



ORIGINALARTIKKEL

Terapeuters arbeid med unngåelse hos ungdom i traumefokusert kognitiv atferdsterapi

Kristin Alve Glad ¹, Marte Kristine Dahl² & Marianne Skogbrott Birkeland^{1,2}

¹ Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)

² Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

Publisert: 23.06.2026

Forfatterne har fylt ut ICMJE-skjema og oppgir ingen interessekonflikter.

KONTAKT: k.a.glad@nkvts.no

Abstract



Therapists' work on avoidance in adolescents in trauma-focused cognitive behavioural therapy

Many forms of trauma treatment involve exposure to traumatic memories. This can be experienced as unpleasant, and it is therefore natural that individuals with post-traumatic stress disorder (PTSD) wish to avoid it. The purpose of the study was to explore how therapists address avoidance in adolescents receiving trauma-focused cognitive behavioural therapy (TF-CBT). We analysed the first session of the trauma-processing phase of TF-CBT with 10 adolescents (ages 12–17) and their 10 therapists. The interviews were analysed using thematic analysis. We identified four main themes describing how therapists deal with avoidance: (1) addressing the avoidance, (2) using relational strategies, (3) maintaining trauma focus, and (4) avoiding trauma focus. Addressing avoidance, using relational strategies and maintaining trauma focus are all consistent with the TF-CBT method and likely contribute to supporting the adolescent in their emotional processing of the traumatic memory. The fact that we also found signs that therapists themselves avoid trauma focus suggests that working on exposure can be challenging. Therapists should have a repertoire of ways in which to address avoidance and be aware of how they use the various approaches.

Keywords: TF-CBT, trauma focused therapy, qualitative research, psychotherapy, avoidance, adolescent, therapist

Sammendrag

Mange former for traumebehandling innebærer eksponering for traumeminner. Dette kan oppleves ubehagelig, og det er derfor naturlig at personer med posttraumatisk stresslidelse (PTSD) ønsker å unngå dette. Formålet med studien var å utforske hvordan terapeuter møter unngåelse hos ungdom som mottar traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT). Vi analyserte den første timen av traumbearbeidelsesfasen av TF-CBT med ti ungdommer (12–17 år) og deres ti terapeuter. Intervjuene ble analysert med tematisk analyse. Vi kom frem til fire hovedtemaer som beskriver terapeutenes håndtering av unngåelse: (1) tematisere unngåelsen, (2) bruke relasjonelle strategier, (3) opprettholde traumefokus og (4) unngå traumefokus. Tematisering av unngåelse, bruk av relasjonelle strategier samt opprettholdelse av traumefokus er alle i tråd med TF-CBT-metoden, og bidrar sannsynligvis til at ungdommen får støtte til emosjonell prosessering av traumeminnet. At vi også fant tegn til at terapeuter selv unngår traumefokus, tyder på at arbeidet med eksponering kan være krevende å håndtere. Terapeuter bør ha et repertoar av ulike måter å håndtere unngåelse på, samt være bevisste på bruken av de ulike tilnærmingene.

Nøkkelord: TF-CBT, traumefokusert terapi, kvalitativ metode, psykoterapi, unnvikelse, ungdom, terapeut

Eksposering for traumeminner inngår i de fleste terapiformer utviklet for å behandle posttraumatisk stresslidelse (PTSD), både for barn (Kooij et al., 2022) og voksne (Schnyder et al., 2015). Videre har systematiske oversikter vist at *eksponering* er effektivt i PTSD-behandling både for barn og ungdom (Huang et al., 2022) og voksne (McLean et al., 2022). Men, eksponeringen kan oppleves ubehagelig, og det er naturlig hvis pasienten ønsker å unngå dette. Det er derfor viktig at terapeuter vet hvordan de kan håndtere pasientens unngåelse, slik at traumebehandlingen kan gjennomføres på en måte som gir best mulig effekt. I vår studie utforsket vi hva ti terapeuter gjorde i møtet med unngåelse hos ungdom som mottok traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT).



Posttraumatisk stresslidelse

Mange barn og unge opplever en eller flere potensielt traumatiserende hendelser i løpet av oppveksten. For eksempel viste en nasjonalt representativ norsk studie av barn i ungdomsskolealder at 6 % av ungdom hadde opplevd seksuelle overgrep fra en voksen, 4 % alvorlig vold, og omtrent 20 % psykisk vold fra foreldre (Hafstad & Augusti, 2019).

Etter å ha opplevd en potensielt traumatiserende hendelse kan mennesker utvikle posttraumatisk stresslidelse (PTSD; Ehlers & Clark, 2000). En metaanalyse fant at omtrent 1 av 6 barn utvikler PTSD etter en potensielt traumatiserende hendelse (Alisic et al., 2014). Ifølge diagnosemanualen ICD-11 (the International Classification of Diseases, World Health Organization, 2022) må tre symptomkategorier være til stede for diagnostisering av PTSD: (1) Gjenopplevelse av traumehendelsen i form av minner, «flashbacks» eller mareritt, (2) unngåelse av tanker eller minner om traumehendelsen eller unngåelse av situasjoner, aktiviteter eller personer som minner om traumehendelsen, og (3) gjennomgående forhøyet opplevelse av trussel.

PTSD i barndommen henger sammen med dårligere mental og fysisk helse samt økt sannsynlighet for lavere sosioøkonomisk status i voksen alder (Copeland et al., 2018; Mock & Arai, 2011). Mangel på effektiv behandling kan føre til langvarig lidelse for individer og deres familier, samt betydelige kostnader for samfunnet (Kessler, 2000). Det er følgelig viktig at vi har god kunnskap om hvordan vi effektivt kan behandle PTSD hos barn og unge.

Evidensbasert behandling av PTSD

Basert på den nåværende forskningen er TF-CBT det anbefalte førstevalget (International Society for Traumatic Stress Studies [ISTSS], 2019; National Institute for Health and Care Excellence [NICE],

2018, Sachser et al., 2025) for reduksjon av symptomer på PTSD hos barn og unge mellom 6 og 17 år. EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) har også god forskningsstøtte (ISTSS, 2019; NICE, 2018, Sachser et al., 2025). Eksponering for traumepåminnere (se Glad, 2017) inngår i begge behandlingsmetodene. Behandlingsmetodene er godt egnet både ved PTSD etter enkelthendelser og etter repeterte hendelser, som seksuelle overgrep eller vold i familien (Hoppen et al., 2023). Videre viser forskning at TF-CBT kan gi reduksjon i symptomer på både kompleks PTSD, depresjon, angst og forlenget sorg (Cox et al., 2025; Jensen et al., 2022; Thielemann et al., 2022). Effekten ses også ett år etter endt behandling (Jensen et al., 2017; Thielemann et al., 2024).

I TF-CBT brukes prinsipper fra kognitiv atferdsterapi, kombinert med eksponering for traumeminner (de Arellano et al., 2014). TF-CBT er en fasebasert korttidsbehandling med gradvis eksponering og parallelt arbeid med omsorgsgivere gjennom hele forløpet. I første fase er det søkelys på stabilisering og ferdighetstrening, inkludert psykoedukasjon, stressmestring og følelsesregulering.

I andre fase er det vekt på bearbeiding av traumet gjennom narrativarbeid (se Glad, 2012, 2013). Traumenarrativarbeidet i TF-CBT innebærer eksponering for traumeminner der barnet, med støtte fra terapeuten, konstruerer en detaljert fortelling om sin traumeopplevelse for å bearbeide traumeminnene og utfordre uhensiktsmessige kognisjoner. Noen barn lager først en livslinje der både positive og negative hendelser markeres, som utgangspunkt for å velge ut hvilke opplevelser narrativet skal handle om. En vanlig utfordring i arbeidet med traumenarrativet er at barn og unge er unngående (Cohen et al., 2018). Terapeutiske grep for å håndtere dette kan være å uttrykke tro på barnets mestringsevne, gi ros, oppmuntre, opprettholde struktur, gi barnet valg i utforming av narrativet (f.eks. at barnet selv skriver historien vs. at terapeuten gjør det) og generelt være kreative for å finne gode måter å støtte barnet på i gjennomføringen av denne komponenten.

I tredje fase er det vekt på konsolidering og avslutning (Cohen et al., 2018). Selv om TF-CBT har en fast struktur, er det viktig å tilpasse behandlingen til det enkelte barnet, for eksempel når det gjelder å håndtere barnets unngåelse.

Forskning på håndtering av unngåelse

Terapeuter som jobber med TF-CBT kan være positive til behandlingsformen, men samtidig ha bekymringer som kan bidra til at eksponeringsarbeidet ikke blir gjennomført slik det skal. Dette kan igjen bidra til at barn og unge ikke får ønsket reduksjon av PTSD-symptomer. I en studie av terapeuters opplevelser med ulike TF-CBT komponenter nevnte flere utfordringer med å håndtere

ungdommens unngåelse i arbeid med traumenarrativet, samt vansker med å engasjere ungdommer som ikke ønsket å snakke om traumet (Ascienzo et al., 2020). Patel et al. (2022) gjennomførte også en undersøkelse blant terapeuter for å se hva som forhindret at de brukte eller gjennomførte hele TF-CBT-behandlingen. Det var vanlig at terapeuter mente at «barn burde ikke tvinges til å snakke om traumet før de er klare» (s. 1362, vår oversettelse), og at «det er hardt/brutalt å få pasienter til å snakke om traumene sine» (s. 1361, vår oversettelse).

Andre studier har funnet at terapeuter kan være bekymret for at eksponering vil medføre at pasienten blir retraumatisert (f.eks. Pittig et al., 2019), eller at pasienten vil komme til å oppleve en overaktivering som verken pasienten eller terapeuten selv klarer å håndtere (Zoellner et al., 2011). Ifølge Reid et al. (2017) kan terapeutene også selv oppleve engstelse eller ubehag når de observerer pasienten i eksponeringsarbeidet. Dette kan føre til at de unngår å gjennomføre evidensbaserte intervensjoner som eksponering (Becker-Haimes et al., 2022).

Mål for studien

Den overnevnte forskningen har altså sett på hvorfor noen terapeuter selv blir unngående i eksponeringsarbeidet i traumebehandling av barn og unge. Så vidt vi vet, foreligger det ikke forskning som spesifikt har sett på hva terapeutene gjør når barnet eller ungdommen *selv* unngår. I vår studie ønsket vi å bidra til å fylle dette kunnskapshullet ved å utforske hvordan terapeuter møter unngåelse hos ungdom som mottar TF-CBT. Ved å fremskaffe kunnskap om dette håper vi å bevisstgjøre andre terapeuter på mulige strategier de kan bruke i møte med unngåelse, samt identifisere områder der terapeuter kan ha behov for mer opplæring.

Metode

Studien er basert på data samlet inn i forbindelse med at Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har implementert TF-CBT nasjonalt i Norge siden 2012 (Birkeland et al., 2024). Data til vår delstudie er samlet inn i perioden 2012–2017.

Utvalg og prosedyre

Vi hadde lydopptak av hele terapiforløp med 87 ungdommer og deres terapeuter. Av kapasitetshensyn valgte vi ti av disse. Vi valgte saker der ungdommene viste høy grad av unngåelse

i bearbeidelsesfasen, basert på tidligere observasjonskoding (Anundsen & Oppedal, 2021) med kodemanualen *Change and Growth Experiences Scale* (Hayes et al., 2007). Unngåelse er definert som at pasienten uttrykker vansker med å konfrontere ubehagelige følelser eller forsøker å unngå ubehagelige opplevelser, for eksempel ved å unngå terapeutiske øvelser, fokusere på overfladiske aspekter eller brått endre tema (Hayes et al., 2007). Unngåelse ble kodet på en skala fra 0 (ikke/lite unngåelse) til 3 (høy grad av unngåelse). Gjennomsnittlig grad av unngåelse var 1.94 ($SD = 0.29$), som er i middels område (Hayes et al., 2007).

Vi valgte å analysere første time i bearbeidingsfasen. Da har pasient og terapeut allerede vært gjennom behandlingskomponentene psykoedukasjon, stressmestring, følelsesregulering og kognitiv mestring. Timen egner seg godt for å undersøke terapeuters håndtering av unngåelse fordi dette er den første timen pasient og terapeut fokuserer detaljert på traumeerfaringen. Åtte av ungdommene begynte å utarbeide et detaljert traumenarrativ for en konkret hendelse, mens to jobbet med en livslinje for å identifisere den verste hendelsen.

Ungdommene var mellom 12 og 17 år ($M = 14.9$, $SD = 1.73$). Terapeutene (sju kvinner, tre menn) og ungdommene (sju jenter, tre gutter) var fra ulike deler av landet, og behandlingen foregikk i ulike barne- og ungdomspsykiatriske sentre. Totalt rapporterte de ti ungdommene 31 potensielt traumatiserende hendelser (3.1 hendelser i snitt fra en liste på 15 hendelser). Fire av ungdommene krysset av kun for ett behandlingstraume, mens seks krysset av for to eller flere. Det var vanligst å ha opplevd mobbing (50 %), voldtekt (50 %) og fysisk vold i hjemmet (40 %). Av traumer som ble fokusert på i behandlingen, var voldtekt (50 %) og andre seksuelle overgrep (30 %) de vanligste (Tabell 1).

Tabell 1

Behandlingstraume og prosentvis fordeling (N = 10)

Behandlingstraume	n (%)
Voldtekt	5 (50 %)
Andre seksuelle overgrep	3 (30 %)
Angrepet, overfalt, ranet eller truet	2 (20 %)
Fysisk mishandling i hjemmet	2 (20 %)
Tvunget til å utføre seksuelle handlinger på en annen person	2 (20 %)
Mobbing	1 (10 %)
Seksuelle overgrep fra voksne eller noen betydelig eldre enn barnet	1 (10 %)

Behandlingstraume	n (%)
Vitne til alvorlig skade, sykdom eller plutselig død	1 (10 %)



Analyse

Vi analyserte datamaterialet med tematisk analyse. Dette er en metode som gir mulighet til å identifisere, analysere og beskrive temaer i et datamateriale (Braun & Clarke, 2006). Analysen ble gjort i de seks steg, men prosessen var dynamisk, altså at vi beveget oss frem og tilbake mellom stegene. Analysen er forankret i en kritisk realistisk epistemologisk tilnærming (Fletcher, 2017). Det betyr at vi antok at det pasientene og terapeutene sa, reflekterer noe reelt, samtidig som vi prøvde å forstå og tolke hva som lå bak. Analysen ble gjennomført av to traumeforskere (KG, MB) og en psykologistudent (MD) som kommer fra et hovedsakelig kognitivt ståsted. Vi har alle en sterk interesse for, og tro på, evidensbaserte psykologiske intervensjoner, og har positive holdninger til TF-CBTs effekt og nytteverdi. Det inkluderer at eksponering er både mulig og nødvendig for å få god effekt. Dette kan ha påvirket hvordan vi har forholdt oss til materialet og kan ha formet våre tolkninger.

Først leste MD gjennom alle transkripsjonene og identifiserte segmenter der ungdommen viste unngåelse. Segmentene ble identifisert ved å se etter både eksplisitte og implisitte former for unngåelse. Noen ungdommer sa for eksempel at de ikke orket eller klarte å snakke om traumet, ga vage eller korte beskrivelser, eller unnlot å svare, mens andre skiftet samtaleemne. Deretter organiserte MD segmentene med terapeutens respons på ungdommens unngåelse i meningsfulle enheter, eller koder. Kodene ble identifisert induktivt, ut fra dataene, ved bruk av visuelle verktøy, som fargekoding og tankekart. Transkriberingene ble gjennomgått flere ganger. Som et neste steg sorterte MD de innledende kodene i foreløpige temaer og undertema, med mål om å identifisere mønstre på tvers av datamaterialet. Disse temaene ble drøftet med KG og MB. Deretter, for å bearbeide temaene og sikre intern konsistens, leste MD uttalelsene flere ganger og vurderte systematisk sitatene innenfor hvert tema og undertema. For hvert tema skrev MD en definisjon, for å få en dypere forståelse av hva temaet handlet om, og hva som gjorde at temaene skilte seg fra hverandre. KG og MB gjennomgikk så alle sitatene og sjekket at de gjenspeilet de respektive temaene, samt var meningsfulle ut ifra studiens problemstilling. Et tema ble forkastet grunnet mangel på tilstrekkelig data for å støtte det. I det siste steget navnga forfatterteamet de ulike temaene og undertemaene og valgte ut illustrative sitater. Terapeutene omtales som *enkelte* dersom det er to–tre

terapeuter som inngår i et tema eller undertema, *noen* om det er fire–seks, *mange* om det er sju–ni, og *alle* dersom alle terapeutene inngår.



Etiske betraktninger

I forskning er det viktig å ivareta deltagerne, blant annet ved å sikre anonymitet. I kvalitativ forskning er det ekstra viktig å være bevisst på hvordan fremstillingen av dem kan oppleves. I studien har vi derfor utelatt identifiserende detaljer, som navn, stedsnavn og datoer, samt gjort grundige vurderinger av sitatene som er inkludert, for å ivareta både barna og terapeutenes integritet. Ungdommene og deres foresatte samtykket til at terapien ble tatt opp på lydfil og brukt i forskning. Lydfilene og tilhørende datamateriale er oppbevart i Tjenester for Sensitive Data (TSD). Verktøyet Whisper i TSD ble benyttet for automatisk transkribering av lydopptakene, og eventuelle feil rettet opp før analysen. Identifiserende detaljer ble utelatt i transkriberingen. Studien er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK, 2014/445).

Resultater

Vi kom frem til fire hovedtemaer som beskriver hvordan terapeutene møtte ungdommenes unngåelse: (1) tematisere unngåelsen, (2) bruke relasjonelle strategier, (3) opprettholde traumefokus og (4) unngå traumefokus (se Tabell 2).

Tabell 2

Temaer i terapeutenes håndtering av unngåelse

Tema	Undertema
1 Tematisere unngåelsen	1.1 Påpeke unngåelsen 1.2 Utforske unngåelsen
2 Bruke relasjonelle strategier	2.1 Vise empati 2.2 Gi ros 2.3 Vektlegge felles prosjekt 2.4 Formidle håp
3 Opprettholde traumefokus	Psykoedukasjon og rasjonale 3.2 Gradvis eksponering
4 Unngå traumefokus	4.1 Formidle fare for overveldelse 4.2 La seg avspore Utsette arbeidet

Tematisere unngåelsen

Mange av terapeutene tematiserte unngåelsen nokså direkte, ved å enten utforske eller påpeke den. Å sette ord på unngåelsen kan fremme refleksjon og bevisstgjøring hos ungdommen, som igjen kan redusere unngåelse.



Påpeke unngåelsen

Vi fant at mange terapeuter påpekte ungdommens unngåelse direkte. I møtet med en ungdom som eksplisitt uttrykte at hen ikke ville snakke om traumeminnet, sa for eksempel en terapeut: «Jeg tenker jo at det å unngå temaet er med og gjør at det fortsatt er mye følelser å snakke om.» En annen terapeut sa: «Nå fikk jeg inntrykk av at du hadde mer lyst til å være en annen plass og gjøre noe annet». En annen påpekte mangel på detaljer i traumenarrativet:

Terapeut (T): Det har aldri kommet frem, mens du fortalte historien, verken hva han heter, eller hvor gammel han er. Du refererer alltid til ham som «han». Har du lyst til å ha et lite avsnitt om overgriperen din? Hvordan han var? Hvem han var? Jeg vet at sannsynligvis er grunnen til at du refererer til ham som han, det er fordi du vil snakke minst mulig om ham.

Pasient (P): Mhm.

Utforske unngåelsen

Noen terapeuter responderte på ungdommens unngåelse ved å utforske bakgrunnen for unngåelsen, eller hvilken funksjon unngåelsen hadde. En terapeut viste nysgjerrighet ved å stille spørsmål som: «Hva skjer når du snakker om det?» og «Hva trenger du for å klare å fortelle om det?», når ungdommen eksplisitt uttrykte at hen ikke ville fortelle om traumet. En annen terapeut forsøkte å få tak i ungdommens tanker om det å snakke om traumet:

T: Hva tenker du når du sier at du ikke har lyst til å si hva hun gjorde?

P: Jeg vet ikke.

T: Hva tenker du da?

P: Jeg vet ikke hva jeg tenker.

T: Hva kjennes ubehagelig?

P: Nei, jeg tenker bare at jeg ikke vil bli så kvalm.

T: Ja ... Også tenker du at hvis du forteller det, så blir du bare kvalm igjen.



Terapeuten forsøkte sannsynligvis å få tak i ungdommens opplevelse av hvorfor hen unngår å snakke om detaljer fra traumet, ved å utforske både tanker og kroppslige reaksjoner.

Relasjonelle strategier

Mange terapeuter brukte relasjonelle strategier i møtet med unngåelse. Traumet og behandlingen var fortsatt sentralt når disse strategiene ble brukt, men terapeuten flyttet *noe* av oppmerksomheten bort fra selve traumenarrativet til aspekter ved ungdommen og det terapeutiske båndet. Felles for disse strategiene er at de er anerkjennende og støttende.

Vise empati

Noen av terapeutene uttrykte empati i møtet med ungdommenes unngåelse. De anerkjente hvor vanskelig det kan være å komme til behandling, og hvor vanskelig det kan være å snakke om traumet. En terapeut sa for eksempel: «Jeg vet at dette er kjempevanskelig for deg. Jeg vet det. Jeg skjønner det.» Videre i timen sa terapeuten følgende når ungdommen ikke responderte lenger:

T: Jeg vet at det gjør vondt for deg. Jeg kan ikke føle det samme som du føler, men jeg skjønner at det gjør veldig vondt. Jeg ser det på deg, ikke sant? Jeg tenker at akkurat det her nå ... Jeg synes det er fint at du klarer å gå såpass inn i det at det faktisk gjør vondt.

Gi ros

Noen av terapeutene roste ungdommens innsats og deltakelse i arbeidet når ungdommen viste tegn til unngåelse, for eksempel: «Du gjør en kjempebra jobb», «Jeg synes du gjør en dritbra jobb, altså», og «Du er utrolig tøff og modig». Ved å benytte ros i timen rettet terapeuten søkelyset mot positive egenskaper ved ungdommen, og anerkjente at ungdommene gjorde en god innsats ved å delta i behandlingen. En terapeut sa for eksempel:



Du har vært god til å fortelle i dag. Jeg vet at det har kostet mye. Men det at du går så detaljert inn i det som det her, det er utrolig viktig for at du skal kunne gå videre. Kjempebra jobbet!

Vektlegge felles prosjekt

Noen terapeuter vektla at traumebehandlingen er et felles prosjekt, og at ungdommen ikke skal gjøre alt arbeidet alene. En terapeut responderte for eksempel slik:

T: Hva skjer videre da?

P: Jeg orker ikke.

T: Er det vanskelig å gå gjennom? Vi skal få deg gjennom det her.

Terapeuten forsøkte å skape et «vi», der terapeuten og ungdommen jobber sammen for å gjennomføre behandlingen og oppnå symptombedring. Andre understrekte at de var der som en hjelper, når ungdommen var unngående. En terapeut brukte for eksempel sårmetaforen: «Skal jeg hjelpe deg å begynne med å plastre før du går i dag?».

Formidle håp

Noen terapeuter formidlet håp om bedring. De fortalte for eksempel om hvordan symptomene kan bedres av behandlingen, og hvordan dette kan ha positiv effekt på ungdommens liv på sikt. En terapeut sa: «Så vanskelig som du nok synes det er nå, kommer det ikke til å være senere», hvilket både anerkjenner at det er vanskelig nå, men også at det blir lettere over tid. En annen ga uttrykk for håp om bedring når ungdommen var avvisende:

Du sier jo selv at dette var en av de verste tingene du har vært med på. Og så er det verst i begynnelsen når vi snakker om disse tingene. Og så kommer det til å gå bedre og bedre å snakke om det. For eksempel klesskapet sånn som det ser ut nå. Det er kaos. Det faller over deg. (...) Og så kan du trøste deg med at det kommer til å gå bedre.

Å opprettholde traumefokus



I møte med unngåelse observerte vi at noen terapeuter forsøkte å opprettholde traumefokuset, blant annet via psykoedukasjon og gradvis eksponering. På denne måten ga de både ungdommen en begrunnelse for hvorfor man ikke bør unngå traumeminnet, og tilrettela for mestring.

Psykoedukasjon og rasjonale

Noen terapeuter ga psykoedukasjon når ungdommen viste unngåelse. Terapeutene forklarte for eksempel hvorfor ubehaget dukker opp når man skal snakke om traumet, og mange benyttet metaforer. Denne terapeuten forklarte det slik:

P: Men må jeg si alt?

T: Ja, det du husker, er det fint at du sier. Og så skal vi snakke veldig mye om de vanskeligste tingene. Du skal fortelle meg det, og så skal jeg skrive det ned. Og så skal ... Så skal jeg lese det opp for deg, og så skal du fortelle det på nytt. Og så skal vi gjøre det helt til de tingene ikke er farlige for deg lenger. Husker du at jeg fortalte deg om dette om hva som skjer hvis man ikke renser et sår?

P: Mhm.

T: Fordi at hvis man slår seg på og får et sår på kneet, for eksempel, så er det sånn at hvis man ikke renser det, så kan det gå bra, men det kan også være at det blir som betennelse, at det gjør vondt, og det blir rødt og veldig varmt (...).

Sårmetaforen ble benyttet av noen terapeuter for å forklare ungdommen at det å unngå å snakke om traumet kan medføre at det fortsetter å «gjøre vondt».

Gradvis eksponering

Noen terapeuter brukte også gradvis eksponering når ungdommen viste unngåelse, for eksempel å begynne å jobbe med en traumeerfaring som kjennes mer overkommelig. Da en av ungdommene ga sterkt uttrykk for at hen ikke ønsket å fortelle om traumeerfaringen som var valgt ut som behandlingstraume, sa terapeuten: «Men på den lista over skremmende hendelser da... Er det noen andre av dem som er mindre ubehagelig å snakke om?» En annen terapeut møtte en ungdom med flere traumeerfaringer, som uttrykte at hen gruet seg til å snakke mer i detalj om dette, slik:



P: Er timen snart ferdig?

T: Tror du at den er det?

P: Nei.

T: Nei. Hvorfor spør du om det?

P: Fordi jeg vil være ferdig.

T: Du vil være ferdig? Gruer du deg?

P: Ja.

T: Men husker du at jeg sa at du velger hvilken av hendelsene du vil at vi skal starte med? Og så tar vi det i ditt tempo? Du er ikke nødt til å si noe som du ikke føler deg klar for.

Terapeuten understreket at behandlingen foregår som en gradvis prosess, og at de vil følge ungdommens tempo. Hen prøvde å tilpasse arbeidet slik at traumefokuset kunne opprettholdes.

Å unngå traumefokus

Det virket også som noen terapeuter selv unngikk traumefokus. Dette handlet først og fremst om at de formidlet fare for overvoldelse, at de lot seg avspore, eller at de utsatte arbeidet.

Å formidle fare for overvoldelse

Noen terapeuter formidlet direkte eller indirekte at det å snakke om traumet kan oppleves farlig eller overveldende for ungdommen. Dette tolket vi som en form for unngåelse fra terapeuten, der det var terapeuten som unngikk å gå inn i traumeopplevelsen. En terapeut sa for eksempel: «For det kan bli litt mye hvis vi skal med en gang snakke om det slemmeste.» På denne måten formidler terapeuten at det å snakke om traumet kan være overveldende. En annen terapeut, som skulle begynne på traumenarrativet med en ungdom, sa:

Så kan vi på en måte ta litt av den historien nå, hvor vi på en måte kan ta litt sånn ...

Enten at vi bare tar litt av den, eller at vi begynner med en, eller at vi kan ta en litt

sånn lett versjon. Og så skal vi få lov til å bygge på den sånn at den blir en helhet over

et par–tre ganger til, da. Hvis du ikke tenker at det nå blir så vanskelig å begynne å snakke om det nå – at du blir midt oppi et eller annet når du skal gå.



Terapeuten formidlet det som kan tolkes som frykt for at ungdommen skal bli overaktivert, og gir flere forslag til hvordan traumenarrativet kan utformes på en mer overfladisk eller forenklet måte. Ungdommen kan da ha fått inntrykk av at det å snakke om traumeopplevelsen kan bli «for mye», og at det er noe enten terapeuten eller ungdommen vil ha vansker med å håndtere.

Å la seg avspore

Flere ungdommer forsøkte å endre tema i samtalen, sannsynligvis for å unngå traumefokus, og noen terapeuter lot seg tilsynelatende avspore. Ungdommene fortalte for eksempel om noe de skulle gjøre etter timen eller senere i uken, eller begynte å snakke om andre temaer.

I en sak jobbet terapeut og en ungdom for eksempel med å utforme en livslinje med sentrale hendelser i ungdommens liv. Etter å ha snakket om ulike traumatiske hendelser sporet samtalen av da de gikk inn i en detaljert historie om et tannlegebesøk. Terapeuten fulgte ungdommens temaskifte, noe som vi tolker som unngåelse av traumefokus. Vi registrerte også at ungdommen snakket mer utdypende og engasjert når andre temaer enn traumeerfaringene ble tematisert. Etter flere avsporinger sa terapeuten: «Vi har ikke kommet så langt enda, vi prater for mye», og forsøkte å flytte oppmerksomheten tilbake til traumet.

Utsettelse

Noen terapeuter utsatte arbeidet som skulle gjennomføres i timen. I enkelte tilfeller skjedde dette på terapeutens initiativ, mens andre gjorde dette etter unngåelse fra ungdommen. En terapeut sa for eksempel: «Er det lettere for deg at vi ikke går så detaljert inn i det første gangen nå?» I en annen terapitime ser vi at terapeuten går med på å ikke lese traumenarrativet:

T: (...) Egentlig er poenget med denne behandlingen å snakke ting litt i hjel. Jo mer vi skraper borti det, jo mer stress vi lager som du tåler, jo mindre plagsomt blir det. Så før vi runder av, så vil jeg lese det vi hadde nå.

P: Jeg greier meg fint.

T: Du vil ikke at jeg skal lese det nå?

P: Jeg har ikke noe behov for det.

T: Men sånn videre ønsker jeg at vi går gjennom det flere ganger. Det er viktig. Men vi trenger ikke gjøre det nå. Men vi tar det opp igjen neste time.



Her ser vi at terapeuten har en klar plan for timen; de skal lese gjennom traumenarrativet. Når ungdommen gir motstand mot å høre traumenarrativet, ser dette ut til å påvirke terapeuten, ved at en ubehagelig del av arbeidet utsettes til neste time. Vi tolker dette som unngåelse av traumefokus.

Diskusjon

Formålet med studien var å utforske hvordan terapeuter møter unngåelse hos ungdom som mottar TF-CBT. Vi analyserte frem fire hovedstrategier i terapeutenes håndtering: De tematiserte unngåelsen, brukte relasjonelle strategier, forsøkte å opprettholde et traumefokus, eller unngikk selv traumefokus.

Virksomme strategier

Vi fant at mange terapeuter tematiserte unngåelsen ved å utforske eller påpeke den. For eksempel kunne de stille spørsmål om hva ungdommen tror at kommer til å skje dersom de snakker om traumeopplevelsen. En slik strategi er i tråd med TF-CBT-manualen (Cohen et al., 2018). Dette kan fremme bevisstgjøring hos ungdommen, samt hjelpe hen med å forstå egne reaksjonsmønstre. En utforsking av unngåelse kan også gi terapeuten innsikt i hvordan hen kan tilrettelegge arbeidet videre slik at progresjonen opprettholdes, for eksempel gjennom å tilby alternative måter å utforme traumenarrativet på. Videre kan det at terapeuten påpeker unngåelse direkte, formidle at hen tåler å høre om traumet. Ettersom unngåelse er et symptom som kan henge igjen også etter endt behandling med TF-CBT (Harpviken et al., 2025), bør terapeuten snakke med ungdommen om unngåelse og hvordan det kan håndteres, både under og etter behandlingen.

Å bruke relasjonelle strategier er også i tråd med anbefalingene i TF-CBT-manualen (Cohen et al., 2018). Vi fant at terapeutene viste empati, ga ros og formidlet håp. Dette kan tenkes å styrke den terapeutiske relasjonen, ved at ungdommen opplever terapeuten som varm og imøtekommende. I en studie trakk ungdommer selv fram at det var viktig at terapeuten var hyggelig og til å stole på (Dittmann & Jensen, 2014). Ros kan også styrke ungdommens mestringstro, og kan brukes for å minne ungdommen om hvor langt de har kommet i arbeidet, og hva de har fått til. En studie av CBT

for angstlidelser hos barn fant at samarbeid predikerte barns vurdering av alliansen i positiv retning (Creed & Kendall, 2005). I den studien ble dette trukket frem ved at terapeuten presenterte terapien som en laginnsats og bygget opp en følelse av tilhørighet i behandling ved å bruke ord som «vi» og «oss». I tråd med dette fant også vi at terapeutene gjorde øvelser sammen med ungdommen, brukte ord som «vi» og understreket at ungdommen ikke var alene i arbeidet. Både å tematisere unngåelse og å bruke relasjonelle strategier kan bidra til at eksponering for traumeminnene blir gjennomført. Dette legger til rette for emosjonell prosessering, slik Foa og Cahill (2001) har beskrevet.



Terapeuters egen unngåelse

Å opprettholde traumefokuset gjennom gradvis eksponering, allerede fra første time, er anbefalt i TF-CBT. Selv om terapeutene skal tilpasse gjennomføringen av eksponeringskomponenten til ungdommen, fikk vi av og til inntrykk av at det hos studiens terapeuter skjedde vel mye tilpasning. Vi forstår det som at dette kanskje bunnet i terapeutens egen unngåelse. Dette er også observert i andre studier (f.eks. Becker-Haimes et al., 2022).

Samtidig kan vi ikke i observasjonsstudier, som vår, vite hva terapeutene faktisk følte eller tenkte under behandlingstimene. Men det er viktig at det er fremdrift i eksponeringsarbeidet, og at terapeuten formidler tro på at pasienten tåler eksponeringen. Dersom terapeuten signaliserer det som kan oppleves som unngåelse, kan dette utgjøre modellering av unngåelse for ungdommen. Dette hindrer ikke bare fremdrift i terapien, men kan også bidra til å opprettholde uhensiktsmessige tanker om at traumereaksjoner er farlige eller uutholdelige. Terapeuten kan komme til å fremme en oppfatning om at ungdommen ikke er i stand til å håndtere narrativarbeidet, eller at det er for vanskelig å gjennomføre det etter planen.

Ifølge Wade og Waller (2025) bør terapeuter være klar over at de ofte overvurderer hvor skjør pasienten er. Samtidig bør ikke terapeuten presse pasienten fremover. Terapeuten bør trygge og ansvarliggjøre ungdommen ved å formidle tillit til at de kan mestre det vanskelige. Dette kan gjøres ved å ramme inn eksponeringen som noe de gjør sammen, vise empati og gi støtte underveis. En slik tilnærming forutsetter at terapeuten selv har tro på behandlingsformen og opplever tilstrekkelig trygghet i gjennomføringen. Følgelig er det viktig at terapeuten prøver å være bevisst på og kjenne etter om det kan være at hen selv unngår å gå inn i det vanskelige. Det kan for eksempel være nyttig for terapeuten å spørre seg: «Venter jeg med neste steg fordi pasienten faktisk har behov for det, eller er det jeg som er redd for å gå videre?»

Veiledning og kollegastøtte vil sannsynligvis være særlig verdifullt i denne fasen av behandlingen, særlig hvis terapeuten ikke føler seg helt trygg. En studie viste at terapeuter som rapporterte flere hindre i eksponeringsarbeidet, som for eksempel mangel på opplæring og negative antagelser, har mindre sannsynlighet for å gjennomføre eksponering med pasienten (Reid et al., 2017). På den andre siden er det funnet at å implementere selvivaretagelse i TF-CBT-opplæring hadde en sammenheng med økt opplevelse av kompetanse og fidelitet til TF-CBT-metoden hos terapeutene (Deblinger et al., 2020).



Studiens styrker og svakheter

En styrke ved studien var muligheten til å gjøre et dypdykk i det faktiske innholdet i TF-CBT-timer og utforske tilnærminger terapeutene bruker på unngåelse i praksis. Studiens formål var ikke å finne en standardisert fremgangsmåte for arbeid med unngåelse, men heller å utforske ulike måter terapeuter kan møte denne problematikken på. Unngåelse er undersøkt i en naturlig kontekst, hvilket fremmer studiens økologiske validitet (Oddli, 2013).

Samtidig har studien flere svakheter. Utvalget er lite, og blant pasientene er overvekten jenter mens blant terapeutene er overvekten kvinner, hvilket begrenser generaliserbarheten til funnene. Når det gjelder terapeutene, mangler vi informasjon om deres bakgrunn og erfaring – faktorer som kan ha påvirket hvordan de møter unngåelse. Ettersom vi ikke har intervjuet terapeutene om deres vurderinger, er det vanskelig å vite om terapeutenes unngåelse var bevisst brukt som en strategi. Lydopptak fanger ikke opp ikke-verbal kommunikasjon, som redusert blikkontakt eller distraksjon, så det kan ha vært aspekter ved kommunikasjonen vi ikke fikk med oss.

En annen viktig begrensning handler om hvor stor del av behandlingsløpet vi fikk dekket. På grunn av kapasitetsbegrensninger er datamaterialet avgrenset til første time i bearbeidingsfasen. En analyse av flere timer i denne fasen, eller av hele terapiforløpet, kunne trolig ha gitt et mer nyansert og omfattende innblikk i hvordan terapeutene arbeider med unngåelse. En viktig svakhet er også at vi ikke inkluderte ungdommer som har droppet ut av behandling, og drop-out kan jo være den tydeligste formen for unngåelse. Videre forskning bør undersøke sammenhengen mellom unngåelse og drop-out for å forstå hvordan terapeuter kan forhindre dette.

Konklusjon

Vi fant at terapeutene håndterte unngåelse på en rekke ulike måter, hvorav flere er i tråd med både i TF-CBT-manualen og tilgjengelig forskning. Det er sannsynlig at tematisering av unngåelsen, relasjonelle strategier, samt opprettholdelse av traumefokus, bidrar til at ungdommene får støtte i prosessen med å overkomme unngåelsen. Dette kan fremme gjennomføringen av eksponering og kognitiv prosessering, hvilket igjen reduserer traumesymptomene deres. Det er verdt å merke seg at flere av terapeutene tilsynelatende selv viste unngåelse, hvilket tyder på at de har behov for mer kunnskap om spesifikke teknikker for effektiv håndtering av både egen og pasientens unngåelse. Det er behov for forskning som kan gi mer kunnskap om konkrete strategier for å håndtere unngåelse som bidrar til symptomnedgang. Vi håper at resultatene fra vår studie kan bidra til å gjøre klinikere mer oppmerksomme på hvordan de selv møter unngåelse i terapirommet, slik at barn og unge med symptomer på PTSD kan få best mulig traumebehandling.

Referanser

- Alisic, E., Zalta, A. K., van Wesel, F., Larsen, S. E., Hafstad, G. S., Hassanpour, K. & Smid, G. E. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 204(5), 335–340. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131227>
- Anundsen, K. W. & Oppedal, M. B. (2021). *Emosjonell aktivering og unngåelse hos barn og ungdom som mottar traumefokusert kognitiv atferdsterapi* [Hovedoppgave]. Universitetet i Oslo.
- Ascienzo, S., Sprang, G. & Eslinger, J. (2020). Disseminating TF#CBT: A mixed methods investigation of clinician perspectives and the impact of training format and formalized problem#solving approaches on implementation outcomes. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(6), 1657–1668. <https://doi.org/10.1111/jep.13351>
- Becker-Haimes, E. M., Klein, C. C., Frank, H. E., Oquendo, M. A., Jager-Hyman, S., Brown, G. K., Brady, M. & Barnett, M. L. (2022). Clinician Maladaptive Anxious Avoidance in the Context of Implementation of Evidence-Based Interventions: A Commentary. *Frontiers in Health Services*, 2, 833214. <https://doi.org/10.3389/frhs.2022.833214>
- Birkeland, M. S., Blestad, C., Granly, L., Knutsen, M. L., Ormhaug, S. M., Skar, A. S. & Jensen, T. (2024). *Femten år med forskning på implementering av traumefokusert kognitiv atferdsterapi*

(TF-CBT) i Norge (Rapport nr. 1/2024). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.



Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Deblinger, E. (2018). *Behandling av traumer og traumatisk sorg*. Universitetsforlaget.

Copeland, W. E., Shanahan, L., Hinesley, J., Chan, R. F., Aberg, K. A., Fairbank, J. A., van den Oord, E. J. C. G. & Costello, E. J. (2018). Association of childhood trauma exposure with adult psychiatric disorders and functional outcomes. *JAMA Network Open*, 1(7), e184493. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.4493>

Cox, S., Parkinson, S., Herbert, J., Tucker, E., Octoman, O. & Bromfield, L. (2025). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and young people who have experienced forms of child maltreatment other than child sexual abuse: A review of the evidence. *Children and Youth Services Review*, 170, 108159. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2025.108159>

Creed, T. A. & Kendall, P. C. (2005). Therapist alliance-building behavior within a cognitive-behavioral treatment for anxiety in youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 498–505. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.498>

de Arellano, M. A. R., Lyman, D. R., Jobe-Shields, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., Huang, L. & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for children and adolescents: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(5), 591–602. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300255>

Deblinger, E., Pollio, E., Cooper, B. & Steer, R. A. (2020). Disseminating Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy with a Systematic Self-care Approach to Addressing Secondary Traumatic Stress: PRACTICE What You Preach. *Community Mental Health Journal*, 56(8), 1531–1543. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00602-x>

Dittmann, I. & Jensen, T. K. (2014). Giving a voice to traumatized youth—Experiences with Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Child Abuse and Neglect*, 38(7), 1221–1230. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.11.008>

Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)

- Fletcher, A. J. (2017). Applying critical realism in qualitative research: methodology meets method. *International Journal of Social Research Methodology*, 20(2), 181–194. <https://doi.org/10.1080/13645579.2016.1144401>
- Foa, E. B. & Cahill, S. P. (2001). Psychological therapies: Emotional Processing. I N. J. Smelser & P. B. Bates (Red.), *International Encyclopedia of the social and behavioral science* (s. 12363–12369). Elsevier.
- Glad, K. A. (2013). «Det er vel ikke sånn at jeg kommer til å gå ut herfra som et åpent sår?» En kasusbeskrivelse av det terapeutiske arbeidet med traumenarrativet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(12), 1171–1177. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2013as12ae--Det-er-vel-ikke-sann-at-jeg-kommer-til-a-ga-ut-herfra-som-et-اپent-sar->
- Glad, K. A. (2012). «En ny mulighet» – å arbeide med klientens traumenarrativ. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(9), 870–875. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2012as09ae--En-ny-mulighet-a-arbeide-med-klientens-traumenarrativ>
- Glad, K. A. (2017). Traumepåminnere. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54(7), 648–652. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2017as07ae-Traumepaminnere>
- Hafstad, G. S. & Augusti, E. M. (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år*. (Rapport nr. 4/2019). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/10/Rapport_4_19_UEVO.pdf
- Harpviken, A. N., Jensen, T. K., Johnson, S. U., Ormhaug, S. M. & Birkeland, M. S. (2025). Assessing change and persistence of specific post-traumatic stress symptoms among youth in trauma treatment. *European Journal of Psychotraumatology*, 16(1), 2515683. <https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2515683>
- Hayes, A. M., Feldman, G. C. & Goldfried, M. R. (2007). The change and growth experiences scale: A measure of insight and emotional processing. I L. G. Castonguay & C. Hill (Red.), *Insight in Psychotherapy* (s. 231–253). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11532-011>
- Hoppen, T. H., Meiser-Stedman, R., Jensen, T. K., Birkeland, M. S. & Morina, N. (2023). Efficacy of psychological interventions for post-traumatic stress disorder in children and adolescents exposed to single versus multiple traumas: meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, 1–8. <https://doi.org/10.1192/bjp.2023.24>

- Huang, T., Li, H., Tan, S., Xie, S., Cheng, Q., Xiang, Y. & Zhou, X. (2022). The efficacy and acceptability of exposure therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 22, 259. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03867-6>
- International Society for Traumatic Stress Studies (2019). *Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment Guidelines: Methodology and Recommendations*. ISTSS. https://istss.org/wp-content/uploads/2024/08/ISTSS_PreventionTreatmentGuidelines_FNL-March-19-2019.pdf
- Jensen, T. K., Braathu, N., Birkeland, M. S., Ormhaug, S. M. & Skar, A.-M. S. (2022). Complex PTSD and treatment outcomes in TF-CBT for youth: a naturalistic study. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2), 2114630. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2114630>
- Jensen, T. K., Holt, T. & Ormhaug, S. M. (2017). A follow-up study from a multisite, randomized controlled trial for traumatized children receiving TF-CBT. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1–11. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0270-0>
- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 4–14.
- Kooij, L. H., van der Pol, T. M., Daams, J. G., Hein, I. M. & Lindauer, R. J. L. (2022). Common elements of evidence-based trauma therapy for children and adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1). <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2079845>
- McLean, C. P., Levy, H. C., Miller, M. L. & Tolin, D. F. (2022). Exposure therapy for PTSD: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 91, 102115. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102115>
- Mock, S. E. & Arai, S. M. (2011). Childhood trauma and chronic illness in adulthood: Mental health and socioeconomic status as explanatory factors and buffers. *Frontiers in Psychology*, 1, 246. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2010.00246>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder*. [NICE Guideline No. 116]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/recommendations>
- Oddli, H. W. (2013). Forskningsbasert kunnskap i klinisk praksis. I K. Benum, E. D. Axelsen & E. Hartmann (Red.), *God Psykoterapi: Et integrativt perspektiv* (s. 293–315). Pax Forlag.
- Ovenstad, K. S., Ormhaug, S. M. & Jensen, T. K. (2023). The relationship between youth involvement, alliance and outcome in trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 33(3), 316–327. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2123719>



- Patel, Z. S., Casline, E., Shaw, A. M., Jensen#Doss, A. & Ramirez, V. (2022). Measuring clinician stuck points about trauma#focused cognitive behavior therapy: The TF#CBT Stuck Points Questionnaire. *Journal of Traumatic Stress, 35*(5), 1357–1367. <https://doi.org/10.1002/jts.22835>
- Pittig, A., Kotter, R. & Hoyer, J. (2019). The struggle of behavioral therapists with exposure: self-reported practicability, negative beliefs, and therapist distress about exposure-based interventions. *Behavior Therapy, 50*(2), 353–366. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.07.003>
- Reid, A. M., Bolshakova, M. I., Guzick, A. G., Fernandez, A. G., Striley, C. W., Geffken, G. R. & McNamara, J. P. (2017). Common barriers to the dissemination of exposure therapy for youth with anxiety disorders. *Community Mental Health Journal, 53*(4), 432–437. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0108-9>
- Sachser, C., Pfeiffer, E., Berliner, L., Jackson, Y., Jensen, T. K. & Meiser-Stedman, R. (2025). *Improving access to evidence-based treatment for trauma-exposed children and youth: an International Society for Traumatic Stress Studies Briefing Paper*. <https://istss.org/wp-content/uploads/2025/09/2025-ISTSS-Briefing-Paper.pdf>
- Schnyder, U., Ehlers, A., Elbert, T., Foa, E. B., Gersons, B. P. R., Resick, P. A., Shapiro, F. & Cloitre, M. (2015). Psychotherapies for PTSD: what do they have in common? *European Journal of Psychotraumatology, 6*(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.28186>
- Thielemann, J. F. B., Kasparik, B., König, J., Unterhitzberger, J. & Rosner, R. (2022). A systematic review and meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. *Child Abuse & Neglect, 134*, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105899>
- Thielemann, J. F. B., Kasparik, B., König, J., Unterhitzberger, J. & Rosner, R. (2024). Stability of treatment effects and caregiver-reported outcomes: A meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. *Child Maltreatment, 29*(2), 375–387. <https://doi.org/10.1177/10775595231167383>
- Wade, T. D. & Waller, G. (2025). Ten generic competences to improve outcomes of cognitive behaviour therapy: Evidence, postulated processes, and clinical implications. *Behaviour Research and Therapy, 193*, 104826. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2025.104826>
- World Health Organization (2022). *International Classification of Diseases Eleventh Revision (ICD-11)*. World Health Organization. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en>



Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Bittinger, J. N., Bedard-Gilligan, M. A., Slagle, D. M., Post, L. M. & Chen, J. A. (2011). Teaching trauma-focused exposure therapy for PTSD: Critical clinical lessons for novice exposure therapists. *Psychological Trauma*, 3(3), 300–308. <https://doi.org/10.1037/a0024642>

