



Beskrivelse og vurdering av tiltaket:

TF-CBT - Traumefokusert kognitiv atferdsterapi

Ungsinnforfatter: Hege Kornør

Vurdert i Ungsinnpanelet: 16.9.2013

Ungsinnforfatterne er ansvarlig for beskrivelsen av tiltaket. Beskrivelsen er basert på informasjon fra Tine Jensen og gjennomgang av annen tilgjengelig litteratur. Ungsinnpanelet er ansvarlig for vurdering og klassifisering.

Sammendrag

Innledning: Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) er en behandlingsmetode for barn (3 – 18 år) med emosjonelle og atferdsmessige vansker etter traumatiserende hendelser. Formålet med behandlingen er å redusere vansker som symptomer på posttraumatisk stress lidelse (PTSD), angst, depresjon, skamfølelse, eksternaliserende atferdsvansker og sorg.

Beskrivelse av tiltaket: TF-CBT er et manualisert behandlingstiltak som gis gjennom spesialistehelsetjenesten. Tilbudet som går over 10-15 timer, gis individuelt og foreldrene inkluderes i behandlingen. Barnet og foreldrene lærer nye ferdigheter som kan hjelpe dem å redusere stress og å bearbeide tanker og følelser knyttet til traumehendelsen. Det handler både om å kunne endre stressende tanker, følelser og atferd knyttet til traumehendelsene, men også å klare å forholde seg til tankene og følelsene som kommer.

Evaluerings av tiltaket: Det har vært gjennomført en randomisert kontrollert studie (RCT) av TF-CBT i Norge, der ordinær behandling ble gitt som kontrollbetingelse. Resultatene viser middels store effekter ved behandlingsslutt både for PTSD-symptomer og for sekundærutfallsmålene: daglig fungering, depressive symptomer og generelle psykiske helseproblemer. Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene i angst ved

behandlingslutt. Studien er vurdert som metodisk god. Tilsvarende resultater finnes i flere utenlandske studier.

Ungsinns klassifisering: TF-CBT er godt beskrevet, har en teoretisk forankring og kan dokumentere effekter gjennom en norsk studie av metodisk høy kvalitet. Tiltaket klassifiseres som et dokumentert virksomt tiltak på evidensnivå 4, med dokumentasjonsgrad ****.

Innledning

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) er et manualbasert tiltak for barn (3 – 18 år) som har opplevd traumatiske hendelser, og deres foreldre. Formålet med tiltaket er å redusere problemer knyttet til de traumatiske hendelsene. Tiltaket tilbys pr. 2013 ved mer enn 30 barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) i Norge. TF-CBT er utviklet i USA, og tilpasset til norske forhold ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) (Jensen et al., 2013).

Eier av tiltaket i utlandet

Judith A. Cohen og Anthony P. Mannarino
Center for Traumatic Stress in Children and Adolescents
Allegheny General Hospital
Department of Psychiatry
4 Allegheny Center
8th Floor
Pittsburgh, PA 15212
USA
Telefon: +1 412 330 4328
www.pittsburghchildtrauma.net

Esther Deblinger
Child Abuse Research Education & Services (CARES) Institute
42 E. Laurel Road, Suite 1100/1200
Stratford, NJ 08084
USA
Telefon: +1 856-566-7036
<http://www.caresinstitute.net>

Distributør/implementeringsansvarlig for tiltaket i Norge

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)
Pb 181 Nydalen
0409 Oslo

Telefon: 22 59 55 00

E-post: postmottak@nkvts.unirand.no

<http://www.nkvts.no/fu/Sider/prosjektinfo.aspx?prosjektid=1173>

Beskrivelse av tiltaket

TF-CBT er en behandlingsmodell utviklet for å hjelpe barn og ungdom mellom 3 og 18 år som opplever betydelige emosjonelle og atferdsmessige vansker etter traumatiserende enkelt- eller multiple hendelser (Cohen, Deblinger & Mannarino, 2006). Formålet med behandlingen er å redusere traumerelaterte vansker som posttraumatiske plager, angst og depresjon, skamfølelse, eksternaliserende atferdsvansker og posttraumatisk sorg, samt redusere risiko for utvikling av problematisk stoff- og alkoholbruk, selvskadning og suicidalitet. Det er også et formål å fremme sikkerhetsferdigheter hos barn, samt foreldreferdigheter.

TF-CBT har normalt en begrenset varighet (12-15 timer), er individbasert og inkluderer foreldre. Tiltaket er sammensatt av flere komponenter, og tilbys i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker av behandlere med opplæring i metoden.

Kjerneverdiene i tiltaket er:

- Komponentbasert
- Respekterer kulturelle verdier
- Fleksibelt
- Familiefokusert
- Terapeutisk - relasjon er sentralt
- Mestringstro (self-efficacy) er vektlagt

Metoder som anvendes

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

- Kartlegging av traumeerfaringer – Barn (KATE-B)
- Kartlegging av traumeerfaringer – Foreldre (KATE-F)
- Child PTSD Symptom Scale (CPSS) (Foa, Johnson, Feeny & Treadwell, 2001)

Instrumentene kan lastes ned fra

<http://www.nkvts.no/fu/Sider/Kartleggingsinstrumenter.aspx>.

Behandlingen består av parallelle timer med barn og foreldre, samt fellestimer. Fokuset er rettet mot det traumatiserte barnet. Barnet og foreldrene lærer nye ferdigheter som kan hjelpe dem å redusere stress og å bearbeide tanker og følelser knyttet til traumehendelsen. Det kan handle om å kunne forholde seg til, men også å kunne endre stressende tanker, følelser og atferd knyttet til traumehendelsene.

TF-CBT er sammensatt av følgende komponenter:

1. Psykoedukasjon og foreldreferdigheter
2. Avspenning
3. Affektregulering og -modulering
4. Kognitiv forståelse
5. Traumenarrativ og kognitiv prosessering
6. *In vivo* eksponering
7. Felles timer for foreldre og barn
8. Sikkerhet og sosiale ferdigheter

Komponentene skal helst introduseres i denne rekkefølgen, men individuelle behov kan kreve tilpasninger. Foreldreferdigheter som ros, selektiv oppmerksomhet, time-out og forsterkning av atferd introduseres i de første timene med psykoedukasjon, og arbeides med gjennom hele behandlingsforløpet.

Behandlingen skal ta hensyn til kulturelle, religiøse og familieverdier, samt de praktiske utfordringer og tilleggsbelastninger som kan følge med en traumatisk hendelse.

Når behandlingsslutt nærmer seg skal psykisk helsestatus igjen undersøkes med de samme instrumentene som før behandling, slik at det blir mulig å sammenlikne symptom bilder.

Det teoretiske grunnlaget for tiltaket

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

- Nevrofysiologien gir innsikt i det økte aktiveringsnivået til traumeeksponerte barn. Avspenningskomponenten i tiltaket er rettet mot dette aspektet.
- Atferdsteori ligger til grunn for de atferdsrettede komponentene i tiltaket, som *in vivo* eksponering.
- Kognitiv teori bidrar med forståelse om hvordan barn utvikler uhensiktsmessige tanker om seg selv og verden, og hvordan disse tankemønstrene kan endres ved hjelp av kognitiv prosessering.
- Traumeteori gir en tilnærming til blant annet hukommelses- og prosesseringsmekanismer. Slike mekanismer henger sammen med hvordan barn utvikler PTSD og hvordan vanskene opprettholdes. Her er traumenarrativ en sentral tiltakskomponent.
- Familie- og systemteori danner grunnlaget for å inkludere barnets omsorgspersoner i tiltaket. Omsorgspersonene kan best hjelpe barnet når de har tilstrekkelig forståelse for barnets vansker og de nødvendige ferdighetene til å være gode omsorgspersoner.
- Fra utviklingsteoretiske tilnærminger får vi innsikt i hvordan barn på ulike utviklingsstadier blir berørt av traumatiske hendelser.

TF-CBT springer ut fra behandlingsmanualene til forskerduoen Judith Cohen og Anthony Mannarino (upublisert), og Esther Deblinger og Anne Heflin (Deblinger & Heflin, 1996). De kliniske forskerne utviklet sine tiltak uavhengig av hverandre og hadde opprinnelig seksuelt misbrukte barn som målgruppe.

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

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

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

Tiltaket er basert på veletablerte prosedyrer fra kognitiv atferdsterapi og stresshåndtering som opprinnelig ble utviklet for behandling av frykt, angst og depresjon hos voksne (Beck, 1976; Wolpe, 1969). Disse behandlingsprosedyrene er brukt på voksne voldtektsofre (Foa, Rothbaum, Riggs & Murdock, 1991) og har vært tilpasset barn med problemer med overdreven frykt og angst (Beidel & Turner, 1998). I TF-CBT-manualen er disse prosedyrene bearbeidet slik at de retter seg mot de spesifikke vanskelighetene til barn med PTSD-symptomer. I tillegg er veletablerte tilnærminger for foreldretrening (Forehand & Kotchick, 2002; Patterson, 2005) inkorporert i behandlingen for å veilede foreldre i hvordan de bør forholde seg til barns atferdsvansker.

Erfaringer med tiltaket og evaluering i Norge

TF-CBT har vært prøvet ut ved NKVTS i form av en randomisert kontrollert studie (RCT), med ordinær behandling som kontrollbetingelse (Jensen et al., 2013; Ormhaug, Jensen, Wentzel-Larsen & Shirk, 2013).

Deltakerne i studien er ungdom i alderen 10-18 år som i perioden 2008 - 2011 ble henvist til en av åtte barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) (Grorud, Bodø, Bærum, Nic Waal, Lillestrøm, Holmestrand, Larvik og Tønsberg). Inklusjonskriteriene var at ungdommene hadde opplevd minst én traumatisk hendelse etterfulgt av betydelige posttraumatiske stressreaksjoner, skåret ≥ 15 på CPSS og hadde minst ett symptom i hvert av de tre diagnoskriteriene for PTSD. De vanligste traumatiske hendelsene ungdommene hadde opplevd var plutselig død eller alvorlig sykdom hos nærstående person og vold eller

trusler om vold utenfor familien RCTen inkluderte 156 ungdommer, hvorav 79 ble randomisert til TF-CBT og 77 til ordinær behandling.

BUP-lederne valgte ut til sammen 21 psykologer, to psykiatere, to spesialpedagoger og én sosionom som ønsket opplæring i TF-CBT. Behandlerne fikk 4-6 dager med TF-CBT-opplæring før oppstart. Opplæringen ble gitt av blant annet tiltaksutviklerne, og behandlerne ble oppfordret til å lese TF-CBT-manualen og fullføre et webbasert kurs i tillegg. Dessuten fikk TF-CBT-terapeutene veiledning gjennom hele behandlingsforløpet. Behandlerne i kontrollgruppen besto av 23 psykologer, 12 sosionomer, åtte spesialpedagoger og to psykiatere. De ble bedt om å gi den behandling de trodde ville være mest effektiv i hvert enkelt tilfelle, og fikk noe veiledning.

Hovedutfallene for studien var PTSD-symptomer målt med CPSS og Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA). Sekundærutfall var depressive symptomer målt med Moods and Feelings Questionnaire (MFQ), angstsymptomer målt med Screen for Child Anxiety-Related Disorders (SCARED), generell psykisk helse målt med Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) og terapeutisk allianse målt med Therapeutic Alliance Scale for Children (TASC). Data ble innhentet før behandling, etter seks behandlingstimer og ved behandlingsslutt (15 behandlingstimer) av klinikere som var blindet for hvilken gruppe deltakerne tilhørte. Data ble også innhentet ett år etter behandlingsstart og 18 måneder etter avsluttet terapi, forskerne har foreløpig kun publisert resultater fram til og med behandlingsslutt.

Ved behandlingsslutt manglet data fra de forskjellige instrumentene for 14-18 (18-23 %) deltakere i kontrollgruppen, og for 20-25 (25-32 %) i TF-CBT-gruppen. Jensen og kolleger brukte «mixed effects»-modeller i dataanalysene for å håndtere manglende data. Både «intention to treat (ITT)»-analyser og «completer»-analyser ble utført.

ITT-analysen for hovedutfallene avdekket en gjennomsnittlig forskjell i CPSS-skåre på 5,78 (95 % konfidensintervall (KI) 2,32 – 9,23 ; Cohens $d = 0,51$) i favør av TF-CBT. «Completer»-analysen ga en forskjell på 5,53 (95 % KI 1,83 – 9,23). Ti av 55 (18 %) ungdommer i TF-CBT-gruppen oppfylte diagnosekriteriene for PTSD ved behandlingsslutt, sammenliknet med 22 av 61 (36 %) i kontrollgruppen (relativ risiko 0,5; 95 % KI 0,26 – 0,97) i favør av TF-CBT. Det er vanlig å tolke slike effekter som middels store.

Når det gjelder sekundære utfall skåret ungdommene i TF-CBT-gruppen høyere enn kontrollgruppen på daglig fungering ($d = -0,55$), og lavere på depressive symptomer ($d = 0,54$), og på generelle psykiske helseproblemer ($d = 0,45$) ved behandlingsslutt. Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene i angst ved behandlingsslutt, eller i terapeutisk allianse målt etter første og sjettede time.

Ungsinforfatteren vurdere den metodiske kvaliteten til den norske studien opp mot internasjonalt anerkjente kriterier (Higgins & Green, 2008), og konkluderte med at

forskerne har gjort en grundig jobb for å holde risikoen for skjevheter og feilkilder så lav som mulig. Følgende metodiske valg lå til grunn for vurderingen:

1. PC-generert blokkrandomisering
2. Blindete resultatmålinger (data innhentet av kliniker som ikke kjente til hvilke grupper deltakerne tilhørte)
3. «Intention-to-treat»-analyser
4. Balansert frafall og statistisk justering for manglende data
5. Samsvar mellom protokoll og rapporterte utfall

Erfaringer med tiltaket og evaluering i utlandet

Systematiske oversikter

Ungsinns litteratursøk identifiserte seks systematiske oversikter over internasjonale studier om effekten av CBT hos barn som har opplevd traumatiske hendelser (Cary & McMillen, 2012; Gillies, Taylor, Gray, O'Brien & D'Abrew, 2013; Kowalik, Weller, Venter & Drachman, 2011; Leenarts, Diehle, Doreleijers, Jansma & Lindauer, 2013; Silverman et al., 2008; Wethington et al., 2008). Systematiske oversikter har eksplisitte og systematiske metoder for å søke etter, kritisk vurdere og sette sammen resultater fra enkeltstudier om en spesifikk problemstilling (Kornør & Bradley, 2008)

Cary og McMillen (2012) var den eneste av de systematiske oversiktene som kun fokuserte på TF-CBT. Inklusjonskriteriene for oversikten var RCTer med barn under 18 år som hadde overlevd traumatisk hendelser. Behandlingen skulle være TF-CBT, definert ved at den inneholdt fire av de fem hovedkomponentene; psykoedukasjon, eksponering, kognitiv forståelse, avspenning og foreldreferdigheter. Sammenlikningsbetingelsen kunne være ingen behandling, venteliste, ordinær behandling eller annen behandling (som ikke var TF-CBT). Studiene skulle videre måle PTSD-symptomer og være publisert mellom 1990 og 2011. Oversikten inkluderte ti RCTer (12 artikler).

Tre av de inkluderte studiene undersøkte effekten av «ekte» TF-CBT, mens de øvrige undersøkte effekten av CBT som inkluderte minst fire av de fem hovedkomponentene i TF-CBT. Sammenlikningsbetingelsene var venteliste i fire studier barnefokusert terapi (Child Centered Therapy; CCT) i to studier, «non-directive supportive therapy» i én studie og ordinær behandling i én studie. To studier hadde to sammenlikningsbetingelser, henholdsvis CBT for barn og ordinær behandling, og CBT for barn og venteliste. De fleste studiene inkluderte barn i skolealder, men to studier tok også med yngre barn. Barna var eksponert for forskjellige typer traumatiske hendelser. Cary og McMillen vurderte studiekvaliteten ved samtlige studier som generelt god, men med enkelte problemer, som frafall og blinding av de som innhentet data.

Den første metaanalysen gjorde Cary og McMillen (2012) i tre trinn: 1) kun «ekte» TF-CBT (tre studier), 2) CBT med alle fem hovedkomponenter (fem studier), 3) CBT med fire av fem hovedkomponenter (alle studier). Metaanalysene ga sammenliknbare resultater for alle

trinn, med standardiserte gjennomsnittsforskjeller (Hedges' g) for PTSD-symptomer ved behandlingsslutt på 0,41, 0,49 og 0,67 på henholdsvis trinn 1, 2 og 3. Det var også signifikante forskjeller i depressive symptomer (\bar{g} 0,38) og atferdsproblemer (\bar{g} 0,25) når samtlige studier inngikk i metaanalysene ved behandlingsslutt. Neste metaanalyse inkluderte de tre studiene som rapporterte data fra 12-månedersoppfølging. Den standardiserte gjennomsnittsforskjellen for PTSD-symptomer var \bar{g} 0,40. Gruppeforskjellene i depressive symptomer og atferdsproblemer var nå små og ikke-signifikante. Til sist analyserte Cary og McMillen de to studiene som rapporterte PTSD-målinger ved behandlingsslutt og hadde en aktiv alternativ terapiform som sammenlikningsbetingelse. Den standardiserte gjennomsnittsforskjellen ble da redusert til \bar{g} 0,10.

RCTer

Ungsinn fant én RCT publisert senere enn den systematiske oversikten til Cary og McMillen (Nixon, Sterk & Pearce, 2012). Nixon og kolleger (2012) randomiserte 33 barn i alderen 7-17 år som hadde opplevd en enkeltstående traumatisk hendelse, til «ekte» TF-CBT eller TF-CBT uten eksponering. Barn i begge behandlingsvarianter hadde symptomreduksjoner ved behandlingsslutt som vedvarte ved seksmånedersoppfølging, men det var ingen forskjell mellom «ekte» TF-CBT og TF-CBT uten eksponering.

Pågående forskning

Behandlingen i den norske RCTen er avsluttet for alle deltakerne, men i følge NKVTS' prosjektskisse skal oppfølgingsdata hentes inn ett og tre år etter behandlingsslutt. Datainnsamling forventes å være ferdig i løpet av 2014.

Et søk i Verdens helseorganisasjons International Clinical Trial Registry Platform (<http://apps.who.int/trialsearch/default.aspx>) viste at det per september 2013 pågår et randomisert kontrollert forsøk i regi av australske forskere, som inkluderer barn i Aceh-provinsen i Indonesia (ACTRN12611000080921).

Spredningspolitikk og implementeringsstrategier

Høsten 2012 iverksatte NKVTS et femårig implementeringsprosjekt med forankring i Fixsen og kollegers (2005) implementeringsteori. TF-CBT tilbys samtlige BUP'er som ønsker det. Etter ett år har ca 100 terapeuter ved rundt 30 BUP'er fått opplæring i tiltaket, og NKVTS har venteliste fram til sommeren 2014 med klinikker som ønsker implementering. Spredningsstrategien er en kombinasjon av aktiv rekruttering av og søknad fra klinikkene. Når en BUP blir tatt inn i implementeringsprosjektet inngår den en gjensidig forpliktende kontrakt med NKVTS. Kontrakten inneholder spesifikasjoner av de rammebetingelser som er nødvendig for å kunne tilby TF-CBT.

Opplæring av TF-CBT-terapeuter, veiledere og konsulenter inngår i implementeringsplanen. For å oppnå kvalifikasjoner som TF-CBT-terapeut må

behandlerne fullføre et todagers kurs, et internettkurs (<http://tfcbt.musc.edu/>) og et oppfølgingsseminar, sette seg inn i manualen (Cohen et al., 2006), og gjennomføre to til fire behandlingsforløp med veiledning av en godkjent konsulent. TF-CBT-veiledere skal ha fullført et eget kurs ved NKVTS' konsulenter, blitt kjent med et nettbasert program (<http://etl2.library.musc.edu/tf-cbt-consult/index.php>) og gjennomført veiledning av to til fire TF-CBT-behandlingsforløp med kolleger, samt ha mottatt veiledning om egen veiledning av en TF-CBT-konsulent. TF-CBT-konsulentene er ansatt ved NKVTS og får opplæring gjennom tiltaksutviklernes «Train the Trainer»-kurs.

Kvalitetssikring av tiltaket

Kvaliteten ved den enkelte TF-CBT-terapeutens arbeid blir sikret ved at de første sakene blir tatt opp på lydbånd og veiledet av en TF-CBT-veileder. Deretter vil TF-CBT-terapeutene få regelmessig veiledning på sitt arbeid. TF-CBT-veiledernes første veiledningstimer blir også tatt opp og veiledet av en TF-CBT-konsulent, som vil gi veilederen videre oppfølging så lenge som nødvendig.

For å måle utviklingen i behandlingsforløpene brukes Children's Post-trauma Symptom Scale (CPSS) brukes på alle pasienter ved henvisning, etter 6 time og ved fullføring av behandlingen. Implementeringsprosjektet omfatter dessuten en generell evaluering hvor vellykket implementeringen har vært.

Kostnadene for implementering av tiltaket

Implementeringsprosjektet for TF-CBT i Norge er finansiert av Helsedirektoratet.

Ungsinnpanelets vurdering av tiltaket

TF-CBT er et veletablert tiltak i USA, men ennå under etablering i Norge. Tiltaket er godt beskrevet, hovedsakelig på engelsk. Beskrivelsen inneholder tydelige målformuleringer, målgruppen er avgrenset og metodene er klart beskrevet.

Tiltaket har en god teoretisk forankring, der ulike teoretiske tilnærminger ligger til grunn for tiltakets utforming. Det er en logisk sammenheng mellom teori, målsetninger, målgruppe og metodevalg.

Effekten av TF-CBT har vært undersøkt i en norsk RCT studie samt i en rekke utenlandske studier. Den norske RCTen kan vise til middels store effekter ved behandlingsslutt, både på hovedmålet PTSD-symptomer og på sekundærutfallsmålene daglig fungering, depressive symptomer og generelle psykiske helseproblemer. For angstsymptomer viste studien derimot ikke noe forskjell mellom gruppene. Studien er metodisk solid med et tilstrekkelig utvalg, kontrollgruppe og randomiseringsprosedyrer, gode frafallsanalyser og bruk av måleinstrumenter som gjennom andre studier er har vist seg å være pålitelige. Det er også

en styrke ved studien at sammenligningsgruppen fikk vanlig behandling. Oppfølgingsdata mangler foreløpig, men forventes å komme.

Effekten av TF-CBT har vært undersøkt i en rekke amerikanske RCTer, som har blitt oppsummert i systematiske oversikter. Det er jevnt over god metodisk kvalitet på studiene og de systematiske oversiktene. Tiltaket har store effektstørrelser for PTSD- og andre relevante symptomer ved behandlingsslutt, med noe avtakende effektstørrelser over tid.

Det pågående implementeringsprosjektet er gjennomarbeidet og inkluderer en plan for kvalitetssikring.

Ungsinns klassifisering

TF-CBT klassifiseres som et dokumentert virksomt tiltak på evidensnivå 4, med dokumentasjonsgrad 4 (****).

Referanser

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Oxford: International Universities Press.
- Beidel, D. C. & Turner, S. M. (1998). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Cary, C. E. & McMillen, J. C. (2012). The data behind the dissemination: A systematic review of trauma-focused cognitive behavioral therapy for use with children and youth. *Children and Youth Services Review*, 34(4), 748-757. doi: 10.1016/j.chilyouth.2012.01.003
- Cohen, J. A., Deblinger, E. & Mannarino, A. P. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Deblinger, E. & Heflin, A. H. (1996). *Treating sexually abused children and their nonoffending parents: a cognitive behavioral approach*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.
- Foa, E. B., Johnson, K. M., Feeny, N. C. & Treadwell, K. R. (2001). The child PTSD Symptom Scale: a preliminary examination of its psychometric properties. *J Clin Child Psychol*, 30(3), 376-384. doi: 10.1207/S15374424JCCP3003_9

- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S. & Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(5), 715-723.
- Forehand, R. & Kotchick, B. (2002). Behavioral Parent Training: Current Challenges and Potential Solutions. *Journal of Child and Family Studies*, 11(4), 377-384. doi: 10.1023/A:1020913422609
- Gillies, D., Taylor, F., Gray, C., O'Brien, L. & D'Abrew, N. (2013). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents (Review). *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 8(3), 1004-1116. doi: 10.1002/ebch.1916
- Higgins, J. P. T. & Green, S. (Red.). (2008). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C. et al. (2013). A Randomized Effectiveness Study Comparing Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy With Therapy as Usual for Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 1-14. doi: 10.1080/15374416.2013.822307
- Kornør, H. & Bradley, P. M. (2008). Kunnskapsbasert praksis og kritisk vurdering av systematiske oversikter. I P. Laake, B. R. Olsen & H. B. Benestad (Red.), *Forskning i medisin og biofag* (Vol. 2, s. 425-440). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kowalik, J., Weller, J., Venter, J. & Drachman, D. (2011). Cognitive behavioral therapy for the treatment of pediatric posttraumatic stress disorder: a review and meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(3), 405-413. doi: 10.1016/j.jbtep.2011.02.002
- Leenarts, L. E., Diehle, J., Doreleijers, T. A., Jansma, E. P. & Lindauer, R. J. (2013). Evidence-based treatments for children with trauma-related psychopathology as a result of childhood maltreatment: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22(5), 269-283. doi: 10.1007/s00787-012-0367-5
- Nixon, R. D., Sterk, J. & Pearce, A. (2012). A randomized trial of cognitive behaviour therapy and cognitive therapy for children with posttraumatic stress disorder following single-incident trauma. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(3), 327-337. doi: 10.1007/s10802-011-9566-7
- Ormhaug, S. M., Jensen, T. K., Wentzel-Larsen, T. & Shirk, S. R. (2013). The Therapeutic Alliance in Treatment of Traumatized Youths: Relation to Outcome in a Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Online first publication. doi: 10.1037/a0033884

- Patterson, G. R. (2005). The Next Generation of PMTO Models. *The Behavior Therapist*, 28(2), 27-33.
- Silverman, W. K., Ortiz, C. D., Viswesvaran, C., Burns, B. J., Kolko, D. J., Putnam, F. W. et al. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 156-183. doi: 10.1080/15374410701818293
- Wethington, H. R., Hahn, R. A., Fuqua-Whitley, D. S., Sipe, T. A., Crosby, A. E., Johnson, R. L. et al. (2008). The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(3), 287-313. doi: 10.1016/j.amepre.2008.06.024
- Wolpe, J. (1969). Basic principles and practices of behavior therapy of neuroses. *American Journal of Psychiatry*, 125(9), 1242-1247.