

**Narrativ eksponeringsterapi – en ny korttidsbehandling  
for komplekse og vedvarende traumatiske opplevelser**

Anne Marita Milde , Tove Saga Nordling , Håkon Stenmark og Dag Øystein Nordanger

## **Narrativ eksponeringsterapi – en ny korttidsbehandling for komplekse og vedvarende traumatiske opplevelser**

Narrativ eksponeringsterapi er en individuell korttidsbehandling for mennesker utsatt for komplekse og vedvarende traumatiske opplevelser og stressbelastninger. Metoden kan være et viktig supplement i behandlingen av blant andre ofre for tortur og politisk vold.

I de siste 20 årene har det vært en markant utvikling av kunnskapen om traumereaksjoner og traumebehandling. En oversiktsartikkel fra Cochrane Database on Systematic Reviews om forskning på psykologisk behandling av posttraumatisk stresslidelse (PTSD) viser at individuelle eksponeringsbaserte behandlingsmetoder som *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) og traumefokusert kognitiv atferdsterapi har god symptomreduksjonseffekt, også for depresjon og andre følgetilstander (Bisson & Andrew, 2007).

*Narrativ eksponeringsterapi kombinerer elementer fra kognitiv atferdsterapi med  
imaginær eksponering og vitneutsagnsterapi*

Oppmerksomheten har særlig vært rettet mot behandling av krigsveteraner, ofre etter seksuelle overgrep og overlevende etter traumatiske enkelthendelser som naturkatastrofer, ulykker og ran. I klinisk praksis møter man ofte mer komplekse traumatiske belastninger knyttet til livshendelser i nære relasjoner eller krig/flukt. Det er imidlertid forskningsgrunnlag for å hevde at også personer med mer kompleks problematikk og komorbide vansker kan ha nytte av eksponeringsterapi (se blant andre Hembree, Foa, Dorfman et al., 2003).

Narrativ eksponeringsterapi (NET) er en standardisert korttidsbehandling som kombinerer elementer fra kognitiv atferdsterapi med imaginær eksponering og vitneutsagnsterapi (*testimonial therapy*). Metoden er utviklet ved Universitetet i Konstanz, Tyskland av klinikere og forskere tilknyttet bistandsorganisasjonen *Victims Voice* (VIVO). VIVO arbeider for å ivareta menneskerettighetene til personer som har vært utsatt for organisert vold, forfølgelse og tortur ([www.vivo.org](http://www.vivo.org)). Metoden ble opprinnelig tilpasset situasjonen i flyktningleire, hvor behandling måtte gjennomføres på kort tid, være effektiv samt være egnet for komplekse traumer (Schauer, Neuner & Elbert, 2005 for manual). Metoden ble også utviklet for å være «brukervennlig», slik at ikke-profesjonelle aktører gjennom riktig opplæring og veiledning skulle kunne anvende den. Dette er et viktig element siden flyktningleire ofte mangler helsefaglig utdannet personell.

NET er inspirert av vitneutsagnsterapi, en behandling først kjent i 1983 da to chilenske terapeuter under pseudonym anvendte vitnesbyrd fra politiske fanger og slektninger som hadde vært

utsatt for systematisk tortur og alvorlige brudd på menneskerettighetene under landets daværende militære diktaturregime (se Cienfuegos & Monelli, 1983; Agger & Jensen, 1990). Metoden er ikke standardisert, men har vært brukt i ulike sammenhenger i ulike variasjoner. Felles er at pasientens livshistorie tas opp på bånd der traumatiske opplevelser integreres i historien. Hver sesjon begynner med at historien leses opp for pasienten, som får mulighet for å korrigere. Ved endt behandling overrekkes det fullendte vitnesbyrdet til pasienten, som signerer dette. Handlingen får et tilnærmet rituelt preg som fordømmer urettferd og overgrep. Terapiformen er anbefalt som et tillegg til andre psykoterapeutiske intervensjoner også på andre pasientpopulasjoner enn overlevende etter tortur (Van der Veer, 1992). En nyere studie på 23 overlevende etter tortur i India har vært inspirert av NET i utforming av vitnesbyrdet. Pasientene var spesielt fornøyd med seremonien for overleveringen av sitt vitnesbyrd, som ifølge forfatterne ble et vendepunkt i helingsprosessen (Agger, Raqhuvanshi, Shabana, Polatin & Laursen, 2009).

**Bilde 1.** «The Lifeline Exercise» eller livslinjen fra første sesjon. Terapeuten presenterer et tau og forklarer at dette symboliserer pasientens liv; den ene enden markeres som fødselen og den andre enden (nøstet) representerer fremtiden. Konkrete objekter symboliserer henholdsvis positive (blomster) og negative (steiner) hendelser i pasientens liv. Pasienten legger selv symbolene på tauet, og med hjelp fra terapeuten blir hendelsene satt i en kronologisk rekkefølge. Livslinjen kan fotograferes eller tegnes, og kan også redigeres under behandlingen dersom nødvendig (se Schauer, Neuner & Elbert, 2005 for detaljer).



Det er to grunnleggende elementer som utgjør hovedprinsippene i NET. Det første har utgangspunkt i kunnskap om organismens evne til å habituere eller gradvis respondere mindre på irrelevante stimuli. Overført til behandling innebærer habituering en eksponering for minner og emosjonelle responser direkte knyttet til den belastende hendelsen (Foa, Hembree, Cahill et al., 2005; Rauch, Grunfeld, Yadin et al., 2009). Det andre er betydningen av hukommelse og integrering av minner med utgangspunkt i nevrobiologisk forskning på hukommelse (Schacter, 1996; Schacter & Tulving, 1994). Generelt skiller man mellom *eksplisitt* og *implisitt* hukommelse. Eksplisitt hukommelse er evnen til å assosiere hendelser til tid og sted (autobiografisk eller episodisk hukommelse). Implisitt hukommelse omfatter mindre presise minner om hva vi har lært, for eksempel hvordan vi har tilegnet oss spesielle ferdigheter (reflektorisk eller non-deklarativ). Ved eksponering for alvorlig stress eller belastning svekkes hovedsakelig innkoding og gjenhenting av minner i eksplisitt hukommelse, og en manglende integrering assosieres med fortregning, dissosiasjon (endret bevissthetstilstand) og fragmenterte hukommelsesbilder. Dette er ulike varianter av amnesi som vil opptre i ulik grad hos traumatiserte, men som ofte korrelerer med symptomer på akutt stresslidelse (Harvey & Bryant, 1999). Slike forsvarsreaksjoner kommer i tillegg til de mer grunnleggende biologiske forsvarsresponsene som flukt, angrep, immobilitet og overgivelse. Men også synsinntrykk og minner fra livstruende hendelser kan huskes i detalj (blitshukommelse) og gi kraftig sympatisk aktivering som endrer kroppens naturlige hormonregulering. Klinisk erfaring tilsier at det som hyppigst forekommer, er fragmenterte minner, der følelser og sanseinntrykk kan oppleves som skremmende og ubehagelige, og som aktiverer frykt (*hot memory*). Det karakteristiske for traumatiske minner er ofte at pasienten har klare minner om en hendelse som kan inkludere sterke sensoriske detaljer. Samtidig kan det være vanskelig å bli konfrontert med minnene og sette detaljer og bruddstykker inn i en kronologisk orden. Unngåelsesstrategier som forhindrer konfrontasjon eller reaktivering av «hot memories», gjør at bearbeiding og integrering av minnene, som lagres forskjellig i hukommelsen, blir mindre verbalt tilgjengelige (Nutt & Malizia, 2004). Minner om ikke-traumatiske hendelser integreres relativt raskt i den eksplisitte hukommelsen og benevnes ofte som «kalde minner» (*cool memory*). De kan gjenhentes uten å utløse spesielt sterke fysiologiske responser og er således mer verbalt tilgjengelige.

*Terapeuten presenterer et tau og forklarer at dette symboliserer pasientens liv; den ene enden markeres som fødselen og den andre enden (nøstet) representerer fremtiden*

Fragmentering og disorganisering av minner er med på å opprettholde pasientens symptombelastning og generelt svekkede funksjonsnivå. Kunnskap om grunnleggende neurofysiologiske virkningsmekanismer knyttet til hukommelse og atferd er derfor essensielt for å kunne forstå terapeutisk effekt eller mangel på sådan.

### Behandlingsprosedyre

Før NET-basert behandling gjennomfører man en grundig utredning av traumesymptomer, komorbiditet og psykiatrisk historie ved for eksempel systematisk kartlegging med *Clinician Administered PTSD Scale (CAPS)* eller *Structured Clinical Interview for Mental Health (SCID)*. Behandlingen er tidsavgrenset. I samråd med pasienten avtaler man antall behandlingstimer. Ifølge manualen skal det være mellom fire og ti behandlingssesjoner med 90 minutters varighet, minimum 1 sesjon ukentlig (se Schauer et al., 2005). Formålet er å motivere til effektiv bruk av tid, samt vise at opplevd ubehag og frykt knyttet til eksponeringen er tidsavgrenset. Første sesjon starter med psykoedukasjon og inneholder elementer som:

*normalisering* («det er normalt og forståelig at du har slike reaksjoner etter det du har opplevd»), *legitimering* («symptomer du opplever å ha nå er et resultat av det du har opplevd»), *Beskrivelse av traumesymptomer* (invaderende tanker, hyperaktivering, unngåelse), og *beskrivelse av terapeutisk prosedyre* (imaginær eksponering, habituering, livslinje, narrativ, avslutning).

Presentasjonen tilpasses pasientens alder, kulturelle bakgrunn, utdanningsnivå og erfaring, men det er viktig å forsikre at pasienten har forstått hva som skal skje, og frivillig samtykker. I andre sesjon lager pasienten, med bistand fra behandleren, en livslinje fra fødsel til nåtid ved hjelp av konkrete objekter. Et tau legges ut, positive hendelser eller livsperioder markeres med blomster, og traumatiske eller negative hendelser (*hot spots*) markeres med steiner). Man kan bruke ulik form, farge eller størrelse på blomster og steiner for å symbolisere ulik subjektiv vurdering av alvorlighetsgrad i de enkelte opplevelsene (se bilde 1). Dette er starten på livshistorien som for eksempel kan inkludere barndom – før-traume – første traumatiske opplevelse – etter-traume – livet imellom – andre traumatiske opplevelse – fremtid.

*Narrativ eksponeringsterapi er først og fremst et bidrag til behandling av traumatiserte flyktninger, men kan også være nyttig i behandling av sammensatte og komplekse symptomer hos andre*

Narrativet er pasientens livshistorie fra fødsel til nåtid med hovedfokus på traumatiske opplevelser. Fremkommer det mange like hendelser, vil man i samråd med pasienten velge å fokusere på den som utpeker seg som den mest sentrale eller mest alvorlige. Denne vil symbolisere de øvrige hendelsene. Seleksjonen reduserer antallet «*hot spots*» som må bearbeides.

Man demonstrerer for pasienten hvordan eksponeringen gjennomføres, ved først å gå igjennom en valgt positiv hendelse i detalj. Når historien kommer til traumatiske opplevelser, benyttes eksponeringsterapi; uproblematiske hendelser og livsperioder beskrives kort. Eksponeringen innebærer at pasienten beskriver hendelsesforløpet med så stor detaljrikdom som mulig, parallelt med at terapeuten hjelper pasienten med vekselvis å fokusere på tanker, følelser og kroppsfornebbelser som ble utløst under hendelsen. For eksempel<sup>1</sup>:

Sensorisk – *Fortid*: «Kunne du føle pistolen mot ryggen din»? – *Nåtid*: «Kan du se soldaten nå? Hvordan ser han ut»? Kognitivt – *Fortid*: «Trodde du at du skulle dø akkurat da»? – *Nåtid*: «Hva tenker du nå»? Emosjonelt – *Fortid*: «Følte du en intens frykt akkurat da»? – *Nåtid*: «Kan du føle en intens frykt nå, slik som du gjorde da»? Fysiologisk – *Fortid*: «Slo hjertet ditt fort i det øyeblikket»? – *Nåtid*: «Kan du føle at hjertet ditt slår fort akkurat nå, slik det gjorde da?»

Terapeuten sikrer at fortellingen blir *kronologisk*, at minnene plasseres i rett sammenheng i tid og rom, for å redusere fragmentering og gjøre minnene mer verbalt tilgjengelige. Prosessen kan innledningsvis medføre forvirring, utløse overveldende angst og skape motstand mot å dvele ved ubehagelige detaljer, men pasienten motiveres til å fortsette kronologien. Stopp eller brudd i fortellingen er ofte et tegn på at man berører *hot spots*. Mens de fleste andre traumebehandlingsmetoder benytter gjenfortellinger i nåtid, skjer gjenfortellingen i NET i *fortid* for å understreke at traumet tilhører nettopp fortiden. Dette er også anvendt i vitneutsagnsterapi inspirert av NET (Agger et al., 2009). Med minner menes rekonstruksjon og ikke en eksakt replikasjon av hva som er sett, hørt eller opplevd. Faktorer som kan påvirke pasientens hukommelse, identifiseres etter kriterier som man kan finne hos for eksempel Schacter (1996). Det er viktig å formidle til pasienten

---

<sup>1</sup>Id="psykolog11-07b-804"> Eksempler er hentet og fritt oversatt til norsk fra NET-manualen.

at for barndomsopplevelser er det ofte naturlig å mangle minner for hendelser. Terapeuten må være bevisst på ikke å konstruere falsk deklarativ hukommelse. I tilfeller med manglende minne kan det ofte være nyttig å hjelpe pasienten med å akseptere manglende svar.

Det er en viktig målsetting at pasienten kjenner og rapporterer at ubehaget avtar under selve eksponeringen. Fortellingen fortsetter derfor til et punkt i hendelsesforløpet hvor pasienten har kommet i trygghet, bort fra den traumatiske situasjonen. Dersom angsten ikke reduseres, kan det indikere at pasienten har unngått å fortelle om den verste opplevelsen, og en ny gjennomgang vil være nødvendig. Andre angstreduserende teknikker kan benyttes parallelt.

Mellom hver sesjon skriver behandleren ned narrativet i første person entall («jeg-form») og leser det høyt ved starten på neste sesjon slik at det fungerer som en ny eksponering. Pasienten får anledning til å korrigere eventuelle feil eller legge til ny informasjon. Ved endt behandling er det formet en helhetlig, kronologisk fortelling om personens liv som integrerer både positive og negative hendelser. Når fortellingen er kommet til her-og-nå, får pasienten spørsmål om å utforske tanker om og ønsker for fremtiden. Disse innlemmes i en siste og avsluttende del av narrativet. I siste sesjon blir det endelige narrativet lest høyt for pasienten før det blir signert av både behandler og pasient. Behandleren beholder en kopi i journalen, og pasienten får dokumentet som sitt eie og kan velge dets videre skjebne. *Victims Voice*-gruppen har erfaring med at slike dokumenter er overlevert menneskerettighetsorganisasjoner som dokumentasjon av brudd på menneskerettighetene.

### **Kriterier for bruk**

Traumatiserte personer kan utvise motstand mot å gjennomføre behandling som kan gi økt lidelsestrykk. Kulturelle faktorer kan være medvirkende til at noen pasienter ikke gir samtykke til traumeeksponering. I visse flyktningpopulasjoner er det kulturelt forankrede forestillinger som tilsier at man ikke bør åpne opp for vonde minner, og som tilsier at slik åpenhet kan innebære fare (Nordanger, Mjaaland & Lie, 2006). Slik tenkning kan også være utbredt i vestlige populasjoner. Riktig bruk av psykoedukasjon blir da avgjørende for å skape motivasjon og etablere en felles forståelse av rasjonalet for behandlingen.

Ved NET, som ved all eksponeringsterapi, er det viktig å vurdere egnethet for behandling. Både terapeutfaktorer og pasientfaktorer er av betydning. Viktige terapeutfaktorer som bør avdekkes, er eventuell frykt for symptomforverring og frafall. En må være trygg på at man er i



stand til å gjennomføre og avslutte behandlingen på forsvarlig vis. Terapeuten må ha evne til å engasjere pasienten, vise oppriktighet og tiltro til at pasienten vil mestre angsten, og må kunne regulere aktiveringsnivået når *hot spots* berøres. En pasientfaktor som innebærer ikke-egnethet for eksponeringsterapi, er om det forekommer pågående negative livshendelser som for eksempel vold og overgrep. Dette må inngå i kartlegging av pasientens livssituasjon. Det er faglig konsensus for at pågående vold er et eksklusjonskriterium for traumeeksponering (se for eksempel Resick, Nishith, Weaver, Astin & Feuer, 2002).

Tilleggsproblemer som alkohol- og rusmisbruk hos traumatiserte pasienter er kjent (Kofoed, Friedman & Peck, 1993 for oversikt), men enhver form for eksponeringsterapi forutsetter at pasienten ikke er påvirket av alkohol, sedativer, opiater eller illegale rusmidler. Årsaken til dette er todelt. For det første reduserer rusmidler som opiater og benzodiazepiner aktiviteten i hukommelsesnettverket, som bør fungere upåvirket slik at kognitiv bearbeiding kan forløpe så uhindret som mulig. For det andre vil man unngå risiko for tiltagende misbruk som følge av behandlingen. Rusmisbruk vil over lengre tid også kunne tape sine symptomdempende egenskaper og gi tiltagende helseskadelige konsekvenser (Yücel, Lubman, Solowij & Brewer, 2007 for oversikt). Terapeutens oppgave blir å motivere pasienten til å redusere eller seponere inntak av angstdempende medikamenter og rusmidler før iverksetting av eksponeringsterapi, gjerne i samråd med pasientens fastlege.

Det er fem hovedregler ved NET som bør følges:

- 1 Aldri stopp en NET-sesjon når frykt og angst er uttalt til stede
- 2 Vær til stede med pasienten under traumenarrativet til aktiveringsnivået avtar
- 3 Forhindre de-realisering, dissosiering og unngåelse
- 4 Forhindre at pasienten går frem og tilbake i tid under narrativet
- 5 Ikke bland eksponering og avslutning

Terapeuten må være bevisst på når disse separate teknikkene skal brukes. En avslutning skal ha som formål å bringe pasienten til ro slik at aktiveringsnivået returnerer til normalt nivå.

Fokuset på traumehendelsene avpasses etter reaksjonene. Der pasienten dissosierer, vil en arbeide med å få etablert kontakt før en vurderer gradvis traumefokus. Om sterk dissosiasjon er hovedreaksjonen, vil det være naturlig å vurdere andre tilnærminger først. Terapeuten må være innforstått med rasjoalet for bruk av eksponering, ha mottatt veiledning og være trygg

på prosedyrene. Pasienten må være grundig kartlagt og ha mottatt informasjon om rasjonale og prosedyre; et tillitsforhold må være etablert. Det vises til en nyttig artikkel i dette tidsskriftet av Hokland (2006), som tar for seg internasjonal forskning på hvilke pasienter som egner seg for eksponeringsterapi.

I behandling av posttraumatiske tilstander møter en ofte ulike grader av skam og/eller skyldfølelse. Sterk skyld kan komme som følge av for eksempel å ha overlevd en hendelse der familiemedlemmer har omkommet. Eksponeringsbaserte metoder som NET kan i slike tilfeller være utilstrekkelige. Skyld er imidlertid ikke et eksklusjonskriterium, men heller en utfordring for terapeuten. Bruk av kognitiv restrukturerings- og mindfulness-basert kognitiv terapi kan være måter å jobbe mer spesifikt på med dette, eventuelt i kombinasjon med NET.

## Virkning

Evidens for at NET effektivt reduserer traumesymptomer på gruppenivå er vist gjennom ulike typer studier hovedsakelig på flyktninger og asylsøkere (se tabell 1).

**Tabell 1. Publiserte studier på KidNET og NET (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>)**

<b>KidNET</b>	Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Catani, C., Schauer, E. & Elbert, T. (2010). Catani, C., Kohiladevy, M., Ruf, M., Schauer, E., Elbert, T. & Neuner, F. (2009). Onyut, L.P., Neuner, F., Schauer, E., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, M. & Elbert, T. (2005).
<b>NET</b>	Halvorsen, J.Ø. & Stenmark, H. (2010). Neuner, F., Kurreck, S., Ruf, M., Odenwald, M., Elbert, T. & Schauer, M. (2010). Schaal, S., Elbert, T. & Neuner, F. (2009). Neuner, F., Onyut, P.L., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, E. & Elbert, T. (2008). Bichescu, D., Neuner, F., Schauer, M. & Elbert, T. (2007). Onyut, L.P., Neuner, F., Schauer, E., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, M. & Elbert, T. (2005). Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U. & Elbert, T. (2004). Neuner, F., Schauer, M., Roth, W. T. & Elbert, T. (2002).

En studie sammenlignet NET med støttesamtaler eller psykoedukasjon hos 43 sudanesiske flyktninger med PTSD bosatt i en flyktningleir i Uganda. Behandlingen ble utført av ni forskningsassistenter med opplæring i NET, rekruttert fra leiren. Deltagerne ble randomisert til en av de tre betingelsene, hvor psykoedukasjon bestod av én sesjon og de øvrige av fire sesjoner (à 90–120 min). Evaluering og kartlegging ble utført tre til fire uker før behandling, fire måneder og

tolv måneder etter behandling. Kontrastanalyser viste en signifikant effekt ved tolv måneder, der kun 29 % i NET gruppen oppfylte PTSD-kriteriene, til forskjell fra 79 % i støttesamtalegruppen og 80 % i psykoedukasjonsgruppen (Neuner, Schauer, Klaschik et al., 2004). En annen studie inkluderte 277 flyktninger med PTSD bosatt i en flyktningleir i Uganda som ble randomisert til henholdsvis manualisert NET-behandling, generell traumebehandling («trauma counseling», TC), eller ingen psykologisk behandling. Begge behandlingsgruppene viste en markant symptomreduksjon hvor 70 % i NET-gruppen og 65 % i TC-gruppen ikke lenger oppfylte kriteriene for PTSD, til forskjell fra 37 % i ikke-behandlingsgruppen (Neuner et al., 2008). Ikke-profesjonelle behandlere med opplæring i NET med yrkesbakgrunn som lærere, sykepleiere eller sekretærer utførte terapien under veiledning.

En tredje studie inkluderte 18 personer med langvarig kronisk PTSD etter politisk forfølgelse i Romania som ble randomisert til NET eller psykoeduksjon. Seks måneder etter endt behandling oppfylte fire av ni personer i NET-gruppen kriteriene for PTSD, til forskjell fra åtte av ni i psykoedukasjonsgruppen. Depressive symptomer ble i tillegg signifikant redusert i NET-gruppen, noe som indikerer at metoden kan være effektiv på komorbide symptomer (Bichescu, Neuner, Schauer & Elbert, 2007). En randomisert kontrollert studie i Rwanda med personer som hadde mistet foreldre i krig, viste at kun 25 % oppfylte PTSD-kriteriene etter ukentlige individuelle NET-sesjoner, til forskjell fra 71 % som mottok gruppetilpasset psykoterapi (Schaal, Elbert & Neuner, 2009). For øvrig er det publisert en kasusrapport som viser at kun tre NET-sesjoner effektivt kan redusere PTSD-symptomer målt ved hjelp av PDS (*Posttraumatic Stress Diagnostic Scale*) (Neuner, Schauer, Roth & Elbert, 2002). Det er også evidens for at pasienter som er i stand til å konstruere et sammenhengende traumenarrativ, profitterer på eksponeringsterapi vist gjennom reduksjon i traumerelaterte symptomer (Foa, Molnar & Cashman, 1995). De studiene som foreligger på barn utsatt for traumatiske hendelser, indikerer at KidNET har god effekt (se Onyut et al., 2005; Neuner et al., 2008; Catani et al., 2009 for detaljer).

Randomisert kontrollerte studier på voksne PTSD-pasienter er hittil begrenset til å gjelde flyktninger i afrikanske land og politiske fanger i Romania. Dette er spesielle populasjoner som lever under svært vanskelige forhold både sikkerhetsmessig og materielt. Flyktningleire kan være usikre områder hvor politiske og kulturelle konflikter kan oppstå og bidra til økt spenning og uro. De som utførte behandlingene, hadde ingen klinisk utdanning ut over trening og opplæring i kartlegging og prosedyrer gitt av erfarne psykologer fra *Victims Voice*, som også ga veiledning underveis. Det er

derfor viktig å undersøke grad av overføringsverdi til norske forhold, både når det gjelder behandling av traumatiserte flyktninger bosatt her, og pasienter med etnisk norsk bakgrunn.

Flyktningpasienter i Norge lever under forholdsvis trygge fysiske forhold, men kan oppleve til dels alvorlige tilleggsbelastninger. Tilpasning til en ny og annerledes kultur, usikkerhet rundt oppholdstillatelse, bekymring og engstelse for familiemedlemmer i krigssoner, bemanningssituasjonen ved asylmottakene, overføring til andre mottak samt etniske og/eller politiske konflikter er noen eksempler. Bruk av ikke-profesjonelle behandlere som bor og lever under samme forhold, kan bidra til å skape en trygg behandlingskontekst som det kan være vanskelig for utenforstående profesjonelle behandlere å oppnå (Neuner et al., 2008). Likevel kan dette innebære utfordringer som krever grundig kartlegging av for eksempel forskjeller i kulturell bakgrunn, religion og livssyn eller politisk uenighet. Hvordan seleksjon av lekfolk praktiseres i flyktningleire hvor NET er i bruk, er ikke tilfredsstillende beskrevet i litteraturen.

Det er et klart behov for flere effektstudier, men også systematiske undersøkelser av hvordan NET fungerer i behandling av pasienter henvist til norske poliklinikker. I tillegg bør forskere som ikke er tilknyttet *Victims Voice* (VIVO), anvende metoden og publisere sine erfaringer og resultater. Den forskningen som foreligger per i dag, er i hovedsak utført av aktører som har en tilknytning til VIVO. Metoden er under utprøving i to forskningsprosjekter; ett ved Ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging – Region Midt-Norge (RVTS Midt), og ett ved det tilsvarende senteret i Region Vest (RVTS Vest). Prosjektet ved RVTS Midt omfatter behandling av flyktninger og åpner dermed for bruk av tolk. RVTS Vest har inkludert både flyktninger uten tolkebruk og etnisk norske pasienter. I begge regionene har behandlere blitt rekruttert fra ulike institusjoner hvor samtlige har fått strukturert opplæring og veiledning i NET i regi av VIVO. De foreløpige resultatene gir inspirasjon til økt forskningsinnsats. I RVTS Vest- prosjektet oppfylte 5 av 10 pasienter kriteriene for PTSD en måned etter avsluttet behandling (Heilmann & Måkestad, 2008). Delfunn fra RVTS Midt-prosjektet er nylig publisert og viser at ti sesjoner med NET ga en signifikant reduksjon av PTSD-symptomer og depresjon kartlagt seks måneder etter behandling hos 16 overlevende etter tortur (Halvorsen & Stenmark, 2010). Tilbakemeldinger fra behandlere involvert i prosjektene har også vært gode, men det gjenstår å utføre en systematisk evaluering av deres erfaringer.

## Konklusjon

Med økt migrasjon og bosetting av mennesker med en vanskelig livsbakgrunn vil innvandrerhelse og -behandling kreve sterkere fokus i norsk helsevesen. Utvikling av terapeutiske verktøy som kan bidra til bearbeiding av traumer og forhindre unngåelse er nødvendig. NET er først og fremst et bidrag til behandling av traumatiserte flyktninger, men kan også være nyttig i behandling av sammensatte og komplekse symptomer knyttet til andre identifiserbare hendelser enn krig, flukt og tortur. Det er imidlertid behov for flere effektstudier som også utføres av uavhengige forskere.

## Referanser

- Agger, I. & Jensen, S. B. (1990). Testimony as ritual and evidence in psychotherapy for political refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 115–130.
- Agger, I., Raghuvanshi, L., Shabana, S., Polatin, P. & Laursen, L. K. (2009). Testimonial therapy. A pilot project to improve psychological wellbeing among survivors of torture in India. *Torture*, 19, 204–217.
- Bichescu, D., Neuner, F., Schauer, M. & Elbert, T. (2007). Narrative exposure therapy for political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression. *Behavioral Research Therapy*, 45, 2212–2220.
- Bisson, J. & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews. DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub3
- Catani, C., Kohiladevy, M., Ruf, M., Schauer, E., Elbert, T. & Neuner, F. (2009). Treating children traumatized by war and tsunami: A comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka. *BMC Psychiatry*, 13, 9–22.
- Cienfuegos, J. & Monelli, C. (1983). The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 53, 43–51.
- Foa, E., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A., Riggs, D. S., Feeny, N. C. & Yadin, E. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 73, 953–964.
- Foa, E. B., Molnar, C. & Cashman, L. (1995). Change in rape narratives during exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 675–690.

- 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*, 495–502.
- Harvey, A. G. & Bryant, R. A. (1999). A qualitative investigation of the organization of traumatic memories. *British Journal of Clinical Psychology*, *38*, 401–405.
- Heilmann, K. R. & Måkestad, E. (2008). Narrative exposure therapy as treatment for *posttraumatic stress disorder: An intervention study*. Hovedoppgave. Institutt for biologisk og medisinsk psykologi, Universitetet i Bergen.
- Hembree, E. A., Foa, E. B., Dorfan, N. M., Street, G. P., Kowalski, J. & Tu, X. (2003). Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? *Journal of Traumatic Stress*, *16*, 555–562.
- Hokland, M. (2006). Kan noen traumatiserte pasienter ta skade av eksponering for minner om traumer? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *11*, 1150–1158.
- Kofoed, L., Friedman, M. J. & Peck, R. (1993). Alcoholism and drug abuse in patients with PTSD. *The Psychiatric Quarterly*, *64*, 151–171.
- Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U. & Elbert, T. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counselling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*, 579–587.
- 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*, 641–664.
- 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 Behavioral Therapy*, *39*, 81–91.
- 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*, 205–209.

- Neuner, F., Onyut, P. L., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, E. & Elbert, T. (2008). Treatment of posttraumatic stress disorder by trained lay counsellors in an African refugee settlement: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 868–894.
- Nordanger, D., Mjaaland, T. & Lie, G. T. (2006). PTSD og konfrontering av traumer i et kulturelt perspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 43*, 1292–1299.
- Nutt, D. J. & Malizia, A. L. (2004). Structural and functional brain changes in posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychiatry, 65*, 11–17.
- Onyut, L. P., Neuner, F., Schauer, E., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, M. & Elbert, T. (2005). Narrative Exposure Therapy as a treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: two case reports and a pilot study in an African refugee settlement. *BMC Psychiatry, 3*, 5–7.
- Rauch, S. A., Grunfeld, T. E., Yadin, E., Cahill, S. P., Hembree, E. & Foa, E. B. (2009). Changes in reported physical health symptoms and social function with prolonged exposure therapy for chronic posttraumatic stress disorders. *Depression and Anxiety, 26*, 732–738.
- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C. & Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 867–879.
- Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Catani, C., Schauer, E. & Elbert, T. (2010). Narrative exposure therapy for 7- to 16-year-olds: a randomized controlled trial with traumatized refugee children. *Journal of Traumatic Stress, 23*, 437–445.
- Schaal, S., Elbert, T. & Neuner, F. (2009). Narrative exposure therapy versus interpersonal psychotherapy. A pilot randomized controlled trial with Rwandan genocide orphans. *Psychotherapy and Psychosomatics, 78*, 298–306.
- Schacter, D. L. (1996). *Searching for memory: The brain, the mind and the past*. New York: Basic Books.
- Schacter, D. L. & Tulving, E. (1994). *Memory systems*. Hong Kong: Asco Trade Typesetting.
- Schauer, M., Neuner, F. & Elbert, T. (2005). *Narrative Exposure Therapy. A Short-Term Intervention for Traumatic Stress Disorders after War, Terror and Torture*. Seattle: Hogrefe & Huber.
- Van der Veer G. (1992). *Counseling and therapy with refugees: psychological problems of victims of war, torture and repression*. West Sussex, UK: John Wiley & Sons.

Yücel, M., Lubman, D.I., Solowij, N. & Brewer, W.J. (2007). Understanding drug addiction: a neuropsychological perspective. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *41*, 957–968.