike land og kulturer (Fonagy, 2015). Det har blitt påpekt at selv om TF-CBT er anbefalt tiltak for PTSD, er det sjelden det er mulig å få implementert tiltaket i konfliktområder eller krigssooner, og at det derfor er begrenset med kunnskap om effekten av tiltaket i slike settinger (Betancourt, Meyers-Ohki, Charrow, & Tol, 2013).

TF-CBT er en behandlingsmetode for barn fra alderen 3-18 år. Det er imidlertid verd å notere seg at nordiske effektstudier er begrenset til barn i alderen 10-18 år. Det er også gjort lite internasjonal forskning på barn under 6 år sammenlignet med eldre barn. I NICE sine retningslinjer (NICE, 2018) spesifiseres det at noe evi-

dens for 5 og 6 åringer foreligger, og at behandlingen kan vurderes for denne aldersgruppen. Tiltaket kan ikke anbefales med samme grad av sikkerhet som for barn over 7 år (NICE, 2018).

Flere studier av TF-CBT i skandinavisk kontekst vil styrke kunnskapsgrunnlaget for tiltaket. Tiltakseier har opplyst at det er gjennomført en RCT i Gøteborg hvor TF-CBT er sammenlignet med «treatment as usual» i en spesialisert BUP-klinikk. Disse resultatene er imidlertid ikke publisert. Det er også innhentet data (før, underveis og etter behandling) i implementeringsprosjektet i regi av NKVTS i Norge, men også dette er foreløpig upubliserte data.

Krav til oppfølgingsstudier

Oppfølgingsmålinger av tiltakets effekt 18 måneder etter avsluttet intervensjon viser tilfredsstillende resultater.

Implementeringskvalitet

Det er beskrevet gode systemer for utvelgelse av terapeuter, opplæring, veiledning og støtte i bruk av tiltaket. Dette er nødvendig for å sikre TF-CBT utøves på måter som sannsynliggjør at effektene en finner i norske og internasjonale studier også oppnås i vanlig norsk praksis. Tiltaket har vært implementert i Norge over flere år. Implementeringskvaliteten av programmet er ansett som svært god.

Konklusjon

TF-CBT er et tiltak med god teoretisk forankring. Tiltaket kan vise til gode resultater ut fra effekt dokumentert i en rekke internasjonale effektstudier, kunnskapsoppsummeringer og metaanalyser, samt i en norsk effektstudie av metodisk høy kvalitet hvor 18 måneders oppfølgingsdata er inkludert. En rekke kunnskapsoppsummeringer anbefaler tiltaket som en effektiv behandling for barn og ungdom som har opplevd en eller flere traumer og som har utviklet traumerelaterte vansker som følger av dette. Det er laget systemer for å sørge for at tiltaket implementeres med god kvalitet og det foreligger en implementeringsplan for tiltaket. Tiltaket har blitt implementert med grundig trening, veiledning og med et system for å sjekke terapeutenes etterlevelse og kompetanse (fidelity) i gjennomføring av behandlingen.

Tiltaket brukt med unge i alderen 10-18 klassifiseres på evidensnivå 5: Tiltak med sterk dokumentasjon på effekt.

Det presiseres at kunnskapsgrunnlaget gjelder for barn i alderen 10-18 år da det ikke foreligger

studier i Norge med barn under 10 år. Kunnskapsgrunnlaget i en norsk kontekst er også svakere for gutter siden det er et mindretall av gutter inkludert i studien.

Interessekonflikter

Forfatterne erklærer at de ikke har noen interessekonflikter.

Referanser

- Aas, E., Iversen, T., Holt, T., Ormhaug, S. M., & Jensen, T. K. (2019). Cost-effectiveness analysis of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy: A randomized control trial among Norwegian youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(1), S298-S311. doi:10.1080/15374416.2018.1463535
- Angold, A., Costello, E. J., Messer, S. C., & Pickels, A. (1995). Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5, 237-249.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Oxford: International Universities Press.
- Beidel, D. C., & Turner, S. (1998). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Betancourt, T. S., Meyers-Ohki, S. E., Charrow, A. P., & Tol, W. A. (2013). Interventions for children affected by war: an ecological perspective on psychosocial support and mental health care. *Harvard Review of Psychiatry*, 21(2), 70-91.
- Birmaher, B., Brent, D. A., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S., & Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the screen for child anxiety related emotional difficulties (SCARED): A replication study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1230-1236.
- 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(4), 748-757. doi: 10.1016/j.childyouth.2012.01.003
- CEBC, California Evidence-based Clearinghouse for child welfare (2015). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (TF-CBT). Nedlastet fra <https://www.cebc4cw.org/program/trauma-focused-cognitive-behavioral-therapy/>, 26.03.2019.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., &

- Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43*, 393–402.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1996). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*, 42–50.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1997). A treatment study of sexually abused preschool children: Outcome during one year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 1228–1235.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1998). Interventions for sexually abused children: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment, 3*, 17–26.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents* (1. utg.). New York: Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2017). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents* (2. utg.). New York: Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2018). *Behandling av traumer og traumatisk sorg hos barn og ungdom*. Oslo: Universitetsforlaget.
- 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*, 16–21.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect, 29*(2), 135–145.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Perel, J. M., & Staron, V. (2007). A Pilot randomized controlled trial of combined trauma-focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*, 811–819. doi:10.1097=chi.0b013e3180547105
- Deblinger, E., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Murray, L. A., & Epstein, C. (2008). *TF-CBT fidelity checklist*. Unpublished instrument. Stratford: UMDNJ-SOM CARES Institute.
- Deblinger, E. & Heflin, A. H. (1996). *Treating sexually abused children and their nonoffending parents: a cognitive behavioral approach*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Deblinger, E., Lippman, J., & Steer, R. (1996). Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment, 1*, 310–321. doi:10.1177=1077559596001004003.
- Deblinger, E., Mannarino, A., Cohen, J. A., Runyon, M. K., & Steer, R. A. (2011). Trauma-focused cognitive behavior therapy for children: Impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and Anxiety, 28*, 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.
- Deblinger, E., Steer, R. A., & Lippmann, J. (1999). Two year follow-up study of CBT for sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms. *Child Abuse & Neglect, 23*, 1371–1378.
- Dittmann, I., & Jensen, T. K. (2014). Giving a voice to traumatized youth – Experiences with Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Child Abuse & Neglect, 38*(7), 1221–1230. doi: 10.1016/j.chiabu.2103.11.008.
- Dowd, H., & McGuire, B. (2011). Psychological treatments of PTSD in children: an evidence-based review. *The Irish Journal of Psychology, 32*(1), 25–39.
- Egeland, K. M., Skar, A-M. S., Endsjø, M., Laukvik, E. H., Bækkelund, H., Babaii, A., Granly, L. B., Husebø, G. K., Borge, R. H., Ehrhart, M. G., Sklar, M., Brown, C. H., Aarons, G. A. (2019). Testing the leadership and organizational change for implementation (LOCI) intervention in Norwegian mental health clinics: a stepped-wedge cluster randomized design study protocol. *Implementation Science, 14*, 1–12. doi:10.1186/s13012-019-0873-7
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J. & Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the Adverse Childhood Experiences study. *American Journal of Psychiatry, 160*(8), 1453–1460.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., William

- son, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.
- Fixen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A synthesis of the Literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.
- Foa, E. B., Johnson, K. M., Feeny, N. C., & Treadwell, K. R. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: a preliminary examination of its psychometric properties. *J Clin Child Psychol*, 30(3), 376-384. doi: 10.1207/S15374424JCCP3003_9
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S., & Murock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(5), 715-723.
- Fonagy, P., Cottrell, D., Phillips, J., Bevington, D., Glaser, D. & Allison, E. (2015). *What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents (2utg.)*. London: The Guilford Press.
- Forehand, R., & Kotchik, B. (2002). Behavioral parent training: Current challenges and potential solutions. *Journal of Child and Family Studies*, 11(4), 377-384. doi: 10.1023/A:1020913422609
- 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 (review). *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 8(3), 1004-1116. doi: 10.1002/ebch.1916
- Goldbeck, L., Muehe, R., Sachser, C., Tutus, D., & Rosner, R. (2016). Effectiveness of Trauma-focused Cognitive Behavioral Therapy (Tf-CBT) for children and adolescents: a randomized controlled trial in eight German mental health clinics. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(3), 159-170. doi:10.1159/000442824
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345.
- Higgins, J. P. T., & Green, S. (2008). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Holt, T., Jensen, T., & Wentzel-Larsen, T. (2014). The change and the mediating role of parental emotional reactions and depression in the treatment of traumatized youth: results from a randomized controlled study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8(11), 1-13. doi:10.1186/1752-2000-8.11
- ISTSS (2019a). *Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment Guidelines: Methodology and Recommendations*. IL, USA: International Society for Traumatic Stress Studies. Available online: www.istss.org
- ISTSS (2019b). *ISTSS Guidelines Position Paper on Complex PTSD in Children and Adolescents*. IL, USA: International Society for Traumatic Stress Studies. Available online: www.istss.org
- Jaycox L. H., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Walker, D. W., Langley, A. K., Gegenheimer, K. L., ..., & Schonlau, M. (2010). Children's mental health care following Hurricane Katrina: A field trial of Trauma-Focused Psychotherapies. *Journal of Traumatic Stress*, 23(2), 223-231
- Jensen, T., K. (2017). Behandling av traumatiserte barn og ungdom: Traume-fokusert kognitiv atferdsterapi. In H. E. John Kjøbli, Sigrun Ertesvåg, Ivar Frønes (Ed.), *Å mestre det vanskelige – individrettede intervensjoner for barn og unge*: Gyldendal Akademiske Forlag.
- Jensen, T. K., Holt, T., & Ormhaug, S. M. (2017). A Follow-Up Study from a Multisite, Randomized Controlled Trial for Traumatized Children Receiving TF-CBT. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(8), 1587-1597. doi:10.1007/s10802-017-0270-0
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., Hukkelberg, S. S., Indregard, T., Stormy, S. D., & Wentzel-Larsen, T. (2014). A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(3), 356-369. doi: 10.1080/15374416.2013.822307
- Jensen, T., Holt, T., & Ormhaug, S. M. Fjermestad, K. W., & Wentzel-Larsen, T. (2018). Change in post-traumatic cognitions mediates treatment effects for traumatized youth – A randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology*, 65(2), 166-177.
- Knutsen, M. L., Czajkowski, N., & Ormhaug, S. M.

- (2018). Changes in posttraumatic stress symptoms, cognitions, and depression during treatment of traumatized youth. *Behaviour Research and Therapy*, *111*, 119-126. doi:10.1016/j.brat.2018.10.010
- Knutsen, M., & Jensen, T. K. (2017). Changes in the trauma narratives of youth receiving trauma-focused cognitive behavioral therapy in relation to posttraumatic stress symptoms. *Psychotherapy Research*, *29*(1), 99-111. doi: 10.1080/10503307.2017.1303208
- Knutsen, M. L., Sachser, C., Holt, T., Goldbeck, L., & Jensen, T. K. (2019). Trajectories and possible predictors of treatment outcome for youth receiving trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *12*(4), 336-346. doi:10.1037/tra0000482
- Kornør, H. (2013). Beskrivelse og vurdering av tiltaket: TF-CBT – Traumefokusert kognitiv atferdsterapi. Ungsinn, tiltak nr 40. Hentet fra: http://ungsinn.no/post_tiltak/tf-cbt/
- Kornør, H., & Bradley, P. M. (2008). Kunnskapsbasert praksis og kritisk vurdering av systematiske oversikter. I P. Laake, B. R. Olsen & H. B. Benestad (Red.), *Forskning i medisin og biofag* (Vol. 2, s. 425-440). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kowalik, J., Weller, J., Venter, J., & Drachman, D. (2011). Cognitive behavioral therapy for the treatment of pediatric posttraumatic stress disorder: a review and meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *42*(3), 405-413. doi: 10.1016/j.jbtep.2011.02.002
- Martinussen, M., Reedtz, C., Eng, H., Neumer, S.-P., Patras, J. & Mørch, W.-T. (2016). *Ungsinn. Tidsskrift for virksomme tiltak for barn og unge. Kriterier for vurdering og klassifisering av tiltak*. Tromsø: UiT Norges arktiske universitet.
- NREPP, SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices (2006). Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy. Program profile completed 23.05.2016
Nedlastet fra <http://legacy.nreppadmin.net/ViewIntervention.aspx?id=91>, 04.04.2017.
- King, N. J., Tonge, B. J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., ..., & Ollendick, T. H. (2000). Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: A randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *39*, 1347-1355.
- Leenarts, L. E., Diehle, J., Doreleijers, T. A., Jansma, E. P., & Lindauer, R. J. (2013). Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *22*(5), 269-283. Doi: 10.1007/s00787-012-0367-5
- Lenz A. S., & Hollenbaugh, K. M. (2015). 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*, 18-32.
- Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Deblinger, E., Runyon, M. K., & Steer, R. A. (2012). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Children: Sustained Impact of Treatment 6 and 12 Months Later. *Child Maltreatment*, *17*(3), 231-241. doi: 10.1177/1077559512451787
- McLeod, B. D., & Weisz, J. R. (2010). The therapy process observational coding system for child psychotherapy strategies scale. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *39*, 436-443. Doi:10.1080/15374411003691750.
- 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
- Nader, K., Kriegler, J. A., Blake, D. D., Pynoos, R. S., Newman, E., & Weathers, F. (1996). *Clinician Administered PTSD Scale, Child and Adolescent version (CAPS-C)*. White River Junction, VT: National Center for PTSD:
- Nader, K., Newman, E. Weathers, F. Kaloupek, D. G., Kriegler, J., & Blake, D. (2004). *Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA)*. Los Angeles, CA: Western Psychological Press.
- NICE. (2018, 05.12.18). NICE clinical guideline: Post-traumatic stress disorder from <http://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- Nixon, R. D., Sterk, J., & Pearce, A. (2012). A randomized trial of cognitive behaviour therapy and cognitive therapy for children with posttraumatic stress disorder following single-incident trauma. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *40*(3), 327-337. doi: 10.1007/s10802-011-9566-7
- Ogles, B. M. (2013). Measuring change in psychotherapy research. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of*

- psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 134–166). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Wentzel-Larsen, T., & Shirk, S. R. (2014). The therapeutic alliance in treatment of traumatized youths: relation to outcome in a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(1), 52-64. doi: 10.1037/a0033884
- Ormhaug, S. M., Shirk, S. R. & Wentzel-Larsen, T. (2015). Therapist and client perspectives on the alliance in the treatment of traumatized adolescents. *European Journal of Psychotraumatology, 6*, <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27705>
- Ovenstad, K. S., Ormhaug, S. M., Shirk, S. R., & Jensen, T. K. (2020). Therapists' behaviors and youths' therapeutic alliance during trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 88*, 350-361. doi:10.1037/ccp0000465
- Patterson, G. R. (2005). The next generation of PMTO models. *The Behavior Therapist, 28*(2), 27-33.
- Ramirez de Arellano, M. A., Lyman, D. R., Jobe-Shields, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., . . . , & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents: Assessing the Evidence. *Psychiatric Services, 65*(5), 591-602. doi: doi:10.1176/appi.ps.201300255
- Sachser, C., Berliner, L., Holt, T., Jensen, T. K., Jungbluth, N., Risch, E., . . . Goldbeck, L. (2017). International development and psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). *Journal of Affective Disorders, 210*, 189-195. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.040>
- Scheeringa M. S., Weems, C. F., Cohen, J. A., Amaya-Jackson, L., & Guthrie, D. (2011). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in three through six year-old children: A randomized clinical trial. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*, 853-860.
- Silverman, W. K., Ortiz, C. D., Viswesvaran, C., Burns, B. J., Kolko, D. J., Putnam, F. W., & Amaya-Jackson, L. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents Exposed to Traumatic Events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*(1), 156-183. doi: 10.1080/15374410701818293
- Sin, J., Spain, D., Furuta, M., Murrells, T., & Norman, I. (2017). *Psychological interventions for post-traumatic stress disorder (PTSD) in people with severe mental illness (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Wiley. Art. No.: CD011464. doi: 10.1002/14651858.CD011464.pub2
- Wethington, H. R., Hahn, R. A., Fuqua-Whitley, D. S., Sipe, T. A., Crosby, A. E., Johnson, R. L. m. fl. (2008). The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine, 35*(3), 287-313. doi: 10.1016/j.amepre.2008.06.024
- Wolpe, J. (1969). Basic principles and practices of behavior therapy of neuroses. *American Journal of Psychiatry, 125*(9), 1242-1247.

Som alle artikler i Ungsinn, kan denne fagfelle-vurderte artikkelen arkiveres og distribueres fritt for alle slags formål på følgende vilkår: korrekt referanse skal oppgis (se bunntekst), ingen kommersiell bruk og ingen bearbeidelse av tekst eller innhold.

Mottatt 25.02.2020, godkjent 21.07.2020, publisert 07.08.2020.
Redaktør: Monica Martinussen