



UiT Norges arktiske universitet

Institutt for Psykologi – Det Helsevitenskapelige Fakultet

Effekt av traumefokusert behandling av psykose

En systematisk litteraturgjennomgang

Elisabeth Johansen Fjellbekkmo og Sofie Nilssen Vikøren

Hovedoppgave for graden Cand. Psychol. Mai 2020



Effekt av traumefokusert behandling av psykoze: en systematisk litteraturgjennomgang

Effect of Trauma-Focused Therapy for Psychosis: A Systematic Review

Hovedoppgave for graden Cand. Psychol.

PSY – 2901

Elisabeth Johansen Fjellbekkmo, UiT og Sofie Nilssen Vikøren, UiT

Veileder: Knut Waterloo, UiT

UiT – Norges Arktiske Universitet

Mai 2020

Forord

I litteraturen foreligger det allerede en etablert sammenheng mellom traumer og psykose. Hvorvidt denne relasjonen er blitt implementert i behandlingstilnærmingen av psykose fremsto uklart. Problemstillingen ble innsnevret til å omhandle hvorvidt en traumefokusert tilnærming vil være mulig for personer som opplever psykose. Dette syntes både aktuelt og nødvendig, da en slik vinkling fremsto mangelfull.

Kandidatene har sammen med veileder utformet hypoteser og forskningsspørsmål tilknyttet problemstillingen. Videre ble litteratursøk, analyse og tolkning av forskningslitteraturen selvstendig utført av kandidatene. Arbeidsfordelingen har vært jevn gjennom hele prosessen, hvorpå begge kandidatene har bidratt til alle komponentene av oppgaven.

En stor takk til Knut Waterloo for god veiledning og inspirasjon. Under hans veiledning har vi fått innsikt i faget, og blitt utfordret til å tenke nytt rundt teoretiske og praktiske spørsmål. Vi ønsker i tillegg å rette en spesiell takk til Torstein Låg for å ha orientert oss gjennom litteratursøk, samt Nina Mørkved for faglige innspill. Sist men ikke minst takker vi venner og familie for hjelp, støtte og motivasjon.

Takk.

Sammendrag

Forskningslitteraturen viser til en dokumentert relasjon mellom traumer og psykose, der forekomsten av traumer er funnet signifikant høyere hos personer med psykose. Til tross for evidensbasert traumebehandling, så er det fortsatt en tendens til at pasientgruppen likevel ikke får denne behandlingsformen. Formålet med litteraturgjennomgangen var å undersøke effekt av evidensbasert traumebehandling for personer med psykose og komorbid posttraumatisk stresslidelse (PTSD). En systematisk gjennomgang av studier som har inkludert traumebehandling for pasientgruppen ble utført. Fem søkemonitorer ble benyttet for å selekere relevante studier, i tillegg til at frisøk og kontroll av aktuelle referanselister ble gjennomført. I alt 26 studier ble inkludert, der syv av disse var kvalitative kasusstudier. Resultatvis kunne majoriteten av studiene påvise en effekt av traumefokusert behandling, hvor både PTSD og psykose ble redusert. Flere resultater var signifikante og tre studier kunne påvise full remisjon av PTSD. I sum demonstrerer funnene at traumefokusert behandling har effekt på pasientgruppen med psykose og PTSD, og at intervensjonen trygt kan gjennomføres. Mer forskning er dog nødvendig for å undersøke hva som påvirker effekten, og for å underbygge de tentative mønstrene funnet i litteraturen.

Nøkkelord: Psychosis, Psychotic symptoms, Psychotic disorder, Schizophrenia, EMDR, Eye movement desensitization and reprocessing, Cognitive processing therapy, Stress inoculation training, Prolonged exposure therapy. Systematisk litteraturgjennomgang.

Innholdsfortegnelse

Effekt av traumefokusert behandling av psykose.....	5
2.1 Traumer og PTSD	6
2.2 Psykoser og psykoselidelser	8
2.3 Sammenheng mellom traumer og psykose	10
2.4 Behandling av PTSD.....	13
2.5 Behandling av psykose	14
2.6 Konsekvenser for samfunnet og enkeltindividet.....	15
2.7 Studiens formål og forskningsspørsmål	16
3. Metode	17
3.1 Litteratursøk	17
3.2 Søkestrategi	17
3.3 Studieseleksjon	18
3.4 Datainnsamling	18
4. Resultat	21
4.1 Karakteristikk ved studiene i utvalget	21
4.2 Effekt av traumefokusert behandling på PTSD	27
4.3 Effekt av traumefokusert behandling på psykotiske symptomer	27
4.4 Negative konsekvenser av behandling.....	28
4.5 Komplementære effekter funnet ved kasestudier.....	29
4.6 Frafall.....	29
5. Diskusjon	36
5.1 Traumebehandling og psykose	37
5.2 Langtidseffekt	38
5.3 Frykt for negative konsekvenser ved behandling	39
5.4 Holdninger til implementering og spesifikk effekt av behandling	40
5.5 Kliniske implikasjoner	42
5.6 Begrensninger ved litteraturstudien	43
5.7 Videre forskning	45
6. Konklusjon	45
Referanseliste	46

Effekt av traumefokusert behandling av psykose: en systematisk litteraturgjennomgang

Et økende antall studier har undersøkt sammenhengen mellom komplekse traumer fra barndom (seksuell, emosjonell, fysisk vold og mobbing) og senere utvikling av psykoselidelser. Blant annet estimeres det at mellom 50% til 98% av individer med psykoselidelser rapporterer om en slik traumehistorikk (Varese et al., 2012). En ser også en signifikant utbredelse av posttraumatisk stresslidelse (PTSD) innad i psykosepopulasjonen (Buckley, Miller, Lehrer & Castle, 2009). Parallelt har komorbide traumer kunne vise en negativ innflytelse på både symptombylde, funksjonsnivå og prognose for denne populasjonen (Lysaker & LaRocco, 2008; Morrison, Frame & Larkin, 2003; Mueser, Rosenberg, Goodman & Trumbetta, 2002; Resnick, Bond & Mueser, 2003). Ifølge Mueser med flere (2002) representerer dette faktorer som sammensatt vil kunne påvirke risiko for utvikling av en psykoselidelse, samt fremme psykotiske tilbakefall.

Samtidig peker litteraturen mot at både PTSD og traumer blir underrapportert i psykosepopulasjonen (Lommen & Restifo, 2009). Videre understreker Buckley med flere (2009) hvordan utredning av en komorbid PTSD og psykoselidelse kan kompliseres av en gjensidighet. Dette fordi symptomer på PTSD som for eksempel flashbacks kan ligne på psykotiske symptomer. I tillegg til at psykotiske symptomer som hallusinasjoner og vrangforestillinger i seg selv kan være traumatiserende. En ser også tilfeller der PTSD imidlertid er diagnostisert, men hvor traumefokusert behandling likevel ikke tilbys eller gjennomføres (Spinazzola, Blaustein, & van der Kolk, 2005). Samlet kan dette tyde på en uheldig utvikling, hvor evidensbaserte behandlingsformer for traumelidelser ikke tilbys som følge av komorbid psykoselidelse. En mulig årsak til underrapportering og manglende behandlingstilbud kan forklares av den enkelte behandlers forhold til å undersøke traumer som en del av utredningen av pasienten (Mueser et al., 2002).

En sentral faktor i litteraturen synes å være frykten for at traumefokusert behandling vil kunne øke psykotiske symptomer og således forverre lidelsens forløp (Gairns, Alvarez-Jimenez, Hulbert, McGorry & Bendall, 2015; Mueser et al., 2002). Samtidig viser Salyers, Evans, Bond og Meyer (2004) at manglende kunnskap og kompetanse blant behandlere også kan bidra til å opprettholde denne frykten. Dette til tross for studier som i motsatt fall viser at traumefokusert behandling kan gjennomføres uten særlig negative konsekvenser (van den Berg & Van der Gaag, 2012).

Bachmann, Resch og Mundt (2003) beskriver hvordan psykoterapeutiske tilnærminger til psykoselidelser tidligere har blitt neglisjert. Videre argumenteres det for hvordan psykologisk behandling ikke bare er mulighet, men en nødvendighet for å begrense lidelsestrykket i denne populasjonen (Bachmann et al., 2003). En mulig årsak til at psykoterapeutisk behandling ikke prioriteres for psykosepopulasjoen kan være at en biologisk forståelse av lidelsen dominerer (McCutcheon, Marques & Howes, 2019). Noe som igjen fremmer psykofarmaka som en naturlig tilnærming for symptomlette.

En kan tenke seg en gjensidig påvirkning. Manglende funn i litteraturen for effekt av psykoterapeutisk behandling på psykoselidelser, bidrar trolig også til at individer med psykose ekskluderes i studier som undersøker nettopp denne effekten. Spørsmål som derfor blir gjenstand for vurdering er om PTSD kan behandles i denne populasjonen, samt hvorvidt behandlingen kan føre til positive ringvirkninger på psykotiske symptomer. Selv om relasjonen mellom traumer og psykose er veldokumentert så er det imidlertid uklart hvilket retningsforhold som er det dominerende.

2.1 Traumer og PTSD

Traumer defineres som en emosjonell respons på en fryktinngytende hendelse eller situasjon av usedvanlig katastrofal eller truende art. Umiddelbart etter hendelsen er sjokk og fornektelse ansett som vanlige reaksjoner (Trauma, u.å.). I forlengelse av dette kan langsiktige

reaksjoner inkludere konsentrasjonsvansker, skvettenhet, søvnevansker, apati og påtrengende minner fra traumehendelsen (Bækkelund, 2018). Disse reaksjonene anses som normale og blir først problematiske dersom de fremkommer som vedvarende eller tilbakevendende etterreaksjoner (Trauma, u.å.). Diagnostisk omtales fenomenet klinisk som PTSD og blir regnet som den vanligste traumelidelsen.

De diagnostiske kriteriene for PTSD blir i DSM-V delt inn i kriteriet A-H, hvor hvert kriterium har ulike krav til omfang av symptomer beskrevet i underkategorier (American Psychiatric Association, 2013, s. 271). Som et utgangspunkt for lidelsen må kravet om direkte-, trussel om- eller vitne til eksponering av en belastende livshendelse av usedvanlig katastrofal eller truende karakter (A) foreligge.

Den traumatiske hendelsen kan gjenoppleves på ulike måter. Vanligvis ser man tilbakevendende, ufrivillige og påtrengende minner eller drømmer assosiert til hendelsen. Ved ytre eller indre påminnelser om hendelsen kan det også oppstå intense og forlengede kognitive og fysiologiske stressresponser, eller dissosiative reaksjoner som flashbacks (B). Interne og eksterne stimuli som kan assosieres til traumet blir vanligvis unngått, slike som minner, tanker, emosjoner, personer, steder, samtaler, aktiviteter, objekter og situasjoner (C).

En ser også endringer i individets kognisjon eller stemningsleie i etterkant av traumeeksponering. Dette kan vise seg som svekket/forsterket hukommelse for traumeerfaringen og/eller vedvarende og overdimensjonerte negative antakelser om en selv, andre eller verden. Det kan også forekomme merkbar endring i interesse og engasjement, økt fremmedfølelse og tegn til anhedoni (D). Individuer med PTSD kan attpåtil oppleve endringer tilknyttet indre aktivering og atferd, som økt irritabilitet og vaksomhet, selvdestruktiv atferd, konsentrasjonsvansker og søvnevansker (E).

De overnevnte symptomkategoriene (B,C,D og E) må vedvare i minimum én måned for å kunne stadfeste diagnosen (F), og symptombildet må utgjøre en signifikant svekkelse av

individets sosiale, yrkesrelaterte eller andre viktige områder for funksjon (G). Symptomer som følge av rusmiddel/substansmisbruk eller andre medisinske tilstander må også kunne utelukkes for diagnostisering (H) (American Psychiatric Association, 2013, s. 272).

Det foreligger en dissosiativ underkategori av PTSD, hvor en kan se tap av normal integrasjon via blant annet identitetsbevissthet, kroppsforannelser (depersonalisering) og omverdenen rundt (derealisering). Det kan forekomme flashbacks med en hallusinatorisk kvalitet eller auditoriske pseudo-hallusinasjoner. Slik som å ha en sensorisk opplevelse av at ens tanker inntar en verbal form. I tillegg kan den økte vaksomheten nå paranoide proporsjoner. American Psychiatric Association, 2013, s. 276). Det er i lys av dette viktig å skille symptomer på dissosiasjon, gjenopplevelse og hallusinasjoner fra perseptuelle forstyrrelser funnet i psykoselidelser (American Psychiatric Association, 2013, s. 279).

2.2 Psykoser og psykoselidelser

Psykose defineres som en tilstand preget av avvikende realitetsoppfatning, hvor en person viser feiltolkning av persepsjoner i en slik grad at den indre og ytre opplevelsesverden endres (Løberg & Johnsen, 2016, s.104). Betegnelsen benyttes i de tilfeller hvor den perseptuelle tolkningen og forståelsen går utenfor det som kan tilskrives betingelser ved den spesifikke subkultur og/eller situasjon, samt påvirker ens atferd og funksjon i hverdagen (Løberg & Johnsen, 2016, s. 104).

Psykoselidelser defineres i henhold til varighet, symptombilde og symptomintensitet. Det skilles mellom ikke-afektive og affektive psykoselidelser. Betegnelsen affektive psykoser brukes når en stemningslidelse, som depresjon, mani eller bipolar lidelse, viser tilleggssymptomer som vrangforestillinger eller hallusinasjoner (Affective Psychosis, u.å.). De ikke-afektive psykoselidelsene innebærer blant annet schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide psykoser (World Health Organization, 2016, s. 81-82). Til tross for store individuelle variasjoner ved symptombildet, foreligger det likevel noen grunnleggende

fellestrekk ved psykoselidelsene. Herunder nevnes vrangforestillinger, hallusinasjoner, abnormal motorisk atferd, affektavflatning og anhedoni – som ofte omtales som positive og negative psykosesymptomer.

Vrangforestillinger beskrives i DSM-V som overbevisninger som ikke lar seg endre til tross for at det foreligger klare motbevis (American Psychiatric Association, 2013, s. 87).

Innholdet i vrangforestillingene kan variere i tema og grad av bisarrhet. Bizarre vrangforestillinger ses særlig ved schizofrenier som paranoid schizofreni, og har et innhold som fremstår åpenbart usannsynlig. En vrangforestilling anses som bisarr i det den anses umulig og uforståelig for andre personer i samme kultur, eller dersom den ikke stammer fra ordinære livserfaringer. I andre tilfeller kan det være vanskelig å skille vrangforestillinger fra sterke antakelser. Dette skillet avhenger delvis av grad av overbevisning og hvor vanskelig vrangforestillingen lar seg motbevise til tross for klare kontraindikasjoner (American Psychiatric Association, 2013, s. 87).

Hallusinasjoner er persepsjonslignende erfaringer som oppstår uten ytre stimuli. De påvirker og oppleves på samme måte som faktiske persepsjoner og er på samme måte ikke underlagt frivillig kontroll. Til tross for mangel på ytre stimuli er hallusinasjoner tilknyttet en sanseopplevelse og tydelig avgrenset fra ens egne tanker. Hallusinasjoner kan derfor oppstå i enhver sensorisk modalitet, hvor man ser en overvekt av auditoriske hallusinasjoner i schizofreniforme psykoser (American Psychiatric Association, 2013, s. 87).

Desorganisert tenkning og abnormal motorisk atferd observeres via endringer i pasientens tale og handlingsmønster. Noe som ofte vil medføre forstyrrelser av effektiv og adekvat kommunikasjon med omverdenen. Symptomene kan komme til uttrykk som hyppig temaskifte, avsporing, løse assosiasjoner og urelaterte besvarelser. Atferden kan manifestere seg på et spekter fra barnlig atferd til uforutsigbar agitasjon og ta form som både målrettet atferd og inaktivitet (American Psychiatric Association, 2013, s. 88). De overnevnte

symptomene omtales som positive symptomer på psykose, da dette er symptomer som kommer i tillegg til eller går utover det man anser som vanlige opplevelser.

Negative symptomer er knyttet til tap av vanlig psykisk fungering (Løberg & Johnsen, 2016, s. 108). Affektavflatning, sosial isolering og manglende engasjement i (jobb, skole, sosialt) representerer hovedtrekkene ved negative symptomer (American Psychiatric Association, 2013, s. 88). Videre kan sosial tilbaketrekning føre til at det abnormale atferdsbildet ikke oppdages av andre. Det negative symptombildet er imidlertid ikke unikt for psykose og det kan være vanskelig å skille disse symptomene fra mer utbredte lidelser som depresjon. Samlet kan dette bidra til at psykoselidelsen går ubehandlet over tid, noe som kan føre til en forverring av lidelsen samt en dårligere prognose.

Symptombildet ved psykose kan ha større eller mindre innslag av hallusinasjoner, desorganisert tenkning, abnormal motorisk atferd og negative symptomer. Likevel trenger ikke symptomene nødvendigvis være et uttrykk for patologi. Hallusinasjonslignende erfaringer kan blant annet oppstå ved søvnmangel og stress, når en sovner eller våkner, eller være en naturlig del av spesifikke religiøse eller kulturelle erfaringer (American Psychiatric Association, 2013, s. 88; Waters, Chiu, Atkinson & Blom, 2018).

2.3 Sammenheng mellom traumer og psykose

Diagnostisk kan det som nevnt være vanskelig å skille mellom traume- og psykoselidelser. Trolig forklarer dette noe av årsaken til at symptomer på PTSD ofte blir oversett blant individer med psykose (Lommen & Restifo, 2009). Hallusinasjoner kan forekomme ved begge lidelsene og sammenfaller i stor grad med PTSD-kriteria B, især med tanke på hallusinatoriske flashbacks. Videre kan vrangforestillinger i form av forfølgelsesidéer og paranoiditet ha en uttrykksform lik PTSD-kriteria C (unngåelse). Vrangforestillinger kan i tillegg sammenfalle med PTSD-kriteria D, hvor en ser et vedvarende mistroisk forhold til en selv og omverdenen. Apati, anhedoni og affektavflatning ser man også

i PTSD-kriteria D og E hvor endringer i emosjoner og aktivering beskrives. Skillet mellom psykoselidelse og en mer kompleks form for PTSD (med dissosiative trekk) blir med dette utfordrende. Slike faktorer kan belyse viktigheten av å fremme en forståelse av sammenhengen mellom traume og psykoselidelser.

Det foreligger flere funn som bekrefter en høyere forekomst av opplevde traumer blant psykosepopulasjonen. I en metaanalyse utført av Varese med flere (2012) ble det påvist at individer med barndomstraumer var 2,7 ganger mer utsatt for å utvikle psykose senere i livet. Videre argumenteres det for at barndomstraumer kan predikere psykose i voksen alder, og at både frekvens og alvorlighetsgrad av traumeeksponering kan øke risikoen for psykoseutvikling (Kelleher et al., 2013; Spauwen, Krabbendam, Lieb, Wittchen & Van Os, 2006).

Read, van Os, Morrison og Ross (2005) viser hvordan innholdet i psykotiske hallusinasjoner har en signifikant relasjon med barndomstraumer som seksuelle overgrep og fysisk mishandling. Seksuelle overgrep i tidlig alder har blant annet vist å kunne påvirke risikoen for å utvikle både seksualiserte vrangforestillinger og auditive hallusinoser som å høre stemmen til overgriper (Beck & Van der Kolk, 1987). Lignende relasjoner mellom traumer og psykose ser også ut for å gjelde traumer opplevd i voksen alder.

Det kan tenkes at traumer er både fremmede og opprettholdende for det psykotiske symptombildet, der traumeerfaringer i voksen alder kan fungere som en potensiell medierende faktor mellom barndomstraumer og psykose (Read et al., 2005). Blant annet illustreres en sammenheng hvor frekvens og intensitet av traumeerfaringen vil kunne påvirke psykoselidelsens prevalens og alvorlighetsgrad. Prospektive studier taler videre for et gjensidig retningsforhold hvor traumer over tid predikerer psykose, og motsatt hvor psykose i seg selv kan oppleves traumatiserende (Kelleher et al., 2013).

Fundamentale og karakteristiske endringer i tenkning og persepsjon, slik som vrangforestillinger og hallusinasjoner, kan skape reaksjoner hos individet i etterkant av en psykose. Det er rimelig å anta at en opplevelse av avvik i identitet og virkelighetsforståelse vil være skremmende for individet. Videre kan bruk av beroligende midler, fysisk skjerming og tvang fasilitere for manglende kontroll og økt frykt – to kjente risikofaktorer for utvikling av PTSD (Solem, Nilsen & Vogel, 2016, s. 145).

Priebe, Bröker og Gunkel (1998) fant at 51% av pasientene med schizofreni rapporterte om symptomer forenlig med PTSD i etterkant av innleggelse, især i henhold til sterke emosjonelle etterreaksjoner tilknyttet hospitalisering (Morrison et al., 2003). Slike reaksjoner i etterkant av psykose betegnes også i ICD-10 under diagnosen post-schizofren depresjon (World Health Organization, 2016, s. 89-90). Diagnosen representerer hvordan primært negative symptomer på schizofren lidelse fremdeles kan være til stede og samtidig sammenfalle med kriterier for alvorlig depressiv episode. Dette kan belyse en diagnostisk utfordring, da negative symptomer på psykose kan sammenfalle med symptomkriterier for både traumelidelser og depressive episoder. En sentral innvending blir derfor om man kan tale for en endimensjonal eller en adskilt forståelse av psykose og PTSD.

Som et tilsvarende til den etablerte sammenhengen mellom traumer og utvikling av psykose foreslo Kingdon og Turkington (1999) å innføre diagnosen traumeindusert psykose. Dette for å romme pasienter som viser repetitive og belastende hallusinasjoner tilknyttet traumeerfaringen. Videre argumenterer Morrison med flere (2003) for hvordan PTSD og psykoselidelser kan ha et sammenfallende symptom-bilde, og foreslår et alternativt perspektiv som forener lidelsene til samme spekter.

Blant annet har hallusinasjoner og vrangforestillinger blitt tolket som mulige mestringsstrategier for å kunne bearbeide en alvorlig traumatisk opplevelse (Romme & Escher, 1989). Samtidig argumenteres det for at individer med psykose ofte utsettes for nye

traumer og at traumer i seg selv kan fungere som en mediator mellom psykose og traumelidelser (Kelleher et al., 2013; McGorry et al., 1991; Shaw, McFarlane, Bookless & Air, 2002). På denne måten kan retraumatisering bidra til å øke symptomene på psykose, og således føre til en livsstil som fasiliterer til nye traumeerfaringer. Slike innvendinger har bidratt til å nyansere den etablerte sammenhengen sett i litteraturen.

Som følge av mange mulige assosiasjoner mellom psykose og traumer så råder det liten tvil om at relasjonen eksisterer, samt at dette medfører stor belastning for populasjonen det påvirker. Ved utredning og diagnostisering legges selve grunnlaget for behandling. Et viktig poeng er derfor at underrapportering av lidelser vil kunne få konsekvenser for pasientens behandlingseffekt.

2.4 Behandling av PTSD

Traumefokusert behandling innebærer en tydelig og systematisk tilnærming. Hovedmålet er å skape endring i uhensiktsmessige reaksjoner, atferd og tankemønstre som bidrar til å opprettholde lidelsen (Ford, Courtis, Steele, van der Hart & Nijenhuis, 2015; Solem et al., 2016, s. 151; Wampold et al., 2010). NICE-guidelines tilbyr en oversikt over evidensbaserte behandlingstilnærminger for PTSD (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2018). Herunder beskrives traumefokusert kognitiv atferdsterapi, eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) og symptomspesifikk kognitiv atferdsterapi.

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi inkluderer blant annet kognitiv prosesseringsterapi (CPT) og forlenget eksponeringsterapi (PE). CPT innebærer å endre de uhensiktsmessige tankemønstre som bidrar til å opprettholde ubehaget ved traumerelaterte triggere (Resick, Nishith, Weaver, Astin & Feuer, 2002). Det er eksempelvis vanlig at individer med traumeerfaringer tolker verden som et farlig sted, noe behandling med CPT vil forsøke å utfordre. PE benyttes for å modifisere unngåelsesatferd og for å lære strategier som imøtegår ubehaget ved traumeassosierte situasjoner (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007, s.1).

Målet med EMDR er å bearbeide og integrere de traumatiserende minnene, som på grunn av overbelastning ikke har blitt lagret i psykens nettverk (Shapiro, 2001). Gjennom bilateral stimulering av hjernehalvdelene kan tempoet ved informasjonsbearbeidelsen økes, samt ubehaget tilknyttet minnene reduseres (Shapiro, 2001). Et kjerneelement ved behandlingen er å skape trygge rammer for utforsking av kroppens signaler (Shapiro, 2001).

I likhet med CPT og PE er også stress-inokulasjonstrening (SIT) en underkategori av kognitiv atferdsterapi. Via identifikasjon av reaksjonsmønstre, avspenningsteknikker, selvregulering, trening på mestringsstrategier og narrativ eksponering for den traumatiske hendelsen har SIT som mål å danne en resiliens til traumerelaterte triggere (Stress Inoculation Training, u.å.).

I sum handler traumefokusert behandling i stor grad om å implementere hensiktsmessige mestringsstrategier, likevel råder en forsiktighet ved slik behandling for psykosepopulasjonen. I lys av dette vil personer med psykose og komorbid PTSD kunne frarøves potensielt fremmede behandling, noe som vil ha konsekvenser for både enkeltindividet og for samfunnet som helhet.

2.5 Behandling av psykose

Behandling av psykose baserer seg på en kombinasjon av evidensbaserte tilnærminger, som legemiddelbehandling, kunnskapsformidlende familiesamarbeid og kognitiv terapi (Helsedirektoratet, 2013). Psykoedukasjon og antipsykotisk legemiddelbehandling er imidlertid anbefalt som førstevalg ved psykose, og blir i tillegg til behandling også benyttet for å forebygge psykose (Bäumel, Froböse, Kraemer, Rentrop & Pitschel-Walz, 2006; Helsedirektoratet, 2013). Farmakologisk behandling med antipsykotika har vist en dokumentert effekt på hallusinasjoner, vrangforestillinger og abnormal atferd (Helsedirektoratet, 2013). Det er imidlertid ikke alle som oppnår ønsket effekt av

legemiddelbehandling, og 20% opplever tilbakefall til tross for regelmessig medikamentbruk (Helsedirektoratet, 2013).

I forlengelse av dette fremmes et økt fokus mot individuell tilpasning, systemarbeid og forebyggende tiltak. De siste årene har det for eksempel blitt mer vanlig å behandle psykotiske symptomer med kognitiv atferdsterapi, noe som har vist en dokumentert effekt (Helsedirektoratet, 2013). Videre er behandlingstilnæringer som sosial ferdighetstrening, miljøterapi og fysisk aktivitet blitt anbefalt som nødvendige elementer for å fremme pasientens selvstendighet og funksjonsnivå (Helsedirektoratet, 2013). Til tross for at psykoterapeutiske tilnæringer ser ut til å ha fått et økende fokus ved behandling av psykoser, fremstår implementeringen av et traumefokus imidlertid mindre betydningsfull.

Psykoselidelser er funnet som et eksklusjonskriterium i studier som måler effekt av traumefokusert behandling (Ronconi, Shiner & Watts, 2014; Spinazzola et al., 2005). Dette begrunnes med en forhøyet risiko for å forverre den psykotiske pasientens helsetilstand (Gairns et al., 2015; Mueser et al., 2002). Denne ekskluderingen kan bidra til å begrense behandlingstilbudet, og man kan stille seg undrende til hvorvidt traumefokusert behandling kan være gunstig for denne populasjonen.

2.6 Konsekvenser for samfunnet og enkeltindividet

I en rapport fra Folkehelseinstituttet (2018, s. 24) ble det beregnet at om lag 16-22 % av den voksne befolkningen vil få en psykisk lidelse i løpet av ett år. Samfunnsmessig har dette store kostnader, da psykiske lidelser assosieres med manglende arbeidskraft, økt sykefravær og behov for helsehjelp (Folkehelseinstituttet, 2017, s. 27). Folkehelseinstituttet har estimert et årlig forbruk på mellom 60–70 milliarder kroner for å dekke de økonomiske kostnadene relatert til psykiske lidelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 187).

Psykoselidelser rammer opp mot fire prosent av befolkningen, hvorav livsrisikoen for å utvikle schizofreni ligger på om lag én prosent (Helsedirektoratet, 2013, s. 140). Et sentralt

funn er at psykoselidelser assosieres med betydelige funksjonsfall, noe som kan påvirke utdanning og arbeidsevne, og følgelig medføre arbeidsfravær og uføretrygd (Folkehelseinstituttet, 2017, s. 27; Holmén, u.å.). Selv om psykoselidelser utgjør en liten del av de psykiske lidelsene, så er det likevel alvorlige tilstander som ofte fører til behov for langvarig helsehjelp.

PTSD har samtidig vist seg å stå for en av de høyeste andelene av benyttet helsehjelp, til tross for en befolkningsforekomst på bare én prosent (Greenberg, et al 1999; Kessler & Greenberg, 2002). Populasjonen med PTSD og komorbid psykose viser i tillegg en dårligere prognose og er mer utsatt for å oppleve nye traumer (Kelleher et al., 2013). Funnt som dette kan tyde på at samfunnet bruker betydelige ressurser for å behandle, tilrettelegge og følge opp populasjonen med psykose og PTSD.

2.7 Studiens formål og forskningsspørsmål

Forskningslitteraturen kan peke mot flere årsaker til at traumefokusert behandling bør vurderes for populasjonen med psykose og komorbid PTSD. PTSD og traumer har vist en høy forekomst hos personer som opplever psykose, der relasjonen ser ut til å kunne påvirke både prognose, livskvalitet og effekt av behandling (Buckley et al., 2009; Resnick et al., 2003; Varese et al., 2012). Til tross for dette er PTSD og traumer funnet både underkommunisert og ubehandlet i psykosepopulasjonen. Behandlingstilbudet for disse lidelsene er viktig å utforske, da både enkeltindividet og samfunnet belastes i stor grad. Det foreligger manglende dokumentasjon som kan utfordre den nåværende litteraturen, og som kan belyse mulige feiloppfatninger av en potensiell implementering av traumefokusert behandling.

Formålet med denne studien er å undersøke effekt av traumefokusert behandling blant pasienter med psykose og komorbid PTSD. Det vil si individer som i tillegg til psykose også kan tilfredsstille kriteriene for en PTSD-diagnose. I lys av dette ønsker vi å besvare om (1)

komorbid PTSD-diagnose kan behandles blant individer med diagnostisert psykoselidelse, og (2) hvorvidt behandlingen kan ha positiv effekt på psykotiske symptomer.

Forfatterne har en hypotese om at traumefokusert behandling trygt kan implementeres som et mulig behandlingstilbud i deler av psykosepopulasjonen (komorbid psykoselidelse og PTSD). Videre forventes en positiv effekt av behandling på både traumerelaterte- og psykoserelaterte symptomer.

3. Metode

For å undersøke effekt av traumefokusert behandling på psykosepopulasjonen ble det gjennomført en systematisk litteraturgjennomgang.

3.1 Litteratursøk

Søket ble gjennomført i de fem elektroniske databasene; PsycInfo, Cinahl, Cochrane Library, Medline og Embase. Dette fordi databasene dekker litteratur innen psykologifaget og tilgrensende fag fra anerkjente tidsskrift. De selekterte databasene gir spesielt god innsikt i empirisk og kvalitativ forskning, preklinisk vitenskap, rapporterer tilknyttet pasienterfaring, forskning på generell folkehelse og psykofarmaka.

3.2 Søkestrategi

Begreper knyttet til psykoterapi ble valgt på bakgrunn av veletablerte evidensbaserte terapiformer (Cukor, Olden, Lee & Difede, 2010; Foa, 2011; Lancaster, Teeters, Gros & Back, 2016; Lee, Gavriel, Drummond, Richards & Greenwald, 2002). Strategi for søk med inkluderte søkebegrep og kombinasjoner kan ses i tabell 1.

Tabell 1.

Begrep og kombinasjoner brukt i litteratursøk.

Kombinert med OR		Kombinert med OR
«psychosis»		«prolonged exposure therapy»
«schizophrenia»		«eye movement desensitization and reprocessing»
«psychotic disorder»	AND	«EMDR»
«psychotic symptoms»		«cognitive processing therapy»
		«stress inoculation training»

3.3 Studieseleksjon

For å bli inkludert i litteraturgjennomgangen måtte utvalget i studiene vise til enten diagnostisert psykoselidelse eller psykoselignende symptomer. Videre inkluderte vi studier der traumefokusert behandling i form av SIT, PE, EMDR eller CPT ble benyttet. Studier som viste til en traumefokusert behandlingsform tilsvarende CPT ble i tillegg inkludert i utvalget som følge av psykoterapeutisk innhold. Samlet ble studier som viste til original og ny kunnskap på feltet inkludert i studiet, herunder RCT-studier og kvalitative studier.

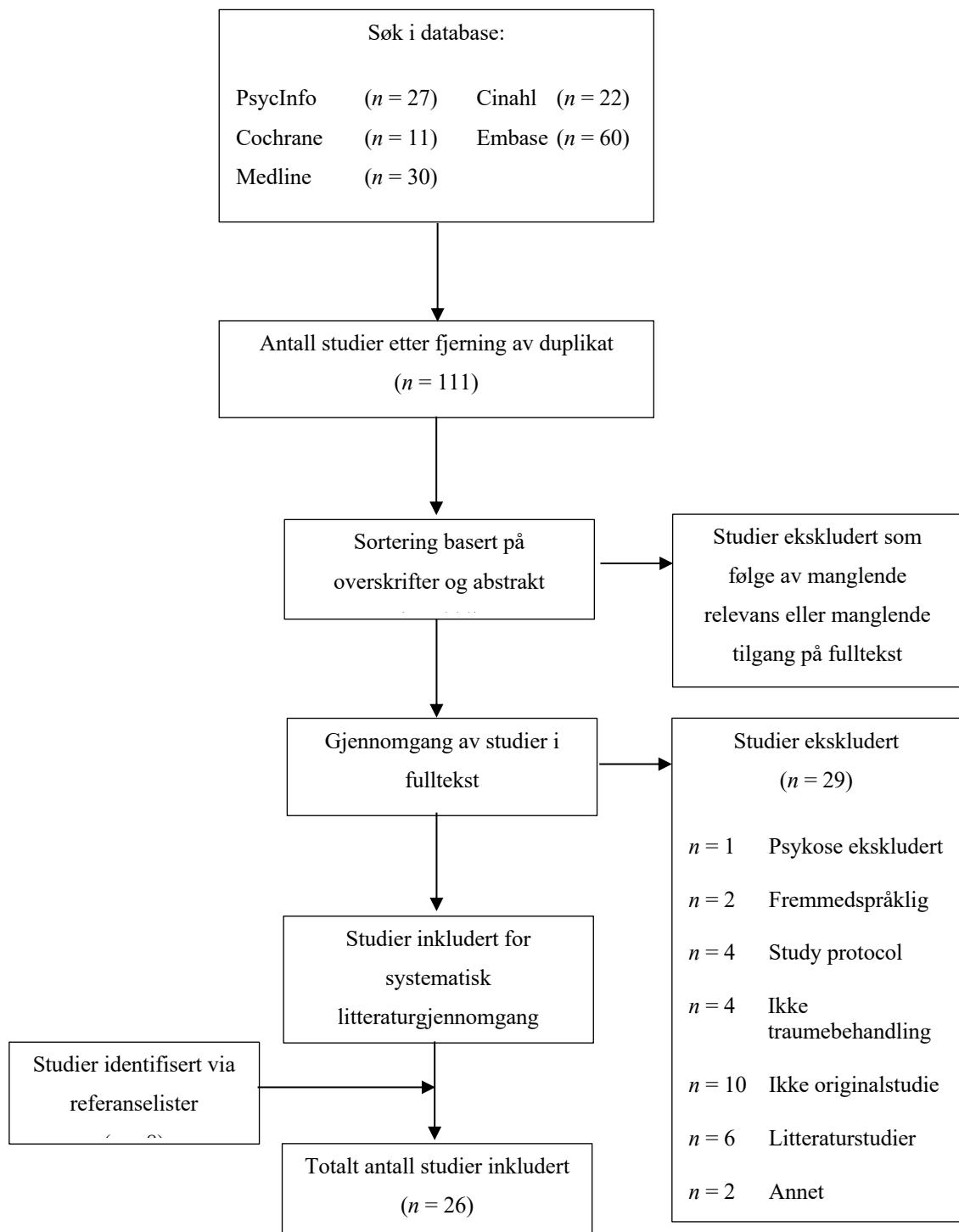
Formålet med litteraturgjennomgangen var å finne mulig effekt av traumefokusert behandling i pasientgruppe med psykoser. Det var derfor naturlig å ekskludere andre litteraturstudier, bøker og planskisser for fremtidige studier i gjennomgangen. Videre ble studier ekskludert fra utvalget dersom de ikke kunne vise til forhåndsbestemte traumefokuserte behandlingsformer (SIT, PE, EMDR, CPT). Studier ble også ekskludert i tilfeller hvor det ikke forelå beskrivelse av diagnostisert psykoselidelse og/eller psykotiske symptom i utvalgspopulasjonen. For å kunne inkludere studiene i gjennomgangen måtte de være tilgjengelig i fulltekst, samt være engelskspråklig eller skandinavisk-språklig.

3.4 Datainnsamling

Forfatterene gjennomførte uavhengige søk i de elektroniske databasene Medline, PsycInfo, Embase, Cochrane Library og Cinahl. Siste søk ble gjennomført 02 Februar 2020.

Tittel og abstrakt ble gjennomgått for å identifisere passende artikler for utvelgelse. I tilfeller med tvil ble artikler gjennomgått i fulltekst. I tillegg ble det gjort en gjennomgang av aktuelle referanselister for å identifisere relevante artikler.

For å motvirke skjevhet i seleksjonsprosessen ble det gjennomført et søk på ikke-publiserte studier ved bruk av ClinicalTrials.gov. Følgende ble gjort for å unngå at den systematiske litteraturgjennomgangen ikke bare skulle basere seg på studier som bekrefter funn. Vi ønsket å fremme et troverdig og nyansert bilde av all tilgjengelig litteratur – både publisert og ikke publisert. Gjennom søket fant vi ingen ikke-publiserte studier som tilfredstilte våre kriterier for inklusjon. Oversikt over resultater fra systematisk søk og antall studier vurdert foreligger i figur 1.



Figur 1. Systematisk søk og studieseleksjon

4. Resultat

4.1 Karakteristikker ved studiene i utvalget

I alt 26 studier tilfredsstilte våre kriterier og ble følgelig inkludert i litteraturgjennomgangen. Av de inkluderte studiene var syv kvalitative studier, der én av disse ble identifisert gjennom referanseliste. Videre ble 14 randomiserte kontrollstudier (RCT) inkludert i litteraturgjennomgangen der syv ble identifisert gjennom referanseliste. En studieprotokoll oppført av de Bont med flere (2013^a) dannet grunnlag for studiedesign og metodisk utførelse i to studier (de Bont et al., 2016; van den Berg et al., 2015). Videre ble disse grunnlag for sekundæranalyse og oppfølging ved fire studier i utvalget (de Bont et al., 2019; van den Berg et al., 2016^a; van den Berg et al., 2018; van Minnen et al., 2016).

Av de kvantitative studiene hadde seks av disse innen-gruppe design og var uten sammenligningsgruppe. Der effekt av traumefokusert behandling ble vurdert på bakgrunn av endring i symptomer etter behandling (de Bont, van Minnen & de Jongh, 2013^b; Frueh et al., 2009; Hale, Bohnert, Ganoczy & Sripada, 2019; Matthijssen, Heitlans, Verhoeven & van den Hout, 2019; Mueser et al., 2007; van den Berg & van der Gaag, 2012).

Tabell 2 gir en utfyllende beskrivelse av studienes karakteristikk. Samlet viste studiene et aldersspenn fra 16 til 65 år, hvorav 14 studier viste til en overvekt av menn i utvalget. 23 studier presenterte deltakere i utvalget med diagnostisert psykoselidelse eller nylig alvorlig psykotisk episode (schizofrenilidelse, schizoaffektiv lidelse, affektiv-psykose og uspesifisert psykose). Videre var det fire studier som viste til symptomer nært forenlig med psykotisk episode, hvor symptomer ble vurdert som positive eller negative psykosesyntomer. Herunder vrangforestillinger, hallusinasjoner, paranoide tanker, grandiositet og forfølgelsesideer. Deltakere presentert i 17 studier viste en komorbid diagnostisert PTSD-lidelse, mens det i ni studier ble vist til en traumehistorikk og symptomer forenlig med kriterier for PTSD-lidelse.

Tabell 2.

Karakteristikker ved studiene i utvalget

Forfatter (år)	Design	TFB	Utfallsmål	Diagnose / Symptom	<i>n</i>	Alder (år)	Kjønn
Buck (2019)	RCT	PE; (VRE)	Effekt av traumefokusert behandling på psykoselignende symptomer, og sammenheng med PTSD. (Sekundæranalyse).	PTSD med samtidige psykoselignende symptom.	162	Ukjent	96% Menn
de Bont (2016)	RCT	EMDR; PE	Effekt av traumefokusert behandling av psykoselidelse, depresjon og sosial fungering.	Psykoselidelse og PTSD. Schizofreni (61.3%), schizoaffectiv (29.0%), uspesifisert (3.2%), affektiv (6.4%)	155	M = 41.2 SD = 10.5	71 Menn 84 Kvinner
de Bont (2019)	RCT	EMDR; PE	Kostnad- og effektivitetsanalyse. Bortfall av PTSD-lidelse og livskvalitet.	Psykoselidelse og PTSD. Schizofreni (61.3%), schizoaffectiv (29.0%), uspesifisert (3.2%), affektiv (6.4%)	155	M = 41.2 SD = 10.5	71 Menn 84 Kvinner
Jackson (2009)	RCT	CBT	Effekt av traumefokusert behandling på traumesymptom, depressive symptom og selvtillit.	Første episode av ikke-affektiv psykose og traumehistorikk.	66	M = 23.3 SD = 4.6	49 Menn 17 Kvinner
Kim (2010)	RCT	EMDR; (PMR)	Effekt av traumefokusert behandling på akutt fase av schizofreni, gjennomførbarhet, symptomlette og remisjon.	Schizofreni	45	18-65	80% Kvinner

Tabell 2. Fortsettelse

Mueser (2015)	RCT	CBT	Effekt av traumefokusert behandling på traumesymptom og livskvalitet.	Alvorlig psykisk lidelse og rapporterte traumesymptom. Schizofreni-spekterlidelse ($n = 53$).	201	Ukjent	63 Kvinner
Mueser (2008)	RCT	CBT	Effekt av traumefokusert behandling på PTSD og generell psykopatologi.	Alvorlig psykisk lidelse og PTSD. Schizofreni ($n = 8$) og schizoaffektiv lidelse ($n = 9$).	108	M = 44.21 SD = 10.64	23 Menn 85 Kvinner
Steel (2017)	RCT	CBT	Effekt av traumefokusert behandling på PTSD	Schizofreni, schizoaffektiv eller schizofreniform lidelse og samtidig traumehistorikk.	61	M = 42.3 SD = 10.2	62.3% Menn
van den Berg (2018)	RCT	EMDR; PE	Sammenligne utfallsmål 6mnd. og 12mnd. for vurdering av forskjeller og langsiktig effekt av traumefokusert behandling.	Psykoselidelse og PTSD. Schizofreni (61.3%), schizoaffektiv (29.0%), uspesifisert (3.2%), affektiv (6.4%)	155	M = 41.2 SD = 10.5	71 Menn 84 Kvinner
van den Berg (2015)	RCT	EMDR; PE	Effekt og 'trygghet' av traumefokusert behandling på PTSD.	Psykoselidelse og PTSD. Schizofreni (61.3%), schizoaffektiv (29.0%), uspesifisert (3.2%), affektiv (6.4%)	155	M = 41.2 SD = 10.5	71 Menn 84 Kvinner
van den Berg (2016 ^a)	RCT	EMDR; PE	Effekt og negative konsekvenser av traumefokusert behandling; symptomforverring, 'uheldige' hendelser og retraumatisering.	Psykoselidelse og PTSD. Schizofreni (61.3%), schizoaffektiv (29.0%), uspesifisert (3.2%), affektiv (6.4%)	155	M = 41.2 SD = 10.5	71 Menn 84 Kvinner

Tabell 2. Fortsettelse

van den Berg (2016 ^b)	RCT	EMDR; PE	Predikere baseline-faktors innvirkning på effekt av traumefokusert behandling.	Psykoselidelse og PTSD. Schizofreni (60.2%), schizoaffektiv (29.6%) andre (10.2%).	108	Ukjent	Ukjent
van Minnen (2016)	RCT	EMDR; PE	Effekt av traumefokusert behandling på dissosiativ og ikke-dissosiativ PTSD. (Sekundæranalyse).	Psykoselidelse og komorbid PTSD med (24.1%) eller uten dissosiativ subtype. 60.2% med schizofreni og 29.6% med schizoaffektiv lidelse.	155	Ukjent	Ukjent
de Bont (2013 ^b)	Innen-gruppe	EMDR; PE	Effekt og trygghet av traumefokusert behandling på PTSD, hallusinasjoner, vrangforestillinger, psykotiske tendenser, generell psykopatologi og sosial fungering.	Pågående positive eller negative symptom og PTSD.	10	25-56	2 Menn 8 Kvinner
Frueh (2009)	Innen-gruppe	CBT	Effekt av traumefokusert behandling av PTSD, generell psykopatologi og sosial fungering.	Schizofreni eller schizoaffektiv lidelse med komorbid PTSD.	20	M = 42.30 SD = 8.40	25% Menn
Hale (2019)	Innen-gruppe	CPT; PE	Predikere fullførelse av traumefokusert behandling for PTSD blant ulike komorbide lidelser.	PTSD-symptomer. <i>n</i> = 1608 med komorbid psykoselidelse.	16599 (1608)	M = 45.78 SD = 14.19	82.1% Menn
Matthijssen (2019)	Innen-gruppe	EMDR	Effekt av traumefokusert behandling på traumesymptom tilknyttet auditive hallusinasjoner.	Individer med traumesymptom og auditive hallusinasjoner.	33	M = 40.03 SD = 11.63	39.4% Kvinner

Tabell 2. Fortsettelse

Mueser (2007)	Innen- gruppe	CBT	Effekt av traumefokusert behandling på PTSD, depresjon og traumerelaterte symptom.	PTSD og alvorlig psykisk lidelse. Schizofreni eller schizoaffektiv lidelse ($n = 10$).	80	M = 42.87 SD = 7.93	79% Kvinner
van den Berg (2012)	Innen- gruppe	EMDR; PE	Effekt og 'trygghet' av traumefokusert behandling.	Schizofreni-spekterlidelse og komorbin PTSD.	27	M = 45.00 SD = 9.37	15 Menn 12 Kvinner
Barrowclough (1987)	Kasus	SIT	Effekt av traumefokusert behandling på generell psykopatologi, hverdagsfunksjon og sosial fungering.	Schizofreni	1	29	Mann
Clark (2014)	Kasus	EMDR	Effekt av traumefokusert behandling på traumesymptom.	Paranoid schizofreni og traumesymptom.	1	26	Mann
Kratzer (2017)	Kasus	EMDR; CBT	Effekt av traumefokusert behandling på PTSD, positive symptom og generell psykopatologi.	Schizoaffektiv personlighetsforstyrrelse med psykotisk symptombilde og komorbid PTSD.	1	53	Kvinne
Laugharne (2012)	Kasus	EMDR	Belyse effekt og bruksområde for traumefokusert behandling.	Schizofreni, uspesifisert psykose eller maniske episoder med vrangforestillinger. Rapportert traumehistorikk.	4	22-28	Menn
van der Vleugel (2012)	Kasus	EMDR; PE	Belyse interaksjonen mellom traume, PTSD og psykose. Vurdere effekt av traumefokusert behandling.	Schizoaffektiv lidelse og komorbid PTSD.	1	59	Mann

Tabell 2. Fortsettelse

Waltman	Kasus	CPT	Effekt av traumefokusert behandling på traume- og psykoselignende symptom.	Rapportert traumehistorikk og mulig psykose, med økende paranoid tankeinnhold og maniske episoder.	1	37	Mann
Yasar	Kasus	EMDR	Effekt av traumefokusert behandling på PTSD, generell psykopatologi og psykose.	Schizofreni og rapportert traumehistorikk. Søvndeprivasjon, paranoid tankeinnhold, lav ADL-funksjon og irritabilitet.	1	43	Kvinne

Note. Bare første forfatter er nevnt i tabellen. TFB = Traumefokusert Behandling; *N* = Antall deltakere i studien; PTSD = Posttraumatisk Stresslidelse; RCT = Randomisert Kontrollstudie; SIT = Stress-Inokulasjonstrening; EMDR = Eye Movement Desensitization and Reprocessing; PE = Forlenget Eksponeringsterapi; CPT = Kognitiv Prosesseringsterapi; CBT = Kognitiv Atferdsterapi; VRE = Virtual Reality Exposure; PMR = Progressive Muscle Relaxation.

4.2 Effekt av traumefokusert behandling på PTSD

Av de 24 studiene som undersøkte effekt av behandling, var det 22 som undersøkte effekt av traumefokusert behandling for PTSD i en populasjon som samtidig utviser symptomer forenlig med psykose. Samlet observeres en positiv effekt av traumefokusert behandling (Tabell 3). 19 studier viser en betydelig nedgang i traumesymptomer målt av standardiserte verktøy for diagnostisering og kartlegging av PTSD-diagnose, der seks studier kan påvise signifikant reduksjon av PTSD-symptomer (de Bont et al., 2013^b; Mueser et al., 2007; Mueser et al., 2015; Steel et al., 2017; van den Berg & van der Gaag, 2012; Yasar et al., 2018).

Motsatt oppgir tre studier en nedgang på traumesymptomer som ikke kan tilskrives behandling (Frueh et al., 2009; Jackson et al., 2009; Kratzer, Heinz & Schennach, 2017). Langsiktig effekt av traumefokusert behandling ble i sju studier målt etter 5-12 mnd. Fem av disse kunne vise til en økende forbedring av symptombilde.

I sum kan de inkluderte studiene vise en relativt homogen positiv effekt av traumefokusert behandling i en populasjon med psykoselidelser og/eller psykotisk symptombilde.

4.3 Effekt av traumefokusert behandling på psykotiske symptomer

Av de 24 studiene som så på effekt av traumefokusert behandling var det 15 som undersøkte endringer i psykotisk symptombilde etter behandling. Samlet viser studiene en nedgang i psykoselignende symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner, paranoide kognisjoner, grandiositet og forfølgelsesideer som følge av traumefokusert behandling. Tre studier kan imidlertid rapportere om en signifikant nedgang av psykotiske symptomer (van den Berg & van der Gaag, 2012; van den Berg et al., 2016^a; Yasar et al., 2018), der kun én av disse var RCT-studie (van den Berg et al., 2016^a).

Ingen av studiene kunne påvise en økning av hverken intensitet eller frekvens av psykoselignende symptomer. Alvorlighetsgraden av det psykotisk symptombilde kunne heller ikke predikere effekt av traumefokusert behandling (van den Berg et al., 2016^b). Denne sammenhengen kan underbygge antakelsen om at det ikke foreligger et godt nok grunnlag for å ekskludere pasientgruppen med psykose-symptomer fra traumebehandling.

4.4 Negative konsekvenser av behandling

Traumefokusert behandling har blitt ekskludert for populasjonen med komorbid psykose (Frueh et al., 2009; van den Berg et al., 2015; van den Berg & van der Gaag, 2012; van Minnen et al., 2016). Dette kan trolig forklare hvorfor det foreligger et relativt lite kunnskapsgrunnlag vedrørende traumebehandling for denne populasjonen.

Av de identifiserte studiene finner vi imidlertid flere resultater som motsier en slik eksklusjon. Blant annet viser 11 studier en enten uendret psykosetilstand eller reduksjon av psykotiske symptom. Det ble i fire studier eksplisitt vurdert uheldige hendelser, hvor ingen av disse kunne vise til direkte negative konsekvenser av traumefokusert behandling (de Bont et al., 2013^b; van den Berg et al., 2015; van den Berg et al., 2016^a; van den Berg & van der Gaag, 2012). Uheldige hendelser ble i studiene definert som tilfeller av blant annet akutt hospitalisering, suicidal atferd, selvskading og rusmisbruk.

Videre gjorde de Bont med flere (2019) en helseøkonomisk kostnadsanalyse hvor traumefokusert behandling kunne påpeke en betydelig lavere kostnad sammenlignet med ordinær behandling for pasienter med psykoselidelse og komorbid PTSD. Dette funnet baserer seg både på produktivitet og mål på livskvalitet samt en 26% (EMDR) og 22% (PE) større sannsynlighet for at en PTSD diagnose ble fjernet. Én studie kunne imidlertid rapportere om signifikant lavere sosial funksjon gjennom behandlingsløpet (van den Berg et al., 2018). Dette til tross for symptomlette ved både PTSD og psykose. van den Berg med

flere (2018) begrunner nedgangen på sosial funksjon med en i utgangspunktet lavt fungerende populasjon.

4.5 Komplementære effekter funnet ved kassstudier

De kvalitative studiene kunne i tillegg til symptomlette ved PTSD og psykose også vise til andre effekter ved et endt behandlingsforløp. Kratzer med flere (2017) fant en nedgang i interpersonlige vansker og sosial unngåelse samtidig som troen på egen mestring ble styrket. I denne studien fikk pasienten en integrativ behandlingstilnærming, der EMDR utgjorde én av dem. Pasienten beskrev EMDR som et virksomt redskap for å sette ord på traumene, noe som kan ha underbygget mestringstroen. To studier fant i tillegg en generell bedret hverdagsfunksjon (Laugharne, 2012; Waltman, 2015), der én av disse kunne rapportere om redusert frykt for egne symptomer (Laugharne, 2012).

Et gjennomgående funn ved flere av de kvalitative studiene synes å være økt innsikt i egen kognisjon og tankemønstre (van der Vleugel, van den Berg & Staring, 2012; Waltman, 2015). Tre av seks studier rapporterte om bedre forståelse og økt kjennskap til egen patologi (Clark, Tyler, Gannon & Kingham, 2014; van der Vleugel et al., 2012; Waltman, 2015). For noen av deltakerne resulterte behandlingen i en redusert fiksering av egne vrangforestillinger (Waltman, 2015). Mindre fiksering og bedret forståelse av egen patologi kan underbygge noe av årsaken til at Clark med flere (2014) fant en økt opplevelse av kontroll i etterkant av traumefokusert behandling.

4.6 Frafall

Frafall ble definert på ulike måter i de forskjellige studiene. Noen studier vektla et kontinuerlig oppmøte gjennom hele behandlingsforløpet, der etterevaluering av intervensjonen også inngikk. Andre studier hadde et minimumskriterium på én av flere behandlingssesjoner før et frafall ble rapportert. Av studiene som oppga frafallsprosent ($n=15$) så varierte prosentandelen fra 9% til 68,9% (Hale et al., 2019; Mueser et al., 2015).

Nyansene ved frafallsprosenten kan blant annet forklares av faktorer som varierende utvalgsstørrelse og ulik definisjon av frafallsbegrepet. Det er derfor vanskelig å estimere en gjennomsnittlig frafallsprosent som redelig gjenspeiler populasjonen. Av de kvalitative studiene ($n = 7$) var det ingen som avbrøt eller falt fra behandling.

En studie av Hale med flere (2019) fant alder som en signifikant prediktor for frafall. I denne studien økte frafallsprosenten med alder, der yngre deltakere hadde en signifikant høyere gjennomføringsprosent av åtte eller flere intervensjoner. Slike funn samsvarer med tidligere studier, som har kunnet vise til lignende resultater (Gros, Yoder, Tuerk, Lozano & Acierno, 2011; Jeffreys et al., 2014; Mott et al., 2014). Oversikt over studienes viktigste funn kan sees i tabell 3.

Tabell 3.

Oversikt over viktigste funn fra inkluderte studier

Studie	Intervensjonskomponenter	Hovedfunn
Buck (2019)	<i>n</i> = 162 ble randomisert til 10 intervensjoner PE (eller VRE). PE intervensjoner bestående av psykoedukasjon, in-vivo-eksponering, billedlig eksponering og hjemmeoppgaver.	Alvorlighetsgrad av PTSD var signifikant relatert til paranoide tanker. Signifikant effekt av behandling på paranoid kognisjon (førfølgelsesideer). Reduserte mål på hallusinasjoner. Ikke signifikant i henhold til terapeutisk intervensjon.
de Bont (2016)	8 x 90 min. EMDR (<i>n</i> = 55) eller PE (<i>n</i> = 53) etter standardisert protokoll.	EMDR og PE viste signifikant større nedgang i paranoid tankeinnhold. Effekt vedlikeholdt ved 6 mnd. oppfølging i PE-gruppen. Ingen forskjell mellom gruppene og venteliste på auditive verbale hallusinasjoner og sosial fungering.
de Bont (2019)	8 x 90 min. EMDR (<i>n</i> = 55) eller PE (<i>n</i> = 53) etter standardisert protokoll.	Traumefokusert behandling viste lavere kostnad per pasient per 6 mnd. Bedret livskvalitet og betydelig nedgang i PTSD-symptomer. Etter endt behandling kvalifiserte hhv. 26% (EMDR) og 22% (PE) ikke lenger til kriteriene for PTSD.
Jackson (2009)	<i>n</i> = 36 mottok <i>Cognitive therapy based Recovery Intervention</i> ; tilsvarende traumefokusert CBT.	Lavere nivå av PTSD i intervensjonsgruppen etter endt behandling. Ingen signifikante endringer mellom 6 og 12 mnd. Tid viste seg som utslagsgivende faktor for symptomlette ved oppfølging 6mnd. og 12 mnd. Ingen målt effekt på depresjon og selvfølelse.
Kim (2010)	<i>n</i> = 15 mottok 3 x ukentlige intervensjonstimer av 60-90 min. EMDR etter standardisert protokoll.	Samlet viste behandling seg gjennomførbar ved akutt schizofreni, uten negative konsekvenser som symptomforverring. Ingen signifikante effekter relatert til symptomlette av positive og negative symptomer på psykose.

Tabell 3. *Fortsettelse*

Mueser (2015)	n = 104 mottok traumefokusert CBT-program med pusteøvelser, psykoedukasjon, kognitiv restrukturering og hjemmeoppgaver. n = 87 mottok Brief Treatment Program med pusteøvelser, psykoedukasjon og hjemmeoppgaver.	CBT program viste signifikant reduksjon av PTSD symptomer. Høyere remisjon av PTSD blant CBT-gruppen. Betydelig bedring av generelt funksjonsnivå.
Mueser (2008)	Traumefokusert CBT tilsvarende CPT. n = 54 mottok 12 – 16 intervensjonstimer.	Betydelig reduksjon av PTSD-symptomer, hvor effekt av behandling viste seg sterkest blant individer med alvorlig PTSD. Ingen betydelig nedgang i mål på psykotiske symptom.
Steel (2017)	Traumefokusert CBT. n = 30 mottok 12 – 16 timers program med tre komponenter: psykoedukasjon, pustetrening og kognitiv restrukturering.	Både CBT-gruppen og kontroll hadde signifikant nedgang i PTSD-symptomer over tid. Ingen signifikant forskjell mellom CBT-gruppen og venteliste på positive og negative symptom for psykose.
van den Berg (2018)	EMDR (n = 38) eller PE (n = 43) etter standardisert protokoll.	Ingen signifikante endringer i klinisk vurdert PTSD, paranoid tankeinnhold, auditive hallusinasjoner eller vrangforestillinger mellom oppfølging (6-12mnd.). Signifikant lavere nivå av sosial fungering ble funnet i begge gruppene mellom 6mnd. og 12 mnd. Ingen signifikante forskjeller mellom PE og EMDR som behandlingsform.
van den Berg (2015)	PE (n = 53) og EMDR (n = 55), 8 ukentlige timer 90 min innen 10 uker etter standardisert protokoll.	PE og EMDR viste større symptomreduksjon ved PTSD sammenlignet med venteliste. PE og EMDR-gruppene hadde økt sannsynlighet for bortfall av PTSD diagnose. PE (ikke EMDR) viste større sannsynlighet for full remisjon av PTSD. Effekt vedlikeholdt ved 6 mnd.

Tabell 3. *Fortsettelse*

van den Berg (2016 ^a)	PE ($n = 53$) og EMDR ($n = 55$), 8 ukentlige timer 90 min innen 10 uker etter standardisert protokoll.	Samlet viste traumebehandling symptomforbedring for PTSD. Signifikant nedgang i paranoid tankeinnhold. Ingen økning av hallusinasjoner og dissosiasjoner målt i behandlingsgruppen. Sammenlignet med venteliste viste traumefokusert behandling færre retraumatiseringer, lavere suicidalitet og ingen uheldige hendelser.
van den Berg (2016 ^b)	$n = 108$ mottok 8 x 90 min. EMDR etter standardisert protokoll.	Mer alvorlig PTSD ved baseline var signifikant assosiert med større symptomforbedring. Psykotiske symptomer kunne ikke signifikant forklare variansen i PTSD-symptomer etter endt behandling. Ingen signifikant forskjell i psykosesymptom blant de som fullførte og dropout.
van Minnen (2016)	EMDR ($n = 55$) og PE ($n = 53$). 8 intervensjoner etter standardisert protokoll eksklusive forberedende øvelse for emosjonsregulering.	Kombinert viste PE og EMDR en nedgang på PTSD symptomer for både dissosiativ subtype og ikke-dissosiativ PTSD. I forkant av behandling viste dissosiativ PTSD et signifikant mer alvorlig symptombilde, denne forskjellen var ikke signifikant etter behandling.
de Bont (2013 ^b)	12 x 90 min. EMDR ($n = 5$) eller PE ($n = 5$) etter standardisert protokoll.	Deltakere som fullførte behandling ($n = 8$) viste en nedgang i traumesymptom. Signifikant nedgang i PTSD etter behandling og ved oppfølging. Ingen signifikant effekt av behandling på vrangforestillinger og auditive hallusinasjoner. Ingen uheldige hendelser (akutt hospitalisering, suicidal atferd, selvskading, medisinering). Generell psykopatologi og ubehag ble målt signifikant lavere etter behandling. Ingen signifikante endringer på mål for sosial fungering.
Frueh (2009)	11 intervensjoner traumefokusert CBT tilsvarende CPT. Manualbasert og i hht standardisert prosedyre: psykoedukasjon, angstmestring, sosial ferdighetstrening og sinnemestring, eksponeringsterapi og hjemmeoppgaver.	Ingen signifikante forskjeller mellom de som fullførte ($n = 13$) og dropout på kliniske utfall. Signifikant symptomforbedring av PTSD, vedlikeholdt ved 3 mnd. oppfølging. Generell mental helse også betydelig forbedret.

Tabell 3. *Fortsettelse*

Hale (2019)	Minimum 8 intervensjonstimer innen 14 uker. CPT og PE etter standardisert protokoll.	Komorbid psykose- eller bipolar lidelse ($n = 1608$) var assosiert med redusert fullførelse av behandling (> 8 timer).
Matthijssen (2019)	$n = 36$ mottok EMDR etter standardisert protokoll, endret for å matche auditivt innhold.	Traumefokusert behandling viste tydelig reduksjon av traumesymptom, samt redusert intensitet av negative emosjoner tilknyttet auditive hallusinasjoner.
Mueser (2007)	$n = 80$ mottok traumefokusert CBT tilsvarende CPT. 21 ukers program med pustetrening, psykoedukasjon, kognitiv restrukturering, mestringsstrategi og forbedringsplan.	Signifikant reduksjon av PTSD blant de 50% som fullførte behandling. Betydelig nedgang i traumerelaterte og depressive symptomer.
van den Berg (2012)	$n = 27$ mottok max 6 x EMDR etter standardisert protokoll.	Signifikant nedgang i PTSD symptomer, auditoriske verbale hallusinasjoner og vrangforestillinger. Paranoid tankeinnhold og følelse av håpløshet viste ikke signifikant forbedring. Behandling førte ikke til symptomforverring eller uheldige hendelser. Angst, depresjon og selvfølelse viste alle en signifikant forbedring.
Barrowclough (1987)	$n = 1$ mottok 11 intervensjoner bestående av psykoedukasjon, målsetting og stress-inokulasjon.	Betydelig symptomlette til ikke-klinisk nivå uten tilbakefall av psykotisk episode. Betydelig bedring i generelt funksjonsnivå og sosial funksjon
Clark (2014)	$n = 1$ mottok 2 forberedende konsultasjoner for styrking og stabilisering. Ukentlige 6 x 75 min EMDR etter standardisert protokoll.	Bedret forståelse for egen psykopatologi i etterkant av behandling. Kontinuerlig reduksjon i traumerelaterte symptomer. Noe økning ved oppfølging (12 mnd.).

Tabell 3. Fortsettelse

Kratzer (2017)	<i>n</i> = 1 mottok 12 ukers forløp bestående av 16 x 50 min. Traumefokusert CBT og 10 x 100 min. EMDR etter standardisert protokoll.	Ingen betydelig endring i PTSD etter behandling. Signifikant nedgang i PTSD-symptomer ved 6 mnd. oppfølging. Reduksjon i interpersonlige vansker og unngåelsessymptom. Hallusinasjoner og dissosiative symptomer økte først, men viste deretter en redusert karakter. Dissosiative symptomer redusert etter behandling, og vedlikeholdt ved 6mnd. oppfølging. Betydelig bedring av mål på depresjon, angst og mestringstro.
Laugharne (2012)	<i>n</i> = 4 mottok EMDR etter standardisert protokoll. Individene mottok hhv. 2 og 3 intervensjonstimer.	Tydelig redusert symptomtrykk av vrangforestilling og hallusinasjoner. Mindre frykt relatert til symptomer, og generell bedret hverdagsfungering.
van der Vleugel (2012)	<i>n</i> = 1 mottok 3 intervensjonstimer EMDR etter standardisert protokoll.	Nedgang i flashbacks og symptomer på traumeaktivering. Rapportert økt kontroll over kognisjon og reduserte vrangforestillinger. Auditive hallusinasjoner vedvarte etter behandling, dog med redusert emosjonell tilknytning. Ingen uheldige hendelser tilknyttet behandling.
Waltman (2015)	<i>n</i> = 1 mottok 12 intervensjonstimer av 45 min. CPT etter standardisert protokoll.	Nedgang i omfang av traumesymptom til ikke-klinisk nivå. Mindre opphengt av paranoid tankeinnhold. Selvrappertert bedring vedlikeholdt ved 6 mnd. Rapportert bedret hverdagsfunksjon.
Yasar (2018)	<i>n</i> = 1 mottok 2 intervensjonstimer EMDR etter standardisert protokoll.	Signifikant reduksjon av traumerelaterte og psykotiske symptomer, vedlikeholdt ved oppfølging (6mnd.).

Note. Bare førsteforfatter nevnes i tabellen. *N* = Antall deltakere i studien; PTSD = Posttraumatisk stresslidelse; RCT = Randomisert kontrollstudie; SIT = Stressinokulasjonstrening; EMDR = Eye movement desensitization and reprocessing; PE = Forlenget eksponeringsterapi; CPT = Kognitiv prosesseringsterapi; CBT = Kognitiv atferdsterapi; VRE = Virtual reality exposure; PMR = Progressive muscle relaxation.

5. Diskusjon

Hensikten med denne litteraturgjennomgangen var å undersøke nytten av traumefokusert behandling for individer med psykose eller psykoselignende symptomer. Det ble derav gjennomført en systematisk oppsummering av forskning for å kunne besvare dette spørsmålet. I alt 26 studier ble inkludert i gjennomgangen, der 14 av disse utgjorde randomiserte kontrollstudier, seks hadde innen-gruppe design mens resterende syv var kvalitative kasusstudier. I tillegg til flere hovedfunn støttet majoriteten av studiene hypotesen om hvordan traumefokusert behandling kan tjene denne populasjonen.

Et hovedfunn er at PTSD ser ut til å kunne behandles hos individer med komorbide psykoselidelser eller psykoselignende symptomer. Av de 22 studiene som undersøkte dette kunne alle vise en reduksjon av traumerelaterte symptomer, eller til en remisjon av PTSD. Med andre ord tyder dette på at reduksjonen av PTSD-symptomer kan påvirkes i en slik grad at selve lidelsen blir helbredet. I litteraturgjennomgangen var det følgelig tre studier som kunne vise til dette (de Bont et al., 2016; Mueser et al., 2007; Mueser et al., 2015).

Variasjoner innen studienes karakteristika, sammenligningsgruppe og utvalg gjør det imidlertid vanskelig å generalisere resultatene til populasjonen, og eventuelle konklusjoner bør vurderes som tentative. Tre studier hadde for eksempel ingen kontrollgruppe, noe som begrenser funnenes reliabilitet og validitet (Hale et al., 2019; Matthijssen et al., 2019; Mueser et al., 2007). Videre vil reduksjonen av traumerelaterte symptomer også kunne tilskrives andre faktorer enn traumefokusert behandling, noe tre studier fra litteraturgjennomgangen kan underbygge (Frueh et al., 2009; Jackson et al., 2009; Kratzer et al., 2017).

Felles for disse studiene var at nedgangen av traumerelaterte symptomer i større grad kunne tilskrives faktorer som tid, kunstterapi og fysisk aktivitet. Videre fant Mueser med flere (2008) at alliansen mellom terapeut og pasient ble forbedret i lys av intervensjonen. Noe som er i tråd med tidligere forskning og mulig kan dette forklare deler av variansen sett ved

behandling (Lambert & Barley, 2001). Funn som dette viser nødvendigheten av fremtidig forskning som kan kontrollere for slike faktorer. Dette er nødvendig for å kunne gjennomføre en valid og sikker implementering til klinisk praksis. Til tross for begrensninger innen studiedesign, metode og utvalg så tyder det sammenfattende resultatet på at PTSD kan behandles, også hos individer med alvorlig psykisk lidelse. Slike funn er viktige, da de kan utvide og forbedre tilbudet i nåværende praksis.

Tidligere forskning fremhever PTSD som både underdiagnostisert og underbehandlet hos individer som opplever psykotiske symptomer. Dette til tross for at traumer er funnet signifikant mer utbredt hos psykosepopulasjonen, og at symptombildet ved psykose forverres av komorbide traumer og traumelidelser (Lysaker & LaRocco, 2008; Morrison et al., 2003; Mueser et al., 2002; Resnick et al., 2003). Samtidig viser funn fra Spinazzola med flere (2005) at i tilfeller der PTSD blir oppdaget, så tilbys heller ikke behandling. Årsaksforholdene kan underbygges av flere faktorer, men en hovedvekt av begrunnelsene synes å henge sammen med en frykt for at psykotiske symptomer forverres. Resultatene fra litteraturgjennomgangen ser imidlertid ut til å kunne peke mot et annet og mulig motstridende mønster.

5.1 Traumebehandling og psykose

Til forskjell fra antakelsen om et forverret symptombilde ved traumebehandling så antyder majoriteten av våre studier det motsatte. Av de 15 studiene som undersøkte hvordan behandling påvirket psykotiske symptomer, så påviste samtlige av disse klart positive ringvirkninger. Resultatene kan vise til en nedgang i psykoselignende symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner, paranoide kognisjoner, grandiositet og forfølgelsesideer. Traumefokusert behandling ser med andre ord ut til å kunne redusere det psykotiske symptomtrykket hos individer med komorbid PTSD. Dette er i tråd med vår hypotese og illustrerer følgelig et annet hovedfunn ved den systematiske litteraturgjennomgangen.

Reduksjonen av de psykotiske symptomene varierte derimot i effekt, og flere av studiene hadde omstridte kvaliteter. Blant annet manglet to av de kvantitative studiene kontrollgruppe, og funnene fra studiene baserer seg i tillegg på varierende utvalgsstørrelse (de Bont et al., 2013^b; van den Berg & van der Gaag, 2012). Resultatene må derfor sees i lys av disse begrensningene, og enhver konklusjon fra studiene bør fremheves med noe forsiktighet.

Til tross for at majoriteten av studiene støttet hypotesen vi hadde angående det psykotiske symptombildet, forelå det likevel noen uventede funn. Resultatene fra Buck, Norr, Katz, Gahm og Reger (2019) gav ingen evidens for en spesifikk effekt av traumebehandling sammenlignet med kontrollgruppe. Selv om det imidlertid ble rapportert om endring av hallusinasjoner over tid, betyr ikke det nødvendigvis at effekten er tilskrevet traumefokusert behandling. På lik linje kunne heller ikke Kim med flere (2010) finne evidens for at EMDR var bedre enn kontrollgruppe hva gjaldt symptomforbedring av psykose. Slike funn reiser viktige spørsmål vedrørende stabiliteten til symptomene, samt understreker hvordan tid kan ha en avgjørende innvirkning på behandlingseffekten.

5.2 Langtidseffekt

Studiene i litteraturgjennomgangen varierte med tanke på oppfølging, der flere studier hadde kortere oppfølging enn seks måneder. Spesielt gjaldt dette for studiene uten kontrollgruppe (de Bont et al, 2013^b; Hale et al, 2019; Mueser et al., 2007; van den Berg & van der Gaag, 2012). Bare én studie kunne rapportere om oppfølging utover pre- og postbehandling der lengste varighet var to år (Kim et al., 2010). Det vanligste var en oppfølgingstid på seks måneder. I lys av dette blir det vanskelig å bedømme langtidseffektene av behandling, og studier med lengre oppfølgingstid er derav nødvendig. Til tross for kortere oppfølgingstid viser majoriteten av studiene likevel en stabil og vedvarende positiv behandlingseffekt.

5.3 Frykt for negative konsekvenser ved behandling

Ved flere av studiene tematiseres det en frykt for uheldige hendelser, som følge av traumefokusert behandling. Herunder definert som blant annet akutt hospitalisering, suicidal atferd, selvskading og rusmisbruk. van Minnen med flere (2016) belyser at en mulig årsak til dette kan bero på at traumefokusert behandling som PE og EMDR aktiverer fryktnettverket og setter dermed større krav til emosjonsregulering. Det er derfor rimelig å anta at individer med psykoselignende symptomer/psykoselidelse og komorbid PTSD angivelig blir tolket som for sårbar for den slags behandling. Slike funn er i tråd med tidligere forskning som viser at populasjonen også utelukkes fra studier som måler effekt av traumefokusert behandling (Frueh et al., 2009). Det kan videre forklare noe av årsaken til det lave antallet av inkluderte studier ved litteraturgjennomgangen, samt underbygge hvorfor flere av disse utgjorde pilotstudier (Frueh et al., 2009; van den Berg & van der Gaag, 2012).

Resultatet fra litteraturgjennomgangen finner imidlertid ingen holdepunkter som bekrefter frykten for negative konsekvenser. Fire studier i litteraturgjennomgangen undersøkte eksplisitt hvordan traumefokusert behandling påvirket tendensen til uheldige hendelser (de Bont et al., 2013^b; van den Berg & van der Gaag, 2012; van den Berg et al., 2015; van den Berg et al., 2016^a). Hverken disse eller de resterende studiene kunne påvise negative konsekvenser som akutt hospitalisering, suicidal atferd, selvskading, rusmisbruk, o.l. Dette samsvarer med tidligere funn, som viser at kognitive atferdsintervensjoner ikke fører til økt symptomtrykk eller klinisk tilbakefall ved alvorlige psykiske lidelser, som psykose (Mueser et al., 2015).

Basert på utvalget i litteraturgjennomgangen vil det likevel være vanskelig å konkludere med at traumefokusert behandling ikke kan ha negative konsekvenser. De inkluderte studiene har flere svakheter, som små utvalg og varierende metodikk. Våre antakelser og påpekte mønster blir derfor gjenstand for videre forskning.

På den ene siden kan våre funn ha en sammenheng med alvorlighetsgraden av lidelsene, og trolig indikere at populasjonen som inngikk i litteraturgjennomgangen ikke var syk nok. På den andre siden fremhever van Minnen med flere (2016) at dette ikke er tilfelle, og at traumefokusert behandling både trygt og adekvat kan gjennomføres tross en sykere populasjon. Denne studien undersøker hvordan individer med en alvorligere grad av psykotiske symptom/psykoselidelse og komorbid PTSD kan profitere på traumefokusert behandling (van Minnen et al, 2016). Utfallet ble sammenlignet med en populasjon av mindre presserende og komplekst symptomomfang. Følgelig viste studien at selv for en sårbar pasientpopulasjon, så kan symptomer på PTSD også behandles hos individer med mildere symptomtrykk.

Dette er i tråd med tidligere forskning som har dokumentert en positiv effekt av kognitiv atferdsterapi for individer med schizofreni (Bird et al., 2010; Hutton & Taylor, 2013). Sammenfallende med våre funn antyder dette at argumentasjonen som foreligger i litteraturen trolig ikke gjenspeiler virkeligheten, og peker derav mot nødvendigheten for videre forskning. Det er mulig flere faktorer som forklarer motstanden for å implementere traumefokusert behandling – noe som kan belyses av den enkelte behandlers holdninger og terapeutisk ståsted (Salyers et al., 2004).

5.4 Holdninger til implementering og spesifikk effekt av behandling

En undersøkelse fra Salyers med flere (2004) målte holdninger og refleksjoner hos behandlere tilknyttet et økt fokus av traumer. Resultatvis fant de at holdninger relatert til egen kompetanse, tilgjengelighet av ressurser og manglende selvtillit kunne forklare noe av motstanden observert i litteraturen. Dette underbygger funn som viser at økt kompetanse hos behandlere, følgelig bedrer identifikasjonsevnen av traumerelaterte problemer (Frueh et al., 2009). Slike studier kan underbygge hvorfor funnene fra litteraturgjennomgangen ikke kunne påvise uheldige hendelser eller negative konsekvenser av behandling. Dette fremhever

viktigheten av å undersøke flere faktorer enn de som direkte kan forbindes med pasienten selv.

Behandlere ser ut til å ha en felles oppfatning om at eksklusjonen av traumebehandling er av hensyn til pasientpopulasjonen. Det argumenteres følgelig for at behandlingen vil kunne forstyrre de mer åpenbare symptomene på psykosen som primærdiagnose (Salyers et al., 2004). Våre resultater utfordrer denne oppfatningen. Majoriteten av studiene kunne som nevnt fremheve en positiv behandlingseffekt på det psykotiske symptombildet. I tillegg viser funn fra van den Berg med flere (2016^b) at alvorlighetsgraden av det psykotiske symptombildet ikke kunne predikere effekt av traumefokusert behandling. Det kan peke mot at selv pasienter med alvorlige primærdiagnoser vil kunne nyttiggjøre seg av traumefokusert behandling, og fremhever med dette at symptomer ved forskjellige lidelser kan ha uventede virkninger i kombinasjon med hverandre. Holdningsundersøkelsen fra Salyers med flere (2004) er dog 16 år gammel, noe som kan problematisere hvor aktuelle resultatene er i dag.

Litteraturgjennomgangen oppgir varierende funn i henhold til effektforskjeller ved EMDR, PE og CPT. Sammenfattet forelå det ingen signifikante forskjeller mellom behandlingselementene, dette må imidlertid ses i sammenheng med små utvalg og varierende kvalitet på studiedesign. Likevel kunne van den Berg med flere (2018) vise til økt reduksjon av traumerelaterte tankemønstre ved PE sammenlignet med EMDR. Dette påvises også ved tidligere funn fra van den Berg med flere (2015), hvorpå PE ble vurdert som bedre egnet til å oppnå full remisjon av PTSD sammenlignet med kontrollgruppen, noe EMDR ikke kunne vise til. Videre kunne én studie fra litteraturgjennomgangen oppgi lavere frafall tilknyttet CPT, sammenlignet med PE (Hale et al., 2019). Kombinert tyder studiene på at det trolig er flere variabler som kan forklare forskjeller i effekt, og fremhever nødvendigheten av ytterligere forskning. Studier bør i lys av dette også inkludere stress-inokulasjonstrening, da behandlingselementet fremstår mindre dokumentert i litteraturen.

5.5 Kliniske implikasjoner

Ut ifra forfatterens kunnskap foreligger det svært få systematiske litteraturstudier som undersøker effekt av traumefokusert behandling for pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Noe av årsaken til dette må ses i sammenheng med at populasjonen tidligere er blitt utelatt fra empiriske studier som måler effekt av traumebehandling (Becker et al., 2004; Ronconi et al., 2014; Spinazzola et al., 2005). Likevel kan systematiske gjennomganger av denne typen bidra til å videreutvikle og fremheve klinisk praksis (Gough & Richardson, 2019, s. 64).

Funnene fra denne litteraturgjennomgangen illustrerer at traumefokusert behandling både er gjennomførbart og gir positiv behandlingseffekt for individer med psykotiske symptomer/psykoselidelse og komorbid PTSD. Resultatene vil derav kunne ha implikasjoner for fremtidig klinisk praksis. For det første viser resultatene at traumefokusert behandling kan ha positiv innvirkning på psykoselidelsen, uavhengig av alvorlighetsgrad. På denne måten synliggjøres et bredt bruksområde for traumefokusert behandling.

For det andre baserer behandlingsformen seg på standardiserte protokoller, noe som trolig senker utfordringen av å skulle implementere behandlerkompetanse i primær -og spesialisthelsetjenesten. Som belyst av de Bont med flere (2019) kan dette også ha kostnadseffektive fordeler for samfunnet, da traumebehandling ble påvist som mindre økonomisk belastende. Dette er verdt å understreke da PTSD ble ansett som en av de mest kostnadskrevede psykiske lidelsene (Greenberg et al., 1999; Kessler & Greenberg, 2002).

For det tredje vil funnene fra litteraturgjennomgangen kunne ha implikasjoner for videre empirisk forskning, da studien ikke finner holdepunkter for å utelukke psykosepopulasjonen fra kliniske undersøkelser. Alt tatt i betraktning synliggjør studier av denne typen hvordan nyansert forskning vil kunne bidra til en positiv innvirkning på klinisk praksis. Noe som videre vil kunne bedre behandlingstilbudet for sårbare pasientpopulasjoner.

5.6 Begrensninger ved litteraturstudien

Litteraturstudien har flere begrensninger som må tas i betraktning når en vurderer studiens resultater. Litteraturgjennomgangen baserer seg på et lavt antall studier ($n = 26$), der syv av disse utgjorde kvalitative design. Som en følge av dette svekkes evnen til å generalisere funnene til populasjonen. Videre kan de strenge eksklusjons- og inklusjonskriteriene ha fremmet en seleksjonsbias, der relevante og mulig nyanserende studier kan ha uteblitt. Til tross for at majoriteten av de selekterte studiene utgjorde RCT-studier ($n = 14$) så ble det ikke gjennomført en systematisk vurdering ved hjelp av standardiserte sjekklister. De randomiserte kontrollstudiene kan derfor inneha mangler.

Videre utgjør mange av de inkluderte studiene eldre undersøkelser, og en stiller seg derfor noe kritisk til hvor aktuelle resultatene i dag. Dette begrenser følgelig i hvilken grad en kan generalisere funnene, da gjenspeilingen av populasjonen fremstår uklar. I tillegg forelå det varierende metodologi blant studiene, der seks av studiene i utvalget manglet kontrollgruppe. Dette er en klar svakhet, da mål av behandlingseffekt forutsetter et solid sammenligningsgrunnlag. Videre hadde majoriteten av studiene kortere oppfølgingstid, noe som gjør det vanskelig å estimere hvor profitabel behandlingsintervensjonen er over tid.

Det forelå samtidig bare én studie som undersøkte effekt av stress-inokulasjonstrening (Barrowclough & Tarrier, 1987). Studien er også den eldste i utvalget. Til tross for en tydelig avgrensning til CPT, PE og SIT som behandlingsform, ble det likevel inkludert seks studier som undersøkte traumefokusert kognitiv atferdsterapi (Frueh et al., 2009; Jackson et al., 2009; Kratzer et al., 2017; Mueser et al., 2008; Mueser et al., 2007; Mueser et al., 2015). Samlet kan dette tyde på en feilvurdering av hvilke traumefokuserte behandlingsformer som anses som mest aktuelle i dag. Resultatene fra de inkluderte studiene kan derav fremme et uriktig og selektert bilde av traumebehandling som helhet.

Et tredje og viktig poeng i denne sammenhengen omhandler de demografiske variablene. De inkluderte studiene var internasjonale (Storbritannia, Nederland, USA, Tyskland, Sør-Korea og Tyrkia), og en kan stille seg undrende til hvordan en norsk pasientpopulasjon ville respondert på lignende intervensjoner. Det kan tenkes at kulturelle forskjeller i pasient og behandlersituasjonen vil kunne påvirke våre resultater.

Majoriteten av de inkluderte studiene har benyttet DSM som diagnostisk manual for å fastslå PTSD og/eller psykoselidelse ($n = 18$). Som en konsekvens av dette har litteraturstudien basert seg på DSM-V for diagnostisk beskrivelse av lidelsene (American Psychiatric Association, 2013). DSM-V presenterer i tillegg en spesifisering av en dissosiativ subtype av PTSD, som bidrar til en økt forståelse for mulig overlapp mellom PTSD og psykoselidelser (American Psychiatric Association, 2013, s. 274). Dette kan utfordre generalisering av funn til den norske populasjonen, da skandinavisk praksis baserer seg på ICD-10 for diagnostisering av psykiske lidelser (World Health Organization, 2016).

Høy alder på deltakerne i studiene utgjør i tillegg en påfallende svakhet ved litteraturgjennomgangen. Psykoselidelser debuterer ofte i ung alder, og det er mulig at en yngre pasientpopulasjon ville kunne ha pekt mot andre sammenhenger enn det våre studier har sammenfattet (McCutcheon et al., 2019). Én studie i litteraturgjennomgangen fant for eksempel at ung alder predikerte høyere frafall fra behandlingsintervensjonen (Hale et al., 2019). Følgelig er det mulig at yngre individer ville respondert forskjellig, noe som kan belyse et manglende supplement ved vår litteraturgjennomgang. Samtidig var hovedvekten av deltakerne menn, noe som ytterligere svekker overføringsevnen til en reell populasjon.

Som et avsluttende poeng kan litteraturgjennomgangen bære preg av begrenset tid. Hvorpå dette kan ha forhindre muligheten til en fullstendig utforskning av forskningsfeltet. I lys av dette bør den systematiske litteraturgjennomgangen vurderes som en forundersøkelse, og ikke som en fullstendig og heldekkende undersøkelse.

5.7 Videre forskning

Litteraturstudien demonstrerer nødvendigheten av ytterligere forskning. Fremtidig forskning bør fokusere på faktorer som langtidseffekt av behandling, kulturelle og kjønnsrelaterte forskjeller, samt sørge for å inkludere en yngre pasientpopulasjon i sine studier. Videre kan litteraturstudien påvise en større reduksjon av det som primært anses som positive symptomer ved psykose. Fremtidig forskning bør derfor undersøke hvordan behandlingseffekt av negative symptomer stiller seg i en slik sammenheng.

Majoriteten av våre studier så på effekt av traumefokusert behandling utført i poliklinikk. Det kan derfor være aktuelt å undersøke effekt av traumefokusert behandling i en hospitalisert pasientpopulasjon. På denne måten vil en i større grad kunne kontrollere eventuelle negative konsekvenser og følgelig redusere motstanden sett hos behandlere. Alt tatt i betraktning er det behov for videre empirisk forskning.

6. Konklusjon

Oppsummert illustrerer litteraturstudien at traumefokusert behandling kan fungere effektivt for individer med alvorlig psykisk lidelse. For en pasientpopulasjon der behandling av traumer fremstår underkommunisert, og der manglende bearbeidelse av traumer har kunnet øke symptomer på psykose, så er dette betydningsfullt. Det foreligger fremdeles flere uavklarte spørsmål. Videre forskning vil derfor være nødvendig for å undersøke hva som påvirker effekten observert i våre studier, og hvilke mekanismer som ligger bak

Referanseliste

- Affective Psychosis. (u.å.). I *APA Dictionary of Psychology*. Hentet 17. april 2020
fra: <https://dictionary.apa.org/affective-psychosis>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.utg.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bachmann, S., Resch, F. & Mundt, C. (2003). Psychological treatments for psychosis: History and overview. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31(1), 155-176. <https://doi.org/10.1521/jaap.31.1.155.21930>
- Barrowclough, C. & TARRIER, N. (1987). A behavioral intervention with a schizophrenic patient: A case study. *Behavioral Psychotherapy*, 15(3), 252-271.
<https://doi.org/10.1017/S0141347300012337>
- Bäumel, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 1-9.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbl017>
- Beck, J. C., & Van der Kolk, B. (1987). Reports of childhood incest and current behavior of chronically hospitalized psychotic women. *The American Journal of Psychiatry*, 144(11), 1474–1476. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.11.1474>
- Becker, C.B., Zayfert, C. & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42(3), 277-92. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00138-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00138-4)
- Bird, V., Premkumar, P., Kendall, T., Whittington, C., Mitchell, J. & Kuipers, E. (2010). Early intervention services, cognitive-behavioral therapy and family intervention in early psychosis: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 350-356.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074526>

- Buck, B., Norr, A., Katz, A., Gahm, G.A. & Reger, G.M. (2019). Reductions in reported persecutory ideation and psychotic-like experiences during exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, 272, 190-195.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.022>
- Buckley, P.F., Miller, B.J., Lehrer, D.S. & Castle, D.J. (2009). Psychiatric Comorbidities and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 383-402.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbn135>
- Bækkelund, H. (2018). *Hva er traumer og traumebehandling* Hentet 17. April 2020 fra:
<https://www.psykologforeningen.no/publikum/informasjonsvideoer/videoer-om-psykiske-lidelser/hva-er-traumer-og-traumebehandling>
- Clark, L., Tyler, N., Gannon, T.A. & Kingham, M. (2014). Eye movement desensitization and reprocessing for offence-related trauma in mentally disordered sexual offender. *Journal of Sexual Aggression*, 20(2), 240-249.
<https://doi.org/10.1080/13552600.2013.822937>
- Cukor, J., Olden, M., Lee, F. & Difede, J. (2010). Evidence-based treatments for PTSD, new directions and special changes. *Annals of the New York academy of sciences*, 1208, 82-89. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2010.05793.x>
- de Bont, P.A., van den Berg, D.P., van der Vleugel, B.M., de Roos, C., de Jongh, A., van der Gaag, M. & van Minnen, A.M. (2016). Prolonged exposure and EMDR for PTSD v. a PTSD waiting-list condition: effects on symptoms of psychosis, depression and social functioning in patients with chronic psychotic disorders. *Psychological Medicine*, 46(11), 2411-21. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001094>
- de Bont, P.A., van den Berg, D.P., van der Vleugel, B.M., de Roos, C., Mulder, C.L., Becker, E.S. ... van Minnen, A. (2013^a). A multi-site single blind clinical study to compare the effects of prolonged exposure, eye movement desensitization and reprocessing and

- waiting list on patients with a current diagnosis of psychosis and co morbid post traumatic stress disorder: study protocol for the randomized controlled trial Treating Trauma in Psychosis. *Trials*, 14(1), 151. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-151>
- deBont, P.A., van der Vleugel, B.M., van den Berg, D.P., de Roos, C., Lokkerbol, J., Smit, F. ... van Minnen, A. (2019). Health-economic benefits of treating trauma in psychosis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1565032>
- de Bont, P.A., van Minnen, A. & de Jongh, A. (2013^b). Treating PTSD in patients with psychosis: a within-group controlled feasibility study examining the efficacy and safety of evidence-based PE and EMDR protocols. *Behaviour Therapy*, 44(4), 717-30. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.07.002>
- Foa, E. B. (2011). Prolonged exposure therapy: Past, present, and future. *Depression and Anxiety*, 28(12), 1043-1047. <https://doi.org/10.1002/da.20907>
- Foa, E.B., Hembree, E.A. & Rothbaum, B.O. (2007). *Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences: Therapist Guide*. Oxford: University Press.
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Hentet 19. April 2020 fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge_2018.pdf
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Sykdomsbyrde i Norge 2015: Resultater fra Global Burdens of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2015 (GBD 2015)*. Hentet 19. April 2020 fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2015/sykdomsbyrde_i_norge_2015.pdf

- Ford, J.D., Courtois, C.A., Steele, K., van der Hart, O. & Nijenhuis, E.R. (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 437-447. <https://doi.org/10.1002/jts.20051>
- Frueh, C.B., Grubaugh, A.L., Cusack, K.J., Kimble, M.O., Elhai, J.D. & Knapp, R.G. (2009). Exposure-based cognitive behavioural treatment of PTSD in adults with schizophrenia or schizoaffective disorder: A pilot study. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(5), 665-75. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.02.005>
- Gairns, S., Alvarez-Jimenez, M., Hulbert, C., McGorry, P. & Bendall, S. (2015). Perceptions of clinicians treating young people with first-episode psychosis for post-traumatic stress disorder. *Early Intervention in Psychiatry, 9*(1), 12-20. <https://doi.org/10.1111/eip.12065>
- Gough, D. & Richardson, M. (2019). Systematic Reviews. I P. Brough (Red.), *Advanced research methods for applied psychology: Design, Analysis and Reporting* (s. 63-75). New York: Routledge.
- Greenberg, P.E., Sisitsky, T., Kessler, R.C., Finkelstein, S.N., Berndt, E.R., Davidson, J.R., Ballenger, J.C. & Fyer, A.J. (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Journal of Clinical Psychiatry, 60*(7), 427-35. <https://doi.org/10.4088/jcp.v60n0702>
- Gros, D.F., Yoder, M., Tuerk, P.W., Lozano, B.E. & Acierno, R. (2011). Exposure therapy for PTSD delivered to veterans via telehealth: Predictors of treatment completion and outcome and comparison to treatment delivered in person. *Behavior Therapy, 42*(2), 276-283. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.07.005>
- Hale, A.C., Bohnert, K.M., Ganoczy, D. & Sripada, R.K. (2019). Predictors of treatment adequacy during evidence-based psychotherapy for PTSD. *Psychiatric Services, 70*(5), 367-373. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800361>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Prop. 1 S (2012-2013)*. Hentet 19. April 2020 fra:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/7df13d2ea4eb447e93cdffee3f7e42b2/no/pdfs/prp201220130001hodddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet. (2013). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Oslo: Helsedirektoratet.
- Holmén, A. (u.å.). Hva er psykose? Hentet 19. april 2020 fra:
<https://www.psykologforeningen.no/publikum/informasjonsvideoer/videoer-om-psykiske-lidelser/hva-er-psykose>
- Hutton, P. & Taylor, P.J. (2013). Cognitive behavioural therapy for psychosis prevention: A systematic review and metaanalysis. *Psychological Medicine* 44(3), 449-68.
<https://doi.org/10.1017/S0033291713000354>
- Jackson, C., Trower, P., Reid, I., Smith, J., Hall, M., Townend, M., ... Birchwood, M. (2009). Improving psychological adjustment following a first episode of psychosis: A randomised controlled trial of cognitive therapy to reduce post psychotic trauma symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 454-462.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.02.009>
- Jeffreys, M.D., Reinfeld, C., Nair, P.V., Garcia, H.A., Mata-Galan, E. & Rentz, T.O. (2014). Evaluating treatment of posttraumatic stress disorder with cognitive processing therapy and prolonged exposure therapy in VHA specialty clinic. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(1), 108-14. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.04.010>
- Kelleher, I., Keeley, H., Corcoran, P., Ramsay, H., Wasserman, C., Carli, V., ...Cannon, M. (2013). Childhood trauma and psychosis in a prospective cohort study: cause, effect, and directionality. *American Journal of Psychiatry*, 170 (7), 734-741.
<https://doi.org/1176/appi.ajp.2012.12091169>.

- Kessler, R.C. & Greenberg, P.E. (2002). The economic burden of anxiety and stress disorders. I K.L. Davis, D. Charney, J.T. Coyle & C. Nemeroff (Red.) *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress* (s. 981-992). Philadelphia: Lippencott, Williams and Wilkins.
- Kim, D., Choi, J., Kim, S.H., Oh, D.H., Park, S-C. & Lee, S.H. (2010). A pilot study of brief eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for treatment of acute phase schizophrenia. *Korean Journal of Biological Psychiatry*, 17(2), 94-102. Hentet 20. Januar 2020 fra: <http://journal.biopsychiatry.or.kr/asp/pdfdown.asp?pn=0092010010>
- Kingdon D.G. & Turkington, D. (1999). Cognitive-behavioural therapy of schizophrenia. In T. Wykes, N. Tarrier & S. Lewis (Red.), *Outcome and Innovations in the Psychological Treatment of Schizophrenia*. London: Wiley.
- Kratzer, L, Heinz, P. & Schennach, R. (2017). Significant improvement of posttraumatic stress disorder and psychotic symptoms after impatient eye movement desensitization and reprocessing treatment: A case report with 6-month follow-up. *Indian Journal of Psychiatry*, 59(3), 389-390.
https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_318_16
- Lambert, M.J. & Barley, D.E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357>
- Lancaster, C.L., Teeters, J.B., Gros, D. F. & Back, S. E. (2016). Posttraumatic stress disorder: Overview of evidence based assessment and treatment. *Journal of Clinical Medicine*, 5(11). <https://doi.org/10.3390/jcm5110105>
- Laugharne, R. (2012). A role for EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing) in the treatment of trauma in patients suffering from a psychosis: Four vignettes. *Journal*

- of EMDR Practice and Research*, 8(1), 19-24. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.8.1.19>
- Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J. & Greenwald, R. (2002). Treatment of PTSD: Stress Inoculation Training with Prolonged Exposure Compared to EMDR. *Journal of clinical psychology*, 58(9), 1071-1089. <https://doi.org/10.1002/jclp.10039>
- Lommen, M.J. & Restifo, K. (2009). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Patients with Schizophrenia or Schizoaffective Disorder. *Community Mental Health Journal*, 45. <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9248-x>
- Lysaker, P.H. & LaRocco, V.A. (2008). The prevalence and correlates of trauma-related symptoms in schizophrenia spectrum disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 49(4), 330-334. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.12.003>
- Løberg, E-M. & Johnsen, E. (2016). Psykoselidelser. I Kennair, L.E.O. (Red.), *Psykiske Lidelser*. (1. utg., s. 104-119). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Matthijssen, S.J., Heitlans, I., Verhoeven, L.C. & Van den Hout, M.A. (2019). Reducing the emotionality of auditory hallucination memories in patients suffering from auditory hallucinations. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00637>
- McCutcheon, R.A., Marques, T.R. & Howes, O.D. (2019). Schizophrenia – An overview. *JAMA Psychiatry*, 77(2), 201-210. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3360>
- McGorry, P. D., Chanen, A., McCarthy, E., Van Riel, R., McKenzie, D., & Singh, B. S. (1991). Posttraumatic stress disorder following recent-onset psychosis: An unrecognized postpsychotic syndrome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(5), 253–258. <https://doi.org/10.1097/00005053-199105000-00002>
- Morrison, A.P., Frame, L. & Larkin, W. (2003) Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(4), 331-353. <https://doi.org/10.1348/014466503322528892>

- Mott, J.M., Mondragon, S., Hundt, N.E., Beason-Smith, M., Grady, R.H. & Teng, E.J. (2014). Characteristics of U.S. veterans who begin and complete prolonged exposure and cognitive processing therapy for PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 27*(3), 265-73. <https://doi.org/10.1002/jts.21927>
- Mueser, K.T., Bolton, E., Carty, P.C., Bradley, M.J., Ahlgren, K.F., Disasto, D.R., Gilbride, A. & Liddell, C. (2007). The trauma recovery group: a cognitive-behavioural program for post-traumatic stress disorder in persons with severe mental illness. *Community Mental Health, 43*(3), 281-304. <https://doi.org/10.1007/s10597-006-9075-2>
- Mueser, K.T., Gottlieb, J.D., Xie, H., Lu, W., Yanos, P.T., Rosenberg, S.D., ... McHugo, G. (2015). Evaluation of cognitive restructuring for post-traumatic stress disorder in people with severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry, 206*(6), 501-508. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.147926>
- Mueser, K.T., Rosenberg, S.D., Goodman, L.A. & Trumbetta, S.L. (2002). Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model. *Schizophrenia Research, 53*, 123-143. [https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(01\)00173-6](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(01)00173-6)
- Mueser, K.T., Rosenberg, S.D., Xie, H., Jankowski, M.K., Bolton, E.E., Lu, W., ... Wolfe, R. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavioural treatment of posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(2), 259-271. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.259>.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2018). Post-traumatic stress: Psychological interventions for the treatment of PTSD in adults. Hentet 14. April 2020 fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/rationale-and-impact#psychological-interventions-for-the-prevention-of-ptsd-in-adults>
- Priebe, S., Bröker, M., & Gunkel, S. (1998). Involuntary admission and posttraumatic stress disorder symptoms in schizophrenia patients. *Comprehensive Psychiatry, 39*(4), 220–

224. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(98\)90064-5](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(98)90064-5)

Read, J., van Os, J., Morrison, A. P. & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112 (5), 330-350. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00634.x>

Resnick, S.G., Bond, G.R. & Mueser, K.T. (2003). Trauma and posttraumatic stress disorder in people with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(3), 415-423. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.112.3.415>

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

Romme, M.A. & Escher, A.D. (1989). Hearing voices. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 209–216. <https://doi.org/10.1093/schbul/15.2.209>

Ronconi, J., Shiner, B. & Watts, B. (2014). Inclusion and exclusion criteria in randomized controlled trials of psychotherapy for PTSD. *Journal of Psychiatric Practice*, 20(1), 25-37. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000442936.23457.5b>

Salyers, M.P., Evans, L.J. Bond, G.R. & Meyer, P.S. (2004). Barriers to Assessment and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder and Other Trauma-Related Problems in People with Severe Mental Illness: Clinician Perspectives. *Community Mental Health Journal*, 40, 17-31. <https://doi.org/10.1023/B:COMH.0000015215.45696.5f>

Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2.utg.). New York: Guilford Press.

- Shaw, K., McFarlane, A., Bookless, C & Air, T. (2002). The Aetiology of Postpsychotic Posttraumatic Stress Disorder Following a Psychotic Episode. *Journal of Traumatic Stress, 15*(1), 39-47. <https://doi.org/10.1023/A:1014331211311>
- Solem, S., Nilsen, T. & Vogel, P.A. (2016). Angstlidelser. I Kennair, L.E.O. (Red.), *Psykiske Lidelser*. (1. utg., s. 143-156). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Spauwen, J., Krabbendam, L., Lieb, R., Wittchen, H-U. & van Os, J. (2006). Impact of psychological trauma on the development of psychotic symptoms: relationship with psychosis proneness. *British Journal of Psychiatry, 188*, 527-33. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.011346>
- Spinazzola, J., Blaustein, M., & Van der Kolk, B.A. (2005). Posttraumatic stress disorder treatment outcome research: the study of unrepresentative samples? *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 425-436. <https://doi.org/10.1002/jts.20050>
- Steel, C., Hardy, A., Smith, B., Wykes, T., Rose, S., Enright, S., ... Mueser, K.T. (2017). Cognitive-behaviour therapy for post-traumatic stress in schizophrenia. A randomized controlled trial. *Psychological Medicine, 47*, 43-51. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002117>
- Stress Inoculation Training. (u.å.). I *APA Dictionary of Psychology*. Hentet 12. April 2020 fra <https://dictionary.apa.org/stress-inoculation-training>
- Trauma. (u.å.). I *APA Dictionary of Psychology*. Hentet 19. April 2020 fra <https://dictionary.apa.org/trauma>
- van den Berg, D., de Bont, P.A., van der Vleugel, B.M., de Roos, C., de Jongh, A., van Minnen, A. & van der Gaag, M. (2018). Long-term outcomes of trauma-focused treatment in psychosis. *The British Journal of Psychiatry, 212*(3), 180-182. <https://doi.org/10.1192/bjp.2017.30>

- van den Berg, D.P., de Bont, P.A., van der Vleugel, B.M., de Roos, C., de Jongh, A., van Minnen, A. & van der Gaag, M. (2015). Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 72(3), 259-267. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2637>
- van den Berg, D.P., de Bont, P.A., van der Vleugel, B.M., de Roos, C., de Jongh, A., van Minnen, A. & van der Gaag, M. (2016^a). Trauma-focused treatment in PTSD patients with psychosis: Symptom Exacerbation, Adverse Events, and Revictimization. *Schizophrenia Bulletin*, 42(3), 693-702. <https://doi.org/10.1192/bjp.2017.30>
- van den Berg, D.P. & van der Gaag, M. (2012). Treating trauma in psychosis with EMDR: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(1), 664-671. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.09.011>
- van den Berg, D.P., van der Vleugel, B.M., de Bont, P.A., Staring, A.B., Kraan, T., Ising, H., de Roos, C., de Jongh, A., van Minnen, A. & van der Gaag, M. (2016^b). Predicting trauma-focused treatment outcome in psychosis. *Schizophrenia Research*, 176(2-3), 239-244. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.07.016>
- van der Vleugel, B.M., van den Berg, D.P. & Staring, A.B. (2012). Trauma, psychosis, post-traumatic stress disorder and the application of EMDR. *Rivista di psichiatria*, 47(2), 33-38. <https://doi.org/10.1708/1071.11737>.
- van Minnen, A., van der Vleugel, B., van den Berg, D., de Bont, P., de Roos, C., van der Gaag, M. & de Jongh, A. (2016). Effectiveness of trauma-focused treatment for patients with psychosis with and without the dissociative subtype of post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 209(4), 347-348. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.185579>

- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., ... Bentall R.P. (2012). Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661-671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>
- Waltman, S. (2015). Functional analysis in differential diagnosis: Using cognitive processing therapy to treat PTSD. *Clinical Case Studies*, 14(6), 422-433. <https://doi.org/10.1177/1534650115571003>
- Wampold, B. E., Imel, Z. E., Laska, K. M., Benish, S., Miller, S. D., Flückiger, C., Del Re, A.C. & Budge, S. (2010). Determining what works in the treatment of PTSD. *Clinical Psychology Review*, 30(8), 923-933. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.005>
- Waters, F., Chiu, V., Atkinson, A. & Blom, J.D. (2018). Severe sleep deprivation causes hallucinations and a gradual progression toward psychosis with increasing time awake. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00303>
- World Health Organization. (Red.). (2016). *ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Yasar, A.B., Kiraz, S., Usta, D., Abamor, A.E., Zengin Eroglu, M. & Kavakci, Ö. (2018). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy on a patient with schizophrenia and clinical effects: a case study. *Turkish Journal of Psychiatry*, 29(2), 138-142. <https://doi.org/10.5080/u18328>

