

MASTEROPPGAVE

Emnekode: MPH 470

Navn på kandidat: Iren Opdahl

Effekten av kognitiv atferdsterapi hos pasienter med posttraumatisk stresslidelse - En systematisk litteraturstudie

The effect of cognitive behavioral therapy in patients with posttraumatic stress disorder - A systematic literature review

Dato: 21.04.2017

Totalt antall sider: 64



www.nord.no

Forord

Som barn levde jeg i en kjernefamilie med mor, far og søsken. Vi levde på landet, far var selvstendig næringsdrivende og mor var hjemmeværende. Jeg minnes barndommen min med mange turer i skog og mark, med latter og glede. Der jeg tar for gitt at mine foreldre og søsken vil være der også i morgen.

Familien min er rundt meg, men vi prater ikke sammen, vi er ikke hjemme lengre, vi bor for en periode hos tante og onkel.

Presten kommer på besøk, han sier at pappa hadde gått inn i en mørk tunnel og ikke funnet ut igjen. Han sier at pappa valgte å gå til lyset og være i en stor vakker blomstereng, fremfor her hos oss.

Jeg er 6 år og vet at dette ikke er sant. Pappa `n min er ikke mørkredd og han har aldri valgt blomster fremfor meg.

Dette er et skjæringspunkt i livet mitt.

Et dødsfall som hysjes ned.

Sammen med veiledere på Hint Levanger kommer skissen til en master som omhandler PTSD og CBT til.

For meg er alt litt uoversiktlig, det føles som å være i et ukjent landskap med kart og kompass som jeg ikke forstår å bruke. Veien er lang med lite utsikt, jeg mangler retning og oversikt og merker at jeg vandrer rundt i ring.

Veiledere er da gode å ha, for å få løftet blikket og få energi til å fortsette.

I prosessen ble Hint Levanger til Nord Universitet, jeg vil gi en stor takk til veileder Tommy Haugan som har lest gjennom utallige utgaver og kommet med uvurderlige tilbakemeldinger.

Jeg vil også takke min eldste datter Indiana som har oversatt sammendraget til engelsk. Jeg vil takke barna for tålmodighet og forståelse når jeg i perioder har måttet prioritere oppgaven.

Jeg vil også takke alle som med sine oppmuntrende kommentarer har heiet meg frem ved å ha trua på meg.

Og sist men ikke minst vil jeg takke min mann for å ha skrevet ut eksemplarer, hørt på oppgaven og kommet med kommentarer og spørsmål, gjennom hele prosessen.

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	ii
1.0 Innledning	1
1.1 Risikofaktorer for å utvikle PTSD	1
1.2 Traumeforskning og behandling	2
1.3 Problemstilling for studien	3
1.4 Oppbygging av oppgaven	4
2.0 Teoretisk bakgrunn	5
2.1 Posttraumatisk stresslidelse – PTSD	6
2.1.1 Gjenopplevelsessymptomer	6
2.1.2 Unngåelsessymptomer	7
2.1.3 Aktiveringssymptomer	7
2.2 Kognitiv atferdsterapi (CBT)	8
2.3 CBT for PTSD	8
2.3.1 Psykoedukasjon	8
2.3.2 Eksponering	8
2.3.3 Kognitiv restrukturering	9
2.3.4 Angstmestring	9
2.4 Analyseverktøy for vurdering av sykdomsbildet	9
2.5 Standardiserte diagnostiske intervjuer	10
2.5.1 Structured Clinical Interview SCID	10
2.5.2 The Clinician Adminstrated PTSD Scale (CAPS)	10
2.6 Selvrapporteringskjemaer	10
2.6.1 IES	10
2.6.2 IES-R	11
2.6.3 Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)	11
2.7 Måleinstrumenter som kartlegger grad av angst og depresjon	11
2.7.1 Beck Anxiety Inventory (BAI)	11
2.7.2 Becks Depression Inventory (BDI og BDI-II)	12
2.7.3 The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS – A og -D)	12
2.7.4 Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI)	12
Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) er et spørreskjema på 40 spørsmål, der 20 spørsmål måler ”state” (angst her og nå) og 20 spørsmål undersøker ”trait” (angst som en karakteristisk måte å reagere på). STAI kan brukes i kliniske sammenhenger for å diagnostisere angst og å skille det fra depressive symptomer (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983)	12
3.0 Metodebeskrivelse	13
3.1 Valg av metode	13
3.2 Utvalgsriterier for litteratursøket	13
3.2.1 Systematiske oversikter	14

3.2.2	Søkebaser	15
3.3	Utvalgsriterier for vitenskapelige publikasjoner	15
3.4	Kvalitetsvurderinger	16
3.5	Dataekstraksjon	17
3.6	Gjennomsnittsmålinger av innsamlet data	17
3.7	Etiske vurderinger	18
4.0	Resultater fra litteraturgjennomgang	19
4.1	Cochrane Library	20
4.2	Cinahl (OVID)	21
4.3	OVID	22
4.4	Medline	23
4.5	Identifisere, vurdere og oppsummere resultater fra forskningsstudier	23
4.6	Beskrivelse av studiene	29
4.6.1	Design	30
4.6.2	Studiedeltakere	30
4.6.3	Studiesetting	30
4.6.4	Utvalg	30
4.6.5	Utfallsmål	30
4.7	Symptomendringer av PTSD målt før og etter intervensjon av CBT	30
4.7.1	Akutt versus kronisk PTSD overfor CBT for PTSD	34
4.8	Angst og depresjon	39
5.0	Diskusjon	42
5.1	Oppsummere hovedresultater	42
5.2	Symptomendringer etter CBT for PTSD	42
5.3	Diskusjon av utvalg av studier	46
5.4	Symptomendringer sett i lys av presentert teori og problemstillingen	47
6.0	Konklusjoner og anbefalinger om videre forskning	50
	Litteraturliste	52

Sammendrag

Bakgrunn: Posttraumatisk stress lidelse (PTSD) etter Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (DSM-IV) er en angst lidelse. Livstidsprevalens for å utvikle PTSD etter traume er på ca 9% (Dyregrov, 2004). Hensikten med studien er å besvare problemstillingen: «Hvilken effekt skaper kognitiv atferdsterapi overfor symptomene, aktivering, gjenopplevelse og unngåelse hos pasienter med posttraumatisk stress lidelse? Responderer pasienter med akutt og kronisk PTSD likt på kognitiv atferdsterapi for PTSD? Hvordan påvirkes komorbiditetene angst og depresjon på kognitiv atferdsterapi for PTSD målt i effekt?»

Materiale og metode: Utvalget består av 828 pasienter som mottar kognitiv atferdsterapi (senere benevnt som CBT) for sin PTSD diagnose gitt etter DSM-IV. 74% fullfører studien, av disse har 227 pasienter akutt PTSD og 379 har kronisk PTSD. Dette er en systematisk litteraturstudie der forskningsspørsmålet søkes besvart gjennom bruk av 19 RCT studier.

Resultater: Samlet viser studiene god effekt av CBT for PTSD hvor 77 % av utvalget opplever full remisjon eller symptomreduksjon under nivå for en PTSD diagnose. Mange av pasientene kommer innenfor normalverdier overfor angst og depresjon etter CBT for PTSD. Det er signifikante forskjeller mellom akutt og kronisk PTSD målt i effekt gjennom behandlingen.

Konklusjon: PTSD kan helbredes med CBT elementene, psykoedukasjon, kognitiv restrukturering, eksponering og angst mestring i et samarbeid mellom terapeut og pasient. Samtidig viser symptomer som er voksende i intensitet post behandling at sykdommen ikke er stabil. For å oppleve full remisjon trengs kanskje oppfølgingssamtaler over tid for å unngå at akutt PTSD blir til kronisk PTSD.

Nøkkelord: Posttraumatisk stress lidelse, kognitiv atferdsterapi, RCT, DSM-IV, systematisk litteraturstudie.

Abstract

Background: Posttraumatic stress disorder (PTSD) is, after Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (DSM-IV), an anxiety disorder. Lifetime prevalence to develop PTSD after trauma is approximately 9% (Dyregrov, 2004). The purpose of the study is to preserve the research question: «What effect does cognitive behavioral therapy create with the symptoms, activation, revival and inevitability in patients with posttraumatic stress disorder? Do patients with acute versus chronic PTSD respond coequal to CBT for PTSD? How does KO affect the morbidities anxiety and depression on CBT for PTSD measured in effect?»

Material and method: The selection consists of 828 patients who receive CBT for their PTSD diagnose given after DSM-IV. 74% finished the study. 227 patients among these have acute PTSD and 379 have chronic PTSD. This is a systematic literature study where the research question is sought to answer through the use of 19 RCT studies.

Results: CBT for PTSD shows effect and 77% of the selection experience full remission or symptom reduction under a PTSD diagnosis level. Many of the patients ends up within normal values for anxiety and depression after CBT for PTSD. There are significant differences between acute and chronic PTSD measured in effect throughout the treatment.

Conclusion: PTSD can be cured with the CBT elements, psychoeducation, cognitive restructuring, exposure and anxiety mastery in a collaboration between therapist and patient. Symptoms that are growing in intensity post treatment shows at the same time that the illness is unstable. To experience full remission there may be needed follow-up conversations over time to avoid that acute PTSD turns into chronic PTSD.

Keywords: Posttraumatic stress disorder, cognitive behavioral therapy, RCT, DSM-IV, systematic literature study.

1.0 Innledning

Posttraumatisk stresslidelse, (senere benevnt som PTSD) kan ramme alle, og den kommer gjerne uten forvarsel eller som følge av lengre tids påkjenninger. Årsaken kan være omsorgssvikt, mishandling, misbruk, krigshandlinger, seksuelle overgrep, ulykker, fysiske angrep eller dødsfall av noen som står deg nær (Anstorp & Benum, 2014) Personer som på grunn av traume faller utenfor arbeidslivet eller mister familieroller viser en forhøyet risiko for å utvikle et kronisk forløp av PTSD (Dyregrov, 2008). De fleste mennesker (fra 50-90 %) opplever traumer i løpet av et helt liv og av disse utvikler ca 8 % full PTSD (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995).

Ubehandlet PTSD utgjør et stort folkehelseproblem, da PTSD har en gjennomgripende påvirkning mentalt, fysisk og psykososialt. (Foa, Gillihan & Bryant, 2013). PTSD er forbundet med lavere livskvalitet og høyere medisinske kostnader og en større andel står utenfor ordinær jobb sammenlignet med mennesker som lider av andre angstlidelser. PTSD er også assosiert med suicidale tanker, atferd og komorbiditet som oppstår med andre psykiske lidelser som depresjon, angst og eller stoffproblemer (Ibid).

1.1 Risikofaktorer for å utvikle PTSD

Forekomsten av PTSD etter traumatiske hendelser varierer stort mellom ulike hendelser (Dyregrov, 2004). Ulike befolkningsstudier, sett i verdenssammenheng viser en livstidsprevalens for PTSD fra 1 - 14% med variansen relatert til metoder for konstaterting og befolkningsutvelgelse. Store ulykker, katastrofer og krig medfører hvert år at mange utvikler PTSD, i tillegg til andre utfordringer som angst og depresjon (Ibid).

Studier av utsatte grupper i befolkningen, eksempelvis krigsveteraner, ofre fra vulkanutbrudd, større naturkatastrofer eller utsatt for overfall og annen kriminell vold, har estimert en prevalens fra 3 til 58% (American Psychiatric Association, 1994). Etter ulykke med fysisk skade, er forekomsten av PTSD mellom 17,5 og 42 % en til seks måneder etter hendelsen. Menneskeskapte intensjonelle traumer fører imidlertid ofte til større problemer enn upersonlige traumer (Dyregrov, 2004). Over 50% av de som opplever voldtekt og tortur utvikler PTSD. Forskning fra Norge viser at foreldre som mister barn i selvmord, barneulykker eller plutselig spedbarns død, utvikler over 50% alvorlige posttraumatiske vansker og komplisert sorg som krever behandling fra et profesjonelt hjelpeapparat (Ibid). Det

er påvist at mennesker som selv sliter med, eller er nære pårørende til mennesker med alvorlig sykdom står i fare for å utvikle PTSD (Dyregrov, 2008).

Hvorfor noen utvikler PTSD etter traumer mens andre gjør det ikke, stammer antagelig fra et samspill mellom biologiske faktorer, tidlige utviklingsopplevelser og traumers alvorlighetsgrad (Anstorp og Benum, 2014). Funn viser at barndomstraumer, kronisk motgang, og familiære stressfaktorer øker risiko for PTSD. Traumer fra barndommen øker også risikoen for å utvikle PTSD etter opplevd traume i voksen alder. (Koenen, Moffitt, Poulton, Martin & Caspi, 2007). Denne effekten av barndomstraumer, kan være en markør for både traumatiske opplevelser og tilknytningsproblemer. Klinisk erfaring med etterlatte etter både store ulykker og andre brå dødsfall tyder på at mange utvikler PTSD eller PTSD liknende symptomer av påkjenningene (Dyregrov, 2008). Manglende kunnskaper om PTSD blant helsepersonell gjør at mange sliter med problemer i lang tid uten å bli fanget opp og henvist videre (Ibid). Det forskes på om kortisolnivå kan fange opp personer i risikogruppen, da lavere kortisolnivå er forbundet med større risiko for utvikling av PTSD. Det er også funnet en sammenheng der høyere hjerteratenivå etter opplevd traume indikerer risiko for PTSD. Dette kan være en gruppe som opplever overaktivering eller nevronal sensitivisering i det symptomatiske nervesystemet, med samtidig liten utskillelse av kortisol som skal virke beroligende (Dyregrov, 2008).

Utvikling av langtidspblemer og PTSD etter en katastrofe synes å være bestemt av variabler der tidligere traumer, personlighet og aspekter ved den aktuelle situasjonen og hvordan den håndteres er blant de viktigste (Dyregrov, 2008).

Hos personer med traumerelaterte belastninger er det funnet betydelige svekkelser i prefrontal cortex og hippocampus. Det er også funnet betydelige svekkelser i forbindelsene mellom de regulerende strukturene og amygdala eller alarmsystemet (Nordanger, 2014).

1.2 Traumeforskning og behandling

Den internasjonale traumeforskningen skjøt fart på 1980-tallet med introduksjonen av diagnosen PTSD, gjennom det amerikanske diagnosesystemet, DSM (Dyregrov, 2004). Samtalebehandling er en godt dokumentert og velanvendt metode for å behandle PTSD, innenfor denne kategorien finnes det ulike metoder deriblant kognitiv terapi, psykodynamisk terapi, eksponeringsterapi, narrativ eksponeringsterapi, Eye movement desensitization reprocessing (EMDR), Sensorimotorisk psykoterapi, Somatic Experience (SE) Prolonged exponering (PE) (Foa, Gillihan & Bryant, 2013).

Kognitiv atferdsterapi (senere benevnt som CBT etter den engelske forkortelsen) er en av få former for psykoterapi som har blitt vitenskapelig testet og funnet effektiv i hundrevis av kliniske studier for mange ulike lidelser. De beste behandlingsresultatene har tradisjonelt vært for angst og depresjonslidelser, men forskning viser også lovende behandlingsresultater for spiseforstyrrelser, samlivsproblemer, alkoholproblemer, personlighetsforstyrrelser og psykoser. I motsetning til andre former for psykoterapi, er kognitiv terapi vanligvis mer fokusert på nåtiden. CBT er over en mer begrenset varighet, og i større grad, orientert rundt problemløsning, der eksponering er sentral. CBT kan tilpasses barn, ungdom, par og familier (Clark & Beck, 2010).

I tidligere studier viser CBT bedre resultater sammenlignet med EMDR og støttende terapi. CBT er funnet jevn god med eksponerende terapi og kognitiv terapi i forhold til effekt og holdbarhet (Mendes, Feijo`Mello, Ventura, de Medeiros Passarella & de Jesus Mari, 2008).

Personer med angstsensitivitet (AS) frykter angstrelaterte opplevelser og konsekvenser. I slike tilfeller kan CBT virke befriende på opplevd angst på samme måte som den demper PTSD symptomer. Forskning viser at behandlere med erfaring fra CBT har færre som avslutter behandling sammenlignet med uerfarne behandlere (Ehlers et al., 2013). Samtidig er det bevist at medikamenter kan gi reduksjoner i gjenopplevses symptomer og bedring av depressive tilstander som ofte opptrer sammen med PTSD (Foa, Gillihan & Bryant, 2013). Tilstrekkelig med informasjon om sykdommen til pasient og pårørende er av stor betydning (Dyregrov, 2008).

1.3 Problemstilling for studien

I denne masteroppgaven ønsker jeg å belyse om CBT påvirker ulike PTSD – symptomer og komorbiditetene angst og depresjon. Min hypotese er at mennesker som lider av akutt, utsatt eller kronisk PTSD kan helbredes med CBT.

Følgende forskningsspørsmål søkes besvart:

«Hvilken effekt har kognitiv atferdsterapi overfor symptomene: aktivering, gjenopplevelse og unngåelse hos pasienter med posttraumatisk stresslidelse? Responderer pasienter med akutt og kronisk PTSD likt på denne samtalebehandlingen? Hvordan påvirkes komorbiditetene angst og depresjon på kognitiv atferdsterapi målt i effekt?»

1.4 Oppbygging av oppgaven

Masteroppgaven er bygget opp med følgende innhold i de respektive kapitlene.

- I første kapittel har jeg beskrevet bakgrunn for tema og hensikten med oppgaven, samt presentert problemstillingen.
- I kapittel to redegjøres det for sentrale begreper og teorier, som omhandler symptomer, diagnose og behandling av PTSD.
- I kapittel tre beskrives valg av metode. Med vekt på utvalg, søkestrategi og valg av verktøy for kvalitetsvurdering av de inkluderte studiene og hvilke data som ble hentet ut fra studiene. Kapittelet omhandler også etiske vurderinger som er gjort.
- I kapittel fire presenteres resultater av studiene.
- Kapittel fem innleder med å oppsummere hovedresultater og diskuterer videre resultater opp mot teori og problemstilling.
- I kapittel seks trekkes konklusjoner og anbefalinger om videre forskning.

2.0 Teoretisk bakgrunn

I denne systematiske oversiktsstudien er det valgt å undersøke hvordan CBT påvirker PTSD symptomer. PTSD er en kronisk angstlidelse som oppstår som følge av en eller flere traumatiske opplevelser. PTSD er preget av traumerelaterte påtrengende gjenopplevelses - symptomer, hvor pasienten ofte reagerer med unngåelse av følelser og aktiviteter. Pasienten vil oppleve emosjonelle svingninger, fra delvis og helt lammende til vedvarende økt aktivering som alle forårsaker betydelig klinisk ubehag eller funksjonssvikt for pasienten (Beck & Clark, 2010). Kognitiv terapi som er et overordnet begrep dekker ulike terapeutiske metoder. Kognitiv terapi benyttes opp imot ulike utfordringer og vansker. Terapibehandlingen kan anvendes blant annet hos personer med depresjon, panikkangst, bekymringsangst, sosial angst, rusmiddelproblemer, ukontrollert sinne, psykose, mani, tvangslidelse, spiseforstyrrelse, ustabilitet, selvskading, søvnproblemer, kroppslige smerter, plager som skyldes traumer, mishandling, overgrep, nedsatt selvbilde og selvtillit (Berge & Repål, 2011),(Beck & Clark, 2010).

Kognitiv terapi benyttes også som et supplement i behandlingen av somatiske sykdommer som for eksempel kreftsykdommer, hjertelidelser og diabetes (Ibid). Når kognitiv terapi brukes i forbindelse med PTSD, bør behandlingen starte med å introdusere hvordan tanker og forestillinger påvirker følelser og handlingsmønstre. For å bevisstgjøre pasienten gis enkle øvelser i å se og notere seg de negative, vanskelige tankene og tilhørende følelser for å se sammenhengen mellom dette og de/den traumatiske hendelsen(e) (Berge & Repål, 2011), (Beck & Clark, 2010).

Kognitiv terapi identifiserer også forvrengte, feilaktige tankemønstre i forhold til en selv og omverdenen. Terapiformen vil utfordre og arbeide med endring av forvrengte tanker, forestillinger og selvinstruksjoner. Repetitive negative, uklare tanker kan utløse angst og blokkere for videre utvikling (Bækkelund & Berg, 2014).

Mennesker som har opplevd gjentatte traumatiske påkjenninger i nære relasjoner har i mange tilfeller flere og annerledes plager enn det som er beskrevet i PTSD – diagnosen. Kompleks PTSD har ikke vært en godkjent diagnose, men er foreslått inkludert i ICD-11. I DSM -V er PTSD diagnosen reorganisert og inkluderer negativ endring i kognisjon og stemningsleie, som viser seg ved vansker med å erfare positive emosjoner, negative emosjonelle tilstander, negativ varig tro og antakelser om seg selv og verden, samt skyld rettet mot seg selv eller andre i forhold til hendelsen. Det er også tilført et nytt symptomtrekk, uforsiktig eller

selvdestruktiv atferd, samt dissosiativ undergruppe. Med disse endringene i PTSD diagnosen er målet at personer med et mer kompleks symptombildet fanges opp og får tiltrengt hjelp (Bækkelund & Berg, 2014). Komplekse traumer har større kraft i seg sammenlignet med enkeltstående traumer til å bryte ned reguleringssystemet som den enkelte har bygd opp i løpet av eget liv. Dette sees spesielt hos personer som har levd i et voldelig par forhold, krigsveteraner og/eller andre som har opplevd langvarige og ekstreme stressbelastninger (Ibid).

2.1 Posttraumatisk stresslidelse – PTSD

PTSD ble klassifisert som en angstlidelse i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition året 1994, senere benevnt som DSM-IV. DSM-IV ligger til grunn for PTSD diagnoser i denne litteraturstudien. PTSD er siden blitt omklassifisert som en "traume- og stress -relatert lidelse" i DSM – V. (Bækkelund & Berg, 2014).

I DSM-IV presiseres det at den berørte må ha vært utsatt for en traumatisk hendelse hvor han opplever dødsfall, truende død, alvorlig skade eller opplevd trussel mot seg selv eller andres fysiske integritet (American Psychiatric Association, 1994). Den berørte skal reagere med frykt, hjelpeløshet eller skrekk. Symptomenes varighet skal vare over en måned og problemene må føre til kliniske betydningsfulle plager eller forringelse av sosial, yrkesmessig eller andre viktige funksjoner (Ibid). Symptomer som hører med til PTSD er stadige gjenopplevelser, vedvarende unngåelse av assosierte stimuli eller generell følelsesmessig nummenhet som ikke var til stede før traumet og en opplevelse av økt vekking i kroppen (American Psychiatric Association, 1994).

2.1.1 Gjenopplevelsessymptomer

I DSM – IV manualen må personen oppleve stadige gjenopplevelser på minst ett av følgende fem punkter for å tilfredsstille til diagnosen PTSD:

- Påtrengende urovekkende minner om selve hendelsen, som kommer i form av bilder, tanker eller opplevelser
- Repeterende og/eller gjentatte urovekkende drømmer relatert til hendelsen
- Den utsatte aktiverer, eller føler det som om den traumatiske hendelsen gjentar seg, eksempelvis ved å gjenoppleve selve hendelsen, oppleve illusjoner, hallusinasjoner og dissosiative tilbakeblikks episoder/flashbackepisoder. Dette inkluderer også episoder som forekommer under oppvåkning eller om en er intoksikert/forgiftet.

- Intens psykisk uro ved eksponering av indre og eller ytre holdepunkter som påminner om hele eller deler av den traumatiske hendelsen
- Fysiologisk reaksjon ved utsettelse av indre eller ytre stimulering som symboliserer eller minner om et aspekt fra den traumatiske hendelsen (American Psychiatric Association, 1994).

2.1.2 Unngåelsessymptomer

Unngåelsessymptomer omhandler unngåelse av stimuli eller følelse av generell følelsesmessig avflating som ikke var tilstede før traumet. Krav til at PTSD - diagnosen kan settes, er at personen tilfredsstiller minst tre av følgende sju symptomer:

- Forsøk på unngåelse av tanker, følelser eller samtaler som gir assosiasjoner til opplevd traume
- Vegring av aktiviteter, plasser eller personer som vekker minner om traumet
- Umulig å huske et viktig aspekt av traumet
- Markert minket interesse for eller deltakelse i viktige aktiviteter
- Følelse av avstand eller avsondring fra andre
- Begrenset følelsesbredde (f.eks, evne til kjærlige følelser)
- Følelse av avkortet fremtid (f.eks. forventer ikke noen karriere, ekteskap, få egne barn eller en normal livslengde) (American Psychiatric Association, 1994).

2.1.3 Aktiveringssymptomer

Vedvarende symptomer på økt vekking i kroppen som ikke var tilstede før traumet, må oppleves på minst to av fem punkter:

- Vanskeligheter med å falle i søvn eller forbli sovende
- Irritabilitet eller sinneanfall
- Konsentrasjonsvansker
- Hyperårvåkenhet
- Overdreven startle respons er: gjenopplevelse, unngåelse og aktivering

Inndeling av PTSD spesifisert etter symptomopptreden og varighet:

1. Akutt: hvis varigheten av symptomene er mindre enn 3 måneder
2. Kronisk: hvis varigheten av symptomene er tre måneder eller mer
3. Med Forsinket Utbrudd/Reaksjon: hvis symptomene kommer minst 6 måneder etter hendelsen/traumet (American Psychiatric Association, 1994).

2.2 Kognitiv atferdsterapi (CBT)

Mange har vært sentrale i prosessen av å utforme innholdet i kognitiv terapi og CBT. Dr. Aaron T. Beck regnes for grunnleggeren av CBT slik den fremstår i dag. Han utformet denne behandlingsformen i 1960, mens han var psykiater ved University of Pennsylvania (Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy, 2016).

2.3 CBT for PTSD

CBT for PTSD omfatter ulike typer teknikker og behandlingskomponenter. Vanligvis innebærer CBT for PTSD: psykoedukasjon, eksponering, kognitiv restrukturering og angstmestring (Harvey, Bryant & Tarrier, 2003), (Beck & Clark 2010), (Ehlers & Clark 1999). De fire behandlingskomponenter er presentert hver for seg, men under praksis vil de ofte overlape hverandre i stor grad (Harvey, Bryant & Tarrier, 2003).

2.3.1 Psykoedukasjon

Psykoedukasjon handler om å bli kjent med eget reaksjonsmønster, forstå symptomer – der målet er å skape større trygghet og stabilitet i den enkelte gjennom øvelser, hjemmeoppgaver, kunnskap om egen situasjon – her PTSD, dissosiasjon, følelser, lære om det å identifisere og håndtere trigger samt ivareta egenomsorg og søvnbehov (Harvey, Bryant & Tarrier, 2003), (Støren & Utgarden, 2014).

2.3.2 Eksponering

Gjennom eksponeringer overfor traumehendelsen, arbeides det bevisst for å skape endringer av overdrevne negative tanker knyttet til hendelsen og legge til rette for mestring av traumet. Aktivisering kan fremprovoseres ved hjelp av forestillingsbilder (in vitro) eller i virkeligheten (in vivo), ved å benytte ulike teknikker skal unødige sterke reaksjoner dempes og fjernes, dette kalles systematisk desensibilisering og habituering (Dyregrov, 2008). Denne type behandling supplementeres vanligvis med daglige hjemmelekser der pasienten skriver ned en detaljert beskrivelse av eget traume og lager et lydopptak av dette. Hjemmelekse kan da være å lytte til eget lydopptak (Harvey, Bryant & Tarrier, 2003). For å forstå egne reaksjonene blir det gitt informasjon som skaper innsikt og etterprøvbare fortolkninger. Pasientene lærer opp i

ulike og tilpassede teknikker for møte seg selv og egne reaksjoner med stressmestring etter ferdighetstrening (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006).

2.3.3 Kognitiv restrukturering

Kognitiv restrukturering har til mål å virke oppløsende på PTSD. Dette krever integrering av korrigerende informasjon, som er uforenlig med eksisterende frykt strukturer (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2006). Kognitiv restrukturering innebærer undervisning av pasienter for å identifisere og vurdere bevisene for negative automatiske tanker, samt hjelpe pasienter til å vurdere sine forestillinger om traumet, selvet, verden og fremtiden (Harvey, Bryant & Tarrier, 2003).

2.3.4 Angstmestring

I CBT er målet å endre pasientens tankemønster som har blitt assosiert med angst og vonde følelser. Denne terapiformen har to hovedbestanddelene: en kognitiv del som er ment for å begrense forstyrret tenkning, og en atferdsmessig del som skal hjelpe pasienten til å endre måten han/hun reagerer på det som utløser angsten. En pasient med PTSD vil kanskje jobbe sammen med terapeuten for å gjennomgå traumet i trygge omgivelser, slik at angsten det fremkaller blir mindre etter hvert. Eksponeringsbaserte terapiformer som CBT jobber spesielt med å eksponere pasienten for det de frykter, slik at de blir de sensitivert i forhold til angstutløsende situasjoner (Harvey, Bryant & Tarrier, 2003), (Ehlers & Clark, 1999).

Anbefalt varighet av CBT for PTSD varierer mellom ulike studier og type traume, men det er vanlig fra 9 – 12 sesjoner, hvor hver sesjon varer mellom 60 og 90 minutter. Kortvarig KAT er varigheten ofte mellom 4 – 6 sesjoner, med en varighet mellom 60 og 120 minutter for hver sesjon (Ehlers & Clark, 1999).

2.4 Analyseverktøy for vurdering av sykdomsbildet

For å synliggjøre utfall etter intervensjon av CBT for PTSD benyttes måleverktøy. Standardiserte intervjuer og spørreskjemaer er de vanligste måleinstrumentene. Intervjuene og spørreskjemaene må ha gode psykometriske egenskaper for at forskningsresultatene skal bli holdbare. Det innebærer at de gir reliable (pålitelige) og valide (gyldige) utfallsmål. Det skal alltid gjøres en grundig klinisk vurdering, helst sammen med et semistrukturert intervju og komplementopplysninger der det er mulig (Bækkelund & Berg, 2014).

2.5 Standardiserte diagnostiske intervjuer

Standardisering er idealmål for å unngå individuelle intervju-effekter. Målet med strukturerte intervjuer er at alle respondenter får den samme presentasjon av hvert spørsmål, og at svarene registreres på en identisk måte. Dette sikres gjennom flere faktorer. Utforming av spørreskjemaet, de generelle og de spesielle instruksene til intervjuerne og gjennom trening av intervjuerne. De generelle instruksene finnes i håndbøker som alle feltorganisasjonene har utarbeidet. De gir generelle regler for hvordan spørsmål skal leses opp, følges opp og registreres. I tillegg blir det utarbeidet spesielle instruksjoner for hver undersøkelse (Ringdal, 2011).

2.5.1 Structured Clinical Interview SCID

Structured Clinical Interview for DSM – IV er et strukturert klinisk intervju i forhold til DSM-IV. SCID er pålitelig for diagnostisering av PTSD (Bækkelund & Berg, 2014).

2.5.2 The Clinician Adminstrated PTSD Scale (CAPS)

Det er utviklet måleinstrumenter spesielt beregnet på traumerelaterte psykiske lidelser, dette er blant annet: The Clinician Adminstrated PTSD Scale (CAPS), og er svært mye brukt i forskning. CAPS er på mange måter en «gullstandard» for diagnostisering av PTSD (Bækkelund & Berg, 2014). CAPS er et diagnostisk intervju som er sensitiv overfor endringer av PTSD symptomer og angir mål på alvorlighetsgrad av PTSD (Blake, Weather, Nagy, Kaloupek, Gusman & Charney, 1990).

2.6 Selvrapporteringsskjemaer

Det finnes flere gode selvrapporteringsskjemaer som kartlegger symptomer (Bækkelund & Berg, 2014). Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS), Impact of Event Scale (IES) og «Impact of Event Scale – Revised» IES-R er selvrapporteringsskjemaer for personer som har vært utsatt for traumatiske hendelser. Svarene regnes om til skår som angir et mål på omfanget av posttraumatiske stress symptomer (PTSD).

2.6.1 IES

Impact of Event Scale (IES) er en mye brukt psykologisk traumetest som måler PTSD symptomene gjenopplevelse og unngåelse. (Horowitz, Wilmer & Alvarez, 1979).

2.6.2 IES-R

Impact of Event Scale – Revised, (IES-R) er et selvrapporteringsmål som er utviklet for å undersøke subjektiv opplevd lidelse som følge av spesifikke livshendelser (Weiss & Marmar, 1997). IES-R inneholder 22 ledd og består av tre SUB skalaer som måler grad av intensitet i forhold til de ulike komponentene i posttraumatisk stress: Gjenopplevelses-, Unngåelses- og Aktiverings – symptomer (Ibid). IES-R har høy indre konsistens for den totale poengsum samt for delskalaer.

2.6.3 Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)

Posttraumatic Diagnostic Scale - PDS er et 49 - punkts selvrapporterings instrument som vurderer traumehistorie og DSM-IV kriterier overfor PTSD. PDS har målepunkter som synliggjør PTSD symptomenes alvorlighetsgrad. PDS er funnet å ha tilstrekkelig psykometriske egenskaper, med en indre konsistens der PDS har demonstrert både god validitet og reliabilitet. Deltakerne vurderer hvert symptom i forhold til en skalering, og skår fra testen summeres (Foa, Cashman, Jaycox & Perry, 1997).

2.7 Måleinstrumenter som kartlegger grad av angst og depresjon

Angst og depresjon er komorbiditet til PTSD. Ofte strever personer med PTSD med å finne årsaken til, eller en dypere mening med hendelsene de har vært utsatt for. Katastrofens forløp og eventuelle personlige betydninger holder seg aktiv i deres tankevirksomhet og følelsesliv i lang tid etterpå (Dyregrov, 2008). Den eksistensielle betydningen slike hendelser kan få, skal ikke undervurderes. Mange mennesker deler livet sitt inn i tiden før og etter katastrofen, og synliggjør med dette hvor dramatisk disse hendelsene griper inn i selve livet (Ibid).

2.7.1 Beck Anxiety Inventory (BAI)

Beck Anxiety Inventory (BAI) brukes i vurderingen av grad overfor angst og endring i angstillstand. BAI skiller mellom engstelige og ikke-engstelige grupper. BAI måler både fysiologiske og kognitive angstsymptomer og resultatet tolkes i forhold til fastsatte grenseverdier med en total mulig poengsum på 63 poeng. Elementene består av spørsmål som refererer til erfaringer knyttet til angst som "Redsel overfor det verste som kan skje" eller spørsmål som skaper "Hjerte-bank, stress". BAI viser gjennom test retest en reliabilitet og en intern konsistens som er adekvat for målinger overfor angst symptomer (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988).

2.7.2 *Becks Depression Inventory (BDI og BDI-II)*

Beck Depression Inventory (BDI og BDI-II) brukes for å måle grad av depresjon, måleinstrumentet består av spørsmål som testpersonen selv besvarer. BDI har god intern konsistens og viser en reliabilitet overfor test retest målinger (Beck, Steer & Brown, 1996) BDI består av 21 spørsmål hvor det scores fra 0 til 3 poeng, maks poengsum er 63 og indikerer alvorlig grad av depresjon (Beck, Steer & Garbing, 1988).

2.7.3 *The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS – A og -D)*

The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) er mye brukt måleinstrument både nasjonalt og internasjonalt for å gradere opplevelse av angst og depresjon (Herrmann, 1997) (Zigmond & Snaith, 1983) og (Bjelland, Dahl, Haug & Neckelmann, 2002). HADS består av to deler, en del vedrørende angst og en del vedrørende depresjon. Testpersoner måles for opplevd angst, depresjon i løpet av siste uken før intervjuet som basis(Ibid).

2.7.4 *Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*

Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) er et spørreskjema på 40 spørsmål, der 20 spørsmål måler ”state” (angst her og nå) og 20 spørsmål undersøker ”trait” (angst som en karakteristisk måte å reagere på). STAI kan brukes i kliniske sammenhenger for å diagnostisere angst og å skille det fra depressive symptomer (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983).

3.0 Metodebeskrivelse

Valg av metodisk tilnærming blir definert og redegjort for i dette kapittelet. Prosessen med utvalget blir beskrevet gjennom valg av databaser, søkestrategi, inklusjons- og eksklusjons- kriterier som ble satt i forkant av søkene og samtidig benyttet som en vurdering av artiklene. Det gis en analysebeskrivelse av de inkluderte studier. Det redegjøres for dataekstraksjon og til slutt i kapittelet er det en etisk vurdering over de utvalgte studier.

3.1 Valg av metode

For å besvare problemstillingen har jeg valgt å utføre en systematisk litteraturoversikt. Dette innebærer systematiske søk og kritisk vurdering av all litteratur innen et bestemt emne og fag, samt oppsummering av litteratur innen dette fagfeltet.

Jeg har søkt etter litteratur, artikler og studier som omhandler CBT for PTSD der diagnosen er gitt etter DSM-IV manualen. Fokuset var på symptomendringer målt etter måleinstrumenter tilpasset diagnosemanualen DSM-IV og vurdert før og etter intervensjon av CBT for PTSD. Inkluderte studier er vurdert gjennom retningslinjer gitt fra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD).

Dataekstraksjon er benyttet for å sammenstille funn fra de inkluderte studier. Gjennom denne masteroppgaven er gjennomsnittsmålinger (mean) av sentrale PTSD symptomer før og etter intervensjon av CBT tatt ut fra de enkelte studier og sammenstilt til et nytt felles gjennomsnittsmål, for å besvare forskningsspørsmålene:

«Hvilken effekt skaper kognitiv atferdsterapi overfor symptomene: Aktivering, Gjenopplevelse og Unngåelse hos pasienter med posttraumatisk stresslidelse? Responderer pasienter med akutt og kronisk PTSD likt på denne samtaleterapien? Hvordan påvirkes komorbiditetene Angst og Depresjon på kognitiv atferdsterapi for PTSD målt i symptomendringer?»

3.2 Utvalgskriterier for litteratursøket

En systematisk oversikt skal benytte systematiske eksplisitte metoder for å identifisere, velge ut og kritisk vurdere relevant forskning (Reinar & Jamtvedt, 2010). Litteratursøket ble utført fra oktober 2014 til november 2016 og følgende søkeord ble benyttet: PTSD*, CBT*, RCT, trial, DSM-IV, DSM. For å finne relevante studier benyttet jeg en fast søkestrategi, tilpasset de ulike benyttede databaser, Cochrane Library, Cinahl, OVID og Medline.

1: PTSD*

2: CBT*

3: 1 AND 2

4: RCT

5: Trials

6: 4 OR 5

7: 3 AND 6

8: DSM-IV

9: DSM

10: 8 OR 9

11: 7 AND 10

I enkelte søkebasen ble dette oppsettet for ekskluderende, med 10 treff eller mindre - da kunne punkt 4,5,8 og/eller 9 utelukkes fra søket, men er allikevel av betydning gjennom inklusjonsstrategien. Jeg ønsket å finne svar på effekt av tiltaket CBT for PTSD, synliggjort gjennom symptomendringer og har av den grunn valgt å begrense utvalget til randomiserte kliniske forsøk (RCT) artikler for å sammenstille til en systematisk oversikt.

3.2.1 Systematiske oversikter

En systematisk oversikt skal gi informasjon om effekt av tiltak ved å identifisere, vurdere og oppsummere resultater fra store mengder forskning (Reinar & Jamtvedt, 2010). Denne systematiske oversikten identifiserer og sammenstiller resultater av inkluderte studier om temaet CBT for PTSD. Sammenstilte funn synliggjør effekten av CBT for PTSD målt i symptomendringer fra pre til post og oppfølgende behandlingstidspunkter. Studier som sammenstilles, er homogene med hensyn til design, utvalg, behandling og benyttede måleinstrumenter. Dette sikres gjennom inklusjon- og eksklusjonskriterier.

3.2.2 Søkbaser

Jeg benyttet søkebasene Medline, «The Cochrane Library», Cinahl og OVID. Medline regnes som en av de viktigste medisinske artikkelbasene og dekker et vidt spekter av fag. Databasen inneholder referanser til artikler fra over 5000 tidsskrifter på 37 språk (Kilvik & Lamøy, 2007). Cochrane Library, består av flere databaser, hoved databasen inneholder systematiske oversiktsartikler som omhandler effekten av medisiner og behandlingsmåter (Kilvik & Lamøy, 2007). Cinahl inneholder referanser til artikler fra ca 2500 tidsskrifter innen sykepleie og beslektede emner. Cinahl er spesielt god på kvalitativ forskning og stoff om pasienterfaringer (Kilvik & Lamøy, 2007). OVID er en databaseleverandør for Chinal og andre databaser blant annet Medline, det kan søkes gjennom flere databaser samtidig, men jeg har valgt å presentere søkene her adskilt. Manuelle søk ble utført for kryssreferanser, der jeg gjennomgikk litteraturlister i meta analyser og systematiske oversiktsartikler som omhandlet CBT for PTSD for mulig inklusjon også ved denne metoden. Jeg hadde ingen begrensninger i forhold til utgivelsesår under søkene. Utvalgte studier er fra år 2000 – 2014 (Vedlegg 1).

3.3 Utvalgsriterier for vitenskapelige publikasjoner

Inklusjonskriterier for utvelgelse av studier i min litteraturoversikt:

- Må være en RCT studie, annet design ekskluderes
- Studiene må være skrevet på engelsk, norsk, svensk eller dansk, studier med annet språk ekskluderes
- Studiepopulasjonen er 16 år og eldre
- Studiepopulasjonen i artiklene må ha en PTSD diagnose etter diagnosemanualen DSM – IV
- Artiklene må være publisert i vitenskapelige tidsskrift med fagfellevurdering
- Artiklene skal være vurdert gjennom NSD
- Utfallet som måles skal være endringer av symptomer på PTSD gitt etter DSM-IV
- Studiene skal undersøke om CBT påvirker symptomer overfor PTSD

- Den eksperimentelle gruppen må bestå av: kognitiv atferds terapi, kognitiv prosess terapi eller kognitiv terapi
- Kontrollgruppen var åpen
- Studiene skal synliggjøre gjennomsnittstall (mean) på målte utfall. Måleinstrumenter som er tilpasset DSM – IV benyttes for å dokumentere PTSD før og etter behandling av CBT.
- Må benytte en eller flere av nevnte måleinstrumenter: PDS, CAPS, SCID, HADS – A, HADS – D, BDI, BAI, IES, IES – R, STAI – S, STAI – T.
- PTSD må være utvalgets hovedutfordring

Eksklusjonskriterier:

- Artiklene som ikke er tilgjengelige uten ekstra kostnader i fulltekst via søkemotorer jeg benytter fra Nord Universitet. Artikler som ikke er tilgjengelige i fulltekst blir ikke vurdert til inklusjon
- Artikler kun publisert i bøker, avisinnlegg, kapitler, essays, debattinnlegg, forelesning, avhandlinger og lignende ekskluderes
- Utvalg som er psykotisk eller lider av annen alvorlig psykiatrisk diagnose
- Utvalg med samtidig eller nylig rusmisbruk
- Studieutvalg som benytter samtidig medikamentell behandling, der den medikamentelle behandlingen har vært stabil i mindre enn tre måneder
- Utvalg som inkluderer mennesker med noen form for hjerneskade

3.4 Kvalitetsvurderinger

Jeg har benyttet kvalitetsvurderinger gjort av NSD som et ledd i å vurdere de utvalgte artikler. Kvalitetsvurderingene her er delt inn i to nivåer på vitenskapelige publikasjoner der nivå 2 er rangert som høyest.

Nivå 2:

- Oppfattes som de mest ledende i brede fagsammenhenger

- Utgir de mest betydelige publikasjoner fra ulike lands forskere.
(Kunnskapssenteret, 2008)

Nivå 1:

- Presentere ny innsikt.
- Være i en form som gjør resultatene etterprøvbare eller anvendelige i ny forskning.
- Være i et språk og ha en distribusjon som gjør den tilgjengelig for de fleste forskere som kan ha interesse av den.
- Være i en publiseringskanal (tidsskrift, serie bokutgivelse, nettsted) med rutiner for fagfellevurdering (Kunnskapssenteret, 2008).

3.5 Dataekstraksjon

Følgende data ble hentet ut fra studiene i denne oppgaven: Forfatter(-e), år studien først ble publisert, tidsskrift artiklene er publisert i, studiedesign, pasientgruppe, antall deltakere, frafall av deltakere, tiltak, oppfølgingstid, utfallsmål, lengde og varighet på kognitiv terapi intervensjonene, individuelle eller gruppe – terapi, måleinstrumenter som er benyttet for å synliggjøre endringer av symptomer, enkeltstående traume eller komplekse traumer og resultater (Vedlegg 1)

3.6 Gjennomsnittsmålinger av innsamlet data

Inkluderte studier ser på symptomendringer pasienter opplever etter intervensjon av CBT for PTSD. For å sammenstille funn kategoriseres utfall etter benyttede måleinstrumenter. Funnene er delt opp etter intervallene en måned pre behandling, tre - og seks måneder post behandling overfor de fleste målinger. Det er også benyttet målepunktene en måned pre behandling, avsluttet behandling og seks måneder post behandling. Dette synliggjøres gjennom funnenes fremstilling. Inkluderte artikler benevner symptomsmål i gjennomsnitt, funnene er sammenstilt og synliggjøres også her som gjennomsnittsmålinger (mean).

3.7 Etiske vurderinger

Etiske vurderinger er gjort i forhold til bevissthet ved presentasjon av resultater, og ved presentasjon av funn. Store og små funn presenteres i forhold til symptomer som skal måles, både negative og positive effekter skal synliggjøres for å skape et mest mulig helhetlig bilde av CBT for PTSD målt i symptomendringer.

4.0 Resultater fra litteraturgjennomgang

Funnene som presenteres er i hovedsak rettet mot hvilken effekt CBT for PTSD skaper målt i symptomendringer overfor; aktivering, gjenopplevelse og unngåelse. Resultatkapittelet presenterer også funn som besvarer de to delspørsmål som ser på akutt og kronisk PTSD og komorbiditetene angst og depresjon.

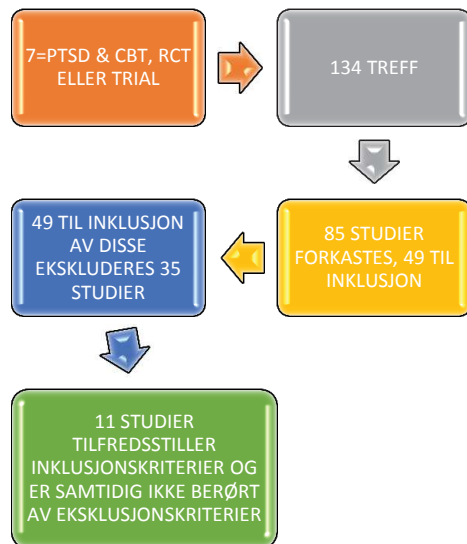
I denne oppgaven er effekten av CBT overfor kompleks PTSD ikke vurdert eksplisitt. Inkluderte måleinstrumenter undersøker utfall i forhold til PTSD symptomer gitt etter DSM-IV. Det var i alt 19 artikler som tilfredsstilte inklusjonskriteriene for min utvalgte søkestrategi og samtidig ikke var berørt av eksklusjonskriteriene. Seks studier er rangert på nivå 1 etter NSD sine kriterier og tretten studier er klassifisert på høyeste nivå 2 gjennom NSD. Inkluderte studier er utført i landene: Sju studier fra USA, tre fra Storbritannia, tre fra Nederland to studier fra Sverige, to fra Australia, en fra Kina og en fra Sørøst Asia. Studiene er publisert i tidsrommet: 2000 – 2014, type traumer som er representert i de ulike studier er både enkle og komplekse traumer.

Åtte studier har tatt med flere ulike typer traumer i sin undersøkelse og elleve studier har sett kun på en type traume opp imot problem stillingen.

Type traumer som er representert i denne systematiske oversikten er:

Motorkjøretøy ulykker (MVC), fysisk og eller psykisk vold fra partner (IPV), overfall/vold, vitne til vold/overfall og seksuelt - overfall/-vold, traumer som følge av å være kvinnelig krigsveteran og/eller kvinne i aktiv militærtjeneste, traumer etter opplevelser fra det å være flyktning, multiple traumer, traumer etter kriminalitet, plutselig død av noen i nær relasjon, ulykke, livstruende sykdom hos seg selv eller hos noen i nær relasjon.

4.1 Cochrane Library



Figur 1: Flyttdiagram av søkestrategi der eksklusjons- og inklusjonsstrategi er utført gjennom Cochrane Library.

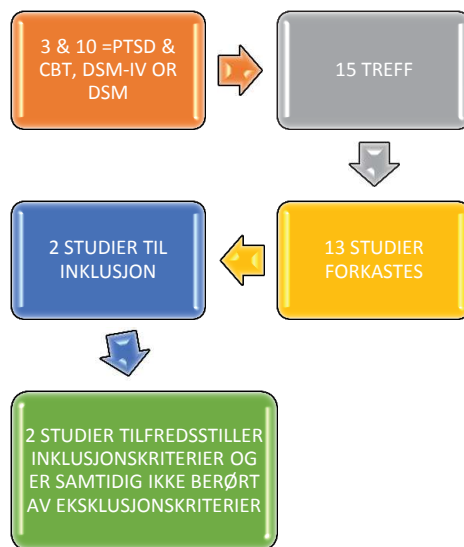
I søket via Cochrane Library benyttes punkt 7. Søket ga 134 studier til gjennomgang (re søkt 07.11.16) Etter første gjennomgang, hvor abstraktet leses forkastes 85 studier, som ikke står til presenterte inklusjonskriterier eller de treffer en eller flere av eksklusjonskriteriene.

Av de 85 ekskluderte studier, omhandler 26 studier barn, 10 studier ekskluderes på grunn av utvalgets rusmisbruk. 7 studier omhandler ikke CBT, 10 studier er duplikater, 10 studier er forebyggende behandling for PTSD, 3 studier er ikke en RCT, 3 studier omhandler også annen alvorlig psykiatrisk lidelse, 11 studier benytter et utvalg som ikke er diagnostisert for PTSD, 4 studier benytter nylig oppstartet medikamentell sidebehandling, 1 ekskluderes på grunn av fokus på hjerneskade, samlet er dette 85 studier som ikke blir med videre.

Står da igjen med 49 studier til nærmere gjennomgang, av disse ekskluderes ytterligere 35 studier da de treffer en eller flere eksklusjonskriterier eller ikke møter inklusjonskriteriene. 12 studier er ikke vurdert av NSD, 1 inkluderer samtidig medikamentell behandling, 4 benytter ikke DSM-IV, 4 benytter andre måleinstrumenter 2 er kun forelesninger, 15 studier måler endringer utenfor mitt

valgte fokusområde, som er symptomendringer av diagnosen PTSD etter intervensjon av CBT for PTSD. Dette betyr også at andre måleinstrumenter benyttes i disse studiene, som i Hinton et.al 2009 sin studie hvor fokuset er på følelsesregulering og blod trykk. Står igjen med 11 studier som blir tatt ut i fulltekst etter søket via Cochrane Library. (studie: 1,3,4,5,7,9,12,13,14,16 og 17)

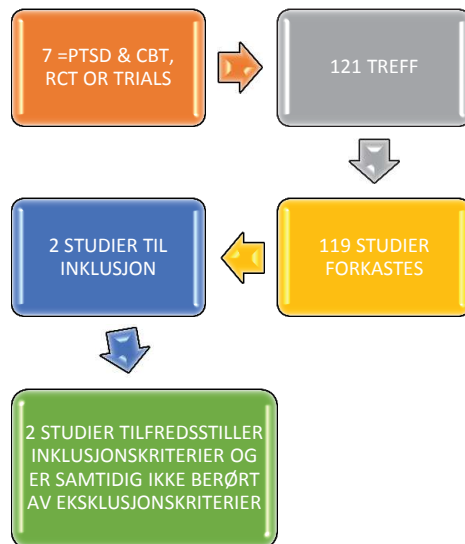
4.2 Cinahl (OVID)



Figur 2: Flyttdiagram etter søkestrategi der eksklusjons- og inklusjonsstrategi er utført gjennom Cinahl.

For søk gjennomført gjennom Cinahl (re søkt 07.11.16) benyttes punkt 3 og 10 fra søkestrategien, dette ga 15 treff. 2 studier inkluderes til masteroppgaven fra dette søket, (Studie: 6 og 18) 7 studier ekskluderes da de ikke omhandlet CBT for PTSD, 6 studier er ikke en RCT og ekskluderes av den grunn.

4.3 OVID

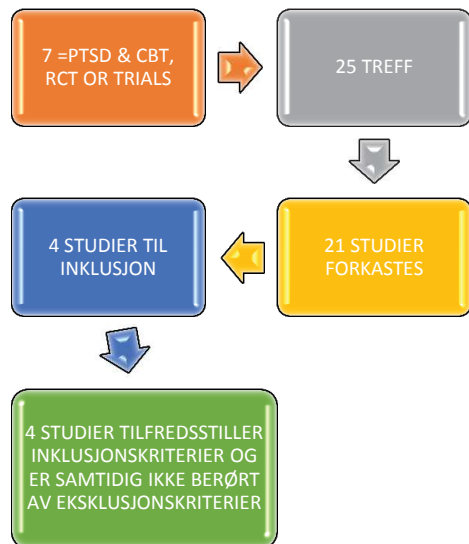


Figur 3: Flytdiagram av søkestrategi der eksklusjons- og inklusjonsstrategi er utført gjennom OVID.

For søket gjort via OVID benyttes punkt 7 fra søkestrategien, dette ga 121 treff til gjennomgang (re søkt 07.11.16). Fra dette søket inkluderes to studier (Studie: 8 og 19) til masteroppgaven og 119 forkastes da de berører eksklusjonskriterier eller ikke tilfredsstiller inklusjonskriterier.

65 studier er ikke en RCT, 7 studier benytter andre måleinstrumenter og måler derfor noe annet enn det jeg skal måle i min oppgave. 11 studier inkluderer ikke CBT, 7 studier benytter ikke DSM-IV, 8 studier omhandler sidemisbruk, 12 studier omhandler også annen alvorlig psykisk lidelse, 9 studier omhandler ikke PTSD.

4.4 Medline



Figur 4: Flyttdiagram av søkestrategi der eksklusjons- og inklusjonsstrategi er utført gjennom Medline.

For søket utført gjennom Medline benyttes punkt 7 fra søkestrategien (re søkt 07.11.16), dette ga 25 treff hvorav 4 studier inkluderes i denne oversiktsstudien (Studie: 2, 10, 11 og 15). 3 studier ekskluderes på bakgrunn av manglende fokus på symptomendringer overfor PTSD etter intervensjon av CBT. 4 omhandler barn, 4 studier har fokus på medikamentell behandling, 3 studier har også annen psykiatrisk lidelse, 3 har et annet design – er ikke en RCT. 3 studier benytter andre måleinstrumenter og 1 studie gir annen behandling fremfor CBT.

4.5 Identifisere, vurdere og oppsummere resultater fra forskningsstudier

Mine utvalgte studier har i alt 1932 pasienter, hvorav 1144 har diagnosen kronisk PTSD og 788 har diagnosen akutt PTSD. Samlet frafall er på 468 pasienter, hvorav 283 hadde kronisk PTSD og 181 hadde diagnosen akutt PTSD. Samlet fullførelse er på 76%, i gruppen for kronisk PTSD fullførte 75% og i gruppen for akutt PTSD fullførte 77% av deltakerne. Alle studier er sammenstilt og undersøkt i forhold til sentrale komponenter innen KAT og symptomer overfor PTSD etter DSM-IV.

Blant de inkluderte studiene er CBT sammenlignet med annen, eller ingen behandling. Hos pasienter som ikke mottar behandling har 63% av utvalget fortsatt PTSD, ved studiens endepunkt. Pasienter med kronisk PTSD som mottar ingen behandling, tilfredsstillers fortsatt 86% til en PTSD diagnose ved studiens siste oppfølgingspunkt. Sammenlignet med pasienter som har en akutt PTSD og ikke mottar behandling har 60% fortsatt en PTSD diagnose.

Pasienter som mottar annen behandling fremfor CBT har ved endt oppfølging 57% fortsatt PTSD diagnose etter DSM-IV. Pasienter med akutt PTSD som mottar annen type behandling fremfor CBT tilfredsstillers i gjennomsnitt 62% fortsatt til en PTSD diagnose. Pasienter med kronisk PTSD som mottar annen type behandling fremfor CBT har ved oppfølgingspunkt 6 mnd post behandling ca 53% fortsatt PTSD.

Jeg ønsker å finne svar på effekt av CBT overfor PTSD, målt i symptomendringer. Gjennom de 19 inkluderte studier utgjør dette et utvalg på 828 pasienter, som mottar CBT for PTSD. Av disse fullfører 615 hele behandlingen, som utgjør ca 74%. 508 pasienter har diagnosen kronisk PTSD, av disse fullfører 379 pasienter hele studien, som i prosent blir ca 75%. Pasienter med akutt PTSD er ved studiestart 320 stykker, av disse fullfører 227 pasienter hele forløpet, dette er ca 71%. Av utvalget som mottar CBT for PTSD kommer ca 77% under nivå for å tilfredsstillers til en PTSD diagnose.

Behandlingskomponentene psykoedukasjon, kognitiv restrukturering, eksponering og angst mestring inkluderer ulike teknikker og praktiske øvelser som har til mål å redusere PTSD symptomene gjenopplevelse, unngåelse og aktivering.

Mange med PTSD diagnosen sliter med komorbiditet overfor blant annet angst og depresjon. I denne masteroppgaven inkluderes målinger overfor disse komorbiditeter eksplisitt.

Tabell 1 Er en oversikt over de 19 inkluderte RCT studiene, som er grunnlaget for alle funn i denne systematiske oversikten. (Tall i parentes viser hele utvalget for studien, tall utenfor parentes viser de som mottar CBT for PTSD).

STUDIE NUMMER: FØRSTEFORFATTER: UTGIVELSEÅR:	1: DELTAKERE: 2: FRAFALL: 3: FULLFØRT:	STUDIENS VARIGHET I UKER:	RESULTATER:
1: K. K. WU ET.AL. 2012	1: (60) 29 2: (23) 4 3: (37) 19	4	CBT FOR AKUTT PTSD ETTER EN MOTORKJØRETØYULYKKE GIR SIGNIFIKANTE SYMPTOMATISKE FORBEDRINGER PÅ ANGST, DEPRESJON OG AKTIVERINGSSYMPTOMER. MÅLINGER 6 MND POST BEHANDLING VISER AT INTERAKSJONS GRUPPE IKKE TILFREDSSTILLER TIL EN PTSD DIAGNOSE ETTER IES-R MÅLINGER. DENNE STUDIEN KREVER IKKE EN KLINISK PTSD DIAGNOSE, KUN SYMPTOMER DERMED MÅ RESULTATET SEES I LYS AV DETTE.
2: K. M. IVERSON ET. AL. 2011	1: (150) 50 2: (64) 21 3: (86) 29	6	CBT SOM BEHANDLING OVERFOR KRONISK PTSD GIR EN DOKUMENTERT RASK BEDRING AV PTSD - OG DEPRESJONS - SYMPTOMER. DETTE ER IKKE OVERRASKENDE IFHT AT CBT ER EN EFFEKTIV BEHANDLING FOR PERSONER SOM HAR OPPLEVD MULTIPLE TRAUMER INKLUDERT VOLD FRA PARTNER OG STORE PÅKJENNINGER OVER TID (FOA ET AL. 2005; RESICK ET AL., 2002, 2008)
3: J. G. BECK ET. AL. 2009	1: (44) 22 2: (11) 5 3: (33) 17	14	KRONISK PTSD SOM FØLGE AV EN MOTORKJØRETØYULYKKE. AV DE SOM FULLFØRTE STUDIEN KOM 88,3 % UTENFOR MÅLOMRÅDE SOM GIR EN PTSD DIAGNOSE, DETTE VISER AT GCBT GIR GOD EFFEKT I INTERAKSJONSGRUPPEN OG STOR BEDRING AV PTSD SYMPTOMER.
4: A.EHLERS ET. AL. 2003	1: (85) 28 2: (6) 0 3: (79) 28	12	CBT GITT SOM BEHANDLING OVERFOR AKUTT PTSD DER PASIENTER HAR VÆRT INVOLVERT I MOTORKJØRETØYULYKKE. TIDLIG INTERVENSJON AV KOGNITIV TERAPI VISER Å HA GOD EFFEKT OVERFOR PTSD SYMPTOMER, ANGST OG DEPRESJON MÅLT I SYMPTOMENDRINGER FØR OG ETTER BEHANDLING. KUN 11% AV CT INTERAKSJONSGRUPPEN HAR EN PTSD DIAGNOSE POST BEHANDLING. 89% UNDER PTSD NIVÅ.
5: K. M. IVERSON ET. AL. 2011	1: (150) 53 2: (64) 22 3: (86) 31	6	CBT GITT SOM BEHANDLING TIL KVINNER SOM HAR LEVD I VOLDELIGE PARFORHOLD (IPV). KOGNITIV TERAPI GIR SIGNIFIKANTE REDUKSJONER AV KRONISK PTSD - OG DEPRESSIVE - SYMPTOMER UNDER OG ETTER BEHANDLING. DEN GIR OGSÅ EN FOREBYGGENDE EFFEKT I FORHOLD TIL Å HAVNE OG BLI VÆRENDE I VOLDELIGE FORHOLD I FREMTIDEN.
6: M. SJBRANDIJ ET. AL. 2007	1: (143) 79 2: (17) 17 3: (126) 62	4	KORTVARIG CBT GIR SIGNIFIKANT BEDRING AV AKUTT PTSD , MÅLT I SYMPTOMER FOR PTSD OG DEPRESJON OG ANGST. UTVALGET HAR FÅTT EN PTSD DIAGNOSE ETTER ULIKE TYPER TRAUMER, SOM SEKSUELT MISBRUK, OVERFALL, ULYKKE, VITNE TIL VOLD, PLUTSELIG DØD AV NOEN SOM STÅR DEG NÆR OSV. DENNE STUDIEN DOKUMENTERER AT RASK BEHANDLING ETTER EN TRAUMATISK HENDELSE ER AV STOR BETYDNING. SISTE OPPFØLGINGSPUNKT VISER AT 73,6 % IKKE LENGRE TILFREDSSTILLER TIL EN PTSD DIAGNOSE.

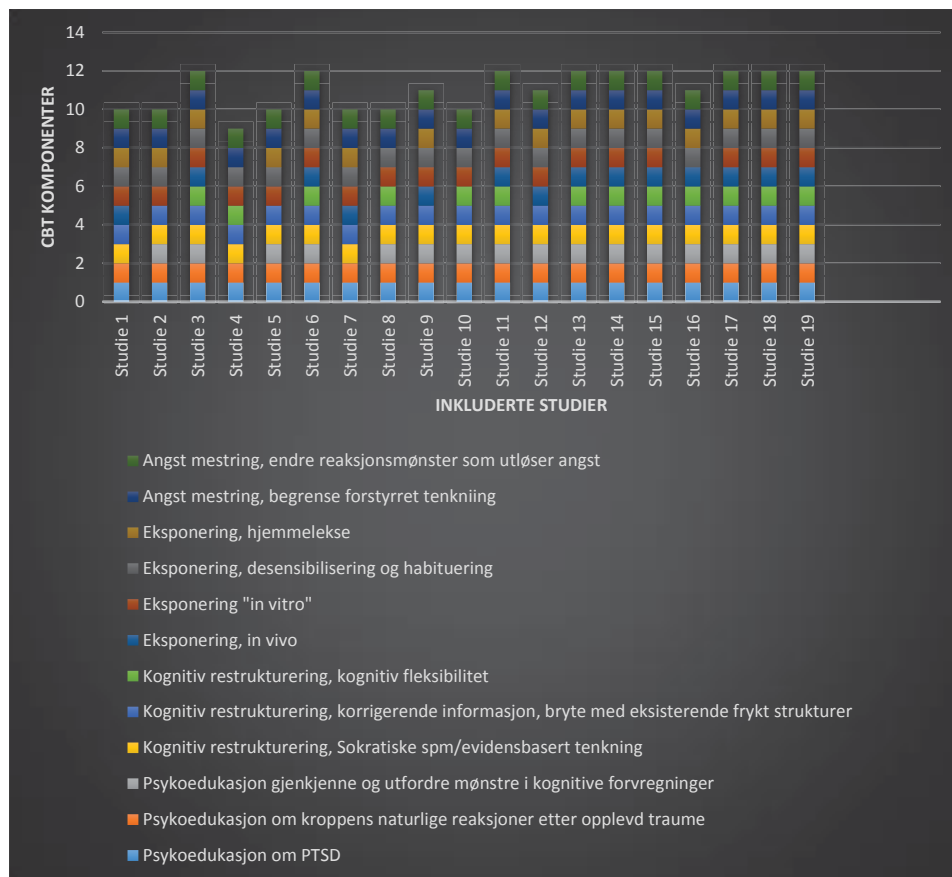
7: A.A. P. VAN EMMERIK 2008	1: (125) 38 2: (40) 16 3: (66) 22	5	AKUTT PTSD ETTER ULIKE TYPER TRAUME GIR CBT EN SYMPTOMATISK REDUKSJON OVERFOR PTSD – ANGST- OG DEPRESJONS -SYMPTOMER. DETTE VISER SEG PÅ MÅLINGER POST BEHANDLING DER STØRSTE PARTEN AV INTERAKSJONS GRUPPEN IKKE LENGRE TILFREDSSTILLER TIL EN PTSD DIAGNOSE.
8: D. E. HINTON ET. AL. 2005	1: 40 2: 2 3: 38	12	KRONISK PTSD OVERFOR BEHANDLINGSRESISTENTE FLYKTNINGER, BLIR BEHANDLET MED CBT GITT I GRUPPE. GCBT GIR SIGNIFIKANT GOD EFFEKT AV PTSD MÅLT I SYMPTOM ENDRINGER. SYMPTOMER REDUSERES OG 60% AV UTVALGET ER UNDER KRITERIER FOR Å TILFREDSSTILLE TIL DIAGNOSEN PTSD.
9: R. A. BRYANT ET. AL. 2013	1: (70) 35 2: (19) 10 3: (51) 25	12	CBT GIR EN LINDRENDE EFFEKT OVERFOR KRONISKE PTSD SYMPTOMER. SYMPTOMENE OPPLEVES MINDRE I OMFANG CBT LINDRER OG GIR NYE TANKEMØNSTRE, SPESIELT MINDRE NEGATIVE AUTOMATISKE TANKER. PASIENTER SOM MOTTAR CBT MED FERDIGHETER ER 72 % UTEN EN PTSD DIAGNOSE PÅ SISTE OPPFØLGINGS -MÅLEPUNKT. DETTE ER PTSD ETTER MOTORKJØRETØYULYKKER OG OVERGREPS TRAUMER.
10: N. TARRIER ET. AL. 2000	1: (62) 33 2: (0) 3 3: (57) 30	16	CBT OVERFOR KRONISK PTSD SOM FØLGE AV ULIKE TYPER TRAUME. CBT GIR EN SIGNIFIKANT NEDGANG AV PTSD SYMPTOMER DER REGELMESSIG OPPMØTE VISER ET TYDELIG EFFEKT MÅLT I PTSD SYMPTOMENDRINGER. (SELVSKADING OG SELVMORDSTANKER MÅ BEHANDLES FØR GENERELL PTSD BEHANDLING VED HJELP AV CBT.)
11: P. P. SCHNURR ET. AL. 2007	1: (284) 142 2: (83) 41 3: (201) 101	10	CBT GIR REDUKSJON AV OPPLEVD SYMPTOMINTENSITET OVERFOR KRONISK PTSD PROBLEMATIKK. UTVALGET ER KVINNELIGE EX MILITÆRE MED EN KRONISK PTSD DIAGNOSE. DENNE STUDIEN SER SPESIELT PÅ LANGVARIG EKSPONERING OG PÅPEKER GOD EFFEKT MÅLT I SYMPTOMATISKE ENDRINGER, 46,4 % TILFREDSSTILLER IKKE TIL EN PTSD DIAGNOSE OG 20,2 % OPPNÅR FULL SYMPTOMFRIHET/REMISJON. GRUPPEN SOM MOTTAR KOGNITIV TERAPI MISTER 34,3% PTSD DIAGNOSEN OG 11,4 % OPPNÅR FULL REMISJON.
12: J. I. BISSON ET. AL. 2004	1: (152) 76 2: (36) 18 3: (116) 58	4	TIDLIG INTERVENSJON AV CBT OVERFOR AKUTT PTSD KAN HJELPE PREVENTIVT OG REDUSERER SAMTIDIG PTSD SYMPTOMENES INTENSITET OG OPPLEVD TILSTEDEVÆRELSE. CBT GIR EN SIGNIFIKANT NEDGANG AV PTSD SYMPTOMER. 84% TILFREDSSTILLER IKKE LENGRE TIL EN PTSD DIAGNOSE OG 50 % REDUSERER IES SKÅRINGER TIL UNDER BASELINE. SYMPTOMER PÅ ANGST OG DEPRESJON REDUSERES LIKT MELLOM BEHANDLINGSGRUPPEN OG SAMMENLIGNINGSGRUPPEN. PTSD ETTER FYSISK TRAUME.
13: P. A. RESICK ET. AL. 2008	1: (162) 56 2: (12) 6 3: (150) 50	6 A`120 MIN	CBT SOM BEHANDLING OVERFOR KRONISK PTSD . UTVALGET ER KVINNER SOM HAR LEVD I VOLDELIGE PARFORHOLD. CBT GIR EN SIGNIFIKANT NEDGANG AV PTSD SYMPTOMER, DEN GIR OGSÅ REDUKSJON AV DEPRESJON, ANGST, SINNE, SKYLD, SKAM OG KOGNITIVE FORSTYRRELSER. DET ANTYDES AT UTEN AKTIV INTERVENSJON VIL EN KRONISK PTSD TROLIG FORBLI KRONISK. CBT OVERFOR DENNE GRUPPEN VISER SEG OGSÅ Å VIRKE FOREBYGGENDE OVERFOR Å KOMME INN I NYE VOLDELIGE PARFORHOLD. 79,3% KOMMER UNDER SYMPTOMGRENSEN FOR Å TILFREDSSTILLE TIL EN PTSD DIAGNOSE.

14: A. McDONAGH ET. AL. 2005	1: (74) 29 2: (17) 12 3: (57) 17	14 7 FØRSTE PÅ 120 MIN 7 SISTE PÅ 90 MIN	KRONISK PTSD SOM FØLGE AV Å HA BLITT SEKSUELT MISBRUK SOM BARN. HER GIR CBT EN GOD EFFEKT MÅLT I SYMPTOMENDRINGER. EN STOR ANDEL AV PASIENTENE SOM MOTTOK CBT MØTER IKKE LENGRE PTSD SYMPTOMER VED TIDSINTERVALLET – OPPFØLGINGSPUNKTET. CBT VISER EN EFFEKTIV REDUKSJON AV SYMPTOMENE DEPRESJON, DISSOSIASJON, SINNE ELLER FIENDTLIGHET OG BEDRING AV LIVSKVALITET. 82,4 % HAR IKKE PTSD 6 MND POST BEHANDLING.
15: VAN EMMERIK M.FL. 2008	1: (125) 43 2: (40) 22 3: (66) 21	5 90 MIN	STUDIEN VISER AT CBT ER EN EFFEKTIV METODE FOR Å BEHANDLE AKUTT PTSD ETTER ULIKE TYPER TRAUME. SELV MED EN EFFEKTIV BEHANDLING OPPLIVER IKKE ALLE FULL REMISJON ETTER MÅLT PTSD SYMPTOMER PÅ POST BEHANDLING OG SENERE OPPFØLGINGSPUNKTER. BEDRING AV DIAGNOSTISK STATUS, OPPLIVER EN LAVERE OPPLEVELSE AV GJENOPPLEVELSES-, DEPRESJONS-, STAIT ANGST-SYMPTOMER. CBT FØRER HER IKKE TIL LAVERE NIVÅ AV TRAIT ANGST OG DISSOSIASJON.
16: E. B. BLANCHARD ET AL. 2003	1: (98) 27 2: (20) 1 3: (78) 26	8 – 12	STUDIEN VISER AT CBT OVERFOR AKUTT PTSD SOM FØLGE AV MOTORKJØRETØYULYKKE GIR GOD EFFEKT. PÅ 3 MND OPPFØLGINGSPUNKT ER PTSD SYMPTOMER REDUSERT I OMFANG OG 76% ER NÅ UNDER SYMPTOMNIVÅ OG HAR IKKE LENGRE PTSD PÅ DETTE TIDSPUNKT. CBT REDUSERER DEPRESJON MED 81,8 % OG ANGST REDUSERES MED 75% OG ER NÅ INNENFOR NORMALOMRÅDER OVERFOR MÅLTE SYMPTOMER.
17: DUNNE ET AL. 2012	1: (26) 12 2: (3) 1 3: (23) 11	10 60 MIN PR UKE	KRONISK PTSD SOM FØLGE AV MOTORKJØRETØYULYKKE MED PÅFØLGENDE NAKKESLENGSKADE. KLINISK GIR CBT FOR PTSD EN SIGNIFIKANT REDUKSJON AV GENERELLE PTSD SYMPTOMER. BEHANDLINGEN BLE OGSÅ FORBUNDET MED FORBEDRINGER IFHT NAKKEPROBLEMER, FYSISKE SMERTER, FØLELSER/STEMNINGSLEIE OG SOSIAL FUNGERING. 69% ER UNDER GRENSEN FOR EN PTSD DIAGNOSE MÅLT 6 MND POST BEHANDLING.
18: N. PAUNOVIC, L. – G. ØST 2001	1: (20) 10 2: (4) 2 3: (16) 8	16 – 20 60 – 120 MIN PR GANG 1 G PR UKE	CBT VISER EN GOD EFFEKT OVERFOR BEHANDLING AV KRONISK PTSD HOS FLYKTNINGER. GJENNOMSNTTLIGE FORBEDRINGER PÅ 6 MÅNEDERS OPPFØLGINGSPUNKT GIR 53% REDUKSJON AV PTSD SYMPTOMER MÅLT ETTER PDS, 50 % REDUKSJON AV GENERELL ANGST OG 57 % REDUKSJON AV DEPRESJON MÅLT ETTER SYMPTOMENDRINGER OG SELVRAPPORTERINGSSKJEMAER.
19: D. IVARSSON ET AL. 2014	1: (62) 26 2: (8) 4 3: (54) 22	8 MEAN 28 MIN PR GANG	CBT FOR KRONISK PTSD GJENNOMFØRT VED HJELP AV INTERNETT DER KLIENT FÅR VEILEDNING OG OPPFØLGING AV TERAPEUT UNDERVEIS VIA MAIL VISER Å HA GOD EFFEKT. BEHANDLINGEN VISER PÅ MÅLINGER 1 ÅR ETTER GITT BEHANDLING AT REDUKSJONEN AV PTSD SYMPTOMER STÅR SEG OGSÅ OVER TID. BEHANDLINGEN GIR OGSÅ GOD EFFEKT OVERFOR ANGST, DEPRESJON OG EGEN OPPLEVELSE AV ØKT LIVSKVALITET. 81,5 % HAR IKKE PTSD I FLG CAPS POST BEHANDLING.

Alle inkluderte studier viser at CBT for PTSD har lindrende effekt overfor målte symptomer, der en stor andel av utvalget kommer innenfor normalområder og mister dermed sin PTSD diagnose (se tabell 1).

Tabell 2 viser CBT komponenter som hentes ut fra data grunnlaget i de nitten inkluderte studier.

Tabell 2: Oversikt over CBT komponenter for PTSD.



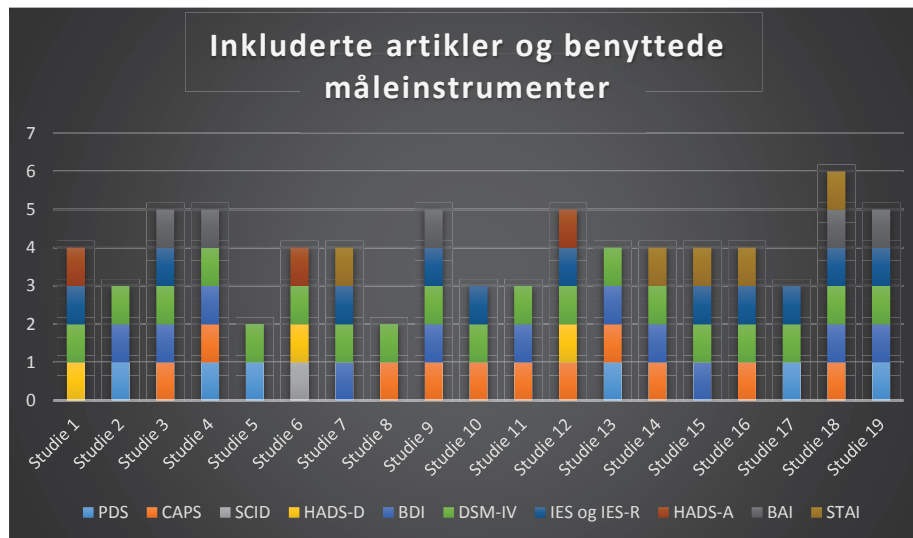
Alle studier inkluderer de fire hovedkomponentene med noe ulik tyngde på de ulike elementer som er beskrivende overfor CBT for PTSD. Studiene har ulik behandlingstid, fra 4- til 20 uker og fra 28- til 120 min pr møte med oppfølgende terapeut.

I gjennomsnitt er behandlingstiden på inkluderte studier satt til 10 sesjoner. For behandling av akutt PTSD er gjennomsnittlig behandlingstid, 7 sesjoner og behandlingstiden overfor kronisk PTSD er på 11 sesjoner i gjennomsnitt.

Symptomene overfor PTSD er synliggjort ved hjelp av reliable og valide måleinstrument. Reliabilitet, eller pålitelighet er tilstede når gjentatte målinger med samme måleinstrument gir samme resultat. Validitet eller gyldighet forteller noe om måleinstrumentet faktisk måler det en tenker å måle (Ringdal, 2011). Det er benyttet velkjente og anerkjente måleinstrumenter for å inkludere artikler og videre instrumenter som synliggjør symptomenes opplevde styrke

før og etter intervensjon av CBT for PTSD, dette er grunnlaget for målt effekt i denne oversiktsstudien.

Tabell 3: Inkluderte artikler og benyttede måleinstrumenter



For å sammenstille inkluderte studiers effekt overfor CBT for PTSD, er det tatt utgangspunkt i studienes benyttede måleinstrumenter for å dokumentere effekter.

Symptomendringer dokumenteres ved hjelp av måleinstrumenter som er sensitive i forhold til PTSD symptomer. Tabell tre synliggjør hvilke måleinstrumenter hver studie har benyttet for å dokumentere CBT sin påvirkning overfor PTSD, angst og depresjons -symptomer.

Etter satt PTSD diagnose benytter 12 av 19 studier standardiserte diagnostiske intervjuer som CAPS og SCID for å dokumentere eventuelle symptomatiske endringer. 15 av 19 studier benytter selvrapporteringsskjemaer som PDS, IES og IES-R for å dokumentere symptomatiske utfall. 2 studier benytter både PDS og IES i sine målinger. 15 av 19 studier synliggjør angst og/eller depresjon eksplisitt i sine målinger ved å benytte BAI, BDI, HADS-A, HADS-D og eller STAI.

4.6 Beskrivelse av studiene

For å trekke sammen resultater fra ulike studier skal det være faglige grunner til å forvente at effekten er omtrent den samme på tvers av de pasienter,

intervensjoner og utfall som det handler om (Bjørndal m.fl. 2008). I denne masteroppgaven sammenlignes effekten, pasienter med PTSD diagnosen gitt etter DSM-IV manual måles til ved hjelp av valide måleinstrumenter før og etter intervensjon av CBT.

4.6.1 Design

Alle nitten studier er randomiserte kontrollerte studier. Studiene kan blant annet skilles mellom hvorvidt intervensjonen består av, tidlig kognitiv atferdsterapi, kortvarig CBT, prosess CBT, CBT med fokus på langvarig eksponering og gruppe terapi der kognitiv atferds terapi er det sentrale tiltaket overfor PTSD. CBT gitt til pasienter med kronisk PTSD og CBT overfor akutt PTSD.

4.6.2 Studiedeltakere

Alderen på studiedeltakerne varierer fra 16 - til 70 år. Alle deltakere har en PTSD diagnose målt etter DSM-IV kriterier før intervensjon. Deltakerne har ulike typer traumer som har ført til diagnosen PTSD.

4.6.3 Studiesetting

Studiesetting varierte lite på tvers av studiene. Alle studier bortsett fra en ble utført i lokaler på sykehus og/eller klinikker. En studie ble gjennomført som internett studie der deltakerne kunne besvare denne hjemmefra.

4.6.4 Utvalg

Størrelsen på utvalget i studiene varierte mellom 20 og 277 deltakere, elleve studier har et utvalg på mindre enn hundre og åtte studier har en størrelse på over hundre i utvalget. Størrelsen på utvalget som mottar CBT for PTSD varierer mellom 10 og 142 pasienter.

4.6.5 Utfallsmål

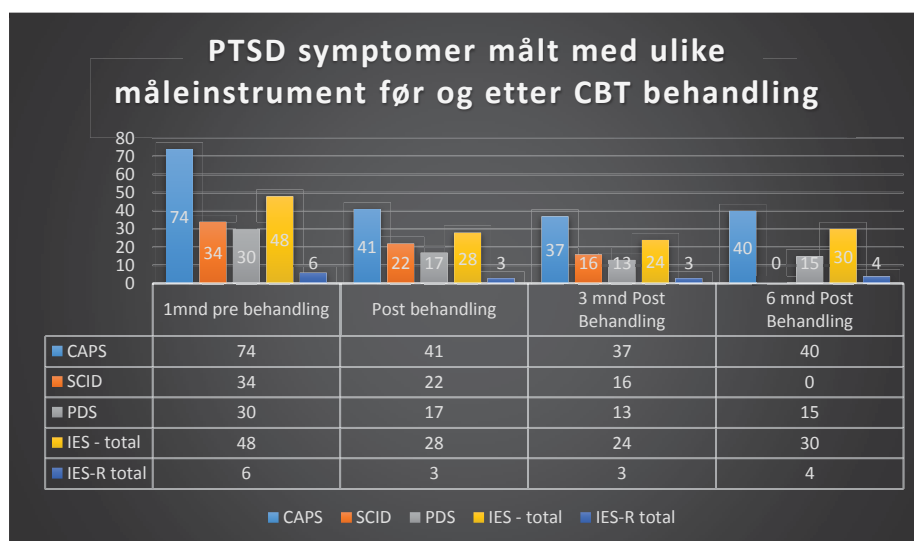
Hovedmål for samtlige studier var endringer av symptomer overfor PTSD diagnosen, etter intervensjon av CBT for PTSD.

4.7 Symptomendringer av PTSD målt før og etter intervensjon av CBT

For å synliggjøre endringer av PTSD symptomer etter CBT interaksjon er resultater vist frem ved hjelp av tabeller. Det er benyttet måleinstrumenter som er sensitive overfor symptomer på PTSD gitt etter DSM-IV. Tabell fire benytter selvrappoterings instrumenter som, IES-T (total sum overfor symptomene gjenopplevelse og unngåelse), IES-R (her presenteres samlet overfor symptomene, gjenopplevelse, aktivering og unngåelse) og PDS som vurderer traume historie og DSM-IV kriterier overfor PTSD.

Standardiserte diagnostiske intervjuer som SCID og CAPS ble også benyttet, disse er sensitive overfor endringer av PTSD og angir mål på alvorlighetsgrad av PTSD symptomer (Bækkelund & Berg, 2014).

Tabell 4: Symptomendringer målt en måned pre- til seks måneder post -behandling av CBT for PTSD med måleinstrumentene CAPS og SCID (Standardiserte diagnostiske intervjuer), PDS, IES og IES-R(Selvrapporteringskjemaer).



Sammenstilte resultater vist i gjennomsnitt, synliggjør at pasienter som danner utvalget har fra 1 måned pre behandling en dokumentert alvorlig til moderat grad av PTSD symptomer, uavhengig av benyttede måleinstrumenter.

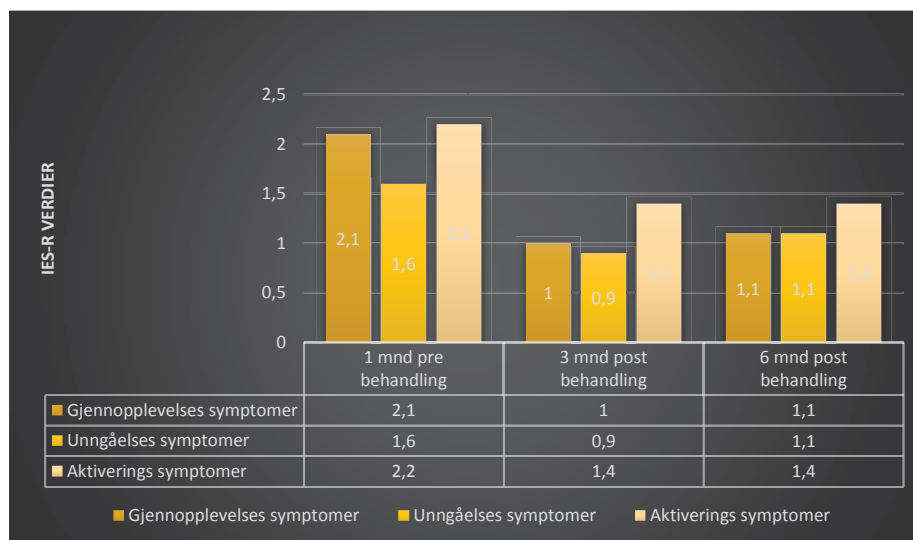
Re målinger utført tre og seks måneder post behandling viser et redusert symptombilde og pasientene dokumenterer nå et *moderat* nivå av PTSD symptomer.

Diagrammet viser en dokumentert svak intensivering av symptomer fra tre til seks måneder etter avsluttet behandling. SCID målinger er ikke utført på 6 måneders måletidspunkt.

Inkluderte artikler registrerer symptomendringer etter intervensjon av CBT for PTSD med ulike måleinstrumenter. I tabell fem er måleinstrumentet IES-R benyttet eksplisitt for å synliggjøre symptomene, gjenopplevelse, aktivering og

unngåelse. Dette for å synliggjøre hvilken effekt CBT for PTSD skaper overfor de klassiske PTSD symptomene.

Tabell 5: Symptomendringer målt i gjennomsnitt før og etter intervensjon av CBT overfor symptomene, aktivering, unngåelse og gjenopplevelse med måleinstrumentet IES-R.



Symptomendringene på de tre klassiske PTSD symptomene blir alle påvirket av behandling med CBT. Målinger gjort en måned før oppstart av CBT behandling, viser at deltakerne samlet og i gjennomsnitt viser fra «*ganske mye*» til «*moderat*» symptomopplevelser overfor PTSD.

Samtlige symptomer reduseres signifikant i styrke fra før behandling til 3 måneder post behandling, her rapporterer utvalget fra «*moderat*» til «*litt*» symptomopplevelse. Fra 3 til 6 måneder er det en svak intensivering av symptomene gjenopplevelse og unngåelse.

Gjenopplevelsessymptomer skåres fra «*moderat*» til «*ganske mye*» pre behandling. Ved seks måneder post behandling, opplever deltakerne fra «*litt*» til «*moderat*» overfor gjenopplevelsessymptomer.

Dette betyr at utvalget er mindre plaget av påtrengende minner, repeterende og urovekkende drømmer, gjenopplevelse av den traumatiske hendelsen, intens psykisk uro ved eksponering, fysiologiske reaksjoner etter indre eller ytre stimuli post behandling sammenlignet med pre behandling. Samtidig dokumenterer

utvalget en liten økning av symptomopplevelse fra 3 til 6 måneder post behandling som gir en svak intensivering av gjenopplevelsessymptomer.

Unngåelsessymptomer starter på «*litt*» til «*moderat*» i intensitet og etter tre måneder registreres fra «*litt*» til «*ikke i det hele tatt*», for så å få en økning til måleenheten «*litt*» målt seks måneder post behandling.

Pasientene rapporterer her om en mildere opplevelse av unngåelsessymptomer sammenlignet fra før til etter behandling.

I praksis betyr dette at pasientene i mindre grad trenger å kontrollere tankene for å stenge ute alt som gir assosiasjoner til traumet. Utvalget er mindre plaget av vegring overfor enkelte aktiviteter, personer og eller plasser. Deltakerne dokumenterer også en minsket ensomhetsfølelse, en større følelsesbredde og mindre opplevelse av å ha en avkortet fremtid.

Aktiveringssymptomer måles fra «*moderat*» til «*ganske mye*» pre behandling.

Oppfølgende målinger utført 3 og 6 måneder post behandling, dokumenterer en opplevelse fra «*litt*» til «*moderat*» overfor intensitet av aktiveringssymptomer.

Aktiveringssymptomer synliggjør en stagnasjon fra 3 til 6 måneder post behandling, til tross for stagnasjon er dette symptomet det som påvirker utvalget i størst grad. Pasientene forteller om utfordringer med å falle i søvn, ukontrollerte følelser som irritabilitet og sinneutbrudd, konsentrasjonsvansker, hyper årvåkenhet og en overdreven startle respons. Samtidig tilkjenner utvalget en bedring av aktiveringssymptomene fra før oppstart til 6 måneder post behandling.

Generelt viser utførte målinger at symptomenes intensitet reduseres frem til målepunktet 3 måneder post behandling, for så å øke i styrke på unngåelses – og gjenopplevelses symptomer frem mot neste målepunkt som er 6 måneder post behandling.

Aktiveringssymptomer står uendret fra 3 til 6 måneder post behandling.

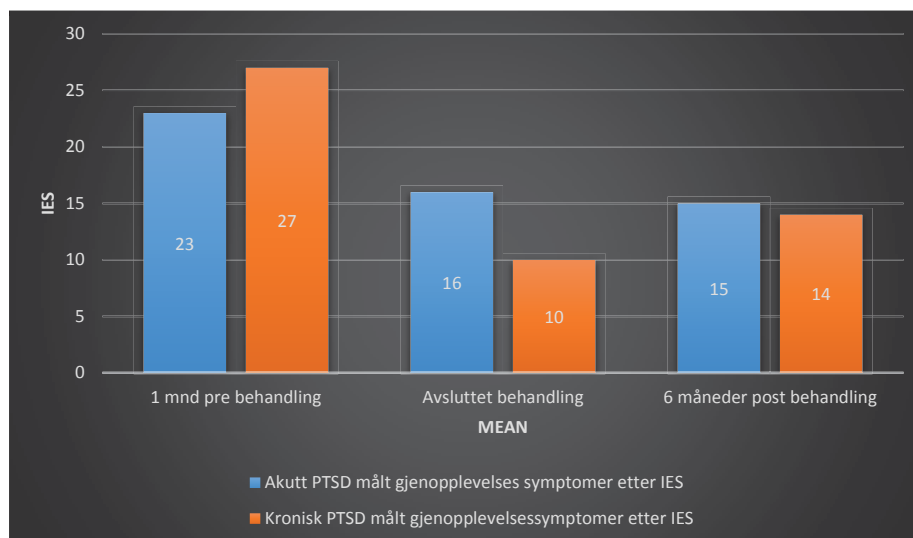
Pasientene dokumenterer ved hjelp av selvrporteringsmåleinstrumentet IES-R fra «*moderat*» symptomopplevelse 1 måned pre behandling til «*litt*» opplevelse av PTSD symptomer på målepunktet 6 måneder post behandling som tilkjenner en svak intensivering mellom siste målepunkter.

4.7.1 Akutt versus kronisk PTSD overfor CBT for PTSD

Sammenstilte funn ser også etter eventuelle signifikante endringer i forhold til akutt og kronisk PTSD overfor symptombildet.

I tabell 6 måles gjenopplevesssymptomer overfor hele utvalget fordelt på gruppene kronisk og akutt PTSD.

Tabell 6: Gjennomsnittsmålinger blant de 19 studiene når det gjelder gjenopplevesssymptomer, målt overfor både akutt og kronisk PTSD.

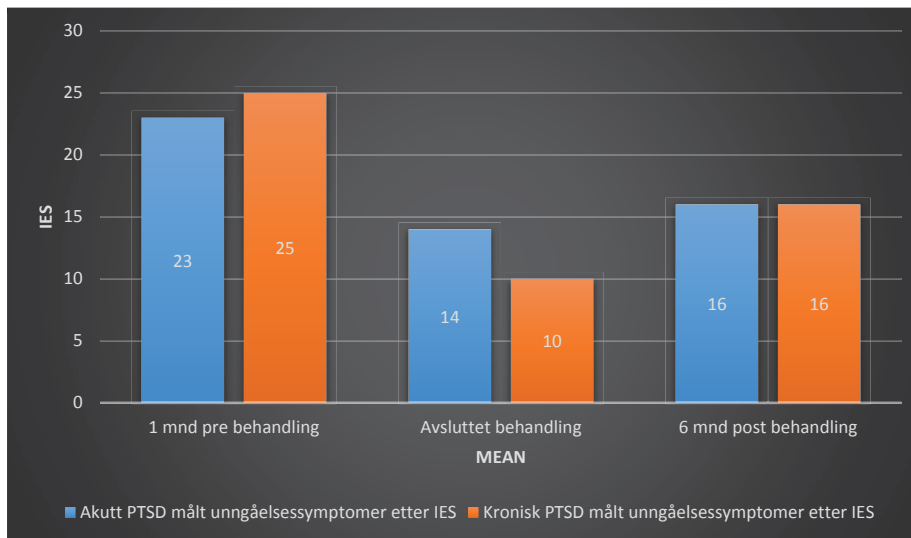


Målinger utført etter selvrapporingsskjemaet IES hvor maks skår for symptomet gjenopplevelse er 35. På 1 måned pre behandling rapporterer gruppen med kronisk PTSD en høyere opplevelse av påtrengende minner, «flashbacks», vonde drømmer og sterke følelser som stammer fra traumeopplevelsen, sammenlignet med gruppen for akutt PTSD. Målingene ble linket til opplevelser, tanker og følelser den siste uken før registreringen. Noe annet som skiller gruppen med kronisk PTSD fra akutt PTSD er på målinger utført seks måneder post behandling. Fra å redusere intensiteten av symptomopplevelser, rapporteres en intensivering av gjenopplevesssymptomer fra kronisk PTSD, der gruppen med akutt PTSD fortatt opplever en reduksjon av dette symptomet.

For å få et helhetlig bilde må funn fra gjenopplevesssymptomer og unngåelsessymptomer sees som ett og i sammenheng med hverandre. Skår for

Unngåelsessymptomer er satt fra 0 til 40, og utfall synliggjøres gjennom tabell sju.

Tabell 7: Gjennomsnittsmålinger av akutt og kronisk PTSD overfor unngåelsessymptomer, utført ved hjelp av måleinstrumentet IES.



Akutt og kronisk PTSD måles hver for seg overfor symptomet unngåelse.

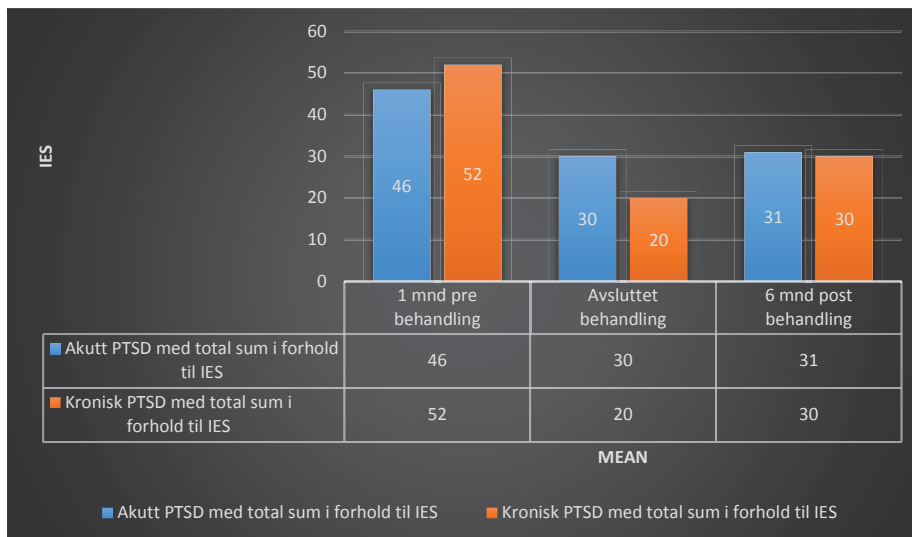
Gruppen med kronisk PTSD har en større reduksjon av symptomer fra 1 måned pre behandling til målinger etter avsluttet behandling sammenlignet med gruppen som har diagnosen akutt PTSD.

Gruppen med kronisk PTSD rapporterer også en høyere grad av forsøk på å unngå minner om traumet, som for eksempel å ikke ville snakke om eller tenke på det som skjedde og ikke tillate seg selv å ha følelser i forhold til det.

Målinger utført 6 måneder post behandling registrerer en lik opplevelse av unngåelsessymptomer i intensitet mellom gruppene på dette tidspunkt, med størst intensivering av symptomer for gruppen med kronisk PTSD.

Gjennom tabell åtte er resultatene sammenstilt og viser alvorlighetsgrad etter måleinstrumentet IES.

Tabell 8: Gjennomsnittsmålinger av alle inkluderte artikler overfor unngåelses- og gjenopplevelsessymptomer målt etter IES delt opp etter akutt og kronisk PTSD.



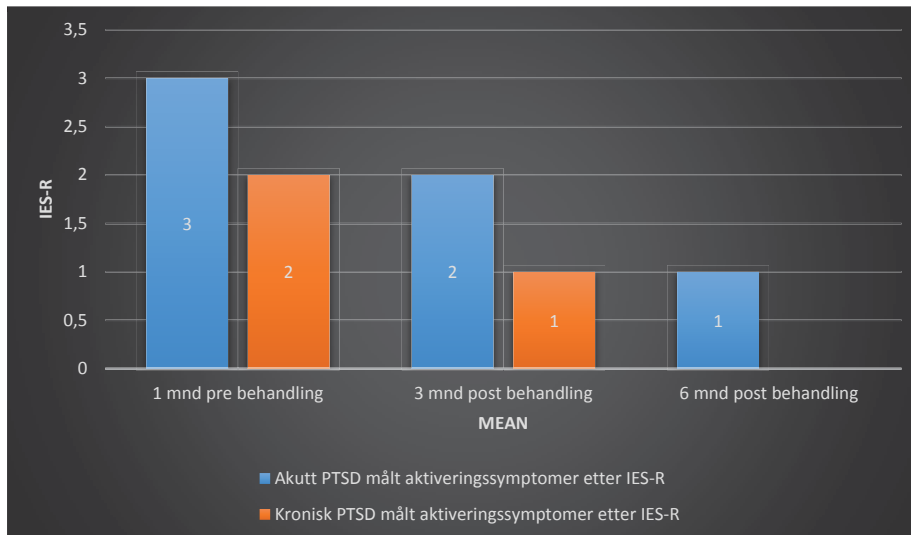
Denne tabellen viser at både akutt og kronisk PTSD skårer til «alvorlig» grad av PTSD før behandling med CBT. IES er gradert fra SUB klinisk 0-8, Mild grad 9-25, Moderat grad 26-43 og Alvorlig grad av PTSD symptomer fra 44 og over. Etter avsluttet behandling har akutt PTSD målinger redusert opplevelsen av symptomene unngåelse og gjenopplevelse til «moderat» grad av PTSD mens kronisk PTSD viser en større reduksjon og opplever en «mild» grad av målte symptomer.

Felles for begge grupper er en økning av symptomatisk opplevelse fra avsluttet behandling, til re målinger gjort seks måneder post CBT behandling. Denne viser at pasienter med akutt PTSD har en svak intensivering av symptom opplevelsen. Gruppen som helhet opplever fortsatt en «moderat» grad av PTSD symptomer.

Gruppen med kronisk PTSD har en høyere intensivering av symptomopplevelser etter avsluttet behandling, frem til re målinger seks måneder post behandling. Gruppen beveger seg fra «mild» til «moderat» grad på skaleringen av IES.

Måleinstrumentet IES måler ikke grad av aktiveringssymptomer, dette er derfor gjort ved hjelp av den reviderte utgaven IES-R og synliggjøres gjennom tabell ni.

Tabell 9: Gjennomsnittsmålinger av aktiveringssymptomer, overfor både akutt og kronisk PTSD avklares ved hjelp av måleinstrumentet IES-R.



Målinger synliggjør en større intensitet av aktiveringssymptomer for gruppen med akutt PTSD sammenlignet med gruppen som har kronisk PTSD.

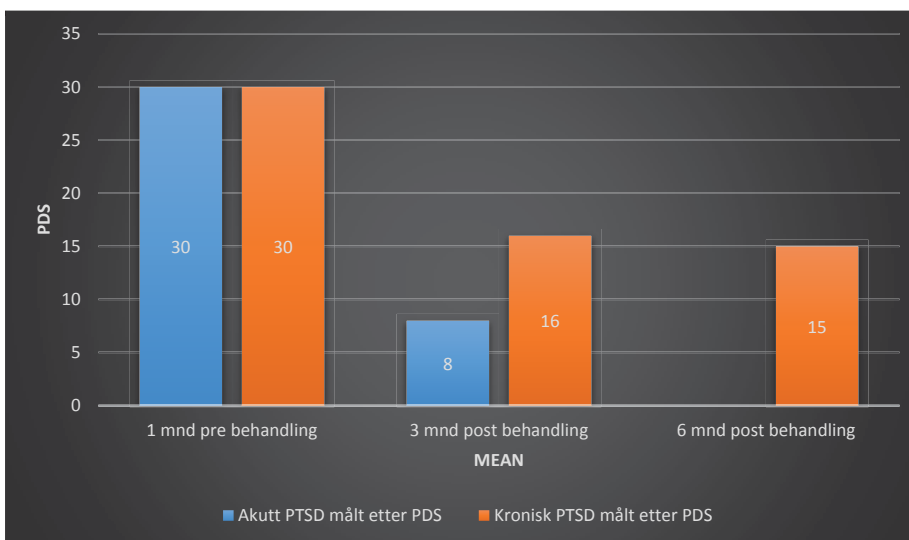
Akutt PTSD gruppen rapporterer til en selvopplevd skår som er nest høyest på «skaleringstigen», denne tilsier en opplevelse av «*ganske mye*» i forhold til stress og aktivering.

Kronisk PTSD rapporterer til en «*moderat*» opplevelse av stress og aktivering en måned pre behandling, begge grupper viser effekt av CBT behandling ved en selvrapportert nedgang av opplevd stress og aktiveringssymptomer.

Pasienter med kronisk PTSD synliggjør en nedgang fra graden «*moderat*» til å dokumentere «*litt*» opplevelse av aktivering. Pasienter med akutt PTSD går fra «*ganske mye*» til en «*moderat*» opplevelse av aktiveringssymptomer. Rapportert tre måneder etter avsluttet behandling. Målinger gjort seks måneder post behandling er bare utført overfor gruppen med akutt PTSD. Denne gruppen viser en stadig nedgang av selvopplevd symptomer og det rapporteres til graden «*litt*» i forhold til intensitet av aktiveringssymptomer.

Måleinstrumentet PDS er også benyttet for å dokumentere symptomenes alvorlighetsgrad. Her sammenlignes pasienter med akutt og kronisk PTSD, for å synliggjøre eventuelle signifikante forskjeller mellom gruppene.

Tabell 10: Gjennomsnittsmålinger av PTSD symptomendringer etter CBT intervensjon overfor både kronisk og akutt PTSD, målt etter PDS.



Her synliggjøres et samlet symptomatisk bilde etter måleinstrumentet PDS. Målinger gjort en måned før behandlingsstart av CBT og viser en lik opplevelse av PTSD symptomer overfor gruppene kronisk- og akutt -PTSD. Med en skår mellom 21 til 35 er utvalget med sine 30 poeng innenfor betegnelsen: «*moderat til alvorlig*» grad av PTSD symptomer.

Re målinger utført tre måneder post behandling synliggjør en signifikant reduksjon av selvopplevde symptomer. Akutt PTSD dokumenterer nå en «*mild*» grad av PTSD symptomer (*mild opplevelse = en skår fra 1 til 10*) der kronisk PTSD viser til «*moderat*» grad av PTSD (*11 – 20 poeng gir moderat alvorlighetsgrad*) (Foa, Cashman, Jaycox & Perry, 1997).

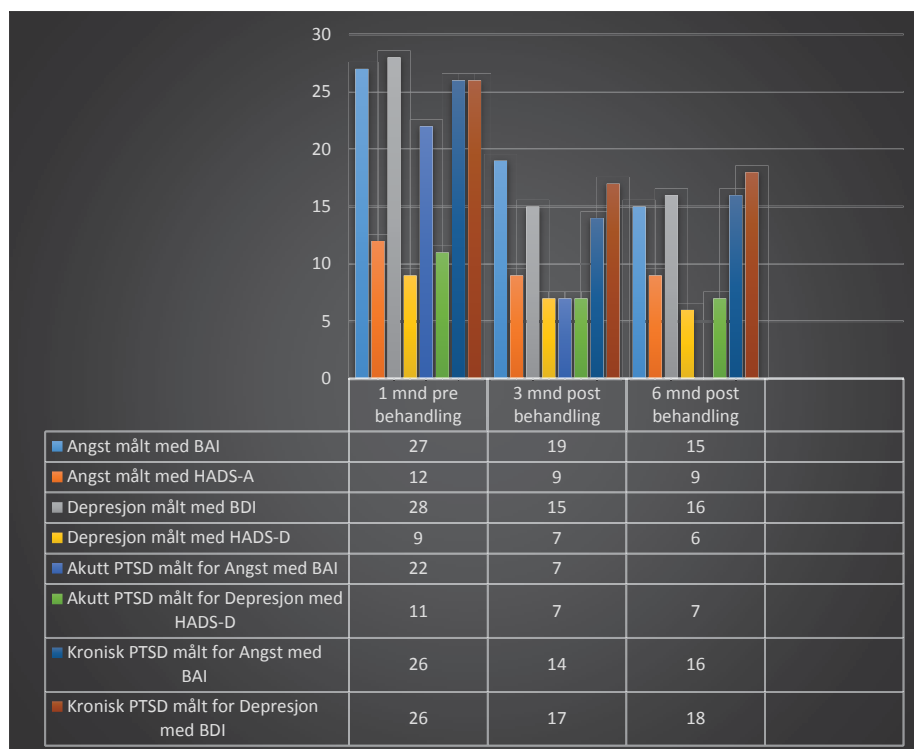
Begge grupper synliggjør effekt av gitt CBT behandling.

Målinger utført seks måneder post behandling er bare dokumentert overfor gruppen med kronisk PTSD. Den viser en fortsatt svak reduksjon av symptomer, gruppen skårer fortsatt til en «*moderat*» opplevelse av PTSD symptomer.

4.8 Angst og depresjon

Angst og depresjon er dokumentert ved hjelp av ulike måleinstrumenter gjennom alle inkluderte artikler.

Tabell 11: Presenterer dokumenterte gjennomsnittlige opplevelser av angst og depresjon for utvalget i denne oversiktsartikkelen. Det er etter ulike måleinstrumenter dokumentert opplevd tilstand fra pre og post behandling, det er også delt opp etter akutt og kronisk PTSD.



Angst: Angstmålinger gjort som gjennomsnitt på hele utvalget viser ved hjelp av måleinstrumentet HADS-A en «*moderat*» grad av angst en måned før oppstart av behandling med CBT for PTSD.

Målinger gjort tre og seks måneder post behandling viser en «*mild*» grad av angst og med symptomatisk nedgang fra målepunktet tre til seks måneder.

Angstmålinger gjort ved hjelp av BAI synliggjør en «*moderat*» grad av angst til pasienter en måned før oppstart av behandling. Målinger gjort ved tre og seks måneder post behandling synliggjør graden «*lav*» angst med noe økning fra målepunktet gjort ved tre måneder til målepunktet utført på seks måneder post behandling, men fortsatt innenfor graden «*lav*» angst.

Depresjon: Alle inkluderte pasienter med PTSD diagnose målt for depresjon etter måleinstrumentene HADS-D og BDI viser i gjennomsnitt fra HADS-D en «*moderat*» grad en måned før oppstart av behandling og målinger gjort 3 og 6 måneder post behandling, skårer til «*normalt*» stemningsleie med en stadig symptomatisk nedgang fra tre til seks måneder.

Gjennomsnittlige målinger gjort ved hjelp av BDI synliggjør en «*alvorlig*» grad av depresjon på pasienter før CBT behandling. Målinger gjort 3 og 6 måneder post behandling viser en symptomreduksjon til «*moderat*» depresjonsgrad med noe økning fra målepunktet gjort ved 3 til 6 måneder post behandling.

Akutt PTSD målt for angst: Pasienter med en akutt PTSD diagnose skårer til «*moderat*» angst ved hjelp av måleinstrumentet BAI før behandling. Kontrollmål gjort tre måneder post behandling viser at pasientene skårer til «*normalt*» stemningsleie, det er ikke utført målinger videre frem i tid for denne pasientgruppen.

Akutt PTSD målt for depresjon: Pasienter med en akutt PTSD diagnose skårer i gjennomsnitt til en «*moderat*» depresjonsgrad. Målinger gjort post behandling først etter 3 måneder og så ved 6 måneder viser at pasientene nå skårer til et «*normalt*» stemningsleie. Målinger gjort ved hjelp av HADS-D fra tre til seks måneder viser en fortsatt reduksjon mellom disse måletidspunktene.

Kronisk PTSD målt for angst: Pasienter med kronisk PTSD målt for opplevelse av angst, viser en «*moderat*» opplevelse av angst før behandling. Ved målepunktene tre og seks måneder post behandling er angstopplevelsen redusert til graden benevnt som, «*lav*» angst, med intensivering av symptomer fra målepunktene tre til seks måneder.

Kronisk PTSD målt for depresjon: Pasienter som er diagnostisert med kronisk PTSD skårer en måned pre behandling av kognitiv atferdsterapi til en «*alvorlig*» grad av depresjon. CBT viser effekt overfor selvopplevd depresjons nivå ved hjelp av måleinstrumentet BDI og depresjonsskår 3 og 6 måneder post behandling viser at pasientene nå skårer til en «*moderat*» grad av depresjon med noe økning av depresjonsgrad fra målepunktene tre til seks måneder, men fortsatt innenfor graden «*moderat*».

Akutt PTSD opplever en stadig symptomatisk nedgang både overfor angst og depresjon etter gitt CBT for PTSD.

Kronisk PTSD dokumenterer et høyere utgangspunkt sammenlignet med akutt PTSD både overfor angst og depresjon. Kronisk PTSD dokumenterer god effekt av CBT for PTSD med signifikante symptomatiske reduksjoner. Det stadfestes en svak intensivering av angst og depresjon fra målepunktene 3 til 6 måneder.

5.0 Diskusjon

Artikler som ligger til grunn for denne systematiske oversiktsstudien har alle sammenlignet CBT med annen type behandling eller ingen behandling. Jeg søkte svar på spørsmålene: Hvilken effekt har kognitiv atferdsterapi overfor symptomene aktivering, gjenopplevelse og unngåelse hos pasienter med posttraumatisk stresslidelse? Responderer pasienter med akutt versus kronisk PTSD likt på denne samtalebehandlingen? Hvordan påvirkes komorbiditetene angst og depresjon på CBT for PTSD målt i effekt?

5.1 Oppsummere hovedresultater

Min hypotese var at mennesker som lider av akutt eller kronisk PTSD vil helbredes med CBT. Dette viser seg å ikke stemme for hele utvalget. Utvalgte studier viser at de som gjennomfører CBT behandling får en reduksjon i eget symptombilde. Dette med en behandlingsvarighet fra fire uker eller mere. CBT virker symptomatisk dempende for alle med en PTSD diagnose og helbredende for ca 77 %. For resterende 23 % kan det tyde på at CBT alene, ikke er tilfredsstillende behandling, da den verken fører til full remisjon eller skaper symptom reduksjon til under PTSD nivå.

Alle målte resultater viser at CBT for PTSD har en generell reduserende og helende effekt overfor symptomene gjenopplevelse, unngåelse og aktivering. Målinger viser også at CBT for PTSD har både lindrende og helbredende effekt overfor angst og depresjon. En stor andel av pasientene opplever å komme ned på normalområder når det gjelder angst og depresjon, men dette gjelder ikke alle.

5.2 Symptomendringer etter CBT for PTSD

Symptomendringer etter CBT for PTSD er synliggjort som et gjennomsnitt i forhold til utvalgets respons overfor gitt behandling. Denne masteroppgaven har inkludert ulike typer traumer, enkle og komplekse, mellommenneskelige og mekaniske. Effekten av CBT for PTSD viser seg som en sterk og helbredende kraft, men evner ikke full remisjon overfor hele studie-utvalget på 828 mennesker. I gjennomsnitt hjelper CBT for PTSD ca.77 % av utvalget til å komme under symptomgrensen som er bestemmende for en PTSD diagnose. 828

pasienter inkluderes til CBT behandling overfor diagnosen PTSD. Av disse pasientene fullfører 615 hele behandlingsforløpet og 474 pasienter har så stort utbytte av CBT for PTSD at de ikke lengre tilfredsstillers til en PTSD diagnose. Pasienter med en kronisk PTSD kommer 75% under symptomnivå som tilfredsstillers til en PTSD diagnose, målt 6 måneder post behandling. Til sammenligning med pasienter som har en akutt PTSD diagnose, hvor hele 81% symptomatisk mister sin PTSD diagnose, etter DSM-IV.

Utvalgets pasienter viser pre behandling, at gruppen med kronisk PTSD i gjennomsnitt opplever PTSD symptomene mere intenst sammenlignet med gruppen med akutt PTSD. Samtidig viser gruppen med kronisk PTSD at de responderer i gjennomsnitt raskere på CBT behandlingen, målt i symptomendringer sammenlignet med pasienter som har en akutt PTSD. Det synes som en større utfordring å stabilisere symptomene etter avsluttet behandling, der det svinger mest i gruppen kronisk PTSD. Dette gjelder også overfor målinger som er utført overfor angst og depresjon, der pasienter med akutt PTSD opplever en fortsatt symptomatisk nedgang målt 6 måneder post behandling, viser pasienter med kronisk PTSD en svak intensivering av angst og depresjon målt 6 måneder post behandling. Hvorfor det er slik kan komme av flere årsaker. Kanskje har pasientene gått flere år med en ubehandlet PTSD og dermed integrert en uhensiktsmessig mestringsstrategi? Dette antas da symptomene er voksende i intensitet post behandling. Den symptomatiske dempende effekten kan også komme som følge av terapeutiske effekter ettersom symptomene tiltar etter endt behandling for en del av utvalget. Det kan føles avlastende og beroligende for pasientene å ha en kunnskapsrik terapeut å samtale med. Dette kan kanskje få den enkelte til å føle seg bedre, kanskje også føle seg mindre alene om det vanskelige som kom etter opplevd traume? Litteraturstudien viser at CBT for PTSD er til god hjelp både for pasienter med en kronisk og en akutt PTSD diagnose, målt i symptomendringer.

Dette gjelder etter å ha fullført ulike typer CBT for PTSD, men felles for behandlingen var innholdet, som psykoedukasjon, kognitiv restrukturering, eksponering og angst mestring. Mange opplever traumer i løpet av livet uten at dette fører til en PTSD diagnose. Hvorfor noen mennesker får PTSD av påkjenninger og andre ikke, og hvorfor noen opplever full remisjon etter behandling og andre utvikler kronisk PTSD er det ikke funnet et entydig svar overfor. En årsak kan være forskjeller av enkeltstående- eller komplekse traumer og eller barndomstraumer. Komplekse traumer vil som regel gi flere og mere omfattende vansker i forhold til PTSD sammenlignet med enkeltstående traumer (Anstorp & Benum, 2014).

Oversiktsstudien skaper en forståelse av at behandlingstiden er av liten betydning for resultatet, da alt fra 4 til 20 sesjoner gir tilnærmet like resultater målt i symptomendringer.

Hvilken type traume pasientene har vært utsatt for synes å påvirke i større grad. Pasienter som har opplevd traume etter fysisk skade som ikke omhandler menneskeskapte intensjonelle handlinger kommer 84 % under grensen for en PTSD diagnose. Det samme gjelder for pasienter som har opplevd alvorlige traumer etter motorkjøretøyulykker, også her kommer 84 % under grensen til en PTSD diagnose, etter gitt CBT behandling.

Kvinner som har fått en PTSD diagnose etter vold fra partner, opplever 79% å miste sin PTSD diagnose etter CBT behandling (Resick, Galovski, Uhlmansiek, Scher, Clum & Young-Xu, 2008). Dette står overens med annen forskning som viser en rask bedring av PTSD symptomer etter opplevd multiple traumer inkludert vold fra partner og store påkjenninger over tid (Iverson, Resick & Suvak, 2011). Forskning viser også til at en symptomatisk reduksjon av PTSD virker preventivt overfor å komme inn i, eller bli værende i voldelige forhold i fremtiden (Iverson, Resick & Suvak, 2011). Dette kan komme av at CBT hjelper den enkelte til å reflektere over egen situasjon og til å få tro på seg selv og egen påvirkningskraft. Dette kan føre til at den enkelte opplever større sammenhenger og ny makt over eget liv. Samtidig er det en utfordring å holde symptomene stabile etter avsluttet behandling.

De som responderer dårligst på CBT for PTSD er kvinner som har fått PTSD etter aktiv tjeneste i militære. Her responderer 45% av gruppen som mottok kognitiv terapi til en skår under PTSD nivå, traumer dette utvalget rapporterer er blant annet voldtekt. Utvalget som mottok forlenget eksponering viser et større utbytte, her greide 67% å komme under PTSD nivå (Schnurr et al., 2007).

En annen gruppe som skårer under gjennomsnittet er flyktninger som er funnet behandlings resistente (Hinton, Chean, Pich, Safran, Hofmann & Pollack, 2005). Til tross for dette greier 60 % å komme under grensen for en PTSD diagnose (Ibid). Dette viser at PTSD symptomer er bevegelige og den enkelte er mottakelig for behandling, men mulig er det utfordrende å holde på oppnådde resultater? Oversiktsstudien viser at symptomene overfor kronisk PTSD responderer raskt overfor CBT, samtidig viser målinger en tiltagende symptomopplevelse målt 6 måneder post behandling.

Meta – analyser som omhandler effekt av CBT for PTSD sier at over en tredel responderer ikke som ønsket på behandlingen. For å gjøre pasientene i stand til å nyttiggjøre seg CBT blir en type forberedende behandling gitt. Dette innebærer en følelse regulering og toleranse

trening. Denne for-behandlingen viser oppløftende resultater, men heller ikke med denne forbehandlingen oppleves full remisjon for hele utvalget (Bryant, Mastrodomenico, Hopwood, Kenny, Cahill, Kandris & Taylor, 2012)

Forskning som omhandler voksne med kronisk PTSD etter seksuelt misbruk som barn, benytter følelsesregulering som teknikk. Det å trene opp egne følelse reguleringer gjør pasientene i stand til å møte og arbeide konstruktivt overfor traumatiske opplevelser i egne liv. Dette forhindrer at pasienten blir overveldet og «slått» ut av egne sterke følelser. Dette øker også pasientens egen evne og utbytte av CBT for PTSD behandlingen (McDonagh et al., 2008).

Inkluderte studier gir et bilde av at tidlig intervensjon er av merkbar betydning. Pasienter som mottar hjelp en måned etter traume opplever i større grad symptomfrihet og full remisjon sammenlignet med de som mottar hjelp to til tre måneder etter traume, eller senere (Sjibrandij, Olf, Reitsma, Carlier, de Vries & Gersons, 2007). Dette kan kanskje forklares med at tidlig hjelp forhindrer at utfordringene og traume får manifestert seg og tatt over den enkeltes liv i samme grad som når en går med problemet ubehandlet over lengre tid? Noe kan også kanskje forklares med naturlige reduksjoner av akutte PTSD symptomer? Kanskje kan tidlig intervensjon forebygge kronisk PTSD?

Kjønnsforskjeller blir også nevnt som mulig årsak overfor hvorfor noen har godt utbytte av CBT for PTSD og andre liten effekt. Kvinner er funnet å respondere i gjennomsnitt bedre på CBT for PTSD sammenlignet med menn. Antatt årsak er at menn generelt har vanskeligere for å utdype egne følelser og opplevelser (Tarrier, Sommerfield, Pilgrim & Faragher, 2000). De mannlige pasientene rapporterer også at det er utfordrende å finne behandlingen troverdig. Dette fører til et større frafall, mindre egeninnsats og et dårligere utbytte av behandlingen generelt (Tarrier, Sommerfield, Pilgrim & Faragher, 2000). Det påpekes at regelmessig oppmøte, egen evne til å delta og jobbe med egne utfordringer etter opplevd traume er av stor betydning for å oppleve reduserende symptomopplevelser og full remisjon overfor diagnosen PTSD (Ibid).

I teorien beskrives at naturlige stressreaksjoner etter traumer skal normalt stabiliseres og ikke påvirke det daglige livet over tid. Omtrent 60 % av de som utvikler PTSD etter en traumatisk hendelse, opplever en signifikant nedgang i symptomatologi over tid. Dette synliggjør en naturlig stabilisering (Dyregrov, 2008). Det kan derfor spekuleres om noe av denne naturlige helende effekten urettmessig tilskrives CBT for PTSD?

En annen forklaring kan være at det er mennesker med sterke indre og ytre ressurser som opplever full remisjon i størst grad. Dette har jeg ikke undersøkt, men det kan være naturlig å tro med tanke på at evnen til refleksjon og det å ha noen å snakke med og reflektere sammen med kan oppleves større i stabile ressurssterke miljøer. Sammenlignet med eksempelvis et rus miljø, eller for mennesker som lever i et overgrepsmiljø. En kan også tenke seg at traumer etter vold fra partner, voldtekt eller annet overgrep ofte kan etterlate en skamfølelse hos offeret (Resick, Galovski, Uhlmansiek, Scher, Clum & Young-Xu, 2008). Denne skammen kan i større grad medføre til at pasientene benytter unngåelse som mestringsstrategi. Det å benytte unngåelse som mestringsstrategi vil føre til symptom økning i forhold til PTSD diagnosen over tid (Kornør, Winje, Johansen, Weisæth, Ormstad, Steiro & Fretheim, 2007).

Forskning viser at i gjennomsnitt hjelper CBT for PTSD i langt større grad sammenlignet med ingen behandling eller mestring ved unngåelse. Konfronterende og eksponerende terapi som CBT, er å foretrekke i behandlingen av PTSD (Kornør, Winje, Johansen, Weisæth, Ormstad, Steiro & Fretheim, 2007).

5.3 Diskusjon av utvalg av studier

Studier som danner grunnlaget for denne systematiske oversikten har alle en formalisert troverdighet i form av at de har vært publisert i anerkjente vitenskapelige tidsskrifter (Tjora, 2012). 63% av studiene er på nivå 2 etter NSD, disse studiene regnes som de mest ledende i brede fagsammenhenger og utgir de mest betydelige publikasjoner fra ulike lands forskere (Kunnskapssenteret, 2008). 37% er studier på nivå 1 etter NSD, disse står for ny innsikt der resultater er etterprøvbare og anvendelig i ny forskning. Studien er i et språk som gjør den tilgjengelig for de fleste forskere som kan ha interesse av den og sist men ikke minst er studien publisert der det er rutiner for fagfellellevurderinger (Kunnskapssenteret, 2008) Med dette som grunnlag for oversiktsartikkelen vil en kunne trekke stor troverdighet og overførbar gyldighet fra resultater i denne studien til sammenlignbare situasjoner i det «virkelige liv».

Samtidig kan RCT sine strenge inklusjonskrav være et dilemma i forhold til at mange pasienter kan bli utelatt fra studier. Dette kan medføre at komplekse utfordringer blir mindre belyst og føre til kunnskapshull for behandlere i praksis.

Med tanke på publikasjonsskjevhet er det ikke tilfeldig hvilke studier som blir gjort tilgjengelige. Det hevdes at forsøk som viser effekt av et tiltak publiseres oftere, raskere og

gjengis oftere som fullstendige artikler. Det er nærliggende å anta at studier som viser effekt trykkes i tidsskrifter som leses av mange, er oftere engelskspråklig, de blir hyppigere sitert og publiseres oftere. Dette sammenlignet med studier som viser liten eller negativ effekt. «Publikasjonsbias» har vært og er delvis fortsatt en reell trussel mot validiteten i systematiske oversikter (Bjørndal, Flottorp & Klovning, 2007). Problemet med publikasjonsskjevhet for effektspørsmål vil etter hvert bli mindre fordi det nå er et krav at alle randomiserte kontrollerte studier skal registreres før de igangsettes (Bjørndal, Flottorp & Klovning, 2007).

5.4 Symptomendringer sett i lys av presentert teori og problemstillingen.

Symptomene er sentrale i vurderingen av hvor plaget den enkelte føler seg, de er også avgjørende for å sette diagnosen PTSD etter diagnosemanualer. Litteraturen sier at kunnskap som finnes på dette området fortsatt er mangelfulle, de ulike kategoriene er stadig i endring og validiteten er usikker. Fortsatt blir det praktisert et kategorisk skille mellom fysisk og psykisk helse, og inntil sammenhengen er bedre kjent og beskrevet må det diagnostiseres etter dagens system (Bækkelund & Berg, 2014)

Metaanalyser av RCT viste at kognitiv atferdsterapi hadde effekt, både sammenliknet med ingen behandling og med annen behandling. Forskning viser at kognitiv atferdsterapi i fire uker eller mer kan forebygge traumerelaterte psykiske lidelser (Kornør, Winje, Johansen, Weisæth, Ormstad, Steiro & Fretheim, 2007). Dette samsvarer med funn i denne oversiktsstudien. Videre viser metaanalyser på området at pasienter som fikk CBT behandling, hadde bare halvparten så stor risiko som kontrollgruppene for å ha en PTSD diagnose etter 3-6 måneder. Etter 9 måneder var risikoen en tredjedel så stor, og etter 3-4 år en fjerdedel så stor (Kornør, Winje, Johansen, Weisæth, Ormstad, Steiro & Fretheim, 2007). Dette er med og underbygger troen på CBT overfor PTSD.

Gjennom forskning er CBT målt til den mest effektive behandlingen vi per dags dato kjenner til for å behandle, lindre og helbrede PTSD.

Metaanalyser og inkluderte studier bekrefter effekt av CBT for PTSD. Symptomene gjenopplevelse, unngåelse og aktivering reduseres i styrke, samtidig synliggjøres ved målinger seks måneder post behandling, at kun aktiveringssymptomer ikke intensiveres i styrke ved siste målepunkt. Aktivering er det symptomet som rapporteres høyest i styrke ved seks måneders post behandling. Samlet sett viser symptomer målt 6 måneder post behandling

i denne oversiktsstudien at inkluderte pasienter opplever egne symptomer å stå til «*litt*» plaget overfor PTSD symptomer, sammenlignet med «*alvorlig til moderat*» før oppstart av behandlingen. Hvordan kan en samtaleterapi påvirke i så stor grad etter 4 til 20 behandlinger? Pasientene forteller at de opplever en signifikant bedring av komorbiditetene angst og depresjon, der en stor andel kommer innenfor normalområdene 6 måneder post behandling.

CBT for PTSD benytter elementene kognitiv restrukturering, angstmestring, psykoedukasjon og eksponering for å hjelpe den enkelte til å møte egen historie og lære seg å leve med den. Kognitiv terapi handler i stor grad om å undersøke alternative måter å tenke rundt egen tenkning på, en tenkning om tenkningen. Et overordnet mål er å oppleve mening til det som skjer. Gjennom å gjøre pasientene bevisst overfor seg selv, og egen tankeforståelse kan egen evne til refleksjon integreres og økes (Berge & Repål, 2011).

Kognitiv atferdsterapi inneholder kunnskapsformidling og praktiske øvelser. Målet er å integrere denne kunnskapen i hver enkelt pasient, for å bedre hver enkeltes evne til å hjelpe seg selv med å korrigere tanker, reflektere over opplevelser og følelser etter en kunnskapsbasert metode. Målet med denne metoden er at den skal virke stressmestrende og helende for den enkelte pasient livet ut (Harvey, Bryant & Tarrier, 2003), (Ehlers & Clark, 1999).

Gjennom CBT for PTSD lærer pasienten ulike teknikker for å gjenkjenne og utfordre kognitive forstyrrelser. Først med å fokusere i forhold til deres verste traumatiske hendelse og så se på meningen av hendelsen i forhold til seg selv, andre og verden (Iverson, Resick & Suvak, 2011).

For å dempe symptomene som hører med til en PTSD diagnose skal pasientene lære seg å møte følelsene med konstruktivitet. Pasientene kan for eksempel bli bedt om å beskrive den traumatiske hendelsen i nåtid og ta med så mange beskrivende elementer som overhode mulig. Beskrive med lukter, lyder, farger, kroppslige opplevelser/følelser og psykiske/mentale tanker og emosjoner. Pasientene gjenfortalte med støtte i terapeut om følelsene og opplevelsene ble for sterke til å ta innover seg. Pasientene gjentok fortellingen til reaksjoner reduseres og føles håndterbare for den enkelte (Tarrier, Sommerfield, Pilgrim & Faragher, 2000) Pasientene skrev også ned sin historie og leste den høyt for seg selv, dette ble det gjort lydopptak av. Pasientene fikk til hjemmeoppgave i å lese egen tekst eller høre seg selv fortelle om eget traume via lydopptak hver dag for 30 minutter gjennom studiets varighet (Wu, Li & Cho, 2012)

Alle eksponeringsterapier har som mål å lære pasientene å fortsette å leve sitt liv. Etter et traume begynner ofte den rammede å unngå situasjoner eller tanker og minner som blir sett på som skremmende eller angst-vekkende. For eksempel kan en som har overlevd en voldtekt begynne å unngå relasjoner eller stenger seg inne i frykt for å bli angrepet på nytt (Anstorp & Benum, 2014).

Eksponeringsterapi er ansett som en atferdsbehandling for PTSD, behandling med eksponering betyr å gradvis og systematisk utsette seg selv for situasjoner som skaper en viss spenning. Pasientene må kjenne på følelsene som *er*, i trygge «rammer». Pasientene blir gitt muligheten til å møte det vanskelige sammen med en terapeut. Pasientene er avhengige av å kjenne terapeutens tillit og trygghet for å slippe kontrollen og gå inn i følelseskaoset. CBT har fokus på samarbeid der pasient og terapeut jobber sammen som et team for å identifisere, lære bort ferdigheter og løse problemer. Målet med CBT er å hjelpe pasienten til å føle seg og bli bedre. CBT sin effektivitet er godt dokumentert (Foa, Gillihan & Bryant, 2013).

Ved gjentatte eksponeringer vil pasientene erfare at følelsene som kommer vil avta i styrke. Kroppens reaksjoner vil avta og ubehaget ved de traumatiske minnene vil gradvis svekkes. Eksponering som behandling er svært viktig og innebærer å ta kontrollerte sjanser. Ved eksponering av traumer bør pasienten oppleve noe angst ved bearbeiding av traumet. For lite følelser kan bety at pasienten ikke er nær nok ubehagets kjerne, det kan komme av at unngåelse har vært en overlevelsesteknikk over tid og det vanskeliggjør muligheten for kognitiv restrukturering og angstmestring om pasienten unnlater å sette seg nær sonen av frykt etter traumet. Å gå for fort frem, kan også hemme bearbeiding da for mye angst betyr at pasienten ikke selv kan ta hensyn til hva som skjer i situasjonen. Hvis det er for ubehagelig, kan det være vanskelig å prøve det samme igjen. Vanligvis innebærer effektiv eksponering en subjektiv opplevelse av angst som er rundt 70 av 100 på subjektive enheter av skalering av stress opplevelse (Tull, 2016). Pasientene må forberedes på å forvente å føle litt angst. Etter hvert som det blir mindre ubehag og stresset synker overfor situasjonen, kan behandlingen gå videre til neste trinn. Eksponering bør være strukturert, planlagt, og forutsigbart (Tull, 2016).

Dette er metoder som virker dempende og forløsende på symptomene, gjenopplevelse, aktivering og unngåelse, i tillegg til komorbiditetene angst og depresjon (Tarrier, Pilgrim, Sommerfield, Faragher, Reynolds, Graham & Barrowclough, 1999).

6.0 Konklusjoner og anbefalinger om videre forskning

Funnene fra denne masteroppgaven viser at CBT for PTSD har en dempende effekt overfor alle pasienter som deltar i behandlingen. Til tross for dette opplever ikke alle full remisjon eller symptomreduksjon til under diagnose nivå. CBT for PTSD virker dermed ikke optimalt for alle. Årsakene kan være flere, det kan være at mottaker av behandlingen har et uregelmessig oppmøte (Tarrier, Sommerfield, Pilgrim & Faragher, 2000), det kan være ulike evne og vilje til egeninnsats, det kan være ulike CBT for PTSD kompetanse hos terapeuter og det er ulike bo og leveforhold. Det kan være ulike typer traumer, men det pasientene med PTSD har til felles er at de har overlevd overveldende hendelser. Disse hendelsene har hatt store konsekvenser for personens psykiske og fysiske helse. Symptomene aktivering, gjenopplevelse og unngåelse er beskrivende overfor hvilke typer utfordringer den enkelte kan stå overfor etter et påført traume som enda ikke er helet.

Oversiktsstudien synliggjør hvordan CBT med sine elementer setter pasienten i fokus og legger til rette for oppdagelse og ny kunnskap gjennom eksponering, psykoedukasjon, kognitiv restrukturering og angst mestring. Dette gjøres i samarbeid mellom terapeut og pasient, der pasienten i stor grad er avhengig av egen innsats for å oppnå resultater.

CBT er en aktiv behandling som krever aksjon fra den som søker hjelp. Det kommer frem gjennom inkluderte studier at symptomene reduseres så lenge pasientene går til behandling for så å øke på i intensitet en tid etter avsluttet behandling. Dette kan kanskje tyde på at behandlingen avsluttes for tidlig og at tankemønstre og handlingsmønstre enda ikke er tilstrekkelig integrert i den enkelte? Kanskje er dette en av årsakene til at gamle mestringsstrategier som stammer fra unngåelse synes å tilta ved seks måneder post behandling?

CBT består av to hoveddeler, der den ene er kognitiv og jobber for å begrense forstyrret tenkning, den andre er atferdsmessig som skal sette pasientene i stand til å reagere hensiktsmessige på egne opplevelser. Å leve med PTSD uten vellykkede mestringsmekanismer vil føre til problemer både arbeidsmessig og i sosial fungering (Dyregrov, 2004).

Som psykiatrisk sykepleier i kommune Norge møter en mange ulike mennesker med ulike utfordringer. Et felles kjennetegn er at pasientene står i en krevende livssituasjon, og har

behov for veiledning, tilrettelegging eller en type oppfølging i eget liv for en kortere eller lengre periode.

Gjennom oppgaven her blir jeg bevisst overfor hendelser som kan sette dype spor og påvirke den enkelte i lang tid. Kanskje er det mange som går med en ubehandlet PTSD, kanskje er det mange som er feildiagnostisert og kanskje blir symptomer tilskrevet andre lidelser uten at vi som helsepersonell evner å se det hele bildet. Da blir det utfordrende å komme i mål med noen behandling, symptomer som er voksende i opplevelse og intensitet, sier noe om at gitt behandling ikke har stagnert utfordringene.

Videre forskning som kan svare på hvordan CBT for PTSD står seg over tid, i et livsløpsperspektiv over 5 til 10 år hadde vært interessant. Da målinger viser tendenser til økende symptomopplevelser målt 6 måneder post behandling. En inngangsvinkel kunne vært å gi oppfølgingssamtaler til intervensjonsgruppen hver 6. måned der sammenligningsgruppen mottar ingen behandling. Da kunne en fått et bilde overfor om «vedlikeholds samtaler» er det som skal til for å holde symptomene i sjakk.

Litteraturliste

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Anstorp, T. og Benum, K. 2014. *Traumebehandling komplekse traumelidelser og dissosiasjon* Oslo: Universitetsforlaget AS
- Beck, A. T. and Clark, D.A. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders, Science and Practice* New York: The Guilford Press
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R.A. (1988). *An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties*. *J. Consult. Clin. Psychol.* 56, 893-897.
Hentet fra: <https://www.statisticssolutions.com/beck-anxiety-inventory-bai/>
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Brown, G.K., (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory – II*. Psychological Corporation, San Antonio, TX. Becks depression inventory BDI.
Hentet fra: <http://nevro.legehandboka.no/handboken/skjema/skaringskjema/becks-depression-inventory-bdi/>
- Beck, A.T., Steer, R. A., & Garbing, M.G., (1988) *Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation*. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy (2016) Hentet fra: <https://www.beckinstitute.org/about-beck/our-history/history-of-cognitive-therapy/>
- Beck, J.G., Coffey, S.F., Foy, D.W., Keane, T.M. & Blanchard, E.B. (2009) Group Cognitive Behavior Therapy for Chronic Posttraumatic Stress Disorder: An Initial Randomized Pilot Study. *Behavior Therapy* 40, 82-92.
- Berge, T. og Repål, A. 2011. *Den indre samtalen lær deg kognitiv terapi* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Bission, J.I., Shepherd, J.P., Joy, D., Probert, R. & Newcombe, R.G. (2004) Early cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress symptoms after physical injury Randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 184, 63 – 69. Hentet fra: <http://www.researchgate.net/publication/23>
- Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A. (2008) *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag*. (2. Utgave), Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bjelland, I., Dahl, A.A., Haug, T.T. & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res* 52, 69–77.
- Blake, D.D., Weather, F.W., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Gusman, F.D. & Charney, D.S. (1990). *The development of a Clinician-administered PTSD Scale*. *J. Trauma. Stress.* 8, 75-90. Hentet fra: <http://www.clintools.com/victims/resources/assessment/ptsd/protected/CAPSIV.pdf>

- Blanchard, E.B., Hickling, E.J., Devineni, T., Veazey, C.H., Galovski, T.E., Mundy, E., ... Buckley, T.C. (2003) A controlled evaluation of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors. *Behaviour Research and Therapy* 41, 79-96.
- Bryant, R.A., Mastrodomenico, J., Hopwood, S., Kenny, L., Cahill, C., Kandris, E. & Taylor, K. (2012) Augmenting cognitive behaviour therapy for post-traumatic stress disorder with emotion tolerance training: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine* 43, 2153-2160. doi: 10.1017/S0033291713000068
- Bækkelund, H. & Berg, A.O. (2014) *Traumebehandling komplekse traumelidelser og dissosiasjon* Oslo: Universitetsforlaget AS
- Dunne, R.L., Kenardy, J. & Sterling, M. (2012) A Randomized Controlled Trial of Cognitive-behavioral Therapy for the Treatment of PTSD in the Context of Chronic Whiplash. *Clin J Pain*, 28(9), 755-765.
- Dyregrov, A. (2004) Hjelper terapi for traumatiserte mennesker? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, (2004), 41, 787 – 794. Hentet fra: <http://www.psykologtidsskriftet.no/pdf/2004/787-794.pdf>
- Dyregrov, A. (2008) *Katastrofe psykologi*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Ehlers, A. & Clark, D.M. (1999) A cognitive model of posttraumatic stress disorder *Behaviour Research and Therapy* 38, 319-345.
- Ehlers, A., Clark, D.M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C. & Mayou, R. (2003) A Randomized Controlled Trial of Cognitive Therapy, a Self-Help Booklet, and Repeated Assessments as Early Interventions for Posttraumatic Stress Disorder. *Archives of General Psychiatry* Vol 60, Oct 2003 doi: 10.1001/archpsyc.60.10.1024 Source: PubMed
- Ehlers, A., Grey, N., Wild, J., Stott, R., Lines, S., Deale, A., ... Clark, D.M. (2013) Implementation of Cognitive Therapy for PTSD in routine clinical care: Effectiveness and moderators of outcome in a consecutive sample. *Behaviour Research and Therapy* 51, 742-752. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2013.08.006>
- Eide, S.B., Grelland, H.H., Kristiansen, A., Sævareid, H.I. & Aasland, D.G. (2011) *Fordi vi er mennesker en bok om samarbeids etikk*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Foa, E.B., Cashman, L., Jaycox, L. & Perry, K., (1997). *The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: the Posttraumatic Diagnostic Scale*. *Psychol. Assess.* 9, 445-451. Hentet fra: <http://www.clintools.com/victims/resources/assessment/ptsd/pds.html>
- Foa, E.B., Gillihan, S.J. & Bryant, R.A. (2013). Challenges and successes in dissemination of evidence-based treatments for posttraumatic stress: *Lessons learned from prolonged exposure therapy for PTSD*. *Psychological Science in the Public Interest, Supplement*, 14(2), 65-111. Hentet fra: <https://www.beckinstitute.org/dissemination-of-evidence-based-treatments-for-ptsd-barriers-and-accomplishments/>

- Harvey, A.G., Bryant, R.A. & Tarrier, N. (2003) Cognitive behaviour therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review* 23, 501-522.
- Herrmann C. (1997) International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale—a review of validation data and clinical results. *J Psychosom Res* 42, 17–41.
- Hinton, D.E., Chuan, D., Pich, V., Safran, S.A., Hofmann, S.G. & Pollack, M.H. (2005) A Randomized Controlled Trial of Cognitive – Behavior Therapy for Cambodian Refugees With Treatment – Resistant PTSD and Panic Attacks: A Cross – Over Design. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 617 – 629. doi: 10.1002/jts.20070
- Horowitz, M., Wilner, N. & Alvarez, W. (1979) *Impact of Event Scale: a measure of subjective stress*. *Psychosom Med.* 41:209–18.,
- Ivarsson, D., Blom, M., Hesser, H., Carlbring, P., Enderby, P., Nordberg, R. & Andersson, G. (2014) Guided internet-delivered cognitive behavior therapy for post-traumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 1(1), 33-40. Hentet fra: <http://dx.doi.org/10.1016/j.invent.2014.03.002>
- Iverson, K.M., Gradus, J.L., Resick, P.A., Suvak, M.K., Smith, K.F. & Monson, C.M. (2011) Cognitive – Behavioral Therapy for PTSD and Depression Symptoms Reduces Risk for Future Intimate Partner Violence Among Interpersonal Trauma Survivors *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 79(2), 193-202. doi: 10.1037/a0022512
- Iverson, K.M., Resick, P.A. & Suvak, M.K. (2011) Intimate Partner Violence Exposure Predicts PTSD Treatment Engagement and Outcome in Cognitive Processing Therapy *Behaviour Therapy* 42, 236-248.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (December 1995). «Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey». *Arch Gen Psychiatry*, 52 (12), 1048–60. PMID 7492257.
- Kilvik, A. & Lamøy, L.I. (2007) *Litteratursøking i medisin og helsefag En håndbok* Trondheim: Tapir Akademiske Forlag
- Kliem, S. & Kröger, C. (2013) Prevention of chronic PTSD with early cognitive behavioral therapy. A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Behaviour Research and Therapy* 51, 753-761.
- Koenen, K.C., Moffitt, T.E., Poulton, R., Martin, J. & Caspi, A. (February 2007). «Early childhood factors associated with the development of post-traumatic stress disorder: results from a longitudinal birth cohort». *Psychol Med*, 37 (2), s. 181–92. doi:10.1017/S0033291706009019. PMC 2254221. PMID 17052377.
- Kornør, H., Winje, D., Johansen, K., Weisæth, L., Ormstad, S., Steiro, A. & Fretheim, A. (2007) *Psykososiale tiltak ved kriser og ulykker*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 14

- 2007. Hentet fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/psykososiale-tiltak-ved-kriser-og-ulykker?vis=sammendrag>
- Kunnskapssenteret (2008) *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. [online] Tilgjengelig på Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Publiseringkanaler [online] Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringkanaler/Forside> [lastet ned 10.10.15]
- McDonagh, A., Friedman, M., McHugo, G., Ford, J., Sengupta, A., Mueser, K., ... Descamps, M. (2005) Randomized Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Adult Female Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 515-524. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.515
- Mendes, D.D., Feijo`Mello, M., Ventura, P., de Medeiros Passarela, C. & de Jesus Mari, J. (2008) A systematic review on the effectiveness of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder *Int`l. J. Psychiatry in Medicine, Vol. 38(3) 241-259, 2008*
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006) *Psykososiale tiltak ved kriser og ulykker* Rapport NR. 14 – 2007. Oslo
- Nordanger, D.Ø. (2014) *Traumebehandling komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Paunovic, N. & Öst, L.G. (2000). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy* 39, 1183-1197.
- Powers, M.B., Halpern, J.M., Ferenschak, M.P., Gillihan, S.J. & Foa, E.B. (2010) A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder *Clinical Psychology Review* 30, 635-641. doi: 10.1016/j.cpr.2010.04.007
- Resick, P.A., Galovski, T.E., Uhlmansiek, M.O`B., Scher, C.D., Clum, G.A. & Young-Xu, Y. (2008) A Randomized Clinical Trial to Dismantle Components of Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Female Victims of Interpersonal Violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76(2), 243-258. doi: 10.1037/0022-006X.76.2.243
- Schnurr, P.P., Friedman, M.J., Engel, C.C., Foa, E.B., Shea, T., Chow, B., ... Bernardy, N. (2007) Cognitive Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Women A Randomized Controlled Trial *JAMA*, 297(8) 820-830. clinicaltrials.gov Identifier: NCT00032617

- Sijbrandij, M., Olf, M., Reitsma, J.B., Carlier, I.V.E., de Vries, M.H. & Gersons, B.P.R. (2007) Treatment of Acute Posttraumatic Stress Disorder With Brief Cognitive Behavioral Therapy: A Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry* 164, 82 – 90.
- Spielberger, C. D, Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G.A. (1983). Manual for the state-trait anxiety inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Støren, T. og Utgarden, R. 2014. *Traumebehandling komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Sundin, E.C. & Horowitz, M.J. *Horowitz's Impact of Event Scale evaluation of 20 years of use. Psychosom Med.* 65:870–6
- Tarrier, N., Sommerfield, C., Pilgrim, H. & Faragher, B. (2000) Factors associated with outcome of cognitive-behavioural treatment of chronic post-traumatic stress disorder *Behaviour Research and Therapy* 38, 191 – 202.
- Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E. & Barrowclough, C. (1999) A randomized Trial of Cognitive Therapy and Imaginal Exposure in the Treatment of Chronic Posttraumatic Stress Disorder, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67(1), 13-18.
- Tjora, A. (2012) *Kvalitative Forskningsmetoder i praksis*. (2. Utgave), Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Tull, M. (2016) How Exposure Therapy Treats Post-Traumatic Stress Disorder In Vivo, Imaginal, Interoceptive and Prolonged Exposure Methods. Hentet fra: <https://www.verywell.com/exposure-therapy-for-ptsd-2797654>
- van Emmerik, A.A.P., Kamphuis, J.H. & Emmelkamp, P.M.G. (2008) Treating Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder with Cognitive Behavioral Therapy or Structured Writing Therapy: A Randomized Controlled Trial. *Psychoter Psychosom*, 77, (93 – 100). doi:10.1159/000112886
- Wu, K.K., Li, F.W., & Cho, V.W. (2012) A Randomized Controlled Trial of TheEffectiveness of Brief-CBT for Patients with Symptoms of Posttraumatic Stress Following a Motor Vehicle Crash *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42, 31-47 doi: 10.1017/S1352465812000859
- Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 67, 361–70.

VEDLEGG 1.

Nummerering av studier er konstant. Første forfatter og utgivelsesår	Tittel på studien	Tidsskrift	Nivå 1/2 etter NSD
1: K. K. Wu et.al. 2012	«A Randomized Controlled Trial of the Effectiveness of Brief – CBT for Patients with Symptoms of Posttraumatic Stress Following a Motor Vehicle Crash»	Behavioural and Cognitive Psychotherapy	Nivå 1
2: K. M. Iverson et. al. 2011	«Intimate Partner Violence Exposure Predicts PTSD Treatment Engagement and Outcome in Cognitive Processing Therapy»	Behavior Therapy	Nivå 1
3: J. G. Beck et. al. 2009	«Group Cognitive Behavior Therapy for Chronic Posttraumatic Stress Disorder: An Initial Randomized Pilot Study»	Behavior Therapy	Nivå 1
4: A.Ehlers et. al. 2003	«A Randomized Controlled Trial of Cognitive Therapy, a Self-Help Booklet, and Repeated Assessments as Early Interventions for Posttraumatic Stress Disorder»	Archives of General Psychiatry	Nivå 2
5: K. M. Iverson et. al. 2011	«Cognitive – Behavioral Therapy for PTSD and Depression Symptoms Reduces Risk for Future Intimate Partner Violence Among Interpersonal Trauma Survivors»	Journal of Consulting and Clinical Psychology	Nivå 1
6: M. Sijbrandij et. al. 2007	«Treatment of Acute Posttraumatic Stress Disorder With Brief Cognitive Behavioral Therapy: A Randomized Controlled Trial»	American Journal of Psychiatry	Nivå 2
7: A. A. P. van Emmerik 2008	«Treating Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder with Cognitive Behavioral Therapy or Structured Writing Therapy: A Randomized Controlled Trial»	Psychotherapy and Psychosomatics	Nivå 2
8: D. E. Hinton et. al. 2005	«A Randomized Controlled Trial of Cognitive-Behavior Therapy for Cambodian Refugees With Treatment – Resistant PTSD and Panic Attacks: A Cross – Over Design»	Journal of Traumatic Stress	Nivå 1
9: R. A. Bryant et. al. 2013	«Augmenting cognitive behaviour therapy for post-traumatic stress disorder with emotion tolerance training: a randomized controlled trial»	Psychological Medicine	Nivå 2
10: N. Tarrrier et. al. 2000	«Factors associated with outcome of cognitive-behavioural treatment of chronic post-traumatic stress disorder»	Behaviour Research and Therapy	Nivå 2
11: P. P. Schnurr et. al. 2007	«Cognitive Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Women A Randomized Controlled Trial»	JAMA	Nivå 2
12: J. I. Bission et. al. 2004	«Early cognitive behavioural therapy Early cognitive behavioural therapy for post- traumatic stress symptoms for post- traumatic stress symptoms»	British Journal of Psychiatry	Nivå 2
13: P. A. Resick et. al. 2008	«A Randomized Clinical Trial to Dismantle Components of Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Female Victims of	Journal of Consulting and Clinical Psychology	Nivå 2

14: A. McDonagh et al. 2005	Interpersonal Violence» «Randomized Trial of Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Adult Female Survivors of Childhood Sexuale Abuse»	Journal of Consulting and Clinical Psychology	Nivå 2
15: van Emmerik m.fl. 2008	«Treating Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder with Cognitive Behavioral Therapy or Structured Writing Therapy: A Randomized Controlled Trial»	Psychother Psychosom	Nivå 2
16: E.B. Blanchard et al. 2003	«A controlled evaluation of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors»	Behaviour Research and Therapy	Nivå 2
17: R. L. Dunne et al. 2012	«A Randomized Controlled Trial of Cognitive-behavioral Therapy for the Treatment of PTSD in the context of Chronic Whiplash»	Clin J Pain	Nivå 1
18: N. Paunovic, L. -G. Øst 2001	«Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees»	Behaviour Research and Therapy	Nivå 2
19: D. Ivarsson et al. 2014	«Guided internet-delivered cognitive behavior therapy for post-traumatic stress disorder: A randomized controlled trial»	Internet Interventions 1	Nivå 1