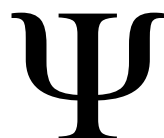




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



***Narrativ Eksponeringsterapi som Terapeutisk Tilnærming i
Møte med Traumatiserte Flyktninger og Asylsøkere: en
Litteraturgjennomgang***

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Karoline Rød Thomassen

Vår 2015

Veileder
Anita Lill Hansen
Institutt for samfunnspsykologi

Forord

Først og fremst vil jeg rette en spesiell takk til min veileder, Anita Lill Hansen, for hennes konstruktive ideer, inspirasjon, raske tilbakemeldinger og raushet med tid. Gjennom studietiden har jeg hatt en interesse for traumepsykologi, og særlig i hvilken grad traumatiserte flyktningers psykiske helse blir ivaretatt i det allmenne helsevesenet. Jeg har gjennom min kliniske praksis ved profesjonsstudiet gjort meg erfaringer med pasientgruppen. Interessen for temaet, samt mine erfaringer fra klinisk praksis, har inspirert meg til å skrive oppgave om behandling av PTSD av flyktninger og asylsøkere.

Abstract

Refugees and asylum seekers report a high level of trauma-related mental health problems, compared to the general population. However, research on treatment of traumatized refugees and asylum seekers in a western setting is scarce. Current research indicates that Narrative Exposure Therapy (NET) is an effective approach in treating refugees and asylum seekers suffering from posttraumatic stress disorder (PTSD). NET is a standardized and manual-based short-time therapy initially developed for refugees who live in an unsafe environment. In recent years NET has been applied in western countries. This literature review shows PTSD-symptom reduction in all samples that has completed treatment with NET. However, the reduction in the diagnostic status of PTSD is moderate. It may be due to a significantly uneven distribution of refugees and asylum seekers in the samples, the size of the samples, therapeutic tradition, and the design of the studies.

Key words: narrative exposure therapy, refugees, asylum seekers, posttraumatic stress disorder (PTSD)

Sammendrag

Sammenlignet med den generelle populasjonen, eksisterer det en forhøyet andel PTSD i populasjonene bestående av flyktninger og asylsøkere. Allikevel forekommer det en minimal andel forskning som undersøker effekten flyktninger og asylsøkere, bosatt og behandlet i en vestlig setting, har av traumebehandling. Den eksisterende forskningen indikerer at utvalget har god effekt av terapiløp med Narrative eksponeringsterapi (NET). NET er en standardisert korttidsbehandling for PTSD, som i utgangspunktet var tiltenkt å bruke i behandling av traumatiserte flyktninger bosatt i flyktningeleirer. NET er i dag inkorporert i det allmenne helsevesenet. Forskningen i denne litteraturgjennomgangen indikerer at NET gir betydelig symptomreduksjon hos utvalget. Endring i diagnostisk status er dog moderat. Dette kan blant annet ha en sammenheng med utslagsgivende ujevn fordeling av asylsøkere og flyktninger i de ulike utvalgene, utvalgenes størrelse, terapeutisk tradisjon, samt studienes design.

Nøkkelord: narrativ eksponeringsterapi (NET), flyktninger, asylsøkere, posttraumatisk stresslidelse (PTSD)

Innholdsfortegnelse

Innledning	1
Flyktninger og asylsøkere	5
PTSD	7
PTSD, prevalens og komorbiditet	8
Krysskulturell validitet av begrepet	10
Instrumenter anvendt i diagnostisering av PTSD	12
Design på behandlingsstudier av utvalget	14
Traumefokusert og multimodal behandlingstilnærming	15
Teoretisk bakgrunn for NET	16
Biologisk perspektiv på NET og PTSD	18
Metode	27
Artikler	28
Stenmark, Catani, Neuner, Elbert, Holen (2013)	29
Neuner, Kurreck, Ruf, Odenwald, Elbert og Schauer (2010)	31
Halvorsen og Stenmark (2010)	33
Hense-Dittmann et al. (2011)	35
Tabell 1: Resultat av litteraturgjennomgang	38
Diskusjon	38
Diagnostisk status	39
Utvalg	42
Terapeutisk tilnærming	45
Randomisering	48
Implikasjoner for klinisk praksis	49

Implikasjoner for forskning	51
Begrensninger	54
Konklusjon	55
Referanser	58

Narrativ Eksponeringsterapi i Møte Med Traumatiserte Flyktninger og Asylsøkere

Et høyt lidelsesnivå gjør at mange flyktninger og asylsøkere er i kontakt med helsevesenet. Det er imidlertid sådd tvil om hvor godt dette utvalget responderer på behandling i et vestlig psykisk helsevern (Gerritsen et al., 2006; Paunovic & Öst, 2001). Forskningen indikerer at eksponeringsbaserte behandlingsmetoder har god symptomreduksjon i behandling av post traumatisk stresslidelse (PTSD) (Bisson & Andrew, 2007; Foa, 2006). Narrativ eksponeringsterapi (NET) er en standardisert korttidsbehandling som kombinerer elementer fra kognitiv atferdsterapi (CBT), med imaginær eksponering og vitneutsagnsterapi (Schauer, Neuner, & Elbert, 2005; Schauer, Schauer, Neuner, & Elbert, 2011). Behandlingstilnærmingen er i utgangspunktet tiltenkt å behandle komplekse og multiple traumer i lavressursområder (Neuner et al., 2010). I de siste årene er metoden blitt inkorporert i mer ressurssterke områder og land, og NET er i dag mye brukt i møte med traumatiserte pasienter i det allmenne helsevesenet i Norge (Robjant & Fazel, 2010). Det eksisterer imidlertid en begrenset mengde forskning som undersøker behandlingsutbytte traumatiserte flyktninger og asylsøkere, bosatt i vesten har av NET (Hensel-Dittmann et al., 2011). Dette aktualiserer en gjennomgang av funn fra forskningsfeltet knyttet til behandling med NET av innvandrere og asylsøkere som lider av PTSD, bosatt i et mottakerland i vesten. Oppgaven vil gi en oversikt over nasjonale og internasjonale studier som undersøker denne problemstillingen, og det vil da også bli naturlig og problematisere PTSD-diagnosen i et krysskulturelt perspektiv.

De fleste mennesker som opplever krig og forfølgelse forlater ikke sitt hjemland, men en liten andel flykter til industrialiserte land og søker asyl (Ingebrigtsen, 2002).

Flyktninger og asylsøkere har en sammensatt bakgrunn, som de fleste andre pasienter man møter i det psykiske helsevernet. De har imidlertid et viktig fellestrekk, nemlig selve flukten fra eget land, og deretter immigrasjon og eventuelt reetableringen i et nytt land. I løpet av åtti- og nittitallet har det blitt inkorporert et fokus på behandling av traume i de fleste bistandsprogrammer (Nordanger, Mjaaland, Lie, 2006). I lys av den betydelige immigrasjonen har det i mottakerland i vesten også blitt et økende fokus på hvordan en kan gi god traumefokusert behandling til flyktninger (Major, 2003).

Forskningsfeltet er imidlertid mangelfullt, og det er få studier som undersøker i hvilken grad asylsøkere og flyktninger drar nytte av psykoterapien de mottar i helsevesenet i landene de ankommer etter flukten. Forskningen indikerer at det er av stor betydning for sykdomsforløpet hvor raskt flyktninger mottar effektiv behandling etter ankomst i mottaksland (Vaage et al., 2010). Dette avdekker et behov for videre forskning, da en betydelig mengde studier har vist til at migranter som flykter fra krig og forfølgelse i deres hjemland har bakenforliggende opplevelser som for mange har resultert i traumerelaterte psykiske lidelser (Schweitzer, Brough, Vromans, & Asic-Kobe, 2011; Stenmark, Catani, Neuner, Elbert, & Holen, 2013), samt at flyktninger og asylsøkere er sterkt representert i populasjonene med PTSD i landene de ankommer (Gerritsen et al., 2006).

Det er usikkerhet knyttet til om NET er like effektiv i møte med flyktninger og asylsøkere i en reetableringsfase i mottakerland i vesten, som den har vist seg å være for flyktninger som oppholder seg i ekstreme og ustabile settinger, som i en flyktningeleir. I en litteraturgjennomgang utført av Nickerson, Bryant, Silove og Steel (2011) ble effekten av behandling av PTSD for flyktninger og asylsøkere undersøkt. De påpeker at mesteparten av studiene på området har blitt gjennomført under kunstige betingelser, for

eksempel på universiteter eller spesialiserte behandlingssentre. Dette gjør at studiene ikke nødvendigvis har en overføringsverdi til det allmenne psykiske helsevesenet (Nickerson, Bryant, Silove, & Steel, 2011).

Mye av det flyktninger og asylsøkere opplever i reetableringsprosessen i et nytt land tenkes å være opprettholdende faktorer i forhold til psykisk lidelse (Silove, Sinnerbrink, Field, Manicavasagar, & Steel, 1997). Tilstedeværelse av flere komorbide psykiske symptomer og lidelser er utbredt i utvalget, blant annet er det vist til at to tredjedeler av flyktninger og asylsøkere i Storbritannia innfrir kriteriene for angst og depresjon (Carey-Wood, Duke, Karn, & Marshall, 1995). Komorbiditet er en komponent som kan virke kompliserende i et terapiforløp, og kan komme til å interagere med pasientenes respons til behandling (Nicholl & Thompson, 2004). Fazel, Wheeler og Danesh (2005) har gjort en litteraturgjennomgang hvor hensikten var å undersøke prevalensen på ulike alvorlige psykiske lidelser hos flyktninger bosatt i vesten, da henholdsvis alvorlig depressiv lidelse, PTSD, generalisert angstlidelse (GAD) og psykoselidelser. De inkluderte 20 studier som tilbyr data for totalt behandling av 6 700 flyktninger bosatt i syv ulike vestlige land. Resultatene av metaanalysen bekrefter antagelsen om høy andel av psykiatrisk komorbiditet hos flyktninger og asylsøkere bosatt i vesten. Videre indikerer resultatene at en av ti voksne flyktninger lider av PTSD, omtrent en av tjue tilfredsstillende diagnostiske kriteriene for alvorlig depressiv lidelse, og en av 25 oppfyller kriteriene for GAD (Fazel, Wheeler, & Danesh, 2005). Et tysk studie utført av Gäbel, Schauer, Odenwald og Neuner (2006) viste at hele 40% av nylig ankomende asylsøkere fra ulike land oppfylte de diagnostiske kriteriene til PTSD (Gäbel, Ruf, Schauer, Odenwald, & Neuner, 2006).

Resultatene av de overnevnte studiene (Fazel et al., 2005; Gäbel et al., 2006) illustrerer hvordan flyktninger og asylsøkere utgjør en betydelig andel av populasjonen med PTSD av befolkningen i vestlige land. Det blir også tydeliggjort at prevalensen av PTSD ser ut til å variere i ulike studier, samt at det foreligger en stor mengde komorbiditet hos flyktninger og asylsøkere diagnostisert med PTSD (Carey-Wood et al., 1995; Fazel et al., 2005; Gäbel et al., 2006).

Resultatene av studiene nevnt ovenfor fremhever det betydelige omfanget av PTSD hos flyktninger og asylsøkere (Fazel et al., 2005; Gäbel et al., 2006). Dette sammenfaller ikke med den beskjedne mengden studier som undersøker effekt av behandling av flyktninger og asylsøkere bosatt i vesten (Stenmark et al., 2013).

En oversiktsartikkel publisert i databasen Cochrane Database on Systematic Reviews gjennomgår forskning på psykologisk behandling av PTSD. Resultatene viser at eksponeringsbaserte behandlingsmetoder som Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) og traumefokusert kognitiv atferdsterapi (T-CBT) har god effekt i forhold til symptomreduksjon (Bisson & Andrew, 2007). Studien er i overensstemmelse med et stort antall randomiserte studier som viser til at ulike varianter av kognitiv atferdsterapi effektivt kan benyttes i behandling av PTSD hos befolkningen generelt (Bisson & Andrew, 2007; Foa, 2006). Et moderat antall studier har belyst effekten av CBT (Hinton et al., 2005; Paunovic & Öst, 2001), T-CBT (Başoğlu, Ekblad, Bäärnhielm, & Livanou, 2004) og NET (Neuner et al., 2010; Neuner, Schauer, Klaschik, Karunakara, & Elbert, 2004) også i behandling av PTSD hos flyktninger og asylsøkere. Allikevel er det fortsatt et stort gap i empiriske behandlingsstudier av utvalget (Nicholl & Thompson, 2004), og mange terapeuter vil spørre seg om hvordan en på best mulig

måte forholder seg til pasientgruppen. Vil flyktninger og asylsøkere diagnostisert med PTSD og bosatt i vesten ha god behandlingseffekt ved bruk av NET?

Flyktninger og asylsøkere

Ifølge Forskrift om tjenester til personer uten fast opphold (2012) har ”alle mennesker som oppholder seg innen rike rett til vurdering fra spesialisthelsetjenesten etter pasient- og brukerrettighetsloven” (para. 1). Flyktninger som har fått innvilget asyl har per definisjon fast opphold og dermed fullverdig rettigheter til helsehjelp. Begge gruppene vil man som behandler kunne møte i det psykiske helsevesenet, og i oppgaven har det dermed vært naturlig å inkludere begge gruppene ("Forskrift om tjenester til personer uten fast opphold," 2011).

FNs høykommissær for flyktninger (UNHCR) er den mest sentrale organisasjonen i arbeidet for flyktningers beskyttelse og rettigheter. UNCHR jobber for at alle ved behov skal kunne utøve sin rett til å søke tilflukt i et annet land, samt at alle flyktninger får den humanitære hjelpen de trenger ("Hva er en flyktning?," 2014). Termene asylsøkere og flyktninger er mye brukt om hverandre, men dette medfører ikke riktighet. Mennesker som emigrerer og ønsker å reetablere seg i et nytt land på bakgrunn av forholdene i eget hjemland kan differensieres inn i to grupper, henholdsvis de som har fått innvilget asyl (referert til som flyktninger) og de som søker asyl og fortsatt lever med muligheten for at deres søknad om opphold blir avslått (asylsøkere). UNCHR definerer en flyktning som: “enhver person som befinner seg utenfor det land han er borger av på grunn av velbegrunnet frykt for å bli forfulgt på grunn av rase, religion, nasjonalitet, politisk oppfatning eller tilhørighet til en spesiell sosial gruppe” (Tribe, 2002). Asylsøkere blir av UNCHR definert som mennesker som søker om asyl. For å

inneha retten til internasjonal beskyttelse, kreves det at kriteriene som gjelder for å bli definert som flyktning tilfredsstilles (Phillips, 2013).

I Norge gis det asyl til de som defineres som flyktninger etter flyktningkonvensjonen vedtatt i 1951, og de som står i fare for å bli utsatt for dødsstraff, tortur eller annen umenneskelig eller nedverdiggende behandling, eller straff ved tilbakevending. I de fleste europeiske land kan prosedyrene i forbindelse med det å søke asyl ta opptil flere år. De som ikke blir vurdert i behov av internasjonal beskyttelse, kan bli sendt tilbake til hjemlandet (Flyktninghjelpen, 2011). Den usikre statusen som asylsøkere antas å være bidragende i opprettholdelse av symptomer på psykisk lidelse, og kan også tenkes å være av betydning på flere måter i et terapiforløp (Neuner et al., 2010). Flyktninger har fått innvilget asyl, noe som kan tenkes å være en stabiliserende faktor. Dette antas å reflektere prediksjonen om at mentale lidelser er mer utbredt blant asylsøkere enn blant flyktninger (Toar, O'Brien, & Fahey, 2009).

Et svensk studie gjennomført av Roth, Ekblad og Ågren (2006) illustrer det faktum at økt mengde symptomer på psykisk lidelse observeres i sammenheng med økt tid tilbrakt i påvente av asyl. Forskerne indikerer dermed at usikkerheten asylsøkere lever under er en stor sårbarhetsfaktor i forhold til psykisk lidelse, og at denne faktoren er med på å påvirke slik at asylsøkere og flyktninger har ulikt utgangspunkt i møte med behandlingsvesenet. Utvalget i studien besto av flyktninger fra Kosovo. Resultatene viser at atten måneder etter evakuering hadde raten på PTSD steget fra 37% til 82 % hos de som ennå ikke var hjemsendt. De som dro hjem frivillig hadde en mindre forekomst av PTSD, henholdsvis på 52 %. En faktor som kan ha påvirket resultatene i studien er om deltagerne som dro frivillig hjem i utgangspunktet hadde mindre symptomer enn dem som ønsket å bli. At et ulikt utgangspunkt har vært utslagsgivende i de to gruppene

kan dog ikke dokumenteres, da det ikke ble funnet ulikheter i symptomer på PTSD i de to gruppene på de tidligere målingene. Resultatene i studien bygger opp under antakelsen om at den usikkerheten og ustabiliteten som forekommer i sammenheng med det å ikke vite om en får innvilget opphold i landet en befinner seg i, kan være en opprettholdende faktor for symptomer på PTSD (Roth, Ekblad, & Ågren, 2006; Toar et al., 2009).

PTSD

PTSD er en alvorlig psykisk lidelse som oppstår i reaksjon på en eller flere traumatisk hendelser. PTSD er den vanligste av de traumerelaterte diagnosene. Lidelsen har blitt beskrevet som de komplekse somatiske, kognitive, affektive og atferdsmessige effektene av et psykologisk traume (Van der Kolk, 1994). Når den gitte traumatisk hendelsen manifesterer seg i form av traumerelaterte symptomer hos et menneske vil det i noen tilfeller kunne klassifiseres under diagnosen PTSD, ifølge diagnosemanualene ICD-10 og DSM-IV (DSM; American Psychiatric Association, 2013; ICD-10; World Health Organization, 1992). Diagnosen vil ikke kunne anvendes på alle individer som har en psykisk reaksjon på en traumatisk hendelse. I følge American Psychiatric Association (APA) må visse kriterier være tilstede før diagnosen kan settes. Den første dimensjonen ved diagnosen består av forhold ved den traumatiske hendelsen, der personen blir utsatt for en eller flere trusler som innebefatter fare for eget eller andre liv, trussel om død, eller trussel mot egen eller andres fysiske integritet. Personen må ha reagert med intens frykt eller hjelpeløshet, for at dette første kriteriet skal være innfridd. I tillegg må symptomer fra alle de tre symptomgruppene møtes for at diagnosen skal settes; påtrengende erindringer/gjenopplevelse av det opprinnelige traumet gjennom «flashbacks» eller mareritt, unngåelse av stimuli knyttet til traumet, samt vedvarende

symptomer på økt aktivering, hyperårvåkenhet (DSM; American Psychiatric Association, 2013).

Gjenopplevelse av den traumatiske hendelsen eller deler av den skjer ofte i form av mareritt, såkalte “flashbacks” og/eller påtrengende tanker. Unngåelse kommer til syne i form av unngående atferd i forhold til tanker, minner, mennesker og steder assosiert med hendelsen. Symptomer på økt aktivering og hyperårvåkenhet kan manifistere seg i form av økt vaksomhet, mental beredskap, søvnproblemer, skvettenhet og sinne. Mange opplever av at den økte aktiveringen varierer med perioder av emosjonell nummenhet, mindre glede og interesse ovenfor aktiviteter som ga personen glede før den traumatiske hendelsen fant sted. (Foa, Keane, & Friedman, 2000; DSM; American Psychiatric Association, 2013).

Diagnosen PTSD er klassifisert i ICD-10 på en linknende måte som beksrevet over (ICD-10; World Health Organization, 1992). De formelle diagnostiske kriterier nedfelt i diagnosemanualen som er mest brukt i Europa, ICD-10, krever at symptomene varer mer enn en måned og at de forårsaker betydelig svekkelse i personenes sosiale liv, yrkesmessige virke, eller andre viktige funksjonsområder (ICD-10; World Health Organization, 1992).

PTSD, prevalens og komorbiditet

Utfallene av studier som undersøker prevalensen av psykiske lidelser blant flyktninger og asylsøkere varierer mye på bakgrunn av hvor store undersøkelsene er, samt hvor strenge forskningsdesign som blir benyttet i de ulike studiene (Hollifield et al., 2002). Estimer på prevalens for PTSD hos voksne asylsøkere og flyktninger har variert fra 4% (Hauff & Vaglum, 1994) til 86% (Carlson & Rosser-Hogan, 1991) i ulike studier. I de fleste epidemiologiske studier som undersøker forekomsten av PTSD hos

asylsøkere og flyktninger, er tallene drastisk forhøyet, sett i sammenheng med befolkningen for øvrig (Fazel et al., 2005).

Livstidsprevalensen for PTSD hos den generelle befolkningen viser seg ved ulike studier å ligge på mellom 5% og 8% (Frans, Rimmö, Åberg, & Fredrikson, 2005; Kessler, Petukhova, Sampson, Zaslavsky, & Wittchen, 2012; Merikangas et al., 2010). I studien The National Co-morbidity Survey (Merikangas et al., 2010) ble 10 120 amerikanske ungdommer intervjuet. Informantene var alle fra 13 til 18 år gamle, 5% av deltagerne oppfylte de diagnostiske kravene til PTSD. Undersøkelsen viser også at PTSD i denne aldersgruppen har en moderat økende prevalens med alder (Merikangas et al., 2010). Resultatene er i overensstemmelse med en undersøkelse gjennomført av Kessler et al. (2012). Studien er basert på epidemiologiske undersøkelser gjennomført i USA på ungdommer og voksne, fra 13 år og oppover. Resultatene av studien indikerer at i aldersspennet 13 til 17 år er livstidsprevalensen for PTSD 4,5%, og henholdsvis 8% i aldersgruppen 18 til 64 år (Kessler et al., 2012).

På generell basis er PTSD assosiert med signifikant forhøyet dødelighet og nedsatt funksjonsevne (Belik, Cox, Stein, Asmundson, & Sareen, 2007; Boscarino, 2008; Drescher, Rosen, Burling, & Foy, 2003). Forskningen indikerer at PTSD i mange tilfeller kommer i ledsagelse med andre komorbide psykologiske lidelser og plager, som angst, depresjon, personlighetsendringer, aggresjonsproblemer og avhengighetsproblematikk relatert til alkohol eller rusmidler (Keane & Kaloupek, 1997; Keane & Wolfe, 1990). Undersøkelsen The National Comorbidity Survey, rapporterer at 88% av menn og 79% av kvinner med kronisk PTSD møter kriteriene for minst en annen psykiatrisk diagnose (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995).

Det er store individuelle forskjeller i hvordan utviklingen og forløpet til en PTSD-diagnose utarter seg. De komorbide tilstandene kan forekomme som en forlengelse av symptomene på PTSD, eller de kan forekomme individuelt. For eksempel kan en person oppleve panikk i sammenheng med en skremmende episode med gjenopplevelse, noe som kan være bidragende til at personen utvikler en panikklidelse. En annen personen kan oppleve å bli deprimert som et resultat av et traumatisk tap (Schauer et al., 2011). Det bør derfor anerkjennes at for noen individer vil PTSD kunne være med å bidra til utviklingen av andre psykiske lidelser, for eksempel alvorlig depresjon, spesifikke fobier, ”disorders of extreme stress, not otherwise specified” (DESNOS), angst og ulike personlighetslidelser. Robuste individer med høy resiliens vil derimot gjerne komme seg fint etter opplevelse av traume, og dermed ikke utvikle symptomer på PTSD (Foa et al., 2000; Foa & Rothbaum, 2001).

Krysskulturell validitet av begrepet

Det er ønskelig om diagnosen PTSD kan virke som et nyttig verktøy som hjelper oss å forstå de psykologiske aspektene ved opplevelsen av å være på flukt (Friedman & Jaranson, 1994). Dette har blitt hevdet å ikke være tilfelle, da flere mener at PTSD-symptomene er vestlig konstruert, og dermed ikke fruktbart å benytte krysskulturelt (Jones et al., 2003; Roth & Fonagy, 1996). Anvendbarheten er diskuterbar, men det er uansett et faktum at majoriteten av forskningen på PTSD er gjort på den vestlige delen av befolkningen (Roth & Fonagy, 1996). NET er tuftet på denne vestlig konstruerte definisjon av reaksjonen på et traume (Baldachin, 2010). En påstand er at dette svekker NETs anvendbarhet på ikke-vestlige flyktninger og asylsøkere, og at vestlige konstruerte behandlingstilnærminger vil være for lite kultursensitive til å kunne med fordel anvendes krysskulturet (Hinton & Lewis-Fernández, 2011).

Responser på et traume har blitt hevdet å variere i så stor grad på kryss av tid, sted og sosiale grupper, at et forsøk på en standardisering gjennom diagnosekategorien PTSD dermed er mer forvirrende enn klargjørende. Etnokulturelle og religiøse tradisjoner vil ha en signifikant påvirkning på den subjektive opplevelsen, og den psykologiske tolkningen, av stressende opplevelser. Språket vil ha en stor innvirkning på hvordan hendelser blir karakterisert og hvordan disse karakteriseringene blir kommunisert innen ulike kulturelle kontekster. Konteksten vil også innvirke på signifikansen, tolkningen, metaforer og meningen som er knyttet til den aktuelle hendelsen (Friedman & Jaranson, 1994). Ut ifra denne antagelsen om en omfattende kulturell variasjon i reaksjonen på eksponering til traume, vil det være naturlig å anta at behandlingstilnærmingene brukt i vesten på mange måter er dårligere egnet i møte med flyktninger og asylsøkere, sett opp mot lokale former for behandling. De lokale behandlingstilnærmingene vil inneha en større mengde kulturellt kunnskap, som kan være nyttig i å predikere, og muligens finne veien ut av, psykisk lidelse (Hinton & Lewis-Fernández, 2011).

Friedman og Jaranson (1994) ser derimot nytten i en generell PTSD-modell, og legger frem fem argumenter som fremhever hvorfor diagnosen med fordel kan benyttes krysskulturelt. Et argument som støtter bruken av den diagnostiske modellen PTSD internasjonalt, er det faktum at eksponering av traumet fremprovoserer responser krysskulturelt som synes å stemme overens med de gitte diagnostiske kriteriene. Studier har vist at den subjektive opplevelsen av eksponering til traumet hos flyktninger i sørøst asiatiske og sentral amerikanske land, sammenfaller med den første dimensjonen av PTSD (forholdene ved den traumatiske hendelsen personen eksponeres for), i diagnosemanualene ICD-10 og DSM-IV. Deres traumatiske opplevelser omhandlet

fysisk skade, deprivasjon, tortur, seksuelt misbruk, nær døden opplevelser, kidnapping, krigsskader, tvunget separasjon fra familie, og å være vitne til død, mord eller tortur (Friedman & Jaranson, 1994).

Et annet argument som taler for bruken av PTSD som diagnose krysskulturelt omhandler dokumentasjonen av at en betydelig andel traumatiserte flyktninger tilfredsstiller de diagnostiske kriteriene for PTSD. Forskning viser at de nåværende instrumentene som er designet for å fange symptomene også med fordel kan brukes på ikke-vestlige populasjoner. Det kan allikevel være grunnlag for bekymring om deres sensitivitet for kompleksiteten i denne kliniske dataen (Friedman & Jaranson, 1994).

Et tredje argument som viser til fordelene ved bruk av PTSD-modellen er at den foreslår og legger til rette for en psykoterapeutisk tilnærming med fokus på traumet. Det fjerde argumentet Friedman og Jaranson (1994) vektlegger er hvordan en standardisert PTSD-modell kan forbedre forståelsen av opplevelsen av flukt ved å ekstrapolere fra andre traumatiserte grupper (som krigsveteraner fra Vietnamkrigen, og overlevende etter naturkatastrofer). Dette vil kunne øke kvaliteten på den terapeutiske relasjonen, og dermed det kliniske arbeidet. Til slutt fremheves det hvordan en generell PTSD-modell vil oppmuntre til søk etter psykofysiologiske og neurobiologiske abnormaliteter assosiert med PTSD. Disse markørene kan være uavhengige av etnokulturelle faktorer, og det kan da tenkes at gjennom bruk av en PTSD-modell vil det kunne fremheves mønster av psykofysiologiske og neurobiologiske endringer som viser til en universell respons på traumatisk stress. Uten bruk av PTSD-modellen kan disse viktige likhetene ha blitt tildekt av atferdsmessige og etnokulturelle ulikheter (Friedman & Jaranson, 1994).

Instrumenter anvendt i diagnostisering av PTSD

I tre av de fire studiene i litteraturgjennomgangen er Clinician Administred PTSD Scale (CAPS) administrert for å måle symptomer på PTSD, som en del av diagnostiseringen av deltagerne i studiene (Halvorsen & Stenmark, 2010; Hensel-Dittmann et al., 2011; Stenmark et al., 2013). I det fjerde studiet (Neuner et al., 2010) er deltagerne diagnostisert ved hjelp av Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS).

CAPS er et strukturert intervju med 30 enheter. Testen rapporterer tilstedeværelsen av diagnosen den siste måneden, tilstedeværelsen av diagnosen i et livsperspektiv, og den estimerer grad av symptomtrykk den siste uken. CAPS skal administreres av psykologer eller andre klinikere med trening i administrering av instrumentet (Weathers, Keane, & Davidson, 2001). PDS har i studier vist seg å fungere godt i diagnostiseringen av PTSD, og ha god test-retest reliabilitet. Testen administreres i form av selvrapporing, og skåringsinstrumentet er derfor billigere å administrere enn hva CAPS er. PDS har 49 spørsmål, og er både brukt i kliniske settinger og i forbindelse med forskning (McCarthy, 2008).

Hollifield et al. (2002) gjennomførte en litteraturgjennomgang hvor de undersøkte 183 engelskspråklige artikler som omhandler flyktningers helse- og/eller traumbakgrunn. Forfatterens hensikt med litteraturgjennomgangen var å identifisere og evaluere instrumentene brukt i måling av utvalgenes traume- og helsestatus. I studien ble det konkludert med at majoriteten av studiene enten var deskriptive eller inneholdt kvantitativ data som bygger på administrering av instrumenter som har begrenset eller ingen dokumentert validitet og reliabilitet i en populasjon bestående av flyktninger og asylsøkere (Hollifield et al., 2002). I de siste årene har det imidlertid blitt utviklet solide måleinstrumenter for å kartlegge PTSD, dette inkluderer CAPS og PDS. Begge instrumentene måler de samme kjernesymptomene ved PTSD, definert ved DSM-IV,

samt begge testene har vist solide psykometriske egenskaper i traumepopulasjoner (Briere, 2004; Griffin, Uhlmansiek, Resick, & Mechanic, 2004; Wilson & Keane, 2004). Hollifield et al. (2002) kritiske innvendinger mot bruken av måleinstrumenter i studier av flyktninger helse- og traumbakgrunn, omhandlet at studiene baserte seg på kvantitativ data som bygger på instrumenter som har begrenset eller ikke dokumentert validitet og reliabilitet i denne populasjonen (Hollifield et al., 2002). Imidlertid har både PDS (Ertl et al., 2011) og CAPS (Hinton et al., 2006; Renner, Salem, & Ottomeyer, 2006) vist seg og også være valide i ikke-vestlige populasjoner.

Griffin et al. (2004) utførte et studie hvor de sammenlignet CAPS og PDS i diagnostisering av PTSD. Utvalget i studien besto av 138 kvinner som hadde blitt utsatt for vold i hjemmet. Resultatene indikerer at de to instrumentene i stor grad samsvarer i diagnostiseringen av PTSD. Studiet viser allikevel til en liten tendens til å overdiagnostisere PTSD ved bruk av PDS (Griffin et al., 2004).

Design på behandlingsstudier av utvalget

Det eksisterer få randomiserte kontrollerte studier (RCT) på det kliniske feltet oppgaven omhandler (McFarlane & Kaplan, 2012). Studier som undersøker behandlingseffekten for asylsøkere og flyktninger med PTSD er ofte gjennomført innen bistandsprogrammer hvor det ikke gis mulighet for randomisering. Dette da RCT er praktiske utfordrende, og etiske problematisk, i denne situasjonen. Etisk problematisk da det er på mange måter urimelig å nekte en tilfeldig andel av en så sårbar gruppe behandling, mens du samtidig tilbyr behandling til en annen andel av populasjonen (McFarlane & Kaplan, 2012). Noen studier utført på flyktninger og asylsøkere har løst de etiske utfordringene ved at de har brukt en sammenligningsgruppe bestående av flyktninger og asylsøkere som har nektet å motta behandling, eller ikke har ytret ønske

om behandling. Denne tilnærmingen til å gjennomføre et studie som er tuftet på randomisering tilfredsstillende de etiske hensynene i større grad. I boken *Randomised Controlled Trial's: A User's Guide* (1998) vektlegger Jadad hvorfor denne tilnærmingen har store metodologiske begrensninger, da gruppene i et slikt studie høyst sannsynlig vil ha et utgangspunkt som variere betraktelig når det gjelder symptomtrykk. Høyst sannsynlig vil det også eksistere betydelige og avgjørende ulikheter i personlighetstrekk. Dette er faktorer som vil kunne komme til å påvirke utfallene i terapien, og dermed begrense forskningens validitet (Jadad, 1998).

Traumefokusert og multimodal behandlingstilnærming

NET er en behandlingstilnærming med kognitive røtter, og hvor eksponering er en sentral del av terapien (Neuner, Schauer, Roth, & Elbert, 2002). Nickerson, Bryant, Silove og Steel (2011) kategoriserer ulike behandlingsformer som anvendes i møte med flyktninger og asylsøkere diagnostisert med PTSD innenfor to ulike terapeutiske tilnærminger. Den første tilnærmingen er en multimodal tilnærming. Tilnærmingen har vært rådende de siste tiårene i behandling av flyktninger og asylsøkere med traumelidelser. Terapeuter som inntar denne tilnærmingen til behandling har ofte et perspektiv som omhandler at eksponering til traumat kan føre til en forverring av symptomene. Det har vært hevdet å være spesielt gjeldende for flyktninger og asylsøkere, grunnet fasen av reetablering i et nytt land, som for mange er av stor belastning og forårsaker mye stress. Intervensjoner som er mye brukt innen den multimodale tilnærmingen dreier seg i stor grad om stabilisering, assistanse, juridisk hjelp, samt praktisk og emosjonell støtte. Argumentene som ligger bak tilnærmingens perspektiv er at flyktninger krever en rekke intervensjoner for å adressere et komplekst spekter av psykologiske reaksjoner som ofte er en følge av eksponering til multiple

traumatiske hendelser, de påfølgende psykososiale stressorene, eventuell fysiske helseplager, og reetablering og akkulturasjon som det å bosette seg i et nytt land innebærer. Det har blitt argumentert om at et ensidig fokus på traume ikke dekker den sårbare gruppens komplekse behov, og det har blitt stilt spørsmål om hvorvidt anvendelsen av eksponeringsteknikker kan føre til uønskede emosjonelle reaksjoner som kan forverre pasientenes tilstand (Berlinger, Mikkelsen, Bovbjerg, Wiking, 2004, Neuner et al., 2008, Nickerson et al., 2011).

Det andre perspektivet på behandling av traumatiserte flyktninger, den traumefokuserte tilnærmingen, bygger på antagelsen om at eksponering for traumet leder til ekstinksjon av respons (Nickerson et al., 2011). Tilnærmingen er tuftet på et kognitivt atferdsterapeutisk rammeverk, hvor ekstinksjon, samt korreksjon av skjevhet i kognisjon og hukommelse, er de sentrale elementene i terapien. Dette er på grunn av tanken om at betinging av frykt er utløsende for lidelsen, da ekstrem frykt under hendelsen er koblet med andre stimuli assosiert med traumet, noe som resulterer i en sterk betinget respons (Rauch, Shin, & Phelps, 2006). I følge flere teoretikere innen den traumefokuserte tilnærmingen vil denne betingede responsen måtte ekstingveres for suksessfull behandling. Pasienten vil da, i slutteprosessen av terapiforløpet, ikke lenger assosierer de mentale knaggene som er betinget med traumet som aversive. Dette vil redusere pasientens angst, og dermed også PTSD-symptomer (Milad et al., 2006). Den andre nøkkelen i de traumefokuserte tilnærmingene er at det jobbes med at pasienten får korrigert sine skjevheter i kognisjon og hukommelse. Å endre maladaptive tanker for å bedre pasientens funksjon er en nøkkelfaktor i denne delen av terapien (Foa, Steketee, & Rothbaum, 1989).

Teoretisk bakgrunn for NET

Helt siden konseptualiseringen av PTSD har symptomene blitt betraktet som gjenstand for psykologisk behandling. Mange ulike behandlingsmetoder har blitt anvendt, blant annet T-CBT, NET og rapid eye movement desentralising (Foa et al., 2000). I oppgaven tas det utgangspunkt i NET, som er en standardisert korttidsbehandling spesielt formet for å behandle overlevende etter politisk vold, væpnet konflikt og tortur. NET egner seg for mennesker med en kompleks og gjentakende traumbakgrunn siden den tar for seg hele narrativet til pasienten (Neuner et al., 2010). I de siste årene har terapiformen også vist seg å ha terapeutiske fordeler utenfor de nevnte settinger, og i møte med flere ulike populasjoner. Dette inkluderer behandling av både barn og voksne, samt både majoritets- og minoritetsbefolkningen i mange ulike land, inkludert industrialiserte og utviklings-land (Robjant & Fazel, 2010).

NET hviler på prinsipper fra CBT, og er også inspirert av vitneutsagnsterapi (testimonial therapy) (Schauer et al., 2011). På lik linje med CBT fasiliterer NET rekonstruksjon, habituering og psykoedukasjon (Neuner et al., 2002). CBT inkluderer eksponering, som er en terapitilnærming med flere teknikker som systematisk desensitivisering og flooding. Ved å ta i bruk disse teknikkene ønsker terapeuten å hjelpe pasienten med å konfrontere de skremmende minnene, bildene, objektene eller situasjonene i en trygg setting. Målet er at pasienten opparbeider seg nye antagelser som går på at han eller hennes tidligere frykt oppleves som urealistisk, og dermed avtar (Foa, 2006).

Vitneutsagnsterapi er en metode hvor pasientens livshistorie tas opp på bånd, og deler av historien systematisk integreres. Hver av sesjonene begynner med at livshistorien til pasienten slik den fremsto i den forangående timen leses opp, slik at pasienten skal få anledning til å korrigere, og eventuelt integrere nye elementer. Når

behandlingsløpet avsluttes vil hele livshistorien en siste gang gjennomgås og pasient signerer. Vitneutsagnsterapi som metode er ikke standardisert, men har vært brukt på flere ulike pasientgrupper (Van Der Veer, 1992). NET er på mange måter en standardisert og manualisert form for vitneutsagnsterapi (Neuner et al., 2002).

Et terapiforløp i henhold til NET kan arte seg slik: behandlingen starter med en detaljert kartlegging og beskrivelse av rasjonale for behandling. I samarbeid med terapeuten vil pasienten konstruere et sammenhengende narrative av sitt liv. Fokuset i terapien ligger i det å integrere og fullstendiggjøre de ulike delene av den traumatiske hendelsen til et fullstendig minne som omfatter de sensoriske, emosjonelle og kognitive opplevelsene av hendelsen. Terapeutens rolle ligger blant annet i å hjelpe pasienten i det å gjøre sine beskrivelser tydeligere, fremheve eventuell inkonsistens i narrative og eventuelt stille spørsmål som fremhever kroppslige fornemmelser eller tanker. En mest mulig detaljert beskrivelse er ønskelig. Terapeuten skriver ned narrative slik det blir fremstilt av pasienten. I starten av hver time blir narrative lest opp, og pasienten retter opp eller tilføyer der hun finner narrative ufullstendig eller ukorrekt. Denne prosedyren gjentar seg helt til den fullstendige versjonen foreligger. I siste sesjon leses det fullstendige narrative opp, og pasienten og terapeuten signerer så dokumentet, og får hver sin versjon (Neuner et al., 2002).

Biologisk perspektiv på NET og PTSD

Utviklingen av NET bygger på biologiske prinsipper bak hukommelse, og på fryktnettverk og hvordan disse kan bli aktivert i hjernen (Robjant & Fazel, 2010). Denne teoretiske forståelsen kan tenkes å fasilitere en krysskulturell forståelse av PTSD. Elbert og Schauer (2011) har jobbet med ofre for krig i kriserammede områder som Balkan og Somalia. De observerte at menneskene de møtte hadde et symptom-bilde som i betydelig

grad reflekterte symptomene som var beskrevet i den vestlige litteraturen. Mye tyder på at symptomer på PTSD kan observeres krysskulturelt, men at måten man uttrykker symptomene på og på hvilken måte individer takler symptomene, er mer kulturspesifikk. Det blir av mange antatt at de krysskulturelle likhetene i en traumereaksjon er mer fremtredende enn hva motsetningene kan sies å være. Denne antakelsen har brakt forskere i retning av at det kan være et fysiologisk grunnlag for PTSD. Det nevrologisk fundamentet for traumatet blir essensielt i denne forståelsen (Schauer et al., 2011).

Det mest utpregede symptomet ved PTSD er gjenopplevelse av den traumatiske hendelsen (Herman, 1992). Gjenopplevelse kjennetegnes av at det for individet føles som om han eller henne opplever hendelsen der og da, og personen kan være uten evne til å ta inn over seg at opplevelsene er minner fra fortiden. Pasientene kan ofte rapportere at deres beviste minne fra den traumatiske hendelsen er fraværende eller svekket, men at de også plages av opplevelsen av å være midt i det traumatiske. De gjenoplever dette i svært levende form gjennom flere sensoriske detaljer. Ofre for traume opplever ofte at de er ute av stand til å kommunisere hendelsen helhetlig, og deres historier er ofte emosjonelle, motsetningsfulle og fragmenterte (Herman, 1992). Denne paradoksale todelingen som medfører at pasienten ofte har problemer med å intensjonelt huske minnet, men allikevel plages av påtrengende og ufrivillige påminnelser av hendelsen, er karakteristisk for et traumatisk minne (Harvey & Bryant, 1999). Gjenopplevelse forklares ulikt i forskjellige hukommelsesmodeller, men en felles antagelse er at de oppstår som følge av koding, organisering i hukommelsen og gjenhenting (Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996; Ehlers & Clark, 2000). Når minnene oppstår, oppleves de med de originale følelsene, og den originale aktivering og intensiteten, som personen

opplevde under den traumatiske hendelsen (Brewin et al., 1996; Ehlers & Clark, 2000; Foa & Jaycox, 1999).

Tilnærmingen innebærer at PTSD er en konsekvens av fysiologiske endringer i hjernen som påvirker minner, som resultat av en noradrenergisk respons til stress. Flere studier har undersøkt hjerneaktivitet under eksponering til traume (Shin, Rauch, & Pitman, 2006). Forskning viser at det limbiske systemet spiller en viktig rolle i en traumereaksjon (Van der Kolk, 1994). Når personen opplever fare vil informasjonen tas inn via sansene, denne informasjonen går til thalamus, som sender informasjonen videre til amygdala og prefrontal cortex (PFC). Amygdala er kroppens alarmsentral, og reagerer på sensorisk informasjon som kan oppleves som en trussel for individet. Informasjonen sendes så videre til blant annet hippocampus og videre til hypothalamus, og signalene går inn i HPA-aksen. Da signalene når amygdala fortære enn de når PFC, reagerer vi på fare før vi får vurdert trusselens egentlige omfang. Dette indikerer at aktiveringen skjer uten at individet bevisst har oppfattet trusselen, altså uten tankemessig aktivering (Öhman, 2005). I et evolusjonært perspektiv har dette vært en fordel, da en reagerer raskt på potensielle trusler, samt at amygdala vil huske hendelsen og motivere til rask reaksjon i en lignende fremtidig situasjon. Denne alarmberedskapen har imidlertid også negative konsekvenser, da vi vil automatisk reagere på det som minner oss om den opplevde faren. I følge dette perspektivet vil det i terapi være lite virkningsfullt og kun fokusere på samtale uten en emosjonell aktivering. Det vil derimot være hensiktsmessig å bringe inn ny læring. Dette innebærer at pasient har terapitimer hvor fokuset ligger på eksponeringstrening, noe som innebærer å utsette seg selv for de situasjonene eller tankene som oppleves som farlige, slik at ny og mer adaptiv læring kan oppstå. (McNally, 2007; Shin et al., 2006).

Funksjonen til hippocampus blir signifikant svekket under episoden med traumatisk stress, samt de gjentatte gjenopplevelsene av den traumatiske hendelsen i etterkant (Woon, Sood, & Hedges, 2010). Hippocampus svekkes av stresshormoner, mens amygdala på sin side blir mer intenst aktivert. Dette vil resultere i en aksentuert sensorisk representasjon av hendelsen. Denne disproporsjonale engasjementet av neurale strukturer (aktivisering av amygdala og svekkelse av hippocampus) gjør at traumatiske hendelser skaper et økt antall knagger i hjernen og at sammenhengen mellom dem er sterkere. Flere knagger gjør at de traumatiske minnene oftere og lettere kan aktiveres enn andre mer nøytrale minner. Samtidig som minnene lett aktiveres vil den svekkede funksjonen i hippocampus gjøre at spatiotemporal informasjon ikke er inkorporert i minnet, noe som gjør det vanskelig for individene å skape et narrativ av hendelsen. Manglende kontekstuell informasjon vil gjøre det skremmende for individet, samt føre til at individet vil opprettholde en følelse av tilstedeværende trussel hver gang minnet er aktivert, og den autobiografiske hukommelsen er forstyrret (Neuner et al., 2008). Dette vil føre til at individet har problemer med å forme en sammenhengende kronologisk representasjon av hendelsene (Robjant & Fazel, 2010). Dette perspektivet på utviklingen av PTSD fremhever hvordan multiple hendelser er mer tilbøyelige i å resultere i større psykologiske forstyrrelser. Dette kan forklare med at det såkalte fryktnettverket er større i omfang, og oftere blir aktivert grunnet gjentakende traumatiske opplevelser. Fryktnettverket kan også bli linket til elementer innen nåtid, og slik vil den opplevde frykten øke (Robjant & Fazel, 2010).

Lang (1993) støtter opp om teorien om fryktnettverk. Fryktnettverk kan defineres som sensoriske perseptuelle nettverk som er spesielt sterke. Dette fører til at når personene møter et indre eller ytre stimulus som er en del av det eksisterende

fryktnettverket, vil hele nettverket aktiveres, noe som fører til en enorm emosjonell aktivering hos personen. Dette kan eksemplifiseres med en person som opplever et traume i form av forfølgelse. Blant mange kroppslige reaksjoner vil personen blant annet oppleve forhøyet hjertefrekvens under flukten. Senere kan den forhøyede hjertefrekvensen, samt andre fysiologiske responser på frykt oppstå, når personen ser, tenker eller kjenner noe som minner han eller henne om flukten. Ved å bruke subjektive, atferdsmessige og fysiologiske målinger under mentale bilder, har Lang med kolleger (Lang, 1979, 1984, 1993) bekreftet disse predikasjonene. I følge dette perspektivet skjer gjenopplevelse i PTSD når hele nettverket aktiveres. Teorien om fryktnettverk bidrar derfor med informasjon om traumepasienters evne til å huske og gjenoppleve tidligere hendelser (Lang, 1979, 1984, 1993).

HPA-aksen aktiverer fight/flight-responsen og frigir kortisol når mennesket er stilt ovenfor en stressor. Kortisol spiller en nøkkelrolle i det å guide de fysiologiske og metabolske prosessene mot umiddelbar overlevelse. Deretter vil det i samarbeid med steroidhormonet dehydroepiandrosterone hjelpe kroppen tilbake til normal tilstand. Dette er en normal respons som er avgjørende for overlevelse, samt for å hensiktsmessig takle stress og trusler. Forlenget aktivering av stressresponsen vil resultere i feilregulering av HPA-aksen og endringer i kroppens kortisolnivå. Økt kortisolaktivitet kan føre til cellulær immunitet, og øke mottakeligheten for infeksjoner og svulster (abnormal vekst av vev). Endokrine sykdommer kan være et resultat av abnormal utskillelse av kortisol. Mental helse og kognitiv fungering påvirkes også av kortisol dysregulering på flere måter. Studier har vist at hyperkortisolisme er assosiert med tvangslidelse (OCD), panikklidelse, depresjon, kroniske smerter, utmattelse og søvnforstyrrelse (Guilliams & Edwards, 2010).

En annen viktig konsekvens av forlenget økt produksjon av kortisol er at det kan redusere størrelsen, samt forårsake skader, på hippocampus (Bremner et al., 1997). Det har blitt rapportert om endringer i flere hjernestrukturer hos pasienter med PTSD, blant annet endringer i cerebrum (storehjernen), corpus callosum (hjernebjelken), hjernens hvite substans, anterior cingulate cortex og økt volum i amygdala (Lindauer et al., 2005). Allikevel er nedsatt volum på hippocampus det mest konsistente og solide funnet i forhold til avvik i hjernestrukturer hos pasienter med PTSD (Bremner et al., 1997; Gilbertson et al., 2002; Hull, 2002; Kitayama, Vaccarino, Kutner, Weiss, & Bremner, 2005; Lindauer et al., 2005; Pitman et al., 2012). Konsistente funn i en mengde dyrestudier har ført til at forskningen i mange år har kunnet dokumentere at stress inhiberer neurogenesen i hippocampus, noe som bidrar til å virke forminskende på hjernestrukturens volum. Dette kan indikere at endringer i miljøet også kan påvirke størrelsen på hippocampus hos mennesker (Lindauer et al., 2005). I de siste årene har man nettopp kunne dokumentere mindre volum på hippocampus hos pasienter med PTSD (Bremner et al., 1997; Gilbertson et al., 2002; Hull, 2002; Kitayama, Vaccarino, Kutner, Weiss, & Bremner, 2005; Lindauer et al., 2005; Pitman et al., 2012). I de studiene hvor det ikke har vært mulig å stadfeste en assosiasjon mellom størrelsen på hippocampus og oppfyllelse av de diagnostiske kravene til PTSD har det generelt sett blitt inkludert subjekter med mindre alvorlige PTSD. Det kan derfor tenkes at alvorlighetsgraden av PTSD-symptomene er en viktig faktor i determineringen av PTSD-relaterte endringer i hippocampus (Pitman et al., 2012). Disse endringene i hippocampus volum er en utslagsgivende faktor i hukommelse, og kan resulterer i dissosiasjon (Bremner et al., 1997). Det er en mulighet at abnormaliteter som eksisterer før og uavhengig av utvikling av PTSD blir assosiert med PTSD grunnet de er

medvirkende i en sårbarhet for utviklingen av lidelsen (Gilbertson et al., 2002; Pitman et al., 2012; Woon et al., 2010).

Et forminsket volum på hippocampus kan tenkes å være en abnormalitet som virker som en sårbarhet for PTSD, og det finnes forskning som bygger opp under nettopp dette (Gilbertson et al., 2002; Sullivan, Pfefferbaum, Swan, & Carmelli, 2001). Det eksisterer en debatt som omhandler i hvilken grad mindre hippocampus er et resultat av eksponering for traume og utvikling av PTSD, eller om liten hippocampus derimot er en risikofaktor for utvikling av PTSD. I et studie utført av Gilbertson et al. (2002) indikerer resultatene at om lag 40% av variansen i volum av hippocampus er forårsaket av genetisk varians. Dette funnet støtter opp om tidligere forskning som indikerer at forminsket volum på hippocampus er en risikofaktor for utvikling av PTSD, og at eksponering til stress er assosiert med forminsket volum på hippocampus. Studiet kan betraktes som å støtte opp under antakelsen om en interaksjonseffekt, hvor både en genetisk betinget forminsket hippocampus og eksponering til traume, er komponenter i årsaksforklaring bak den forminskede hippocampusen som kan observeres hos pasienter med PTSD (Gilbertson et al., 2002). Funnene føyer seg inn blant en solid mengde forskning som postulerer at begge årsaksforklaringene kan spille en signifikant rolle i utviklingen av PTSD (Gilbertson et al., 2002; Pitman et al., 2012; Sullivan et al., 2001; Woon et al., 2010).

Det er gjort forskning som indikerer at endringene i volum av hippocampus muligens er en reversibel tilstand som kan behandles medikamentelt (Pitman et al., 2012). Det er av stor terapeutisk interesse om reverseringen også kan stimuleres ved hjelp av psykoterapi. Lindauer et al. (2005) gjorde et studie hvor de ønsket å bruke MRI til å undersøke volum på hippocampus hos pasienter med PTSD, samt å undersøke

eventuelle endringer i hippocampus som følge av psykoterapi. Deres hypoteser predikerte at (a) pasienter diagnostisert med PTSD ville ha en signifikant mindre hippocampus enn pasienter som var eksponert for traume men ikke hadde utviklet PTSD, og at (b) en signifikant endring av volum på hippocampus kunne dokumenteres etter et vellykket forløp med psykoterapi. Forskerne målte de eventuelle endringene i volum på hippocampus ved hjelp av MRI. Resultatene er i overensstemmelse med tidligere forskning, og bekreftet deres antakelse, da pasientene med PTSD hadde et signifikant redusert volum på hippocampus sammenlignet med sammenligningsgruppen. Forskerne fant imidlertid ikke resultater som støttet opp under deres andre prediksjon, da det ikke ble dokumentert signifikante endringer i volum på hippocampus fra målinger ved pre- til post-test (Lindauer et al., 2005). Det er verdt å merke seg at i Lindauer et al. (2005) studie utgjorde psykoterapien en forskjell i pasientenes symptomer på PTSD, selv om det reduserte volumet på hippocampus vedvarte ved post-test. En implikasjon som kan være av betydning er at studiet vedvarte over forholdsvis kort tid. Altså kan man postulere at psykoterapien hadde en reverserende effekt på volum på hippocampus, uten at dette ble observert ved post-test. Om studiet hadde inkludert et oppfølgingsmål etter et vist antall måneder, kunne en ha hatt muligheten til å observere en eventuell endring av volum på hippocampus som først ble synlig etter lengre tid. Denne antagelsen kan med fordel være gjenstand for videre forskning, da det i dag er svært få studier som undersøker effekten terapi kan ha på volum av hippocampus, så dette er for tidlig å slå fast (Lindauer et al., 2005).

Flere terapiformer har til hensikt å lindre pasientens symptomer ved å målrettet visualisere den traumatiske hendelsen. Foa et al. (1998) utviklet eksponeringsterapi for PTSD, og denne teknikken har vist seg å være en av de mest suksessfulle tilnærmingene

for lidelsen. NET ønsker å bedre kodingen av deklarativ autobiografisk minne når minnene relatert til sensorisk informasjon, samt kognitive og emosjonelle persepsjoner, er aktivert. Målet med dette er å ankre hendelsen i tid, og dermed redusere den vedvarende trusselen. Behandlingstilnærmingen forsøker da å skape et helhetlig autobiografisk minne om den traumatiske hendelsen som naturlig faller inn i pasients narrativ om sitt liv i helhet. I lys av symptombildet til flyktninger og asylsøkere har pasientene ofte levd under vedvarende trusler, og traumene kan ofte klassifiseres som komplekse. Fryktnettverkene er ofte komplekse, multiple og overlapper hverandre. I et terapiforløp som hviler på prinsippene bak NET vil da pasienten ikke bli bedt om å fokusere på og fortelle terapeuten om den mest traumatiske hendelsen. Derimot vil pasienten sammen med behandler fokusere på alle de traumatiske hendelsene i en kronologisk rekkefølge satt inn i rammene av hele pasientens liv. Målet med denne tilnærmingen er at pasienten får opparbeidet et helhetlig og meningsfullt narrativ av sitt liv, noe som betraktes som viktig i prosessen mot bedring (Neuner et al., 2008). Forskning har dokumentert at traumepasienter som har klart å opparbeide seg et helhetlig narrativ av sitt liv, drar størst nytte av eksponeringsbehandlingen. I opparbeidingen av narrativet vil stadig mer kontekstuell autobiografisk informasjon ble tillagt minnet, og dermed til narrativet. Dette med mål om å inhibere fryktnettverket, og dermed redusere pasientens PTSD-symptomer (Neuner et al., 2008).

Flyktninger og asylsøkere har ofte en historie med gjentakende traumatiske opplevelser over et stort tidsrom, noe som kan tenkes å bidra til å gjøre dem til en ekstraordinær gruppe blant traumepasienter (Bichescu et al., 2005; De Jong, Komproe, & Van Ommeren, 2003; Karunakara et al., 2004; Schaal & Elbert, 2006). Med tanke på NETs oppbygging (Neuner et al., 2002), kan tilnærmingen syntes hensiktsmessig i

behandling av denne populasjonen. Hensikten med denne litteraturgjennomgangen er å undersøke behandlingseffekten NET har på flyktninger og asylsøkere diagnostisert med PTSD, bosatt permanent eller midlertidig i et vestlig land.

Metode

Metoden som ligger til grunn for arbeidet er systematisk litteratursøk og gjennomgang av teori som omhandler behandling av flyktninger og asylsøkere diagnostisert med PTSD, og som er midlertidig eller permanent bosatt i mottakerland i vesten. For å få oversikt over relevant studier knyttet til problemstillingene ble det gjort litteratursøk i databasene PsycINFO, Google Scholar, helsebiblioteket, Oria og The Cochrane Library med søkeordene “refugees”, “asylum seekers”, ”PTSD”, “Narrative exposure therapy”, “high income settings”, ”high income countries”, ”general health care”, ”trauma”, alene og i kombinasjon. Utvalget av litteraturen er gjort ut fra det som regnes som særlig relevant for problemstillingene, og artikler fra og med 2010 og frem til januar 2014 ble inkludert i litteratursøket.

Rapportering av effektstørrelser kan fasiliterer senere metaanalyser, det er med å skape en litteratur hvor senere forskere mer spesifikt kan formulere forventinger tatt i betraktningen tidligere studier, og det gir muligheten til å vurdere ens resultater opp mot tidligere relaterte studier (Lakens, 2013). I oppgaven er rapportering av effektstørrelser gjort først og fremst for å fremheve en eventuell symptomreduksjon av PTSD i utvalgene behandlet med NET. I lys av andre terapitilnærmings effekt, kan graden av behandlingseffekten til NET settes i perspektiv. Effektstørrelsene til kontrollgruppene som er tilbudt alternativ behandlingstilnærming er derfor inkludert i oppgaven. Cohen forslår et mål på effektstørrelse der $d = .20$ betraktes som en liten effekt, $d = .50$ representerer en moderat effekt og $d = .80$ en stor effekt (Lakens, 2013). Tre av fire

studier i litteraturgjennomgangen benyttet seg av Cohen's d til å rapportere effektstørrelser av behandlingsløpene, ett studie har brukt Hedge's g . Forskjellen mellom de to målene er liten. Hedge's g er en variasjon av Cohens's d som korrigerer for skjevheter som forekommer grunnet små utvalg (Hofmann & Smits, 2008). I utvalg på under 20, vil det være fordelaktig å benytte seg av Hedges g . I større utvalg vil hvilke mål en bruker til å uttrykke effektstørrelse være av liten betydning. Studiene i denne litteraturgjennomgangen har alle utvalg på over 20. Hedge's g kan også tolkes ut i fra hva Cohen foreslår som en liten (.20), moderat (.50) og stor (.80) effektstørrelse (Hofmann & Smits, 2008).

Mesteparten av forskningen som undersøker problematikken oppgaven tematiserer er foretatt i kunstige settinger, og har dermed blitt kritisert for å ha lav overføringsverdi til det allmenne psykiske helsevesenet (Nickerson et al., 2011). I et forsøk på å eliminere denne svakheten er et inklusjonskriterium i oppgaven at alle deltagerne i de ulike studiene i litteraturgjennomgangen skulle være permanent eller midlertidig bosatt i mottakerland i vesten, og det var av interesse om det fantes behandlingsstudier som ble gjennomført på vanlige psykiatriske enheter. Felles for de fire studiene som er inkludert i litteraturgjennomgangen er at de har til hensikt å undersøke effekten av behandling av PTSD med narrativ eksponerings terapi, og at utvalget omhandler flyktninger og asylsøkere som er permanent eller midlertidig bosatt i høyinntekts-settinger.

Artikler

Stenmark, Catani, Neuner, Elbert, Holen (2013)

Hensikt. Holen et al. (2013) understreker at selv om flyktninger og asylsøker er en høyrisiko-gruppe for psykiske lidelser, at det er sådd tvil om hvor godt dette utvalget

responderer på behandling i en vestlig psykiatrisk setting. Deres studiet har til hensikt å undersøke om flyktninger og asylsøkere med PTSD effektivt kan behandles i det generelle helsevernet industrialiserte land. Studiet sammenligner behandlingseffekten av NET med behandlingseffekten av "Treatment as usual" (TAU), terapien fant sted i 11 ulike psykiatriske helseverns enheter i Midt-Norge. Fokuset for måling var eventuelle endringer i symptomer på PTSD og depresjon, samt endring av diagnostiske status.

Metode. Studiet er et prospektivt komparativt randomisert studie med tre målingspunkter. Studiet er av naturalistisk art, da utvalget er henvist til og behandlet i den allmenne psykiatriske helsetjenesten. Inklusjonskriteriene i studien var at alle deltagerne skulle være over 18 år, og oppfylle de diagnostiske kravene til PTSD i følge DSM-IV. Deltagere som misbrukte medisiner eller andre substanser, hadde psykotiske lidelser, eller ble vurdert som aktivt suicidale ble ekskludert fra studien. Ved hjelp av randomisert seleksjon ble deltagerne valgt ut til å motta psykiatrisk behandling i form av NET eller TAU. Ved hjelp av skåringsverktøyet CAPS ble symptomer på PTSD målt ved behandlingsstart (pre-test), en måned etter behandling (post-test) og ved seks måneder etter endt behandling (follow-up). Den eventuelle effekten av behandlingen ble estimert ved å kalkulere innen- og mellomgruppe effektstørrelse (Hedges' g) ved post-test og follow-up.

Utvalg. 104 respondenter gjennomførte den første screeningen, av disse møtte 81 stykker de gitte inklusjonskriteriene, derav 31 asylsøkere og 50 flyktninger. Majoriteten av disse var menn ($n=56$) sammenlignet med kvinner ($n=25$), og gjennomsnittsalderen i utvalget var på 35 år. Av de nevnte 81 møtte 54 pasienter til både post-test og follow-up, henholdsvis flyktninger ($n=35$) og asylsøkere ($n=19$). Det er disse 54 som blir ansett som deltagere i studiet. Det var ingen signifikante forskjeller i alder, kjønn,

utdanningsnivå, tid brukt i eksil, asylstatus, HAM-D skåre (skåringsinstrument for depresjon), CAPS skåre, eller antall traumatiske opplevelser hos deltagerne med intensjon for gjennomføring, satt opp mot de som faktisk gjennomførte. Det ble ikke oppfordret til seponering av medisiner, da dette ble vurdert som uetisk og muligens noe som kunne øke symptomene til deltagerne.

Resultat. Behandlingseffekten ved pre-test, som sammenligner symptomer på PTSD målt med CAPS ved pre- og post-test, viser en effektstørrelse (Hedges'g) på 1.37 hos flyktninger og .90 hos asylsøkere. Follow-up seks måneder etter endt behandling viser at behandlingseffekten holder seg relativt stabil fra måling ved post-test, med en effektstørrelse på 1.53 hos flyktninger og 0.93 hos asylsøkere. Utvalget behandlet med TAU viser effektstørrelse på .42 hos flyktninger, og 0.82 hos asylsøkere ved post-test. Ved follow-up har flyktninger en effekt av behandling med TAU på .57, og asylsøkere .31. Ved seks måneders follow-up er effektstørrelsen for mellom-gruppe (NET vs. TAU) for skårene på CAPS .77 for flyktninger og .58 for asylsøkere.

I studien ble det også målt hvor stor andel av utvalget som fortsatt oppfylte de diagnostiske kriteriene til PTSD ved post-test og follow-up, referert til som endringer i diagnostisk status. Ved post-test møtte 57.6% av pasientene i NET-gruppen, og 66.7% av pasientene i TAU-gruppen, fortsatt de diagnostiske kriteriene til PTSD. Målingen ved seks måneders follow-up viser at 54.5% i gruppen behandlet med NET fortsatt tilfredsstilte de diagnostiske kriteriene for PTSD, det vil si 15 av de 33 pasientene behandlet med NET ikke lenger tilfredsstilte de diagnostiske kravene til diagnosen. Dette kan sammenlignes med at 81% av pasientene som ble behandlet med TAU ikke lenger møter kriteriene for PTSD ved follow-up.

Konklusjon. Studiet indikerer at NET er en effektiv tilnærming for behandling av flyktninger og asylsøkere i det generelle psykiatriske helsevesenet. CAPS-skåre på pre-test sammenlignet med post-test viser til stor behandlingseffekt, og effektstørrelsene er sterke også ved follow-up. Det er verdt å merke seg at symptomene fortsetter å avta noe i tiden mellom behandlingsslutt og follow-up.

Neuner, Kurreck, Ruf, Odenwald, Elbert og Schauer (2010)

Hensikt. Hensikten til studien er å undersøke om traumefokusert terapi er en effektiv tilnærming i møte med alvorlig traumatiserte asylsøkere diagnostisert med PTSD. Forskerne rekrutterte asylsøkere og flyktninger med PTSD. Samtlige deltagere hadde en status som ”temporary leave to remain”, noe som i Tyskland innebærer en maksimum tid til utsendelse på tre måneder. Deres rasjonale bak å benytte seg av NET som behandlingstilnærming var at terapiformen egner seg spesielt godt i behandling av pasienter med komplekse og multiple traumer. Neuner et al. (2010) sammenlignet behandlingseffekten av NET opp i mot effekten av TAU.

Metode. Neuner et al. undersøkte effekten av behandling på et utvalg bestående av 32 asylsøkere hvor PTSD-diagnosen var relatert til tortur utført av representanter fra staten, samt andre traumatiske hendelser. Behandlingen foregikk ved Psychological Research and Outpatient Clinic for Refugees i Tyskland. Behandlingstilnærmingene som ble sammenlignet var NET og TAU (med fokus på stabilisering og medisinerings). Pasientene ble individuelt diagnostisert ved hjelp av PDS, administrert av intervjuer som ble observert av en eller to senior klinikere. Kun der hvor senior kliniker og intervjuer var samstemte i deres utfall på PDS, ble deltagerne inkludert i studien. For deltagerne som ble behandlet med NET ble post-testen administrert seks måneder etter endt

behandling. Post-test i gruppen som ble behandlet med TAU ble individuelt matchet med NET-gruppen.

Utvalg. 32 asylsøkere ble tilbudt behandling for PTSD med NET (n=16) og TAU (n=16). Inklusjonskriterier var at deltagerne måtte inneha en status som asylsøker med `temporary leave to remain`, en historie som omhandler å være offer for organisert vold, samt at deltagerne måtte tilfredsstillе de diagnostiske DSM-IV kriteriene for PTSD. Eksklusjonskriterier var mental retardasjon, schizofreni, og betydelige hjerne skader som krever umiddelbar behandling. Det ble ikke aktuelt å ekskludere noen av deltagerne for disse kriteriene. Ved pre-test oppfylte alle deltagerne inklusjonskriteriet som omhandlet det å inneha en status som "temporary leave to remain". Imidlertid var utvalgets status i forhold til opphold noe endret ved post-test. Da var to av deltagerne i TAU-gruppen og tre deltagerne i NET-gruppen fortsatt i prosessen med søking om asyl. 13 deltagerne i TAU-gruppen og 10 deltagerne i NET-gruppen hadde "exceptional leave to remain", noe som innebærer at forholdene i hjemlandet gjør at et personen ikke trygt kan bli sendt tilbake. En av deltagerne i hver av behandlingsgruppene hadde mottatt endelig opphold i Tyskland. Fra pre- til post-test steg antallet som gikk på antidepressive medikamenter fra syv til ti, mens i NET-gruppen sank antallet fra ti til fem.

To av deltagerne (begge i NET-gruppen) fullførte ikke studien. Den ene deltagerne led av et alvorlig hyperventilerings syndrom, noe som ikke lot seg kombinere med eksponeringen behandlingen innebar. Den andre deltageren som ikke fullførte falt fra før første konsultasjon med eksponering, da han ikke ønsket å fortsette behandlingen.

Resultater. Effektstørrelsen mellom pre- og post-test er uttrykt ved hjelp av Cohen's d , og viste $d=1.6$ ved NET og $d=.40$ ved TAU. På et individuelt nivå ser man

nedgang i PTSD-score på 12 av de 16 av pasientene behandlet med NET. Halvparten av pasientene i gruppen behandlet med TAU (n=8) hadde nedgang i PTSD-score.

Rapportering av diagnostisk status viser at 15 av de 16 pasientene i gruppen behandlet med NET fortsatt tilfredsstilte kriteriene for PTSD ved post-test, mens ingen av de 16 pasientene behandlet med TAU falt utenfor de diagnostiske kriteriene for PTSD etter endt behandling.

Konklusjon. Med utgangspunkt i resultatene i deres studie, antar forskerne at NET er en hensiktsmessig tilnærming i behandling av traumatiserte asylsøkere som lever under ustabile forhold. Effektstørrelsene i studiet indikerer en sterk behandlingseffekt for utvalget som ble tilbudt NET, og en liten til moderat effekt for utvalget behandlet med TAU.

Halvorsen og Stenmark (2010)

Hensikt. Studiets hensikt er å undersøke behandlingseffekten av NET, anvendt på et utvalg bestående av flyktninger og asylsøkere. Behandlingsforløpene omhandlet 10 konsultasjoner, og foregikk ved ulike allmenne psykiatriske enheter i Midt-Norge.

Metode. Deltagerne ble rekruttert ut av et allerede pågående RCT-studie som undersøkte behandlingseffekten av traumatiserte flyktninger og asylsøkere. Deltagerne Halvorsen og Stenmarks (2010) gjennomførte måling ved pre-test, post-test og follow-up. Post-testen foregikk en måned etter endt behandling, og målinger ved follow-up ble foretatt seks måneder etter endt behandling. Behandlingen ble gjennomført av psykologer, psykiatere, psykiatriske psykepleiere og sosialarbeidere, som alle var erfarne klinikere. Skåringsverktøyet CAPS ble brukt i kartlegging og diagnostisering av PTSD. Effektstørrelsen ble målt ved hjelp av Cohen's *d*.

Utvalg. Av de 34 flyktningene og asylsøkerne som ble rekruttert til studiet, var det 16 som oppfylte de gitte inklusjonskriteriene, henholdsvis 13 menn og 3 kvinner. For å bli inkludert i studien måtte deltakerne innfri de diagnostiske kriteriene til PTSD, samt være 18 år eller eldre. Studien la også føringer for type og alvorlighetsgrad av torturen deltagerne rapporterte. For å bli inkluderte måtte de rapportere følgende: (a) direkte opplevelse av tortur (dette ble avdekket i CAPS), (b) svare bekreftende på et direkte spørsmål som ber om bekreftelse på opplevelse av tortur, (c) kunne beskrive torturmetoden som ble anvendt, og (d) deres opplevelse av tortur måtte være bekreftet i deltagerens skriftlige narrativ. Deltagerne ble ekskludert fra studien om de ble vurdert som pågående suicidale, psykotiske, eller avhengige av medikamenter eller andre rusmidler (dette avdekkes i M.I.N.I., nevropsykiatrisk intervju).

To deltagere unnlot å møte til post-test, men gjennomførte måling ved follow-up. En av de 16 deltagerne fullførte måling ved post-test, men ble sendt ut av landet før måling ved follow-up. Prosedyren "The last-observation-carried-forward" (LOCF) er benyttet for å håndtere frafall og estimere manglende data. Anvendelsen av LOCF gjør at studien kan inkludere alle de opprinnelige 16 deltagere i resultatene.

Resultater. Behandlingen viste til signifikante resultater, og effekt størrelsen (Cohen's d) var $d = .73$ mellom pre- og post-test, og $d = 1.16$ mellom pre-test og follow-up. Det ble rapportert diagnostisk status avhengig av to ulike skåringsregler brukt i tolkningen av CAPS. I følge F1/F2 regelen oppfyller alle ($n=16$) deltagerne de diagnostiske kriteriene for PTSD ved behandlingsstart, 5 deltagerne oppfyller ikke lenger de diagnostiske kriteriene for PTSD ved post-test, og 7 faller utenfor diagnosekriteriene for PTSD ved follow up. Når den mer konservative regelen F1/F2/TSEV65 ble anvendt oppfyller 15 av de 16 deltagerne kriteriene for PTSD ved

behandlingsstart, mens ved post-test oppfyller 7 ikke lenger de diagnostiske kriteriene for PTSD, og ved follow-up faller 10 utenfor diagnosekriteriene for PTSD. Omgjort til prosent vil dette bety at mellom 40% og 65% av deltagerne ikke lenger møter de diagnostiske kriteriene for PTSD ved follow-up, avhengig av hvilken skråtingsregel en velger å benytte.

Konklusjon. Studiets resultater viser til moderate utfall for behandlingen av PTSD med NET av utvalget. Et moderat antall deltagere faller ikke lenger inn under de diagnostiske kriteriene for PTSD. Imidlertid viser de en markant nedgang i PTSD symptomer, dette gjenspeiles i effektstørrelsene som er moderate mellom pre- og post-test, og store mellom pre-test og follow-up. Dette indikerer at det har skjedd et symptomlette mellom målingene ved post-test og follow-up.

Hensel-Dittmann, Schauer, Ruf, Catani, Odenwald, Elbert og Neuner (2011)

Hensikt. Hensikten med studien var å sammenligne to behandlingstilnærminger for PTSD, anvendt på en gruppe som besto av flyktninger og asylsøkere som har utviklet PTSD som følge av krig og tortur. Behandlingstilnærmingene som ble sammenlignet var NET og Stress inoculation training (SIT). Hver konsultasjon besto av 90 minutter psykoterapi, og ble gjennomført hovedsakelig av en terapeut (med en observerende trainee-terapeut som eventuelt assisterer). Terapiforløpene fant sted ved Outpatient Clinic for Refugees i tidsrommet 2004-2007. Outpatient Clinic for Refugees er en behandlingsenhet betjent av University of Konstanz i Tyskland.

Metode. Hovedutfallet målt i studien var grad av PTSD, målt med det CAPS ved pre-test, post-test og follow-up. Post-test og follow-up ble administrert ved fire og seks uker etter endt behandling. Effekt størrelse (Cohen's *d*) ble kalkulert for endringer i

PTSD-symptomer over tid. Hver av behandlerne som ble benyttet i studien var involvert i både NET og SIT. Hensikten med dette er å unngå utslagsgivende terapeuteffekter.

Utvalg. Utvalget bestod i utgangspunktet av 28 deltagere. Ved måling ved post-test var data tilgjengelig for 21 deltagere, ved seks måneders follow-up gjennomførte 22 av deltagerne målingene, og ved ett års follow-up gjennomførte 15 av deltagerne målingene. Utvalget bestod hovedsakelig av mennesker som hadde flyktet fra deres hjemland grunnet organisert vold, og dermed hadde en usikker status som asylsøkere (n=25) i Tyskland. To av deltagerne hadde permanent opphold, og en person hadde midlertidig innvilget opphold. Utvalget i de to behandlingsgruppene var ikke signifikant ulike i forhold til alder, kjønn, utdanningsnivå, år med opphold i Tyskland, komorbide psykiatriske sykdommer eller opprinnelsessted. Pasienter som hadde opplevd organisert vold og oppfylte de diagnostiske kravene for PTSD ble inkludert i studien. Eksklusjonskriteriene var avhengighet av medikamenter og/eller rusmidler, en pågående suicidalfare, og diagnosen Schizofreni. Pasienter som var gravide ble også ekskludert fra studien.

Resultat. Resultatene viser en signifikant reduksjon av symptomer på PTSD hos deltagerne som ble behandlet med NET, dette ble ikke observert hos gruppen behandlet med SIT. For gruppen behandlet med NET var effektstørrelsen $d= 1.42$ mellom pre-test og seks måneders follow-up, og $d= 1.59$ ved ett års follow-up. Deltagerne behandlet med SIT viste ingen signifikant reduksjon i CAPS-score. Deres effekt av behandlingen med SIT tilsvarende en effektstørrelse på $d= 0.12$ ved seks måneders follow up, og $d= 0.19$ ved et års follow-up.

Ved fire uker post-test oppfylte 11 pasienter i gruppen behandlet med NET og alle pasientene behandlet med SIT de diagnostiske kriteriene for PTSD. Ved seks

måneders follow-up møtte 12 pasienter i NET-gruppen og 10 pasienter i SIT-gruppen fortsatt kriteriene for PTSD. Ved 1 års follow-up hadde 8 i NET-gruppen og 7 i SIT-gruppen fortsatt PTSD i følge måling med CAPS.

Konklusjon. Resultatene av studien viser en signifikant reduksjon i PTSD-symptomer hos utvalget behandlet med NET. Behandlingseffekten ved begge målingspunkter (måling ved seks måneders og et års follow-up) er sterk. Effektstørrelsene er noe sterkere ved ett års follow-up enn ved post-test.

Tabell 1:

Resultat av litteraturgjennomgang

Studie	Utvalg	Status	Intervensjon	ES. v/ post-test	ES v/ follow-up	ES v/ andre follow-up
Stenmark et al., (2013)	Pre-test: n = 81 Post-test og follow- up: n=54	A (n = 19) F (n = 35)	NET (n= 33) TAU (n= 21)	NET A: .90 F.: 1.37 TAU A.: .82 F.: .42	NET A:.93 F: 1.53 TAU A: .31 F.: .57	Ikke inkludert
Neuner et al., (2010)	Pre-test: n= 32 Post- test: n= 30	A (n= 30) F (n= 2)	NET (n= 14) TAU (n=16)	NET A og F: 1.6 TAU A og F: .4	Ikke inkludert	Ikke inkludert
Hensel- Dittmann et al., (2011)	Post- test: n = 21 Follow- up: n=22 Ett års follow- up n=15	A (n= 25) F (n=3)	NET (n=11, 12, 8) SIT (n =10, 10, 7)	NET A og F.: .91 SIT A og F: .16	NET A og F.: 1.42 SIT A og F .12	NET A og F: 1.58 SIT A og F.: .19
Halvorsen og Stenmark, (2010)	n =16	A og F (n=16)	NET (n=16)	NET A og F: .73	NET A og F: 1.16	Ikke inkludert

Notat: n= antall deltagere. A = asylsøkere. F = flyktninger. ES = effektstørrelse (Cohen's *d* eller Hedges' *g*).

Diskusjon

Oppgavens hensikt var å undersøke den begrensede mengden studier som finnes på behandling med NET av asylsøkere og flyktninger, som oppfyller kriteriene til PTSD.

Det har blitt presentert fire studier som undersøker problematikken problemstillingen tematiserer. Tre av de fire studiene har sammenlignet behandlingseffekten av NET opp mot en annen terapitilnærming (henholdsvis SIT eller TAU) (Hensel-Dittmann et al., 2011; Neuner et al., 2010; Stenmark et al., 2013), mens et studie (Halvorsen & Stenmark, 2010) ikke inkluderer en sammenligningsgruppe. Resultatene av studiene i oppgaven viser til positive behandlingsresultater i samtlige av utvalgene behandlet med NET. Dette reflekteres i de gjennomgående store effektstørrelser ($d=.73-1.58$). Det er også valgt å rapportere endringer i diagnostisk status blant deltagerne. Et moderat antall pasienter oppfyller ikke lenger de diagnostiske kravene til PTSD ved post-test og follow-up. Sprikene som fremkommer i endring av diagnostisk status, samt de små variasjonene i de jevnt over sterke effektstørrelsen, kan blant annet ha en sammenheng med utslagsgivende ujevn fordeling av asylsøkere og flyktninger i de ulike utvalgene, utvalgenes størrelse, terapeutisk tradisjon, samt studienes design.

Diagnostisk status

I studiene forekommer det en moderat endring av diagnostisk status hos deltagerne. Deltagerne i studien til Stenmark et al. (2013) studiet viser en nedgang i forekomst av PTSD fra 100% ved måling før behandlingsstart til 54.5% ved post-test, noe som vil si at 15 av de 33 pasientene behandlet med NET ikke lenger tilfredstilte de diagnostiske kravene til PTSD. Ved post-test oppfyller 15 av de 16 pasientene behandlet med NET i Neuner et al. (2010) studie fortsatt kriteriene for PTSD. I Halvorsen og Stenmarks (2010) studie faller 7/10 av de 15/16 (avhengig av skåringsregel brukt i tolkning av CAPS) deltagerne i studien utenfor de diagnostiske kriteriene for PTSD ved måling ved follow-up. I Hense-Dittmann et al. (2011) studie oppfyller 11 av 21 pasienter de diagnostiske kriteriene for PTSD ved måling ved fire måneders post-test, 12 av 22

pasienter ved seks måneders follow-up, og 8 av 15 deltagere ved måling et år etter avsluttet behandling.

Endringene i diagnostisk status er varierende i studiene presentert ovenfor. Resultatene til Neuner et al. (2010) viser at alle deltagerne med unntak av en person, fortsatt oppfyller de diagnostiske kravene til PTSD etter behandlingsslutt. De andre studiene viser moderate endringer i diagnostisk status, da omtrent halvparten i samtlige utvalg ikke lenger tilfredsstiller kravene til PTSD. Tidligere studier har vist til større endringer i diagnostisk status etter behandlingsforløp med NET av traumatiserte pasienter (Bichescu, Neuner, Schauer, & Elbert, 2007; Schaal, Elbert, & Neuner, 2009). Det kan være ulike årsaker til at flere fortsatt oppfyller diagnosekriteriene for PTSD ved de ulike tidspunktene for målingene etter behandling. En antagelse er at flyktninger og asylsøkere er preget av spesielt omfattende traumer og høye symptomskåre, sett i sammenheng med den generelle populasjonens med diagnostisert med PTSD (Gäbel et al., 2006). Et slikt dose-respons forhold mellom traumatiske hendelser og symptomer på PTSD har blitt demonstrert i flere populasjoner (Robjant & Fazel, 2010). Studier har fremhevet en sammenheng mellom hvor omfattende traume er og hvor omfattende symptomene i etterkant viser seg å være, både hos flyktninger og overlevende som er igjen i opprinnelseslandet (Alden et al., 1996; Scholte et al., 2004; Shrestha et al., 1998), og flyktninger og asylsøkere i en reetableringsfase i høyinntekts-settinger (Silove et al., 1997). Fenomenet kan både være med å forklare den omfattende symptomatologien hos flyktninger og asylsøkere, og den moderate endringen i diagnostisk status i studiene i oppgaven..

I tråd med hypotesen om et dose-respons forhold (Robjant & Fazel, 2010) kan det tenkes at behandlingsforløpene i studiene er for korte til at det kan forventes en

symptomreduksjon som tilsier at deltagerne ikke lenger oppfyller de diagnostiske kriteriene for PTSD. Med en såpass kompleks symptomatologi som flere flyktninger og asylsøkere innehar vil det være en naturlig antakelse at også behandlingsforløpene er omfattende i tid. Det ligger i utformingen av NET at det er en korttidsbehandling, og det kan tenkes at en konstruksjon i form av en standardisert korttidsbehandling var nødvendig i møte med pasientene i den settingen behandlingen i utgangspunktet var tiltenkt, for eksempel i flyktningeleirer (Neuner et al., 2010). Det er ikke dermed sagt at de begrensede tidsrammene også er optimale i behandling av flyktninger og asylsøkere i det allmenne psykiske helsevesenet. Det beskjedne utvalget av studier som undersøker temaet i denne oppgaven kan i en viss grad være med på å modifisere denne bekymringen, da samtlige av de fire studiene oppgaven inkluderer viser betydelig behandlingseffekt av PTSD med NET. Tross dette viser mål på endring av diagnostisk status moderate tall. Et utvidet behandlingsløp og lengre oppfølging kunne muligens resultert i at flere flyktninger og asylsøkere behandlet med NET i det allmenne helsevesenet opplevde en større grad av remisjon.

Det har blitt problematisert om i hvilken grad asylsøkere evner å nyttiggjøre seg psykoterapi. Neuner et al. (2010) gjennomførte det studiet i litteraturgjennomgangen med størst andel asylsøkere, og det er dette studiet som kan vise til den minste endringen i diagnostisk status. I studien fremkommer det at asylsøkere under sårbare betingelser opplever symptomlette, og ikke negative utfall, av eksponeringen som NET innebærer. Allikevel er endringen i symptomer ikke er så stor at deltagerne faller utenfor diagnosekriteriene (Neuner et al., 2010). I Stenmarks et al. studie (2013) viser resultatene i endring av diagnostisk status at tilnærmet halvparten av gruppen behandlet med NET ikke lenger oppfyller kriteriene til PTSD ved måling ved follow-up, mens kun

en femtedel viser denne endringen i gruppen behandlet med TAU. Dette bør imidlertid betraktes i lys av at 10% av asylsøkerne i gruppen behandlet med NET (mot kun 3% i gruppen behandlet med TAU) fikk sin søknad om asyl innvilget under behandlingsforløpet. Endringen av status fra asylsøker til flyktning med innvilget asyl kan ha eliminert opprettholdende faktorer som skaper usikkerhet og interagerer med terapiforløpene, og dermed ha bidratt til mer fruktbare betingelser for terapeutisk bedring (Stenmark et al., 2013). Sett i lys av tidligere forskning bygger studiene opp under antagelsen om at en usikker status i forhold til opphold vil interagere med behandling og skape et dårligere utgangspunkt for bedringsprosessen (Neuner et al., 2010; Stenmark et al., 2013). Allikevel ser det ut som at asylsøkere under sårbare betingelser tåler den eksponeringen som NET innebærer godt (Neuner et al., 2010).

Studiet til Neuner et al. (2010) markerer seg i det at det ikke inkluderes måling ved follow-up. De andre studiene i litteraturgjennomgangen indikerer at det har skjedd symptomlette mellom målingene ved post-test og follow-up. En antakelse er at en større endring i diagnostisk status hadde forekommet om studiet inkluderte måling ved follow-up (Neuner et al., 2010).

Utvalg

I de aktuelle studiene er det inkludert en varierende sammensetning av asylsøkere og flyktninger. Dette kan tenkes å ha vært utslagsgivende for de respektive resultatene. I Stenmark et al. (2013) studie var det i alt 104 respondenter, henholdsvis 41 asylsøkere og 63 flyktninger. I studiet utført av Neuner et al. (2010) var samtlige av de 32 deltagerne asylsøkere med midlertidig opphold. I Halvorsen og Stenmarks (2010) studie hadde fire av deltagerne innvilget asyl, seks stykker var kvoteflyktninger og de resterende seks deltagerne hadde asylsøknader som enten var avslått ($n = 2$) eller under

behandling (n = 4). I Hense-Dittmann, Schauer et al. (2010) studie var 25 av de 28 deltagerne asylsøkere med usikkert opphold. Majoriteten av utvalgene som helhet er asylsøkere, da til sammen 104 av de 180 deltagerne i samtlige av studiene asylsøkere, mens 76 er flyktninger (Halvorsen & Stenmark, 2010; Hensel-Dittmann et al., 2011; Neuner et al., 2010; Stenmark et al., 2013). Stenmark et al. (2013) har det eneste studiet i litteraturgjennomgangen hvor utvalget er delt opp slik at ulikhetene i utbytte av behandling for asylsøkere og flyktninger blir fremhevet. Det fremkommer av resultatene i dette studiet at flyktningene i utvalget har en større behandlingseffekt av NET enn hva asylsøkerne har (Stenmark et al., 2013).

Asylsøkere er i en særskilt sårbar situasjon og forholder seg til stressorer i sammenheng med sin asylstatus (Roth et al., 2002; Toar et al., 2009). Noe som kan virke opprettholdende på symptomer på psykisk lidelse (Neuner, et al., 2010; Toar et al., 2009). Deres tilstand kan tenkes å ikke inneha nok stabilitet til at de som pasienter kan dra optimalt nytte ut ifra psykoterapien. Studier har bekreftet antakelsen om sårbarhet relatert til usikker asylstatus, da det vises til at asylsøkere er en gruppe med særlig stort symptomtrykk (Brekke, Sveaass, & Vevstad, 2010). Asylprosedyren kan ofte strekke seg over flere år, og internasjonale studier viser at dette er med å påføre gruppen betydelig stress som antakelig er bidragsgivende i forhold til den forhøyede sårbarheten for psykiske lidelser (Heeren et al., 2012). Selv om helsetjenesten i de fleste vestlige land har etablerte tiltak og tilbud for flyktninger, gjelder dette ofte ikke for asylsøkere. Det er gjort svært få studier med fokus på behandling av denne gruppen (Brekke et al., 2010). I de fleste mottakerland er asylsøkere tatt inn til en helseundersøkelse ved ankomst, og kartlagt for symptomer på somatiske sykdommer. Det er imidlertid lite fokus på psykisk lidelse ved disse helsekontrollene. Gruppen mottar svært lite psykisk

behandling sett i sammenheng med det betydelig symptomtrykket innen psykiske lidelser (Heeren et al., 2012).

Silove et al. (1997) demonstrerte at forekomsten av PTSD hos asylsøkere og flyktninger er relatert til flere post-immigrasjons stressorer. Dette inkluderte faktorer som forsinkelser i prosessen som omhandlet asylsøknaden, intervjuer og/eller konflikter med immigrasjonsansatte, det å ikke ha arbeidstillatelse, arbeidsledighet, diskriminering på bakgrunn av opprinnelse, samt faktorer relatert til ensomhet og kjedsomhet. En eventuell tilstedeværelsen av noen av faktorene Silove et al. (1997) belyser er relatert til om individet har status som flyktning eller asylsøker, mens noen av faktorene antakeligvis er uavhengige av dette. En prediksjon kan være at om en større andel av utvalgene i studiene var definert som flyktninger, og dermed var sikret asyl, så ville behandlingseffekten vært større (Silove et al., 1997). Det er problematisk å fastslå hvorvidt disse stressorene er en direkte årsak av vanskeligheter med tilværelse som nylig ankommet og bosatt i et nytt land. Det kan også tenkes at den emosjonelle ustabiliteten og sårbarheten knyttet til PTSD-diagnosen, samt deres historie som omhandler flukt, skaper et grunnlag for at menneskene kan føle et stort nivå av stress relatert til post-immigrasjons stressorene. Studiene i litteraturgjennomgangen kan betraktes som i overenstemmelse med forskningen for øvrig, da det fremkommer at hvorvidt søknaden om asyl er innvilget er påvirkende for hvor godt pasienter kan nyttiggjør seg terapi (Silove et al., 1997).

To av de 16 deltagere i studiet til Halvorsen og Stenmarks (2010) møtte ikke til måling ved post-test, men gjennomførte måling ved follow-up. En av deltagerne fullførte måling ved post-test, men ble sendt ut av landet før tidspunkt for måling ved follow-up. For å supplere den manglende informasjonene har forskerne benyttet seg av prosedyren

LOCF (Halvorsen & Stenmark, 2010). Ved å benytte seg av denne metoden velger forskerne å beholde alle deltagerne i studien, og antar at det siste utfallet pasienten hadde i studien ikke ville ha blitt endret i de neste målingene (Saha & Jones, 2009). Denne antagelsen om at pasientens profil holdes konstant lar seg ikke rettferdiggjøre av forskningen (Mazumdar et al., 2007). I sin kritiske gjennomgang av prosedyrer for å håndtere frafall i longitudinelle studier, fremhever Lane (2007) hvordan det å benytte seg av LOCF i studier med tilnærmet lik frafall i behandlings- og sammenligningsgruppe vil generelt underestimere behandlingseffekten. Imidlertid vil ulik frafall kunne gjøre skjevheten stor (Lane, 2008). En tolkning er at LOCF er konservativ i sin antagelse om ingen endring. I Halvorsen og Stenmark (2010) studie vil ikke LOCF predikere en ytterligere effekt av behandling hos pasientene som uteble. Da frafallet i studien er i behandlingsgruppen (sammenligningsgruppe er ikke inkludert), vil det å benytte seg av prosedyren kunne antas å ikke føre til overestimering av behandlingsresultatene (Halvorsen & Stenmark, 2010; Lane, 2008). De resterende studiene i litteraturgjennomgangen benytter seg ikke av LOCF eller andre prosedyrer som estimerer manglende data, men kalkulerer effektstørrelser kun på bakgrunn av dataen tilgjengelig (Hensel-Dittmann et al., 2011; Neuner et al., 2010; Stenmark et al., 2013).

Terapeutisk tilnærming

NET er en traumefokusert tilnærming på behandling av PTSD, og fokuserer i stor grad på eksponering. En del terapeuter stiller seg bak antagelsen om at stabilisering bør være hovedfokuset i behandling av asylsøkere og flyktninger med PTSD, og at dette er å foretrekke fremfor et fokus på eksponering av traume (Kruse, Joksimovic, Cavka, Wöller, & Schmitz, 2009; Nickerson et al., 2011). Terapeuter med dette perspektivet kan

hevdes å være en del av den såkalte multimodale tradisjonen innen behandlingsfeltet for PTSD (Nickerson et al., 2011). En rådende tanke innen den multimodale tradisjonen er at eksponering til traumat kan føre til forverring av symptomene hos flyktninger og asylsøkere med PTSD. Behandlingen av traumatiserte flyktninger og asylsøkere bør da i stor grad heller dreie seg om ulike intervensjoner som fasiliterer stabilisering. NET, og andre terapeutiske tilnærminger innen den traumefokuserte tradisjonen, kan på mange måter anses som å stå i kontrast til det multimodale perspektivet (Nickerson et al., 2011). Samlet sett, gir allikevel funnene som er inkludert i denne litteraturgjennomgangen grunnlag for å hevde at det kan være fordelaktig å benytte seg av terapimetoder som faller inn under den traumefokuserte tilnærmingen i behandling av PTSD hos traumatiserte flyktninger og asylsøkere. Dette da NET i samtlige studier gir gode behandlingsresultater, sett i sammenheng med sammenligningsgruppene som ble tilbudt TAU og SIT.

Stabilisering har også vist seg å være en viktig komponent i traumefokusert behandling. Kruse et al. (2009) utførte et studie hvor hensikten var å evaluere effekten av traumefokusert terapi, tilbudt en gruppe flyktninger med traumer relatert til krigen i Bosnia. I alt ble 70 flyktninger inkludert i studien, inklusjonskriteriet var at deltakerne måtte møte de diagnostiske kriteriene for PTSD og somatoform lidelse. Halvparten ble tilbudt psykoterapi og den andre halvparten fikk standard helsehjelp. Ved tolv måneders follow-up viste intervensjonsgruppen signifikant lavere skåre i PTSD-symptomer, sett i forhold til sammenligningsgruppen. Forfatterne konkluderer dermed med at psykoterapien var virkningsfull i behandling av flyktninger med PTSD. Imidlertid viser et av hovedfunnene i deres studie at i de traumefokuserte terapiforløpene deltagerne ble tilbudt hadde fasen med stabilisering en positiv innvirkning i utvalgets symptomlette.

Resultatene i Kruse et al. (2009) studie kan dermed også anses som et bidrag til det multimodale perspektivet som hevder at stabilisering bør være en prioritet i møte med flyktninger og asylsøkere diagnostisert med PTSD (Kruse et al., 2009; Nickerson et al., 2011), og at traumefokusert eksponering ikke nødvendigvis er den eneste veien til bedring hos flyktninger og asylsøkerer diagnostisert med PTSD.

I studiene inkludert i denne litteraturgjennomgangen ser man at samtlige av intervensjonsgruppene har en betydelig behandlingseffekt, noe vi ikke finner i sammenligningsgruppene. Dette kan antas å ha sammenheng med anvendelse av eksponering, og NETs kultursensitivitet (Slobodin & de Jong, 2014). Slobodin og de Jong (2014) har gjort en omfattende gjennomgang av litteraturen som undersøker effekten av psykoterapi av traumatiserte asylsøkere og flyktninger. De undersøkte flere ulike behandlingstilnæringer, og det var kun to intervensjoner som ga lovende resultater i deres litteraturgjennomgang, henholdsvis kultursensitiv CBT og NET. Begge de terapeutiske tilnærmingene ble representert av studier som benyttet seg av randomisering, samt at begge tilnærmingene kunne vise til store effektstørrelser. Slobodin og de Jong (2014) predikerer at så lenge traumefokuserte standardiserte protokoller praktiseres på en kulturelt tilpasset måte, så er dette en effektiv og passende terapeutisk tilnærming til denne gruppen pasienter. Ut ifra dette trekker forskerne antakelsen om at det ikke finnes noe troverdig evidens på at traumefokusert terapi forverrer pasientens symptomer på PTSD og gir negative utfall i terapi. Derimot hevder de at forskningen bygger opp under antagelsen om at NET er effektiv i behandling av flyktninger og asylsøkere med PTSD (Slobodin & de Jong, 2014). NET er konstruert med tanke på og benyttes krysskulturelt i arbeid med flyktninger i krigsrammede områder (Neuner et al., 2010). Behandlingstilnærmingen antas å være kultursensitiv, da

NET har inkorporert kultursensitive teknikker og holdninger inn i en standard protokoll (Slobodin & de Jong, 2014). Fortellertradisjonen er rådende i mange kulturer, og dette er inkorporert i NET gjennom terapitilnærmingens røtter i blant annet vitneutsagnsterapien (Slobodin & de Jong, 2014; Van der Kolk, 1994).

Randomisering

I litteraturgjennomgangen har tre av fire studier benyttet seg av randomisering. I Hensel-Dittmann et al. (2011) studie er deltagerne fordelt til behandlingsgruppene NET og SIT ved hjelp av randomisering. Neuner et al. (2010) studie er et RCT-studie, hvor deltagerne mottok behandling i henhold til NET eller TAU. Holen, Stenmark, Neuner og Catani (2013) utførte et RCT-studie hvor behandlingseffekten av NET ble sammenlignet med effekten av TAU. Halvorsen og Stenmarks (2010) studie har imidlertid en betydelig svakhet i det at undersøkelsen er utført uten en sammenligningsgruppe, og studien er dermed ikke å regne som et RCT-studie.

Ved å benytte randomisering i forskningen, økes sjansen for at det oppnås sammenlignbare grupper. Det vil minimere mulighetene for at andre faktorer enn variablene som blir studert utgjør de eventuelle forskjellene mellom gruppene i studien (Jadad, 1998). På bakgrunn av praktiske og etiske årsaker kan det anses som problematisk å anvende randomisering i behandlingsstudier på flyktninger og asylsøkere. Det etisk betenkelige ved dette omhandler at antatt effektfull behandling blir tilbakeholdt for en meget sårbar gruppe pasienter, brukt som sammenligningsgruppe. Dette er med på å bidra til at det blir foretatt en minimal andel randomiserte studier på behandlingseffekten av denne gruppen pasienter (McFarlane & Kaplan, 2012). Følgelig vil det da være en enda mindre andel studier som undersøker spesifikt behandlingseffekten av PTSD med NET hos denne gruppen.

Implikasjoner for klinisk praksis

Uten en forståelse for hvordan terapeuter på en mest mulig hensiktsmessig måte kan hjelpe traumatiserte flyktninger og asylsøkere, er det å behandle dem for PTSD utfordrende. Med bakgrunn i etiske og praktiske utfordringer, er traumebehandling av flyktninger og asylsøkere et noe neglisjert forskningsfelt (McFarlane & Kaplan, 2012). Det er imidlertid svært viktig at det allikevel gjennomføres forskning på traumebehandling av gruppen. Dette blant annet for å unngå stagnasjon på feltet, samt at terapeutiske praksiser uten forankring i forskningen får fotfeste (Nickerson et al., 2011). For å oppnå en bedre forståelse av gruppens behov i terapi, trengs det mer forskning på dette området. Ut i fra tidligere studier kan det antas at NET er en effektiv tilnærming i behandling av PTSD hos mennesker som har vært gjenstand for politisk vold, væpnet konflikt og tortur (Neuner et al., 2010; Neuner et al., 2004). NET er konstruert for å være effektiv i behandling av asylsøkere og flyktninger med en PTSD-diagnose som er bosatt i flyktningeleirer eller andre ekstreme situasjoner. Studier har vist at denne hensikten tilfredsstilles i praksis (Neuner et al., 2010; Neuner et al., 2004). Tilnærmingens form, som en standardisert korttidsbehandling, og dens oppbygging, som kronologisk tar for seg pasientens liv i helhet, gjør NET spesielt godt egnet i behandling av dette utvalget. Dette da situasjonen pasientene befinner seg i ofte kun gir rom for kontakt med terapeuten i en begrenset periode før bosituasjonen oppløses. Det at NET tar for seg pasientens liv i helhet og ikke begrenser eksponeringen til konfrontasjon av en utvalgt situasjon, er også noe som kan tenkes å være godt egnet for utvalget. Dette da deres traumer ofte er kjennetegnet av gjentakelser og kompleksitet (Neuner et al., 2010; Neuner et al., 2004). Det er imidlertid usikkerhet knyttet til om behandlingstilnærmingen er like effektiv i møte med flyktninger og asylsøkere reetablert i mottakerland i vesten

(Hensel-Dittmann et al., 2011; Robjant & Fazel, 2010). Studiene som er inkludert i oppgaven peker i retningen av at flyktninger og asylsøkere har god behandlingsutbytte av NET, da samtlige av studiene viser til sterke effektstørrelser.

Det foreligger en begrensning av litteraturgjennomgangen i at det eksisterer få studier på området. Et av de fire aktuelle studiene inkluderer ikke en sammenligningsgruppe, noe som gjør grunnlaget svakere. Tatt i betraktning begrensningene på feltet, vil det være behov for replikasjon av studiene. For å oppnå større konfidens i forhold til de positive funnene av å behandle PTSD med NET hos flyktninger og asylsøkere, vil det være hensiktsmessig at hypotesen bekreftes av videre forskning. Om disse studiene er RCT-studier med sammenligningsgrupper, samt benytter seg av større utvalg vil dette være med på å forsterke resultatene ytterligere (McFarlane & Kaplan, 2012). Sett at videre forskning er i samsvar med de aktuelle studiene, vil det være et stort steg i retningen av å gi vestlige psykologer et terapeutisk grunnlag i møte med flyktninger og asylsøkere.

De aktuelle studiene er i samsvar med hypotesen som predikerer at NET er en hensiktsmessig tilnærming i behandling av traumatiserte flyktninger og asylsøkere som er bosatt midlertidig eller permanent i et nytt land. Det fremkommer at flyktninger hadde en noe bedre effekt av behandlingen enn asylsøkere. En nærliggende antagelse er at asylsøkere har andre behov som ikke optimalt dekkes av det terapeutiske tilbudet som ligger i et behandlingsløp med NET. En annen predikasjon er at asylsøkere ofte er preget av større symptomtrykk før behandlingsstart, enn hva flyktninger er (Neuner, et al., 2010; Toar et al., 2009). I lys av denne problematikken fremkommer det at det muligens vil være fruktbart om fremtidig forskning ikke kun undersøker hele utvalgets behandlingseffekt, men om det kan være ulike deler av utvalget som profiterer bedre på

behandling med NET. Det kan for eksempel tenkes at mer eller mindre stabilitet som resultat av hvor i søknadsprosessen om asyl vedkommende er, kan være avgjørende med hensyn til hvor godt vedkommende evner å nyttiggjøre seg av NET (Roth et al., 2006; Toar et al., 2009).

Om fremtidig forskning gir indikasjoner på at god behandlingseffekt er assosiert med en viss type karaktertrekk hos pasientene, vil det være hensiktsmessig å tilby denne gruppen NET. Samtidig bør det undersøkes om alternative terapeutiske tilnærminger, eller suppleringer til et behandlingsforløp med NET, kan være med å optimalisere behandlingstilbudet til de som ikke profiterer like godt av behandlingen. Disse karaktertrekkene som kan tenkes å være avgjørende i forhold til utbytte pasienten får av et behandlingsforløp med NET, kan være relatert til pasientens traume, eller hvorvidt pasienten har fått innvilget asyl.

Implikasjoner for videre forskning

En betydelig del av forskningen viser til konsensus i antakelsen om at pasienter med PTSD har et mindre volum på hippocampus sammenlignet med den øvrige befolkningen (Bremner et al., 1997; Gilbertson et al., 2002; Hull, 2002; Kitayama et al., 2005; Lindauer et al., 2005; Pitman et al., 2012). Dette er antatt og skyldes en vedvarende aktivering av kroppens stressrespons som vil resultere i feilregulering av HPA-aksen, og dermed endringer i kroppens kortisolnivå (Guilliams & Edwards, 2010). Det er en pågående diskusjon om i hvilke grad en liten hippocampus er en sårbarhetsfaktor for utvikling av lidelsen, og i hvilken grad en forminsket hippocampus er et resultat av utviklingen av PTSD (Gilbertson et al., 2002; Pitman et al., 2012; Woon et al., 2010). Slik forskningen fremstår i dag tyder mye på at begge faktorene spiller en avgjørende rolle (Gilbertson et al., 2002; Pitman et al., 2012).

Fra et terapeutisk ståsted vil det være avgjørende å skille mellom permanent tap av celler og endringer i volum på hippocampus som er reversible (Lindauer et al., 2005). Hippocampus er en særlig plastisk og sårbar region av hjernen. Farmakologisk behandling av PTSD med selektive 5-hydroxytryptamine (serotonin) reopptakshemmere (SSRI), av typen Paroxetine, har vist seg å kunne øke volumet på hippocampus. Dette indikerer at en skadet hippocampus som følge av PTSD muligens er en reversibel tilstand som kan behandles medikamentelt (Pitman et al., 2012). Det er av betydelig terapeutisk interesse om denne reverseringen også kan påvirkes med psykoterapi, på lik linje som ved medikamentell behandling.

Holen et al. (2013), Halvorsen og Stenmark (2010) og Hense-Dittmann et al. (2010) inkluderer måling ved follow-up i tillegg til pre- og post-tester. Det er verdt å merke seg at ved disse tre studiene er det gjennomgående høyere behandlingseffekt ved follow-up enn ved post-test. Studiet i litteraturgjennomgangen som ikke inkluderer måling ved follow-up, er også det studiet som kan vise til den minste endringen i diagnostisk status. I tråd med en antagelse om at behandlingsresultater av NET synliggjøres bedre ved senere målinger, kunne Neuner et al. (2010) ha vist til bedre resultater om måling ved follow-up var inkludert i studien. Med bakgrunn i de aktuelle studiene kan det gjennomføres fremtidig forskning som predikerer at NET har en reversibel påvirkning på reduksjonen av hippocampus ved PTSD. Da vil det være viktig at målinger ved follow-up er inkludert i disse studiene. Dette da det i de aktuelle studiene har blitt gjort observasjoner som indikerer at effekten av NET øker med tiden (Halvorsen og Stenmark, 2010; Hense-Dittmann et al., 2010; Holen et al., 2013; Lindauer et al., 2005).

Hvorvidt NET kan normalisere endringene i kroppens kortisolnivå, som forekommer etter forlenget aktivering av stressresponsens i kroppen, og dermed feilregulering av HPA-akse, er fortsatt et ubesvart spørsmål (Guilliams & Edwards, 2010). Sett dette, vil NET kunne ha en reversibel påvirkning på reduksjonen av volum på hippocampus som er observert hos pasienter med PTSD. (Lindauer et al., 2005).

Lindauer et al. (2005) predikerte i sitt studie at det kom til å foreligge signifikante endringer i volum på hippocampus etter et vellykket forløp med psykoterapi. Resultatene av studien viser at prediksjonen ikke ble møtt, da et redusert volum på hippocampus vedvarte ved måling ved post-test. Post-testen i studien ble gjennomført umiddelbart etter behandlingsslutt (Lindauer et al., 2005). Om studien inkluderte måling ved follow-up kunne dette ha vist effekter som ikke var målbare ved post-test. Det kan tenkes at biologiske endringer kan være medvirkende til symptomlette fra post-test til follow-up, og at dette også kan ha innvirkning på resultatene i de aktuelle studiene i oppgaven. Det er en fordel om det gjennomføres forskning som predikerer at NET har en reversibel effekt på volum til hippocampus hos pasienter som innfrir de diagnostiske kriteriene for PTSD. Om NET kan være med å normalisere denne fysiologiske endringen observert hos traumatiserte flyktninger og asylsøkere, kan volum av hippocampus tenkes å fungere som et viktig fysiologisk effektmål for behandlingseffekten av NET. Dette er kun antakelser, men de ikke mindre viktige av den grunn, da eventuelle positive funn vil kunne være av stor terapeutisk verdi for en sårbar gruppe pasienter. Dette er et område hvor det vil være behov for ytterligere forskning, da studier som undersøker vellykkede behandlingsløp sin eventuelle reverserende effekt på hjernestrukturer som er påvirket av eksponering til traumet, nærmest er fraværende (Lindauer et al., 2005).

Usikkerheten om i hvilke grad en liten hippocampus er en sårbarhetsfaktor for utvikling av lidelsen, og i hvilken grad en forminsket hippocampus er et resultat av utviklingen av PTSD, er interessant sett i sammenheng med den høye forekomsten av komorbide lidelser hos pasienter med PTSD (Keane & Kaloupek, 1997; Keane & Wolfe, 1990). Kessler et al. (1995) har vist en eller flere komorbide lidelser forekommer hos 80% av pasientene med PTSD. Nedsatt volum på hippocampus er det mest konsistente og solide funnet i forhold til avvik i hjernestrukturer hos pasienter med PTSD (Lindauer et al., 2005), og nyere studier viser også at en forminsket hippocampus er assosiert med alvorlig depressiv lidelse (Bremner et al., 2014). I et studie gjennomført av Bremner et al. (2014) hadde en gruppe pasienter som oppfylte kriteriene for depresjon hele 19% redusert volum av hippocampus, satt i sammenheng med sammenligningsgruppen. Forskerne hadde da kontrollert for andre relevante variabler som størrelsen på hjernen generelt, andre hjernestrukturers størrelse, alkoholforbruk, alder og utdanningsnivå (Bremner et al., 2014). Depresjon er, sammen med angstlidelse eller misbruk av alkohol eller andre substanser, den lidelsen som forekommer oftest komorbid til PTSD (Araújo et al., 2014), og forskning har vist at eksponering til barndomstraumer er en sårbarhetsfaktor for utvikling av depresjon senere i livet (Heim, Newport, Mletzko, Miller, & Nemeroff, 2008). En prediksjon som med fordel kan være grunnlag for videre forskning, er om depresjon hos individer med en sårbarhet grunnet eksponering til traumat, avspeiler de fysiologiske og psykologiske resultatene av PTSD. Om dette er tilfelle, vil muligens de komorbide depressive plagene avta etter vellykket behandlingsløp med NET for PTSD.

Begrensninger

Resultatene av litteraturgjennomgangen bygger opp under anvendbarheten til NET i møte med traumatiserte flyktninger og asylsøkere, behandlet i vesten. Resultatene bør imidlertid tolkes med forsiktighet da studiene i oppgaven har begrensninger. Utvalgene i de aktuelle studiene er forholdsvis små, og for å øke generaliserbarheten bør studiene repliseres. Med replikasjoner i andre populasjoner, og ved bruk av større utvalg, vil en muligens kunne trekke konklusjoner om NETs behandlingseffekt av traumatiserte og reetablerte flyktninger og asylsøkere. Bruk av måleinstrumenter er en annen mulig påvirkende faktor som kan ha vært med på å begrense validiteten til resultatene i studiene. I tre av de fire aktuelle studiene blir CAPS administrert som en del av kartleggingen og diagnostiseringen av deltagerne. CAPS vist seg å være valid i ulike traumepopulasjoner (Briere, 2004; Griffin et al., 2004; Wilson & Keane, 2004). Allikevel kan det tenkes at administreringen av CAPS kan ha påvirket testens psykometriske egenskaper. Dette da testene ble gjennomført av klinikere, men med assistanse av tolker. I så fall vil dette kunne virke som en begrensning av studiene i oppgaven.

En åpenbar begrensning ved litteraturgjennomgangen er antall studier som er inkludert. Dette peker videre på en begrensning i fagfeltet, da det foreligger svært få studier som undersøker psykisk helse blant flyktninger og asylsøkere reetablert i vesten. Det vil være behov for replikasjoner av studiene som tar hensyn til begrensningene som fremkommer i litteraturgjennomgangen.

Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven har vært å undersøke den eksisterende litteraturen som finnes på behandlingseffekten av NET anvendt i møte med traumatiserte flyktninger og asylsøkere, bosatt i vesten. Søkeresultatene indikerer at forskning er

begrenset. Utvalget som undersøkes i oppgaven har opprinnelig blitt antatt å være vanskelig å hjelpe terapeutisk. Tross dette viserer forskningen som ligger til grunn for de aktuelle studiene at utvalget har god effekt av behandling med NET. Endring i diagnostisk status er dog moderat. Tid for måling ved post-test og follow-up, utvalgenes spesielt omfattende traumer og høye symptomskåre, samt en ustabil tilværelse i påvente av asyl, er faktorer som vanskeliggjør terapeutisk bedring. Dette antas å være utslagsgivende faktorer for de moderate endringene av diagnostisk status etter endt behandling (Halvorsen & Stenmark, 2010; Hensel-Dittmann et al., 2011; Neuner et al., 2010; Stenmark et al., 2013).

Oppgaven har fremhevet viktigheten av at det i fremtidig forskning blir undersøkt den eventuelle rollen hippocampus har som biologisk markør for PTSD. Det kan tenkes at endring i volum på hippocampus kan komme til å fungere som et viktig fysiologisk effektmål for behandlingseffekten av NET, for asylsøkere og flyktninger med PTSD. De aktuelle studiene indikerer at flyktninger har en større behandlingseffekt av NET enn hva asylsøkere har. Videre forskning ville kunne indikere om pasientene som lever under ustabile betingelser som asylsøkere, vil dra bedre nytte av en annen terapeutisk tilnærming enn NET.

Flyktninger og asylsøkere har et spesielt høyt lidelsesnivå av psykiske lidelser, særlig innen traumerelaterte lidelser (Gerritsen et al., 2006; Schweitzer et al., 2011). Dette tyder på at denne gruppen er, og kommer til å fortsatt være, en markant pasientgruppe i landene de ankommer. Viktigheten med å tolke resultatene av litteraturgjennomgangen med skepsis har blitt fremhevet i oppgaven. Dette da det fremkommer begrensinger i de aktuelle studiene. Allikevel indikerer gjennomgangen av

den eksisterende forskningen på feltet, at det syntes fruktbart å anvende NET i møte med traumatiserte flyktninger og asylsøkere i vesten.

Referanser

- Allden, K., Poole, C., Chantavanich, S., Ohmar, K., Aung, N. N., & Mollica, R. F. (1996). Burmese political dissidents in Thailand: trauma and survival among young adults in exile. *American Journal of Public Health, 86*(11), 1561-1569.
- Araújo, A., Berger, W., Coutinho, E., Marques-Portella, C., Luz, M., Cabizuca, M., . . . Mendlowicz, M. V. (2014). Comorbid depressive symptoms in treatment-seeking PTSD outpatients affect multiple domains of quality of life. *Comprehensive psychiatry, 55*(1), 56-63. doi:10.1016/j.comppsy.2013.09.004
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Baldachin, J. (2010). The Problematic Nature of Using Western Treatments for PTSD in Non-Western Settings and a Discussion of Culturally Sensitive Interventions.
- Başoğlu, M., Ekblad, S., Bäärnhielm, S., & Livanou, M. (2004). Cognitive-behavioral treatment of tortured asylum seekers: a case study. *Journal of anxiety disorders, 18*(3), 357-369. doi:10.1016/S0887-6185(02)00248-7
- Belik, S.-L., Cox, B. J., Stein, M. B., Asmundson, G. J., & Sareen, J. (2007). Traumatic events and suicidal behavior: Results from a national mental health survey. *The Journal of nervous and mental disease, 195*(4), 342-349. doi: 10.1097/01.nmd.0b013e318060a869
- Berliner, P., Mikkelsen, E. N., Bovbjerg, A., & Wiking, M. (2004). Psychotherapy treatment of torture survivors. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 8*, 85-96. Retrieved from <http://www.psychosocial.com/index.htm>
- Bichescu, D., Neuner, F., Schauer, M., & Elbert, T. (2007). Narrative exposure therapy for political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and

depression. *Behaviour research and therapy*, 45(9), 2212-2220.

doi:10.1016/j.brat.2006.12.006

Bichescu, D., Schauer, M., Saleptsi, E., Neculau, A., Elbert, T., & Neuner, F. (2005).

Long-term consequences of traumatic experiences: an assessment of former political detainees in Romania. *Clinical practice and epidemiology in mental health*, 1(1), 17. doi:10.1186/1745-0179-1-17

Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress

disorder (PTSD). *The cochrane library*. doi: 10.1002/14651858.CD003388.pub3

Boscarino, J. A. (2008). A prospective study of PTSD and early-age heart disease mortality among Vietnam veterans: implications for surveillance and prevention.

Psychosomatic medicine, 70(6), 668. doi: 10.1097/PSY.0b013e31817bccaf

Brekke, J.-P., Sveaass, N., & Vevstad, V. (2010). Sårbare asylsøkere i Norge og EU.

Bremner, J. D., Licinio, J., Darnell, A., Krystal, J. H., Owens, M. J., Southwick, S. M., .

. . Charney, D. S. (1997). Elevated CSF corticotropin-releasing factor concentrations in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 624-629. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.154.5.624>

Bremner, J. D., Narayan, M., Anderson, E. R., Staib, L. H., Miller, H. L., & Charney, D.

S. (2014). Hippocampal volume reduction in major depression. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 115-118. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.157.1.115>

Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of

posttraumatic stress disorder. *Psychological review*, 103(4), 670. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.103.4.670>

- Briere, J. (2004). *Psychological assessment of adult posttraumatic states: Phenomenology, diagnosis, and measurement (2nd ed.)*. Washington, DC: US: American Psychological Association.
- Carey-Wood, J., Duke, K. L., Karn, V., & Marshall, T. (1995). *The settlement of refugees in Britain*: HMSO.
- Carlson, E. B., & Rosser-Hogan, R. (1991). Trauma experiences, posttraumatic stress, dissociation, and depression in Cambodian refugees. *The American journal of psychiatry*, 148, 1548-1551.
- De Jong, J. T., Komproe, I. H., & Van Ommeren, M. (2003). Common mental disorders in postconflict settings. *The Lancet*, 361(9375), 2128-2130. doi:10.1016/S0140-6736(03)13692-6
- Drescher, K. D., Rosen, C. S., Burling, T. A., & Foy, D. W. (2003). Causes of death among male veterans who received residential treatment for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 16(6), 535-543. DOI: 10.1023/B:JOTS.0000004076.62793.79
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345. doi.10.1016/S0005-7967(99)00123-0
- Ertl, V., Pfeiffer, A., Saile, R., Schauer, E., Elbert, T., & Neuner, F. (2011). Validation of a mental health assessment in an African conflict population. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 1(S), 19. doi:10.1037/2157-3883.1.S.19
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309-1314. doi:10.1016/S0140-6736(05)61027-6

- Flyktninghjelpen. (2011, June 20). Oversikt over viktige begreper. Retrieved from <http://www.flyktninghjelpen.no/?aid=9079310>
- Foa, E. B. (2006). Psychosocial therapy for posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry, 67*(Suppl 2), 40-45. DOI: 10.1192/bjp.bp.106.021402
- Foa, E. B., & Jaycox, L. H. (1999). Cognitive-behavioral theory and treatment of posttraumatic stress disorder. *Efficacy and cost-effectiveness of psychotherapy*, (pp. 23-61). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (2000). Guidelines for treatment of PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 13*(4), 539-588. doi: 10.1023/A:1007802031411
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (2001). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*: Guilford Press. New York: The Guilford Press.
- Forskrift om tjenester til personer uten fast opphold. (2011, March 22). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1255>
- Frans, Ö., Rimmö, P. A., Åberg, L., & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 111*(4), 291-290. doi: 10.1111/j.1600-0447.2004.00463.x
- Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior therapy, 20*(2), 155-176. doi:10.1016/S0005-7894(89)80067-X
- Friedman, M., & Jaranson, J. (1994). The applicability of the posttraumatic stress disorder concept to refugees. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1037/10147-010>
- Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M., & Neuner, F. (2006). Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung

in der Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(1), 12-20. doi: 10.1026/1616-3443.35.1.12

Gerritsen, A. A., Bramsen, I., Devillé, W., Van Willigen, L. H., Hovens, J. E., & Van Der Ploeg, H. M. (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(1), 18-26. Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.1007/s00127-005-0003-5>

Gilbertson, M. W., Shenton, M. E., Ciszewski, A., Kasai, K., Lasko, N. B., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (2002). Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nature neuroscience*, 5(11), 1242-1247. doi:10.1038/nn958

Griffin, M. G., Uhlmansiek, M. H., Resick, P. A., & Mechanic, M. B. (2004). Comparison of the posttraumatic stress disorder scale versus the clinician-administered posttraumatic stress disorder scale in domestic violence survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 17(6), 497-503. doi: 10.1007/s10960-004-5798-4

Guilliams, T. G., & Edwards, L. (2010). Chronic stress and the HPA axis. *The Standard* (2), 1-12. Retrieved from http://www.pointinstitute.org/wp-content/uploads/2012/10/standard_v_9.2_hpa_axis.pdf

Halvorsen, J. Ø., & Stenmark, H. (2010). Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder in tortured refugees: A preliminary uncontrolled trial. *Scandinavian journal of psychology*, 51(6), 495-502. doi: 10.1111/j.1467-9450.2010.00821.x

Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (1999). A qualitative investigation of the organization of traumatic memories. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(4), 401-405.

doi: 10.1348/014466599162999

Hauff, E., & Vaglum, P. (1994). Chronic posttraumatic stress disorder in Vietnamese refugees: A prospective community study of prevalence, course,

psychopathology, and stressors. *The Journal of nervous and mental disease*, 182(2), 85-90. Retrieved from

http://journals.lww.com/jonmd/abstract/1994/02000/chronic_posttraumatic_stress_disorder_in.4.aspx

Heeren, M., Mueller, J., Ehlert, U., Schnyder, U., Copiery, N., & Maier, T. (2012).

Mental health of asylum seekers: a cross-sectional study of psychiatric disorders.

BMC psychiatry, 12(1), 114. doi:10.1186/1471-244X-12-114

Heim, C., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2008). The

link between childhood trauma and depression: insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 33(6), 693-710. doi:

10.1016/j.psyneuen.2008.03.008

Hensel-Dittmann, D., Schauer, M., Ruf, M., Catani, C., Odenwald, M., Elbert, T., &

Neuner, F. (2011). Treatment of traumatized victims of war and torture: A

randomized controlled comparison of narrative exposure therapy and stress

inoculation training. *Psychotherapy and psychosomatics*, 80(6), 345-352. doi:

<http://dx.doi.org/10.1159/000327253>

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and

repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. doi:

10.1002/jts.2490050305

Hinton, D. E., Chhean, D., Pich, V., Pollack, M. H., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (2006).

Assessment of posttraumatic stress disorder in Cambodian refugees using the Clinician-Administered PTSD Scale: Psychometric properties and symptom severity. *Journal of Traumatic Stress, 19*(3), 405-409. doi: 10.1002/jts.20115

Hinton, D. E., Chhean, D., Pich, V., Safren, S. A., Hofmann, S. G., & Pollack, M. H.

(2005). A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for Cambodian refugees with treatment-resistant PTSD and panic attacks: A cross-over design. *Journal of Traumatic Stress, 18*(6), 617-629. doi: 10.1002/jts.20070

Hinton, D. E., & Lewis-Fernández, R. (2011). The cross-cultural validity of

posttraumatic stress disorder: implications for DSM-5. *Depression and anxiety, 28*(9), 783-801. doi: 10.1002/da.20753

Hofmann, S. G., & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety

disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of clinical psychiatry, 69*(4), 621. Retrieved from

<http://www.psychiatrist.com/Pages/home.aspx>

Hollifield, M., Warner, T. D., Lian, N., Krakow, B., Jenkins, J. H., Kesler, J.,

Westermeyer, J. (2002). Measuring trauma and health status in refugees: a critical review. *Jama, 288*(5), 611-621. doi: 10.1001/jama.288.5.611

Hull, A. M. (2002). Neuroimaging findings in post-traumatic stress disorder Systematic

review. *The British journal of psychiatry, 181*(2), 102-110. doi: 10.1192/bjp.181.2.10

Hva er en flyktning? (2014, July 2). Retrieved from

<http://www.fn.no/Tema/Flyktninger/Hva-er-en-flyktning>

- Engebretsen, A. (2002). Forlatte barn, ankerbarn, betrodde barn... Et transnasjonalt perspektiv på enslige, mindreårige asylsøkere. *Oslo: NOVA rapport*, 7(02).
- Jadad, A. R. (1998). *Randomised controlled trials: a user's guide*: London: BMJ books.
- Jaranson, J. M., Kinzie, J. D., Friedman, M., Ortiz, S. D., Friedman, M. J., Southwick, S., Mollica, R. (2001). Assessment, diagnosis, and intervention. *The mental health consequences of torture* (pp. 249-275): Springer. doi: 10.1007/978-1-4615-1295-0_16
- Jones, E., Vermaas, R. H., McCartney, H., Beech, C., Palmer, I., Hyams, K., & Wessely, S. (2003). Flashbacks and post-traumatic stress disorder: the genesis of a 20th-century diagnosis. *The British journal of psychiatry*, 182(2), 158-163. doi: 10.1192/bjp.182.2.158
- Karunakara, U. K., Neuner, F., Schauer, M., Singh, K., Hill, K., Elbert, T., & Burnham, G. (2004). Traumatic events and symptoms of post-traumatic stress disorder amongst Sudanese nationals, refugees and Ugandans in the West Nile. *African health sciences*, 4(2), 83-93. Retrieved from <http://www.ajol.info/index.php/ahs/index>
- Keane, T. M., & Kaloupek, D. G. (1997). Comorbid psychiatric disorders in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821(1), 24-34. doi: 10.1111/j.1749-6632.1997.tb48266.x
- Keane, T. M., & Wolfe, J. (1990). Comorbidity In Post-Traumatic Stress Disorder An Analysis of Community and Clinical Studies1. *Journal of Applied Social Psychology*, 20(21), 1776-1788. doi: 10.1111/j.1559-1816.1990.tb01511.x
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of

anxiety and mood disorders in the United States. *International journal of methods in psychiatric research*, 21(3), 169-184. doi: 10.1002/mpr.1359

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995).

Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 52(12), 1048-1060. doi:

10.1001/archpsyc.1995.03950240066012

Kitayama, N., Vaccarino, V., Kutner, M., Weiss, P., & Bremner, J. D. (2005). Magnetic

resonance imaging (MRI) measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 88(1), 79-86. doi:

10.1016/j.jad.2005.05.014

Kruse, J., Joksimovic, L., Cavka, M., Wöller, W., & Schmitz, N. (2009). Effects of

trauma-focused psychotherapy upon war refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 22(6), 585-592. doi:10.1002/jts.20477

Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative

science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in psychology*, 4.

doi: 10.3389/fpsyg.2013.00863

Lane, P. (2008). Handling drop-out in longitudinal clinical trials: a comparison of the

LOCF and MMRM approaches. *Pharmaceutical statistics*, 7(2), 93-106. doi:

10.1002/pst.267

Lang, P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*,

16(6), 495-512. doi: 10.1002/pst.267

Lang, P. J. (1984). Dead souls: Or why the neurobehavioral science of emotion should

pay attention to cognitive science *Self-regulation of the brain and behavior* (pp.

255-272): Springer. doi: 10.1007/978-3-642-69379-3_18

- Lang, P. J. (1993). The network model of emotion: Motivational connections. *Advances in social cognition*, 6, 109-133. Retrieved from https://www.google.no/books?hl=en&lr=&id=-2aYAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA109&ots=MyiigKg8RF&sig=Gsz6GhDg0kW BQ2PqrBKlds0inw4&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Lindauer, R. J., Vlieger, E.-J., Jalink, M., Olf, M., Carlier, I. V., Majoie, C. B., . . . Gersons, B. P. (2005). Effects of psychotherapy on hippocampal volume in out-patients with post-traumatic stress disorder: a MRI investigation. *Psychological medicine*, 35(10), 1421-1431. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291705005246>
- Major, E. F. (2003). Behandling av psykisk traumatiserte i Norge. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 123(19), 2709-12.
- Mazumdar, S., Tang, G., Houck, P. R., Dew, M. A., Begley, A. E., Scott, J., . . . Reynolds, C. F. (2007). Statistical analysis of longitudinal psychiatric data with dropouts. *Journal of psychiatric research*, 41(12), 1032-1041. doi: 10.1016/j.jpsychires.2006.09.007
- McCarthy, S. (2008). Post-traumatic stress diagnostic scale (PDS). *Occupational Medicine*, 58(5), 379-379. doi: 10.1093/occmed/kqn062
- McFarlane, C. A., & Kaplan, I. (2012). Evidence-based psychological interventions for adult survivors of torture and trauma: A 30-year review. *Transcultural psychiatry*, 49(3-4), 539-567. doi: 10.1177/1363461512447608
- McNally, R. J. (2007). Mechanisms of exposure therapy: How neuroscience can improve psychological treatments for anxiety disorders. *Clinical psychology review*, 27(6), 750-759. doi: 10.1016/j.cpr.2007.01.003

- Merikangas, K. R., He, J.-p., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989. doi: 10.1016/j.jaac.2010.05.017
- Milad, M. R., Goldstein, J. M., Orr, S. P., Wedig, M. M., Klibanski, A., Pitman, R. K., & Rauch, S. L. (2006). Fear conditioning and extinction: influence of sex and menstrual cycle in healthy humans. *Behavioral neuroscience*, 120(6), 1196. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7044.120.5.1196>
- Neuner, F., Catani, C., Ruf, M., Schauer, E., Schauer, M., & Elbert, T. (2008). Narrative exposure therapy for the treatment of traumatized children and adolescents (KidNET): from neurocognitive theory to field intervention. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 17(3), 641-664. doi: 10.1016/j.chc.2008.03.001
- Neuner, F., Kurreck, S., Ruf, M., Odenwald, M., Elbert, T., & Schauer, M. (2010). Can asylum-seekers with posttraumatic stress disorder be successfully treated? A randomized controlled pilot study. *Cognitive behaviour therapy*, 39(2), 81-91. doi: 10.1080/16506070903121042
- Neuner, F., Onyut, P. L., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, E., & Elbert, T. (2008). Treatment of posttraumatic stress disorder by trained lay counselors in an African refugee settlement: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(4), 686. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.76.4.686>

- Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U., & Elbert, T. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *Journal of consulting and clinical psychology, 72*(4), 579. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.72.4.579>
- Neuner, F., Schauer, M., Roth, W. T., & Elbert, T. (2002). A narrative exposure treatment as intervention in a refugee camp: a case report. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 30*(02), 205-209. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465802002072>
- Nicholl, C., & Thompson, A. (2004). The psychological treatment of post traumatic stress disorder (PTSD) in adult refugees: A review of the current state of psychological therapies. *Journal of Mental Health, 13*(4), 351-362. doi: 10.1080/09638230410001729807
- Nickerson, A., Bryant, R. A., Silove, D., & Steel, Z. (2011). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clinical psychology review, 31*(3), 399-417. doi:10.1016/j.cpr.2010.10.004
- Nordanger, D., Mjaaland, T., & Lie, G. T. (2006). PTSD og konfrontering av traumer i et kulturelt perspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 43*(12), 1292-1299.
- Öhman, A. (2005). The role of the amygdala in human fear: automatic detection of threat. *Psychoneuroendocrinology, 30*(10), 953-958. doi: 10.1016/j.psyneuen.2005.03.019

- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*: Geneva: Author.
- Paunovic, N., & Öst, L.-G. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour research and therapy*, 39(10), 1183-1197. doi: 10.1016/S0005-7967(00)00093-0
- Phillips, J. (2013). *Asylum seekers and refugees: what are the facts?* Department of Parliamentary Services, Parliament of Australia.
- Pitman, R. K., Rasmusson, A. M., Koenen, K. C., Shin, L. M., Orr, S. P., Gilbertson, M. W., Liberzon, I. (2012). Biological studies of post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(11), 769-787. doi:10.1038/nrn3339
- Rauch, S. L., Shin, L. M., & Phelps, E. A. (2006). Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: human neuroimaging research—past, present, and future. *Biological psychiatry*, 60(4), 376-382. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.06.004
- Renner, W., Salem, I., & Ottomeyer, K. (2006). Cross-cultural validation of measures of traumatic symptoms in groups of asylum seekers from Chechnya, Afghanistan, and West Africa. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 34(9), 1101-1114. doi: <http://dx.doi.org/10.2224/sbp.2006.34.9.1101>
- Robjant, K., & Fazel, M. (2010). The emerging evidence for narrative exposure therapy: A review. *Clinical psychology review*, 30(8), 1030-1039. doi: 10.1016/j.cpr.2010.07.004
- Roth, A., & Fonagy, P. (1996). *What Works for Whom?: A Critical Review of Psychotherapy Research*. New York: The Guilford Press.

- Roth, G., Ekblad, S., & Ågren, H. (2006). A longitudinal study of PTSD in a sample of adult mass-evacuated Kosovars, some of whom returned to their home country. *European Psychiatry, 21*(3), 152-159. doi: 10.1016/j.eurpsy.2005.11.004
- Saha, C., & Jones, M. P. (2009). Bias in the last observation carried forward method under informative dropout. *Journal of Statistical Planning and Inference, 139*(2), 246-255. doi: 10.1016/j.jspi.2008.04.017
- Schaal, S., & Elbert, T. (2006). Ten years after the genocide: Trauma confrontation and posttraumatic stress in Rwandan adolescents*. *Journal of Traumatic Stress, 19*(1), 95-105. doi: 10.1002/jts.20104
- Schaal, S., Elbert, T., & Neuner, F. (2009). Narrative exposure therapy versus interpersonal psychotherapy. Retrieved from <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:352-opus-84719>
- Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2005). *Narrative Exposure Therapy: A Short-term Intervention for Traumatic Stress Disorders*. Toronto: Hogrefe Publishing.
- Schauer, M., Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. (2011). *Narrative exposure therapy: A short-term treatment for traumatic stress disorders*. Toronto: Hogrefe Publishing.
- Scholte, W. F., Olf, M., Ventevogel, P., de Vries, G.-J., Jansveld, E., Cardozo, B. L., & Crawford, C. A. G. (2004). Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan. *Jama, 292*(5), 585-593. doi: 10.1001/jama.292.5.585.
- Schweitzer, R. D., Brough, M., Vromans, L., & Asic-Kobe, M. (2011). Mental health of newly arrived Burmese refugees in Australia: contributions of pre-migration and

- post-migration experience. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(4), 299-307. doi: 10.3109/00048674.2010.543412
- Shin, L. M., Rauch, S. L., & Pitman, R. K. (2006). Amygdala, medial prefrontal cortex, and hippocampal function in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 67-79. doi: 10.1196/annals.1364.007
- Shrestha, N. M., Sharma, B., Van Ommeren, M., Regmi, S., Makaju, R., Komproe, I., de Jong, J. T. (1998). Impact of torture on refugees displaced within the developing world: symptomatology among Bhutanese refugees in Nepal. *Jama*, 280(5), 443-448. doi:10.1001/jama.280.5.443.
- Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar, V., & Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *The British journal of psychiatry*, 170(4), 351-357. doi: 10.1192/bjp.170.4.351
- Slobodin, O., & de Jong, J. T. (2014). Mental health interventions for traumatized asylum seekers and refugees: What do we know about their efficacy? *International Journal of Social Psychiatry*, 0020764014535752. doi: 10.1177/0020764014535752
- Stenmark, H., Catani, C., Neuner, F., Elbert, T., & Holen, A. (2013). Treating PTSD in refugees and asylum seekers within the general health care system. A randomized controlled multicenter study. *Behaviour research and therapy*, 51(10), 641-647. doi:10.1016/j.brat.2013.07.002
- Sullivan, E. V., Pfefferbaum, A., Swan, G. E., & Carmelli, D. (2001). Heritability of hippocampal size in elderly twin men: equivalent influence from genes and environment. *Hippocampus*, 11(6), 754-762. doi: 10.1002/hipo.1091

- Toar, M., O'Brien, K. K., & Fahey, T. (2009). Comparison of self-reported health & healthcare utilisation between asylum seekers and refugees: an observational study. *BMC Public Health*, *9*(1), 214. doi:10.1186/1471-2458-9-214
- Tribe, R. (2002). Mental health of refugees and asylum-seekers. *Advances in psychiatric treatment*, *8*(4), 240-247. DOI: 10.1192/apt.8.4.240
- Vaage, A. B., Thomsen, P. H., Silove, D., Wentzel-Larsen, T., Van Ta, T., & Hauff, E. (2010). Long-term mental health of Vietnamese refugees in the aftermath of trauma. *The British journal of psychiatry*, *196*(2), 122-125. DOI: 10.1192/bjp.bp.108.059139
- Van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard review of psychiatry*, *1*(5), 253-265. Retrieved from <http://informahealthcare.com/journal/hrp>
- Van Der Veer, G. (1992). *Counselling and therapy with refugees: Psychological problems of victims of war, torture and repression*. Oxford: John Wiley & Sons.
- Weathers, F. W., Keane, T. M., & Davidson, J. R. (2001). Clinician-Administered PTSD Scale: A review of the first ten years of research. *Depression and anxiety*, *13*(3), 132-156. doi: 10.1002/da.1029
- Wilson, J. P., & Keane, T. M. (2004). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford press.
- Woon, F. L., Sood, S., & Hedges, D. W. (2010). Hippocampal volume deficits associated with exposure to psychological trauma and posttraumatic stress disorder in adults: a meta-analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *34*(7), 1181-1188. doi: 10.1016/j.pnpbp.2010.06.016