

# Intensiv EMDR-terapi for barn og ungdom

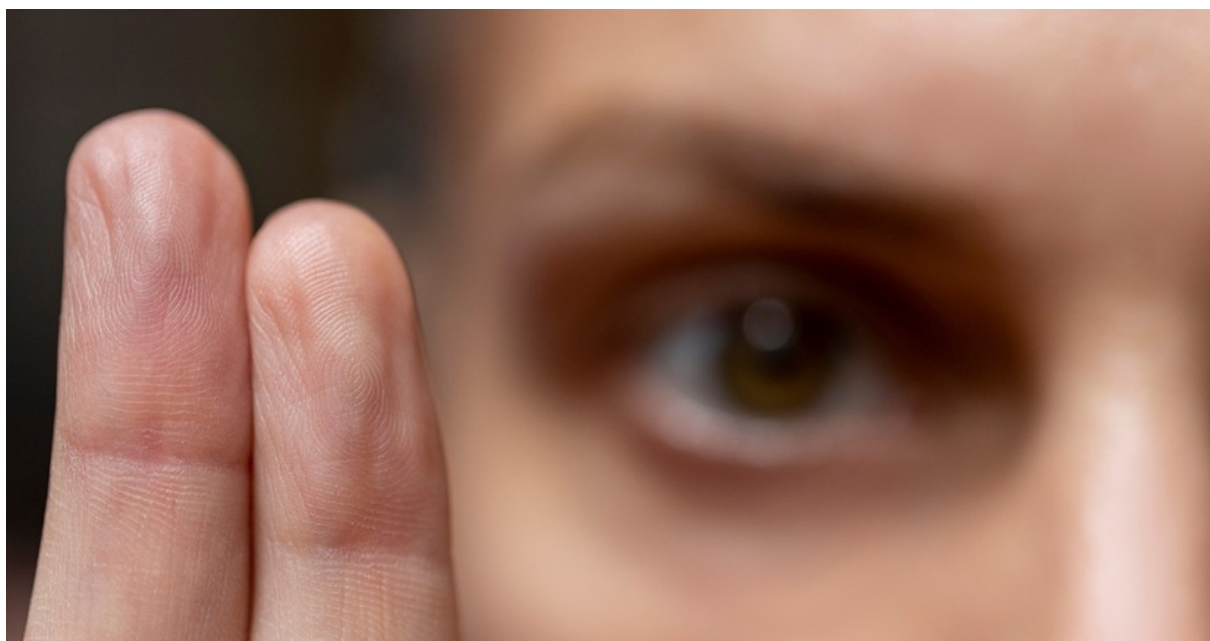


Foto: Laurencesoulez/Adobe Stock

En komprimert variant av behandlingen opplevdes fruktbart, men det var behov for individuelle tilpasninger.

## TEKST

**Julie Aspesletten**

**Marthe Nomerstad**

**PUBLISERT 2. januar 2024**

---

I vår hverdag som psykologer ved barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) opplever vi at flere blir henvist for utredning og behandling av psykiske lidelser. Nasjonale tall fra Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge peker også mot en økning. Omkring 65 000 pasienter ble behandlet i BUP i 2021, en økning på 14 prosent fra 2020 (Bremnes & Indergård, 2022). Studier finner også en økt forekomst av psykiske plager i det siste tiåret (Bråten et al., 2023; Sundquist, 2021; Ukom, 2022). I 2020 var en av de hyppigste registrerte diagnosene innen BUP posttraumatisk stresslidelse (PTSD), med en forekomst på 6 % (Bremnes & Indergård, 2021). Mange har ventet lenge før de får et behandlingstilbud. I noen tilfeller fører dette til et økt symptomnivå og/eller tilleggspromatikk. Gitt disse forholdene ved BUP ønsket vi å utforske om en intensiv versjon av Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy (Shapiro, 2001a) kan være til nytte. I det følgende vil vi kort redegjøre for EMDR og en komprimert versjon av denne behandlingsformen. Deretter vil vi beskrive og drøfte to

kasushistorier som illustrerer vår erfaring med bruk av intensiv EMDR-behandling i BUP.

## **Om behandlingsformen**

EMDR er dokumentert som effektiv for å behandle traumer (Adler-Tapia & Settle, 2008; Power et al., 2002; Rodenburg et al., 2009). Opprinnelig gis EMDR over lengre tid og ukentlig. Vår erfaring er at dette kan være nyttig for mange. Samtidig kan uforutsette hendelser, for eksempel sykdom hos barn, pårørende og behandlere, gi usammenhengende forløp som strekker seg ut over lengre tid. Hvis barn opplever at de har gått lenge i behandling uten å ha blitt så mye bedre, kan dette påvirke behandlingsmotivasjonen og bidra til at de slutter. De kan miste troen på at det er mulig å få hjelp. Vi mener at flere av disse barna kunne hatt utbytte av mer intensive og komprimerte forløp.

Det siste tiåret har det blitt utviklet og forsket på en komprimert versjon av EMDR. Studier har vist lovende resultater for PTSD hos voksne (Auren et al., 2022; Bongaerts et al., 2017; Greenwald & Camden, 2022; Hurley, 2018; Méndez et al., 2018; Wagenmans et al., 2018). Studier på behandling der komprimert og intensivert EMDR var sentralt, har funnet støtte for symptomlette hos ungdommer med kompleks PTSD og komorbide tilstander (Van Pelt et al., 2021), og hos barn og ungdom mellom 6 og 17 år med lettere psykisk utviklingshemming og PTSD (Ooms-Evers et al., 2021). Selv om det først og fremst er forsket på intensivert EMDR hos voksne, har vi altså noen studier som viser lovende resultater også for barn og unge.

## **Teoretisk bakgrunn og tilnærming**

Francine Shapiro oppdaget og utviklet EMDR som psykoterapeutisk tilnærming og metode i 1987. EMDR bygger på en læringsteori kalt adaptiv informasjonsprosesseringsmodell (AIP; Shapiro, 2001b, 2018). Ifølge modellen har vi et informasjonsprosesseringsystem som integrerer ny erfaring i allerede eksisterende nettverk i hukommelsen (EMDR Europe, 2022). Nettverkene danner grunnlaget for hvordan vi oppfatter verden, holdningene vi har, og atferden vi utøver. Når AIP fungerer optimalt, vil det prosessere og koble nye sensoriske stimuli til informasjonen som allerede er lagret, og slik gjøre nye erfaringer forståelige (Solomon & Shapiro, 2008). Ved høye nivåer av stress, som ved traumatiske opplevelser, kan systemet bli overveldet slik at hendelsene ikke blir prosessert og integrert. Dette vil påvirke individet i nåtid, både med tanke på negative følelser, kognisjoner og opplevelser når eller hvis man blir utsatt for traumepåminnere. Ifølge AIP-modellen blir arbeidet å bearbeide og slik integrere disse minnene (Solomon & Shapiro, 2008).

Bilateral stimulering (BLS) er en sentral komponent i EMDR-behandlingen. Av bilateral stimulering er det primært øyebevegelser som blir brukt (Jefferies & Davis, 2013; Shapiro, 2001a, 2018). Dette innebærer at pasienten skal følge terapeutens fingre fra side til side med blikket, samtidig som hen fokuserer på den vonde opplevelsen som ligger til grunn for traumesymptomene. Blinkende lys, berøring og lyder kan også benyttes. Den

bilaterale stimuleringen skal ifølge Shapiro (2001a) øke tempoet i informasjonsprosesseringen og aktivere både den høyre og venstre hjernehalvdelen. Dette bidrar til mer effektiv bearbeiding av traumeminner.

Det er flere mulige forklaringer på hvorfor og hvordan bilateral stimulering fremmer represseringen av traumatiske minner. En hypotese er at bilateral stimulering aktiverer en avslapningsrespons som gjør at repressering av de traumatiske minnene kan finne sted (Shapiro, 2001a). En annen årsaksforklaring er at bilateral stimulering setter i gang den naturlige bearbeidelsen av følelser og tanker som vanligvis foregår under REM-søvn (Elofsson et al., 2008). En tredje forklaring er «working memory»-hypotesen. Ettersom arbeidsminnet har begrenset kapasitet, kan vi bare være bevisst en liten mengde informasjon om gangen. Det å fokusere på det traumatiske minnet parallelt med bilateral stimulering vil utsette arbeidsminnet for stor belastning. Det traumatiske minnet blir derfor mindre livaktig og emosjonelt, noe som gjør at det kan bearbeides på nytt (Andrade et al., 1997; Maxfield et al., 2008).

### **Intensiv variant for barn**

Vi har utviklet en komprimert variant av EMDR som kan gjennomføres i et intensivt behandlingsforløp. Dette innebærer en innledende samtale der barnet, med eller uten pårørende, får psykoedukasjon om metoden. Deretter blir *barnets traumehistorie, trygt sted og vurdering* og oppsett gjennomført (trinn 1, 2 og 3 i tekstboks). Det blir satt opp fem à 90 minutters timer med repressering i løpet av én uke, en oppfølgingsamtale én uke etter avsluttet behandling og en samtale fire uker senere. I det følgende ønsker vi å formidle våre kliniske erfaringer med bruk av denne intensive EMDR-behandlingen for PTSD i BUP. Dette gjør vi ved først å beskrive to anonymiserte kasushistorier, og deretter diskuterer vi våre erfaringer og mulige implikasjoner.

### **Kasushistorier**

«Astrid» – seksuelle overgrep. «Astrid» på 17 år hadde vært fulgt opp ved BUP i flere år i sammenheng med en autismspekterforstyrrelse. Underveis kom det frem at hun over lengre tid hadde blitt utsatt for seksuelle overgrep av sin tidligere stebor. Hun hadde også symptomer forenlig med en PTSD i form av flashbacks, mareritt og økt aktivering, og hun unngikk steder og personer som kunne minne om overgrepene. I utgangspunktet ønsket ikke Astrid å jobbe med hendelsene. Da hun ble tilbudt traumebehandling i en intensiv form, endret hun mening. Astrid ønsket primært å jobbe med det første overgrepet hun ble utsatt for, som ble et naturlig Target. Den negative kognisjonen knyttet til minnet var «Jeg er utrygg». Det var utfordrende for Astrid å finne en positiv kognisjon, men hun kom frem til «Jeg klarer meg», med en validitet av kognisjonen (VaK) på tre (på skalaen opp til sju). Hun var altså relativt tvilende til denne tanken. Lokalitet av kognisjonen (LoK) var knyttet til både hodet, magen, underlivet og munnen.

I første behandlingstime kom det frem følelser knyttet til traumet og andre ettervirkninger. Astrid hadde mange assosiasjoner og høy følelsesmessig aktivering. I

løpet av timen gikk Subjective Units of Disturbance (SUD) ned fra makstallet på ti til åtte. På dag to ble det vurdert at Astrid skulle fortelle sin historie fra start til slutt, samtidig som hun mottok taktil stimulering (tapping i håndflaten). Hun fortalte detaljert om hendelsen, og om hvilke tanker, følelser og kroppslige reaksjoner hun opplevde den gang da. Underveis ble hun tydelig emosjonelt aktivert, og skyldfølelse og fysiske symptomer ble fremtredende.

Grunnet en somatisk undersøkelse ble det et opphold den tredje dagen. På dag fire ble assosiasjonsrekkene betydelig kortere, men hun beskrev mer fysisk ubehag og viste tegn på dissosiasjon. Underveis i represseringen dukket det opp følelser som hadde vært undertrykt over lengre tid. Hun fortalte at hun fikk opp et bilde av overgrepet der hun hadde kjent på både gode og vonde følelser samtidig. Astrid skammet seg over at kroppen hennes hadde «likt» det som hadde blitt gjort mot henne. Terapeuten ga psykoedukasjon om de normale kroppslige reaksjonene som kan oppstå underveis i et overgrep. Astrid beskrev en enorm lettelse over å få denne informasjonen. På dag fem fremstod hun som sliten etter ukens repressering, men ønsket å jobbe videre med traumene.

Fire uker etter endt behandling beskrev Astrid betydelig symptomreduksjon, og var fornøyd med gjennomført behandling. Hun rapporterte om mindre søvnvansker, ingen flashbacks, lite ubehag i møte med traumepåminnere og en generelt bedre fungering i hverdagen.

«Julian» – overfalt av guttegjeng. «Julian» var 17 år og bodde på barnevernsinstitusjon. For litt over et år siden ble Julian overfalt og banket opp av tre eldre gutter fra et rusmiljø han tidligere hadde vært en del av. Han mistet bevisstheten og fikk store indre skader. Ledende miljøterapeut beskrev at etter denne hendelsen hadde Julian fremstått som trist, redd og i konstant beredskap. Han isolerte seg fra venner og familie, hadde søvnvansker, virket fraværende, mistet lett fokus og droppet ut av skolen. I utredningen fremkom det at han i lang tid hadde forsøkt å unngå traumepåminnere. For å distansere seg fra vanskelige følelser og redusere angst brukte han i økende grad alkohol og rus. Miljøpersonalet uttrykte bekymring for at han skulle utvikle avhengighet. Ved institusjonen jobbet de derfor mye med stabilisering, der nye måter å håndtere og forstå traumesymptomene på ble viktig. Etter lang tid med stabiliserende tiltak ble Julian vurdert å være klar for selve bearbeidingen av traumet. Ved BUP fikk han tilbud om intensiv EMDR-behandling.

Øyeblikket der Julian hadde blitt sparket hardt og målrettet i magen, ble valgt som Target. På første dag med repressering rapporterte han om smerte, ubehag i brystparti og mage, følelse av hjelpeløshet og indre tomhet. Han ble usikker på om han orket videre arbeid. Etter å ha blitt betrygget på at dette var normalt, gikk han med på å fortsette med represseringen, men lite dukket opp. Det ble tematisert om Julian forsvarte seg mot å tenke og føle omkring det som hadde skjedd, noe han var enig i. Mot slutten av dag en rapporterte han om noe symptomlette og oppga at ubehaget hadde minsket (SUD hadde gått ned fra ni til sju). På dag to fortalte Julian at han hadde kjent seg svært sliten etter den første timen. Han hadde sovet i 12 timer og vært redd for å

oppleve tilsvarende ubehag som under gårldagens repressering. Underveis i timen kom det opp en følelse av skam over at en kompis som var til stede under hendelsen, hadde sett ham forsvarsløs, men også sinne og irritasjon. I løpet av timen gikk SUD ned fra åtte til fem.

Grunnet sykdom hos Julian ble dag tre utsatt med en uke. I denne tredje timen var assosiasjonsrekkene igjen korte og «ingenting» kom opp. Det ble på nytt tematisert om dette kunne handle om en form for motstand mot å gå inn i ubehaget/hendelsen, men denne gangen var Julian mer nølende til dette. Etter gjentatt repressering uten at noe dukket opp, rapporterte han likevel en reduksjon i SUD fra fem til tre. I oppfølgingsamtalen uken etter ble det vurdert som hensiktsmessig å fortsette med ukentlige timer, da den intensive tilnærmingen ikke hadde oppnådd ønsket effekt.

## **Våre erfaringer**

Vi har hatt gode erfaringer med et komprimert forløp av EMDR, men ser at det er nødvendig å gjøre noen tilpasninger. Ikke alle barn har kapasitet til å gjennomføre timer på 90 minutter i løpet av fem påfølgende dager med behandling. Astrid rapporterte at hun opplevde behandlingen som utmattende og krevende, men at den somatiske undersøkelsen som avbrøyt behandlingen hjalp henne å mobilisere krefter til videre repressering. Andre barn har sagt at de ikke hadde behov for pause. Dette illustrerer viktigheten av en fortløpende vurdering av hvor mye barnet tåler av repressering.

En annen mulig fallgrube er at femdagers-perspektivet kan føre til en usagt forventning om rask symptomlette. Dette kan gi falske positive resultater: at barnet rapporterer om en større nedgang i symptomer enn det som er realiteten – for ikke å skuffe seg selv, behandler og pårørende.

Samtidig mener vi at det er flere *fordeler* ved et intensivt forløp. Forventningen om rask bedring kan skape en placebo-effekt. Vi har også erfart at en intensivert behandling kan bidra til *raskere* symptomlette og potensielt forebygge utvikling av tilleggsvansker. Det reduserer sannsynligheten for at uforutsette livshendelser opptar verdifull behandlingstid, og i noen tilfeller dropout. Fra behandlerperspektivet er det nyttig at en kan være tettere på, støtte, motivere og vurdere symptomtrykk. Vi har også fått tilbakemeldinger fra pårørende om at det har vært lettere å motivere for behandlingen.

## **«Vi har også erfart at en intensivert behandling kan bidra til raskere symptomlette»**

En annen fordel med å intensivere behandlingen er at barna stort sett ikke rekker å bygge opp vegring før neste time. Det gir mindre unnvikelse og uteblivelse fra behandlingen. Dette så vi hos Julian. Første dag i behandlingen opplevde han et stort ubehag og var usikker på om han orket å fortsette. I forkant av dag to var Julian redd for at ubehaget skulle gjenta seg, men kom likevel.

Barn og ungdommer kan ha vansker med å uttrykke hva de tenker og føler, særlig knyttet til vonde og belastende hendelser. En styrke med EMDR-metoden, enten den gis i intensiv form eller med ukentlige timer, er nettopp at traumet kan bearbeides uavhengig av barnets evne til å uttrykke seg verbalt. Vi har også fått tilbakemeldinger på at barn og ungdom har følt seg ivaretatt og opplevd metoden som lite invaderende. Den krever ikke at pasienten nødvendigvis avslører traumet eller det som dukker opp i reprosesseringen, også kjent som «blind to therapist» (Blore et al., 2013).

## Videreutvikling

Både intensive og ukentlige forløp med EMDR har sine styrker og svakheter. Hvilket format som en skal igangsettes, må vurderes i samråd med barnet og eventuelle pårørende, slik at behandlingen blir mest mulig treffsikker med hensyn til barnets behov. Brukermedvirkning vil også kunne styrke motivasjonen for behandling.

Samlet sett tilsier våre erfaringer at intensive EMDR-forløp for barn og ungdom kan være et godt alternativ til dagens tradisjonelle ukentlige format. Basert på våre kliniske inntrykk ser vi at dette er gjennomførbart når pasienten er tilstrekkelig klar og motivert for behandling, ønsker å motta et intensivt tilbud og møter til oppsatte timer. Utvikling av intensiv EMDR-behandling vil også kunne gi et mer differensiert behandlingstilbud for traumelidelser i BUP. Barn som ikke har (god) nytte av lavfrekvent behandling, vil trolig kunne ha større utbytte av et intensivt tilbud. Praktisk sett blir det enklere å gi et tilbud til familier som bor langt unna poliklinikken. I dag ser vi at disse i mange tilfeller ikke mottar optimal behandling fordi det er vanskelig med oppmøte.

Det er behov for mer forskning på intensiv EMDR hos barn og unge i BUP. Samtidig gir våre erfaringer oss nyttig informasjon om hvordan behandlingsformen kan gjennomføres på en god måte. I en tid der mange poliklinikker fokuserer på at driften skal gå rundt, er det fare for at slike behandlingstilbud ikke blir utprøvd, da det er ressurs- og tidskrevende. Vi mener likevel at BUP-poliklinikker bør prioritere utprøving av intensive EMDR-forløp, ideelt sett parallelt med forskning på virkningsmekanismer, utfall og konsekvenser over lang tid av denne behandlingen.

## EMDR-protokollen

1. *Pasientens historie.* Innhente traumeopplysninger og vurdere om EMDR kan brukes. I denne fasen benyttes teknikken «Floatback», der man sporer reaksjonsmønstret bakover i tid. Da kan man oppdage tidligere hendelser og prototypiske temaer som vil kunne være utgangspunktet for senere reprosessering/traumebearbeiding.
2. *Forberedelse.* Psykoedukasjon om EMDR som metode og identifikasjon av trygt sted: et imaginært eller reelt fristed, hvor barnet eller ungdommen føler seg trygg, rolig og avslappet. Målet er å få tak i en god følelse.
3. *Vurdering og oppsett.* Identifisere det øyeblikket eller den situasjonen fra traumeminnet (Target) som skal bli utgangspunktet for videre reprosessering. Kartlegge øyeblikkets eller situasjonens negative kognisjon (negativ antagelse om en selv som sammen med Target gir sterkest ubehag), positiv kognisjon (positiv antagelse eller tanke som kunne vært bedre å

tenke om seg selv nå), validitet av kognisjon (tester den affektive opplevelsen av sannhet i positiv kognisjon på en skala fra en til sju, der null føles ikke sann i det hele tatt og sju helt sann), og Subjective Units of Disturbance (mål på ubehaget pasienten kjenner nå, eller som oppstår når pasienten tenker på Target). Måles på en skala fra null til ti, der null representerer ikke noe ubehag i det hele tatt, og ti det sterkeste ubehaget pasienten kan tenke seg. Til slutt blir lokalisering av kroppsopplevelse gjennomført (hvor i kroppen ubehaget befinner seg).

4. *Reprosessering*. Reprosessering av opplevelsen for å oppnå et adaptivt responsmønster og redusert ubehag. Behandleren assisterer pasienten gjennom bilateral stimulering slik at hen får tilgang til Target og kroppslige opplevelser, tanker og følelser knyttet til dette.
5. *Installerer*. Installere positiv kognisjon. Forsterke den positive kognisjonen som ble identifisert i vurdering og oppsett, og koble den ønskede positive kognisjonen til Target.
6. *Body Scan*. Pasienten går tilbake til Target, holder dette i tankene, sier eller tenker positiv kognisjon og skanner kroppen for å kjenne om det er noe resterende ubehag.
7. *Avslutning*. Avslutning av reprosesseringen.
8. *Re-evaluering*. Evaluere om tidligere reprosesserte minner har blitt tilstrekkelig bearbeidet.

*Merknad: Ingen oppgitte interessekonflikter.*

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 61, nummer 1, 2024, side 26-31*

#### TEKST

**Julie Aspesletten**

**Marthe Nomerstad**

KONTAKT: marthe.nomerstad@sykehuset-innlandet.no

+ **Vis referanser**

Adler-Tapia, R. & Settle, C. (2008). EMDR and the art of psychotherapy with children. Springer Publishing Company.

Andrade, J., Kavanagh, D. & Baddeley, A. (1997). Eye-movements and visual imagery: A working memory approach to the treatment of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 36(2), 209–223. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1997.tb01408.x>

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), Artikkel 2128048. <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2128048>

Bongaerts, H., Van Minnen, A., de Jongh, A., Minnen, A.V. & Jongh, D. (2017). Intensive EMDR to treat patients with complex posttraumatic stress disorder: A case series. *Journal of EMDR Practice and Research*, 11(2), 84–95. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.11.2.84>

Blore, D.C., Holmshaw, E.M., Swift, A, Standart, S. & Fish, D.M. (2013) The Development and Uses of the «Blind to Therapist» EMDR Protocol. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(2), 95-105. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.7.2.95>

- Bremnes, R. & Indergård, P.J. (2021). Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2020 (Rapport IS-2984). HelseDirektoratet. <https://www.helseDirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge%202020.pdf>
- Bremnes, R. & Indergård, P.J. (2022). Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2021 (Rapport IS-3038). HelseDirektoratet. <https://www.helseDirektoratet.no/rapporter/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge/Aktivitetsdata%20for%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge%202021.pdf/>
- Bråten, R.H., Sten-Gahmberg, S., Bugge, C., Kristiansen, I.S., Gardsjord, E.S. & Sæther, E.M. (2023). Økt bruk av psykiske diagnoser for unge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(4), 208-215. <https://doi.org/10.52734/VHHP4493>
- Elofsson, U.O., von Scheele, B., Theorell, T. & Söndergaard, H.P. (2008). Physiological correlates of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 622-634. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.05.012>
- EMDR Europe. (2022). The Adaptive Information Processing Model (AIP). Hentet 30. juni fra <https://emdr-europe.org/about/the-aip-%20model/>
- Greenwald, R. & Camden, A.A. (2022). A pragmatic randomized comparison of intensive EMDR and intensive PC for victims of crime. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0001176>
- Hurley, E.C. (2018). Effective treatment of veterans with PTSD: Comparison between intensive daily and weekly EMDR approaches. *Frontiers in Psychology*, 9, Artikkel 1458. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01458>
- Jefferies, F.W. & Davis, P. (2013). What is the role of eye movements in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for post-traumatic stress disorder (PTSD)? A review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(3), 290-300. <https://doi.org/10.1017/S1352465812000793>
- Maxfield, L., Melnyk, W.T. & Hayman, G.C. (2008). A working memory explanation for the effects of eye movements in EMDR. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 247-261. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.4.247>
- Méndez, Z.M., Nijdam, M.J., Ter Heide, F.J.J., van der Aa, N. & Olf, M. (2018). A five-day inpatient EMDR treatment programme for PTSD: pilot study. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), Artikkel 1425575. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1425575>
- Ooms-Evers, M., Van der Graaf-Loman, S., van Duijvenbode, N., Mevissen, L. & Didden, R. (2021). Intensive clinical trauma treatment for children and adolescents with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: A pilot study. *Research in Developmental Disabilities*, 117(1), Artikkel 104030. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.104030>
- Power, K.G., McGoldrick, T. & Brown, K. (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 and Psychotherapy*, 9(5), 299-318. <https://doi.org/10.1002/cpp.341>
- Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A.M. & Stams, G.J. (2009). Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 599-606. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.008>
- Shapiro, F. (2001a). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing - Basic Principles, Protocols, and Procedures*. Guilford.
- Shapiro, F. (2001b). Trauma and adaptive information-processing: EMDR's dynamic and behavioral interface. I M. Alpert, D. Malan, L. McCullough, R.J. Neborsky, F.
- Shapiro & M. Solomon (Red.), *Short-Term Therapy for Long-Term Change* (s. 112-129). Norton.
- Shapiro, F. (2018). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy. Basic Principles, Protocols, and Procedures* (3. utg.). Guilford Press.



Solomon, R.M. & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model potential mechanisms of change. *Journal of EMDR practice and Research*, 2(4), 315-325.

<https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.4.315>

Sundquist, J. (2021, 25. mars). Stadig yngre barn og unge blir alvorlig psykisk syke under pandemien. *Psykologisk.no*. <https://psykologisk.no/2021/03/stadig-yngre-barn-og-unge-blir-alvorlig-psykisk-syke-under-pandemien/>

Ukom. (2022, 24. mars). To år med pandemi – status for det psykiske helsetilbudet til barn og unge. <https://ukom.no/rapporter/to-ar-med-pandemi--status-for-det-psykiske-helsetilbudet-til-barn-og-unge/bakgrunn>

Van Pelt, Y., Fokkema, P., de Roos, C. & de Jongh, A. (2021). Effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged exposure and EMDR therapy for adolescents suffering from severe post-traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), Artikkel 1917876. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1917876>

Wagenmans, A., Van Minnen, A., Sleijpen, M. & De Jongh, A. (2018). The impact of childhood sexual abuse on the outcome of intensive trauma-focused treatment for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), Artikkel 1430962. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1430962>