

Behandling av PTSD hos flyktningbarn

En trygg relasjon og en fasetilnærming kan gi et godt rammeverk for behandling av flyktningbarn med PTSD.

TEKST

Ragnhild B. Lygre

PUBLISERT 3. juni 2016

ABSTRACT:

Treating PTSD in refugee children

How can we help refugee children with PTSD? The severity of trauma, post-migration stress, and difficulties in communicating may seem insurmountable. Database searches reveal five studied treatments for these children: Narrative exposure therapy, cognitive behavioral therapy, EMDR, child-centered play therapy and a multimodal treatment. The results are promising, albeit scarce. A phased model could provide a framework for timing and contextualizing the treatment.

Keywords: PTSD, treatment, refugee, children, KidNET, CBT, EMDR, CCPT, multimodal

I løpet av 2015 tok Norge imot over 31 000 asylsøkere (UDI, 2016). Som flyktninger og asylsøkere er barn spesielt sårbare. Helsevesenet vårt må være klar til å ta imot dem som trenger hjelp til å bearbeide sterke opplevelser fra både hjemland og flukt. Arbeid med traumatiserte flyktninger kan være utfordrende som følge av uavklart asylstatus, bekymring for familie og hjemland, dårlige boforhold, økonomiske vansker og kulturforskjeller. Flere påpeker at en ikke bør behandle flyktninger uten også å arbeide med deres rammebetingelser (Ehnholt & Yule, 2006). Med god kunnskap om flyktningbarn, anbefalt behandling og spesielle hensyn, kan flere behandlere jobbe med denne gruppen. Artikkelen gir en oversikt over publiserte studier av PTSD-behandling hos flyktningbarn.

Flyktninger og asylsøkere

En flyktning er en person som «har flyktet fra sitt land og har en velbegrunnet frykt for forfølgelse på grunn av rase, religion, nasjonalitet, politisk overbevisning eller medlemskap i en bestemt sosial gruppe, og som ikke er i stand til eller på grunn av slik frykt ikke villig til å påberope seg sitt lands beskyttelse» (FN, 1951). En asylsøker er en person som ankommer et annet land, og som normalt søker om asyl ved ankomst eller kort tid etter ankomst (Flyktninghjelpen, 2015). Om lag 59,5 millioner mennesker er nå på flukt i verden; 21,3 millioner utenfor eget land (Flyktninghjelpen, 2015). I løpet av 2015 fikk 9696 personer flyktningstatus eller opphold på humanitært grunnlag i Norge, flesteparten fra Syria, Eritrea og Afghanistan (UDI, 2016). I februar i år bodde det totalt

27602 personer på norske asylmottak; 8630 av disse er barn under 18 år (UDI, 2016). Videre i teksten vil begrepet «flyktning» også omfatte asylsøkere, da utvalgene i de følgende studiene består av både flyktninger og asylsøkere.

«Cirka 11 % av studerte flyktningbarn tilfredsstilte kriteriene for PTSD»

PTSD

Symptomer på PTSD skal vanligvis oppstå innen seks måneder etter en uvanlig alvorlig traumatisk hendelse (WHO, 1992). Hovedsymptomet er gjentatt og påtrengende erindring eller gjenopplevelse av traumatiske hendelser i individets hukommelse eller drømmer. Påfallende emosjonell distanse, følelseskulde, autonom hyperaktivering, vaksomhet, søvnløshet og unngåelse av stimuli som kan føre til gjenopplevelse av traumet, er vanlig, men ikke nødvendig for å stille diagnosen. En norsk undersøkelse av 93 enslige mindreårige (EM) asylsøkere mellom 10 og 16 år viser at 37 % av disse tilfredsstiller kriteriene for PTSD (Jensen, Fjermestad, Granly & Wilhelmsen, 2015). En gjennomgang av forskning på flyktninger i vestlige land tyder på at cirka 11 % av studerte flyktningbarn tilfredsstilte kriteriene for PTSD (Fazel, Wheeler & Danesh, 2005). Samlet sett var det cirka ti ganger så stor sannsynlighet for at en flyktning fikk diagnosen, sammenliknet med en alderssvarende amerikansk populasjon (Fazel et al., 2005). Studier fra både Norge og Tyskland tyder på at symptomer på PTSD, depresjon, angst og eksternaliserende problemer i stor grad vedvarer over år uten behandling (Jensen, Skårdalsmo & Fjermestad, 2014; Ruf et al., 2010).

Problemstilling

Hvordan kan vi hjelpe flyktningbarn med PTSD? Denne artikkelen gir en oversikt over studerte behandlingsmetoder for flyktningbarn med PTSD-symptomer, og eventuelle likheter og ulikheter mellom dem.

Metode

Litteratursøk ble utført i PsychINFO og PubMed 07.10.15. Alle publikasjoner i databasene fram til 07.10.15 er med i søkene. Første publikasjon i begge databasene var fra 1988. Følgende søk er utført:

- («refugees» OR «asylum seekers») AND («children» OR «adolescents» OR «teenagers») AND («PTSD» OR «posttraumatic stress disorder») AND («treatment»)

Søkeordene er satt som «keyword» og så kombinert for å finne fram til litteratur om behandling av PTSD hos barn eller ungdom som er flyktninger eller asylsøkere. Dette gav 70 treff i PsychINFO og 170 treff i PubMed. Litteratur som ikke omhandlet spesifikke behandlinger for flyktningbarn eller -ungdom med PTSD-symptomer, ble

ekskludert (n=59 i PsychINFO, n=162 i PubMed). En artikkel fra PsychINFO ble ekskludert da dette ikke var en kontrollert studie, men en kasestudie av to individer (Vickers, 2005). En artikkel fra PubMed ble ekskludert da intervensjonen, en tilpasning av Critical Incident Stress Management (CISM), ikke hadde signifikant effekt (Thabet, Vostanis & Karim, 2005) og heller ikke representerte et nullfunn for en av metodene i det øvrige litteraturutvalget. Etter vurdering av relevans på bakgrunn av abstract og/eller hel tekst var det igjen 10 artikler i PsychINFO og 7 artikler fra PubMed. Samtlige artikler fra PubMed var overlappende med artikler fra PsychINFO; litteraturgjennomgangen er følgelig basert på 10 artikler (se tabell 1).

Tabell 1: Sammenfatning av resultater

BEHANDLINGSMETODE	REFERANSE	TYPE EVIDENS	ALDER	N	SETTING
KidNET	McPherson, 2012	Review	8-14	31	Flyktningleir i Sri Lanka (Catani et al., 2009)
			14-28	26	Barneby og -hjem i Rwanda (Schaal, Elbert, & Neuner, 2009)
			7-16	26	Poliklinikk for flyktninger i Tyskland (Ruf et al., 2010)
	Robjant & Fazel, 2010	Review	13-17	6	Somalisk ungdom i flyktningleir i Uganda (Onyut et al., 2005)
			7-16	26	Poliklinikk for flyktninger i Tyskland (Ruf et al., 2010)
			8-14	31	Flyktningleir i Sri Lanka (Catani et al., 2009)
Kognitiv atferdsterapi	Schottelkorb, Doumas & Garcia, 2012	Randomisert kontrollert studie	6-13	31	Grunnskole i Nordvest-USA

BEHANDLINGSMETODE	REFERANSE	TYPE EVIDENS	ALDER	N	SETTING
	Ehnholt, Smith & Yule	Randomisert kontrollert studie	11-15	26	Grunnskole i London
EMDR	Oras, Cancela de Ezpeleta & Ahmad, 2004	Randomisert kontrollert studie	8-16	13	Barnepsykiatrisk poliklinikk for flyktninger i Sverige
Barnesentrert leketerapi	Schottelkorb, Doumas & Garcia, 2012	Randomisert kontrollert studie	6-13	31	Grunnskole i Nordvest-USA
Multimodal behandling	Möhlen, Parzer, Resch & Brunner, 2005	Kontrollert studie	10-18	10	Flyktningmottak i Tyskland

Resultater

Litteraturutvalget omfatter fem behandlinger for flyktningbarn med PTSD-symptomer: narrativ eksponeringsterapi, kognitiv atferdsterapi, eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), barnesentrert leketerapi og et multimodalt behandlingsprogram. Disse presenteres kort i den videre teksten. Detaljer om studiene finnes i tabell 1.

Narrativ eksponeringsterapi

Narrativ eksponeringsterapi (NET) er en kortvarig, manualisert terapi for personer med PTSD-symptomer etter krig, konflikt eller organisert vold (Robjant & Fazel, 2010). NET kombinerer narrativ terapi med kognitiv-atferdsterapeutiske teknikker. Barneversjonen kalles KidNET og er for barn fra åtte år og oppover (Onyut et al., 2005). Behandlingen innebærer eksponering for minner om traumatiske hendelser og reorganiseringen av disse til et sammenhengende, kronologisk narrativ (Rojant & Fazel, 2010). Målet er å integrere traumatiske minner i individets livshistorie, og slik redusere minnenes følelsesmessige og angstprovoserende kvalitet. Behandlingen starter med psykoedukasjon om PTSD, innholdet i og rasjonale for behandlingen, før en lager en livslinje og pasienten forteller livshistorien sin kronologisk med spesielt fokus på traumatiske hendelser (Robjant & Fazel, 2010). Historien skrives ned og leses opp for pasienten for å sikre at den er nøyaktig, for eksponering, for å fremme ytterligere informasjon om hendelsen og integrere minnet i andre minner (Robjant & Fazel, 2010).

Litteratursøket viste fire publiserte studier av KidNET, hvorav alle er med i to oversiktsartikler som viser at behandlingen kan redusere PTSD-symptomer like etter behandling, og ved oppfølging seks til ni måneder senere, signifikant bedre enn annen behandling og venteliste (Robjant & Fazel, 2010; McPherson, 2012). Utvalget i studiene er imidlertid relativt lite, og det mangler sammenlikning av data med andre anbefalte

og evidensbaserte behandlingsmetoder, slik som traumefokusert kognitiv terapi og EMDR (Robjant & Fazel, 2010).

Kognitiv atferdsterapi

Schottelkorb, Dumas og Garcia (2012) har sammenliknet traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) med barnesentrert leketerapi, og fant at begge metodene reduserte PTSD-symptomer målt med selvrappporter og komparentopplysninger. TF-CBT er manualisert, og består av psykoedukasjon, stressmestring, affektuttrykk og modulering, kognitiv mestring, traumenarrativ, kognitiv prosessering, atferdsstyringstrening og foreldre-barn-timer (Cohen, Deblinger & Mannarino, 2011).

Ehnholt, Smith og Yule (2005) har studert en kognitiv-atferdsterapeutisk (KAT) gruppebehandling blant traumatiserte flyktningbarn. Intervensjonen består av psykoedukasjon om traumereaksjoner, mestringsstrategier, EMDR-teknikker, arbeid med drømmer, søvnhygiene, avspenning og aktivitetsplanlegging, og ble gjennomført ved to skoler i London. Barna i studien (n=15) fikk seks timer gruppebasert KAT over en seksukersperiode, mens kontrollgruppen (n=11) ble plassert på venteliste i seks uker før de fikk det samme tilbudet. Studien viste en signifikant, men klinisk beskjeden effekt på PTSD-symptomer etter intervensjonen, sammenliknet med barn som sto på venteliste. Effekten vedvarte ikke ved måling to måneder etter intervensjonen. En betydelig del av barna som hadde mottatt intervensjonen (n=15), deltok ikke i målingen etter to måneder (n=7), noe som kan ha påvirket resultatene (Ehnholt et al., 2005).

EMDR

EMDR-behandling har åtte faser – historie, forberedelse, vurdering, desensivering, installering, kroppsskanning, lukking og revurdering – og brukes for å omarbeide traumatiske minner som er lagret på en uhensiktsmessig måte (Shapiro, 2001).

Pasienten blir bedt om å se for seg bilder fra traumatiske opplevelser, én hendelse om gangen (Ehnholt & Yule, 2006). Terapeuten eksponerer samtidig pasienten for bilateral stimulering, for eksempel gjennom samtidig å bevege fingeren sin foran pasientens øyne i en rytmisk, lateral bevegelse (Ehnholt & Yule, 2006). Slik kombinerer behandlingen både eksponering og distraksjon. Oras, de Ezpeleta og Ahmad (2004) har undersøkt effekten av EMDR inkorporert i psykodynamisk samtaleterapi og -leketerapi for 13 flyktningbarn med PTSD. Resultatene viste en signifikant bedring hos flyktningbarna (Oras et al., 2004). Ehnholt og Yule (2006) peker på at resultatene må tolkes med varsomhet da studien mangler kontrollgruppe og utvalget er lite.

Barnesentrert leketerapi

Barnesentrert leketerapi (CCPT) er en manualisert behandling som legger til rette for at barn kan kommunisere sine følelser, tanker og ønsker gjennom lek (Schottelkorb et al., 2012). Metoden er basert på klientsentrert terapi, der målet for terapien er å etablere gode forhold for ubetinget anerkjennelse, autentisitet og empati, noe som antas å bidra til vekst og integrasjon. Schottelkorb et al. (2012) har undersøkt CCPT sammenliknet

med TF-CBT hos traumatiserte flyktningbarn i alderen 6 til 13 år. Barna som deltok i denne studien, mottok to ukentlige 30-minutters økter med CCPT i 12 uker. Foreldrene fikk tilbud om seks konsultasjoner på 15 minutter, med fokus på barnets progresjon i terapien og psykoedukasjon om leketerapi, barns utvikling og traumer. Resultatene viste en signifikant reduksjon av PTSD-symptomer hos barna som deltok i studien (Schottelkorb et al., 2012).

Multimodal behandling

Möhlen, Parzer, Resch og Brunner (2005) har studert et manualisert behandlingsprogram ved et mottak i Tyskland. Programmet varte i 12 uker og besto av to informasjonstimer, to timer diagnostikk og evaluering, seks gruppetimer, to til fire individuelle avtaler, en familietime og en foreldretime. Programmet kombinerer traume- og sorgfokusert terapi, verbalisering, avspenningsteknikker, bruk av kreative teknikker, gruppediskusjoner og psykoedukasjon om traumer og traumereaksjoner. Livet som flyktning ble også tematisert. Av de ti flyktningene i utvalget tilfredsstilte seks kriterier for en PTSD-diagnose. Tre av de seks viste signifikant nedgang i PTSD-symptomer, og betydelig økning i generelt funksjonsnivå (CGAS-skåre). Den samme psykiateren ble imidlertid brukt til å sette CGAS både før og etter behandlingen, og utvalget er forholdsvis lite, noe som kan tyde på begrenset overføringsverdi.

Diskusjon

Flere behandlingsmetoder har vist lovende resultater i behandling av flyktningbarn med PTSD. Utvalgene er imidlertid relativt små, og det trengs mer forskning for å kunne legge gode føringer for behandling.

Metodologiske begrensninger

Antallet artikler i utvalget er lavt (n=10), og dette kan være et resultat av søkeordene. Følgelig må resultatene tolkes med varsomhet. Søk etter behandling for traumatiserte barn eller traumeintervensjoner for flyktninger generelt, fremfor å avgrense til flyktningbarn med PTSD-symptomer, kunne gjort resultatet større. Behandling ment for voksne tilpasses imidlertid ofte til barn (f.eks. KidNET), og det er ikke sikkert at slike tilpasninger kommer fram i studier av voksne. Slik kan en også tenke seg at det gjøres tilpasninger for flyktninger. Selv om denne gruppen er svært heterogen, har flere av barna det til felles at de har blitt traumatisert som følge av krig, konflikt og/eller organisert vold. Det er kanskje kunstig å skille ut flyktningbarn med PTSD som en egen gruppe, og mer riktig å se på traumatiserte barn med PTSD under ett. En kunne også søkt på intervensjoner for traumatiserte flyktningbarn, fremfor kun dem med PTSD-symptomer. Forskning på blant annet EM-flyktninger i Norge (Jensen et al., 2015) og gjennomgang av forskning på flyktninger i den vestlige verden (Fazel et al., 2005) kan imidlertid tyde på at PTSD-diagnosen er relevant for denne gruppen, selv om traumer kan føre til symptomer på flere psykiske lidelser. Metodene i litteratursøket stemmer imidlertid i stor grad overens med Ehntholt og Yules (2006) gjennomgang av litteratur knyttet til behandling av traumatiserte flyktningbarn. Ehntholt og Yule trekker også

fram CBT, «testimonial psychotherapy», NET og EMDR som lovende intervensjoner for å redusere krigsrelaterte PTSD-symptomer hos flyktningbarn.

Likheter og ulikheter

Samtlige av metodene kan karakteriseres som individorienterte, da en jobber hovedsakelig direkte med individet fremfor indirekte via omsorgspersoner. Indirekte arbeid via omsorgspersoner er ofte hensiktsmessig i behandling av barn og ungdom. De siste års utvikling innenfor moderne nevrobiologisk traumeteori, der regulering står sentralt i utformingen av behandlingstiltak, og indirekte arbeid gjennom omsorgspersoner anses som vesentlig, gjenspeiles mindre i litteraturutvalget. Samtlige av metodene, med unntak av KidNET, involverer imidlertid omsorgspersoner systematisk gjennom familiesamtaler og/eller samtaler alene med omsorgspersoner, men fokuset på regulering kan sies å være mindre fremtredende enn ellers i feltet. Det at samtlige av behandlingene er individorienterte, og i mindre grad fokuserer på regulering, kan ha sammenheng med metoden for litteraturutvalget.

Flere av behandlingene i utvalget kombinerer elementer fra flere metoder (f.eks. Oras et al., 2004; Ehntholt et al., 2005). Felles for metodene er at de innebærer eksponering for traume, stort sett gjennom traumenarrativ. Flere mener at det er nødvendig for en effektiv emosjonell bearbeiding (Barrett & Ollendick, 2004). Andre argumenterer for at eksponering for traumatiske minner i mange tilfeller ikke er tilrådelig, og at det kan være retraumatiserende dersom det skjer for tidlig (Hokland, 2006). Flyktninger kan ofte ha et behov for å diskutere aktuelle og praktiske problemstillinger fremfor å prate om tidligere opplevelser (Ehntholt & Yule, 2006). Hokland (2006) trekker fram viktige forutsetninger for å jobbe med eksponering: trygg terapeutisk relasjon og livssituasjon, angstbaserte reaksjoner hos pasienten, pasienten må tåle «sterke følelser» og ikke lide av kompleks PTSD. Kompleks PTSD har en komplisert symptomprofil med endringer i personlighet, forhold til identitet og evne til å inngå i relasjoner med andre (Herman, 1992), altså en del symptomer som går utover det som dekkes av PTSD-diagnosen. Flere av de nevnte forutsetningene for å jobbe med eksponering er muligens ikke til stede hos flyktningbarn. Annen forskning har imidlertid vist at bruk av traumenarrativ kan føre til en nedgang av PTSD-symptomer i flyktningleirer og -mottak (Onyut et al, 2005; Catani et al., 2009).

Valg av behandling

En kan se behandlingsmetodene som ulike fremgangsmåter som passer mer eller mindre til situasjonen som barna er i, deres ønsker og egenskaper.

Postmigrasjonsstressorer som selve asylprosessen, kontakt med det offentlige, økonomiske problemer og arbeidsløshet, vanskelige boforhold, flytting, språkproblemer, sosial isolasjon, diskriminering og belastninger knyttet til tilpasning til ny kultur vil kunne ha betydning (Ehntholt & Yule, 2006). Noen ønsker å ha fokus på fremtid fremfor fortid, noe som kan ses i sammenheng med ulike faser i migrasjonsprosessen (se f.eks. Sluzki, 1979).

Elliott (2007) vektlegger nettopp at timing av det terapeutiske arbeidet bør ta hensyn til den konteksten barnet lever i. Dette kan ses i sammenheng med forskning som tyder på at ca. 40 % av bedring hos pasienter i psykoterapi kan forklares av faktorer utenfor det terapeutiske rommet (Lambert, 2013). Ehntholt og Yule (2006) foreslår en fasetilnærming til intervensjoner i arbeid med flyktninger, noe som kan være nyttig med tanke på timing av terapeutisk arbeid. Første fase består av etablering av trygghet og tillitt, andre fase består av traumefokusert terapi, mens tredje fase består av reintegrasjon (Ehntholt & Yule, 2006). Bevegelse fram og tilbake mellom ulike faser er vanlig og forventet, da pasientenes tilstand i stor grad påvirkes av ekstraterapeutiske forhold (Heptinstall, Sethna, & Taylor, 2004). Modellen er en rent pragmatisk tilnærming til arbeid med traumatiserte flyktninger (Ehntholt & Yule, 2006), men kan være hensiktsmessig for å forsøke å møte barna der de er, og få rom til å prate om den situasjonen de er i, og kan således være relevant også for andre pasientgrupper.

Elliott (2007) vektlegger også terapeutisk relasjon og engasjement/involvering som viktigere enn spesifikk behandlingstilnærming i møte med denne gruppen. Dette er i tråd med Lamberts (2013) forskning, som viser at 30 % av bedring hos pasienter i psykoterapi kan forklares av terapeutisk relasjon / fellesfaktorer, mens 15 % av bedringen kan forklares av terapeutiske teknikker. Er det kunstig å skille ut terapeutisk relasjon og klientens liv utenfor terapien fra behandlingsmetoder/teknikker? Kan en gjennomføre en behandling uten og samtidig ha en god terapeutisk relasjon med pasienten? Kan en tenke seg at ulike forståelsesrammer, behandlingsmetoder og behandlere på ulike måter legger til rette for en terapeutisk relasjon og griper inn i klientens liv utenfor terapien? Når en skal velge mellom flere behandlingsmetoder, hvilke faktorer skal avgjøre valg av én metode fremfor en annen? Lambert (2013) sier at selv om en del forskning tyder på at det ikke er forskjell mellom effekt av ulike teknikker, så finnes det også indikasjoner på at under noen omstendigheter er enkelte metoder mer effektive enn andre. Når det gjelder forskning på PTSD, skriver Lambert (2013) at CBT, eksponeringsbasert terapi og kognitiv terapi har vist seg mer effektive enn psykodynamisk og støttende terapi; at flesteparten av dem som blir behandlet med psykoterapi for PTSD, blir bedre, og at også PTSD-symptomer hos personer med kompleks PTSD vil bli bedre gjennom TF-CBT og EMDR, selv om de i større grad vil streve med gjenværende (residual) symptomer. Det er fremdeles en diskusjon om terapi som inneholder spesifikke traumeeksponeringsmetoder, er bedre enn terapier uten dette (Lambert, 2013). Dette gjelder i hovedsak forskning på voksne med PTSD.

Hvordan kan vi dra nytte av forskning på både felles og spesifikke faktorer? Artikkelen i utvalget beskriver kun metoder, og ikke hvordan disse skal times og tilpasses det enkelte barnet. Her kan Ehntholt og Yules (2006) fasetilnærming være nyttig. Fasetilnærmingen tar hensyn til behovet for først å etablere trygghet og tillit. Tilnærmingen kan være nyttig for å få barnet med i en terapeutisk prosess, gjennom å gi en felles referanseramme for det endringsarbeidet som terapeut og barnet/familien deltar i sammen. Innenfor denne rammen, og sammen med barnet, kan vi velge en av

de beskrevne behandlingsmetodene. Terapeutiske teknikker eksisterer ikke i et vakuum.

Konklusjon

Det finnes flere behandlinger for flyktningbarn med PTSD. Utfordringen er først å få med seg barnet i en endringsprosess gjennom å danne en relasjon, velge metode, «time» og tilpasse behandlingen på en måte som er nyttig for barnet. Bruker vi en av metodene innenfor fasetenkningen til Ehntholt og Yule (2006), er vi kanskje ett skritt nærmere å hjelpe denne gruppen, samtidig som vi tar hensyn til deres rammebetingelser. Det trengs mer forskning på denne gruppen for å gi oss mer kunnskap om hvordan vi også kan hjelpe disse barna gjennom deres omsorgspersoner, og for å knytte også dette feltet til utvikling innenfor moderne traumeteori for øvrig.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 53, nummer 6, 2016, side 432-439

TEKST

Ragnhild B. Lygre, psykologspesialist

+ Vis referanser

Referanser

- Barrett, P.M., & Ollendick, T.H. (2004). Handbook of interventions that work with children and adolescents. Chichester:Wiley.
- Catani, C., Kohildadevy, 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. *Journal of Traumatic Stress*, 22-33.
- Cohen, J., Deblinger, E., & Mannarino, A. (2011). Introduction to Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. Lastet ned 10.08.2011 fra <http://tfcbt.musc.edu/>
- Ehntholt, K., & Yule, W. (2006). Assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war related trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1197-1210.
- Ehntholt, K., Smith, P.A., & Yule, W. (2005). School-based Cognitive-Behavioural Therapy Group Intervention for Refugee Children who have Experienced War-related Trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, (2), 235-250.
- Elliott, V. (2007). Interventions and services for refugee and asylum-seeking children and families. I P. Vostanis (red.) *Refugees and Asylum Seekers: A Handbook for Practitioners*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*, 1309-1314.
- Flyktinghjelpen. (2015). Flyktingregnskapet 2015. Alt om mennesker på flukt verden over. Oslo. Flyktinghjelpen.
- FN (1951). FNs konvensjon om flyktingers stilling. Lastet ned 30.05.2015 fra <http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Flyktinger/Flyktingkonvensjonen>
- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 377-391.

- Heptinstall, E., Sethna, V., & Taylor, E. (2004). PTSD and depression in refugee children: Association with pre-mitigating trauma and post-mitigating stress. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3), 373-380.
- Hokland, M. (2006). Kan noen traumatiserte pasienter ta skade av eksponering for minner om traumer? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(11), 1150-1158.
- Jensen, T., Fjermestad, K., Granly, L. & Wilhelmsen, N. (2015). Stressful life experiences and mental health problems among unaccompanied asylum seeking children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(1), 106-116.
- Jensen, T., Skårdalsmo, E. & Fjermestad, K. (2014). Development of mental health problems - a follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(29), 2633-2640.
- Lambert, M.J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I M.J. Lambert (red.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (s. 169-218). Hoboken, New Jersey: Wiley.
- McPherson, J. (2012). Does Narrative Exposure Therapy Reduce PTSD in Survivors of Mass Violence? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(1), 29-42.
- Möhlen, H., Parzer, P., Resch, F., & Brunner, R. (2005). Psychosocial support for war-traumatized child and adolescent refugees: evaluation of a short-term treatment program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(1), 81-87.
- Onyut, L.P., Neuner, F., Schauer, E., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, M., & Elbert, T. (2005). Narrative Exposure Therapy as treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: Two case reports and a pilot study in an African refugee settlement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(7), 713-721.
- Oras, R., de Ezpeleta, S.C., & Ahmad, A. (2004). Treatment of traumatized refugee children with Eye Movement Desensitization and Reprocessing in a psychodynamic context. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3), 199-203.
- Robjant, K., & Fazel, M. (2010). The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(8), 1030-1039.
- 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 Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 437-445.
- Schaal, S., Elbert, T., & Neuner, F. (2009). Narrative exposure therapy versus interpersonal psychotherapy: A pilot randomized controlled trial with Rwandan genocide orphans. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(3), 298-306.
- Schottelkorb, A.A., Doumas, D.M., & Garcia, R. (2012). Treatment for Childhood Refugee Trauma: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(1), 57-73.
- Sluzki, C.E. (1979). Migration and Family Conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 20(3), 379-390.
- Shapiro, F. (2001). *Group exposure therapy: Procedures and guidelines* (2. utg.). New York: Guilford Press.
- Thabet, A.A., Vostanis, P., & Karim, K. (2005). Group crisis intervention for children during ongoing war conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(2), 262-269.
- Utlendingsdirektoratet (UDI). (2016). Asylsøknader etter statsborgerskap og måned. Lastet ned 05.03.2016 fra <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylsoknader-etter-statsborgerskap-og-maned-2015/>
- Utlendingsdirektoratet (UDI). (2016). Beboere i asylmottak etter alder og måned. Lastet ned 05.03.2016 fra <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/beboere-i-asylmottak-etter-alder-og-maned-2016/>
- Utlendingsdirektoratet (UDI). (2016). Vedtak om beskyttelse (asyl) 2006-2015. Lastet ned 05.03.2016 fra <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/vedtak-om-beskyttelse-asyl-2006-2015/>

20062015/

Vickers, B. (2005). Cognitive Model of the Maintenance and Treatment of Post-traumatic Stress Disorder Applied to Children and Adolescents. , 217-234.

World Health Organization (1992).

Geneva: World Health Organization.