

## **Forord**

Denne oppgaven markerer avslutningen på den teoretiske delen av profesjonsstudiet i psykologi ved NTNU, Trondheim. Under vil jeg takke de som har hjulpet meg underveis.

### **Forberedende arbeid og analyser**

Jeg vil starte med å takke biveileder Hans Morten Nordahl for at han lot meg benytte data fra traumepoliklinikken ved St. Olavs Hospital, Østmarka. Dataene ble samlet inn fra 2011 til 2014 som del av et større upublisert forskningsprosjekt. Jeg vil også takke min hovedveileder, Stian Solem, som hjalp meg med utvikling av hypoteser, samt gjennomføring og tolkning av analyser.

### **Avsluttende arbeid**

Jeg vil takke Lene Kristine Larsen, Thea Christine Heltzen og John Are Brønstad som hjalp meg med gjennomlesing av oppgaven samt korrektur i det avsluttende arbeidet.

Til slutt vil jeg rette en spesiell takk til min hovedveileder Stian Solem, som alltid var tilgjengelig for spørsmål, viste stor tålmodighet, godt humør og entusiasme til faget. Disse egenskapene gjorde arbeidsprosessen positiv gjennom utfordringene som dukket opp underveis.

Stine Reiersen, Trondheim, november 2015



# EMDR VERSUS MCT PÅ TERROR OG VOLDTEKTSUTSATTE

Eye-movement desensitization and re-processing (EMDR) versus metakognitiv terapi (MCT)  
for terror- og voldtektsutsatte: en komparativ undersøkelse av pasienter med PTSD

Stine Reiersen

Psykologisk institutt, Norges Teknisk-naturvitenskaplige universitet, Trondheim



# EMDR VERSUS MCT PÅ TERROR OG VOLDTEKTSUTSATTE

## Sammendrag

Terror er et aktuelt samfunnsproblem og flere av de utsatte utvikler posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Traume anses ofte som et enhetlig fenomen og få har sett på variabiliteten på tvers av traumer. Denne studien sammenligner Utøya-utsatte ( $n = 10$ ) med voldtektsutsatte ( $n = 10$ ) for å se om ulike traumer kan ha unike karakteristikk og symptomer før og etter terapi. Studien sammenlignet videre effekten av eye-movement desensitization and re-processing (EMDR) med metakognitiv terapi (MCT) for disse to pasientgruppene.

Resultatene viste at pasientene som hadde opplevd enten voldtekt eller terror ikke beskrev ulike nivåer av symptomer for PTSD, depresjon eller angst. Voldtektsutsatte hadde imidlertid mer negative tanker om seg selv, selvklandring og negative tanker om verden samt noe dårligere livskvalitet før behandling. Videre viste resultatene at psykologisk behandling medførte signifikant bedring for begge gruppene. Både MCT og EMDR gav signifikant bedring på alle symptom mål etter behandling, og ingen signifikante forskjeller mellom EMDR og MCT ble funnet. MCT betingelsen hadde imidlertid signifikant mindre symptomer på fire av fem symptom mål ved endt behandling.

Funnene i denne studien indikerer at henviste voldtekts- og terrorutsatte oppnår god effekt av psykologisk behandling. Fremtidig forskning med større randomiserte utvalg bør inkludere sammenligninger av MCT og andre anbefalte traumebehandlinger, da det er en trend som tyder på at MCT oppnår noe bedre behandlingseffekt enn EMDR.

*Nøkkelord:* terror, voldtekt, PTSD, EMDR, MCT.



Eye-movement desensitization and re-processing (EMDR) og Traumefokusert Kognitiv Atferdsterapi (TF-CBT) anbefales i behandling av PTSD, og har vist god effekt i flere metaanalyser ( $g = 1.26$  for CBT, og  $g = 1.01$  for EMDR; Bisson, Roberts, Andrew, Cooper & Lewis, 2013; Watts et al., 2013). Begge terapiformene innebærer en form for eksponering, med ulik mengde og fokus i eksponeringen, og har som mål å dempe angstresponsen knyttet til traumeminnet (Vickerman & Margolin, 2009). EMDR baserer seg på Shapiros (2001) teori om at informasjon knyttet til traumatiske opplevelser ikke prosesseres ordentlig; de lagres slik de ble opplevd, med fordreide tanker og persepsjoner som ble opplevd under traumet (Shapiro & Maxfield, 2002). Dette danner utgangspunktet for PTSD symptomer (Shapiro, 2001). EMDR søker å rette opp denne ubalansen.

I EMDR behandling bes pasienten fokusere på urovekkende minner eller mentale bilder, samt stressende tanker (eksempel: *jeg er alene i verden og det var min feil*) og følelser knyttet til traumet (Shapiro & Maxfield, 2002). Ved oppnådd kontakt med det vonde minnet, induserer behandleren bilateral stimulering. Den enkleste måten for dette er å bevege en finger frem og tilbake foran øynene til pasienten der pasienten blir bedt om å følge fingerbevegelsen med øynene til ubehag er redusert. Øyebevegelsene forstyrrer trolig arbeidsminne og demper dermed livlighet av minnet og tilknyttet affektintensitet, som i sin tur øker toleransen for eksponering (Engelhard, van den Hout, Janssen & van der Beek, 2010). Tanken er at når minnet blir mindre fremtredende vil pasienten lettere klare å forholde seg til mer adaptiv informasjon, og skape nye nettverksforbindelser (Shapiro, 2001).

Det stilles imidlertid spørsmålstegn ved om eksponering er hovedårsak til EMDRs suksess. Andre terapiretninger, som f.eks. metakognitiv terapi (MCT) for PTSD krever imidlertid ikke imaginær gjenopplevelse av traume eller kognitiv utfordring av holdninger og tanker knyttet til traumet. Intervensjonene beskrives som kortere, mindre ubehagelige, og mindre krevende for pasienten (Wells & Sembi, 2004).

MCT tar utgangspunkt i at symptomer like etter et traume, er normalt og et uttrykk for at hjernen prøver å mestre hendelsen på en adaptiv og fleksibel måte (Wells & Sembi, 2004). Denne indre psykologiske tilpasningsprosessen kalles Refleksiv Adapsjons Prosess (RAP; Wells & Sembi, 2004). Målet med prosessen er å dirigere kognisjon og handling mot generering av en metakognitiv plan for å mestre trusler. Når planen er ferdig utviklet avtar symptomene.

Kognitivt oppmerksomhetssyndrom (KOS) i PTSD anses som avgjørende for utfallet til RAP (Wells & Colbear, 2012). KOS omfatter mentale prosesser som kan være maladaptive; trusselmonitorering, bekymring, og mestringsstrategier som unngåelse og undertrykking av tanker (Wells, 2009). Disse prosessene forlenger trusselrelatert tenkning, noe som gjør at personen ikke mestrer nedregulering av angst. I stede forsterkes og opprettholdes trusselmonitorering noe som gjør at personen mislykkes i tilpasningsprosessen tilbake til et trygt miljø.

Innholdet i KOS understøttes av metakognitive antagelser om tenkning, som guider individets kognitive system og atferd (Wells, 2009). Eksempler på positive metakognitive antagelser er: *jeg må bekymre meg for å være beredt; jeg bør være obs på potensielle trusler*. Slike antagelser styrker trusselmonitorering og videre tanken om at strategien er fornuftig og fordelaktig i møte med potensielle trusler (Wells, 2009). Et eksempel på en negativ metakognitiv antagelse er: *jeg har ikke kontroll; jeg kan bli gal*. Mange prøver å unngå eller undertrykke triggertanker, noe som virker mot sin hensikt da dette faktisk aktiverer den uønskede tanken. På denne måten styrkes den metakognitive antagelsen om at traumetanker er ukontrollerbare (Wells, 2009).

MCT behandleren oppfordrer pasienten til ikke frykte eller unngå symptomene da dette kan forsinke RAP, og resultere i symptomer. MCT ønsker at pasienten skal akseptere symptomene som en naturlig respons på traumet, og betrakte symptomene som en objektiv



observatør (Wells & Sembi, 2004). Dette vil i sin tur redusere trusselmonitorering, bekymring og maladaptiv mestring. Strategien som brukes for å oppnå dette kalles ”frakoblet oppmerksomhet” (Wells & Matthews, 1996). MCT fokuserer på tenkestil fremfor innhold i tanker. Antagelser knyttet til tenkestilene utfordres på et metakognitivt nivå, for å gi pasienten innsikt i at de maladaptive strategiene opprettholder symptomtrykket.

Det eksisterer stadig mer støtte for MCT som traumebehandling. En metaanalyse på MCT for depresjon og angst inkluderte fire studier for PTSD. Forskerne fant at MCT var effektiv i behandling av angst ( $g = 1.5$ ) og depresjon ( $g = 1.4$ ; Normann, van Emmerik & Morina, 2014) samt medførte endring av metakognisjoner ( $g = 1.2$ ). De overnevnte endringene vedvarte ved oppfølging ( $g = 1.3$ ). Videre fant metaanalysen at MCT var signifikant mer effektiv sammenlignet med venteliste ( $g = 1.8$ ) og CBT ( $g = .97$ ). Forskerne oppfordrer imidlertid til at sistnevnte funn bør tolkes med forsiktighet da det baserer seg på et fåtall CBT studier med relativt små utvalgsstørrelser. Til tross for de overnevnte metodologiske svakhetene kan resultatene muligens indikere at MCT er bedre enn andre terapiformer i behandling av angstlidelser, deriblant PTSD.

En nylig studie som ikke var inkludert i den overnevnte metaanalysen sammenlignet behandlingseffekten av eksponeringsterapi (PE) versus MCT (Wells, Walton, Lovell & Proctor, 2014). De fant at begge tilnærmingene var effektive med signifikant bedring på mål for interpersonlig fungering (Impact of Event Scale; IES), traume – (PDS) og depresjonssymptomer (BDI). MCT betingelsen viste imidlertid større og raskere nedgang på selvrapperte PTSD symptomer etter behandling, sammenlignet med PE. Hele 80% av deltakerne i MCT betingelsen oppnådde full bedring på IES etter bare fire timer med behandling (Wells et al., 2014). Studien var preget av metodologiske svakheter som liten utvalgsstørrelse ( $n = 32$ ) og kort oppfølgingstid.

Basert på de overnevnte studiene fremstår MCT som en god og potensielt bedre traumebehandling enn andre behandlingstilnærminger (PE og CBT). Det trengs imidlertid flere metodologisk sterke studier, med større utvalg, for å støtte opp under MCTs effekt for traumer. Videre anses det som nødvendig å sammenligne MCTs effekt med andre allerede veletablerte traumebehandlinger for å undersøke om metoden er like god eller bedre egnet som traumebehandling. Oppgavens ene hovedfokus blir derfor å undersøke MCT og EMDRs behandlingseffekt for PTSD.

Opgavens andre hovedfokus blir å undersøke hvorvidt type traume påvirker symptomprofil hos PTSD pasienter før og etter behandling med EMDR eller MCT. Metaanalyser har dokumentert god effekt av psykologisk behandling på tvers av traumer, deriblant terror (Bisson et al., 2013; Watts et al., 2013). Det finnes imidlertid manglende forskning på EMDR og/eller MCTs effekt på terrorutsatte. Derfor vil denne oppgaven undersøke effektiviteten av EMDR versus MCT for terrorutsatte, med voldtektsutsatte som referansegruppe. Studiens terrorutvalg baserer seg på ofre fra Utøya massakren som rammet Norge for fire år siden.

Den 22. juli 2011 gjennomgikk Norge to terrorangrep; først ble regjeringsbygget bombet i Oslo sentrum, etterfulgt av en skytemassakre på Utøya. Ofrene på Utøya var hovedsakelig 564 ungdommer som deltok på sommerleir for Arbeiderpartiets ungdomsorganisasjon (AUF). Terroristen drepte totalt 69 personer og 58 ble sendt til sykehus med alvorlige skader.

Dyb og medarbeidere (2014) undersøkte prevalensen av PTSD symptomer hos Utøya ungdommene etter massakren ( $n = 325$ ). Ved oppfølging fire til fem måneder etter terroren hadde 47% kliniske nivåer av PTSD; 11% møtte kriteriene for en PTSD diagnose, og 36% oppfylte kriteriene for delvis PTSD (Dyb et al., 2014). Tilsvarende hadde 16.7% PTSD symptomer, ved oppfølging 2.5 år etter terroren. Hele 86% opplevde at de fikk tilstrekkelig

hjelp etter Utøya, og de fleste oppfattet at støtten de mottok var til hjelp (Dyb et al., 2014).

Dette er dog ikke entydig med at hjelpen fungerte for alle.

Traumelitteraturen tenderer mot å anse traume som et enhetlig fenomen, og har sett lite på variasjonen mellom ulike traumer og deres unike karakteristikk og konsekvenser. Det kan for eksempel tenkes at ulike traumer medfører ulik grad av sosial støtte, som er en kjent beskyttelsesfaktor for utviklingen av PTSD (Brewin, Andrews & Valentine, 2000). Dette er kanskje særlig sant i sammenligningen av terror- og voldtektsutsatte. Førstnevnte får ofte mye positiv oppmerksomhet, sosial støtte og sympati (Thoresen, Aakvaag, Wentzel-Larsen, Dyb & Hjemdal, 2012). Voldtektsutsatte på den andre siden opplever ofte manglende støtte samt skyldpålegging, som i sin tur kan medføre økt selvklandring (Klump, 2006; Weiss, 2010). Hele 30% av terrorutsatte versus 50% av voldtektsutsatte rapporterer selvklandring i etterkant av traume (Aakvaag, Thoresen, Wentzel-Larsen, Røysamb & Dyb, 2014; Branscombe, Wohl, Owen, Allison, & N'gbala, 2003; Littleton & Bretkopf, 2006). Taylor og medarbeidere (2003) fant at selvklandring reduseres signifikant etter terapi hos voldtektsutsatte, mens andre har funnet at denne dimensjonen er vanskelig å behandle, og vedvarer etter terapi (Branscombe et al., 2003; Littleton & Bretkopf, 2006). Videre er terror i motsetning til private traumer ikke hemmelige, noe som skaper mer åpenhet knyttet til hendelsen, som muligens bidrar til eliminering av skam (Bögner, Herlihy & Brewin, 2007). Det er dessuten funnet at voldtekt gir økt risiko for mer alvorlig PTSD symptomatologi sammenlignet med ikke-seksuelle traumer, som f.eks. fysisk vold og terror (Moor, Ben-Meir, Golan-Shapira & Farchi, 2013).

Gitt empirien presentert ovenfor er det naturlig å anta at ulike traumer kan ha ulike karakteristikk og utfall. Det anses som nødvendig å undersøke om signifikante forskjeller knyttet til traumeutfall eksisterer, da dette muligens kan gi implikasjoner for behandling. Basert på den overnevnte forskningen kan det se ut som at voldtekt- og terrorutsatte opplever

ulik grad av sosial støtte og selvklandring som i sin tur linkes til alvorligere PTSD symptomatologi. En sammenligning mellom disse traumeutvalgene vil muligens kunne gi innsikt i eventuell variabilitet på tvers av traumehendelser. Det anses også som nyttig å se om traumegruppene opplever ulik grad av bedring etter behandling.

Det finnes manglende forskning på EMDR og/eller MCT for terrorutsatte. Det anses som nødvendig å sammenligne MCT med en veletablert traumebehandling, da metoden har vist seg muligens å være like god eller bedre enn andre terapiformer i behandling av angstlidelser, deriblant PTSD. En slik sammenligning vil muligens antyde om MCT er like god eller bedre egnet som traumebehandling. Denne studien vil derfor undersøke følgende problemstillinger.

**H1: Utøya utsatte vil ha mindre symptomer sammenlignet med voldtektsutsatte.**

**H2: Psykologisk behandling vil medføre bedring i PTSD symptomatologi for terror og voldtektsutsatte**

**H3: MCT vil være signifikant mer effektiv i behandling av traume enn EMDR**

## Metode

### Deltakere og prosedyre

Dataene ble samlet inn i perioden 2011-2014, som del av en større randomisert kontrollert forskningsprosjekt ved St. Olavs Hospital. Forskningsprosjektet er upublisert og godkjent av Regionaletisk komité. Denne studien selekterte et relativt lite utvalg fra prosjektets tilhørende datasett. Inklusjonskriterier for studien var begge kjønn fra 16 år og oppover, og alle pasientene møtte kriteriene for kronisk PTSD som målt med Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS-IV; Brown, DiNardo & Barlow, 1994). Pasientene måtte forstå og prate norsk, og kunne ikke ha mottatt tidligere traumebehandling i form av MCT eller EMDR. Videre ble pasienter ekskludert om de var suicidale, psykotiske eller led av alvorlig depresjon.

Andre eksklusjonskriterier for studien var selvskading, rusproblematikk, suicidal idealisering og Borderline personlighetsforstyrrelse (BPD).

Ut fra de overnevnte kriteriene ble to pasientutvalg fra traumepoliklinikken ved Østmarka, St. Olav Hospital rekruttert for å tillate sammenligning mellom gruppene. Totalt 24 pasienter ble selektert til studien; 11 terrorutsatte, og 13 voldtektsutsatte. En av pasientene i terrorutvalget droppet ut før behandlingsoppstart, da hun uttrykte manglende behov for behandling. Ytterligere tre pasienter ble eliminert fra voldtektsutvalget for å matche gruppene mest mulig på utvalgsstørrelse, kjønn og alder.

Tabell 1 viser deskriptive data på traumeutvalgene i denne studien. Totalt endte vi opp med 20 pasienter fordelt på to traumeutvalg (Utøygruppen,  $n = 10$  og Voldtektsgruppen,  $n = 10$ ). Gjennomsnittsalder for pasientene var 20.3 år med aldre fra 16-23 år. Pasientene var hovedsakelig kvinner (95%), med unntak av en mann i terrorutvalget. Gjennomsnittsalder i voldtektsutvalget var 21.3 år versus 19.3 år i terrorutvalget. Utvalgene var sammenlignbare på kjønn og tid siden traume. Det var imidlertid signifikant forskjell mellom gruppene med tanke på alder, dog var denne forskjellen relativt liten (se tabell 1) Det ble også observert mer komorbiditet hos Utøygruppen (gjennomsnitt på 1.4 versus .7 komorbide lidelser); de rapporterte mer søvnplager og angstproblematikk. Traumeutvalgene ble fordelt på de ulike behandlingsbetingelsene. I terrorutvalget mottok 50% EMDR og tilsvarende 50% MCT. I voldtektsutvalget mottok 70% MCT, mens de resterende 30% mottok EMDR. Totalt mottok åtte pasienter EMDR (40%) og 12 pasienter MCT (60%).

Tabell 1: *Deskriptive data på Utøya- versus voldtektsutsatte*

	Utøya	Voldtekt	Total	<i>t</i>	<i>p</i>
N	10	10	20		
Alder	19.3 (1.9)	21.3 (1.6)	20.3 (2.0)	2.53*	.02
Måneder siden traume	17.9 (10.5)	42.2 (39.6)	30.1 (30.8)	1.88	.09
Antall komorbide lidelser	1.4 (.7)	.7 (.7)	1.1 (.8)	2.28*	.04
Depresjon	20%	30%	50%		
Angst*	50%	20%	70%		
Fobi	20%	0%	20%		
Uspesifisert personlighetsforstyrrelse	10%	10%	20%		
Søvnplager	40%	10%	50%		
Kvinne	90%	100%	95%		
MCT	50%	70%	60%		
EMDR	50%	30%	40%		

*Merknad.* Angst\* inkluderte sosial fobi, agorafobi og angst.

MCT = Metakognitiv terapi; EMDR = Eye-movement desensitization and re-processing;

Uspesifisert PF = Uspesifisert personlighetsforstyrrelse

Tabell 2 viser deskriptive data på pasientene i EMDR og MCT betingelsene. MCT og EMDR gruppen matchet på alder, måneder siden traume samt grad av komorbiditet som vist i tabellen under.

Tabell 2: *Deskriptive data for EMDR versus MCT betingelsen*

	MCT	EMDR	<i>t</i>	<i>p</i>
N	12	8		
Alder	20.3 (2.2)	20.3 (1.8)	.089	.93
Måneder siden traume	27.0 (16.1)	34.6 (46.2)	.449	.67
Antall komorbide lidelser	.9 (.9)	1.3 (.5)	.960	.35

*Merknad.* MCT = Metakognitiv terapi; EMDR = Eye-movement desensitization and re-processing

## Mål

I tillegg til diagnoseintervjuet ADIS-IV (Brown et al., 1994) ble flere mål inkludert i studien for å se på livskvalitet og PTSD symptomatologi ved baseline, før og etter behandling. Oppfølging ble målt seks måneder etter behandling.

**Posttraumatic Diagnostic Scale.** Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS; Foa, Cashman, Jaycox & Perry, 1997) er et 49-ledds selvrapporteringskjema som måler alvorlighetsgrad av PTSD symptomer. PDS består av fire deler hvor førstedel er en sjekklister over traumat. I del to, beskriver respondenten det vondeste med traumat. Han/hun svarer på spørsmål om hva som skjedde, om noen ble skadd, og om hendelsen ble oppfattet som livstruende og/eller skapte følelser av frykt/hjelpeløshet. I del tre vurderer respondenten alvorlighetsgraden av 17 PTSD symptomer på en firepunktsskala fra 0 (*ikke i det hele eller bare en gang*) til 3 (*fem eller flere ganger i uken/nesten alltid*). Del fire tar for seg hvorvidt symptomene har skapt problemer i hverdagen. Totalskåre varierer mellom 0-51, og den helhetlige profilen viser hvilke symptomer som er fremtredende, hvor alvorlige disse er, samt hvordan dette påvirker hverdagen til respondenten. Grad av PTSD deles inn i *mild* (1-10), *moderat* (11-20), *alvorlig* (21-35) og *svært alvorlig* (36-51) symptombelastning (Foa, 1995). PDS screener effektivt for PTSD og måler alle seks kriterier for PTSD i DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). PDS har god indre konsistens (.92; Foa et al., 1997). PDS ble målt ved baseline, før og etter behandling, samt ved oppfølging.

**Beck Depression Inventory.** Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelson, & Erbaugh, 1961) er et 21-ledds selvrapporteringskjema utformet for å måle alvorlighetsgraden av depresjonssymptomer. Hvert symptom skåres på en firepunktsskala (0-3), hvor høyere skåre indikerer høyere nivå av depressive symptomer. Respondenten kan skåre fra 0-63. Grad av depresjon deles inn i *mild* (10-18), *moderat* (19-29) og *alvorlig* (30-63). BDI er et valid og reliabelt mål for depresjonssymptomatologi (Beck, Steer & Carbin, 1988a). BDI ble målt ved baseline, før og etter behandling, samt ved oppfølging.

**Beck Anxiety Inventory.** Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988b) er et 21-ledds selvrapporteringskjema utformet for å måle alvorlighetsgraden av angstsymptomer. Hvert symptom skåres på en firepunktsskala (0-3), hvor høyere skåre

indikerer høyere nivå av angstsymptomatologi. Respondenten kan skåre fra 0-63. Grad av angst deles inn i *mild* (10-18), *moderat* (19-29) og *alvorlig* (30-63). BAI har vist gode psykometriske egenskaper (Beck et al, 1988b). BAI ble målt ved baseline, før og etter behandling, samt ved oppfølging.

**Posttraumatic Stress Cognitions Inventory.** Posttraumatic Stress Cognitions Inventory (PTCI; Foa, Ehlers, Clark, Tolin & Orsillo, 1999) er et 33-ledds selvrappoteringskjema som vurderer grad av negative traumetanker etter traumet. Hvert utsagn rangeres fra 1 (*helt uenig*) til 7 (*helt enig*) på en likertskala. Skjemaet har tre subskalaer; negative tanker om seg selv, negative tanker om verden, og selvklandrende tanker. Skårene på subskalaene legges sammen til en totalskåre som faller mellom 33-231. Alvorlighetsgrad knyttet til traumetankene deles inn i *normal* (49-60), *traumatisk stress* (61-90), *PTSD* (92-135), og *krise/alvorlig PTSD* (136-231). PTCI har vist gode psykometriske egenskaper (Foa et al., 1999). PTCI ble målt før og etter behandling, samt ved oppfølging.

**The Short Form Health Survey.** The Short Form Health Survey (SF-12; Ware, 2000) er et 12-ledds skjema som vurderer helse relatert livskvalitet basert på to summeringsskårer: mental helse komponent og fysisk helse komponent. Skåringen er normbasert hvor høye skårer indikerer bedre livskvalitet. SF-12 inkluderer ledd på helhetlig livskvalitet; på fysiske begrensninger i hverdag og/eller arbeid samt hvor mye smerten/ubehaget forstyrrer hverdagen. Andre ledd i skjemaet måler hvordan emosjonelle problemer har innvirkning på hverdagen, inkludert jobbrelaterte plikter og humør. SF-12 er et reliabelt og valid mål for grad av både somatiske vansker (Ware, Kosinski & Keller, 1996) og psykisk lidelse (Salyers, Bosworth, Swanson, Lamb-Pagone & Osher, 2000). SF-12 ble målt før og etter behandling.

## **Behandling**

Pasientene ble tilbudt opptil ti konsultasjoner på 45-60 minutt i hver av betingelsene. EMDR ble utført av tre psykologer, mens MCT ble utført av to psykologer og en psykiater.



Hver pasient ble tildelt en behandler gjennom hele forløpet. EMDR behandlingen fulgte Shapiros (2001) behandlingsmanual for PTSD som foregår over åtte faser.

*Fase én.* Behandler utarbeider en individuell behandlingsplan. Pasienten og behandler identifiserer mulige ”mål” for EMDR behandlingen. Slike mål inkluderer urovekkende minner, og stressende situasjoner i hverdagen. Det blir lagt fokus på utviklingen av ferdigheter og atferd for å bedre takle fremtidige situasjoner. Målet er at pasienten skal få mer innsikt i egen situasjon, og at det emosjonelle stresset skal forsvinne og medføre atferdsendring.

*Fase to.* I denne fasen lærer pasienten ulike stressmestringsstrategier som skal brukes mellom timene.

*Fase tre til seks.* I disse fasene prosesseres de identifiserte målene gjennom EMDR prosedyrer. Pasienten identifiserer:

- Visuelle bilder relatert til minnet
- En negativ tanke om seg selv
- Relaterte følelser og kroppslige fornemmelser
- En positiv tanke/antagelse (eksempel: *jeg kan takle det som dukker opp*)

Sammen med behandler vurderer pasienten den positive antagelsen samt intensiteten av de negative følelsene. Videre instrueres pasienten til å fokusere på minnet med dets relaterte følelser og kroppslige fornemmelser, samtidig som bilateral stimulering tas i bruk. Pasienten bes om å legge merke til hva som spontant skjer med han/henne. Disse settene av bilateral stimulering gjentas flere ganger i løpet av en behandlingstime til eventuell uro avtar. Etter hvert sett instrueres klienten til å ”tømme hodet” og legge merke til tanker, følelser, bilder, minner eller kroppslige fornemmelser som oppstår. Pasientens respons avgjør videre fokus for timen. Hvis pasienten blir urolig eller synes det er vanskelig å fortsette, hjelper behandler han/henne gjennom etablerte prosedyrer for å dempe eventuell uro. Behandleren

kan for eksempel be pasienten tenke på den positive antagelsen som ble identifisert i begynnelsen av timen, og på denne måten dempe uro.

*Fase sju.* Behandleren avgjør om traumet er adaptivt prosessert eller ikke. Om adaptiv prosessering ikke er oppnådd oppfordres pasienten til å ta i bruk mestringsstrategiene lært i fase to. Pasienten informeres om at prosesseringen kan fortsette etter behandlingstimene og blir bedt om å føre en dagbok for å rapportere traumemateriale (minner, følelser, drømmer etc) som dukker opp. Det rapporterte blir fokus ved neste behandlingstime. Dagboken gir en god øvelse i selvobservasjon og øker mestringsfølelse for pasienten.

*Fase åtte.* Behandler og pasient observerer oppnådd endring gjennom behandlingsforløpet.

MCT behandlingen fulgte Wells (2009) manual for PTSD. Trolig er åtte til elleve behandlingstimer nok for å oppnå optimal effekt av MCT, og frafall av PTSD diagnose.

Behandlingsforløpet i studien var bygd opp som følger:

- 1) Utarbeiding av kasusbeskrivelse
- 2) Sosialisering
- 3) Øving på frakoblet oppmerksomhet
- 4) Utsettelse av bekymring/grubling, og stanse forsøk på å fylle hull i hukommelsen.
- 5) Utfordre metakognitive antagelser
- 6) Jobbe med oppmerksomhetsendring
- 7) Underbygge nye prosesseringsplaner
- 8) Forebygge tilbakefall.

Behandlingen omfatter ikke gjenopplevelse, imaginær eksponering, eller utfordring av traumetanker. Med unntak av å beskrive traumet som ledd i kartleggingen går behandlingen ikke inn i noen detaljert drøfting av traumehendelsen.

## Dataanalyser

En av pasientene manglet data på PDS og PTCI på alle tidspunkt, mens en annen pasient hadde ufullstendige data på SF-12 på begge tidspunkt. Disse manglene ble ikke erstattet. Førdata for BDI ble plottet inn som baseline BDI hos en av pasientene grunnet manglende data.

En uavhengig t-test ble brukt for å teste H1 og dermed sammenligne terror- og voldtektsutsatte på alle fem symptom mål før behandling. For å teste H2 ble en "repeated measures ANOVA" anvendt for å finne ut om voldtekts og terrorutsatte skilte seg fra hverandre på symptom målene fra før til etter behandling. En "repeated measures ANOVA" ble også anvendt for H3, for å se om MCT og EMDR oppnådde lik endring i symptomatologi hos traumeutsatte fra før til etter behandling. Det oppstod problemer med Box's test ved bruk av alle fire tidspunkter ved testing av H2 og H3. Vi reduserte derfor antall måletidspunkter til før og etter behandling. Det var imidlertid ingen signifikante endringer i symptom målene fra baseline til før behandling (PDS,  $p = .19$ , BDI,  $p = .68$  og BAI,  $p = .29$ ) eller fra etter behandling til oppfølging (PDS,  $p = .88$ , BDI,  $p = .58$  og BAI,  $p = .14$ ). Eventuelle likheter og ulikheter mellom pasientene før EMDR eller MCT behandling ble analysert med en uavhengig t-test.

Alle effektstørrelser i denne studien ble målt med *partial eta squared* (.02 = liten, .13 = medium, .26 = stor) og *Cohens d* (.2 = liten, .5 = medium, .8 = stor). Deskriptive analyser ble brukt for å vise henholdsvis bedring i prosent for pasientene i de ulike behandlingsbetingelsene. Forskning bruker forskjellige kriterier for fullstendig bedring/fracfall av diagnose hos pasientene etter endt behandling. I denne studien ble kriteriene for fullstendig bedring etter behandling satt som følger; en skåre tilsvarende *mild* (1-10) på PDS, samt skårer under 10 på BDI og BAI.

## Resultat

### **H1: Utøya utsatte vil ha mindre symptomer sammenlignet med voldtektsutsatte.**

Studien fant at det var signifikante forskjeller mellom gruppene på to symptomsmål før behandling (SF-12 og PTCI); terrorutsatte rapporterte færre negative traumetanker samt høyere livskvalitet sammenlignet med voldtektsutsatte. Videre ble det ikke funnet flere signifikante forskjeller mellom gruppene (se tabell 3).

**H2: Psykologisk behandling vil medføre bedring i PTSD symptomatologi for terrorutsatte og voldtektsutsatte.** PTSD gruppen ble signifikant bedre etter behandling på alle fem symptomsmål. Mål på disse hovedeffektene viste store effektstørrelser (se tabell 3). Den største effekten ble oppnådd på de traumespesifikke målene PTCI og PDS, hvor spesielt voldtektsutvalget viste store effektstørrelser på bedring. Studien fant ingen signifikant forskjell mellom traumegruppene i behandlingseffekt, som indikerer at begge utvalg hadde like god behandlingseffekt. Til tross for signifikante forskjeller på mål for negative traumetanker og livskvalitet før behandling, havnet begge utvalg på samme skåre for livskvalitet etter behandling. Forskjellen ved oppstart gjorde at de to gruppene hadde noe forskjellig effektstørrelse på endring i livskvalitet ( $d = .5$  for Utøya gruppen og  $d = 1.64$  for voldtektsgruppen).

Tabell 3: *Symptomprofil før og etter psykologisk behandling (EMDR og MCT) for voldtektsgruppen og Utøyagruppen*

	N	Før	Etter	<i>d</i>	Hovedeffekt før-etter		Gruppeeffekt Utøya vs. voldtekt	
					<i>p</i>	$\eta^2$	<i>p</i>	$\eta^2$
PDS utøya	9	25.0 (8.1)	12.0 (11.6)	1.30	.001	.668	.367	.048
PDS Voldtekt	10	30.9 (8.3)	13.0 (11.9)	1.74				
PTCI Utøya	9	113.6 (32.4) <sup>a</sup>	67.4 (33.9)	1.40	.001	.740	.144	.121
PTCI voldtekt	10	145.3 (25.8) <sup>a</sup>	73.1 (40.7)	2.12				
BDI utøya	10	25.3 (5.7)	14.6 (9.7)	1.35	.001	.495	.712	.008
BDI voldtekt	10	25.9 (7.9)	13.1 (16.6)	1.00				
BAI utøya	10	19.3 (8.9)	10.1 (8.1)	1.10	.007	.342	.673	.010
BAI voldtekt	10	22.2 (12.9)	10.0 (9.8)	1.10				
SF-12 Utøya	9	11.7 (5.1) <sup>a</sup>	14.0 (4.5)	.50	.004	.399	.068	.183
SF-12 voldtekt	10	6.0 (3.6) <sup>a</sup>	14.8 (6.7)	1.64				

*Merknad.* <sup>a</sup> Signifikant forskjell mellom gruppene ved før-behandling. PDS = Posttraumatic Diagnostic Scale; PTCI = Posttraumatic Stress Cognitions Inventory; BDI = Beck Depression inventory; BAI = Beck Anxiety Inventory; SF-12 = The Short Form Health Survey

Tabell 4 viser alvorlighetsgrad på de ulike symptommålene før og etter behandling for det totale traumeutvalget ( $n = 20$ ). Før behandling hadde nærmere 80% alvorlig til svært alvorlig PTSD problematikk som målt på PDS. Etter behandling mistet over halvparten av pasientene PTSD diagnosen med oppnådd *mild* skåre på PDS (1-10). Også på de resterende symptommålene ble det observert en tydelig forbedring fra før til etter behandling. Hele 45-50% oppnådde fullstendig bedring på mål for depresjons og angstsymptomatologi (BDI og BAI).

Tabell 4: *Alvorlighetsgrad på PDS, BDI og BAI før og etter behandling*

	Mild	Moderat	Alvorlig - svært alvorlig
PDS før		21.1%	79%
PDS etter	52.6%	15.8%	31.6%
	Symptomfri	Mild	Moderat - alvorlig
BDI før		20%	80%
BDI etter	50%	15%	35%
BAI før	10%	40%	50%
BAI etter	45%	35%	20%

*Merknad.* Mål på PDS mangler på alle tidspunkt for en EMDR pasient. PDS = Posttraumatic Diagnostic Scale; BDI = Beck Depression Inventory; BAI = Beck Anxiety Inventory

### **H3: MCT vil være signifikant mer effektiv i behandling av traume enn EMDR.**

Det ble funnet signifikant behandlingseffekt for både MCT og EMDR (se tabell 5). Ingen signifikante gruppeforskjeller mellom EMDR og MCT på symptommålene ble funnet, noe som indikerer at begge behandlingene var like effektive. Til tross for mangel på signifikante forskjeller mellom behandlingsbetingelsene var det en trend som tydet på at MCT gruppen oppnådde noe større bedring på alle fem symptom mål, som målt med *Cohens d*. Disse trendene var spesielt tydelige for mål på negative traumetanker (PTCI), depresjonssymptomatologi (BDI) og livskvalitet (SF-12). Videre ble det funnet at MCT pasientene oppnådde signifikant bedre skårer på fire symptom mål etter behandling, henholdsvis PDS, SF-12, BAI og BDI. Det fantes imidlertid noen forskjeller mellom gruppene før behandling, hvor EMDR pasientene hadde signifikant mer PTSD (PDS) og depresjonssymptomer (BDI), sammenlignet med MCT pasientene (se tabell 5).

Tabell 5: *Symptomprofil før og etter MCT eller EMDR for traumepasienter*

	N	Før	Etter	<i>d</i>	Hovedeffekt før-etter		Gruppeeffekt MCT vs EMDR	
					<i>p</i>	$\eta^2$	<i>p</i>	$\eta^2$
PDS MCT	12	24.8 (7.7) <sup>a</sup>	8.3 (8.9) <sup>b</sup>	1.98	.001	.638	.660	.012
PDS EMDR	7	33.9 (6.9) <sup>a</sup>	19.9 (12.2) <sup>b</sup>	1.41				
PTCI MCT	12	124.4 (29.6)	56.3 (24.3)	2.51	.001	.702	.231	.083
PTCI EMDR	7	140.3 (37.5)	94.6 (43.5)	1.25				
BDI MCT	12	23.1 (5.8) <sup>a</sup>	8.0 (9.4) <sup>b</sup>	1.93	.001	.477	.139	.117
BDI EMDR	8	29.4 (6.4) <sup>a</sup>	22.6 (13.8) <sup>b</sup>	.63				
BAI MCT	12	19.0 (11.4)	6.6 (6.6) <sup>b</sup>	1.33	.010	.318	.553	.020
BAI EMDR	8	23.4 (10.2)	15.3 (9.4) <sup>b</sup>	.83				
SF-12 MCT	12	8.6 (5.9)	16.4 (5.1) <sup>b</sup>	1.41	.012	.319	.126	.132
SF-12 EMDR	7	8.9 (4.0)	11.0 (5.1) <sup>b</sup>	.46				

*Merknad.* <sup>a</sup> Signifikant forskjell før MCT eller EMDR. <sup>b</sup> Signifikant forskjell etter MCT eller EMDR. MCT = Metakognitiv terapi; EMDR = Eye-movement desensitization and re-processing; PDS = Posttraumatic Diagnostic Scale; PTCI = Posttraumatic Stress Cognitions Inventory; BDI = Beck Depression inventory; BAI = Beck Anxiety Inventory; SF-12 = The Short Form Health survey

Tabell 6 viser alvorlighetsgrad av PTSD, depresjons og angstsymptomatologi før og etter MCT eller EMDR. Antall pasienter med fullstendig bedring på PDS var 66.7% i MCT betingelsen versus 28.6% i EMDR betingelsen. Videre rapporterte 58-75% av pasientene i MCT betingelsen fullstendig bedring på symptomsmål for depresjon og angst (BAI og BDI). Tilsvarende rapporterte 12.5% til 25% samme bedring i EMDR betingelsen. Det er imidlertid viktig å påpeke at EMDR betingelsen hadde signifikant høyere skåre på BDI og PDS også før behandling.

Tabell 6: *Alvorlighetsgrad av symptomer før og etter MCT eller EMDR*

	Mild	Moderat	Alvorlig - svært alvorlig
PDS før MCT	0%	33.3%	66.7%
PDS etter MCT	66.7%	25%	8.3%
PDS før EMDR	0%	0%	100%
PDS etter EMDR	28.6%	0%	71.4%
	Symptomfri	Mild	Moderat - alvorlig
BDI før MCT	0%	33.3%	66.7%
BDI etter MCT	75%	8.3%	16.7%
BDI før EMDR	0%	0%	100%
BDI etter EMDR	12.5%	25%	62.5%
BAI før MCT	16.7%	50%	33.3%
BAI etter MCT	58.3%	41.7%	0%
BAI før EMDR	0%	25%	75%
BAI etter EMDR	25%	25%	50%

*Merknad.* Mål for PDS mangler på alle tidspunkt for en EMDR pasient. MCT = Metakognitiv terapi; EMDR = Eye-movement desensitization and re-processing; PDS = Posttraumatic Diagnostic Scale; BDI = Beck Depression Inventory; BAI = Beck Anxiety Inventory.

## Diskusjon

Hovedformålet med denne studien var å sammenligne effekten av MCT og EMDR i behandling av PTSD for å se om tilnærmingene fungerte like godt som traumebehandling. Videre ønsket vi å undersøke hvorvidt type traume påvirket symptomprofil hos traumepasienter før og etter behandling med EMDR eller MCT. Det ble ikke funnet noen signifikant forskjell mellom terror- og voldtektsutsatte på depresjon, angst og PTSD symptomatologi før behandling. Terrorutsatte hadde imidlertid mindre negative tanker om seg selv, selvklandring og negative tanker om verden samt noe bedre livskvalitet før behandling. Videre viste resultatene at psykologisk behandling medførte signifikant bedring for begge gruppene. Både MCT og EMDR viste signifikant effekt på alle symptomsmål etter behandling, og ingen signifikante forskjeller mellom EMDR og MCT ble funnet. Det var imidlertid indikasjoner som tydet på at MCT ga noe større bedring for PTSD.

Det ble ikke funnet noen signifikante forskjeller på symptomsmål for depresjon, angst og



PTSD mellom traumegruppene. Dette funnet støtter dermed ikke forskning som hevder at voldtekt gir økt risiko for mer alvorlig PTSD symptomatologi enn ikke-seksuelle traumer, som vold og terror (Moor et al., 2013). Denne studien skilte imidlertid ikke mellom enkeltstående versus repeterte seksuelle overgrep. Videre ble seksuelle overgrep i barndom ikke inkludert i studien. Inklusjon av de overnevnte variablene ville muligens gitt andre resultater da forskning har funnet at kumulative traumer, særlig barndomstraumer, er linket til kompleks PTSD (Cloitre et al., 2009). Funnet bør dermed tolkes med forsiktighet da det ikke kan generaliseres på tvers av seksuelle traumer. I tillegg baserte utvalget seg på behandlingssøkende traumeutsatte, noe som begrenser funnets generaliseringsevne på populasjonsnivå.

Videre ble det observert at voldtektsutsatte hadde signifikant dårligere livskvalitet, som målt med SF-12. Dette kan trolig henge sammen med at voldtektsutsatte ofte opplever skyldpålegging som muligens kan medføre mindre deltakelse i sosiale situasjoner som blant annet måles med SF-12 (Klump, 2006; Weiss, 2010). Skyldpålegging er i sin tur linket til selvklandring (Weiss, 2010). I tråd med dette fant studien at voldtektsutsatte hadde signifikant høyere skåre på PTCI som blant annet måler selvklandring og negative tanker om seg selv. Det er tidligere funnet at terrorutsatte oppnår ofte positiv oppmerksomhet, sympati, og sosial støtte, som er kjente beskyttelsesfaktorer i etterkant av traume (Brewin et al., 2000; Thoresen et al., 2012). Voldtektsutsatte på den andre siden opplever ofte manglende støtte, noe som kan resultere i mindre åpenhet relatert til traumet (Klump, 2006; Weiss, 2010). Denne kontrasten i åpenhet på tvers av traumeopplevelser, kan ha innvirkning på følelse av skam, da mer åpenhet linkes til mindre skam (Bögner et al., 2007). Funnet underbygger tidligere forskning som hevder at voldtektsutsatte opplever mer selvklandring enn andre traumeutsatte, deriblant terrorutsatte (Branscombe et al., 2013; Littleton & Breitkopf, 2006; Moor et al., 2013; Moor & Farchi, 2011). Følelser av dehumanisering, objektifisering og ydmykelse anses som unike

for voldtektsutsatte, og predikerer *frysrespons* som i sin tur linkes til økt selvklandring, og muligens økt PTSD symptomatologi (Moor et al., 2013).

I sin helhet indikerer funnene at klinisk henviste terror- og voldtektsutsatte varierer lite på alvorlighetsgrad av PTSD, depresjon og angst symptomatologi. Imidlertid kan det se ut til at terrorutsatte har mindre negative traumetanker samt noe bedre livskvalitet før behandling sammenlignet med voldtektsutsatte. Denne studien var preget av et lite, selektert og klinisk henvist utvalg med høyt symptomtrykk. Klarere forskjeller i alvorlighetsgrad mellom traumeutvalgene kunne muligens kommet frem om det var tilfeldig valgte ofre for voldtekt og terror. Mer forskning, med større randomiserte utvalg er nødvendig for å se om voldtektsutsatte har mer PTSD symptomatologi samt negative traumetanker enn andre traumeutsatte (Moor et al., 2013; Moor & Farchi, 2011).

Størsteparten av traumepasientene oppnådde god behandlingseffekt med signifikant bedring for PTSD, depresjons og angstsymptomatologi, samt traumetanker og livskvalitet. Endringen skjedde fra før til etter behandling og symptomnivået var stabilt fra baseline til før behandling, og fra etter behandling til oppfølging. Funnet underbygger tidligere påvist behandlingseffekt for både terror og voldtektsutsatte (Bisson et al., 2013; Vickerman & Margolin, 2009; Watts et al., 2013). Til tross for signifikant bedring hos flere av pasientene, hadde 31.6% alvorlig PTSD symptomatologi som målt på PDS etter behandling. Tilsvarende hadde 20-35% moderat til alvorlig depresjons og angstsymptomatologi etter behandling.

Som nevnt tidligere, ble det funnet to signifikante forskjeller før behandling, der voldtektsutsatte rapporterte dårligere livskvalitet samt flere negative traumetanker (negative tanker om seg selv og verden samt selvklandring) enn terrorutsatte. Studier har vist varierende behandlingseffekt på selvklandringsdimensjonen (Branscombe et al., 2003; Littleton & Breitkopf, 2006; Taylor et al., 2003). Denne studien fant ingen signifikant forskjell mellom traumegruppene på PTCI skåre etter behandling. Funnet indikerer at begge

behandlingstilnærmingene hadde effekt på negative traumetanker, inkludert selvklandringstanker, som målt på PTCI. Dette støtter tidligere funn om at behandling reduserer traumerelatert skyld og skam (Taylor et al., 2003). Til tross for at voldtektsutsatte hadde noe dårligere skåre på to symptomsmål (SF-12 og PTCI) før behandling oppnådde begge gruppene signifikant bedre, og nærmest identiske, skårer på alle symptomsmål etter behandling. Funnet kan muligens indikere at type traume har liten innvirkning på terapiutfall for EMDR eller MCT. Det anses imidlertid som nødvendig med flere metodologisk sterke studier for å se om det finnes eventuelle forskjeller i behandlingseffekt mellom ulike traumegrupper.

Pasientene i både EMDR og MCT betingelsen oppnådde signifikant bedring på alle fem symptomsmål. Over halvparten møtte kriteriet for fullstendig bedring på PDS. Endringene vedvarte også ved oppfølging seks måneder etter behandling. Dette funnet underbygger støtten for både EMDRs (Bisson et al., 2013; Vickerman & Margolin, 2009; Watts et al., 2013) og MCTs (Normann et al., 2014; Wells et al., 2014) behandlingseffekt for traumer. Det ble ikke funnet signifikante forskjeller i behandlingseffekt mellom pasientene som fikk EMDR og MCT. Til tross for mangel på signifikante forskjeller mellom behandlingsbetingelsene var det en trend som tydet på at MCT gruppen oppnådde noe større bedring på alle symptomsmål. Trendene kom særlig frem på mål for livskvalitet, depresjonssymptomatologi og negative traumetanker. Videre fant studien at MCT gruppen oppnådde signifikant større bedring på selvrapportert livskvalitet, PTSD, angst- og depresjonssymptomer sammenlignet med EMDR betingelsen. Denne studiens funn samsvarer med tidligere sammenligningsstudier på MCT (Normann et al., 2014; Wells et al., 2014). Wells og medarbeidere (2014) fant at både PE og MCT var effektive i behandling av PTSD. Samtidig fant de at MCT pasientene oppnådde noe større bedring på mål for interpersonlig fungering (IES), traume – (PDS) og depresjonssymptomer. Normann og medarbeidere (2014)

fant at MCT var muligens mer effektiv enn CBT i behandling av angstlidelser, deriblant PTSD. Forskerne oppfordret imidlertid til at resultatet måtte tolkes med forsiktighet da metaanalysen baserte seg på relativt få CBT studier. De observerte forskjellene på symptommål i denne og de overnevnte studiene kan muligens skyldes ulikhetene mellom eksponeringsbasert terapi (CBT/PE/EMDR) og MCT. Disse terapiformene skiller seg på flere måter. EMDR er en traumespesifikk behandlingsmetode med elementer av eksponering, samt detaljert gjennomgang av traume. MCT bruker derimot teknikker som ”frakoblet oppmerksomhet” og oppmerksomhetstrening i sin behandling av PTSD. Disse teknikkene er mer globale enn teknikkene brukt i EMDR og kan adressere flere typer problematikk.

Det er viktig å nevne at EMDR gruppen hadde mer PTSD og depresjonssymptomer sammenlignet med MCT gruppen ved oppstart av behandling. Forskjellene observert etter behandling var altså noe til stede også før behandling. Dette kan ha medvirket til at endringskurven ikke ble stor nok til å utgjøre signifikante forskjeller mellom MCT og EMDR. Til tross for manglende signifikans var det en trend som tydet på at MCT var noe mer effektiv enn EMDR. Det ble blant annet observert at antall diagnosefrfall etter behandling var henholdsvis 58 - 75% i MCT versus 12.5 - 28.6% i EMDR betingelsen. Det er viktig å understreke at dette er lovende for MCT som metode, men at observasjonene ikke kan sies å være konkluderende da de ikke var signifikante. MCT er en relativt ny metode og dermed preget av få, men lovende forskningsfunn, i motsetning til EMDR som er veletablert innen traumefeltet. Studien underbygger både MCT og EMDRs behandlingseffekt for PTSD, men mer forskning er nødvendig for å avgjøre om MCT kan anses som like god eller bedre innen traumebehandling jamfør med veletablerte traumebehandlinger som TF-CBT, PE og EMDR.

### **Styrker og begrensninger**

Denne studien har flere metodologiske styrker blant annet ble pasientene grundig kartlagt på fem ulike symptommål på fire forskjellige måletidspunkt. I tillegg var alle

pasientene gjennom ADIS-IV (Brown et al., 1994), et godt validert diagnoseintervju. Videre hadde studien to veldefinerte grupper, henholdsvis terror- og voldtektsutsatte. Det finnes lite forskning på variabiliteten av unike karakteristikk og utfall på tvers av traumer. Denne studien kan anses som innovativ i den forstand at den undersøkte ulikheter mellom terror- og voldtektsutsatte. Terrorangrep er ofte heterogene i sin karakteristikk og forskning på denne gruppen har begrenset generaliseringsevne, og det anses dermed som nødvendig med mer forskning innen feltet. Denne studien kan anses som et viktig tilskudd innen terrorforskning og behandling av de utsatte.

Det er etter forfatterens kunnskap ingen tidligere sammenligningsstudier av EMDR og MCTs behandlingseffekt for traumer. Denne studien er den første overhodet som sammenligner nettopp disse metodenes behandlingseffekt for PTSD. Det anses som høyst nødvendig med flere sammenligningsstudier da MCT viser seg som en lovende og muligens bedre traumebehandling enn veletablerte behandlinger innen feltet.

En annen styrke i studien er de gode resultatene. Studien fant at psykologisk behandling har effekt på tvers av klinisk henviste traumegrupper. Denne bedringen vedvarte ved oppfølging seks måneder etter behandling. Videre fant studien at både MCT og EMDR har god effekt for traumeutsatte, samtidig som det var en trend som tydet på at MCT kan ha noe bedre effekt enn EMDR. Dette må undersøkes videre i fremtidig forskning da studien ikke oppnådde signifikante forskjeller mellom behandlingstilnærmingene. En mulig grunn til manglende signifikans kan skyldes studiens utvalgsstørrelse ( $n = 20$ ) samt at pasientene ikke var randomiserte grupper. I tillegg var gruppene noe ulike ved oppstart som videre kan ha påvirket signifikansnivået. Det anses som nødvendig at metodologisk sterke studier med større utvalg sammenligner MCT med veletablerte terapiformer i nær fremtid. Om MCT viser seg som bedre egnet som traumebehandling enn EMDR og TF-CBT, kan dette innebære et skifte i måten vi møter traumer i behandling.

En av begrensningene i denne studien var manglende kompetansevurderinger av terapeutene samt mål på hvorvidt de etterlevde terapimetodenes manualer. Studien var også preget av liten utvalgsstørrelse og resultatene er rapportert med lav statistisk styrke, og det oppstod noen utfordringer med analysene av behandlingsbetingelsene siden pasientene var noe ujevnt fordelt mellom disse. Hele 95% av pasientene var unge kvinner, noe som svekker studiens generaliseringsevne på tvers av kjønn og alder. Pasientene var selekterte og klinisk henviste individer med høyt symptomtrykk noe som videre begrenser studiens generaliseringsevne på populasjonsnivå. Det ville muligens fremkommet større forskjeller mellom traumeutvalgene med et større utvalg bestående av tilfeldig valgte terror- og voldtektsutsatte. Man skal derfor trekke konklusjoner med forsiktighet. Fremtidig forskning med større randomiserte utvalg er nødvendig for å kunne si med sikkerhet om det finnes klare forskjeller på tvers av traumegrupper, men det er likevel mulig å angi noen interessante trender i det foreliggende materialet.

### **Konklusjon**

Studien fant at behandlingssøkende voldtektsutsatte og terrorutsatte ikke rapporterer ulike nivåer av symptomer for PTSD, depresjon og angst. Voldtektsutsatte ser imidlertid ut til å ha mer negative traumetanker samt noe dårligere livskvalitet før behandling sammenlignet med terrorutsatte. Videre fant studien at psykologisk behandling medførte signifikant bedring for begge traumeutvalgene. Både EMDR og MCT har god behandlingseffekt for PTSD pasienter, og begge tilnærmingene ser ut til å fungere like godt som traumebehandling. Funnet støtter tidligere studier på både MCT og EMDRs behandlingseffekt for PTSD. Til tross for manglende signifikante forskjeller mellom behandlingstilnærmingene oppnådde MCT betingelsen noe bedre skåre på fire av fem symptomsmål. MCT viser seg i denne så vel som tidligere studier å være en lovende traumebehandling. Studien var preget av liten utvalgsstørrelse, og fremtidig forskning med større utvalg bør inkludere sammenligninger av

MCT og andre anbefalte traumebehandlinger, da det fremkommer trender som tyder på at MCT oppnår noe bedre behandlingseffekt enn EMDR. En viktig implikasjon kan også være at fremtidig forskning også må se på eventuell variabilitet på tvers av traumer.

## Referanser

- Aakvaag, H., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., Røysamb, E., & Dyb, G. (2014). Shame and Guilt in the Aftermath of Terror: The Utøya Island Study. *Journal of Traumatic Stress, 27*(5), 618-621. doi:10.1002/jts.21957
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5. utgave) Washington, DC: APA.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988b). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 893-897. doi:10.1037/0022-006X.56.6.893
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988a). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*(1), 77-100. doi:10.1016/0272-7358(88)90050-5
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., & Erbaugh, J. (1961). Beck Depression Inventory. *Archives of General Psychiatry, 4*(10), 561-571.
- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 12*. doi:10.1002/14651858.CD003388.pub
- Bögner, D., Herlihy, J., & Brewin, C. R. (2007). Impact of sexual violence on disclosure during Home Office interviews. *The British Journal of Psychiatry, 191*(1), 75-81. doi:10.1192/bjp.bp.106.030262
- Branscombe, N. R., Wohl, M. J. A., Owen, S., Allison, J. A., & N'Gbala, A. (2003). Counterfactual Thinking, Blame Assignment, and Well-Being in Rape Victims. *Basic and Applied Social Psychology, 25*(4), 265-273. doi:10.1207/S15324834BASP2504\_1



- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 748-766. doi:10.1037/0022-006X.68.5.748
- Brown, A. B., DiNardo, P. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*. New York: Oxford University Press.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. v. d., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress, 22*(5), 399-408. doi:10.1002/jts.2044
- Dyb, G., Jensen, T. K., Nygaard, E., Ekeberg, Ø., Diseth, T. H., Wentzel-Larsen, T., & Thoresen, S. (2014). Post-traumatic stress reactions in survivors of the 2011 massacre on Utøya Island, Norway. *The British Journal of Psychiatry, 204*(5), 361-367. doi:10.1192/bjp.bp.113.133157
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., Janssen, W. C., & van der Beek, J. (2010). Eye movements reduce vividness and emotionality of “flashforwards”. *Behaviour Research and Therapy, 48*(5), 442-447. doi:10.1016/j.brat.2010.01.003
- Foa, E. B. (1995). *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale Manual* (Volum 1). Minneapolis: NCS Pearson.
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment, 9*(4), 445-451. doi:10.1037/1040-3590.9.4.445
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment, 11*(3), 303-314. doi:10.1037/1040-3590.11.3.303

- Klump, M. C. (2006). Posttraumatic Stress Disorder and Sexual Assault in Women. *Journal of College Student Psychotherapy, 21*(2), 67-83. doi:10.1300/J035v21n02\_07
- Littleton, H., & Breitkopf, C. R. (2006). Coping With The Experience Of Rape. *Psychology of Women Quarterly, 30*(1), 106-116. doi:10.1111/j.1471-6402.2006.00267.x
- Moor, A., Ben-Meir, E., Golan-Shapira, D., & Farchi, M. (2013). Rape: A trauma of paralyzing dehumanization. *Journal of aggression, maltreatment and trauma, 22*(10), 1051-1069. doi:10.1080/10926771.2013.848965
- Moor, A., & Farchi, M. (2011). Is Rape-Related Self Blame Distinct From Other Post Traumatic Attributions of Blame? A Comparison of Severity and Implications for Treatment. *Women and Therapy, 34*(4), 447-460. doi:10.1080/02703149.2011.591671
- Normann, N., van Emmerik, A. A. P., & Morina, N. (2014). The Efficacy Of Metacognitive Therapy Fos Anxiety And Depression: A Meta-analytic Review. *Depression and Anxiety, 31*(5), 402-411. doi:10.1002/da.22273
- Salyers, M. P., Bosworth, H. B., Swanson, J. W., Lamb-Pagone, J., & Osher, F. C. (2000). Reliability and Validity of the SF-12 Health Survey Among People With Severe Mental Illness. *Medical Care, 38*(11), 1141-1150.  
doi: 10.1097/00005650-200011000-00008
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures* (2. utgave). New York: Guilford Press.
- Shapiro, F., & Maxfield, L. (2002). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *Journal of Clinical Psychology, 58*(8), 933-946. doi:10.1002/jclp.10068
- Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I. C., Lovell, K., & Ogrodniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments:

- Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 330-338. doi:10.1037/0022-006X.71.2.330
- Thoresen, S., Aakvaag, H. F., Wentzel-Larsen, T., Dyb, G., & Hjemdal, O. K. (2012). The day Norway cried: Proximity and distress in Norwegian citizens following the 22nd July 2011 terrorist attacks in Oslo and on Utøya Island. *European Journal of Psychotraumatology*, 3. doi:10.3402/ejpt.v3i0.19709
- Vickerman, K. A., & Margolin, G. (2009). Rape treatment outcome research: Empirical findings and state of the literature. *Clinical Psychology Review*, 29(5), 431-448. doi:10.1016/j.cpr.2009.04.004
- Ware, J. E., Jr., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. *Medical Care*, 34(3), 220-233. doi:10.2307/3766749
- Ware, J. E. J. (2000). SF-36 Health Survey Update. *Spine*, 25(24), 3130-3139.
- Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B., & Friedman, M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of clinical psychiatry*, 74(6), 541-550. doi:10.4088/JCP.12r08225
- Weiss, K. G. (2010). Male Sexual Victimization. *Men and Masculinities*, 12(3), 275-298. doi:10.1177/1097184X08322632
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression* (1. utgave). New York: Guilford Press.
- Wells, A., & Colbear, J. S. (2012). Treating Posttraumatic Stress Disorder With Metacognitive Therapy: A Preliminary Controlled Trial. *Journal of Clinical Psychology*, 68(4), 373-381. doi:10.1002/jclp.20871

Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34(11–12), 881-888.

doi:10.1016/S0005-7967(96)00050-2

Wells, A., & Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(4), 365-377.

doi:10.1016/S1077-7229(04)80053-1

Wells, A., Walton, D., Lovell, K., & Proctor, D. (2014). Metacognitive Therapy Versus Prolonged Exposure in Adults with Chronic Post-traumatic Stress Disorder: A Parallel Randomized Controlled Trial. *Cognitive Therapy and Research*, 39(1), 70-80.

doi:10.1007/s10608-014-9636-6