

iEMDR i kommunehelsetenesta



Gro Berge

Rask Psykisk Helsehjelp, Øygarden kommune
gro.berge@oygarden.kommune.no

Kyrre Dyregrov

Rask Psykisk Helsehjelp, Øygarden kommune

Stian Sørheim Espevoll

Rask Psykisk Helsehjelp, Øygarden kommune

Veslemøy Vold

Rask Psykisk Helsehjelp, Øygarden kommune

Else Norunn Skjæveland

Rask Psykisk Helsehjelp, Øygarden kommune

Aud Eli Waage

Rask Psykisk Helsehjelp, Øygarden kommune

GB er i valkomiteen til EMDR Norge.

Øygarden kommune har utvikla ein modell for å gjere traumefokusert behandling meir tilgjengeleg.

Omtrent 22 500 vaksne nordmenn blir årleg utsett for traumatiske hendingar, og om lag 2500 utviklar årleg posttraumatisk stresslidning (PTSD) (Lassemo et al., 2017). Å leve med ubehandla PTSD aukar risikoen for tilleggsproblematikk som smerter, depresjon, angst og rusavhengigheit, men også somatiske plager som kardiovaskulær sjukdom (Roer et al., 2023). Traumebehandling i Noreg er noko ein i all hovudsak får tilgang til gjennom spesialisthelsetenesta, men som fordrar at symptoma har medført eit betydeleg funksjonstap. Dette gjer at mange med PTSD-symptom må vente lenge med å få hjelp. Kommunen har også eit lovpålagt ansvar for å tilby helsehjelp for psykiske plager. Om ein får tilbod om traumebehandling, varierer imidlertid frå kommune til kommune. Videre har vi i Noreg, som elles i verda, også hatt ein lang tradisjon med å tilby fasebasert behandling der stabilisering gjerne er tilordna førstelinjehelsetenesta. Samstundes har nyare forskning gitt oss kunnskap om at ein stabiliseringsfase ikkje er naudsynt (De Jongh et al., 2016). Dette talar for at vi også i kommunen bør kunne tilby traumefokusert behandling.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) tilbyr gjennom prosjektet *Implementering av kunnskapsbasert traumebehandling til vaksne (ITV)* opplæring i evidensbasert behandlingsmetodikk til behandlere i spesialisthelsetenesta. Når det gjeld førstelinjetenesta, tilbyr om lag 95 kommunar og bydelar i dag Rask psykisk helsehjelp (RPH) for milde til moderate psykiske lidningar. Evidensbasert traumebehandling inngår som del av RPH-opplæringa. I National Institute for Health and Care Evidence [NICE] (2018) sine retningslinjer for kunnskapsbasert behandling av PTSD

er særleg kognitiv terapi for PTSD samt EMDR (*Eye Movement Desensitization Reprocessing*) anbefalt. Metodane inngår både i ITV-prosjektet (EMDR og CT-PTSD) og i RPH-opplæringa (CT-PTSD).



Ved RPH i Øygarden kommune har vi, etter inspirasjon og opplæring frå det nederlandske EMDR-miljøet hos PSYTREC (Psychotrauma Expertice Centre), utvikla modellen iEMDR. iEMDR er traumebehandling gitt *intensivt over internet* med EMDR som behandlingsmetode, og vi meiner den kan fasilitere tilgangen på traumefokusert behandling. EMDR er ein metode der pasienten ved å hente fram traumet og samstundes få forstyrra arbeidsminnet får hjelp til å starte repressering av traumet. Her skildrar vi metodikken og utviklinga av behandlingsmodellen iEMDR, samt argumenterer for kvifor denne kan svare ut nokre av utfordringane kring det å gi effektiv traumebehandling.

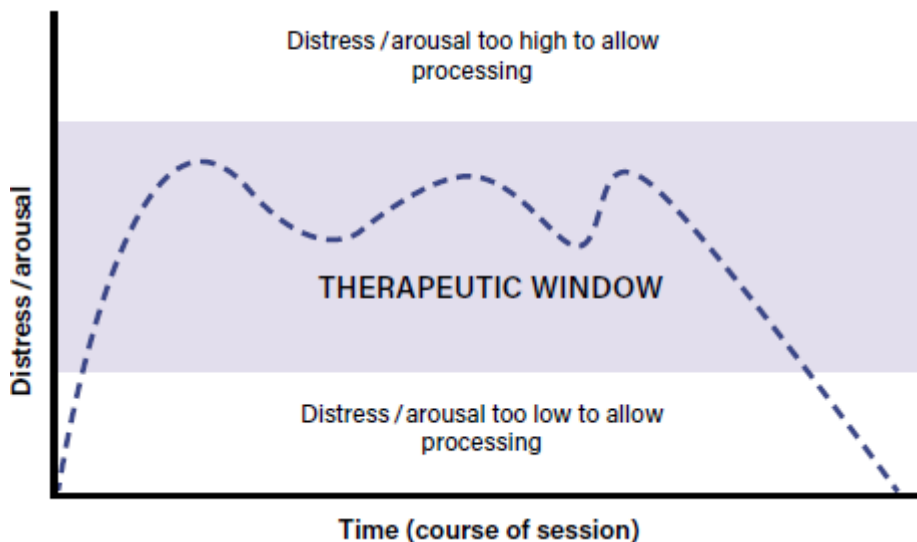
EMDR

EMDR som metode baserer seg på AIP-modellen (adaptiv informasjonsprosessering) (Shapiro & Laliotis, 2011). Tradisjonelt sett har augerørslar vore nytta for å fasilitere prosesseringa (Shapiro & Laliotis, 2011). AIP-modellen legg til grunn at ved hjelp av prosessering fasilitert gjennom EMDR får pasienten hjelp til å finne ein meir adaptiv måte å forholde seg til traumeminnet på. Det er ein debatt i EMDR-miljøet om kva som er den verksame faktoren i behandlinga: om det er augerørslene i seg sjølv, eller den kognitive prosessen augerørslene aktiverer. Fleire og fleire støttar seg i dag på ei arbeidsminnehypotese (De Jongh et al., 2020). Ifølgje hypotesa tar EMDR nytte av at arbeidsminnet har avgrensa kapasitet. Når merksemda er retta mot traumeminnet, som dermed blir holdt i arbeidsminnet, legg ein til oppgåver som belastar arbeidsminnet til det maksimale. Augerørslar er ei form for oppgåve som kan fungere til dette føremålet. Dette kallar vi tosidig merksemd, som har vist seg både å fasilitere tilgang på ny prosessering av minnet, men og å gjere det meir tolererbart for pasienten å våge å sleppe til ubehaget. For eksempel kan det hjelpe pasientar med ikkje å gå inn i dissosiasjon, men med å forbli i det optimale terapeutiske vindaug (figur 1) (Murray & El-Leithy, 2022).

Figur 1



Det terapeutiske vindauget



Merknad. Lånt frå Murray & El-Leithy, 2022.

Målet med EMDR er altså å hjelpe pasienten med å forhalde seg til traumeminnet på ein meir adaptiv måte (AIP-modellen). SUD (*subjective level of disturbance*) er mål på aktivering og ubehag. Intensiv EMDR fungerer særleg godt der pasienten har traumer med høg SUD. Behandlaren si oppgåve er å hjelpe pasienten å hente fram minnet, slik at det er aktivert i alle modalitetar. Forsking syner at jo betre aktiveringa er, dess meir effektiv vil behandlinga kunne bli (Cuperus et al. 2019; Geusau et al., 2023; Lane et al., 2015). Om ein ikkje klarar å hente opp høg aktivering ved å førestille seg det som skjedde, er ulike hjelpemidlar, som lydar, lukter, bilete, kroppspositur og anna ofte hjelpsam.

Høg aktivering betyr og høg emosjonalitet i timen. Terapeuten skal hjelpe pasienten til å våge å gå inn i dei minnene hen har forsøkt å halde på avstand. Det kan vere skremmande både for pasient og for terapeut. Terapeuten har her ei svært viktig oppgåve med å klare å vise tryggleik og mot for pasienten.

Øygarden iEMDR – vår modell

I 2016 opplevde Øygarden kommune ei stor tragedie, då eit helikopter styrta over Turøy. Mange av innbyggjarane blei utsette for store påkjenningar og måtte finne ein måte å komme seg vidare på, med helikopterdur som ein del av det daglege miljøet. For å kunne tilby traumebehandling til dei barna og vaksne som var i behov for det, fekk fleire i kommunen opplæring i EMDR. I RPH Øygarden er vi derfor 6 EMDR-terapeutar: ein psykiatrisk sjukepleiar, ein vernepleiar og fire kommunepsykologar. Å ha denne unike kompetansen på traumebehandling i kommunen har gjort at vi har kjent oss forplikta til å sikre oss at den blir nytta og halde ved like. I 2018 var årskonferansen til EMDR Norge lagt til Bergen, der Ad de Jongh presenterte korleis dei har utvikla eit intensivt behandlingstilbod i Nederland for pasientar som det ordinære behandlingsapparatet ikkje har lukkast med å behandle (Van Woudenberg et al., 2018). Erfaringane inspirerte og motiverte oss til å sjå på moglegheita for å tilpasse modellen til eigne forhold.

Øygarden iEMDR er vår intensive behandlingsmodell, der traumebehandling med EMDR blir gitt intensivt over fem dagar. Opptaksområdet er Øygarden kommune. Dei som mottok behandlinga, har sjølv tatt kontakt med oss med ønske om iEMDR, eller det framkjem som eit behov i andre behandlingsforløp hos RPH.

Pasienten deltek frå eigen heim via sikre behandlingsrom på nettet. Behandlinga består av 8 x 90 minutt individuelle sesjonar, samt eit oppstarts- og eit avslutningsmøte i gruppe. Då vi starta med iEMDR, hadde vi ein sesjon per dag over åtte dagar, men erfaringane våre syner at to sesjonar om dagen over fem dagar fungerer vel så bra. Sjå Tabell 1 for målt symptomnivå før og etter behandling, både i åtte- og femdagersvariant. I tillegg til EMDR har den som mottok behandlinga, sin eigen plan for fysisk aktivitet, til gjennomføring før kvar behandlingstime. Dette er basert på forskning om effekten av fysisk aktivitet på konsentrasjon og ny læring, og hjelper pasienten med å vere fokusert og opplagt når behandlingstimen startar.

I forkant av forlaupet utformar ein av oss i teamet ein grundig behandlingsplan saman med pasienten, som inneheld kva traumer vi skal jobbe med, og i kva rekkefølge. Vi kartlegg traumesymptom, triggere og unngåing, klargjer målsetjing med behandling, screenar for risikofaktorar, og så bortover. For at iEMDR skal vere indikert, er kravet minimum fem A-kriterie traumer (DSM-V). Kravet skal sikre at det er behov for denne relativt omfattande behandlinga i kommunal «målestokk». Behandlingsplanen er eit felles arbeidsverktøy som blir delt med pasienten.

iEMDR blir gjennomført med terapeutotasjon. Det vil seie at pasienten gjennom behandlinga møter alle seks terapeutane i teamet. Terapitimane blir tatt opp på video. I forkant av kvar behandlingstime har teamet møte for å overlapp og overføre informasjon. Her syner vi klipp frå behandlingstimar, og rettleiar kvarandre på utfordringar som dukkar opp undervegs. Vi har alltid ein behandlar i «back-up» i tilfelle fråver, for å sikre at behandlinga går etter planen. Det vil seie at maks fem pasientar kan delta i kvart intensive løp. Vi førar journal etter kvar time etter ein fast mal. I løpet av eit år har vi fire til fem veker med iEMDR-behandling, som er fastlagt i vår kurskalender.

iEMDR – våre erfaringar

Terapeutotasjon

Terapeutotasjon utfordrar konvensjonell terapiforskning på relasjonen som bærebjelke i terapien. Kanskje gjer intensiteten i iEMDR-behandlinga og bruken av behandlingsprotokoll dette mogeleg. Ein del av pasientane våre vegrar seg for å ta imot behandling frå ulike terapeutar, men overraskande mange forstår rasjonalet og møter det med interesse og nysgjerrigheit. Det er viktig for pasientane at dei opplever at det har vore gjort grundig overlevering av informasjon om behandlinga mellom kvar sesjon. Nokre synast det er slitsamt å gjenta seg sjølv, andre synast at det å ha fortalt om det verste som har hendt dei, til fleire terapeutar, gjer det lettare å forhalda seg til det som har skjedd.

Sjølv om vi forsøker å utøve metodikken likt, er det likevel skilnadar mellom oss som terapeutar. Mange pasientar kommenterer at nettopp dette får dei til å sjå kor sårbar pasient-terapeut-relasjonen er, dersom ein ikkje opplever «kjemi» med behandlaren sin. Vi får og tilbakemeldingar om at det er nyttig å høyre det same frå ulike terapeutar, og at vi ofte seier og gjer ting litt ulikt, noko som kan fasilitere endring. I vår modell er ikkje relasjonen til terapeuten det viktigaste, men klientane si tillit og tiltru til eit strukturert og grundig behandlingsopplegg, som samstundes gjer fornya håp og tru på å få det betre. At alle terapeutane i teamet har hatt terapi med kvar enkelt pasient, hevar også kvaliteten på rettleiinga vi gjev kvarandre. Det skapar også ei oppleving av å stå saman som eit team kring pasienten.



Traumebehandling over internett

Det er som regel lite problematisk at behandlinga skjer digitalt. Før behandlinga startar, avklarar vi at pasienten har tilgang til eit rom hen kan vere i åleine, ei datamaskin og internett. Dei fleste deltakarane har opplevd det som ein fordel å kunne sitte heime i trygge omgjevnader, sleppe reising og å ha moglegheit til å starte og avslutte kvar time med eit «tastetrykk». All trening før timane er og planlagt, slik at den kan bli gjennomført heime. Datatrøbbel er noko behandlarane har blitt nokså kreative på å løyse når det oppstår, og skapar sjeldan problem.



Symptom før og etter iEMDR

Når behandlinga er avslutta, blir pasientane følgt opp med symptomkartlegging over telefon etter to veker, og etter to og seks månadar. Dersom pasientar har behov for ytterlegare hjelp, losar vi dei til andre behandlingstilbod. Dei aller fleste behandlingsforløp blir avslutta etter oppfølgingsperioden. Kartlegginga vår syner stor betring i traumesymptom etter to veker, og denne betringa viser seg stabil også etter to og seks månadar (Tabell 1).

Tabell 1

Kartlegging av symptom før og etter iEMDR-behandling

	Pre	14 dagar	2 månader	6 månader
<i>n</i> =	28	27	22	22
IES-ra	47.2	14.9	13.6	15.6
<i>n</i> =	13	13	11	8
PCL-5b	43.7	21.7	16.5	19

Merknad. aIES-r (Impact of Event Scale revised) brukt ved 8 dagers iEMDR, bPCL-5 (The Post Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5), brukt ved 5 dagers iEMDR.

Argument for iEMDR i kommunehelsetenesta

På tvers av kommunegrensar

Sjølv om tilgangen til opplæring i traumefokusert behandling i Noreg er aukande, får for få personar tilgang til effektiv behandling. Også ved RPH møter vi ein god del pasienter med ganske omfattande traumehistorikk og symptom, men som likevel har eit funksjonsnivå som gjer at dei (enno) ikkje kvalifiserer for hjelp i psykisk helsevern. Dette kjem med ein god del belastning for den enkelte, og har også negative samfunnsøkonomiske konsekvensar (Riggs et. al., 2020).

Ved å sikre tilgang til traumebehandling i kommunen, som med iEMDR, kan ein hindre belastning og tap av livskvalitet hos den råka og avlaste spesialisthelsetenesta. Kommunale kriseteam fangar opp ein god del av traumesakene, fastlege enno fleire. Ved å bruka digitale løysingar kan terapeutar i førstelinjetenesten samarbeide på tvers av kommunar om behandling av traumepasientar. Større kommunar vil kunne organisere dette lokalt, som vi gjer i Øygarden for våre om lag 40 000 innbyggjarar.

Hindre drop-out og drifting

Poliklinisk traumebehandling over tid er krevjande for pasienten og kan føre til fråfall eller såkalla *drop-out* (Auren et al., 2022; Lewis et al., 2020). Ein systematisk gjennomgang av metaanalyser syner så mykje som 20,9 % drop-out frå poliklinisk traumefokusert behandling (Varker et al., 2021). Det at traumefokusert behandling også er emosjonelt krevjande for terapeuten, kan føre til at terapeuten blir frista til endring i intervensjon, såkalla *drifting*.

Intensive løp kan også svare ut ein del strukturelle utfordringar frå poliklinisk traumefokusert behandling knytt til behov for hyppigare frekvens på timar og lengre sesjonar enn det som ofte praktisk sett let seg gjere.

Vår kliniske erfaring er at det også er mykje lettare, både for pasient og terapeut, å fullføre behandlinga når den har ei tidsavgrensing. Vi har opplevd svært lav drop-out, faktisk berre ein person av meir enn 50 deltakarar, og skulle ein terapeut bli sjuk, er det fullt mogeleg å gjennomføre med ein anna EMDR-terapeut.

Å jobbe i team styrkar behandlinga

Å jobbe intensivt og saman i team sikrar også fidelitet. Vanligvis saknar mange terapeutar kollegadrøftingar og rettleiing når dei jobbar traumefokusert, og mange er også aleine om å ha denne kompetansen i einingane sine.

Tilgang på kollegastøtte ved iEMDR gjer at vi som terapeutar lettare får det vi treng for å kunne hjelpe pasienten med å stå i sterkt ubehag, noko vi kanskje ville ha funne vanskeleg i eit individuelt forløp. Vi kan få hjelp og rettleiing omgåande når vi møter utfordringar, og vi kan saman hjelpe kvarandre med å optimalisere behandlinga til kvar pasient. Det gjer det også enklare å innlemme ein ny terapeut i tilbodet når ein har mogelegheit for mengdetrening, kollegastøtte og rettleiing.

Hjelp med det som destabiliserar

Mange terapeutar nyttar seg ikkje nok av den kompetansen dei har om traumebehandling. Ein har blant anna funne at terapeutar ikkje har tillit til at forskning på evidensbaserte metodar kan omsettast til praksis, særleg for kompleks PTSD (KPTSD) (Bækkelund et al., 2022; Rosen et al., 2016). Til dømes kan mange frykte at vanskar med emosjonsregulering vil gjere traumefokusert behandling, ut over stabilisering, utfordrande. Spørsmålet er om denne angsten er størst hos behandlarane. Klinisk forskning har nemlig vist at pasientar med KPTSD har stor nytte av traumefokusert behandling (Bækkelund et al., 2022), også intensiv behandling (Bongaerts et al., 2022). Videre har studier vist at tilbodet om stabiliseringsgrupper, som har vore eit utbreidd tilbod i norske klinikkar, ikkje er føremålstenleg (Bækkelund et al., 2021).

Avslutning

Sjølv om tilgangen til god behandling er aukande, er den likevel altfor lav, og på kommunalt nivå altfor geografisk tilfeldig. Den traumefokuserte behandlinga kjem også med fleire store utfordringar. Både pasientar og terapeutar strevar med å stå behandlingssløpa ut, og rammene i både kommunar og poliklinikkar gjer det vanskeleg å gi behandlinga på den måten behandlinga virkar best.

I Øygarden kommune har vi utvikla iEMDR først og fremst som eit viktig behandlingssupplement i RPH for våre innbyggjarar. Modellen svarar også ut ein del av utfordringane traumefeltet står overfor, som vi håpar kan vere til inspirasjon og nytte for andre terapeutar både i kommune og spesialisthelseteneste.

Referansar



- Alting van Geusau, V. V. P., de Jongh, A., Nuijs, M. D., Brouwers, T. C., Moerbeek, M. & Matthijssen, S. J. M. A. (2023). The effectiveness, efficiency, and acceptability of EMDR vs. EMDR 2.0 vs. the Flash technique in the treatment of patients with PTSD: study protocol for the ENHANCE randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1278052. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1278052>
- Auren, T. J. B., Klæth, J. R., Jensen, A. G. & Solem, S. (2022). Intensive outpatient treatment for PTSD: an open trial combining prolonged exposure therapy, EMDR, and physical activity. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2). <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2128048>
- Bongaerts, H., Voorendonk, E. M., Van Minnen, A., Rozendaal, L., Telkamp, B. S. D. & de Jongh, A. (2022). Fully remote intensive trauma-focused treatment for PTSD and Complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2). <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2103287>
- Bækkelund, H., Endsjø, M., Peters, N., Babaii, A. & Egeland, K. (2022). Implementation of evidence-based treatment for PTSD in Norway: clinical outcomes and impact of probable complex PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2). <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2116827>
- Bækkelund, H., Karlsrud, I., Hoffart, A. & Arnevik, E. A. (2021). Stabilizing group treatment for childhood-abuse related PTSD: a randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1859079>
- Cuperus, A. C., Laken, M., Van Schie, K., Engelhard, I. M. & Van den Hout, M. A. (2019). Dual-tasking during recall of negative memories or during visual perception of images: Effects on vividness and emotionality. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 62(112-116), ISSN 0005-7916. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2018.10.003>
- De Jongh, A., Resick, P. A., Zoellner, L. A., Van Minnen, A., Lee, C. W., Monson, C. M., Foa, E. B., Wheeler, K., Broeke, E. T., Feeny, N., Rauch, S. A., Chard, K. M., Mueser, K. T., Sloan, D. M., Van der Gaag, M., Rothbaum, B. O., Neuner, F., De Roos, C., Hehenkamp, L. M., Rosner, R. & Bicanic, I. A. (2016). Critical analysis of the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Depression and Anxiety*, 33(5). <https://doi.org/10.1002/da.22469>
- De Jongh, A., Ten Broeke, E., Farrell, D. & Maxfield, L. (2020). Empirically Supported Psychological Treatments: EMDR. I J. G. Beck & D. M. Sloan (Red.), *Handbook of Traumatic Stress Disorders* (2. utg., s. 789–803). Oxford Library of Psychology, Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190088224.013.33>
- Lane, R. D., Ryan, L., Nadel, L. & Greenberg, L. (2015). Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science. *The Behavioral and Brain Sciences*, 38, e1. <https://doi.org/10.1017/S0140525X14000041>
- 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, 11–19. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1295-3>
- Lewis, C., Roberts, N. P., Gibson, S. & Bisson, J. I. (2020). Dropout from psychological therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults: systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1709709>
- Murray, H. & El-Leithy, S. (2022). *Working with complexity in PTSD*. Routledge.
- National Institute for Health and Care Excellence (2018). Post-traumatic stress disorder NG116. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>

- Riggs, D. S., Willing, M. M. P., Mallonee, S., Rosen, C., Stirman, S. W. & Dorsey, S. (2020). Training and implementation of evidence-based psychotherapies for PTSD. I D. Forbes, J. I. Bisson, C. M. Monson & L. Berliner (Red.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (3. utg., s. 469–491). The Guilford Press.
- Roer, G. E., Lien, L., Bolstad, I., Aasetj, J. O. & Abebe, D. S. (2023). The impact of PTSD on risk of cardiometabolic diseases: a national patient cohort study in Norway. *BMC Psychiatry*, 23, 349. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04866-x>
- Rosen, C. S., Matthieu, M. M., Wiltsey Stirman, S., Cook, J. M., Landers, S., Bernardy, N. C., Chard, K. M., Crowley, J., Eftekhari, A., Finley, E. P., Hamblen, J. L., Harik, J. M., Kehle-Forbes, S. M., Meis, L. A., Osei-Bonsu, P. E., Rodriguez, A. L., Ruggiero, K. J., Ruzek, J. I., Smith, B. N., Trent, L. & Watts, B. V. (2016). A Review of Studies on the System-Wide Implementation of Evidence-Based Psychotherapies for Posttraumatic Stress Disorder in the Veterans Health Administration. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Research*, 43, 957–977. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0755-0>
- Shapiro, F. & Liliotis, D. (2011). EMDR and the adaptive information processing model: Integrative treatment and case conceptualization. *Clinical Social Work Journal*, 39, 191–200. <https://doi.org/10.1007/s10615-010-0300-7>
- Van Woudenberg, C., Voorendonk, E. M., Bongaerts, H., Zoet, H. A., Verhagen, M., Lee, C. W., Van Minnen, A. & De Jongh, A. (2018). Effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing for severe post-traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1487225>
- Varker, T., Jones, K. A., Arjmand, H. A., Hinton, M., Hiles, S. A., Freijah, I., Forbes, D., Kartal, D., Phelps, A., Bryant, R. A., McFarlane, A., Hopwood, M. & O'Donnell, M. (2021). Dropout from guideline-recommended psychological treatments for posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders Reports*, 4, 100093. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100093>

