

Kristoffer Welter Bergsten og Sigrid Kulia

Traumepasienter i ordinær poliklinisk behandling: kjennetegn, fungering og behandlingsutfall

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi

Veileder: Torun Grøtte

Medveileder: Martin Brattmyr

Mars 2023



Kristoffer Welter Bergsten og Sigrid Kulia

Traumepasienter i ordinær poliklinisk behandling: kjennetegn, fungering og behandlingsutfall

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi
Veileder: Torun Grøtte
Medveileder: Martin Brattmyr
Mars 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for psykologi



Kunnskap for en bedre verden

Forord

Denne hovedoppgaven er med på å markere slutten av studietiden ved profesjonsstudiet i psykologi ved NTNU. Å skrive denne oppgaven er noe av det mest lærerike vi har gjennomgått på studiet. Skriveprosessen har vært spennende og interessant, samt tidvis krevende og frustrerende. Traumelidelser er noe vi har opparbeidet oss en ekstra interesse for i studieløpet, og det har vært inspirerende å kunne fordype seg i nettopp dette. Arbeidet med denne oppgaven har også åpnet øynene våre for viktigheten av å undersøke og adressere fungering i møte med pasienter i klinisk praksis. Sist men ikke minst har arbeidet med hovedoppgaven også gitt oss et bedre innblikk i samarbeidsprosessen, hvilket vi vil ta med oss videre i møte med arbeidslivet og livet generelt.

Vi vil først og fremst takke våre veiledere Torun Grøtte og Martin Brattmyr, for god, konstruktiv veiledning og støtte i skriveprosessen. Vi setter stor pris på deres innsats og interesse i prosjektet. Deres hjelp har vært uvurderlig. Vi vil også takke forskningsprosjektet “Systematisk kvalitetssikring av helsetjenester ved Nidaros DPS og NTNUs psykologiske poliklinikk” for at vi fikk bruke datagrunnlaget til oppgaven vår. Til slutt vil vi takke familie, venner og kjærester for god støtte gjennom skriveprosessen.

Kristoffer Welter Bergsten og Sigrid Elise Kulia

Trondheim/Oslo, 25. mars 2023.

Sammendrag

Bakgrunn

Mye forskning er gjort på pasienter med traumelidelser, men det eksisterer et kunnskapshull vedrørende effektiviteten av ordinær behandling, særlig hva gjelder fungering. Formålet med denne studien var å undersøke: 1) Hva kjennetegner traumepasienter i ordinær behandling i spesialisthelsetjenesten?; 2) Hva predikerer arbeids- og sosial fungering hos traumepasienter ved behandlingsstart?; 3) Skjer det en endring i arbeids- og sosial fungering, og angst- og depresjonssymptomer fra før til etter behandling?

Metode

Utvalget bestod av pasienter som har mottatt ordinær behandling for sin traumelidelse ved Nidaros DPS i perioden 2020 til 2022. Som en del av Nidaros DPS sitt kvalitetssikringsprosjekt ble alle pasienter bedt om å fylle ut selvrapporterings skjema vedrørende angst, depresjon og arbeids- og sosial fungering ved behandlingsoppstart og behandlingsslutt. Totalt 167 deltakere ble inkludert i studien, hvorav 31 besvarte spørreskjema ved begge måletidspunkt. Demografiske karakteristikk ved traumepasientene ble utforsket og sammenlignet med øvrig pasientpopulasjon ved Nidaros DPS. En multipl lineær regresjonsanalyse ble foretatt for å undersøke potensielle prediktorer for arbeids- og sosial fungering. Det ble foretatt parede t-tester på kliniske variabler for å undersøke endring fra før til etter behandling.

Resultat

Traumepasientene skilte seg statistisk signifikant fra resterende pasientpopulasjon ved at de var eldre, bestod av en større andel kvinner, hadde en høyere andel komorbiditet og mottok flere behandlingstimer. Angst- og depresjonssymptomer var en signifikant prediktor for arbeids- og sosial fungering ($\beta = .56$). Det ble funnet en signifikant nedgang i angst- ($d = 0.59$) og depresjonssymptomer ($d = 0.31$) fra behandlingsstart til behandlingsslutt. Det ble imidlertid ikke observert signifikant bedring i arbeids- og sosial fungering.

Konklusjon

Resultatene fra denne studien samsvarer med tidligere funn om høy komorbiditet og høy andel kvinnelige traumepasienter. Ettersom resultatene indikerer at symptomer på angst og depresjon er signifikant assosiert med redusert fungering, samtidig som det ikke ble funnet støtte for at ordinær terapi medfører signifikant bedring i funksjonsnivå, bør videre forskning undersøke effekten av spesifikke intervensjoner som også retter seg mot komorbide symptomer og fungering, i tillegg til ordinær traumebehandling.

Abstract

Background

Extensive research has been conducted on patients with trauma disorders. However, a knowledge gap still exists concerning the effectiveness of treatment as usual (TAU), especially concerning functioning. The aim of this study was to investigate the following: 1) What are the characteristics of trauma patients receiving TAU in the specialist health service?; 2) What predicts the work- and social functioning of trauma patients at the start of treatment? 3); Is there significant changes in trauma patients' level of work- and social functioning, anxiety, and depression from pre- to post-treatment?

Method

The sample consisted of patients receiving TAU for various trauma disorders at Nidaros DPS from 2020 to 2022. As a part of Nidaros DPS' quality indicator project, all patients were requested to answer self-report forms concerning symptoms of anxiety, depression, and work- and social functioning at the start and end of treatment. A total of 167 participants were included in the study, of which 31 answered the questionnaires at both time-points (i.e., pre- and post-treatment). The trauma patients' demographic characteristics were investigated and compared to the rest of the patient population at Nidaros DPS. A multiple linear regression analysis was conducted to examine potential predictors of work- and social functioning. Paired samples t-tests were conducted on clinical variables to examine change from pre- to post- treatment.

Result

Trauma patients differed significantly from the remaining patient group in terms of being older, consisting of more women, having a higher rate of comorbidity, and receiving more treatment sessions. Symptoms of anxiety and depression was a significant predictor of work- and social functioning ($\beta = .56$). A significant reduction in symptoms of anxiety ($d = 0.59$) and depression ($d = 0.31$) was found from pre- to post- treatment. However, there was no significant improvement in work- and social functioning.

Conclusion

The results from this study are in line with prior findings concerning high rates of comorbidity and high rates of women in trauma patient populations. Findings of a significant association between symptoms of anxiety and depression and functioning, coupled with no indications of a significant improvement in functioning, suggests that further research should examine the effects of specific interventions aiming to improve functioning and symptoms of anxiety and depression, in addition to ordinary trauma treatment.

Innholdsfortegnelse

1. Traumepasienter i ordinær poliklinisk behandling: kjennetegn, fungering og behandlingsutfall	5
1.1 Karakteristikk hos individer med PTSD	6
1.1.1 Prevalens.....	6
1.1.2 Kjønnforskjeller.....	6
1.1.3 Komorbiditet	7
1.2 PTSD og fungering	8
1.2.1 Arbeidsfungering.....	8
1.2.2 Sosial fungering	9
1.3 Behandlingsforskning for PTSD.....	10
1.3.1 Psykoterapeutiske intervensjoner for PTSD	10
1.3.2 Effekt- og effektivitetsstudier.....	11
1.3.3 Effekt og effektivitet av psykoterapi på komorbide angst- og depresjonssymptomer	14
1.3.4 Effekt og effektivitet av psykoterapi på arbeids- og sosial fungering.....	14
1.4 Hypoteser.....	16
2. Metode	17
2.1 Utvalg og prosedyre.....	17
2.2 Utredning og behandling	18
2.3 Måleinstrumenter	19
2.3.1 Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9).....	19
2.3.2 General Anxiety Disorder-7 (GAD-7).....	19
2.3.3 Patient Health Questionnaire Anxiety and Depression Scale (PHQ-ADS).....	19
2.3.4 Work and Social Adjustment Scale (WSAS).....	20
2.4 Dataanalyser.....	20
3. Resultater	21
3.1 Kjennetegn ved traumepasienter i ordinær behandling	21
3.2 Arbeids- og sosial fungering, og angst og depressive symptomer ved behandlingsstart	22
3.3 Prediktorer for arbeids- og sosial fungering hos traumeutvalget.....	24
3.4 Endring i symptomer fra behandlingsstart til behandlingsslutt	24
4. Diskusjon	26
4.1 Støtte for originale hypoteser.....	26
4.2 Demografiske karakteristikk ved behandlingsstart.....	26
4.3 Kliniske karakteristikk ved behandlingsstart.....	28
4.4 Hva predikerer arbeids- og sosial fungering hos traumeutvalget ved behandlingsstart?	28
4.5 Ordinær behandling og effektivitet for symptomtrykk.....	29
4.6 Effektivitet av ordinær behandling på arbeids- og sosial fungering	30
4.7 Styrker og begrensninger	32
4.8 Implikasjoner	34
4.9 Konklusjon.....	35
5. Litteraturliste	36

1. Traumepasienter i ordinær poliklinisk behandling: kjennetegn, fungering og behandlingsutfall

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er en psykisk lidelse som medfører betydelige utfordringer, både sett i lys av enkeltindividet og i et samfunnsperspektiv (Davis, 2022). Forskning tyder på at pasienter med PTSD kan ha utfordringer med både arbeidsfunksjon (Alonso et al., 2004) og sosial fungering (Scoglio et al., 2022), hvilket kan medføre økte kostnader for samfunnet (Helsedirektoratet, 2015). Derimot er det foreløpig gjort lite forskning på tiltak for å bedre fungering hos PTSD pasienter (Scoglio et al., 2022; Wald & Taylor, 2009).

Formålet med denne oppgaven var å undersøke hva som kjennetegner traumepasienter i ordinær behandling, hva som predikerer arbeids- og sosial fungering, samt effektiviteten av ordinær behandling på angst- og depressive symptomer og arbeids- og sosial fungering hos traumepasienter. Litteraturgjennomgangen i denne oppgaven fokuserer hovedsakelig på PTSD, ettersom majoriteten av utvalget består av pasienter med PTSD (77.8%), i tillegg til at resterende diagnoser i traumeutvalget enten er forløpere for PTSD (Bryant et al., 1998), uspesifiserte eller diagnoser det komparativt er gjort lite forskning på (Carta et al., 2009).

Et traume kan defineres som en psykofysiologisk reaksjon på å ha opplevd eller vært vitne til én eller flere belastende hendelse(r) (Nadal et al., 2019; Verdens helseorganisasjon, 2019). For å diagnostiseres med en traumelidelse må traumet eller traumene medføre maladaptive reaksjoner (Verdens helseorganisasjon, 2019). Traumelidelsene som er inkludert i denne studien er akutt belastningslidelse, tilpasningsforstyrrelse, uspesifisert reaksjon på alvorlig belastning, andre spesifiserte reaksjoner på alvorlig belastning og PTSD.

Akutt belastningslidelse kjennetegnes av en akutt reaksjon på en belastende hendelse, hvilket oftest avtar i løpet av noen timer. Tilpasningsforstyrrelse kjennetegnes av psykososiale utfordringer som følge av en belastende livshendelse, slik som for eksempel tap av en nær relasjon, eller å oppleve alvorlig sykdom. Det som skiller tilpasningsforstyrrelse fra PTSD er alvorlighetsgraden av den ytre hendelsen, sykdomsdebut og grad av-, og type symptomer som følger. For å diagnostiseres med PTSD må en ha vært eksponert for, eller vært vitne til, én eller flere potensielt traumatiserende hendelser av særdeles truende art, slik som for eksempel krig, naturkatastrofer, grov vold, voldtekt eller tortur. Symptomene som medfølger eksponering for én eller flere potensielt traumatiserende hendelser kan være gjenopplevelsessymptomer som for eksempel påtrengende minner og mareritt. Hyppig forekommende er også symptomer på autonom hyperaktivitet, i form av eksempelvis lettskremthet, konsentrasjonsvansker og søvnløshet. Det er også vanlig at man unngår

situasjoner eller kontekstelementer som kan minne om traumet. Mange opplever emosjonell nummenhet, redusert interesse og gledesløshet (anhedoni) og tilbaketrekning fra andre mennesker, samt påfølgende symptomer på angst og depresjon (Verdens helseorganisasjon, 2019).

1.1 Karakteristikk hos individer med PTSD

1.1.1 Prevalens

Å oppleve traumatiserende hendelser er vanlig i befolkningen, men det er likevel kun et fåtall av disse som utvikler full PTSD i etterkant (Darves-Bornoz et al., 2008; Amstadter et al., 2013; Lassemo et al., 2017). Eksponering for potensielt traumatiserende hendelser og påfølgende PTSD varierer mellom land. I USA er prevalensen særlig godt undersøkt, og det estimeres at omtrent 90% har blitt utsatt for minst én potensiell traumatiserende hendelse i løpet av livet (Milanak et al., 2019). Påfølgende livstidsprevalens for PTSD hos amerikanere varierer mellom henholdsvis 8% til 11% (Kessler et al., 1995; Milanak et al., 2019).

I europeiske land later det til å være lavere prevalens enn i USA. En europeisk epidemiologisk studie gjennomført av Darves-Bornoz og kolleger (2008) intervjuet 8797 individer fra Spania, Italia, Nederland, Tyskland, Frankrike og Belgia. Her ble det funnet en livstidsprevalens for potensielt traumatiserende hendelser på 64%, med påfølgende PTSD hos 1% (Darves-Bornoz et al., 2008). I Norge ser det ut til å være enda lavere eksponering for potensielt traumatiserende hendelser sammenlignet med internasjonale funn. Lassemo et al. (2017) og Amstadter et al. (2013) fant at henholdsvis 24 % og 27 % hadde blitt eksponert for potensielt traumatiserende hendelser, med en livstidsprevalens for PTSD på omtrent 3% (Amstadter et al., 2013; Lassemo et al., 2017).

1.1.2 Kjønnforskjeller

Forskning har vist at det er kjønnsforskjeller både i prevalens for å bli eksponert for potensielt traumatiserende hendelser, type potensielt traumatiserende hendelse man blir utsatt for og forekomst av påfølgende PTSD. En amerikansk epidemiologisk studie fant at signifikant flere menn (61%) enn kvinner (51%) ble eksponert for potensielt traumatiserende hendelser (Kessler et al., 1995). En norsk epidemiologisk studie gjennomført av Lassemo og kolleger (2017) fant det samme: signifikant flere norske menn (26%) enn kvinner (21%) oppga at de hadde blitt eksponert for potensielt traumatiserende hendelser. Når det gjelder hvilken typer potensielt traumatiserende hendelser kvinner og menn blir utsatt for, ser det ut

til at kvinner i større grad blir utsatt for voldtekt, seksuelle overgrep og verbale trusler fra nære relasjoner. Menn opplever derimot i større grad eksempelvis ulykker, samt å hyppigere være vitne til vold (Lassemo et al., 2017).

Kvinner later også til å være mer sårbare for å utvikle PTSD etter å ha blitt utsatt for potensielt traumatiserende hendelser (Kessler et al., 1995; Lassemo et al., 2017). Den europeiske epidemiologiske studien av Darves-Bornoz og kolleger (2008) fant at majoriteten av utvalget med PTSD-diagnose ($N = 200$) bestod av kvinner (81%). De fant også en 12-måneders prevalens for PTSD på 2% hos kvinner og 0.5% hos menn. Sårbarheten for å utvikle PTSD gjelder også når det kontrolleres for traumetype (Kessler et al., 1995). Eksempelvis opplever kvinnelige veteraner hyppigere depresjons- og PTSD-symptomer sammenlignet med menn etter krigshendelser (Luxton et al., 2010). I Norge er livstidsprevalensen for PTSD estimert til å være på omtrent 4% for kvinner og 1% for menn (Lassemo et al., 2017).

Overvekten av kvinner er også fremtredende i internasjonale kliniske studier av PTSD-utvalg. Da Silva og kolleger (2019) undersøkte prevalensen av PTSD ved en psykiatrisk universitetsklinikk i Brasil. De fant at 80% av PTSD-pasientene ($N = 41$) var kvinner, og at det var en signifikant forskjell mellom pasienter med PTSD og resterende pasientpopulasjon med hensyn til kjønn (da Silva et al., 2019). Dette funnet gjenspeiles også i den engelske naturalistiske studien til Lommen et al. (2016), som fant at 60% av PTSD-pasientene i utvalget ($N = 246$) var kvinner. Liknende funn er gjort i en norsk naturalistisk studie, hvor 67% av pasientene var kvinner (Bækkelund et al., 2022).

1.1.3 Komorbiditet

PTSD forekommer ofte samtidig med andre psykiske lidelser, hvor enkelte har funnet at så mange som 84% (Brown et al., 2001) og 92% (Kessler et al., 1995) har en komorbid lidelse utover PTSD. PTSD ser ut til å være den symptomlidelsen med høyest andel komorbiditet, etterfulgt av depresjon/dystymi og generalisert angstlidelse (Brown et al., 2001). Det er dessuten vanlig at individer med PTSD har flere komorbide lidelser. Kessler et al. (1995) fant at om lag halvparten av deltakerne med PTSD hadde tre eller flere lidelser samtidig. En stor amerikansk representativ epidemiologisk studie av Pietrzak og kolleger (2011) undersøkte komorbiditet i et utvalg bestående av 2463 deltakere med PTSD. De vanligste komorbide lidelsene var stemningslidelse (62%), etterfulgt av enhver angstlidelse (59%) og avhengighet (46%). Lignende funn ble gjort av Kessler og kolleger (1995).

Funn fra norske studier samsvarer med internasjonale funn. En populasjonsbasert studie undersøkte komorbiditet hos 73 norske individer som oppfylte kriteriene for en PTSD-diagnose (Amstadter et al., 2013). De mest prevalente komorbide lidelsene var agorafobi etterfulgt av depressiv lidelse, misbruk/avhengighet av illegale rusmidler og panikk lidelse. Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse var den vanligste komorbide personlighetsforstyrrelsen, etterfulgt av schizotyp-, antisosial- og paranoid personlighetsforstyrrelse (Amstadter et al., 2013).

Depresjon later til å være blant de vanligste komorbide lidelsene hos individer med PTSD (Kessler et al., 1995; Pietrzak et al., 2011). Det er funnet at individer med både PTSD og depresjon hadde et høyere symptomtrykk, redusert livskvalitet og mer helserelatert arbeidsledighet, sammenlignet med individer med kun en av lidelsene (Caramanica et al., 2014). Det er også funnet at samtidig PTSD og depressiv lidelse er assosiert med signifikant høyere grad av depresjonsproblematikk, lavere sosial støtte, økt grad av selvmordstanker og selvmordsforsøk og hyppigere besøk hos psykolog enn den gjennomsnittlige depresjonspasienten (Campbell et al., 2007; Nichter et al., 2019).

1.2 PTSD og fungering

1.2.1 Arbeidsfungering

En av de psykiske lidelsene med sterkest assosiasjon til svekket arbeidsfungering er PTSD (Alonso et al., 2004), hvor flere studier har funnet en assosiasjon mellom økning i PTSD-symptomer og svekkelse i arbeidsfungering (Matthews et al., 2005; Smith et al., 2005). Svekkelse i arbeidsfungering kan gi utslag på flere vis. Smith og kolleger (2005) fant at individer med PTSD gjennomsnittlig hadde høyere sykefravær og høyere andel individer i deltidsstillinger sammenlignet med den øvrige populasjonen. Reduksjoner i arbeidsevne er også funnet i mål på produktivitet, i tillegg til større vansker med å returnere i arbeid etter sykemelding (Wald & Taylor, 2009). Utfordringer knyttet til arbeid er også fremtredende i Norge. Den norske studien til Bækkelund et al. (2022) fant at 79% av PTSD-utvalget ($N = 147$) var arbeidsuføre eller ikke var i fullt arbeid.

Flere har forsøkt å forklare sammenhengen mellom PTSD og svekkelse i arbeidsfungering. Matthews og kolleger (2009) undersøkte sammenhengen mellom ulike mestringsstrategier, traumerelaterte tolkninger, og arbeidspotensial hos individer som hadde vært innlagt på sykehus etter en ulykke. De fant at de som hadde PTSD symptomer gjennomsnittlig hadde mer negative evalueringer av seg selv og verden, samt i større grad

benyttet seg av unnvikende mestringsstrategier enn de uten PTSD symptomer. Negative tolkninger av seg selv og verden hang sammen med lavere arbeidspotensial. Andre har også funnet støtte for at depresjon og PTSD-relatert dysfori kan ha en negativ modererende effekt på arbeidsfunksjon hos individer med PTSD (Ruggero et al., 2013; Taylor et al., 2006).

1.2.2 Sosial fungering

I likhet med redusert arbeidsfungering er det funnet en sammenheng mellom PTSD og redusert sosial fungering (Elmi & Clapp, 2021; Ozer et al., 2003; Pagotto et al., 2015; Scoglio et al., 2022). Olatunji og kolleger (2007) gjennomførte en metaanalytisk litteraturgjennomgang for å undersøke livskvalitet (inkludert underkategoriene fysisk helse, mental helse, arbeid, sosial fungering og hjem og familie) hos individer med PTSD, sosial fobi, generalisert angstlidelse, panikklidelse, angstlidelse og tvangslidelse. Metaanalysen besto av 23 studier med totalt 2892 deltakere, hvorav 349 deltakere var diagnostisert med PTSD. Sammenlignet med friske kontroller hadde alle angstlidelser signifikant lavere skåre på livskvalitet. PTSD hadde imidlertid den største effektstørrelsen ($d = 1.53$) vedrørende redusert sosial fungering blant de inkluderte angstlidelsene, sammenlignet med friske kontroller. Deltakerne med PTSD hadde ellers store effektstørrelser knyttet til de andre underkategoriene av livskvalitet som varierte fra $d = 0.83$ til $d = 1.57$, sammenlignet med friske kontroller (Olatunji et al., 2007).

Det er funnet at PTSD er assosiert med redusert fungering i flere forskjellige sosiale områder, for eksempel i relasjoner til venner og bekjente (Bolton et al., 2004), parforhold (Galovski & Lyons, 2004; Riggs et al., 1998), og forholdet mellom foreldre og barn (Galovski & Lyons, 2004; Ruscio et al., 2005; Samper et al., 2004). Det er undersøkt ulike årsaker for hva som kan forklare sammenhengen mellom PTSD-symptomer og lavere sosial fungering. Corry et al. (2010) fant indikasjoner på at høyere PTSD-symptomtrykk er assosiert med lavere sosial fungering. Flere forskere har i hovedsak funnet at symptomer på unnvikelse og nummenhet har sterkest sammenheng med sosial fungering hos PTSD pasienter (Hunnicut-Ferguson et al., 2018; Miller et al., 2008, North et al., 1999; Riggs et al., 1998; Rona et al., 2009). Mulige årsaker kan være at PTSD-relatert unnvikelse kan være knyttet til emosjonelt ladede- og sosiale situasjoner, hvilket potensielt kan lede til redusert mengde og kvalitet av sosial kontakt, hvilket videre kan gjøre det utfordrende å opprettholde sosiale relasjoner (Bolton et al., 2004; Hunnicut-Ferguson et al., 2018). En mulig årsak til at nummenhet er assosiert med redusert sosial fungering kan være at det kan medføre utfordringer med å inngå i emosjonell kontakt andre mennesker (Bolton et al., 2004). Riggs et al. (1998) diskuterer

eksempelvis at nummenhet for positive emosjoner i parforhold kan bidra til redusert kvalitet i relasjonen.

Andre faktorer som potensielt kan mediere forholdet mellom PTSD og sosial fungering er overdreven bekymring, få trygge relasjoner, lavere endringsaksept og lavere evne til emosjonsregulering (Janssen et al., 2022; Tsai et al., 2012). Også for sosial fungering er det indikasjoner på at PTSD-relatert dysfori (Ruggero et al., 2013) og komorbid depresjon (Rytwinsky et al., 2013) er assosiert med redusert sosial fungering hos PTSD-pasienter. Det er funnet at komorbid PTSD og depresjon gir større vansker enn PTSD alene, hva gjelder nære relasjoner som venner, kjærester og familie, samt relasjoner til bekjente (Rytwinski et al., 2013).

På den andre siden har det vist seg at et godt og stabilt sosialt nettverk kan fungere beskyttende for psykisk helse (Webber & Fendt-Newlin, 2017). I forskningslitteraturen trer sosial støtte frem som en av de mest sentrale faktorene for symptomtrykk hos PTSD pasienter (Brancu et al., 2014; Tsai et al., 2012). Det er funnet en sammenheng mellom lav sosial støtte og høyere PTSD-symptomtrykk (Clapp & Beck, 2009; Scarpa et al., 2006; King et al., 2006; Laffaye et al., 2008), samt negative sosiale interaksjoner og økt PTSD symptomtrykk (Andrews et al., 2003). Derimot fremstår det også som at sosial støtte kan ha positiv innvirkning på PTSD-symptomer gjennom å operere som en buffer mellom potensielt traumatiserende hendelser og utvikling av PTSD (Ozer et al., 2003; Zalta et al., 2021). Det later imidlertid til at individer med PTSD kan oppleve vansker med å akseptere sosial støtte. Dette med bakgrunn i at de potensielt kan oppfatte og tolke positiv sosial støtte som truende eller ondsinnet (Brancu et al., 2014; Clapp & Beck, 2009). Det foreligger ytterligere indikasjoner på at sosial støtte kan være mest effektivt for mildere former for traumatisering. Scarpa et al. (2006) fant i deres studie, hvilket inkluderte sivile individer utsatt for vold, at den positive effekten av sosial støtte på PTSD-symptomtrykk sank når alvorlighetsgraden av traumene økte.

1.3 Behandlingsforskning for PTSD

1.3.1 Psykoterapeutiske intervensjoner for PTSD

Det finner flere evidensbaserte behandlingsformer for PTSD. Den amerikanske psykologforeningen (APA) anbefaler psykoterapi overfor medikamenter i PTSD-behandling (American Psychological Association, 2019). Det er gjort en rekke metaanalyser som overordnet sett har funnet at de fleste evidensbaserte terapier for PTSD er effektive (det vil si

sterke effektstørrelser for reduksjon av PTSD-symptomer), dog med noe variasjon hva gjelder funn på spesifikke terapiretninger studiene imellom (Cusack et al., 2016; Lee et al., 2016; Lewis et al., 2020; Watts et al., 2013). Retningslinjene fra *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2018) anbefaler traumefokuserte varianter av kognitiv atferdsterapi (KAT) som kognitiv terapi for PTSD (CT-PTSD), kognitiv prosesseringsterapi (CPT), narrativ eksponeringsterapi og forlenget eksponeringsterapi (PE). De anbefaler også *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) med forbehold om at pasientene har PTSD-symptomer som har oppstått mellom én og tre måneder etter traumer (unntaksvis krigsrelaterte) og dersom vedkommende uttrykker en preferanse for EMDR (NICE, 2018).

Retningslinjene fra NICE anbefaler terapiforløp med en varighet på mellom 8 – 12 behandlingstimer for PTSD-pasienter (NICE, 2018). I forskningslitteraturen har det imidlertid vist seg å være stor variasjon i antall behandlingstimer PTSD-pasienter mottar. En metaanalyse som undersøkte effekt av ulike former for psykoterapi for PTSD ($k = 26$), viste at det var stor variasjon i antall behandlingstimer PTSD pasienter mottar i randomisert kontrollerte studier (RCT) (Bradley et al., 2005). Antall behandlingstimer varierte mellom 3 og 52, med et gjennomsnitt på 15.6 ($SD = 10.5$). En nyere metaanalyse ($k = 160$) av Hoppen et al. i 2023 fant imidlertid en kortere behandlingsvarighet, med en gjennomsnittlig lengde på 10.78 behandlingstimer ($SD = 5.29$).

1.3.2 Effekt- og effektivitetsstudier

For å undersøke effekt av forskjellige psykoterapeutiske metoder kan flere forskjellige forskningsmetoder anvendes, hvor ulike metoder har sine styrker og svakheter. Et hyppig anvendt forskningsdesign er RCT. RCT er en form for effektstudie (Watts et al., 2013). Formålet med effektstudier er å besvare forskningsspørsmål under så ideelle forhold som mulig, for å minimere innvirkningen av potensielle konfunderende variabler. Følgelig kan man maksimere sannsynligheten for at resultatet av et forskningsspørsmål kan tilskrives den observerte endringen gjennom kontrollering av betingelsene. Dette kalles indre validitet (Hariton & Locascio, 2018). RCT-designet har lenge stått sterkt innenfor både medisinsk og psykologisk forskning (Rønnestad, 2008). For å minimere konfunderende variabler fordeles deltakerne tilfeldig inn i to grupper, henholdsvis en testgruppe og en kontrollgruppe i RCT-designet. Man ønsker at de to gruppene er så like som mulig når det kommer til deltakerkarakteristikker, slik at en potensiell endring kan tilskrives den gjeldende intervensjonen (Dyer & Joseph, 2006).

Den sterke vektleggelsen av RCT-er, med dets strenge betingelser for manualbasert terapi, har imidlertid vært gjenstand for kritikk i deler av psykoterapifeltet. Kritikken har blant annet omhandlet at det tas for lite høyde for fellesfaktorer som er av betydning for behandlingsutfall på tross av ulike pasientkarakteristikker og lidelser (Levant, 2005). En annen kritikk er at vektleggelsen av indre validitet gjør at funnene blir vanskeligere å generalisere til ordinær behandling, slik den utføres av terapeuter på helseinstitusjoner, også kalt ytre validitet (Levant, 2005; Lutz, 2003). Mange RCT-er anvender for eksempel eksklusjonskriterier som innebærer at deltakere med visse komorbide lidelser ikke blir inkludert. En metaanalyse ($k = 26$) av psykoterapi for PTSD identifiserte en gjennomsnittlig eksklusjonsrate på 30% i de inkluderte RCT-ene, hvor de vanligste eksklusjonskriteriene var rus- og alkoholproblematikk, suicidalitet, psykose, organiske lidelser og alvorlig komorbiditet (Bradley et al., 2005). Bradley og kolleger (2005) påpeker at mange av studiene hadde diffuse eksklusjonskriterier, samt at studier med flere eksklusjonskriterier hadde signifikant høyere effektstørrelser fra før til etter behandling sammenlignet med studier med færre eksklusjonskriterier. Forfatterne konkluderte dermed med at man bør utvise forsiktighet i generalisering av funn fra RCT-er på behandling av PTSD.

En annen sentral kritikk retter seg mot hvorvidt funn fra RCT-er kan generaliseres til det virkelige liv med bakgrunn i den strenge manualltilhørigheten som ofte kjennetegner den administrerte behandlingen i RCT-er (Levant, 2005). Det er flere studier som indikerer at manualltilhørighet ikke står like sentralt i ordinær klinisk praksis. En amerikansk studie gjennomført av Addis og Krasnow (2000) fant at 47% av de inkluderte psykologene ($N = 891$) oppga å aldri bruke manualer, og at kun 6% rapporterte hyppig manualbruk. En norsk studie gjennomført av Johnson og kolleger (2016) fant tilsvarende resultater blant norske terapeuter ($N = 815$): 19% oppga at de aldri brukte manual, 28% brukte manual sjeldent, 37% brukte manual tidvis, 13% brukte manual ofte, mens 3% brukte manual veldig ofte. Manualbruk sammenfalt med holdninger til manualbruk (Johnson et al., 2016).

Kritikken rettet mot generaliserbarhet av funn i RCT-er er blant grunnene til at APA har utarbeidet retningslinjer for hvordan evidensbasert praksis skal utføres. APA har definert evidensbasert praksis som følgende: "Evidensbasert praksis i psykologi er en integrering av den beste tilgjengelige forskningen sammen med klinisk ekspertise, hvor en tar høyde for pasientkarakteristikker, kultur og preferanser" (Levant, 2005, s. 5). APA peker på at ikke kun effektstudier skal være dominerende for forskningsevidens, men at andre metoder, deriblant naturalistiske behandlingsstudier (effektivitetsstudier), er nyttige for å undersøke den ytre validiteten ved behandling (Levant, 2005).

Som tidligere nevnt, ønsker man i RCT-er å kontrollere for så mange potensielt konfunderende faktorer som mulig. Dette gjøres slik at man så godt det lar seg gjøre kan “isolere” effekten av den intervensjonen/betingelsen man er interessert i (Hariton & Locascio, 2018). En vanlig strategi for å gjøre dette er gjennom å bruke ordinær behandling som en kontrollgruppe, hvilket gjerne betegnes som *treatment as usual* (TAU). (Löfholm et al., 2013). TAU kan betegnes som en naturalistisk betingelse og har dermed som formål å omfatte behandling slik den blir gitt i det virkelige liv (Kazdin, 2015). En annen fordel med å bruke TAU som en sammenligningsgruppe er muligheten til å kunne kontrollere for effekten av fellesfaktorer mellom ulike terapiretninger, da TAU ofte består av forskjellige behandlingsformer (Kazdin, 2015).

Flere RCT-er har funnet bedre effekt av intervensjonen av interesse enn TAU (Flückiger et al., 2014; Kazdin, 2015). Denne tendensen kan også observeres i behandlingsforskning på PTSD (Asukai et al., 2010; Bohus et al., 2013; Jiang et al., 2014; McLean et al., 2022; Mueser et al., 2008; Nacasch et al., 2010; Najavits, 2007). Det har derimot vært diskusjon rundt hvordan TAU implementeres i forskning, hvor flere peker på at TAU-betingelser ofte er heterogene mellom studier, samt at innholdet i TAU-betingelsen ofte kan være vagt definert (Cuijpers, et al., 2019; Kolovos et al., 2017; Löfholm et al., 2013; Watts et al., 2015).

Det er også flere studier som inkluderer inaktive behandlingsbetingelser. Disse betingelsene kan eksempelvis være at pasientene er på venteliste, at de mottar informasjonsskriv om den aktuelle lidelsen eller at de får råd av sosialarbeidere (Kolovos et al., 2017). Dette kan gjøre det utfordrende å tolke resultater fra studier hvor TAU er brukt som en kontrollbetingelse. En metaanalyse av Watts et al. (2015) fant for eksempel at det var signifikant forskjell i behandlingseffekt for angst- og depressive lidelser mellom aktive og inaktive TAU-betingelser. Det ble også funnet at denne forskjellen var større enn forskjellen mellom KAT og TAU som kun inkluderer aktiv behandling (Watts et al., 2015). En annen metaanalyse av Wampold og kolleger (2011) presenterte lignende funn. De sammenlignet effekten av evidensbaserte terapier opp mot TAU i behandling av angst og depresjon. Det ble i utgangspunktet funnet større effekt av behandling med evidensbaserte terapier. Når kun aktive TAU-intervensjoner ble inkludert, og det samtidig ble kontrollert for heterogenitet, var det ikke lenger signifikant forskjell i effekt av evidensbaserte terapier sett opp mot TAU.

Ulike forskningsdesign har altså sine styrker og svakheter. RCT-er er nyttige for å kontrollere forskningsbetingelser og sikre indre validitet (Levant, 2005). En utfordring er imidlertid at funn fra RCT-er, med bakgrunn i deres premisser, som streng manualtilhørighet

og strenge eksklusjonskriterier (Levant, 2005; Leeman et al., 2017), ikke nødvendigvis er representative for behandlingen som administreres av psykologer i ordinær klinisk praksis. Derfor er det viktig med TAU-studier som undersøker effektiviteten av behandlingen som anvendes på traumepasienter.

1.3.3 Effekt og effektivitet av psykoterapi på komorbide angst- og depresjonssymptomer

RCT-er har vist god effekt av evidensbaserte terapiformer på komorbide angst- og depresjonssymptomer hos PTSD-pasienter, og effekten later til å være stabil på tvers av forskjellige evidensbaserte terapiformer (Nacasch et al., 2010; Power et al., 2002; Rothbaum et al., 2005; Schnurr et al., 2007; Wells et al., 2015; Yuen et al., 2015). En RCT på effekten av PE og *Present-centered therapy* (PCT) for kvinnelige veteraner med PTSD ($N = 284$) undersøkte endring i angst- og depresjonssymptomer målt med *Beck Depression Inventory* (BDI) og *State Trait-Anxiety Inventory* (STAI). Det ble funnet signifikant bedring i depresjonssymptomer fra før til etter terapi for både PE og PCT med små til moderate effektstørrelser ($d = 0.36 - 0.59$). Det ble også funnet signifikant bedring i angstsymptomer for PE-gruppen ($d = 0.34$), men ikke for PCT-gruppen (Schnurr et al., 2007).

Tilsvarende resultater har blitt funnet i norske utvalg. Den norske naturalistiske studien av Bækkelund et al. (2022) undersøkte effektiviteten av CT-PTSD og EMDR på et utvalg pasienter med kompleks-PTSD ($n = 122$) og PTSD ($n = 55$). Depresjonssymptomer ble målt med *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), og angstsymptomer med *General Anxiety Disorder-7* (GAD-7). Det ble funnet en signifikant nedgang i både angst og depresjonssymptomer for PTSD-pasientene. Gjennomsnittskåren på PHQ-9 gikk fra 13.9 ($SD = 4.8$) før behandling til 11.8 ($SD = 5.9$) etter endt behandling, med tilhørende liten effektstørrelse ($d = 0.39$). Gjennomsnittskåren på GAD-7 gikk fra 9.1 ($SD = 4.1$) ved behandlingsstart til 7.9 ($SD = 4.6$) ved behandlingsslutt, med en tilhørende liten effektstørrelse ($d = 0.26$). Det later imidlertid til å være lavere effektstørrelser knyttet til endring i symptomtrykk for komorbide symptomer på angst og depresjon sammenlignet med PTSD-symptomer (Cusack et al., 2016; Lee et al., 2016; Lewis et al., 2020; Watts et al., 2013).

1.3.4 Effekt og effektivitet av psykoterapi på arbeids- og sosial fungering

Det er flere RCT-er som inkluderer arbeids- og/eller sosial fungering som utfallsmål. De fleste av disse har funnet signifikant endring fra før terapi til etter terapi. Det fremstår ikke å være betydelig forskjell mellom forskjellige psykoterapeutiske metoder (Asukai et al., 2010;

Foa et al., 1999; Foa et al., 2005; Foa et al., 2013; Holliday et al., 2015; Marks et al., 1998; Monson et al., 2012; Power et al., 2002; Schnurr et al., 2007; Shnaider et al., 2014).

En RCT, med sosial fungering som et av hovedutfallene, undersøkte effekten av forlenget eksponering ($n = 48$) og forlenget eksponering med kognitiv restrukturering (PECR) ($n = 40$) sett opp mot venteliste ($n = 19$) i et utvalg bestående av kvinner med PTSD (Rauch et al., 2009). Det ble funnet at både PE og PECR ledet til signifikant bedring i sosial fungering. Bedringen var signifikant høyere i behandlingsgruppene enn venteliste. Videre fant de at bedringen i sosial fungering fortsatte etter endt terapiforløp, både ved 3 og 12 måneders oppfølging. Det ble ikke identifisert noen signifikant forskjell mellom PE- og PECR-gruppene.

Det er også flere internasjonale naturalistiske behandlingsstudier av PTSD-pasienter som har benyttet arbeids- og sosial fungering som utfallsmål. Disse studiene har vist signifikant bedring i arbeids- og sosial fungering fra behandlingsstart til behandlingsslutt. En av disse er Lab et al. (2008) sin studie på effektiviteten av traumebehandlingen ved “Traumatic Stress Service (TSS)”, hvilket sikter seg inn på å behandle individer med kroniske og/eller gjentakende traumer. De undersøkte både symptombedring og utfall av terapien på arbeids- og sosial fungering. Alle pasientene ($N = 48$) i denne studien hadde en PTSD-diagnose, men de fleste hadde også kompliserende tilleggsproblematikk, hvorav 58% ble karakterisert å ha alvorlige interpersonlige vansker. Traumebehandlingen på TSS bestod i hovedsak av enten EMDR eller traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT). Det ble funnet signifikant bedring fra behandlingsstart til behandlingsslutt på arbeids- og sosial fungering, med en gjennomsnittlig nedgang fra 28 til 18 målt med *Work and Social Adjustment Scale* (WSAS).

En annen naturalistisk studie på 246 veteraner med PTSD hadde som mål å evaluere traumebehandlingen ved *Combat Stress* i England (Murphy et al., 2015). Behandlingen i denne studien ble utformet som et seks ukers intensivt program bestående av både individuell terapi med TF-CBT samt gruppetilbud med fokus på symptomhåndtering og psykoedukasjon. Pasientene fikk også fire timer med ergoterapi. Det ble funnet en signifikant bedring i PTSD symptomer målt med *PTSD Symptom Scale Interview* (PSS-I), angstsymptomer målt med GAD-7 og depresjonssymptomer målt med PHQ-9. For arbeids- og sosial fungering ble det funnet signifikant bedring på *Health of the Nation Outcome Scales* (HONOS), *Global Assessment of Functioning* (GAF) og WSAS. På WSAS ble det rapportert en gjennomsnittlig endring fra 25.2 før terapi til 22.4 ved seks måneders oppfølging (Murphy et al., 2015). Både gjennomsnittsskårene før terapi og ved seks måneders oppfølging tilsvarer moderat

funksjonssvikt. Det ble ikke rapportert effektstørrelse for denne endringen. Den gjennomsnittlige endringen var derimot mindre enn det Lab og kolleger (2008) fant.

Samlet sett tyder både RCT-er og naturalistiske studier på at arbeids- og sosial fungering blir bedre gjennom et behandlingsforløp for PTSD. En utfordring med den eksisterende forskningslitteraturen er imidlertid at det er stor variasjon mellom studiene vedrørende hvor stor endring som er funnet i arbeids- og sosial fungering fra før til etter terapi (Lab et al., 2008; Lord et al., 2020; Murphy et al., 2015; Santarnecki et al., 2019; Scoglio et al., 2022). Rapporterte effektstørrelser varierer mellom $d = 0.42$ og $d = 1.50$ (Deisenhofer et al., 2018; Ehlers et al., 2014; Monson et al., 2018). Variasjonen i endring kan potensielt forklares av variasjoner i studienes forskningsdesign, heterogene pasientutvalg og store variasjoner i hvilke spørreskjema som benyttes for å måle arbeids- og sosial fungering (Deisenhofer et al., 2018; Ehlers et al., 2014; Foa et al., 2013; Lord et al., 2020; Marks et al., 1998; Monson et al., 2012; Monson et al., 2018; Schnurr et al., 2007; Wachen et al., 2014).

En annen utfordring ved forskningslitteraturen på dette området er at både RCT-er og naturalistiske studier i stor grad har undersøkt effekten av spesifikke og relativt strukturerte terapiformer for PTSD (Deisenhofer et al., 2018; Ehlers et al., 2014; Foa, 2005; Holliday et al., 2015; Lab et al., 2008; Monson et al., 2012; Murphy et al., 2015; Power et al., 2002; Schnurr et al., 2007). Dette kan begrense generaliserbarheten av funnene fra disse studiene til ordinær behandling slik det administreres i det virkelige liv, gitt at det er funnet at flesteparten av norske og amerikanske psykologer ikke bruker manualer i terapi (Addis & Krasnow, 2000; Johnson et al., 2016). Det er etter vår kjennskap få eller ingen internasjonale eller norske studier som har undersøkt effektiviteten av ordinær behandling/TAU for arbeids- og sosial fungering hos traumepasienter.

1.4 Hypoteser

Gitt variasjoner i behandlingsforskningen på utfall av arbeids- og sosial fungering, samt manglende forskning på ordinær behandling, vil denne studien undersøke følgende forskningsspørsmål: 1) Hva kjennetegner traumepasienter i ordinær behandling i spesialisthelsetjenesten?; 2) Hva predikerer arbeids- og sosial fungering hos traumepasienter ved behandlingsstart?; 3) Skjer det en endring i arbeids- og sosial fungering, og angst- og depresjonssymptomer fra behandlingsstart til behandlingsslutt? Basert på tidligere forskningslitteratur (Alonso et al., 2004; Bækkelund et al., 2022; Caramanica et al., 2014; Kessler et al., 1995; Lab et al., 2008; Olatunji et al., 2007; Rytwinsky et al., 2013; Smith et al., 2005) er hypotesene som følger: 1) Traumepasientene kjennetegnes av en prosentmessig

stor andel kvinner, stor andel komorbiditet, stor andel sykemeldte og skårer sammenlagt høyt på utfordringer knyttet til arbeids- og sosial fungering; 2) Komorbide angst- og depresjonssymptomer er en signifikant prediktor for arbeids- og sosial fungering hos traumepasienter; 3) Traumepasientene har en signifikant nedgang i symptomer på angst og depresjon, samt en signifikant økning i arbeids- og sosial fungering fra behandlingsstart til behandlingsslutt.

2. Metode

2.1 Utvalg og prosedyre

Denne studien er basert på data fra Nidaros DPS, som er en del av spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern for voksne i Trøndelag. Som et ledd i det pågående forskningsprosjektet “Systematisk kvalitetssikring av helsetjenester ved Nidaros DPS og NTNUs psykologiske poliklinikk” har alle pasienter ved Nidaros DPS fra og med februar 2020 fylt ut selvrapporteringsskjema ved oppstart og avslutning av behandlingsforløp. Data ble samlet inn via den digitale plattformen Checkware. Alle pasienter ved Nidaros DPS fikk relevant informasjon om forskningsprosjektet av terapeutene sine, hvorpå alle måtte gi elektronisk samtykke før deltagelse. Det overordnede prosjektet har fått godkjenning fra Regionalt etiske komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning (REK 2019/31836) og fra Norsk senter for forskningsdata (NSD 2020/605327).

Ved datauttak i mars 2022 hadde totalt 63% ($n = 2475$) av pasientene fra Nidaros DPS, som fikk forespørsel om å delta, samtykket til å delta i forskningsprosjektet (62.4% kvinner). I denne studien vil det imidlertid tas utgangspunkt i en del av dette utvalget, hvilket er de 167 pasientene som ble diagnostisert med en traumelidelse. Diagnosefordelingen blant traumepasientene i utvalget er som følger: F43.1 posttraumatisk stresslidelse ($n = 130$, 77.8%), F43.2 tilpasningsforstyrrelser ($n = 19$, 11.4%), F43.8 andre spesifiserte reaksjoner på alvorlig belastning ($n = 13$, 7.8%), F43.9 uspesifisert reaksjon på alvorlig belastning ($n = 8$, 4.8%) og F43.0 akutt belastningslidelse ($n = 2$, 1.2%).

Av de 167 traumepasientene som besvarte spørreskjema ved oppstart av behandling hadde 18.6% ($n = 31$) også besvart skjemaene ved behandlingsslutt. En mulig årsak til at det er få som har besvart skjemaene på begge måletidspunkter kan være at forskningsprosjektet er pågående, slik at det er mulig at flere av pasientene ikke har fullført behandlingsforløpet enda. Enkelte pasienter kan også ha blitt avsluttet etter basis utredning eller utvidet utredning, om det eksempelvis vurderes at pasienten ikke har et behandlingsbehov, eller at pasienten

vurderes å ha bedre nytte av behandling fra en annen instans eller på et annet tjenestenivå (Helsedirektoratet, 2022). Ettersom spørreskjemaene ble sendt ut gjennom den digitale plattformen Checkware, kan det også være at pasientene glemte, eller valgte å ikke svare, etter avsluttet behandlingsforløp.

Det ble gjennomført uavhengige t-tester, kji-kvadrat analyser, og Mann-Whitney U-tester på demografiske- og kliniske variabler før behandling. Dette for å undersøke hvorvidt traumepasientene som hadde besvart skjemaene før og etter behandling var representative for utvalget som hadde besvart skjemaene før behandling. Det ble ikke identifisert noen signifikante forskjeller mellom utvalget som hadde besvart skjemaene ved behandlingsstart og utvalget som hadde besvart skjemaene både ved behandlingsstart og behandlingsslutt på demografiske karakteristikk (kjønn, alder, sivilstatus, sykemeldingsstatus, komorbiditet, antall behandlingstimer og dager behandling) og kliniske variabler (PHQ-9, GAD-7 og WSAS). Utvalget som ble inkludert i de videre analysene vurderes derfor som representativt for det totale traumeutvalget ved behandlingsstart.

2.2 Utredning og behandling

Pasientene i utvalget har mottatt utredning og/eller behandling ved tre allmennpoliklinikker og en korttidspoliklinikk tilhørende Nidaros DPS. De ansatte ved disse poliklinikkene har tverrfaglig yrkesbakgrunn (for eksempel leger, sykepleiere, sosionomer), med en stor andel psykologer. Utredning på Nidaros DPS skal ifølge deres prosedyrer skje i tråd med nasjonale pakkeforløp (Helsedirektoratet, 2022), hvor det samles inn anamnestic informasjon, i tillegg til at det kliniske intervjuet M.I.N.I. Plus (Sheehan et al., 1998) anvendes.

I behandlingen av traumelidelser har Nasjonalt kunnskapssenter for vold og traumatisk stress (NKVTS) utarbeidet noen veiledende retningslinjer for utredning og behandling av PTSD. Disse baserer seg på evidensbaserte behandlingsmetoder, som TF-CBT og EMDR (Laukvik et al., 2020). Ettersom denne studien er en effektivitets-studie som baserer seg på ordinær behandling slik den blir gitt i det virkelige liv, er det ikke rapportert hvilke behandlingsmetoder som er brukt, eller graden av manualbasert eller eklektisk tilnærming. Som nevnt i innledningen, har tidligere studier vist at amerikanske og norske psykologer sjelden anvender manualbasert behandling (Addis & Krasnow, 2000; Johnson et al., 2016). Gitt dette, er det stor sannsynlighet for at traumebehandlingen som har blitt administrert ved Nidaros DPS har vært heterogen med hensyn til innhold.

2.3 Måleinstrumenter

2.3.1 Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

PHQ-9 (Kroenke et al., 2001) ble brukt for å måle depresjonssymptomer. Spørreskjemaet består av ni spørsmål, målt på en Likert-skala fra 0 til 3, hvor 0 er “ikke i det hele tatt” og 3 er “nesten hver dag”. Totalskåre varierer mellom 0 og 27, hvor skårer over 10 anses for å være av klinisk relevans (He et al., 2020). Totalskårer mellom 5 og 9 representerer milde depresjonssymptomer, 10 til 14 representerer moderate depresjonssymptomer, 15–19 representerer moderat alvorlige depresjonssymptomer, og skårer på 20 eller over representerer alvorlige depresjonssymptomer (Kroenke et al., 2001). Studier har vist at PHQ-9 er et valid og reliabelt verktøy for å kartlegge depresjonssymptomer (Kroenke et al., 2001; Kroenke et al., 2010; Kroenke & Spitzer, 2002).

2.3.2 General Anxiety Disorder-7 (GAD-7)

GAD-7 (Spitzer et al., 2006) er et spørreskjema som måler angstsymptomer. Spørreskjemaet består av syv spørsmål på en Likert-skala fra 0 til 3, hvor 0 er “ikke i det hele tatt” og 3 er “nesten hver dag”. Det var opprinnelig brukt for å kartlegge symptomtrykk innenfor generalisert angstlidelse, men har også vist seg å fungere for generelle angstsymptomer (Beard & Björgvinsson, 2014). Totalskåren varierer fra 0 til 21, hvor skårer over 10 anses for å være av klinisk relevans. Totalskåren på skjemaet kan falle inn under tre alvorlighetsgrader av symptomtrykk, hvor skårer mellom 5 og 9 representerer milde symptomer på angst, 10 til 14 representerer moderate angstsymptomer og skårer på 15 eller over representerer alvorlige symptomer på angst (Spitzer et al., 2006). GAD-7 har vist seg å ha god konstruktvaliditet og reliabilitet (Löwe et al., 2008; Spitzer et al., 2006).

2.3.3 Patient Health Questionnaire Anxiety and Depression Scale (PHQ-ADS)

Grunnet høy korrelasjon mellom PHQ-9 og GAD-7 ($r = .69, p < .001$) valgte vi å kombinere disse to spørreskjemaene til *Patient Health Questionnaire Anxiety and Depression Scale* (PHQ-ADS) i en multippel lineær regresjonsanalyse (Kroenke et al., 2016). Totalskåre på PHQ-ADS varierer fra 0 til 48. En totalskåre på 10 indikerer milde symptomer på angst og depresjon, 20 indikerer moderate symptomer på angst og depresjon og 30 indikerer alvorlige symptomer på angst og depresjon (Kroenke et al., 2016). PHQ-ADS har vist seg å være et valid og reliabelt mål på angst og depresjon (Kroenke et al., 2016; Kroenke et al., 2019).

2.3.4 Work and Social Adjustment Scale (WSAS)

WSAS er et kartleggingsverktøy som måler grad av svekkelse i fem dagligdagse aspekter: arbeid, sosial fungering, fritidsaktiviteter, relasjoner og husarbeid. WSAS består av fem spørsmål målt på en Likert-skala fra 0 til 8, hvor 0 er “ikke i det hele tatt” og 8 er “alvorlig”. Totalskåren varierer mellom 0 og 40, hvor høyere skåre indikerer større utfordringer knyttet til arbeids- og sosial fungering (Mundt et al., 2002). Det er foreslått forskjellige kategoriseringer av skårer på WSAS (Mataix-Cols et al., 2005; Mundt et al., 2002). Vi har valgt å benytte oss av Mataix-Cols og kolleger (2005) sin kategorisering av funksjonssvikt. Mataix-Cols og kolleger (2005) foreslår en inndeling hvor skårer under 15 representerer mild funksjonssvikt, mellom 15 og 30 representerer moderat funksjonssvikt og skårer over 30 representerer alvorlig funksjonssvikt. Ettersom Mataix-Cols et al. (2005) ikke oppgir kliniske grenseverdier, anvendes kriterier fra Mundt et al. (2002), hvor skårer på 10 eller over anses som klinisk relevante, som klinisk grenseverdi. WSAS er funnet å være et valid og reliabelt mål på arbeids- og sosial fungering for en rekke forskjellige psykiske lidelser (Mataix-Cols et al., 2005; Mundt et al., 2002; Pedersen et al., 2017).

2.4 Dataanalyser

IBM SPSS versjon 28.0 ble brukt for å utføre dataanalyser. For å undersøke hva som kjennetegner traumepasientene i ordinær behandling i spesialisthelsetjenesten ble det gjennomført deskriptiv statistikk for demografiske variabler (kjønn, alder, sivilstatus, sykemeldingsstatus, komorbiditet, antall behandlingstimer og dager behandling) og kliniske variabler (PHQ-9, GAD-7 og WSAS). For å undersøke om traumepasientene skilte seg signifikant fra den øvrige pasientpopulasjonen ($N = 2308$) på Nidaros DPS, ble deres skårer på de demografiske og klinisk variablene sammenlignet. Kji-kvadrat test ble brukt for å sammenligne kategoriske variabler, mens uavhengig t-test ble brukt for å sammenligne kontinuerlige variabler. Cohens d ble brukt som mål på effektstørrelse i t-testene, hvor $d = 0.2$ blir ansett som en liten effektstørrelse, $d = 0.5$ som en moderat effektstørrelse og $d = 0.8$ som en stor effektstørrelse (Cohen, 1988). Tre variabler (alder, antall behandlingstimer og antall dager behandling) var ikke normalfordelte, og ble derfor analysert med Mann-Whitney U test.

Det ble også gjennomført korrelasjonsanalyser mellom PHQ-9, GAD-7 og WSAS målt ved behandlingsstart. Dette for å undersøke sammenhengen mellom angst- og depresjonssymptomer, samt sammenhengen mellom angst- og depresjonssymptomer og arbeids- og sosial fungering hos traumepasientene. De statistiske forutsetningene, blant annet

målenivå, normalfordeling og fravær av betydelige uteliggere for disse testene ble møtt. En Pearsons r på ± 0.1 tilsvarer en svak korrelasjon, en r på ± 0.3 tilsvarer en moderat korrelasjon og en r på ± 0.5 tilsvarer en sterk korrelasjon (Field, 2018).

For å undersøke demografiske og kliniske prediktorers innvirkning på arbeids- og sosial fungering i traumeutvalget ble det utført en multipel lineær regresjonsanalyse. Forutsetningene for regresjonsanalysen ble møtt, da det ikke ble identifisert indikasjoner på multikollinearitet eller heteroskedastisitet. Ingen betydelige uteliggere ble identifisert.

For å undersøke endring i symptomtrykk fra før til etter behandling ble det benyttet en paret t-test for traumepasientenes skårer på skjemaene PHQ-9, GAD-7 og WSAS. Forutsetningene for disse testene ble møtt, da det ikke ble identifisert noen signifikant skewness og kurtosis i henhold til kriterier fra Kim (2013), med en grenseverdi på $z = 1.96$ for utvalg med $N \leq 50$. Differansedistribusjonene for hver av variablene ble også vurdert som tilnærmet normalfordelte. I likhet med foregående t-tester ble Cohens d benyttet som mål på effektstørrelse. Andel pasienter over og under klinisk grenseverdi ble beregnet for PHQ-9, GAD-7 og WSAS ved behandlingsstart og behandlingsslutt. Andel pasienter som gikk fra over til under klinisk grenseverdi ble beregnet for hvert av skjemaene.

3. Resultater

3.1 Kjennetegn ved traumepasienter i ordinær behandling

Blant de 167 pasientene som var diagnostisert med en traumelidelse var 74.9% kvinner, og gjennomsnittsalderen var 32.1 år ($SD = 10.8$). Det var 28.1% som var sykemeldt og 50.9% som var enslige. Traumepasientene skilte seg signifikant fra øvrig pasientpopulasjon ved Nidaros DPS ved at de var eldre ($p = .019$) og hadde høyere andel kvinner ($p < .001$). Det ble ikke funnet signifikant forskjell mellom traumeutvalget og øvrig pasientpopulasjon for sykemeldingsstatus og sivilstatus.

Av traumeutvalget hadde 38.3% minst én komorbid lidelse, hvor depresjon (17.4%), ADHD (9.0%) og personlighetsforstyrrelse (6.0%) var de vanligste komorbide lidelsene. I den øvrige pasientpopulasjonen var det diagnostisk informasjon på 1343 av deltakerne (58.2%), hvor 15.0% hadde minst én komorbid lidelse. De vanligste komorbide lidelsene i øvrig pasientpopulasjon var depresjon (9.2%), angstlidelser (5.6%) og ADHD (5.4%). Sammenlignet med den øvrige pasientpopulasjonen ved Nidaros DPS hadde traumeutvalget signifikant høyere andel komorbiditet ($p < .001$). Selv om det er ulik andel komorbiditet i

utvalgene, var det likheter vedrørende hvilke komorbide lidelser som var mest prevalent i utvalgene.

Gjennomsnittlig hadde traumepasientene gjennomført 14.0 ($SD = 13.8$, $n = 167$) behandlingstimer ved Nidaros DPS, hvor behandlingsforløpene hadde en gjennomsnittlig varighet på 261.7 ($SD = 133.2$, $n = 42$) dager fra oppstart til avslutning. Antall behandlingstimer varierte mellom 0 og 84. Traumepasientene hadde signifikant flere behandlingstimer ($p < .001$) og dager mellom oppstart og avslutning ($p < .001$) av behandlingsforløpet enn øvrige pasienter ved Nidaros DPS. Se Tabell 1 for ytterligere informasjon vedrørende demografi og kliniske variabler i traumeutvalget og øvrig pasientpopulasjon ved Nidaros DPS.

3.2 Arbeids- og sosial fungering, og angst og depressive symptomer ved behandlingsstart

Ved behandlingsstart hadde 85% ($n = 142$) av traumeutvalget depresjonssymptomer som oversteg klinisk grenseverdi på PHQ-9, med en gjennomsnittlig skåre som indikerer moderat alvorlig grad av depresjon. Tilsvarende tall ble også funnet for traumeutvalgets angstsymptomer, og arbeids- og sosial fungering ved behandlingsstart: 74.9% ($n = 125$) oversteg klinisk grenseverdi på GAD-7 og 80.8% ($n = 135$) oversteg klinisk grenseverdi på WSAS. Dette tilsvarte moderat alvorlighetsgrad for angstsymptomer og moderat funksjonssvikt i arbeids- og sosial fungering.

Sammenlignet med øvrige pasienter ved Nidaros DPS hadde traumepasientene signifikant høyere skåre på angstsymptomer ($p < .001$, $d = - 0.27$) ved behandlingsstart (se Tabell 1). Det ble imidlertid ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom utvalgene vedrørende symptomtrykk for depresjon ($p = .168$) og arbeids- og sosial fungering ($p = .135$). Korrelasjonsanalyser av PHQ-9, GAD-7 og WSAS i traumeutvalget indikerte en sterk positiv assosiasjon mellom angstsymptomer og depresjonssymptomer ($r = .693$, $p < .001$), samt mellom depresjonssymptomer og arbeids- og sosial fungering ($r = .563$, $p < .001$). Det ble også funnet en signifikant positiv moderat korrelasjon mellom angstsymptomer og arbeids- og sosial fungering ($r = .431$, $p < .001$).

Tabell 1

Demografisk og Terapirelatert Informasjon for Traumepasientene Jevnført med Øvrig Pasientpopulasjon ved Nidaros DPS

Variabel	Traume (N = 167)	Total ^a (N = 2308)	X ²	p	phi
Kvinne	125 (74.9%)	1440 (62.4%)	10.40	<.001**	-.65
Enslig	85 (50.9%)	1193 (51.7%)	0.38	.846	-.00
Sykemeldt	47 (28.1%)	621 (26.9%)	1.28	.259	-.02
Komorbiditet ^b	64 (38.3%)	202 (15.0%)	55.48	<.001**	-.19
Depresjon	29 (17.4%)	123 (9.2%)			
Angst	8 (4.8%)	75 (5.6%)			
ADHD	15 (9.0%)	72 (5.4%)			
Personlighetsforstyrrelse	10 (6.0%)	63 (4.7%)			
Øvrig	2 (1.2%)	16 (1.2%)			
	<i>Mn (M)</i>	<i>Mn (M)</i>	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
Alder	29.0 (32.1)	27.0 (30.1)	167582.50	.005*	.06
Timer behandling	9.0 (14.0)	3.0 (6.8)	65030.00	<.001**	.23
Dager behandling ^c	275.0 (261.7)	153.0 (190.3)	10180.50	<.001**	.13
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
PHQ-9 ^d	15.9 (5.4)	15.3 (5.7)	-1.39	.168	-0.11
GAD-7 ^d	13.1 (4.5)	11.8 (4.9)	-3.58	<.001**	-0.27
WSAS ^d	22.2 (7.9)	21.2 (8.4)	-1.50	.135	-0.11

Notat. ^a Totalt utvalg ved Nidaros DPS (N = 2475) minus traume (N = 167). ^b To eller flere kategoriblokker fra ICD-10 kapittel V, % beregnet med utgangspunkt i andel med diagnostisk informasjon: $N_{traume} = 167$, $N_{total} = 1343$.

^c Antall dager mellom behandlingsstart og behandlingsslutt. ^d Skårer ved behandlingsstart. PHQ-9 = Patient Health Questionnaire 9, GAD-7 = General Anxiety Disorder 7, WSAS = Work and Social Adjustment Scale. Angst = F40-F42 i ICD-10.

Depresjon = F32-F39 i ICD-10. Personlighetsforstyrrelse = F60-F69 i ICD-10.

* $p \leq .05$, ** $p \leq .001$

3.3 Prediktorer for arbeids- og sosial fungering hos traumeutvalget

En multipel lineær regresjonsanalyse viste at de inkluderte prediktorene sammenlagt forklarte 34% av variansen i traumeutvalgets arbeids- og sosiale fungering ved behandlingsstart ($F[5, 146] = 15.34$, $p < .001$, $R^2 = .344$). Kun PHQ-ADS ble funnet å være en signifikant prediktor, hvor høyere symptomer på angst og depresjon var assosiert med større utfordringer knyttet til arbeids- og sosial fungering. Demografiske variabler (kjønn, sivilstatus, sykemeldingsstatus og alder) viste ingen signifikant assosiasjon til arbeids- og sosial fungering. Se Tabell 2 for øvrige opplysninger om regresjonsanalysen.

Tabell 2

Prediktorer for Arbeids- og Sosial Fungering hos Traumepasientene (N = 151)

Variabel	B	SEB	β	p	R ²
					.34**
(Konstant)	7.84	2.83		.006*	
PHQ-ADS	0.49	0.06	.56	< .001**	
Kvinne	-1.57	1.24	-.09	.209	
Singel	-.51	1.16	-.03	.659	
Sykemeldt	1.71	1.26	.10	.178	
Alder	0.03	0.05	.05	.505	

Notat. PHQ-ADS = Patient Health Questionnaire- Anxiety and Depression Scale.

* $p \leq .05$, ** $p \leq .001$.

3.4 Endring i symptomer fra behandlingsstart til behandlingsslutt

Traumepasientenes symptomtrykk innen angst, depresjon og arbeids- og sosial fungering ved behandlingsstart og behandlingsslutt er presentert i Tabell 3. En paret t-test viste en statistisk signifikant reduksjon av depresjonssymptomer fra behandlingsstart til behandlingsslutt ($p = .021$). Endringen tilsvarer en liten, på grense til moderat, effektstørrelse ($d = 0.45$). Til tross for reduksjoner i depressive symptomer, var det fortsatt en betydelig andel ($n = 19$, 63.3%) av traumepasientene som hadde depresjonssymptomer over klinisk grenseverdi ved behandlingsslutt. Ved behandlingsslutt hadde traumeutvalget en gjennomsnittlig depresjonsskåre innenfor moderat grad av depresjon. Av traumepasientene som skåret over klinisk grenseverdi før behandling ($n = 22$) var det 22.7% ($n = 5$) som gikk fra over klinisk grenseverdi til under klinisk grenseverdi etter behandling.

Det ble også funnet en signifikant nedgang i angstsymptomer målt med GAD-7 fra behandlingsstart til behandlingsslutt ($p = .003$). Effektstørrelsen var moderat ($d = 0.591$). Også for angstsymptomer var det en betydelig andel ($n = 13$, 41.9%) av traumepasientene som hadde symptomtrykk over klinisk grenseverdi ved behandlingsslutt. Den gjennomsnittlige skåren ved behandlingsslutt tilsvarte milde nivåer av angst. Av traumepasientene som skåret over klinisk grenseverdi før behandling ($n = 20$) var det 45.0% ($n = 9$) som gikk fra over klinisk grenseverdi til under klinisk grenseverdi etter behandling.

Det ble derimot ikke funnet en signifikant nedgang i symptomer knyttet til arbeids- og sosial fungering hos traumeutvalget fra start til slutt ($p = .095$, $d = 0.31$). Majoriteten av traumepasientene ($n = 26$, 83.9%) hadde svekkelser i funksjonsnivå som oversteg klinisk grenseverdi ved behandlingsslutt. Den gjennomsnittlige skåren på WSAS etter endt behandling indikerte moderat funksjonssvikt. Av traumepasientene som skåret over klinisk grenseverdi før behandling ($n = 28$) var det kun 10.7% ($n = 3$) som gikk fra over klinisk grenseverdi til under klinisk grenseverdi etter behandling.

Tabell 3

Endring i Symptomtrykk fra Behandlingsstart til Behandlingsslutt hos Traumepasientene

Skjema	Før	Etter	<i>df</i>	<i>t</i>	<i>d</i>	95% CI
	Behandling	Behandling				
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>				
PHQ-9	15.3 (6.1)	12.5 (6.0)	29	2.44*	0.45	[0.45 – 5.15]
GAD-7	12.4 (4.7)	9.4 (4.7)	30	3.29*	0.59	[1.14 – 4.86]
WSAS	21.6 (8.9)	19.2 (8.9)	30	1.72	0.31	[-0.44 – 5.15]

Notat. PHQ-9 = Patient Health Questionnaire 9, GAD-7 = General Anxiety Disorder 7, WSAS = Work and- Social Adjustment Scale.

* $p \leq .05$, ** $p \leq .001$.

4. Diskusjon

4.1 Støtte for originale hypoteser

Denne oppgavens formål var å undersøke kjennetegn ved traumepasienter, prediktorer for arbeids- og sosial fungering, samt endring i angst- og depressive symptomer, og arbeids- og sosial fungering hos traumepasienter gjennom et behandlingsforløp med ordinær behandling. Traumepasientene var karakterisert av høy andel kvinner (74.9%), hvor 38.3% hadde minimum én komorbid lidelse og 28.1% var sykemeldt. Majoriteten av traumepasientene (80.8%) hadde svekkelser i funksjonsnivå som oversteg klinisk grenseverdi ved behandlingsstart. Gjennomsnittsskåren på WSAS ved behandlingsstart indikerer også moderat funksjonssvikt i arbeids- og sosial fungering. Med bakgrunn i ovenforstående resultater ble det dermed funnet støtte for hypotese 1. Høyere angst- og depresjonssymptomer var signifikant assosiert med svekkelse i arbeids- og sosial fungering hos traumepasientene, hvilket ga støtte til hypotese 2. Fra behandlingsstart til behandlingsslutt ble det funnet en signifikant nedgang i angst- og depresjonssymptomer. Det ble derimot ikke observert signifikant nedgang i arbeids- og sosial fungering, hvilket gir delvis støtte for hypotese 3.

4.2 Demografiske karakteristikk ved behandlingsstart

Det var prosentvis flere kvinner enn menn i traumeutvalget, hvilket sammenfaller med funn fra tidligere studier (Darves-Bornoz et al., 2008; Lommen et al., 2016; da Silva et al., 2019; Bækkelund et al., 2022). Tidligere studier har funnet at kvinner er mer sårbare for å utvikle PTSD, selv om menn oftere blir eksponert for potensielt traumatiserende hendelser (Kessler et al., 1995; Lassemo et al., 2017). Dette gjelder også når man kontrollerer for type traume (Kessler et al., 1995). Traumepasientene var også signifikant eldre enn den øvrige pasientpopulasjonen ved Nidaros DPS. Dette var et noe overraskende funn ettersom tidligere studier ikke har funnet noen signifikante forskjeller i alder mellom deltakere med og uten PTSD (Darves-Bornoz et al., 2008; da Silva et al. 2019). Aldersforskjellen mellom utvalgene var imidlertid liten ($r = .06$).

Tidligere studier har funnet høyere prosentvis forekomst av komorbide lidelser sammenlignet med denne studien. I denne studien ble det funnet at 38.3% av traumeutvalget hadde minst én komorbid lidelse, mens andre studier har rapportert en betydelig høyere forekomst av komorbiditet på 84% (Kessler et al., 1995) og 92% (Brown et al., 2001). En mulig forklaring på denne forskjellen kan være potensiell underrapportering av komorbide diagnoser ved poliklinikkene ved Nidaros DPS. En annen mulig forklaring kan være

forskjeller i måten diagnoser settes og rapporteres på mellom studier. I epidemiologiske og populasjonsbaserte studier er det vanlig at diagnostisk informasjon kun tilegnes gjennom diagnostisk intervju (Kessler et al., 1995; Pietrzak et al., 2011; Amstadter et al., 2013), mens pasientene i denne studien derimot har fått diagnose med bakgrunn i en helhetlig klinisk utredning og vurdering. Det kan potensielt gi en lavere terskel for å diagnostisere når det kun anvendes diagnostisk intervju, sammenlignet med en mer omfattende klinisk utredning. Selv om komorbiditetsprevalensen er høyere i tidligere studier, er det likevel signifikant mer komorbiditet blant individer med PTSD i denne studien sammenlignet med øvrige pasienter.

Depresjon var den hyppigst forekommende komorbide lidelsen, etterfulgt av personlighetsforstyrrelse og ADHD. Andre studier har funnet lignende tendens vedrørende stemningslidelser (Kessler et al., 1995; Pietrzak et al., 2011) og personlighetsforstyrrelser (Amstadter et al., 2013). Mer overraskende var at angstlidelser ikke var blant de hyppigst forekommende komorbide lidelsene, slik det har forekommet i tidligere studier (Amstadter et al., 2013; Kessler et al., 1995; Pietrzak et al., 2011). At ADHD var den tredje hyppigste lidelsen var også et overraskende funn, da ADHD ikke utpeker seg som en vanlig komorbid lidelse i den presenterte litteraturen. Det har imidlertid vært en stor økning i diagnostisering og medisinerings av ADHD i nyere tid (Ørstavik et al., 2016). Reseptregisteret viser blant annet at antall individer med resept på sentralstimulerende medikamenter har økt omtrent 3.5 ganger siden 2005 (Folkehelseinstituttet, u.å.). Den store økningen i diagnostisering og behandling av ADHD kan potensielt forklare at tidligere studier ikke har identifisert samme trend som denne studien.

En betydelig andel av traumepasientene var utenfor arbeid (28.1%). Dette samsvarer med den øvrige forskningslitteraturen som har funnet at PTSD er en av de psykiske lidelsene med sterkest assosiasjon til redusert arbeidsfungering (Alonso et al., 2004). Bækkelund og kolleger (2022) fant derimot høyere rate av pasienter som var helt eller delvis sykemeldt (79%), hvilket er betydelig høyere enn det som er funnet i denne studien. Diskrepansen mellom sykemeldingsraten i Bækkelund og kolleger (2022) og denne studien kan potensielt forklares av at majoriteten (68.3%) av utvalget i Bækkelund og kolleger (2022) sin studie tilfredsstilte kriteriene for kompleks-PTSD, hvilket kan medføre lavere arbeidskapasitet (Brenner et al., 2019). Det er ikke mulig å anslå hvor stor andel pasienter i denne studien som tilfredsstiller en kompleks-PTSD diagnose, ettersom deltakerne i denne studien er diagnostisert basert på ICD-10, hvilket ikke inkluderer kompleks-PTSD som diagnose.

4.3 Kliniske karakteristikk ved behandlingsstart

Traumepasientene hadde moderate angstsymptomer ($M = 13.1$, $SD = 4.5$) ved behandlingsstart. Dette er høyere symptomtrykk enn det Bækkelund og kolleger (2022) fant ($M = 9.1$, $SD = 4.1$) i sin naturalistiske studie som også målte angstsymptomer med GAD-7, men lavere enn det Murphy og kolleger (2015) fant ($M = 15.4$, $SD = 4.4$). For depresjonssymptomer var det moderat symptomtrykk ($M = 15.9$, $SD = 5.4$) ved behandlingsstart, hvilket samsvarer med tidligere funn fra behandlingsstudier med PHQ-9 fra Bækkelund og kolleger (2022; $M = 13.9$, $SD = 4.8$) og Murphy og kolleger (2015; $M = 17.3$, $SD = 5.0$).

Traumepasientens skårer på arbeids- og sosial fungering ved behandlingsstart ($M = 22.2$, $SD = 7.9$) indikerer moderat funksjonssvikt. Dette funnet samsvarer med andre naturalistiske behandlingsstudier som har brukt WSAS som utfallsmål, eksempelvis Lab og kolleger (2008; $M = 28$, $SD = 8$) og Murphy og kolleger (2015; $M = 25.2$, $SD = 7.7$). Funnene samsvarer også med tidligere forskning som har funnet interpersonlige og arbeidsmessige utfordringer hos individer med traumer (Scoglio et al., 2022; Wald & Taylor, 2009). Det ble ikke funnet en signifikant forskjell i arbeids- og sosial fungering mellom traumepasientene og de øvrige pasientene ved Nidaros DPS ved behandlingsstart. Dette samsvarer med tidligere litteratur som heller ikke fant signifikant forskjell mellom ulike angstlidelser hva angår sosial fungering (Olantunji et al., 2017).

4.4 Hva predikerer arbeids- og sosial fungering hos traumeutvalget ved behandlingsstart?

Angst- og depresjonssymptomer var den eneste signifikante prediktoren for arbeids- og sosial fungering i denne studien. Det vil si at høyere angst- og depresjonssymptomer var assosiert med redusert arbeids- og sosial fungering, mens de resterende variablene ikke hadde en signifikant sammenheng. Etter vår kjennskap er dette den første naturalistiske studien som undersøker potensielle prediktorer for arbeids- og sosial fungering hos traumepasienter som mottar ordinær behandling. Det finnes derimot flere observasjonsstudier som har undersøkt sammenhengene mellom ulike variabler og arbeidsfungering og sosial fungering (Caramanica et al., 2014; Matthews et al., 2009; Ruggero et al., 2013; Rytwinski et al., 2013; Taylor et al., 2006). Tidligere forskning har funnet en assosiasjon mellom mellom komorbid depresjon, PTSD og arbeidsfungering. I tillegg er det funnet at depresjon og PTSD-relatert dysfori og negative evalueringer av seg selv og verden hadde en sammenheng med redusert arbeidsfunksjon (Matthews et al., 2009; Ruggero et al., 2013; Taylor et al., 2006). Depresjon

var den vanligste komorbide lidelsen i denne studien. I tillegg skåret en stor andel av traumepasientene over klinisk grenseverdi på PHQ-9. Sett i sammenheng med at det er funnet at komorbid PTSD og depresjon er assosiert med redusert interpersonlig fungering (Rytwinski et al., 2013) og mer helserelatert arbeidsledighet (Caramanica et al., 2014), kan det være at komorbid depresjon også er assosiert med svekket arbeids- og sosial fungering hos traumepasienter. Det er ikke lyktes i å finne studier som undersøker sammenheng mellom komorbide angstsymptomer og arbeids- og sosial fungering hos traumepasienter. Grunnet høy komorbiditet i denne og tidligere studier, angst- og depresjonssymptomer som signifikant prediktor, samt komorbid depresjon og PTSD sin sammenheng med mer alvorlig symptombilde og funksjonsnedsettelse (Caramanica et al., 2014; Campbell et al., 2007; Nichter et al., 2019), kan det være nyttig med tilpasning for komorbide lidelser i terapi.

4.5 Ordinær behandling og effektivitet for symptomtrykk

Den gjennomsnittlige lengden på behandlingsforløpet ($M = 14.0$, $SD = 13.8$) stemmer overens med anbefalinger fra NICE guidelines (2018). Det er noe mindre enn gjennomsnittet fra metaanalysen til Bradley og kolleger (2005) ($M = 15.63$, $SD = 10.52$), men samtidig høyere enn gjennomsnittet i metaanalysen til Hoppen et al. (2023) ($M = 10.78$, $SD = 5.29$). I samsvar med Bradley et al. (2005) ble det funnet stor variasjon i hvor mange behandlingstimer pasientene fikk, hvor behandlingstid varierte mellom 0 og 84 behandlingstimer.

Det ble funnet en signifikant nedgang i både angst- og depresjonssymptomer fra før behandling til etter behandling for traumepasientene. Dette tilsvarte en liten, i grenseland til moderat, effektstørrelse for depressive symptomer og en moderat effektstørrelse for angstsymptomer. De gjennomsnittlige skårene ved endt behandlingsforløp indikerte imidlertid at pasientene fortsatt hadde moderate depresjonssymptomer og milde angstsymptomer. Samlet sett tyder dette at på ordinær behandling kan medføre bedring i komorbide angst- og depresjonssymptomer, men at majoriteten av pasientene fortsatt har angst- og depresjonssymptomer innenfor klinisk område ved endt behandlingsforløp.

Den observerte nedgangen i angst- og depresjonssymptomer stemmer overens med funn fra tidligere kontrollerte studier som også har funnet signifikant nedgang fra før til etter terapi på angst- og depresjonssymptomer i behandling av PTSD-pasienter (Nacasch et al., 2010; Power et al., 2002; Rothbaum et al., 2005; Schnurr et al., 2007; Wells et al., 2015; Yuen et al., 2015). Effektstørrelsene fra denne studien er lignende de som er rapportert av Schnurr og kolleger (2007), som også fant moderate effektstørrelser fra før til etter et

terapiforløp med PE på angst- og depresjonssymptomer for kvinnelige veteraner med PTSD. I likhet med kontrollerte studier, viser naturalistiske studier også signifikant bedring i komorbide angst- og depresjonssymptomer i PTSD behandling (Bækkelund et al., 2022; Murphy et al., 2015). Effektstørrelsen for komorbide angst- og depresjonssymptomer i Bækkelund et al. (2022) sin studie var lignende funnene fra denne studien.

4.6 Effektivitet av ordinær behandling på arbeids- og sosial fungering

Det ble ikke funnet signifikant endring i arbeids- og sosial fungering fra behandlingsstart til behandlingsslutt hos traumepasientene, og det gjennomsnittlige symptomtrykket etter endt behandlingsforløp indikerte fortsatt moderat funksjonssvikt. Disse funnene gir dermed ikke støtte for hypotesen om at ordinær behandling er assosiert med signifikant bedring i arbeids- og sosial fungering hos traumepasienter.

Tidligere forskning på området har vist variasjoner i hvor stor effekt ulike former for psykoterapi har på arbeids- og sosial fungering hos PTSD pasienter, hvor noen har funnet relativt stor effekt (Lab et al., 2008; Santarnecki et al., 2019), mens andre har funnet mindre effekt (Lord et al., 2020; Murphy et al., 2015). RCT-er på behandlingsutfall for pasienter med PTSD har stort sett funnet signifikant bedring i arbeids- og sosial fungering (Asukai et al., 2010; Foa et al., 1999; Foa et al., 2005; Foa et al., 2013; Holliday et al., 2015; Marks et al., 1998; Monson et al., 2012; Power et al., 2002; Schnurr et al., 2007; Shnaider et al., 2014). Arbeids- og sosial fungering er derimot gjerne et sekundært utfall i disse studiene, hvilket også gjerne innebærer at det er mange studier som ikke oppgir effektstørrelser. Samtidig er det også stor variasjon i hvordan arbeids- og sosial fungering operasjonaliseres og måles i studiene (Scoglio et al., 2022). Dette gjør det vanskelig å sammenligne våre funn opp mot andre studier vedrørende nettopp effekt på arbeids- og sosial fungering.

Funnene fra denne studien skiller seg derimot fra funnene til RCT-er på evidensbaserte terapier med tanke på at de fleste av dem har funnet signifikant endring. En mulig forklaring på dette, utover at evidensbaserte terapier potensielt kan være mer effektive enn ordinær behandling, kan knyttes til mer stringente eksklusjonskriterier i RCT-er. Dette kan blant annet medføre at pasienter med for eksempel komorbide lidelser ekskluderes (Bradley et al., 2005). Etersom det er funnet at komorbiditet er assosiert med dårligere langtidsutfall hos PTSD-pasienter, kan dette medføre at funn fra studier som ekskluderer med grunnlag i komorbiditet, ikke er representative for pasientpopulasjonen som mottar ordinær behandling (Steinert et al., 2015). En annen mulig årsak kan knyttes til grad av manualtilhørighet. I RCT-er anvendes gjerne strenge kriterier om å følge en spesifikk manual,

samtidig som at behandlerne gjerne får spesifikk og grundig opplæring og veiledning i metodene de anvender. Det kan ikke spesifiseres i hvor stor grad behandlerne i denne studien anvender evidensbaserte metoder eller forholder seg til manual. Derimot har tidligere forskning funnet at de fleste norske psykologer i klinisk praksis ikke følger strenge kriterier om manuallitthørighet (Johnson et al., 2016).

Det er etter vår kjennskap gjennomført få naturalistiske behandlingsstudier på PTSD som har med arbeids- og sosial fungering som et utfallsmål. Funnene fra denne studien ligner på funnene til Murphy og kolleger (2015), som fant signifikant bedring i arbeids- og sosial fungering (målt med WSAS). Til tross for den signifikante endringen, var størrelsen på den rapporterte nedgangen i WSAS-skåre, fra 25.2 ved behandlingsstart til 22.4 ved oppfølging, relativt lik den som er funnet i denne studien. Gjennomsnittsskåren ved oppfølging, som indikerte moderat funksjonssvikt, samsvarer med skårene til traumepasientene ved behandlingsslutt i denne studien. Funnene våre skiller seg derimot fra funnene til Lab og kolleger (2008), som fant signifikant og relativ større endring i WSAS skåre fra før til etter terapi. Flertallet av pasientene i Lab og kolleger (2008) sin studie karakteriseres derimot av å ha alvorlige interpersonlige vansker. Som følge av dette ble pasientene tilbudt individuelt tilpasset terapi med formål om å bedre ulike former for interpersonlige vansker. En mulig årsak til at Lab og kolleger (2008) fant større endring enn denne, og andre studier, kan derfor være knyttet til at pasientene også mottok tilpasset og formålsrettet terapi for vansker relatert til arbeids- og sosial fungering. En annen mulig årsak til at andre naturalistiske studier (Lab et al., 2008; Murphy et al., 2015) fant signifikant bedring i arbeids- og sosial fungering, mens denne studien ikke gjorde det, kan være at gjeldende studie hadde mindre utvalg, og dermed lavere statistisk styrke for å identifisere potensiell signifikant bedring. Ulikhetene i behandlingstype, hvor Murphy et al. (2015) og Lab et al. (2008) undersøker relativt spesifikke intervensjoner, mens denne studien undersøker ordinær behandling, gjør det utfordrende å sammenligne resultatene.

Ettersom oppfølgingsmål ikke enda er tilgjengelig, kan det ikke fastslås hvordan restsymptomene på arbeids- og sosial fungering vil utvikle seg videre etter avsluttet behandling. Det er mulig at pasientene kan fortsette å vise bedring i arbeids- og sosial fungering også etter endt behandling ettersom det tenkelig kan ta mer tid å gjenopprette tapt arbeids- og sosial funksjon enn det tar med symptomreduksjon. Dersom bedring i arbeids- og sosial fungering er assosiert med bedring i psykologiske symptomer, vil det også kunne gi mening at bedring i arbeids- og sosial fungering først viser seg etter eller parallelt med symptombedring. Dette stemmer overens med funnene til Rauch og kolleger (2009) som fant

fortsatt bedring i sosial fungering ved oppfølging både ved 3 og 12 måneder etter endt terapiforløp.

Det kan være nyttig å undersøke effekten av å integrere spesifikke tiltak for å bedre arbeids- og sosial fungering i traumebehandling. Dette fordi det ikke ble funnet signifikant endring i arbeids- og sosial fungering gjennom behandlingsforløpet, samtidig som at den øvrige forskningslitteraturen har varierende funn knyttet til effekten av psykoterapi på arbeids- og sosial fungering hos PTSD pasienter. I tillegg er det evidens for at PTSD-pasienter som har blitt friske fortsatt har mer redusert fungering enn individer som aldri har utviklet PTSD (Bryant et al., 2016). Det er også støtte for et resiprokt forhold mellom utfall på sosial fungering og PTSD symptomer som følge av terapi, slik at en økning i sosial fungering potensielt også kan medføre en bedring i PTSD symptomer (Lord et al., 2020).

Et mulig tiltak for å bedre arbeidsfungering kan være individuell jobbstøtte (IPS) (Wallstroem et al., 2021). IPS er en metode for å hjelpe individer med psykiske og fysiske lidelser tilbake i arbeid. Metoden baserer seg på at pasienten tidlig skal ut i arbeid, hvor en får integrert oppfølging som koordineres med helsetjenesten (Brinchmann & Mykletun, 2022; Mueller et al., 2019; Reme et al., 2016; Wallstroem et al., 2021). IPS er funnet å være effektivt for å reintegrere pasienter med alvorlige psykiske lidelser inn i arbeidslivet (Nøkleby et al., 2017). I nyere tid er det også funnet støtte for at IPS kan være et effektivt tiltak for å reintegrere PTSD-pasienter tilbake til arbeidslivet (Davis et al., 2018; Mueller et al., 2019).

For å bedre sosial fungering kan *Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation* (STAIR) være et mulig tiltak. STAIR har vist indikasjoner på å kunne være effektivt for PTSD pasienter og kan brukes sammen med andre evidensbaserte behandlingsformer for PTSD (Cloitre et al., 2016). En annen slik intervensjon kan være *Cognitive-Behavioral Conjoint Therapy for PTSD* (CBCT), hvilket er en terapimetode som spesifikt retter seg mot å bedre PTSD symptomer og fungering i parforhold (Monson & Fredman, 2012).

4.7 Styrker og begrensninger

Som tidligere nevnt, er det gjennomført få naturalistiske behandlingsstudier på PTSD, og enda færre som har hatt som hovedfokus å undersøke effektiviteten av ordinær behandling/TAU for traumepasienter. Etter vår kunnskap er dette den første naturalistiske studien på ordinær behandling (TAU) som undersøker prediktorer for arbeids- og sosial fungering, samt behandlingsutfall på arbeids- og sosial fungering i et representativt poliklinisk utvalg. Denne studien har imidlertid også noen begrensninger. En begrensning er at den ikke

har kontrollgruppe(r). Da funnene fra studien ikke sammenlignes med andre behandlingsbetingelser, kan det ikke fastslås i hvor stor grad endringen kan tilskrives den administrerte behandlingen. Forhold utenfor behandlingssettingen kan også ha påvirket grad av bedring i arbeids- og sosial fungering. Ettersom deltakerne i studien fikk behandling i tidsrommet 2020 til 2022, kan COVID-19 pandemien også ha hatt en potensiell innvirkning på behandlingsutfall. Det er tenkelig at restriksjoner vedrørende både sosialt liv og arbeid, som for eksempel hjemmekontor, kan ha hatt en innvirkning på behandlingsutfall for både symptomtrykk og arbeids- og sosial fungering. En annen begrensning er at behandlingen som er administrert ikke er klart definert. Nøyaktig hvilke terapeutiske metoder som ble brukt, variasjon i bruk av metoder, og grad av tilhørighet til spesifikke metoder kan ikke konstateres. Derimot er det rimelig å anta at den administrerte behandlingen er representativ for ordinær klinisk praksis i norsk psykiatri, hvilket styrker økologisk validitet.

Denne studien har også begrensninger vedrørende de anvendte måleinstrumentene. Høy korrelasjon mellom PHQ-9 og GAD-7 medførte sammenslåing til PHQ-ADS, som igjen medførte at grad av individuell påvirkning fra angst og depresjon på arbeids- og sosial fungering ikke kunne gjøres rede for. At studien ikke inkluderer mål på PTSD-spesifikke symptomer er også en begrensning. Ettersom det gjerne kan være overlapp mellom PTSD-symptomer og symptomer på angst og depresjon (Price & van Stolk-Cooke, 2015), kan man ikke med sikkerhet fastslå at de observerte prediktive egenskapene til angst- og depresjonssymptomer, og den observerte endringen i angst- og depresjonssymptomer gjennom behandlingsforløpet utelukkende kan tilskrives symptomer på angst og depresjon. Å inkludere mål på faktorer som kan være relevante prediktorer for langtidsutfall av PTSD, som for eksempel sosioøkonomisk status, traumetype, livshendelser og utdanningsstatus (Steinert et al., 2015), kunne ha styrket studien.

Denne studien hadde relativt lav responsrate ved behandlingsslutt. Kun 18% av traumepasientene som besvarte spørreskjemaene ved behandlingsstart besvarte også skjemaene ved behandlingsslutt. Det kan være flere årsaker til dette: pasienter kan ha droppet ut av behandling, noen pasienter kan fortsatt ha vært i et behandlingsforløp når datainnsamlingen ble avsluttet, noen kan også ha valgt å ikke besvare, eller glemt å besvare spørreskjemaene. Lav responsrate kan ha påvirket resultatene fra pre-post analysene, i og med at små utvalg ($N = 31$) vil ha redusert statistisk styrke. Det er derfor mulig at de statistiske testene ikke har hatt nok styrke til å identifisere en potensiell reell endring i arbeids- og sosial fungering fra behandlingsstart til behandlingsslutt.

Det er foreløpig ikke registrert oppfølgingsdata for pasientene som har gjennomført behandlingsforløpet. Ettersom studien fortsatt pågår vil utvalget etter hvert bli større, samtidig som det vil komme oppfølgingsdata. Analyser ved senere datauttak kan derfor ha større evne til å fange opp potensielle endringer som ikke ble identifisert i gjeldende studie.

4.8 Implikasjoner

Det er vanlig å anvende TAU som en kontrollgruppe i RCT-er. Derimot er det funnet at TAU betingelser ofte kan være heterogene og inneholde inaktive behandlingstiltak som ikke kan regnes som “*bona fide*” terapier (Benish et al., 2008; Cuijpers, et al., 2019; Kolovos et al., 2017; Löfholm et al., 2013; Watts et al., 2015). Resultatene fra denne studien kan anses som representativt for norsk poliklinisk behandling av traumepasienter. Funnene fra denne studien kan dermed fungere som en “*benchmark*” for videre forskning som ønsker å undersøke effekten av spesifikke behandlingsintervensjoner for traumepasienter, på utfall av angst- og depressive symptomer og arbeids- og sosial fungering, sett opp mot ordinær behandling. Ettersom det tilsynelatende er få naturalistiske studier som undersøker effektiviteten av ordinær behandling på angst- og depresjonssymptomer, samt arbeids- og sosial fungering hos traumepasienter, behøves det derimot også videre forskning for å støtte, svekke eller utvide funnene fra denne studien.

Videre forskning bør undersøke effektiviteten av ordinær behandling for traumepasienter i et større utvalg. Ved å gjennomføre flere naturalistiske studier, som har større utvalg, samt inkluderer spesifikke spørreskjemaer for traumesymptomer, kan man potensielt fange opp en større del av variansen i hva som predikerer arbeids- og sosial fungering. Et større utvalg kan også med større sikkerhet identifisere endringer som forekommer i ordinær behandling knyttet til komorbide symptomer og fungering.

Det er tenkelig at bedring i arbeids- og sosial fungering tar tid, hvor etablering av, og opprettholdelse av sosiale nettverk og arbeid kan bidra til en forsinket bedringseffekt som ikke fanges opp før en stund etter endt behandlingsforløp. Da studien er av pågående art, vil utvalget etter hvert bli større, samtidig som at det vil komme oppfølgingsdata. Det er derfor mulig at en potensiell forsinket bedringseffekt i arbeids- og sosial fungering kan identifiseres ved senere datauttak. Videre forskning bør også undersøke effekten av behandlingsmetoder som også fokuserer på komorbide lidelser og symptomer hos traumepasienter. Ettersom evidensbaserte terapimetoder for PTSD gjerne hovedsakelig fokuserer på symptomreduksjon, bør videre forskning i tillegg undersøke effekten av metoder som også fokuserer på å bedre utfordringer knyttet til arbeids- og sosial fungering (Cloitre et al., 2016; Scoglio et al., 2022).

4.9 Konklusjon

Ettersom PTSD er en av de psykiske lidelsene med størst utfordringer knyttet til arbeids- og sosial fungering, samtidig som det foreligger komparativt mindre forskning på ordinær behandling sammenlignet med spesifikke terapeutiske intervensjoner i kontrollerte studier, er det viktig å undersøke effektiviteten av ordinær behandling på arbeids- og sosial fungering hos traumepasienter.

Denne oppgaven støtter tidligere funn om høy komorbiditetsrate og stor andel kvinner blant traumepasienter. Høyere symptomtrykk for angst og depresjon er assosiert med større utfordringer knyttet til fungering i arbeids- og sosialliv. Selv om det ble observert en bedring i angst- og depressive symptomer, ble det ikke identifisert en betydelig bedring i arbeids- og sosial fungering fra behandlingsstart til behandlingsslutt.

Videre forskning på området bør utføres i større utvalg og med oppfølgingsdata. Effekten av spesifikke intervensjoner som retter seg mot komorbide symptomer og funksjonsnivå, i tillegg til ordinær behandling, bør også undersøkes.

5. Litteraturliste

- Addis, M. E., & Krasnow, A. D. (2000). A national survey of practicing psychologists' attitudes toward psychotherapy treatment manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(2), 331–339. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.2.331>
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., de Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J.M., Katz, S. J., Kessler, R. C., Kovess, V., Lépine, J. P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L. J., Vilagut, G., ... ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: Results from the European Study of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum, (420)*, 38-46. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00329.x>
- Amstadter, A. B., Aggen, S. H., Knudsen, G. P., Reichborn-Kjennerud, T., & Kendler, K. S. (2013). Potentially traumatic event exposure, posttraumatic stress disorder, and Axis I and II comorbidity in a population-based study of Norwegian young adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 48*(2), 215–223. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0537-2>
- Andrews, B., Brewin, C. R. & Rose, S. (2003). Gender, social support, and PTSD in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress, 16*(4), 421-427. <https://doi.org/10.1023/A:1024478305142>
- Asukai, N., Saito, A., Tsuruta, N., Kishimoto, J. & Nishikawa, T. (2010). Efficacy of exposure therapy for Japanese patients with posttraumatic stress disorder due to mixed traumatic events: A randomized controlled study. *Journal of Traumatic Stress, 23*(6), 744-750. <https://doi.org/10.1002/jts.20589>
- Beard, C., & Björgvinsson, T. (2014). Beyond generalized anxiety disorder: psychometric properties of the GAD-7 in a heterogeneous psychiatric sample. *Journal of Anxiety Disorders, 28*(6), 547-552. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.002>
- Benish, S. G., Imel, Z. E. & Wampold, B. E. (2008). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review, 28*(5), 746-758. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.10.005>
- Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., Niedfeld, I. & Steil, R. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after

- childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4), 221-233.
<https://doi.org/10.1159/000348451>
- Bolton, D., Hill, J., O’Ryan, D., Udwin, O., Boyle, S. & Yule, W. (2004). Long-term effects of psychological trauma on psychosocial functioning. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(5), 1007-1014. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.t01-1-00292.x>
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-Analysis of psychotherapy for PTSD. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.214>
- Brancu, M., Thompson, N. L., Beckham, J. C., Green, K. T., Calhoun, P. S., Elbogen, E. B., Robbins, A. T., Fairbank, J. A., VA Mid-Atlantic MIRECC Registry Workgroup. & Wagner, R. H. (2014). The impact of social support on psychological distress for U.S. Afghanistan/Iraq era veterans with PTSD and other psychiatric diagnoses. *Psychiatry Research*, 217(1-2), 86-92. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.02.025>
- Brenner, L., Köllner, V., & Bachem, R. (2019). Symptom burden and work-related impairment among patients with PTSD and complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1694766. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1694766>
- Brinchmann, B. & Mykletun, A. (2022). Sysselsetting av pasienter med alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(10), 932-937.
<https://psykologtidsskriftet.no/node/25111/pdf>
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585–599.
<https://doi.org/10.1037//0021-843x.110.4.585>
- Bryant, R. A., Harvey, A. G., Dang, S. T., Sackville, T. & Basten, C. (1998). Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 862–866.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.5.862>
- Bryant, R. A., McFarlane, A. C., Silove, D., O’Donnell, M. L., Forbes, D. & Creamer, M. (2016). The lingering impact of resolved PTSD on subsequent functioning. *Clinical Psychological Science*, 4(3), 493-498. <https://doi.org/10.1177/2167702615598756>
- Bækkelund, H., Endsjø, M., Peters, N., Babaii, A. & Egeland, K. (2022). Implementation of evidence-based treatments for PTSD in Norway: Clinical outcomes and impact of

- probable complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(2), 1-10.
<https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2116827>
- Campbell, D. G., Felker, B. L., Liu, C. F., Yano, E. M., Kirchner, J. E., Chan, D., Rubenstein, L. V. & Chaney, E. F. (2007). Prevalence of depression-PTSD comorbidity: Implications for clinical practice guidelines and primary care-based interventions. *Journal of General Internal Medicine*, 22(6), 711–718. <https://doi.org/10.1007/s11606-006-0101-4>
- Caramanica, K., Brackbill, R. M., Liao, T. & Stellman, S. D. (2014). Comorbidity of 9/11-related PTSD and depression in the World Trade Center Health Registry 10-11 years postdisaster. *Journal of Traumatic Stress*, 27(6), 680–688.
<https://doi.org/10.1002/jts.21972>
- Carta, M. G., Balestrieri, M., Murru, A. & Hardoy, M. C. (2009). Adjustment disorder: Epidemiology, diagnosis and treatment. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 5(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-5-15>
- Clapp, J. D. & Beck, J. G. (2009). Understanding the relationship between PTSD and social support: The role of negative network orientation. *Behavior Research and Therapy*, 47(3), 237-244. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.12.006>
- Cloitre, M., Jackson, C. & Schmidt, J. A. (2016). Case reports: STAIR for strengthening social support and relationships among veterans with military sexual trauma and PTSD. *Military Medicine*, 181(2), 183-187. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-15-00209>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. utg.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Corry, N. H., Klick, B. & Fauerbach, J. A. (2010). Posttraumatic stress disorder and pain impact functioning and disability after major burn injury. *Journal of Burn Care & Research*, 31(1), 13-25. <https://doi.org/10.1097/BCR.0b013e3181cb8cc8>
- Cuijpers, P., Quero, S., Papola, D., Cristea, I. A. & Karyotaki, E. (2019). Care-as-usual control groups across different settings in randomized trials on psychotherapy for adult depression: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(4), 634-644.
<https://doi.org/10.1017/S0033291719003581>
- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., Feltner, C., Brownley, K. A., Olmsted, K. R., Greenblatt, A., Weil, A. & Gaynes, B. N. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic

- review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *43*, 128–141.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.10.003>
- da Silva, H. C., Furtado da Rosa, M. M., Berger, W., Luz, M. P., Mendlowicz, M., Coutinho, E. S. F., Portella, C. M., Marques, P. I. S., Mograbi, D. C., Figueira, I., & Ventura, P. (2019). PTSD in mental health outpatient settings: Highly prevalent and under-recognized. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, *41*(3), 213–217. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-0025>
- Darves-Bornoz, J. M., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J. M., Kovess-Masfety, V., Lepine, J. P., Nachbaur, G., Negre-Pages, L., Vilagut, G., Gasquet, I. & ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *Journal of Traumatic Stress*, *21*(5), 455–462. <https://doi.org/10.1002/jts.20357>
- Davis, L. L., Kyriakides, T. C., Suris, A. M., Ottomanelli, L. A., Mueller, L., Parker, P. E., Resnick, S. G., Toscano, R., Scrymgeour, A. A. & Drake, R. E. (2018). Effect of evidence-based supported employment vs transitional work on achieving steady work among veterans with posttraumatic stress disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *75*(4), 316-324. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4472>
- Davis, L. L., Schein, J., Cloutier, M., Gagnon-Sanschagrin, P., Maitland, J., Urganus, A., Guerin, A., Lefebvre, P., & Houle, C. R. (2022). The economic burden of posttraumatic stress disorder in the United States from a societal perspective. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *83*(3). <https://doi.org/10.4088/JCP.21m14116>
- Deisenhofer, A. K., Delgadillo, J., Rubel, J. A., Böhnke, J. R., Zimmermann, D., Schwartz, B. & Lutz, W. (2018). Individual treatment selection for patients with posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, *35*(6), 541-550. <https://doi.org/10.1002/da.22755>
- Dyer, C. & Joseph, S. (2006). What is an RCT? *Counselling and Psychotherapy Research*, *6*(4), 264-265. <https://doi.org/10.1080/14733140600986276>
- Ehlers, A., Hackmann, A., Grey, N., Wild, J., Liness, S., Albert, I., Deale, A., Stott, R. & Clark, D. M. (2014). A randomized controlled trial of 7-day intensive and standard weekly cognitive therapy for PTSD and emotion-focused supportive therapy. *The American Journal of Psychiatry*, *171*, 294-304.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13040552>
- Elmi, L. M. & Clapp, J. D. (2021). Interpersonal functioning and trauma: The role of empathy in moderating the association of PTSD and interpersonal functioning. *Behavior Therapy*, *52*(5), 1251-1264. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2021.02.004>

- Field, A. (2018). *Discovering statistics using SPSS* (5.utg.). London: SAGE
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Munder, T., Heer, S. & Wampold, B. E. (2014). Enduring effects of evidence-based psychotherapies in acute depression and anxiety disorders versus treatment as usual at follow-up: A longitudinal meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 367-375. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.001>
- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycoz, L. H., Meadowa, E. A. & Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(2), 194-200. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.2.194>
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A. M., Riggs, D. S., Feeny, N. C. & Yadin, E. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 953-964. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.953>
- Foa, E. B., McLean, C. P., Capaldi, S. & Rosenfield, D. (2013). Prolonged exposure vs supportive counseling for sexual abuse-related PTSD in adolescent girls: A randomized clinical trial. *JAMA*, 310(24), 2650-2657. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.282829>
- Folkehelseinstituttet. (u.å.) *Norgehelsa statistikkbank: Legemiddelbrukere*. Hentet 08. februar 2023 fra <https://norgesghelsa.no/norgesghelsa/>
- Galovski, T. & Lyons, J. A. (2004). Psychological sequelae of combat violence: A review of the possible impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggression and Violent Behavior*, 9(5), 477-501. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(03\)00045-4](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(03)00045-4)
- American Psychological Association. (2019). Summary of the clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults. *American Psychologist*, 74(5), 596–607. <https://doi.org/10.1037/amp0000473>
- Hariton, E. & Locascio, J.J. (2018). Randomised controlled trials-the gold standard for effectiveness research. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 125(13), 1716. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15199>
- He, C., Levis, B., Riehm, K. E., Saadat, N., Levis, A. W., Azar, M., ... & Benedetti, A. (2020). The accuracy of the patient health questionnaire-9 algorithm for screening to detect

- major depression: An individual participant data meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(1), 25-37. <https://doi.org/10.1159/000502294>
- Helsedirektoratet. (2022, 30. september). *Psykiske lidelser - voksne*. Helsedirektoratet. Hentet 20. mars 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-voksne/kartlegging-og-utredning-psykiske-lidelser-pakkeforlop-voksne#basis-utredning>
- Helsedirektoratet. (2015). *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2015: Sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på sykdomsgrupper* (IS-2839). Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnskostnader-ved-sykdom-og-ulykker/Samfunnskostnader%20ved%20sykdom%20og%20ulykker%202015.pdf/_attachment/inline/761dd2be-6458-4baf-99c9-34d58a621aad:e3291994cf460a6d1c5174eab5f27b4165208afe/Samfunnskostnader%20ved%20sykdom%20og%20ulykker%202015.pdf
- Holliday, R., Williams, R., Bird, J., Mullen, K. & Surís, A. (2015). The role of cognitive processing therapy in improving psychosocial functioning, health, and quality of life in veterans with military sexual trauma-related posttraumatic stress disorder. *Psychological Services*, 12(4), 428-434. <https://doi.org/10.1037/ser0000058>
- Hoppen, T. H., Kip, A. & Morina, N. (2023). Are psychological interventions for adult PTSD more efficacious and acceptable when treatment is delivered in higher frequency? A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Anxiety Disorders*, 95, 102684. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102684>
- Hunnicut-Ferguson, K., Wyka, K. E., Peskin, M., Cukor, J., Olden, M. & Difede, J. (2018). Posttraumatic stress disorder, functional impairment, and subjective distress in world trade center disaster workers. *Journal of Traumatic Stress*, 31(2), 234-243. <https://doi.org/10.1002/jts.22268>
- Janssen, P. G. J., Stoltz, S., Cillessen, A. H. N. & van Ee, E. (2022). Deployment-related PTSD symptomatology and social functioning: Probing the mediating roles of emotion regulation and mentalization in an outpatient veteran sample. *Journal of Psychiatric Research*, 156, 444-450. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.10.050>
- Jiang, R. F., Tong, H. Q., Delucchi, K. L., Neylan, T. C., Shi, Q. & Meffert, S. M. (2014). Interpersonal psychotherapy versus treatment as usual for PTSD and depression among Sichuan earthquake survivors: A randomized clinical trial. *Conflict and Health*, 8. <https://doi.org/10.1186/1752-1505-8-14>

- Johnson, S. U., Hoffart, A., Havik, O. E., & Nordgreen, T. (2016). A survey of clinical psychologists' attitudes toward treatment manuals. *Professional Psychology: Research and Practice, 47*(5), 340–346. <https://doi.org/10.1037/pro0000108>
- Kazdin, A. E. (2015). Treatment as usual and routine care in research and clinical practice. *Clinical Psychology Review, 42*, 168-178. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.08.006>
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry, 52*(12), 1048-1060. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950240066012>
- Kim, H. Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: Assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative Dentistry & Endodontics, 38*(1), 52-54. <https://doi.org/10.5395/rde.2013.38.1.52>
- King, D. W., Taft, C., King, L. A., Hammond, C. & Stone, E. R. (2006). Directionality of the association between social support and posttraumatic stress disorder: A longitudinal investigation. *Journal of Applied Social Psychology, 36*(12), 2980-2992. <https://doi.org/10.1111/j.0021-9029.2006.00138.x>
- Kolovos, S., van Tulder, M. W., Cuijpers, P., Prigent, A., Chevreur, K., Riper, H. & Bosmans, J. E. (2017). The effect of treatment as usual on major depressive disorder: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 210*(1), 72-81. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.013>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*, 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals, 32*(9), 509-515. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20020901-06>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2010). The patient health questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: A systematic review. *General Hospital Psychiatry, 32*(4), 345–359. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.03.006>
- Kroenke, K., Wu, J., Yu, Z., Bair, M. J., Kean, J., Stump, T. & Monahan, P. O. (2016). Patient health questionnaire anxiety and depression scale: Initial validation in three clinical trials. *Psychosomatic Medicine, 78*(6), 716–727. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000322>

- Kroenke, K., Baye, F., & Lourens, S. G. (2019). Comparative validity and responsiveness of PHQ-ADS and other composite anxiety-depression measures. *Journal of Affective Disorders*, 246, 437-443. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.098>
- Lab, D., Santos, I. & de Zulueta, F. (2008). Treating post-traumatic stress disorder in the ‘real world’: Evaluation of a specialist trauma service and adaptations to standard treatment approaches. *Psychiatric Bulletin*, 32(1), 8-12. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.105.008664>
- Laffaye, C., Cavella, S., Drescher K. & Rosen, C. (2008). Relationships among PTSD symptoms, social support, and support source in veterans with chronic PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 21(4), 394-401. <https://doi.org/10.1002/jts.20348>
- Lassemo, E., Sandanger, I., Nygård, J. F., & Sørgaard, K. W. (2017). The epidemiology of post-traumatic stress disorder in Norway: Trauma characteristics and pre-existing psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(1), 11–19. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1295-3>
- Laukvik, E. H., Bøkkelund, H., Jacobsen, M., Endsjø, M., Babaii, A., Peters, N. & Egeland, K. (2020, November). *Presentasjon av sentrale elementer i et behandlingsforløp for posttraumatisk stresslidelse (PTSD)*. Nkvts.no. Hentet fra <https://www.nkvts.no/content/uploads/2023/01/Presentasjon-av-sentrale-elementer-i-et-behandlingsforlop-oppdater-des-22.pdf>
- Lee, D. J., Schnitzlein, C. W., Wolf, J. P., Vythilingam, M., Rasmusson, A. M. & Hoge, C. W. (2016). Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: Systemic review and meta-analyses to determine first-line treatments. *Depression and Anxiety*, 33(9), 792-806. <https://doi.org/10.1002/da.22511>
- Leeman, R. F., Hefner, K., Frohe, T., Murray, A., Rosenheck, R. A., Watts, B. V., & Sofuoglu, M. (2017). Exclusion of participants based on substance use status: Findings from randomized controlled trials of treatments for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 89, 33-40. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.10.006>
- Levant, R. F. (2005). *Report of the 2005 presidential task force on evidence-based practice*. Washington, DC: American Psychological Association. Hentet fra <https://www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-report.pdf>
- Lewis, C., Roberts, N. P., Andrew, M., Starling, E. & Bisson, J. I. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1729633. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1729633>

- Lord, K. A., Suvak, M. K., Holmes, S., Shields, N., Lane, J. E. M., Sijercic, I., Wagner, A. C., Stirman, S.W. & Monson, C. M. (2020). Bidirectional relationship between posttraumatic stress disorder and social functioning during cognitive processing therapy. *Behavior Therapy*, 51(3), 447-460. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.08.002>
- Löfholm, C. A., Brännström, L., Olsson, M., & Hansson, K. (2013). Treatment-as-usual in effectiveness studies: What is it and does it matter?. *International Journal of Social Welfare*, 22(1), 25-34. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2012.00870.x>
- Lommen, M. J., Grey, N., Clark, D. M., Wild, J., Stott, R., & Ehlers, A. (2016). Sleep and treatment outcome in posttraumatic stress disorder: Results from an effectiveness study. *Depression and Anxiety*, 33(7), 575–583. <https://doi.org/10.1002/da.22420>
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care*, 46(3), 266–274. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318160d093>
- Lutz, W. (2003). Efficacy, effectiveness, and expected treatment response in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 59(7), 745-750. <https://doi.org/10.1002/jclp.10169>
- Luxton, D. D., Skopp, N. A. & Maguen, S. (2010). Gender differences in depression and PTSD symptoms following combat exposure. *Depression and Anxiety*, 27(11), 1027-1033. <https://doi.org/10.1002/da.20730>
- Marks, L., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M. & Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and /or cognitive restructuring: A controlled study. *Arch Gen Psychiatry*, 55(4). 317-325. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.4.317>
- Mataix-Cols, D., Cowley, A. J., Hankins, M., Schneider, A., Bachofen, M., Kenwright, M., Gega, L., Cameron, R. & Marks, I. M. (2005). Reliability and validity of the work and social adjustment scale in phobic disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 46(3), 223-228. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.08.007>
- Matthews, L. R. (2005). Work potential of road accident survivors with post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(4), 475-483. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.03.008>
- Matthews, L. R., Harris, L. M. & Cumming, S. (2009). Trauma-related appraisals and coping styles of injured adults with and without symptoms of PTSD and their relationship to work potential. *Disability and Rehabilitation*, 31(19), 1577–1583. <https://doi.org/10.1080/09638280802639012>

- McLean, C. P., Levy, H. C., Miller, M. L. & Tolin, D. F. (2022). Exposure therapy for PTSD in military populations: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Journal of Anxiety Disorders*, 90. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102607>
- Milanak, M. E., Zuromski, K. L., Cero, I., Wilkerson, A. K., Resnick, H. S., & Kilpatrick, D. G. (2019). Traumatic event exposure, posttraumatic stress disorder, and sleep disturbances in a national sample of U.S. adults. *Journal of Traumatic Stress*, 32(1), 14–22. <https://doi.org/10.1002/jts.22360>
- Miller, M. W., Wolf, E. J., Maritn, E., Kaloupek, D. G. & Keane, T. M. (2008). Structural equation modeling of associations among combat exposure, PTSD symptom factors, and global assessment of functioning. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 45(3), 359-370. <https://doi.org/10.1682/JRRD.2007.06.0085>
- Monson, C. M. & Fredman, S. J. (2012). *Cognitive behavioral conjoint therapy for PTSD: Harnessing the healing power of relationships*. Guilford Press.
- Monson, C. M., Macdonald, A., Vorstenbosch, V., Shnaider, P., Goldstein, E. S. R., Ferrier-Auerbach, A. G. & Mocchiola, K. E. (2012). Changes in social adjustment with cognitive processing therapy: Effects of treatment and association with PTSD symptom change. *Journal of Traumatic Stress*, 25(5), 519-526. <https://doi.org/10.1002/jts.21735>
- Monson, C. M., Shields, N., Suvak, M. K., Lane, J. E. M., Shnaider, P., Landy, M. S. H., Wagner, A. C., Sijercic, I., Masina, T., Wanklyn, S. G. & Stirman, S. W. (2018). A randomized controlled effectiveness trial of training strategies in cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder: Impact on patient outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 110, 31–40. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.08.007>
- Mueller, L., Wolfe, W. R., Neylan, T. C., McCaslin, S. E., Yehuda, R., Flory, J. D., Toscano, R. & Davis, L. L. (2019). Positive impact of IPS supported employment on PTSD-related occupational-psychosocial functional outcomes: Results from a VA randomized-controlled trial. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 42(3), 246-256. <https://doi.org/10.1037/prj0000345>
- Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Xie, H., Jankowski, M. K., Bolton, E. E., Lu, W., Hamblen, J. L., Rosenberg, H. J., McHugo, G. J. & Wolfe, R. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for 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>

- Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K. & Greist, J. H. (2002). The Work and Social Adjustment scale: A simple measure of impairment in functioning. *British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 180, 461-464.
<https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>
- Murphy, D., Hodgman, G., Carson, C., Spencer-Harper, L., Hinton, M., Wessely, S. & Busuttill, W. (2015). Mental health and functional impairment outcomes following a 6-week intensive treatment programme for UK military veterans with post-traumatic stress disorder (PTSD): A naturalistic study to explore dropout and health outcomes at follow-up. *BMJ Open*, 5(3), 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007051>
- Nacasch, N., Foa, E. B., Huppert, J. D., Tzur, D., Fostick, L., Dinstein, Y., Polliack, M. & Zohar, J. (2010). Prolonged exposure therapy for combat- and terror- related posttraumatic stress disorder: A randomized control comparison with treatment as usual. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(9), 1174-1180.
<https://doi.org/10.4088/JCP.09m05682blu>
- Nadal, K. L., Erazo, T. & King, R. (2019). Challenging definitions of psychological trauma: Connecting racial microaggressions and traumatic stress. *Journal for Social Action in Counseling & Psychology*, 11(2), 2-16. <https://doi.org/10.33043/JSACP.11.2.2-16>
- Najavits, L. M. (2007). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder. I P. E. Nathan & J. M. Gorman (Red.), *A guide to treatments that work* (pp. 513–530). Oxford University Press. <https://psycnet.apa.org/record/2007-19130-018>
- National Institute for Health and Care Excellence (2018). *Post-traumatic stress disorder* (NG116). NICE. Hentet fra
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/resources/posttraumatic-stress-disorder-pdf-66141601777861>
- Nichter, B., Norman, S., Haller, M. & Pietrzak, R. H. (2019). Psychological burden of PTSD, depression, and their comorbidity in the U.S. veteran population: Suicidality, functioning, and service utilization. *Journal of Affective Disorders*, 256, 633–640.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.072>
- North, C. S., Nixon, S. J. & Shariat, S., Mallonee, S., McMillen, J. C., Spitznagel, E. L. & Smith, E. M. (1999). Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City Bombing. *JAMA*, 282(8), 755-762. <https://doi.org/10.1001/jama.282.8.755>
- Nøkleby, H., Blaasvær, N. & Berg, R. (2017). *Supported employment for arbeidssøkere med bistandsbehov: En systematisk oversikt*. Folkehelseinstituttet. Hentet fra

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2017/supported-employment-for-arbeidssokere-med-bistandsbehov-rapport-2017-.pdf>

- Olatunji, B. O., Cisler, J. M. & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 572–581.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.015>
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52–73. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>
- Pagotto, L. F., Mendlowicz, M. V., Coutinho, E. S. F., Figueira, I., Luz, M. P., Araujo, A. X. & Berger, W. (2015). The impact of posttraumatic symptoms and comorbid mental disorders on the health-related quality of life in treatment-seeking PTSD patients. *Comprehensive Psychiatry*, 58(1), 68-73.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.01.002>
- Pedersen, G., Kvarstein, E. H. & Wilberg, T. (2017). The work and social adjustment scale: Psychometric properties and validity among males and females, and outpatients with and without personality disorders. *Personality and Mental Health*, 11(4), 215–228.
<https://doi.org/10.1002/pmh.1382>
- Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M. & Grant, B. F. (2011). Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: Results from wave 2 of the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(3), 456-465.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.010>
- Power, K., McGoldrick, T., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D., Swanson, V. & Karatzias, A. (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(5), 299-318.
<https://doi.org/10.1002/cpp.341>
- Price, M. & van Stolk-Cooke, K. (2015). Examination of the interrelations between the factors of PTSD, major depression, and generalized anxiety disorder in a heterogeneous trauma-exposed sample using DSM 5 criteria. *Journal of Affective Disorders*, 186, 149-155. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.012>
- Rauch, S. A. M., Grungeld, T. E. E., Yadin, E., Cahill, S. P., Hembree, E. & Foa, E. B. (2009). Changes in reported physical health symptoms and social function with prolonged

- exposure therapy for chronic posttraumatic stress disorder. *Depression & Anxiety*, 26(8), 732-738. <https://doi.org/10.1002/da.20518>
- Reme, S. E., Monstad, K., Fyhn, T., Øverland, S., Ludvigsen, K., Sveinsdottir, V., Løvvik, C. & Lie, S. A. (2016). *Effektevaluering av individuell jobbstøtte (IPS): Sluttrapport*. Uni Research Helse & Uni Research Rokkansenteret. Hentet fra <https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/1956/15564/Sluttrapport%20IPS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Riggs, D. S., Byrne, C. A., Weathers, F. W. & Litz, B. T. (1998). The quality of the intimate relationships of male Vietnam veterans: Problems associated with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11(1), 87-101. <https://doi.org/10.1023/A:1024409200155>
- Rona, R. J., Jones, M., Iversen, A., Hull, L., Greenberg, N., Fear, N. T., Hotopf, M. & Wessely, S. (2009). The impact of posttraumatic stress disorder on impairment in the UK military at the time of the Iraq war. *Journal of Psychiatric Research*, 43(6), 649-655. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.09.006>
- Rothbaum, B. O., Astin, M. C. & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 607–616. <https://doi.org/10.1002/jts.20069>
- Ruggero, C. J., Kotov, R., Callahan, J. L., Kilmer, J. N., Luft, B. J. & Bromet, E. J. (2013). PTSD symptom dimensions and their relationship to functioning in World Trade Center responders. *Psychiatry Research*, 210(3), 1049-1055. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.08.052>
- Ruscio, A. M., Weathers, F. W., King, L. A. & King, D. W. (2005). Male war-zone veterans' perceived relationships with their children: The importance of emotional numbing. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 351-357. <https://doi.org/10.1023/A:1020125006371>
- Rytwinski, N. K., Scur, M. D., Feeny, N. C., & Youngstrom, E. A. (2013). The co-occurrence of major depressive disorder among individuals with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress*, 26(3), 299–309. <https://doi.org/10.1002/jts.21814>
- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(4). <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/04/evidensbasert-praksis-i-psykologi>

- Samper, R. E., Taft, C. T., King, D. W. & King, L. A. (2004). Posttraumatic stress disorder symptoms and parenting satisfaction among a national sample of male vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress, 17*(4), 311-315.
<https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000038479.30903.ed>
- Santarnecci, E., Bossini, L., Vatti, G., Fagiolini, A., La Porta, P., Di Lorenzo, G., Siracusano, A., Rossi, S. & Rossi, A. (2019). Psychological and brain connectivity changes following trauma-focused CBT and EMDR treatment in single-episode PTSD patients. *Frontiers in Psychology, 10*, 1-17. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00129>
- Scarpa, A., Haden, S. C. & Hurley, J. (2006). Community violence victimization and symptoms of posttraumatic stress disorder: The moderating effects of coping and social support. *Journal of Interpersonal Violence, 21*(4), 446-469.
<https://doi.org/10.1177/0886260505285726>
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Engel, C. C., Foa, E. B., Shea, M. T., Chow, B. K., Resick, P. A., Thurston, V., Orsillo, S. M., Haug, R., Turner, C. & Bernardy, N. (2007). Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: A randomized controlled trial. *JAMA, 297*(8), 820-830.
<https://doi.org/10.1001/jama.297.8.820>
- Scoglio, A. A. J., Reilly, E. D., Girouard, C., Quigley, K. S., Carnes, S., & Kelly, M. M. (2022). Social functioning in individuals with post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Trauma, Violence & Abuse, 23*(2), 356–371.
<https://doi.org/10.1177/1524838020946800>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. & Dunbarm G. C. (1998). The mini-international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry, 59*(Suppl 20). 22-33. <https://psycnet.apa.org/record/1998-03251-004>.
- Shnaider, P., Vorstenbosch, V., Macdonald, A., Wells, S. Y., Monson, C. M. & Resick, P. A. (2014). Associations between functioning and PTSD symptom clusters in a dismantling trial of cognitive processing therapy in female interpersonal violence survivors. *Journal of Traumatic Stress, 27*(5), 526-534.
<https://doi.org/10.1002/jts.21954>
- Smith, M. W., Schnurr, P. P. & Rosenheck, R. A. (2005). Employment outcomes and PTSD symptom severity. *Mental Health Services Research, 7*(2), 89-101.
<https://doi.org/10.1007/s11020-005-3780-2>

- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Steinert, C., Hofmann, M., Leichsenring, F. & Kruse, J. (2015). The course of PTSD in naturalistic long-term studies: High variability of outcomes. A systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(7), 483-496. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1005023>
- Taylor, S., Wald, J. & Asmundson, G. J. G. (2006). Factors associated with occupational impairment in people seeking treatment for posttraumatic stress disorder. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 25(2), 289-301. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2006-0026>
- Tsai, J., Harpaz-Rotem, I., Pietrzak, R. H. & Southwick, S. M. (2012). The role of coping, resilience, and social support in mediating the relation between PTSD and social functioning in veterans returning from Iraq and Afghanistan. *Psychiatry*, 75(2), 135–149. <https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.2.135>
- Verdens helseorganisasjon. (2019). *ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser; Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer (Blåboka)*. Direktoratet for e-helse. <https://ehelse.no/standarder/ikke-standarder/icd-10-psykiske-lidelser-og-atferdsforstyrrelse-kliniske-beskrivelser-og-diagnostiske-retningslinjer-blaboka>
- Wachen, J. S., Jimenez, S., Smith, K. & Resick, P. A. (2014). Long-term functional outcomes of women receiving cognitive processing therapy and prolonged exposure. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(Suppl 1), S58–S65. <https://doi.org/10.1037/a0035741>
- Wald, J. & Taylor, S. (2009). Work impairment and disability in posttraumatic stress disorder: A review and recommendations for psychological injury research and practice. *Psychological Injury and Law*, 2, 254-262. <https://doi.org/10.1007/s12207-009-9059-y>
- Wallstroem, I. G., Pedersen, P., Christensen, T. N., Hellström, L., Bojesen, A. B., Stenager, E., White, S., Mueser, K.T., Bejerholm, U., van Busschbach, J.T., Michon, H. & Eplöv, L.F. (2021). A systematic review of individual placement and support, employment, and personal and clinical recovery. *Psychiatric Services*, 72(9), 1040-1047. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000070>
- Wampold, B.E., Budge, S.L., Laska, K.M., Del Re, A.C., Baardseth, T.P., Flückiger, C., Minami, T., Kivlighan, D.M. & Gunn, W. (2011). Evidence-based treatments for depression and anxiety versus treatment-as-usual: A meta-analysis of direct

- comparisons. *Clinical Psychology Review*, 31(8), 1304-1312.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.012>
- 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. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(6), e541–e550.
<https://doi.org/10.4088/JCP.12r08225>
- Watts, S. E., Turnell, A., Kladnitski, N., Newby, J. M. & Andrews, G. (2015). Treatment-as-usual (TAU) is anything but usual: A meta-analysis of CBT versus TAU for anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*, 175(1), 152-167.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.025>
- Webber, M. & Fendt-Newlin, M. (2017). A review of social participation interventions for people with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, 369-380. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1372-2>
- Wells, A., Walton, D., Lovell, K. & Proctor, D. (2015). Metacognitive therapy versus prolonged exposure in adults with chronic post-traumatic stress disorder: A parallel randomized controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*, 39, 70-80.
<https://doi.org/10.1007/s10608-014-963>
- Yuen, E. K., Gros, D. F., Price, M., Zeigler, S., Tuerk, P. W., Foa, E. B. & Acierno, R. (2015). Randomized controlled trial of home-based telehealth versus in-person prolonged exposure for combat-related PTSD in veterans: Preliminary results. *Journal of Clinical Psychology*, 71(6), 500-512. <https://doi.org/10.1002/jclp.22168>
- Zalta, A. K., Tirone, V., Orłowska, D., Blais, R. K., Lofgreen, A., Klassen, B., Held, P., Stevens, N. R., Adkins, E. & Dent, A. L. (2021). Examining moderators of the relationship between social support and self-reported PTSD symptoms: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 147(1), 33-54. <https://doi.org/10.1037/bul0000316>
- Ørstavik, R., Gustavson, K., Rohrer-Baumgartner, N., Biele, G., Furu, K., Karlstad, Ø., Reichborn-Kjennerud, T., Borge, T. & Aase, H. (2016). *ADHD i Norge: En statusrapport* (rapport 2016:4). Folkehelseinstituttet. Hentet fra
https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2017/adhd_i_norge.pdf

