



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskaplige fakultet

Effektivitet av Narrativ Eksponeringsterapi i møte med traumatiserte flyktninger og asylsøkere: en litteraturoppsummering

Anisa Macallin

Masteroppgave i Medisin (MED-3950) November 2020

Forord

Å skrive en masteroppgave er et arbeidskrav under delemnet MED-3950 til profesjonsstudiet i medisin ved UiT og jeg valgte å skrive en litteraturstudie om effektivitet av narrativ eksponeringsterapi i møte med traumatiserte flyktninger og asylsøkere.

Som en andre generasjons innvandrer i Norge, med somalisk opprinnelse, har jeg lenge vært interessert i psykiske helseproblemer blant flyktninger. I de invaderer miljøene jeg har vært involvert i har det vært en slags stigma forbundet med å søke psykisk hjelp, spesielt hos den eldre generasjonen. Siden flyktninger er en gruppe som ofte har blitt utsatt for traumatiske hendelser var jeg veldig nysgjerrige på hva slags psykiske helsetjenester flyktninger og asylsøkere tilbys, hvilke utfordringer helsepersonell og flyktninger møter og hvilke løsninger som hadde blitt utformet. I mitt innledende arbeid møtte jeg på utfordringer med å begrense oppgaven og flere endringer ble gjort underveis. I samråd med veileder innså jeg at dette ville være mest hensiktsmessig å fokusere på effekten en spesifikk behandlingsmetode hadde på en spesifikk diagnose med tanken på tidsbegrensingen til oppgaven. Dermed ble PTSD valgt på grunn av den høye prevalensen i flyktnings populasjonen og narrativ eksponeringsterapi fremsto som en spennende og lovende behandlingsmetode å undersøke.

Jeg benytter anledningen til å takke veilederen min Rolf Wynn, for hans konstruktive og raske tilbakemeldinger, samt vennlige og pragmatisk tilnærming som har vært verdifull de gangene jeg har stått fast.

Anisa J. Macallin

Anisa J. Macallin,

Bodø 25.08.2020

Sammendrag

Bakgrunn: Det er høy forekomsten av traumerelaterte problemer blant flyktninger og asylsøkere fordi mange flyktninger utsattes for traumatiske hendelser før, under og etter flukten. Selv om litteraturen presenterer et betydelig antall retningslinjer og teoretiske rammer for arbeid med traumatiserte flyktninger og asylsøkere, er det ingen konsensus om behandling av posttraumatisk stresslidelse (PTSD). En relativ ny tilnærming til er narrativ eksponeringsterapi, en standardisert korttidsbehandling som kombinerer elementer fra kognitiv atferdsterapi med imaginær eksponering.

Formål: Formålet med denne oppgaven er å undersøke den eksisterende litteraturen som finnes på behandlingseffekten av NET anvendt på traumatiserte flyktninger og asylsøkere.

Metode: Jeg utførte litteratursøk i databasene PubMed, MEDLINE, PsycINFO og Web of Science. Søkeordene jeg brukte var blant annet; «Narrative therapy», «refugees» og «stress disorders, post-traumatic». Jeg gikk gjennom relevante artikler, vurderte kvaliteten ved hjelp av GRADE-systemet og sammenliknet blant annet effektstørrelsen.

Resultat: Tretten studier ble gjennomgått, hvorav ni var RCT-er. Artikkene rapporterte middels til svært høy effektstørrelse av NET behandling. Åtte av de tretten inkluderte artiklene meldte remisjon av PTSD-symptomene til den punkt at flere av deltakerne ikke lenger oppfylte PTSD-kriteriene.

Konklusjon: NET-behandling fremstår som lovende behandlingsmetode for behandling PTSD hos flyktninger. Videre forskning bør utforske effekten NET-behandling av flytninger over en lengre periode enn ett år.

Forkortelser og begrepsforklaring

NET = narrativ eksponeringsterapi

PTSD= Posttraumatisk stresslidelse

KIDNET = Narrative Exposure Therapy for traumatized children

CBT = kognitiv atferdsterapi

Skåringsskjema

PDS = Post-traumatic Stress Diagnostic Scale

CAPS = Clinician Administered PTSD Scale

UCLA = UCLA Child/Adolescent PTSD Reaction Index for DSM-5

CIDI-C = The Composite International Diagnostic Interview

PCL-C = PTSD Checklist for DSM-5

CRIES-8 = Child Revised Impact of Events Scale

CPSS-5 = Child PTSD Symptom Scale self-report for DSM-5

Posttraumatisk vekst = Positivt opplevde personlige endringer knyttet til å det å ha opplevd en traumatisk hendelse

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	1
PTSD	2
Behandlingsmetoder.....	3
Formål	5
Metode.....	6
Søkestrategi	6
Inklusjons- og eksklusjonskriterier	7
Kvalitetsvurdering.....	8
Utfallsmål	9
Resultater.....	10
Studiekarakteristikk.....	11
Effektiviteten av NET-behandling	14
Remisjon av PTSD	16
Kvalitet	17
Diskusjon.....	18
Oppsummering av hovedresultater.....	18
Resultater sammenliknet med metaanalysen fra 2013	19
Remisjon av PTSD-symptomer.....	20
Hvordan kan funnene tolkes?	21
Sterke og svake sider ved oppgaven	22
Konklusjon og anbefalinger om videre forskning.....	23
Referanser:	24

Innledning

I de siste 8 årene har antall mennesker tvunget på flukt økt med mer enn 50%, fra 42,5 millioner i 2011 til 70,8 millioner ved inngangen av 2019. Nesten 25,9 millioner av disse menneskene er flyktninger og 3,5 millioner regnes som asylsøkere (1, 2).

Flyktningkonvensjonen fra 1951 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»(3). Mennesker som er på flukt i sitt eget land betegnes som internt fordrevne. En asylsøker er en person som ankommer et annet land uten å være anerkjent som flyktning på forhånd og søker politisk asyl. Flyktninger har stort sett en lovlig rett til å reise inn i et land for å søke asyl, uavhengig av hvordan de ankom eller om de har gyldige reise- eller identitetsdokumenter (3-5).

Dinesh Bhugra og Matthew A. Becker inndeler migrasjonsprosessen i tre stadier: Pre-migrasjon, migrasjon - den fysiske flyttingen til et nytt stedet, og post-migrasjon – det stadiet der innvandreren absorberes av de sosiale og kulturelle rammeverket i det nye samfunnet. Hver av disse stadiene inneholder et potensiale for traumatiske opplevelser (6) og vold, tortur og forfølgelse rammer spesielt flyktninger og asylsøkere før og under forflytning (7, 8). I tillegg spiller faktorer som gjenbosetting, stress (9), stigma og diskriminering (10, 11) en viktig rolle i post-migrasjon stadiet og kompliserer allerede eksisterende mentale problemer.

Flere studier viser høy forekomst av psykiatriske lidelser blant flyktninger og asylsøkere sammenliknet med den generelle befolkningen i høyinntektsland (12, 13) Dette inkluderer lidelser som depresjon, psykoser, angst, rusmisbruk, somatoforme lidelser og stressrelaterte plager (11, 14, 15) Hoveddelen av epidemiologisk forskning som har undersøkt flyktnings mentale helse har fokusert på diagnosen posttraumatisk stresslidelse (PTSD), som er opptil 10 ganger mer vanlig blant flyktninger og asylsøkere enn i populasjonen i høyinntektslandene de flykter til (11).

PTSD

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) defineres som en alvorlig angstlidelse som typisk utvikler seg etter eksponering for store eller langvarige psykiske traumer (16). I Norge brukes diagnosesystemet ICD-10, og den karakteriser PTSD som en lidelse vanligvis preget av forhøyet autonom alarmberedskap og vaksomhet, samt gjenoppleving av traume i form av f.eks. flashbacks eller mareritt. Diagnosen kompleks PTSD er inkludert i det vedtatte diagnosesystemet ICD-11 som en separat lidelse fra PTSD. Kompleks PTSD diagnosen krever at både kriteriene for PTSD og tre spesifikke tilleggskriterier oppfylles: affektiv dysregulering, negativt selvbylde og relasjonelle vansker (17). Hovedartiklene til denne oppgaven forholder seg stort sett til diagnosesystemet DSM-IV, som i likhet med ICD-systemet vektlegger gjenopplevelse av traume som et sentralt kriterium for PTSD-diagnosen (18). Komorbide lidelser som depresjon, andre angsttilstander og alkohol- og stoffmisbruk forekommer ofte ved PTSD (19).

Behandling av PTSD blant flyktninger og asylsøkere kommer med flere utfordringer. Språkbarriere, ulike behandlingsforventninger og kulturelle forskjeller i symptomforståelse gjør at samarbeidet mellom helsepersonell og pasient ikke alltid blir optimalt (20, 21). Færre asylsøkere og flyktninger oppsøker psykisk helsehjelp enn den innfødte befolkningen (22). Dette kan dels tilskrives strukturelle barrierer som varierende kvalitet på tilbudet av psykisk helsevern til flyktninger i ulike land (23), samt det at flere flyktninger har begrenset tillit og kjennskap til tilgjengelige helsetjenester for psykiske lidelser (24). Kultur påvirker forståelsen av sammenhengen mellom symptomer og årsak, f.eks. er det i noen kulturer vanlig med det vi vil kalle overnaturlige forklaringer på psykiske plager, som trolldom eller onde ånder, og dette gjør at religiøse og tradisjonelle behandlingsmetoder også oppsøkes (25). Andre hensyn som må tas når man vurderer mental helse blant flyktninger er at pasienter noen ganger fokuserer på fysiske symptomer eller bruker kulturspesifikke kroppslige idiomer for å uttrykke lidelse (26). Kulturelle faktorer bør tas i betraktning når man skal ta i bruk nye behandlingsmetoder eller tjenester (27).

Behandlingsmetoder

Det har blitt utviklet flere metoder for behandling av PTSD (28-31), inkludert medikamentell behandling og forskjellige samtalebaserte behandlingsmetoder.

Medikamentell behandling - og da særlig i form av SSRI preparater- benyttes ofte i behandlingen av PTSD da disse medikamentene kan dempe angst og redusere symptomtrykket ved PTSD (32, 33). Medikamentell behandling enten alene eller i kombinasjon med samtalebehandling er imidlertid ikke alltid aktuelt ettersom noen pasienter ikke ønsker slik behandling, får plagsomme bivirkninger eller ikke får effekt av medikamentene. Medikamentell behandling av PTSD hos flyktninger og asylsøkere byr på flere utfordringer da foreskriving av farmakologisk behandling til individer som kommer fra en annen kultur krever en grundig vurdering av problemstillinger som variasjon i medisinske effekter i ulike etniske grupper (for eksempel genetisk betingede forskjeller i medikamentmetabolisme), følsomhet overfor bivirkninger og etterlevelseshetsgrad (34-36). I tillegg er det få studier av god kvalitet av medikamentell behandling av PTSD i denne pasientgruppen (37).

Flere typer samtalebehandling blir benyttet for PTSD (28-30). Kognitiv atferdsterapi (CBT) er en psykoterapiform som har fått stor oppslutning også i Norge og vektlegges i helsemyndighetenes retningslinjer for behandling av flere psykiske lidelser(38-40). CBT er en psykologisk behandlingsform som tar utgangspunkt i samspillet mellom tanker, følelser, kroppslige fornemmelser og atferd. Metoden fokuserer på å utfordre og endre uønsket tankemønster og dessuten på å hjelpe pasienten til å eksponere seg for de situasjonene som typisk utløser angst (41).

En annen psykoterapeutisk metode som har vist gode resultater i behandlingen av behandling av PTSD er EMDR (41, 42). EMDR beskrives av WHO som en terapi som; «er basert på ideen om at negative tanker, følelser og atferd er et resultat av ubehandlede minner. Behandlingen innebærer standardiserte prosedyrer som inkluderer fokus samtidig på (a)

spontane assosiasjoner av traumatiske bilder, tanker, følelser og kroppslige opplevelser og (b) bilateral stimulering som oftest er i form av gjentatte øyebevegelser» (41, 42). Det særskilte i denne behandlingsformen er altså at man arbeider seg gjennom traumet mens terapeuten benytter teknikker som involverer spesifikke øyebevegelser hos pasienten.

De fleste psykoterapeutiske tilnærminger har det til felles at de forutsetter godt skolerte terapeuter, ofte med en mangeårig utdanning eller spesialisering. En lovende behandlingsform, som ikke forutsetter tilsvarende langvarig opplæring er Narrative Exposure Therapy (NET) - som er hovedtemaet i denne oppgaven. NET er utviklet slik at ikke-profesjonelle aktører skal kunne anvende den etter riktig opplæring og veiledning. NET ble opprinnelig tilpasset situasjonen i flyktningleir, hvor behandling måtte gjennomføres på kort tid (43).

NET er en standardisert korttidsbehandling som kombinerer elementer fra kognitiv atferdsterapi med imaginær eksponering. I følge anbefalingene innebærer behandlingen tre til tolv økter, som kan vare mellom 90-120 minutter, der pasient og behandler lager en tidslinje for livet til pasienten, med stor vektlegging på traumatiske hendelser. Bearbeiding av traumatiske opplevelser finner sted blant annet ved å praktisere 'imaginær eksponering' (43). Behandlingen er rettet mot mennesker som har blitt utsatt for komplekse og vedvarende traumatiske opplevelser og stressbelastninger. Det er utviklet en versjon rettet mot barn, kalt KIDNET, som kan brukes på barn som er 8 år eller eldre. Effekten av NET har blitt dokumentert i flere studier (31, 44, 45) og det fremstår som en lovende behandlingsmetode for behandling av PTSD.

En systematisk oversiktsartikkel og metaanalyse fra 2018 vurderer behandlingseffekten av ulike psykologiske intervensjoner (blant annet NET, EMDR og CBT) mot posttraumatisk stresslidelse hos flykninger og asylsøkere. Studien fant noen bevis for effekten av EMDR og NET, men sammenliknet ikke disse to metodene direkte (29). I likhet med CBT, er EMDR inkludert i flere evidensbaserte retningslinjer for behandling av posttraumatisk stresslidelse

(PTSD)(46, 47). Mer om hvordan disse to behandlingsmetoder vurderes opp mot NET drøftes nærmere i diskusjonen.

Formål

Formålet med denne oppgaven er å undersøke den eksisterende litteraturen på behandlingseffekten av NET anvendt på traumatiserte flyktninger og asylsøkere. Det finnes allerede systematiske oversiktsartikler på emnet, de fleste av dem fokuserer på effekten av psykologisk intervensjoner generelt (29, 48) og en meta-analyse fra 2013 påpeker at NET er spesielt lovende siden det krever mindre opplæring av terapeutene enn flere andre terapiformer (49). Syv kvantitative studier utgjør grunnlaget for den metaanalysen (49), fem av disse også er inkludert i denne oppgaven (50-54), men kun en av studiene hadde flere enn 52 deltakere. Siden det nå har gått 7 år er siden den metaanalysen ble publisert er det interessant å undersøke om det er gjort nye kvantitative studier med flere deltakere og gjerne også med lengre oppfølgingstid enn ett år.

Opgaven fokuserer ikke på effekten NET har på angst og depresjon, selv om disse er vanlige komorbide tilstander ved PTSD, da dette vil kreve en mer omfattende litteraturgjennomgang enn det tidsrammen tillater. Det begrensede utvalget av studier som omhandler NET i møte med traumatiserte flyktninger gjør at sammenlikning av ulike aldersgrupper, asylstatus og etnisitet ikke er aktuelt. I stedet diskuteres NET-behandling i lys av effekt og anvendbarhet hos traumatiserte flyktninger generelt. Problemstillingen er oppsummert i PICO-tabellen (Tabell 1).

Tabell 1	
Pasientgruppe (P)	Flyktninger, asylsøkere og internt fordrevne

Intervensjon (I)	Narrative exposure therapy (NET)
Sammenligning (C)	Ønskelig at NET sammenlignes mot standard intervensjon eller ingen intervensjon, men artikler som kun omhandler effekten av NET aksepteres også.
Endepunkt (O)	Den kliniske effekten av NET ved behandling av PTSD, bedømt etter endringer i pre og post- målinger av PTSD-symptomer

Metode

Søkestrategi

For å besvare formålet med oppgaven har jeg søkt i databasene PubMed, MEDLINE, PsycINFO og Web of Science. Oppsettet av søkene i de ulike databasene beskrives i Tabell 2. I tillegg søkte jeg opp hovedartiklene brukt i en metaanalyse av NET-behandling av traumatiserte flyktninger (49). Abstraktene til alle søkeresultatene ble gjennomgått for å vurdere relevans til problemstilling, deretter ble fulltekst lest for å se om de møtte inklusjons- og eksklusjonskriterier. Søket ble avsluttet 30. mai 2020.

Tabell 2 – søkestrategi		
Database	Søkeord/begrensinger	Resultat
PubMed	((Narrative exposure therapy[MeSH Terms]) AND (((PTSD[MeSH Terms]) OR (Post-traumatic stress disorder[MeSH Terms]))) OR (Trauma and Stressor Related Disorders[MeSH Terms]))) AND (((Refugee[MeSH Terms]) OR (Asylum seeker[MeSH Terms])) OR (displaced person[MeSH Terms])) OR (Migrant[MeSH Terms]))	13
Medline	Narrative therapy (SH*) AND refugees (SH*) AND stress disorders, post-traumatic (SH*)	6
PsycINFO	Narrative therapy (SH*) AND refugees (SH*) AND stress disorders, post-traumatic (SH*)	5
Web of Science	TS**=(Refugee* AND PTSD AND narrative exposure therapy)	83

	TS**=(Refugee* AND PTSD AND narrative exposure therapy) <input type="checkbox"/> document type clinical trial	13
*SH: Map Term to Subject Heading **TS: Topic		

Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å finne litteratur som skulle belyse den aktuelle problemstillingen valgte jeg å definere følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier:

Inklusjonskriterier:

- Over 80% av deltakerne i studien måtte være flyktninger, asylsøkere eller internt fordrevne i det tidspunktet studien pågikk.
- Hovedfokus til studiene måtte være å undersøke den *kliniske* effekten av NET ved behandling av PTSD hos flyktninger, asylsøkere eller internt fordrevne.
- Studiene måtte bruke validerte skåringsverktøy slik som f.eks PDS, CAPS, UCLA, CIDI-C, PCL-C, CRIES-8 og CPSS-5 til pre- og post-målinger for å evaluere den kliniske effekten av NET-behandling.
- Studiene måtte være primærstudier.
- Studiene måtte være tilgjengelige i fulltekst gjennom UiT sine lisenser.
- Studiene skulle være publisert på engelsk.

Eksklusjonskriterier:

- Studier hvor mindre enn 80% av deltakerne i studien var flyktninger, asylsøkere eller internt fordrevne i det tidspunktet studien pågikk.

- Studier hvor hovedfokus ikke var å undersøke den *kliniske* effekten av NET ved behandling av PTSD hos flyktninger, asylsøkere eller internt fordrevne.
- Studier som ikke bruke validerte skåringsverktøy slik som f.eks PDS, CAPS, UCLA, CIDI-C, PCL-C, CRIES-8 og CPSS-5 til pre- og post-målinger for å evaluere effekten av den kliniske effekten av NET-behandling.
- Studier som ikke var primærstudier.
- Studier som ikke var tilgjengelig i fulltekst gjennom UiT sine lisenser.
- Ikke-engelskspråklige studier.
- Studier som var blitt trukket tilbake
- Metaanalyser, oversiktsartikler eller andre typer sekundærstudier.

Da jeg forventet at det var gjort lite forskning på den aktuelle problemstillingen valgte jeg å ikke begrense søket i forhold til årstall for publisering, alder eller kjønn.

Ekskluderte artikler beskrives i Vedlegg 1.

Kvalitetsvurdering

Kvaliteten på studiene ble vurdert ved hjelp av GRADE-systemet, som har fem kriterier; studiekvalitet, konsistens, direktet, presisjon og rapporteringsskjevhet.

Studiekvalitet går ut på å vurdere planlegging og utførelse av en studie, og da vektlegger man randomiseringsprosess, blinding av deltakere og forskere, analysemetode og frafall fra studie.

Ved vurdering av konsistens ser man på om resultatet fra ulike studiene samsvarer.

Generaliserbarheten til forskningsresultatene er det viktigste elementet ved vurdering av direktet. Presisjon handler om hvor presise resultatene er og hvor mye data som er tilgjengelig. Man ser etter publiseringsskjevhet og selektiv utfallsrapportering når man skal vurdere rapporteringsskjevhet. Studiene ble inndelt i fire kvalitetsnivå: Høy kvalitet, middels kvalitet, lav kvalitet og svært lav kvalitet.

Sammendrag av GRADE-kriteriene (55) og vurderingen av enkelt artiklene er vedlagt (Vedlegg 2 og vedlegg 3). Tabell 6A oppsummerer GRADE-vurderinger på RCT-studiene og tabell 6B oppsummerer GRADE-vurderinger på ikke-RCT-studiene.

Utfallsmål

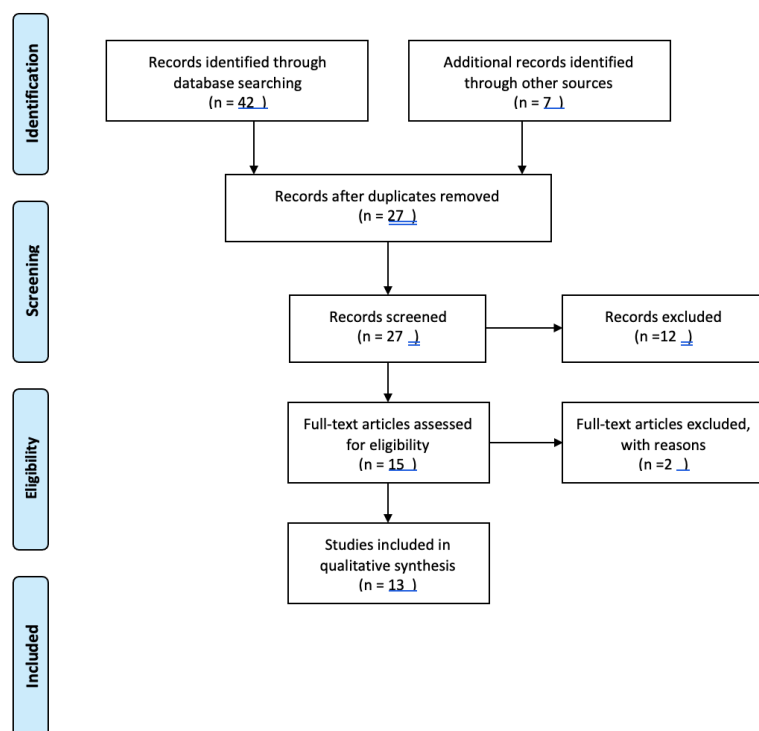
Hovedutfallet i denne oppgaven er endringer i alvorlighetsgraden av PTSD-symptomene, bedømt etter følgende standardiserte og validerte skåringsverktøy; PDS, CAPS, UCLA, CIDIC, PCL-C, CRIES-8 og CPSS-5. Sekundære utfall tatt med i denne oppgaven er PTSD diagnostisk status etter behandling og frafall.

Det finnes forskjellige og motstridende definisjoner av effektstørrelse i litteraturen (56). I følge Grissom and Kim (2005) kan man bruke begrepet effektstørrelse for å beskrive graden resultatene avviker fra det som er antydnet for dem ved en typisk nullhypotese (57). Videre utdyper en oppdatert utgave av Grissom og Kim-arbeidet at “mens en test av statistisk signifikans tradisjonelt brukes til å gi bevis (oppnådd p-nivå) for at en nullhypotese er feil, måler en effektstørrelse (ES) i hvilken grad en slik null hypotesen er feil (hvis den er feil)”(58). Jeg tar utgangspunkt i disse defensjonene når jeg presenterer og tolker resultatene i denne oppgaven.

For å kunne sammenligne effekter av de forskjellige studiene, ble effektstørrelsen vurdert og kategorisert fra veldig lav effekt til enorm effekt (Tabell 5). Grenseverdiene for de ulike kategoriene følger Sawilowskys (56) anbefalinger for tolking av Cohen's d (det mest brukte måten for å måle effektstørrelsen i de inkluderte artiklene). For enkelhets skyld velger jeg å bedømme effektstørrelsene fra de to artiklene (53, 59) som bruker Hedges' g på samme måte som de som bruker Cohen's d.

Resultater

Figur 1: PRISMA Flow Diagram - oversikt over utvelgelse av relevante artikler



De siste søkene i databasene PubMed, MEDLINE, PsycINFO og Web of Science ble utført 30. mai 2020 og ga 42 resultater. En 2013-metaanalyse om NET-behandling av traumatiserte flyktninger (7 artikler) ble også brukt som kilde for mulig relevante artikler. Etter fjerning av duplikater var det totalt 27 abstrakter. Etter at de 27 abstraktene var lest ble 12 artikler selektert bort fordi de ikke oppfylte inklusjonskriteriene. 15 artikler sto da igjen, som ble lest i fulltekst og deretter ble det valgt ut 13 artikler som oppfylte kriteriene og som ble inkludert. En artikkel ble ekskludert til tross for at den møtte inklusjonskriteriene fordi den ble tilbaketrasket av forfatterne etter at de oppdaget avvik i studieprosedyrer og datahåndtering ett år etter publisering (60). En annen studie ble ekskludert fordi deltakerne, som var ungdommer som hadde mistet sine foreldre i det rwandiske folkemordet (61), etter mine vurderinger ikke falt inn under definisjonen internt fordreven.

Oversikt over studiekaraktistikkene til de inkluderte studier er beskrevet i Tabell 3. Tabellen beskriver studiedesign, deltakerne, skåringsverktøy, oppfølgingstid, hvilke land studiene er utført i, antall økter med NET og andre intervensjoner. Tabell 4 oppgir effektstørrelser for NET-gruppene ved siste oppfølging eller endringer i PTSD-symptomer samt totalt frafall og frafall fra NET-gruppene i hver enkelt studie. Kategorisering av effektstørrelser oppgis som tidligere nevnt i Tabell 5 og oppsummering av GRADE-vurderingene i Tabell 6.

Studiekaraktistikker

Selv om denne oppgaven ikke kan hevde å være uttømmende er det forsøkt å lage en oppdatert oppsummering av funnene i studier om NET-behandling av PTSD hos flyktninger og asylsøkere. Tretten studier med totalt 745 deltakere ble inkludert i denne oppgaven (Tabell 3). Gjennomsnittlig deltakerantall var 57, og studien med flest deltakere hadde n=277 (62), mens det laveste antall deltakere var N= 1 (52). Ni av studiene var RCT-er, hvorav to sammenliknet NET med en inaktiv kontrollgruppe/venteliste (53, 63), to sammenliknet NET med vanlig behandling (Treatment As Usual, TAU) (54, 59) og fem sammenliknet NET med andre intervensjoner (50, 51, 62, 64, 65). I tillegg ble en pasientserie (66), en kasuistikk (52) , en gjennomførbarhetsstudie (67) og en upublisert doktoravhandling (68) inkludert i denne oppgaven. Antall NET-økter varierte både innad og mellom studiene, men alle unntatt en studie (65) holdt seg innenfor den anbefalte rammen av tre til tolv økter. To av de tre studiene med mindreårige deltakere brukte KIDNET som behandlingsmetode (50, 53) (tabell 3).

Tabell 3 – Utvalgte karakteristikker fra de inkluderte studier.						
Artikkel	Studiedesign	Deltakere	Intervensjon	Skåringsverktøy	Land	Oppfølging
A: Hijazi et al. (2014)	RCT	63 Irakiske flyktninger	NET (3 økter) sammenliknet med kontrollgruppe	HTQ, PTG, WHO Well-being Index, BDI-II, PHQ-15	USA	4 måneder
B: Stenmark et al. (2013)	RCT	81 flyktninger og asylsøkere	NET (10 sesjoner) sammenliknet med TAU	CAPS, M.I.N.I., HAM	Norge	6 måneder
C: Neuner et al. (2010)	RCT	32 asylsøkere	NET (median på 9 økter) sammenliknet med TAU	PDS, CIDI-C, HSCL-25	Tyskland	6 måneder

D: Ruf, Schauer, et al. (2010)	RCT	26 flyktningbarn	KIDNET (7-10 økter) sammenliknet med kontrollgruppe	UCLA Child/Adolescent PTSD Reaction Index MINI	Tyskland	12 måneder
E: Neuner et al. (2008)	RCT	277 rwandiske og somaliske flyktninger	NET (6 økter) sammenliknet med traumarådgeving og ingen behandling	PDS, CIDI	Uganda	9 måneder
F: Hensel-Dittmann 2011	RCT	26 flyktninger/asylsøkere + 2 tyskere fra tidligere DDR	NET (10 økter) sammenliknet med stressinokulasjonstrening (SIT)	CAPS, M.I.N.I og HAM-D	Tyskland	12 måneder
G: Ertl, Pfeiffer, Schauer, Elbert, & Neuner (2011)	RCT	85 internt fordrevne ugandere mellom 12-25 år	NET (8 økter) sammenliknet med akademisk/støttende rådgevinggruppe og venteliste	CAPS, MINI	Uganda	12 måneder
H: Catani, Kohiladev, et al. (2009)	RCT	31 internt fordrevne barn	NET (6 økter) sammenliknet med meditasjon/avslapningsteknikkergruppe	UCLA PTSD Index for DSM-IV	Sri Lanka	6 måneder
I: Neuner, Schauer, Klaschik, et al. (2004)	RCT	43 sudanske flyktninger	NET (4 økter) sammenliknet med støttende rådgevinggruppe og psykoedukasjonsgruppe	CIDI, PDS	Uganda	12 måneder
J: Halvorsen & Stenmark (2010)	Uncontrolled trial	16 deltakere	NET (10 økter)	CAPS, HRSD	Norge	6 måneder
K: Neuner et al. (2002)	Kasusstudie	1 deltaker fra Kosovo	NET (3 økter)	PDS	Macedonia	En uke
L: Said & King (2019)	Gjennomførbarhetsstudie	4 enslige mindreårige asylsøkere	NET (9-20 økter)	CRIES-8 og CPSS-5	Storbritannia	Ingen
M: Sara Durant (2019)	Upublisert doktoravhandling	58 afrikanske flyktninger og ugandere	NET (6-12 økter)	PCL-C, Patient Intake Form, the Vivo Event Checklist For War	Uganda	Ingen

NET = Narrative Exposure Therapy; KIDNET = Narrative Exposure Therapy for Children; MED = Meditation-Relaxation;

CAPS = Clinician Administered PTSD Scale; CIDI = Composite International Diagnostic Interview; HRSD = Hamilton Rating Scale for Depression; HTQ = Harvard Trauma Questionnaire; MINI = Mini-International Neuropsychiatric Interview; PDS = Posttraumatic Stress Diagnostic Scale; UPID = UCLA PTSD Index for DSM-IV; PCL-5= PTSD Checklist for DSM-5; CRIES-8= Child Revised Impact of Events Scale; CPSS-5= The Child Ptsd Symptom Scale for DSM-V; PHQ-15= Patient Health Questionnaire-15; BDI-II= Beck Depression Inventory-II; PTG=Post Traumatic Growth; HSCL-25= Hopkins Symptom Checklist

Tabell 4 – Effektstørrelse av NET-behandling ved siste oppfølging, andre utfall og frafall

Artikkel	Effektstørrelse av NET-behandling ved siste oppfølging	Frafall/andre utfall
A	Cohens d = 0.83, p < ,05 * Cohens d = 0.54, p<,001**	Totalt frafall 9,5%, frafall fra NET-gruppen 12,2%
B	Hedges 'g = 1.53 [0,85, 2,22] ^ Hedges 'g = 0.93 [0,09, 1,77] ^^	Totalt frafall: 33,3 %, frafall fra NET-gruppen 35,3%
C	Cohens d = 1.6	Totalt frafall 6,2%, frafall fra NET-gruppen 12,5%
D	Hedges 'g = 1.81	Totalt frafall 3,8%, frafall fra NET-gruppen 7,7%
E	Cohens d = 1.4	Totalt frafall 61%, frafall NET-gruppen 39%
F	Cohens d = 1.59	Totalt frafall (17,9%), frafall fra NET-gruppen (20%)
G	Cohens d = 1.8	Totalt frafall 10,6%, frafall fra NET-gruppen (10,8%).
H	Cohens d = 1.96	Totalt frafall 3,2%, ingen frafall fra NET-gruppen.
I	Cohens d = 1.6 ^{a)} Cohens d = 1.9 ^{b)}	Totalt frafall 7% , frafall fra NET-gruppen 5,9%.
J	Cohens d = 1.16	Ingen frafall.
K	-	En uke etter behandling: PDS-skårene gikk ned fra 15 til 8 for gjenopplevelse, fra 15 til 9 for aktivering og fra 18 til 8 for unngåelse.

L	-	Etter avslutning av behandlingen falt to av deltakernes symptomskåre under cut-off verdien for PTSD														
M	-	Alle 58 (100%) rapporterte en klinisk signifikant reduksjon av PTSD-symptomer (definert som en reduksjon i PCL-C-skåre på 10 poeng eller mer)														
<p>[]- 95% konfidensintervall</p> <p>*effekten på posttraumatisk vekst, **effekten på trivsel</p> <p>^flyktninger, ^^asylsøkere</p> <p>^a-PDS, ^b-CIDI-skår</p>																
<p>Tabell 5 – Effektstørrelse</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Cohen's <i>d</i></th> <th>Effekt</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0,1</td> <td>Veldig lav</td> </tr> <tr> <td>0,2</td> <td>Lav</td> </tr> <tr> <td>0,5</td> <td>Medium</td> </tr> <tr> <td>0,8</td> <td>Høy</td> </tr> <tr> <td>1,2</td> <td>Svært høy</td> </tr> <tr> <td>2,0</td> <td>Enorm</td> </tr> </tbody> </table>			Cohen's <i>d</i>	Effekt	0,1	Veldig lav	0,2	Lav	0,5	Medium	0,8	Høy	1,2	Svært høy	2,0	Enorm
Cohen's <i>d</i>	Effekt															
0,1	Veldig lav															
0,2	Lav															
0,5	Medium															
0,8	Høy															
1,2	Svært høy															
2,0	Enorm															

Effektiviteten av NET-behandling

Av de tretten inkluderte studiene, beskriver ti av dem effektstørrelse (ES=0.48-1.96), mens tre av dem ser på endring i pre – og postmålinger av PTSD-symptomer ved hjelp av de ulike skåringsverktøyene (beskrevet i Tabell 3). Samlet sett peker studiene på at NET er en effektiv intervensjon for å redusere PTSD-symptomer og de rapporterer lav til svært høy effektstørrelse (Tabell 4). Tre av studiene rapporterte effektstørrelser for endringen i PTSD-

skår innad i grupper før og etter intervensjon, og brukte kontrastanalyse til å sammenligne endringene over tid mellom gruppene (51, 62, 65). Alle tre rapporterte svært høy effektstørrelsene (1,4- 1,9) (Tabell 4).

Ingen rapporterte signifikante negative funn, men Stenmark (2013) (59) rapporterte at fire av deltakerne som fikk NET-behandling hadde en økning i PTSD-symptomnivået ved seks måneders oppfølging. En økning i PTSD-symptomer ble observert i til Neuner (2010). Det var en økning i PDS skåre fra pre- til posttest hos to pasienter (13%) i NET gruppen og hos 8 pasienter (50%) i TAU-gruppen (53). Hensel-Dittmann (2011) fant ingen økning i PTSD symptomer, men det er viktig å merke seg at NET-gruppen var mer symptomatisk ved baseline enn SIT-gruppen, og at det kan forklare hvorfor NET-gruppen forbedret seg i betydelig større grad enn SIT-gruppen (Tabell 4) (64).

Alle unntatt to av studiene brukte Cohen's d. Stenmark et al. (2013)(59), som var gjennomført i Norge, brukte Hedges' g (61) og resultatene viste at effekten av NET var høy hos deltakerne med asylstatus og svært høy hos de som hadde fått oppholdstillatelse som flyktninger. Ingen av de andre studiene skilte mellom resultater fra flyktninger og asylsøkere, men deltakerne i to av de andre studiene bestod av kun asylsøkere (54) eller cirka 90% asylsøkere (64), og begge oppga svært høy effektstørrelse (Tabell 4). Hedges' g ble også brukt i Ruf (2010), og den totale alvorlighetsgraden i PTSD-symptomene i KIDNET-gruppen gikk ned med 60%, (effektstørrelse = 1,9), mens ventelisten hadde ingen signifikant endring (53).

Hijazi et al. (2014) rapporterte den laveste behandlingseffekten av NET med tanke på reduksjon av PTSD-symptomer ($d=0.48$). Det var en statistisk signifikant reduksjon av traumesymptomer i NET-gruppen sammenliknet med ventelisten ved 2-måneders oppfølgingen, men etter 4-måneders oppfølging var forskjellen mellom gruppene ikke signifikant. På den andre siden viste NET-gruppen større forbedring i posttraumatisk vekst og velvære enn venteliste-gruppen ($d = 0,83$ og $0,54$)(63). Den høyeste rapporterte behandlingseffekten av NET var i Catani (2009) (Tabell 4). Studien sammenliknet behandlingseffektiviteten av KIDNET og meditasjon-avslapningsteknikker anvendt på sterkt

traumatiserte (etter krig og tsunami) barn i Sri Lanka. Det var en signifikant reduksjon i PTSD-symptomer ved post-test og oppfølging i begge behandlingsgruppene, KIDNET ($d = 1,96$) og meditasjon-avslapningsteknikker ($d = 1,76$)(50).

Remisjon av PTSD

Flesteparten av de inkluderte studiene rapporterte hvor mange av deltakerne som fremdeles oppfylte PTSD-kriteriene ved oppfølging. Resultatene til Stenmark (2013) viste at 54,5% av deltakerne i NET-gruppen oppfylte kriteriene for PTSD-diagnosen ved seksmånedersoppfølgingen, mens 81% oppfylte kriteriene i TAU-gruppen (59). Ruf et al. (2010) rapporterte at kun 2 av barna (17%) i KIDNET-gruppen og 9 av barna i ventelistegruppen (70%) fremdeles oppfylte DSM-IV-kriterier for PTSD ved seksmånedersoppfølgingen (53). Frafallet fra Neuner et al. (2008) var det høyeste blant de inkluderte studiene (61%), og hvis man antar disse deltakerne fremdeles oppfylte kriteriene for PTSD, vil 73% i NET-gruppen, 73% i TC- og 87% i MG-gruppene fremdeles oppfylle kriteriene for PTSD ved 9 måneders evalueringen. Selv uten denne justeringen rapporterte studien en statistisk signifikant forskjell mellom NET- og MG-gruppen ($\chi^2=5,7$, $p < 0.02$) (62). Ett år etter behandlingsavslutning oppfylte 63% av NET-pasienter og 71% av SIT-pasienter fortsatt PTSD-kriteriene i studien av Hensel-Dittmann (2011)(64). Ertl et al. (2011) rapporterte at 68 % av deltakerne i NET-gruppen, 52,2% i den akademiske program-gruppen og 53,6% av deltakerne på venteliste ikke lenger oppfylte CAPS-kriteriene for PTSD . Forskjeller mellom gruppene var ikke signifikante(65). En studie gjort i nord-øst-Sri Lanka av Catani et al. (2009), rapporterte at 81% av barna i KIDNET-gruppen og 71% av MED-gruppen ikke lenger nådde PTSD-RI terskel for en PTSD-diagnose 6 måneder etter behandlingsavslutning (50). Resultatene i Neuner et al. (2004) viste at 29% av NET-deltakerne, 79% av støttende rådgivning-gruppen og 80% av psykoedukasjon-gruppen fortsatt oppfylte PTSD-kriteriene ett år etter behandlingsavslutning (51). Halvorsen & Stenmark (2010) rapporterte at 40% - 65% (avhengig av cut-off verdi brukt for CAPS) av deltakerne i pasientserien deres ikke lenger oppfylte diagnosekriteriene for PTSD ved seks måneders oppfølging (66).

Kvalitet

Tabell 6A - Bias-risiko og GRADE av de 9 RCT						
	1	2	3	4	5	GRADE
A	+	+	-	+	+	Høy kvalitet
B	+	Uklart	-	+/-	-	Middels kvalitet
C	+	Uklart	-	+/-	+	Høy kvalitet
D	+	Uklart	-	+	+	Høy kvalitet
E	+	Uklart	-	+	+	Middels kvalitet
F	+	Uklart	-	+	+	Middels kvalitet
G	+/-	-	-	+/-	+	Middels kvalitet
H	-	-	-	+	+	Høy kvalitet
I	+/-	-	-	+	+	Høy kvalitet
1: Adequate Sequence Generation? 2: Allocation Concealment? 3: Blinding of Participants? 4: Blinding of Assessors? 5: Incomplete Outcome Data Addressed? +: Utført adekvat - : ikke utført +/- : delvis utført						
Tabell 6B GRADE av de 4 andre studiene						
	GRADE					
J	Lav kvalitet					
K	Svært lav kvalitet					
L	Lav kvalitet					
M	Lav kvalitet					

Kvaliteten på de inkluderte studiene, bedømt med GRADE-kriterier, varierte fra høy til svært lav kvalitet (Tabell 6). Alle ikke-RCTene ble vurdert som lav eller svært lav (Tabell 6B). De fleste av dem hadde en liten studiepopulasjon og ble nedgradert pga. mangel på presisjon (52, 66, 67) samt at studiedesignet deres i utgangspunktet plasserte dem i middels til lav kvalitet i

følge GRADE-kriteriene. Durant (2019) vurderes som lav kvalitet fordi den er en upublisert doktoravhandling og fordi det var store forskjeller mellom tidsrammene for NET-behandling (en pasient fullførte det i løpet av noen uker og en annen brukte ett år), noe som gjør det vanskelig å sammenlikne resultatet med andre likende studier(68).

RCT-studier blir i utgangspunktet regnet for å være av høy kvalitet. Flere av RCT-studiene hadde i likhet med ikke-RCTene et problem med liten studiepopulasjon, noe som førte til at noen av dem ble nedgradert pga. mangel på presisjon. Neuner (2008)(62) var studien med flest deltakere (n=277) og den ble nedgradert pga det store frafallet (62). Nærmere begrunnelse for vurderingene beskrives i Vedlegg 3.

Diskusjon

Formålet med denne oppgaven var å undersøke den eksisterende litteraturen som finnes på behandlingseffekten av NET anvendt på traumatiserte flyktninger og asylsøkere. Jeg ønsket å finne ut om NET-behandling ville føre til en betydelig og vedvarende reduksjon av PTSD-symptomer hos pasienter etter intervensjon. I tillegg ønsket jeg å vite om effekten ville være stor nok til å påvirke diagnostisk status hos deltagerne.

Oppsummering av hovedresultater

Resultatene av studiene i oppgaven viser til positive behandlingseffekter hos deltakerne behandlet med NET, noe som reflekteres i de gjennomgående stort sett høye effektstørrelsene (gjennomsnitt effektstørrelse=1.5) rapportert i ti av de tretten hovedartiklene (Tabell 4). De tre andre inkluderte studiene anga ikke effektstørrelse, men de beskrev reduksjon i PTSD-symptomer/diagnose blant deltakerne. Ingen av studiene fulgte deltakerne lenger enn ett år.

Remisjon av PTSD-symptomene til det punktet at flere deltakere ikke lenger oppfylte kriteriene for PTSD ble rapportert i åtte av studiene. De to studiene som involverte KIDNET,

Ruf & Schauer (2010) (53) og Catani (2009)(50), hadde begge PTSD-remisjon hos over 80% av deltakerne i NET-gruppene. PTSD-remisjon i ventelisten i Ruf & Schauer (2010) var 30%,(53) mens deltakerne i sammenligningsgruppen MED-RELAX i Catani (2009) hadde PTSD-remisjon på 71% (50). Liknende funn er også gjort i andre studier av kognitive atferdsmessige (CBT) behandlinger av traumatiserte flyktninger med PTSD (69, 70).

Kvaliteten på studiene varierte fra høy til svært lav kvalitet i følge GRADE. Dette er viktig å ta i betraktning når en skal vektlegge effekten på endemålene. Flesteparten av de inkluderte artiklene var RCT-er (Tabell 6A), men fire andre artikler (Tabell 6B) med studiedesign som rangeres lavere i effektstudie-hierarkiet ble også inkludert for å øke evidensgrunnlaget i mangel på nok RCT-studier.

Resultater sammenliknet med metaanalysen fra 2013

Som tidligere nevnt i oppgaven, skrev Gwozdziewicz og Mehl-Madrona en metaanalyse om effekten narrativ eksponeringsterapi på traumatiserte flyktninger i 2013(49), og fem (50-54) av de syv kvantitative studiene brukt i den metaanalysen også ble inkludert i denne oppgaven. Den totale gjennomsnittlige effektstørrelsen i metaanalysen var 0,63 (middels)(49). De ny NET-studiene som er inkludert i denne oppgaven støtter opp evidensgrunnlaget til NET, da effektstørrelsene (Tabell 4) var vurdert som høy eller svært høy (vurdert etter grenseverdier beskrevet i Tabell 5).

Videre var den gjennomsnittlige effektstørrelsen for studier der intervensjoner ble administrert av leger og/eller høyt utdannede studenter 0,53. Et funn forfatterne (49) vektla spesielt var de høye effektstørrelsene i studier hvor NET-behandlerne var flyktninger (gjennomsnittlig ES=1,02)(49). Ingen av de nyere studiene inkludert i denne oppgaven brukte flyktninger som behandlere, så jeg kan ikke kommentere om det foreligger mer oppdatert evidens for dette.

Hijazi 2014, som er inkludert i masteroppgaven men ikke metaanalysen, vurderte også effekten NET har på 'posttraumatisk vekst' (definert som positivt opplevde personlige endringer knyttet til å det å ha opplevd en traumatisk hendelse) (63). Ved 4 måneders oppfølgingen til studien var det ingen signifikant forskjell mellom reduksjon av PTSD symptomer i NET-gruppen og ventelistgruppen, så de vektla den gunstige effekten NET hadde på 'posttraumatisk vekst' og trivsel (63) (Tabell 4). Dette funnet fremhever behovet for flere studier som undersøker effekten NET har på andre faktorer enn symptomreduksjon.

Remisjon av PTSD-symptomer blir nevnt i resultatene i denne oppgaven, men Gwozdziwycz og Mehl-Madrona (2013) kommenterer kun kort at det var vanskelig å 'kontrollere' spontan remisjon av symptomer i artiklene de gjennomgikk, og skrev deretter ikke mer om temaet (49). I Avsnittene nedenfor diskuteres dette temaet nærmere.

Remisjon av PTSD-symptomer

Rapportering av den høye remisjonen av PTSD-symptomer kan gi et bilde av at NET-behandling er en svært effektiv metode. Det er derfor viktig å huske at det finnes flere forhold som bør tas i betraktning når man diskuterer bruk av diagnosen PTSD i denne pasientgruppen og målingen av remisjon av PTSD i de inkluderte studiene. Noen mener anvendbarheten av PTSD-diagnosen på flyktninger og asylsøkere er diskuterbar og det har vært debattert om PTSD-kriteriene er tilpasset vestlige pasienter og derfor ikke kan benyttes krysskulturelt (71, 72). Majoriteten av forskningen på PTSD er gjort på den vestlige delen av befolkningen (73), og det er gjort flere studier som diskuterer hvordan tverrkulturelle forskjeller påvirker vektlegging av symptomrapportering og forståelse av symptomer (21, 74). Selv hvis man går ut fra at PTSD-kriteriene er anvendbare for å fange opp posttraumatiske plager i denne pasientgruppen og at diagnosen kan benyttes krysskulturelt (75) har ikke metoden brukt for å diagnostere PTSD vært helt lik i de inkluderte studiene, så det gjør det utfordrende å sammenlikne endringer i diagnostisk status før og etter NET behandling på tvers av studiene. Sju studier forholdt seg til DSM-IV-kriterier for PTSD (50-54, 62, 63), en studie krevde at deltakerne enten oppfylte DSM-IV-kriterier for PTSD ved screening eller hadde fått bekreftet PTSD-diagnosen av kliniske eksperter i henhold til CAPS fra før (65). Andre studier brukte

skåringsvektøyene CAPS (66), CRIES-8/CPSS-5 (67) eller PCL-C (68) for å vurdere PTSD-status/symptomer. Ingen av deltakerne i Hijazi (2014) (63) ble formelt diagnostisert med PTSD og endring i diagnostisk status ble heller ikke vurdert i studien.

Deltakerne (n=745) i denne oppgaven er ikke en homogen gruppe og flere av de diagnostiske/psykometriske verktøyene ble ikke tilpasset de ulike aktuelle språk/kulturer. Deltakerne hadde ulik kulturell bakgrunn, noen av dem var bosatt i vesten, noen i flyktningeleirer i et naboland og andre var fremdeles i hjemlandet. Det var ikke nok studier inkludert i denne oppgaven til at man kunne stratifisere behandlingsresultatene i forhold til disse ulike utgangspunktene.

Hvordan kan funnene tolkes?

Det er en rekke hensyn som må tas for å tolke disse funnene. Som tidligere nevnt er det viktig å ta statistisk signifikans i betraktning når man ser på effektstørrelse samt å vurdere om forskjellene reflekterer en klinisk meningsfull forandring. Denne oppgaven er ikke en metaanalyse, så den inkluderer ikke en egen statistisk analyse av dataene fra hovedstudiene og vurderingen min har derfor vært avhengig av hva de ulike studiene rapporterte. Statistisk signifikans av effektstørrelsen var knapt angitt. Statistisk signifikans reflekterer ikke nødvendigvis klinisk relevans. Derfor er det viktig å vite både effektstørrelse og statistisk signifikans (P-verdi) for å tolke resultatene, siden effektstørrelse alene ikke kan avklare om funnene sannsynligvis skyldes tilfeldigheter eller den faktiske intervensjonen (76).

Denne metodiske svakheten svekker resultatet, men på den andre siden, presenterer flere systematiske oversiktsartikler og metaanalyser funn som underbygger at NET reduserer PTSD-symptomer hos flyktninger (29, 31, 49). Crumlish og O'Rourkesom (2010) gjennomførte en kvalitativ gjennomgang av randomiserte kontrollerte studier av ulike behandlinger av PTSD blant flyktninger og asylsøkere, og NET var den behandlingen som det ble funnet mest støtte for (30).

Sterke og svake sider ved oppgaven

Denne oppgaven bidrar til litteraturen om behandling av PTSD hos flyktninger og asylsøkere ved at den representerer en oppdatert og kritisk gjennomgang av sentrale studier som omhandler temaet.

Jeg har forsøkt å gjøre en grundig litteraturevaluering av hovedartiklene inkludert i studien og å vektlegge resultatene av de studiene som ble gitt en høy GRADE-vurdering. I tillegg har jeg prøvd å anerkjenne begrensninger og svakheter i studiene, slik at det har vært mulig å danne seg et realistisk bilde av de kliniske implikasjonene av funnene.

Mangelen på felles måleinstrumenter i de inkluderte studiene er en klar svakhet i denne oppgaven ettersom det begrenser sammenliknbarheten. Skåringsverktøyene som ble brukt hyppigst i disse studiene (PDS og CAPS) var kun brukt i fire studier hver. En annen svakhet i de inkluderte studiene var det begrensede deltakerutvalget. Robjant & Fazel (2010) (77) indikerte at et utvalgsstørrelse på $n = 52$ eller mer er nødvendig for å oppnå en effekt på $.80$. Kun fem av studiene hadde flere enn 52 deltakere (59, 63, 65, 68, 78). Mengden litteratur som undersøker effekten av NET hos denne spesielle populasjonen er ganske begrenset, så disse to svakhetene var ikke overraskende.

Fordi det er avsatt en begrenset tid til arbeidet med denne oppgaven har jeg vært nødt til å gjøre en del avgrensninger i forhold til hvilke tema jeg har kunnet presentere og diskutere. Jeg har forsøkt å drøfte de poengene som er mest relevante og hyppigst diskutert i litteraturen og utelatt tema som jeg har vurdert som mindre sentrale. For eksempel har jeg valgt å ikke fokusere på andre angstlidelser og depresjon, selv om dette er vanlige komorbide lidelser ved PTSD og flere av de inkluderte studiene har hatt disse diagnosene som sekundære utfall.

Konklusjon og anbefalinger om videre forskning

Hensikten med denne oppgaven har vært å gjennomgå litteraturen som vurderer nytten av NET-behandling for PTSD hos flyktninger og asylsøkere. NET-behandling fører til en reduksjon av PTSD-symptomer, som holder seg stabilt ved ett års oppfølging. Flere av studiedeltakerne viste remisjon av PTSD-symptomer, særlig var dette en tydelig tendens i de studiene som brukte KIDNET (50, 53). Man kan spekulere om den tydelige tendensen til remisjon av PTSD i NET-gruppen og MED-RELAX-gruppen til Catani (2009) (50) i hvert fall delvis kan skyldes den høye graden av spontan bedring hos traumatisert barn rapportert i andre studier (79, 80).

I dagens samfunn kan man som helsepersonell regne med å møte pasienter med innvandrerbakgrunn med psykisk sykdom. Dermed vil det være nyttig som kliniker å ha kunnskaper om effektiviteten til nye og mindre ressurskrevende metoder slik som NET (dvs. metoder som krever mindre opplæring av behandlere), som har vist gode resultater selv i studier som bruker lokalt trente flyktninger som behandlere (51). Verken metaanalysen (49) eller denne oppgaven fant evidens på at antall behandlingsøkter hadde betydning for resultatet, da alt fra 3 til 20 økter ga tilnærmet like effektstørrelser (Tabell 3 og Tabell 4). Derfor ville det være interessant å undersøke nærmere på hvilken måte antall behandlingsøkter har betydning for effekten av NET, det optimale antall økter for best effekt og det minste antall økter for signifikant effekt. Denne kunnskapen vil kunne ha stor betydning for hvor mange som kan tilbys slik behandling.

Svakheter og begrensingene både i litteraturen og i denne oppgaven gjør at man ikke kan trekke en mer definitiv konklusjon enn at NET-behandling fremstår som en lovende behandlingsmetode for behandling av PTSD hos flyktninger og asylsøkere. Videre forskning som kan svare på hvordan resultatene av NET for PTSD står seg over lengre tid, hadde vært interessant. I tillegg vil det være interessant å sammenligne deltakere med ulik kulturell bakgrunn for å kunne trekke konklusjoner om behandlingseffektivitet for pasienter med forskjellig kulturell bakgrunn.

Referanser:

1. Figures at a Glance [Internet] Geneva, Switzerland: United Nations High Commissioner for Refugees; 2019 [updated 18.06.2020]. Available from: <https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>.
2. Global trends - forced displacement [Internet] Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2019 [updated 20.06.2020]. Available from: <https://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/5d08d7ee7/unhcr-global-trends-2018.html>.
3. Handbook on procedures and criteria for determining refugee status : under the 1951 Convention and the 1967 Protocol relating to the status of refugees. Geneva: The Office; 1988.
4. Harris M, Zwar N. Refugee health. Aust Fam Physician. 2005;34(10):825–9.
5. Rothwell JT. The rights of refugees. Social Education. 1998;62(7):457-460.
6. Bhugra D, Cochrane R. Psychiatry in multicultural Britain. BJPsych Bulletin, 2002-04; 26(4): 159-160
7. Gerritsen AAM, Bramsen I, Devillé W, van Willigen LHM, Hovens JE, van der Ploeg HM. Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2006;41(1):18–26.
8. Silove D, Sinnerbrink I, Field A, Manicavasagar V, Steel Z. Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. Br J Psychiatry. 1997;170:351–7
9. Ellis BH, MacDonald HZ, Klunk-Gillis J, Lincoln A, Strunin L, Cabral HJ. Discrimination and mental health among Somali refugee adolescents: the role of acculturation and gender. Am J Orthopsychiatry. 2010;80(4):564–75.
10. Ellis BH, MacDonald HZ, Lincoln AK, Cabral HJ. Mental health of Somali adolescent refugees: the role of trauma, stress, and perceived discrimination. J Consult Clin Psychol. 2008;76(2):184–93.
11. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. Lancet. 2005;365(9467):1309-14.
12. Kalt A, Hossain M, Kiss L, Zimmerman C. Asylum seekers, violence and health: a systematic review of research in high-income host countries. Am J Public Health. 2013;103(3):e30-42.
13. Hargreaves S. A body of evidence: torture among asylum seekers to the West. Lancet. 2002;359(9308):793–4. .
14. Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. BMC Int Health Hum Rights. 2015;15(1):29.
15. Slewa-Younan S, Uribe Guajardo MG, Heriseanu A, Hasan T. A systematic review of post-traumatic stress disorder and depression amongst Iraqi refugees located in western countries. J Immigr Minor Health. 2015;17(4):1231–9.
16. Shalev AY. Posttraumatic stress disorder and stress-related disorders. Psychiatr Clin North Am. 2009;32(3):687–704.
17. Karatzias T, Cloitre M, Maercker A, Kazlauskas E, Shevlin M, Hyland P, et al. PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. Eur J Psychotraumatol. 2017;8(sup7):1418103.

18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5 (R)). 5th ed. Arlington, TX: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
19. Kessler RC. Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *J Clin Psychiatry*. 2000;61:4-14.
20. Sandhu S, Bjerre NV, Dauvrin M, Dias S, Gaddini A, Greacen T, et al. Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48(1):105–16
21. Maier T, Straub M. “My head is like a bag full of rubbish”: concepts of illness and treatment expectations in traumatized migrants. *Qual Health Res*. 2011;21(2):233–48.
22. Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, et al. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ*. 2011;183(12):E959-67 .
23. Munz D, Melcop N. The psychotherapeutic care of refugees in Europe: treatment needs, delivery reality and recommendations for action. *Eur J Psychotraumatol*. 2018;9(1):1476436.
24. Bhatia R, Wallace P. Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2007;8(1):48
25. Grupp F, Moro MR, Nater UM, Skandrani S, Mewes R. “Only God can promise healing.”: help-seeking intentions and lay beliefs about cures for post-traumatic stress disorder among Sub-Saharan African asylum seekers in Germany. *Eur J Psychotraumatol*. 2019;10(1):1684225.
26. Groleau D, Kirmayer LJ. Sociosomatic theory in Vietnamese immigrants’ narratives of distress. *Anthropol Med*. 2004;11(2):117–33.
27. Acharibasam JW, Wynn R. The importance of cultural awareness when planning and implementing telepsychiatric services. *Rural Remote Health*. 2018;18(3):4724.
28. Lewis C, Roberts NP, Andrew M, Starling E, Bisson JI. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2020;11(1):1729633.
29. T Thompson CT, Vidgen A, Roberts NP. Psychological interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2018;63:66–79.
30. Crumlish N, O’Rourke K. A systematic review of treatments for post-traumatic stress disorder among refugees and asylum-seekers. *J Nerv Ment Dis*. 2010;198(4):237–51.
31. Nosè M, Ballette F, Bighelli I, Turrini G, Purgato M, Tol W, et al. Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: Systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(2):e0171030.
32. Stein DJ, Zungu-Dirwayi N, van Der Linden GJ, Seedat S. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(4):CD002795.
33. Ipser J, Seedat S, Stein DJ. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder - a systematic review and meta-analysis. *S Afr Med J*. 2006;96(10):1088–96.
34. Kroll J, Linde P, Habenicht M, Chan S, Yang M, Vang T, et al. Medication compliance, antidepressant blood levels, and side effects in Southeast Asian patients. *J Clin Psychopharmacol*. 1990;10(4):279–83.
35. Lin KM, Poland RE, Lesser IM. Ethnicity and psychopharmacology. *Cult Med Psychiatry*. 1986;10(2):151–65.

36. Lin KM, Shen WW. Pharmacotherapy for southeast Asian psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis.* 1991;179(6):346–50.
37. Sonne C, Carlsson J, Elklit A, Mortensen EL, Ekstrøm M. Treatment of traumatized refugees with sertraline versus venlafaxine in combination with psychotherapy - study protocol for a randomized clinical trial. *Trials.* 2013;14(1):137.
38. Helsedirektoratet. ADHD/hyperkinetisk forstyrrelse: nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging : rett diagnose - individuell behandling. [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 29. februar 2017 [oppdatert 13. juni 2018; hentet 28. oktober 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd>
39. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser.[Internett] Oslo: Helsedirektoratet; 1.juni 2013 [oppdatert 1. juli 2013 ; hentet 28. oktober 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykoselidelser>
40. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser. [Internett] Oslo: Helsedirektoratet; 3. januar 2012; [oppdatert 3. januar 2012; hentet 28. oktober 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse-rop-lidelser>
41. Chen L, Zhang G, Hu M, Liang X. Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive-behavioral therapy for adult posttraumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis: Systematic review and meta-analysis. *J Nerv Ment Dis.* 2015;203(6):443–51.
42. Cusack K, Jonas DE, Forneris CA, Wines C, Sonis J, Middleton JC, et al. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2016;43:128–41.
43. Schauer M, Neuner F, Elbert T. Narrative exposure therapy:: A short-term intervention for traumatic stress disorders after war, terror, or torture. Toronto, ON, Canada: Hogrefe & Huber; 2004 .
44. Mørkved N, Hartmann K, Aarsheim LM, Holen D, Milde AM, Bomyea J, et al. A comparison of Narrative Exposure Therapy and Prolonged Exposure therapy for PTSD. *Clin Psychol Rev.* 2014;34(6):453–67.
45. Alghamdi M, Hunt N, Thomas S. The effectiveness of Narrative Exposure Therapy with traumatised firefighters in Saudi Arabia: a randomized controlled study. *Behav Res Ther.* 2015;66:64–71.
46. Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress. Geneva: World Health Organization; 2013. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK159725/>
47. Nice. [Internett] London. Post-traumatic stress disorder [hentet 28 oktober 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/Recommendations#management-of-ptsd-in-children-young-people-and-adults>.
48. Tribe RH, Sendt K-V, Tracy DK. A systematic review of psychosocial interventions for adult refugees and asylum seekers. *J Ment Health.* 2019;28(6):662–76.

49. Gwozdziwycz N, Mehl-Madrona L. Meta-analysis of the use of narrative exposure therapy for the effects of trauma among refugee populations. *Perm J*. 2013 Winter;17(1):70–6.
50. Catani C, Kohiladevy M, Ruf M, Schauer E, Elbert T, Neuner F. Treating children traumatized by war and Tsunami: a comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka. *BMC Psychiatry*. 2009;9(1):22.
51. Neuner F, Schauer M, Klaschik C, Karunakara U, Elbert T. A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an african refugee settlement. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72(4):579–87.
52. Neuner F, Schauer M, Roth WT, Elbert T. A narrative exposure treatment as in intervention in a refugee camp: a case report. *Behav Cogn Psychother*. 2002;30(2):205–9.
53. Ruf M, Schauer M, Neuner F, Catani C, Schauer E, Elbert T. Narrative exposure therapy for 7- to 16-year-olds: a randomized controlled trial with traumatized refugee children: KIDNET for Traumatized Refugee Children. *J Trauma Stress*. 2010;23(4):437–45
54. Neuner F, Kurreck S, Ruf M, Odenwald M, Elbert T, Schauer M. Can asylum-seekers with posttraumatic stress disorder be successfully treated? A randomized controlled pilot study. *Cogn Behav Ther*. 2010;39(2):81–91.
55. Vist GE, Sæterdal I, Vandvik PO, Flottorp SA. Gradering av kvaliteten på dokumentasjonen. *Norsk epidemiologi*. 2013; 23(2): 151-6.
56. Kelley K, Preacher KJ. On effect size. *Psychol Methods*. 2012;17(2):137-52.
57. Grissom RJ, & Kim, J. J. (2005). *Effect sizes for research: A broad practical approach*. Mahwah, N.J: Lawrence Erlbaum Associates; 2005. 253 p.
58. Grissom RJ, & Kim, J. J. *Effect sizes for research: Univariate and multivariate applications (2nd ed)*. New York: Routledge/Taylor & Francis Group; 2012. 434 p.
59. Stenmark H, Catani C, Neuner F, Elbert T, Holen A. Treating PTSD in refugees and asylum seekers within the general health care system. A randomized controlled multicenter study. *Behav Res Ther*. 2013;51(10):641–7.
60. Morina N, Maier T, Bryant R, Knaevelsrud C, Wittmann L, Rufer M, et al. Combining biofeedback and Narrative Exposure Therapy for persistent pain and PTSD in refugees: a pilot study. *Eur J Psychotraumatol*. 2012;3(1):17660.
61. Schaal S, Elbert T, Neuner F. Narrative exposure therapy versus interpersonal psychotherapy. A pilot randomized controlled trial with Rwandan genocide orphans. *Psychother Psychosom*. 2009;78(5):298–306.
62. Neuner F, Onyut PL, Ertl V, Odenwald M, Schauer E, Elbert T. Treatment of posttraumatic stress disorder by trained lay counselors in an African refugee settlement: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(4):686–94.
63. Hijazi AM, Lumley MA, Ziadni MS, Haddad L, Rapport LJ, Arnetz BB. Brief narrative exposure therapy for posttraumatic stress in Iraqi refugees: a preliminary randomized clinical trial: Narrative exposure therapy for refugees. *J Trauma Stress*. 2014;27(3):314–22.
64. Hensel-Dittmann D, Schauer M, Ruf M, Catani C, Odenwald M, Elbert T, et al. Treatment of traumatized victims of war and torture: a randomized controlled comparison of narrative exposure therapy and stress inoculation training. *Psychother Psychosom*. 2011;80(6):345–52.
65. Ertl V, Pfeiffer A, Schauer E, Elbert T, Neuner F. Community-implemented trauma therapy for former child soldiers in Northern Uganda: a randomized controlled trial: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2011;306(5):503–12.

66. Halvorsen JØ, Stenmark H. Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder in tortured refugees: a preliminary uncontrolled trial: Narrative exposure therapy in tortured refugees. *Scand J Psychol.* 2010;51(6):495–502.
67. Said G, King D. Implementing Narrative Exposure Therapy for unaccompanied asylum-seeking minors with post-traumatic stress disorder: A pilot feasibility report. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2020;25(1):213–26.
68. Durant S. Effectiveness of narrative exposure therapy peer counseling with African refugees and Ugandan nationals: An archival study [dissertation]. Ann Arbor, Mich: The George Washington University; 2019.
69. Hinton DE, Chhean D, Pich V, Safren SA, Hofmann SG, Pollack MH. A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for Cambodian refugees with treatment-resistant PTSD and panic attacks: a cross-over design. *J Trauma Stress.* 2005;18(6):617–29.
70. Paunovic N, Öst L-G. Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behav Res Ther.* 2001;39(10):1183–97.
71. Jones E, Vermaas RH, McCartney H, Beech C, Palmer I, Hyams K, et al. Flashbacks and post-traumatic stress disorder: the genesis of a 20th-century diagnosis. *Br J Psychiatry.* 2003;182:158–63.
72. Roth A, Fonagy P. What works for whom? : a critical review of psychotherapy research. New York: Guilford Press; 1996.
73. Mace C. What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research (2nd edn). By Anthony Roth & Peter Fonagy, with contributions from Glenys Parry, Mary Target & Robert Woods. New York: Guilford Press. *Br J Psychiatry.* 2005;187(5):491–491.
74. Stapleton H, Murphy R, Kildea S. Lost in translation: staff and interpreters' experiences of the edinburgh postnatal depression scale with women from refugee backgrounds. *Issues Ment Health Nurs.* 2013;34(9):648–57.
75. Friedman M, Jaranson J. The applicability of the posttraumatic stress disorder concept to refugees. Washington,US,DC: Washington: American Psychological Association; 1994. p. 207-27.
76. Sullivan GM, Feinn R. Using effect size-or why the P value is not enough. *J Grad Med Educ.* 2012;4(3):279–82.
77. Robjant K, Fazel M. The emerging evidence for Narrative Exposure Therapy: a review. *Clin Psychol Rev.* 2010;30(8):1030–9.
78. Neuner F, Catani C, Ruf M, Schauer E, Schauer M, Elbert T. Narrative exposure therapy for the treatment of traumatized children and adolescents (KidNET): from neurocognitive theory to field intervention. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2008;17(3):641-64, x.
79. Meiser-Stedman R, Yule W, Smith P, Glucksman E, Dalgleish T. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in children and adolescents involved in assaults or motor vehicle accidents. *Am J Psychiatry.* 2005;162(7):1381–3.
80. La Greca AM, Silverman WK, Wasserstein SB. Children's predisaster functioning as a predictor of posttraumatic stress following Hurricane Andrew. *J Consult Clin Psychol.* 1998;66(6):883–92.

Vedlegg 1 – Ekskluderte artikler

Artikkel	Begrunnelse
Thompson CT, Vidgen A, Roberts NP. <i>Psychological interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology Review. 2018;63:66-79.</i>	Ikke en primær forskningsoppgave
Tribe RH, Sendt K-V, Tracy DK. <i>A systematic review of psychosocial interventions for adult refugees and asylum seekers. Abingdon, Oxfordshire :2019. p. 662-76.</i>	Ikke en primær forskningsoppgave
Nose M, Balleste F, Bighelli I, Turrini G, Purgato M, Tol W, et al. <i>Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: Systematic review and meta-analysis.(Research Article)(Report). PLoS ONE. 2017;12(2):e0171030.</i>	Ikke en primær forskningsoppgave
Bichescu-Burian D, Tschöke S, Borbé R. [Narrative Exposure Therapy in a Refugee with Severe PTSD within the Inpatient Standard Care]. <i>Psychiatr Prax. 2019;46(2):106-8.</i>	Ikke-engelskspråklig
Halvorsen J, Stenmark H, Neuner F, Nordahl HM. <i>Does dissociation moderate treatment outcomes of narrative exposure therapy for PTSD? A secondary analysis from a randomized controlled clinical trial. Behav Res Ther. 2014;57:21-8.</i>	irrelevant ift problemstillingen
Mundt A, Wünsche P, Heinz A, Pross C. [Trauma therapy in crisis and disaster areas--a critical review of standardized interventions such as narrative exposure therapy]. <i>Psychiatr Prax. 2011;38(6):300-5.</i>	Ikke-engelskspråklig og ikke en primær forskningsoppgave
Slobodin O, de Jong JT. <i>Mental health interventions for traumatized asylum seekers and refugees: What do we know about their efficacy? Int J Soc Psychiatry. 2015;61(1):17-26.</i>	Ikke en primær forskningsoppgave
Gwozdziwycz N, Mehl-Madrona L. <i>Meta-analysis of the use of narrative exposure therapy for the effects of trauma among refugee populations. Perm J. 2013;17(1):70-6.</i>	Ikke en primær forskningsoppgave
Nakeyar C, Frewen PA. <i>Evidence-Based Care for Iraqi, Kurdish, and Syrian Asylum Seekers and Refugees of the Syrian Civil War: A Systematic Review. Canadian psychology = Psychologie canadienne. 2016;57(4):233-45.</i>	Ikke en primær forskningsoppgave
Morina N, Maier T, Bryant R, Knaevelsrud C, Wittmann L, Rufes M, et al. <i>Combining biofeedback and Narrative Exposure Therapy for persistent pain and PTSD in refugees: a pilot study. Eur J Psychotraumatol. 2012;3</i>	Artikkel ble trukket tilbake

Adenauer H, Catani C, Gola H, Keil J, Ruf M, Schauer M, et al. Narrative exposure therapy for PTSD increases top-down processing of aversive stimuli--evidence from a randomized controlled treatment trial. *BMC Neurosci.* 2011;12:127.

irrelevant ift problemstillingen

Bichescu D, Neuner F, Schauer M, Elbert T. Narrative exposure therapy for political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression. *Behav Res Ther.* 2007;45(9):2212-20

Ikke flyktninger.

Neuner F, Catani C, Ruf M, Schauer E, Schauer M, Elbert T. Narrative exposure therapy for the treatment of traumatized children and adolescents (KidNET): from neurocognitive theory to field intervention. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2008;17(3):641-64, x.

Ikke en primær forskningsoppgave

Schaal S, Elbert T, Neuner F. Narrative exposure therapy versus interpersonal psychotherapy. A pilot randomized controlled trial with Rwandan genocide orphans. *Psychother Psychosom.* 2009;78(5):298-306.

Ikke flyktninger.

Vedlegg 2 –GRADE-kriterier ((55))

Kvaliteten på dokumentasjonen	Studiedesign	Nedgrader ved	Oppgrader ved*
Høy	Randomisert kontrollert forsøk	Begrensninger ved studiekvaliteten (risiko for systematiske feil)	Sterk sammenheng +1 Sterk +2 Veldig sterk
Middels		-1 Alvorlig -2 Veldig alvorlig	Dose-responseeffekt +1 holdepunkter for dose-responseeffekt
Lav	Observasjonsstudier	Mangel på samsvar -1 Alvorlig -2 Veldig alvorlig	Forvekslingsfaktorer +1 Alle kjente forvekslingsfaktorer ville ha redusert effekten
Svært lav		Mangel på direktehet -1 Alvorlig -2 Veldig alvorlig eller flere faktorer Mangel på presisjon -1 Alvorlig -2 Veldig alvorlig Rapporteringskjevheter -1 Sannsynlig -2 Veldig sannsynlig	

*gjelder kun der det er flere samsvarende studier som ikke er nedgradert.

Vedlegg 3- Litteraturevaluering

Hijazi et al. (2014)

Referanse: 1. Hijazi AM, Lumley MA, Ziadni MS, Haddad L, Rapport LJ, Arnetz BB. Brief Narrative Exposure Therapy for Posttraumatic Stress in Iraqi Refugees: A Preliminary Randomized Clinical Trial. Journal of Traumatic Stress. 2014;27(3):314-22.		Grade - kvalitet	Høy kvalitet
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste
Formålet med studien er å undersøke behandlingseffekten av kortvarig NET anvendt i møte med traumatiserte iranske flyktninger.	Deltakere: 63 arabisktalende voksne irakiske flyktninger, rekruttert via forskjellige samfunnsbyråer for flyktninger. Inklusjons-/eksklusjonskriterier. For å bli inkludert i studien måtte deltakerne ha vært utsatt for en voldelig eller traumatisk hendelse relatert til å være flyktning, til krigen eller til strid" og være "plaget av hendelsen, tenkte på det gjentatte ganger, eller følte at de ikke hadde overvunnet den." Utfallsmål: - Posttraumatisk vekst (vurdert med Posttraumatic Growth Inventory) - Endring i posttraumatiske stresssymptomer (vurdert med Harvard Trauma Questionnaire.) - Depresjon og somatisk symptomer ble også vurdert via skåringsverktøylene Beck Depression Inventory-II og 15-item Patient Health Questionnaire. Statistisk analyse: - Intent-to-treat - Variansanalyse (RM-ANOVA) ble brukt for å analysere utfallseffekten av kortvarig NET sammenliknet med kontrollgruppen - Power analysis brukt for å bestemme utvalgsstørrelsen. - Cohen's d	- Ingen forskjell mellom grupper ved baseline - Målinger: Før behandling, 2 måneder og 4 måneder etter avslutning av behandling - Total frafall 9,5%, frafall fra NET-gruppe 12,2% Signifikant forbedring i posttraumatisk vekst hos NET-guppen etter fire måneders oppfølgingen sammenliknet med kontrollgruppe NET-behandling førte til økt posttraumatisk vekst (Effektstørrelse; ES = 0,83, p < .05.) og trivsel (ES = 0,54, p < .001) sammenliknet med kontrollgruppen etter 4 måneder. - Innen-gruppen: forkortet-NET førte til signifikant middels effekt reduksjoner i posttraumatisk stress og depressive symptomer fra baseline til 2 måneders oppfølgingen, mens det var lite endring hos kontrollgruppen. Oppfølgingen 4 måneder etter behandling viste derimot at også kontrollgruppen hadde fått signifikant (lav-middels) reduksjon lav posttraumatisk stress og depressive symptomer i forhold til baseline, noe som eliminerte forskjellen mellom gruppene.	Sjekkliste: • Er formålet klart formulert? -Ja • Var gruppene like ved starten? Ja • Randomiseringsprosedyre? Ble deltakere/studiepersonell blindet mht gruppetilhørighet? → Randomiseringsprosedyre (sekvensgenerering og metode for å forsikre skjult allokering) er godt beskrevet. Kan ikke utelukke vurderingsskjøvet siden dobbel-blindhet ikke er mulig i denne studietypen, ikke anerkjent i diskusjon. • Ble gruppene behandlet likt utover «intervensjonen»? -Ja • Primære endepunktet – validert? (Classification bias?) -Ja • Ble deltakerne gjort rede for på slutten av studien? (attrition/follow-up bias)- Ja, Hva er resultatene? Presisjon? Se resultat, • Ble alle utfallsmaal vurdert? → Alle forhåndsspesifisert utfall ble rapportert. • Kan resultatene overføres til praksis? Deltakerne var rekruttert via forskjellige samfunnsbyråer er kanskje ikke representativ for den irakiske flyktningssamfunnet. • Er fordelene verdt uteløp/kostnader? NET består typisk av 10 sesjoner, men det var kun 3 i den studien, og resultatet viste at pasienter kan ha god nytte av den kort og billigere versjon. To deltakere rapporterte at de fikk minimale forverringer av symptomer i NET-gruppen, ikke lang nok oppfølgingstid til man kan vurdere disse konsekvensene godt nok. • Annen litteratur som styrker resultatene? Ja; Hagenaars & van Minnen, 2010; Slavinspenny, Cohen, Oberleitner, & Lumley, 2011; Smyth et al., 2008 - Styrke Høy kvalitetsstudiedesign. God studieklarhet. Unngår frafallsskjøvet ved å sammenligne demografi + baseline-verdiene til de som fullførte studien og de som falt av. Sosiodemografiske bakgrunn for utvalg og metode grundig og oversiktlig beskrevet. - Svakhet Ingen av deltakerne formelt diagnostisert med PTSD, noe forfatteren også anerkjenner som et begrensende element. Eksklusjonskriterier ikke formulert i teksten. I tillegg fylte pasienten selv ut oppfølgingsskjema (høy risiko for detection bias)
Konklusjon			
Studien konkluderer med at behandling med en kort, fokusert versjon av NET er en potensielt effektiv behandlingsmetode for traumatiserte flyktninger fra Midtøsten.			
Land			
USA			
År data innsamling			
2010-2012			

Stenmark et al. (2013)

Referanse: 2. Stenmark H, Catani C, Neuner F, Elbert T, Holen A. Treating PTSD in refugees and asylum seekers within the general health care system. A randomized controlled multicenter study. Behav Res Ther. 2013;51(10):641-7.			Studiedesign: RCT
			Grade - kvalitet
			midles kvalitet
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste
<p>Formål</p> <p>Sammenlikne effekten av NET med "Treatment As Usual" (TAU) i 11 psykiatriske helseenheter i Norge.</p> <p>Konklusjon</p> <p>Studien konkluderer at NET er en lovende behandling for flyktninger og asylsøkere med PTSD og depresjon.</p> <p>Land</p> <p>Norge</p> <p>Ar data innsamling</p> <p>???</p>	<p>Materiale og metode</p> <p>Deltagere:</p> <p>Flyktninger og asylsøkere som oppfylte DSM-IV-kriteriene for PTSD (N = 81) ble randomisert med en a-priori sannsynlighet på 2: 1 til enten NET (N = 51) eller TAU (N = 30).</p> <p>Inklusjons-/eksklusjonskriter.</p> <p>Inkluderkriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alder > 18 - Oppfylle DSM-IV-kriterier for PTSD. <p>Eksklusjonskriterier</p> <ul style="list-style-type: none"> - psykotiske lidelser, alvorlig rusmisbruk eller alvorlige selvmordstanker <p>Utfall:</p> <p>Pasientene ble vurdert med Clinician Administered PTSD-skala (CAPS-5), Hamilton-vurderingsskala for depresjon og MINI nevropsykiatrisk intervju.</p> <p>Statistisk analyse:</p> <p>Intention-to-treat analyse</p> <p>Modeller med blandede effekter ble brukt for å beregne utfallsvariablene for CAPS og HAM-D skår.</p> <p>Behandlingseffektene → Hedges 'g</p> <p>Andre tester: chi-square tests</p>	<p>Resultater</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingen forskjell mellom grupper ved baseline - Målinger: Før behandling, 1 måned og 6 måneder etter behandlingsavslutning - Total frafall: 33,3 %, frafall fra NET-gruppen 35,3% <p>En signifikant (p-verdi ikke oppgitt) reduksjon i CAPS-score ble observert hos 64% (N = 20) av deltakerne i NET-gruppen og 4,3% (N = 1) i TAU-gruppen.</p> <p>Effektstørrelser innen gruppe (Hedges 'g og 95% konfidensintervall i parentes)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hedges 'g = 1,53 [0,85, 2,22] ved 6 måneders oppfølging (NET- flyktninger) - Hedges 'g = 0,93 [0,09, 1,77] ved 6 måneders oppfølging (NET-asylsøkere) - Hedges 'g = 0,57 [-0,19, 1,33] ved 6 måneders oppfølging (TAU- flyktninger) - Hedges 'g = 0,31 [-0,75, 1,36] ved 6 måneders oppfølging (TAU-asylsøkere) <p>- 54,5% av deltakerne i NET-gruppen oppfylte ennå kriteriene for PTSD-diagnosen ved seks måneders oppfølgingen, mens 81% oppfylte kriteriene i TAU-gruppen</p> <p>- PTSD-symptomnivået økte hos seks pasienter som mottok TAU og fire NET-pasienter ved 6 måneders oppfølgingen.</p>	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er formålet klart formulert? -Ja • Var gruppene like ved starten? -Ja • Randomiseringsprosedyre? → Randomiseringsprosedyre er også godt beskrevet, men forfatterne gir ingen informasjon om hvordan allokeringprosessen foregikk (mulig kilde for seleksjons bias). • Ble deltakere/studiepersonell blindet mht gruppetilhørighet? Det er ikke mulig å blinde deltakere og personell som gir behandlingen, men det var forsøkt å blinde terapeutene som utførte målingene etter behandling. Det gikk ikke helt fordi 11 (20%) av 54 pasientene avslørte informasjon om behandlingen sin, sekundær analyse viste at dette ikke påvirket resultatene • Ble gruppene behandlet likt utover «intervensjonen»? -Ja • Ble deltakerne gjort rede for på slutten av studien? (attrisjon/follow-up bias) -Ja • Hva er resultatene? Se resultat • Kan resultatene overføres til praksis? - Faktorer som tolk, vurderingsverktøy som ikke er tilpasset ulike språk/kulturer og terapeuter med ulik trening gjenspeiler den praktiske realiteten, selv om de kan ha redusert effektstørrelsen til utfallet. • Ble alle utfallsmål vurdert? - Alle forhåndspesifiserte utfall ble rapportert. • Er fordelene verdt ulemper/kostnader? - Ja; Hinton et al., 2005, Pounovic and Ost, 2001, Neuner et al., 2009 <p>-Styrke</p> <p>Høy kvalitetsstudiedesign. God studie-kvalitet. Sosiodemografisk, og klinisk informasjon om deltakerne godt dokumentert.</p> <p>-Svakheter</p> <ul style="list-style-type: none"> - TAU innebærer alle inngrepene normalt brukt i de psykiatriske helseenheter, bortsett fra de trinnene som var spesifikke for NET → Uklar hva slags behandling pasientene fikk i denne gruppen og om det er store variasjoner blant dem. I tillegg nevnes det at 3 deltakere i TAU gruppen hadde medikament endringer i løpet av studien, men diskusjon tar ikke opp hvordan dette kan ha påvirket resultatet. - Vurderingsverktøyene ble ikke validert til språket og kulturen til hver enkelt asylsøker eller flyktning, et punkt artiklene også bringer opp. - Dato for data innsamling ikke spesifisert. - Data er kun rapportert i grafer (høy risiko for rapporterings bias) - Intention-to-treat analyse: men kun resultatet fra de som fullførte er rapportert. - Relativt høy frafall

Neuner et al. (2010)

Referanse: Neuner F, Kurreck S, Ruf M, Odenwald M, Elbert T, Schauer M. Can Asylum-Seekers with Posttraumatic Stress Disorder Be Successfully Treated? A Randomized Controlled Pilot Study. Cogn Behav Ther. 2010;39(2):81-91.			Studiedesign: RCT
			Grade - kvalitet
			Høy kvalitet
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste
<p>Formål</p> <p>Formålet med denne studien er å undersøke om traumefokuseret behandling er gjennomførbart og effektiv for alvorlig traumatiserte asylsøkere som lever under usikre forhold.</p> <p>Konklusjon</p> <p>Studien konkluderer at selv om resultatene viser at NET hadde bedre effekt enn TAU, kunne man ikke bevise at NET-prosedyren i seg selv var ansvarlig for forskjellen mellom grupper pga andre behandlingstiltak.</p> <p>Land</p> <p>Tyskland</p> <p>Ar data innsamling</p> <p>???</p>	<p>Materiale og metode</p> <p>Deltakere</p> <p>32 asylsøkere NET = 16 TAU = 16</p> <p>Inklusjons-/eksklusjonskriter.</p> <p>Inkluderkriterier:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asylsøkerstatus med midlertidig permisjon for å bli i landet - Historie som offer av organisert vold + oppfyllelse av DSM-IV-kriterier for PTSD. <p>Eksklusjonskriterier</p> <ul style="list-style-type: none"> - psykisk utviklingshemning, schizofreni og alvorlige hjerneskader som krever øyeblikkelig behandling <p>Utfall</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS) brukt for å vurdere alvorlighetsgraden av PTSD. - smerte CIDI-C ble brukt for å vurdere - Depresjon vurdert via HSCL-25 <p>Statistiske metoder</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intention-to-treat analyse - Modeller med blandede effekter ble brukt for å beregne utfallsvariablene for PDS, HSCL-25 depresjon og CIDI-smerte, - Cohen's d - Forbedring av PDS-poengsum ble ansett som statistisk pålitelig ved $\alpha = 0,05$ hvis forskjellen mellom den individuelle poengsummen før og etter testen oversteg cutoff: - verdien: $c_i = z_{1-\alpha} \times SE_{\bar{d}} = 1,64 \times 6,15 = 10,1$. - Andre tester: chi-square test, Fisher's exact test og t-test. 	<p>Resultater</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingen forskjell mellom grupper ved baseline - Målinger: Før behandling og 6 måneder etter behandling. - Total frafall 6,2%, frafall fra NET-gruppen 12,5% <p>Signifikant reduksjon i PTSD ved oppfølging i NET-gruppe, men ikke i TAU-gruppe.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cohens d = 1,6 ved 6 måneders oppfølgingen (NET) - Cohens d = 0,4 ved 6 måneders oppfølgingen (TAU) <p>12 av 16 pasienter i NET-gruppen og halvparten av deltakerne i TAU-gruppen (n = 8) hadde nedgang på PDS. De individuelle endringene i PDS-skårene hos 10/16 (63%) deltakere i NET-gruppen og 3/16 (19%) i TAU-gruppen overskred nivået av statistisk pålitelig forbedring ($\alpha = 5\%$).</p>	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er formålet klart formulert? -Ja • Var gruppene like ved starten? (seleksjon?), har randomiseringen fungert? -Ja • Randomiseringsprosedyre? -Ble deltakere/studiepersonell blindet mht gruppetilhørighet? <p>Randomiseringsprosedyre er godt beskrevet, men forfatterne gir ingen informasjon om hvordan allokeringprosessen foregikk (mulig kilde for seleksjons bias).</p> <p>Ikke mulig å blinde personellet i denne type behandling (performance bias).</p> <p>Det var forsøkt å holde intervjuerne blinde for hvilke behandling deltakerne fikk, men noen av deltakerne endte opp å avsløre det. Ikke spesifisert hvor mange deltakere dette gjaldt og heller int noen sekundær analyse for å se om dette kan ha påvirket resultatene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble gruppene behandlet likt utover «intervensjonen»? -Ja • Ble deltakerne gjort rede for på slutten av studien? (attrisjon/follow-up bias) -Ja • Hva er resultatene? Se resultat • Kan resultatene overføres til praksis? - • Ble alle utfallsmål vurdert? - Alle forhåndspesifiserte utfall ble rapportert. <p>-Styrke: Høy kvalitetsstudiedesign. God studie-kvalitet. Akseptabelt frafall fra studien.</p> <p>-Svakheter</p> <p>Liten studiepopulasjon. Studien fokuserer på asylsøkere som lever under usikre forhold, kun to av deltakere hadde fått permanent oppholdstillatelse, likevel diskuteres ikke muligheten at ønske om å få oppholdstillatelse kan ha påvirket målen asylsøkerne beskrev symptomene. Intervensjonen TAU ikke beskrevet.</p>

Ruf, Schauer, et al. (2010)

Referanse: Ruf M, Schauer M, Neuner F, Catani C, Schauer E, Elbert T. Narrative exposure therapy for 7- to 16-year-olds: A randomized controlled trial with traumatized refugee children. J Trauma Stress. 2010;23(4):437-45		Studiedesign: RCT	
		Grade - kvalitet	Høy kvalitet
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste
<p>Formål</p> <p>Å undersøke effektiviteten av narrativ eksponeringsterapi (KIDNET) ved behandling av posttraumatisk stresslidelse (PTSD) hos flyktningbarn som lever i eksil.</p> <p>Konklusjon</p> <p>Konkluder i likhet med andre studier at PTSD hos barn kan vedvare over en lang periode hvis det forblir ubehandlet. I tillegg konkluderer de mmed at 8 øker med KIDNET er en mulig effektivt behandlingsmetode for traumatiserte flyktningbarn.</p> <p>Land</p> <p>Tyskland</p> <p>Ar data innsamling</p> <p>2003-2006</p>	<p>Deltakere</p> <p>26 flyktningbarn (7 -16 år)</p> <p>13 KIDNET gruppe</p> <p>13 venteliste</p> <p>Inklusjons-/eksklusjonskrit.</p> <p>Inkluderingkriterier</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oppfyller DSM-IV-kriterier for PTSD - Eksklusjonskriterier - akutte psykotiske symptomer <p>Utfall</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hoved utfall er alvorlighetsgrad av PTSD-symptomer (UCLA Child/Adolescent PTSD Reaction Index). <p>Statistiske metoder</p> <ul style="list-style-type: none"> - For å vurdere PTSD-symptomer: ANOVA (Levens test for homogenitet og Shapiro - Wilk-testen for normalitet.) - Andre tester: two-tailed t tests and χ^2 tests. 	<p>Ingen forskjell mellom grupper ved baseline</p> <ul style="list-style-type: none"> - Målinger: Før behandling, 4 uker etter behandling, og 6 måneder og 12 måneder etter det første intervjuet. - Frafall NET-gruppen 7,7% (en deltaker forlot studiet etter 3 sesjoner NET, men kom tilbake 2 år etterpå for å fullføre programmet). Total frafall 3,8% - Seks måneder etter det første intervjuet oppfylte 9 av barn i ventelistegruppen (70%) DSM-IV-kriterier for PTSD, mens kun 2 av barnene (17%) i KIDNET-gruppen hadde PTSD. - Hedges' g = 1,9 ved 6 måneders oppfølgingen (KIDNET) - Hedges' g = 0,3 ved 6 måneders oppfølgingen (venteliste) - Hedges' g = 1,81 ved 12 måneders oppfølgingen (KIDNET) <p>Den totale alvorlighetsgraden i PTSD-symptomene i KIDNET-gruppen (6m) gikk ned med 60%, effektstørrelse = 1,9; t (11) = 4,20, p = 0,001, ventelistegruppen hadde ingen signifikant endringer, effektstørrelse = 0,3; t (12) = 1,22; ns.</p> <p>Paired-t tests viste en signifikant forbedring av følgende symptomer KIDNET-gruppen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inntrengende symptomer t (11) = 4,90, p <0,001, - Unngåelse og bedøvelse t (11) = 4,21; p = 0,001, - hyperarousal t (11) = 2,54, p <0,05, - Funktionsnedsettelse t (11) = 5,61; p <.001. 	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er formålet klart formulert? - Ja - Var gruppen like ved starten? (seleksjon?, har randomiseringen fungert?) - Ja - Randomiseringsprosedyre? Ble deltakere/studiepersonell blindet mht gruppetilhørighet? Randomiseringsprosedyre er godt beskrevet, men forfatterne gir ingen informasjon om hvordan allokeringprosessen foregikk (mulig kilde for seleksjons bias). Ikke mulig å blinde personellet i denne type behandling (performance bias). - Ble gruppen behandlet likt utover «intervensjonene»? -> pasientene i KIDNET gruppen mottok mer oppfølging enn ventelisten (+ 4 mnd og 12 mnd) - Primære endepunktet - validert? (Classifedto bias?) - Ja - Ble deltakerne gjort rede for på slutten av studien? (attrition/follow-up bias) - Ja - Hva er resultatene? Presisjon? Se resultat kun de resultatet fra de som fullførte studien ble inkludert, forfatterne begrunner denne beslutningen med at intention-to treat viste det samme resultatet. - Kan resultatene overføres til praksis? - Ble alle utfallsmål vurdert? Alle forhandsspesifisert utfall ble rapportert. <p>Sværke: Høy kvalitets studiedesign. God studie kvalitet. Lavt frafall.</p> <p>Svakhet: Liten studiepopulasjon og mangel på en aktiv kontrollgruppe.</p>

Neuner et, al (2008)

Referanse: Neuner F, Ouyut PL, Ertl V, Odenwald M, Schauer E, Elbert T. Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Trained Lay Counselors in an African Refugee Settlement: A Randomized Controlled Trial. J Consult Clin Psychol. 2008;76(4):686-94		Studiedesign: RCT	
		Grade - kvalitet	Middels kvalitet
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste
<p>Formål</p> <p>Formålet med denne studien var å undersøke om effektivt traumebehandling kunne utføres av lekkesultenter utvalgt fra flyktningssamfunnet som skal behandles.</p> <p>Konklusjon</p> <p>Studien konkluderte med at kortvarig psykoterapi utført av lekkesultenter med begrenset opplæring kan være effektive for å behandle krigsrelatert PTSD i en flyktningleir.</p> <p>Land</p> <p>Uganda</p> <p>Ar data innsamling</p> <p>2003-2004</p>	<p>Deltakere</p> <p>277 rwandiske og somaliske flyktninger</p> <p>111 i NET gruppen</p> <p>111 i traumerådgivning (TC) gruppen</p> <p>55 i ingen behandling (MG) gruppen</p> <p>Inklusjons-/eksklusjonskrit.</p> <p>Inkluderingkriterier</p> <ul style="list-style-type: none"> - rwandiske og somaliske flyktninger som oppfyller DSM-IV-kriterier for PTSD og er bosatt i en av de to landsbyene nærmest forskningsbusen. - Eksklusjonskriterier - Narkotikamisbruk - Psykisk utviklingshemning - Psykose <p>Utfall</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS) brukt for å vurdere alvorlighetsgraden av PTSD - + CID1, checklist of physical health symptoms <p>Statistiske metoder</p> <p>Gjentatte ANOVAs målinger og kontrastanalyser. Effektstørrelse (d) beregnet for endring i fysisk symptomscore fra 0-1 år, samt PDS. Andre tester: Chi-square test, blandede effekter modeller og t-test intention-to-treat analyse</p>	<p>Ingen forskjell mellom grupper ved baseline</p> <p>Målinger: Alle gruppene ble vurdert i baseline, 6 mnd og 9 måneder etter baseline. NET/TC ble i tillegg vurdert 3 mnd etter baseline.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Total frafall 61%, frafall NET 68 deltakere (39%) - Signifikant reduksjon i PTSD-score for begge behandlingsgrupper. - Cohens d = 1,4 ved 9 måneders oppfølgingen (NET) - Cohens d = 1,5 ved 9 måneders oppfølgingen (TC) - Cohens d = 0,8 ved 9 måneders oppfølgingen (MG) - 69,8% (n 30) av deltakerne i NET-gruppen oppfylte ikke lenger kriteriene for PTSD, og 65,2% i TC-gruppen, mens kun 36,8% i MG-gruppen var diagnosefri etter behandling. - En chi-kvadrat-test viste at forskjeller mellom de tre gruppene generelt var signifikante, χ^2 (2, N 108) 6,3, p .042 	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er formålet klart formulert? - Ja - Var gruppen like ved starten? (seleksjon?, har randomiseringen fungert?) - Ja - Randomiseringsprosedyre? Ble deltakere/studiepersonell blindet mht gruppetilhørighet? Randomiseringsprosedyre er godt beskrevet, men forfatterne gir ingen informasjon om hvordan allokeringprosessen foregikk (skult ikke skjult? -> mulig kilde for seleksjons bias). Ikke mulig å blinde personellet i denne type behandling (performance bias). - Ble gruppen behandlet likt utover «intervensjonene»? Nei, MG-gruppen fikk mindre oppfølging og fikk så klart vite at de ikke fikk noen behandling, mens TC og NET-gruppene ikke viste akkurat hvilke behandling de mottok. - Ble alle utfallsmål vurdert? -> Protokoll er ikke tilgjengelig, kun ett utfallsmål testet. - Ble deltakerne gjort rede for på slutten av studien? (attrition/follow-up bias) -> Mer enn 20% av pasientene forlot studien for alt var avsluttet, 50/111 manglet fra NET-gruppen og 52/111 fra TC-gruppen. PTSD-diagnose / alvorlighetsgrad resultatet ville nok ha vært mindre gunstige i alle grupper hadde LOCF blitt brukt, eller om det hadde blitt ansett et gunstig resultat hos alle som droppet ut. Evt, kunne effektstørrelse muligens ha blitt høyere hadde frafallet vært mindre. - Hva er resultatene? Presisjon? Se resultat <p>Sværke: Høy kvalitets studiedesign. Stor studiepopulasjon. Konsistent med lignende studier</p> <p>Svakhet: Betydelig frafall i studien, som kan føre til at det er en selektert gruppe som fullfører.</p>

Referanse: Hensel-Dittmann D, Schauer M, Ruf M, Catani C, Odenwald M, Elbert T, et al. Treatment of Traumatized Victims of War and Torture: A Randomized Controlled Comparison of Narrative Exposure Therapy and Stress Inoculation Training. <i>Psychother Psychosom.</i> 2011;80(6):345-52			Studiedesign: RCT	
			Grade - kvalitet	Middels kvalitet
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste	
<p>Å sammenligne behandlingseffekten av narrativ eksponeringsterapi (NET) og stressinokulasjonsterapi (SIT) for posttraumatisk stresslidelse (PTSD) som en konsekvens av krig og tortur).</p>	<p>Deltakere 28 deltakere (26 flyktninger/asylsøkere + 2 tysker fra den tidligere tyske demokratiske republikken) 15 i NET gruppen 13 i SIT gruppen</p> <p>Inklusjons-/eksklusjonskriter. Inklusjonskriterier - Opplevd organisert vold og en har fått PTSD-diagnose Eksklusjonskriterier - Stoffavhengighet, sterke selvmordstendenser, Graviditet</p> <p>Utfall Hovedutfall: PTSD-alvorlighetsgrad i henhold til Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) Mini International Neuropsychiatric Interview → Komorbide psykiske lidelser Hamilton Depression Scale → Depresjon</p> <p>Statistiske metoder Intention-to-treat analysis blandede modeller Tukey tests brukt som post hoc tests. Bonferroni-Holm-korreksjonen ble brukt på flere av sammenligningene. Effektsørrelse (Cohen's d) ble beregnet for endringer i PTSD og depresjonsgrad over tid.</p>	<p>- Ingen forskjell mellom grupper ved baseline</p> <p>- Målinger: baseline, 4 uker, 6 måneder og 12 måneder etter behandling.</p> <p>- Fravall: 5 deltakere (17,9%) - 3 fra NET (20%) og 2 fra SIT (15,4%)</p> <p>Signifikant reduksjon i PTSD-symptomer ble funnet for NET-gruppen, men ikke for SIT-gruppen.</p> <p>- NET: Cohens d = 1,59 ved 12 måneders oppfølgingen (95% konfidensintervall 0,62-2,57).</p> <p>- SIT: Cohens d = 0,19 ved 12 måneders oppfølgingen (95% konfidensintervall - 0,73 to 1,12)</p> <p>Fire uker etter behandlings avslutning led 82% av NET-pasienter (n = 11) og 100% av SIT-gruppen (n = 10) fortsatt av PTSD.</p> <p>Seks måneder etter behandlings avslutning oppfylte 83% av NET-pasienter (n = 12) og 80% av SIT-pasienter (n = 10) PTSD-kriterier.</p> <p>- Ved 1 års oppfølging oppfylte 63% for NET-pasienter (n = 8) og 71% for SIT-pasienter (n = 7) ennå PTSD-kriterier.</p>	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er formålet klart formulert? -Ja Hvem er inkludert/ekskudert? (seleksjon/generaliserbarhet) Randomiseringsprosedyre? Ble deltakere/studiepersonell blindet mht gruppeitilhørighet? → selvvalggenerering vurderes som ikkehelt adekvat, siut fra studie: "Subjects were randomly assigned to either NET or SIT by coin flip, whereby we stratified for gender and country of origin". Allokeringprosessen ikke skult (mulig kilde for seleksjons bias). Ikke mulig å blinde behandlerne i denne type behandling (performance bias). Ble gruppene behandlet likt utover «intervensjonen»? -Ja Primære endepunktet – validert? (Classification bias?) Ble deltakerne gjort rede for på slutten av studien? (attrition/follow-up bias) -Ja Hva er resultatene? Presisjon? Se resultat Ble alle utfallsmaal vurdert? Alle forholdsspesifisert utfall ble rapportert. <p>-Styrke: Høy kvalitets studiedesign. God studievaliditet. Konsistent med lignende studier. God direktet og bruk av kvantitative endemål. Akseptabelt fravall fra studien</p> <p>-Svakhet: Liten studiepopulasjon. Rekruttering ble ikke beskrevet helt tilstrekkelig, i tillegg er det høy risiko for seleksjonsbias siden de rekrutterte deltakerne tilhørte en gruppe som hadde blitt henviset til den aktuelle klinikken i studien, og dermed er generaliserbarheten til resultatet sveket. Utføringen av randomiseringen åpnet opp for høy risiko for bias.</p>	
<p>Konklusjon NET kan føre til betydelig PTSD-symptomreduksjon hos flyktninger og asylsøkere Eksponeringsterapi kan være godt alternativ til komplekse kognitive atferdsbehandlinger som SIT.</p>				
Land				
Tyskland				
År data innsamling				
2004-2007				

Ertl, Pfeiffer, Schauer, Elbert, & Neuner (2011)

Referanse: Ertl V, Pfeiffer A, Schauer E, Elbert T, Neuner F. Community-Implemented Trauma Therapy for Former Child Soldiers in Northern Uganda: A Randomized Controlled Trial. <i>JAMA.</i> 2011;306(5):503-12			Studiedesign: RCT	
			Grade - kvalitet	Middels kvalitet
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste	
<p>Å undersøke om individbasert, traumefokusert narrativ eksponeringsterapi utført av lokale leketerapeuter er gjennomførbart og effektiv metode for å redusere PTSD-symptomer hos traumatiserte tidligere barnesoldater bosatt i IDP-leirene i Nord-Uganda.</p>	<p>Deltakere 85 (mellom 12-25 år) tidligere barnesoldater i ugandisk leire for intern fordreivne. NET-gruppe (n = 29), Akademiskprogram med innslag av støttende rådgivning (n = 28) Venteliste (n = 28).</p> <p>Inklusjons-/eksklusjonskriter. Inklusjonskriterier - Tidligere barnesoldater som enten oppfylte DSM-IV-kriterier for PTSD ved screening eller hadde bekreftet PTSD-diagnosen av kliniske eksperter i henhold til CAPS fra før.</p> <p>Eksklusjonskriterier - To deltakere ble ekskludert pga tilstedeværelsen av psykotiske symptomer.</p> <p>Utfall Endring i PTSD-alvorlighetsgrad, vurdert over en periode på 1 år etter behandlingen (CAPS). Sekundære utfall: depresjonssymptomer, alvorlighetsgraden av selvmordstanker, skyldfølelser og opplevd stigmatisering.</p> <p>Statistiske metoder intenti-to-treat blandede modeller</p>	<p>- Målinger: baseline samt 3 mnd, 6 mnd og 12 mnd etter behandling.</p> <p>- Total fravall 9 deltakere (10,6%), fravall fra NET-gruppen 3 deltakere (10, 8%)</p> <p>Signifikant reduksjon i PTSD-symptomer ved post-test i NET-gruppe sammenlignet med den akademiskegruppen og kontrollgruppe</p> <p>- Cohens d = 1,80 ved 12 måneders oppfølgingen (NET-gruppen) →51,6% reduksjon i PTSD-symptomet</p> <p>- Cohens d = 0,83 ved 12 måneders oppfølgingen (Akademiskprogram-gruppen) →30,9%reduksjon i PTSD-symptomet</p> <p>- Cohens d = 0,81 ved 12 måneders oppfølgingen (venteliste-gruppen)→> 30,4% reduksjon i PTSD-symptomet</p> <p>Etter 12 måneder oppfylte 68 % av deltakerne i narrativ eksponeringsterapi, 52,2% av de i den akademiskeprogrammet og 53,6% av deltakerne på venteliste ikke lenger CAPS-kriteriene for PTSD.</p>	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er formålet klart formulert? -Ja Randomiseringsprosedyre? Ble deltakere/studiepersonell blindet mht gruppeitilhørighet? Randomiserings- og allokeringprosedyre er ikke beskrevet(mulig kilde for seleksjons bias). Ikke mulig å blinde behandlerne i denne type behandling (performance bias), men de 13 klinikerne som utfører vurderingene var blindet. Ble gruppene behandlet likt utover «intervensjonen»? – Stor sett ja Ble deltakerne gjort rede for på slutten av studien? (attrition/follow-up bias) - Ja Hva er resultatene? Presisjon? – Se resultat Ble alle utfallsmaal vurdert? – Alle forholdsspesifisert utfall ble rapportert. <p>-Styrke: Høy kvalitets studiedesign. God studievaliditet. Konsistent med lignende studier. God direktet og bruk av kvantitative endemål. Akseptabelt fravall fra studien og stor nok studiepopulasjon.</p> <p>-Svakhet: 10 deltakere i ventelisten slet med alvorlige selvmordstanker og fikk derfor behandling/oppfølging for dette. Det er ikke skrevet noe om deltakerne i den andre gruppen hadde behov for liknende intervensjon, og det får en til å lure om gruppen var like ved starten. Vanskelig å vurdere om randomiseringen fungerte når prosessen ikke er beskrevet. Høy risiko for seleksjonsbias.</p>	
<p>Konklusjon Konkluderer med at NET behandling fører til større reduksjon av PTSD-symptomer enn det som var observert hos pasientene i det akademiskprogram med innslag av støttende rådgivning og venteliste-gruppen.</p>				
Land				
Uganda				
År data innsamling				
2007 – 2009				

Catani, Kohiladev y, et al. (2009)

Referanse: Catani C, Kohiladev M, Ruf M, Schauer E, Elbert T, Neuner F. Treating children traumatized by war and Tsunami: A comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka. <i>BMC Psychiatry</i> . 2009;9(1):22-.			Studiedesign: RCT
Grade - kvalitet			Høy kvalitet
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste
<p>Å sammenligne behandlingseffektiviteten til KIDNET og meditasjon avslapningsteknikker anvendt på sterkt traumatiserte barn med en tentativ PTSD-diagnose.</p> <p>Konklusjon Resultatene av studien viser at NET og meditasjon avslapningsteknikker er effektive behandlingsmetoder for traumatiserte barn utsatt for massekatastrofer.</p> <p>Land Sri Lanka</p> <p>År data innsamling Artikkel var publisert i 2009, men datoen for data innsamling er ikke beskrevet</p>	<p>Deltakere 31 barn mellom 8-14 år 16 i KIDNET-gruppe 15 i MED-RELAX-gruppe</p> <p>Rekruttert fra flyktningleir i nordøst Sri Lanka 3 uker etter tsunamikatastrofe.</p> <p>Inklusjons-/eksklusjonskriter. Inkluderingkriterier - Oppfyller DSM-IV-kriterier for PTSD Eksklusjonskriterier - Psykisk utviklingshemning, psykose eller neurologisk lidelse.</p> <p>Utfall Alvorlighetsgraden av PTSD-symptomer (UCLA PTSD Index for DSM-IV)</p> <p>Statistiske metoder Intent-to-treat analyse ANOVA med gjentatte målinger</p>	<p>Ingen forskjell mellom grupper ved baseline - Målinger: baseline samt 1 mnd og 6 mnd etter behandling. - Total frafall 3,2%, ingen frafall fra NET-gruppen</p> <p>Signifikant reduksjon i PTSD-symptomer ved post-test og oppfølging i begge behandlingsgruppene. - Cohens d = 1,96 ved 6 måneders oppfølgingen (NET-gruppe) - Cohens d = 2.20 ved 6 måneders oppfølgingen (MED-RELAX-gruppe)</p> <p>6 måneder etter behandlingsavslutning nådde 81% av barna i KIDNET-gruppen og 71% av MED-RELAX-gruppen ikke lenger PTSD -RI terskel for en PTSD diagnose.</p>	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er formålet klart formulert? - Ja Randomiseringsprosedyre? - Ble deltakere/studiepersonell blindet mht gruppetilhørighet? "randomly assigned (using a coin flip)" → vurderinger utført av gruppe lokale rådgivere som var blinde for den enkelte deltakers behandlingstilstand. Ble gruppene behandlet likt utover «intervensjonen»? - Ja Ble deltakerne gjort rede for på slutten av studien? (attrition follow-up bias) - Ja Hva er resultatene? Presisjon? - Se resultat Ble alle utfallsmål vurdert? - Alle forhåndsspesifisert utfall ble rapportert. <p>-Styrke: Høy kvalitets studiedesign. God studiekvalitet. Konsistent med lignende studier. God direkthet og bruk av kvantitative endemål. Liten frafall fra studien.</p> <p>-Svakhet: Liten studiepopulasjon. Ingen kontroll-gruppe.</p>

Neuner, Schauer, Klaschik, et al. (2004)

Referanse: Neuner F, Schauer M, Klaschik C, Karunakara U, Elbert T. A Comparison of Narrative Exposure Therapy, Supportive Counseling, and Psychoeducation for Treating Posttraumatic Stress Disorder in an African Refugee Settlement. <i>J Consult Clin Psychol</i> . 2004;72(4):579-87			Studiedesign: RCT
Grade - kvalitet			Høy kvalitet
Formål	Materiale og metode	Resultater	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste
<p>Å sammenligne effekten av NET-behandling, støttende rådgivning og psykoedukasjon ved behandling av PTSD hos afrikansk flyktninger bosatt i en flyktningleir</p> <p>Konklusjon NET er en lovende behandlingsmetode av PTSD for flyktninger som lever under utrygge forhold.</p> <p>Land Uganda</p> <p>År data innsamling 2000-2001</p>	<p>Deltakere 43 sudanske flyktninger - 16 (originalt 17, men en nektet å delta) i NET-gruppen</p> <p>14 fikk støttende rådgivning (SC) 12 fikk psykoedukasjon (PE)</p> <p>Rekrutteringsprosess: Det ble tilfeldig utvalgt 77 deltakere fra en liste over respondenter som tidligere hadde blitt valgt i en hytte-til-hytte-prosedyre for undersøkelsen.</p> <p>Inklusjons-/eksklusjonskriter. Inkluderingkriterier - Oppfyller DSM-IV-kriterier for PTSD Eksklusjonskriterier - Psykisk utviklingshemning, psykose eller neurologisk lidelse.</p> <p>Utfall Alvorlighetsgraden av PTSD-symptomer vurdert med Composite International Diagnostic Interview (CIDI) og PDS.</p> <p>Statistiske metoder - Gjentatte ANOVA målinger og effektstørrelser (d) for å finne forskjeller over tid i gruppene; ingen CI for effektstørrelser. Kontrastanalyser ble brukt for å sammenligne endringer over tid mellom grupper (tid x behandlingsinteraksjoner)</p>	<p>Ingen forskjell mellom grupper ved baseline - Målinger: baseline samt posttest, 4 mnd og 12 måneder etter behandling. - Total frafall 7% , frafall fra NET-gruppen; 5,9%</p> <p>Signifikant reduksjon i PTSD symptomer på PDS og CIDI i NET-gruppe sammenlignet med både SC og PE-gruppe.</p> <p>NET-gruppe: - PDS: Cohens d = 1,6 ved 1 års oppfølging - CIDI: Cohens d = 1,9 ved 1 års oppfølging</p> <p>SC-Gruppe - PDS: Cohens d = -0,1 ved 1 års oppfølging - CIDI: Cohens d = 0,4 ved 1 års oppfølging</p> <p>PE-gruppe - PDS: Cohens d = -0,9 ved 1 års oppfølging - CIDI: Cohens d = 0,3 ved 1 års oppfølging</p> <p>Ett år etter behandlingsavslutning oppfylte kun 29% av NET-deltakerne, 79% av SC-gruppen og 80% av PE-gruppen fortsatt PTSD-kriterier.</p>	<p>Sjekkliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er formålet klart formulert? - Nei Randomiseringsprosedyre? - Ble deltakere/studiepersonell blindet mht gruppetilhørighet? → Ikke beskrevet i det hele tatt. Ble gruppene behandlet likt utover «intervensjonen»? - Ja Ble deltakerne gjort rede for på slutten av studien? (attrition follow-up bias) - Ja Hva er resultatene? Presisjon? - Se resultat Ble alle utfallsmål vurdert? - Alle forhåndsspesifisert utfall ble rapportert. <p>-Styrke: Høy kvalitets studiedesign. God studiekvalitet. Konsistent med lignende studier. God direkthet og bruk av kvantitative endemål. Liten frafall fra studien.</p> <p>-Svakhet: Liten studiepopulasjon. Ingen kontroll-gruppe.</p>

Halvorsen & Stenmark (2010)

Referanse: Halvorsen JØ, Stenmark H. Narrative exposure therapy for posttraumatic stress disorder in tortured refugees: A preliminary uncontrolled trial. Narrative exposure therapy in tortured refugees. Scandinavian journal of psychology. 2010;51(6):495-502.		Studiedesign: Pasientserie?	
Formål		Grade - kvalitet	
Å undersøke effektiviteten av NET anvendt i møte med torturerte flyktninger bosatt i et vestlig land.	Materiale og metode Deltakere 16 deltakere Inklusjons-/eksklusjonskriterier: - Alder > 18 - Oppfylle kriterier for PTSD vurdert med CAPS. - For å bli klassifisert som en tortur-overlever, måtte deltakerne (1) rapportere direkte opplevelser av tortur i Livshendelser Sjekklister for CAPS, (2) svare bekreftende på et direkte spørsmål angående eksponering for tortur (dvs. "Har du noen gang opplevd tortur?"), (3) beskrive de viktigste metodene for tortur opplevd, og (4) torturopplevelsene måtte dokumenteres i deltakernes skriftlige fortelling Eksklusjonskriterier - alvorlig suicidaltitet, psykose eller alvorlig stoff/medikamentmisbruk vurdert med Mini-International Neuropsychiatric Interview	Resultater - Deltakerne ble evaluert før behandling, 1 måned etter behandling og ved 6 måneders oppfølgingen. - Ingen frafall Signifikant reduksjon i PTSD-score ved posttest, og ytterligere signifikant reduksjon ved 6 måneders oppfølgingen - Cohens d = 1,16 ved 6 måneders oppfølgingen Mellom 40% og 65% av deltakerne oppfylte ikke lenger diagnosekriteriene for PTSD ved oppfølging, avhengig av poengregelen som ble brukt for CAPS. Videre opplevde mer enn 60% klinisk signifikant endring fra forbehandling til oppfølging. Det var en signifikant reduksjon i CAPS totale alvorlighetsgrad (F (2,30) = 13,72, p = 0,00, $\eta^2 = 0,478$, sfærisk antatt). En Bonferroni post hoc-test viste at det var signifikante forskjeller mellom forbehandling og etterbehandling (p < 0,03), mellom forbehandling og oppfølging (p = 0,002), og mellom etterbehandling og oppfølging (p = 0,002) < 0,03	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste Sjekkliste: • Er formålet klart formulert? -Ja • Var studien basert på et tilfeldig utvalg fra en egnet pasientgruppe? (seleksjons bias)* -Ja • Var inklusjonskriteriene klart definert? -Ja • Var responsraten høy nok? * Frafallsanal. ? -JA, ingen frafall • Var oppfølgingen tilstrekkelig for å nå endepunktene? (attrition/follow-up bias)- Nei, oppfølging var kun 6 mnd. • Støler du på resultatene? Kan resultatene overføres til praksis? Den lille utvalgte begrenser generaliserbarheten til resultatene og selv-rapporteringen gjøre at målingene er mindre troverdige. • Annent litteratur som støtter resultatene? Bichescu et al., 2007; Neuner et al., in press, Schurr, Friedman, Engel et al., 2007 Stryker: Ingen frafall. Annen litteratur støtter resultatet. Svakheter: Lav-kvalitets studiedesign. Liten studiepopulasjon, kan gi lav presisjon og statistisk styrke.
Konklusjon Mangle på kontrollgruppe gjør at man ikke kan trekke noen sikre konklusjoner om effektiviteten av behandlingen, ytterligere forskning på evidensbaserte behandlinger for PTSD og depresjon hos tidligere torturerte flyktninger er nødvendig.	Utfall – hoved utfall Alvorlighetsgraden av PTSD-symptomer vurdert med CAPS Depresjon (HRSD)		
Land Norge	Statistiske metoder ANOVA med gjentatte målinger En moderat test-retest-korrelasjon av CAPS ble brukt til å beregne standardfeil for forskjell (SE diff = SD 1v2 v1 - r = 5,54, hvor SD 1 = standardavvik ved forbehandling og r = test-retest pålitelighet av tiltaket). - 99% konfidensintervall (SD = 2.58) med SE diff for å beregne en avskjæring for pålitelig endring (5.54 * 2.58 = 14.3). - The last-observation-carried-forward (LOCF)		
Ar data innsamling ???			

Neuner et al. (2002)

Referanse: Neuner F, Schauer M, Roth WT, Elbert T. A NARRATIVE EXPOSURE TREATMENT AS INTERVENTION IN A REFUGEE CAMP: A CASE REPORT. Behav Cogn Psychother. 2002;30(2):205-9		Studiedesign: Kasusstudie	
Formål		Grade - kvalitet	
Å teste effekten av NET? Politisk agenda? Ønske å dokumentere brudd på menneskerettigheter?	Materiale og metode Deltakere 1 kvinne fra Kosovo Utfall – hoved utfall Alvorlighetsgraden av PTSD-symptomer vurdert med PDS	Resultater En uke etter behandling og etter at pasient hadde bosatt seg i USA hadde PDS-skårene gått ned fra 15 til 8 for gjenopplevelse, fra 15 til 9 for opphisselse og fra 18 til 8 for unngåelse. + hennes markerte dissosiative symptomer forsvunnet.	Diskusjon/kommentarer/sjekkliste Sjekkliste: Stryker: Konsistent med lignende studier Svakheter: Lav-kvalitets studiedesign. Kun en deltaker. Dette kan gi lav presisjon og statistisk styrke.
Konklusjon Resultatet indikerer at NET er en lovende og realistisk behandlingsmetode i møte med sterkt traumatiserte flyktninger som bor i leirer. I tillegg kan det virke som en vitnesbyrd om menneskerettighetsbrudd uten å ydmyk vitnet.			
Land Macedonia			
Ar data innsamling * En tid mellom 1998-1999 mest sannsynlig, artikkelen plasser pasienten i Balkan-krigene (som foregikk rundt 1913) i abstraktet, mens et annet sted i teksten står det at pasient ble intervjuet rundt Kosovokrigen (som gir mer mening)			

Said G & King D (2019)

Referanse: Said G, King D. Implementing Narrative Exposure Therapy for unaccompanied asylum-seeking minors with post-traumatic stress disorder: A pilot feasibility report. <i>Clin Child Psychol Psychiatry</i> . 2019;25(1):213-26.			Studiedesign: Gjennomførbarhets-studie	
			Grade - kvalitet Lav kvalitet	
			Diskusjon/kommentarer/sjekkliste	
Formål	Materiale og metode	Resultater		
Å undersøke anvendbarheten og effekten av NET i møte med traumatiserte enslige mindreårige asylsøkende (UAM)	Deltakere 4 deltakere Utfall – hoved utfall Alvorlighetsgraden av PTSD-symptomer vurdert med skåringsverktøyene CRIES-8 og CPSS-5 Statistiske metoder Utfallet ble analysert case-til-case CRIES-8: scoreendring måtte være 13.05 eller høyere for å regnes som signifikant CPSS-5:scoreendring måtte være 14.87 eller høyere for å regnes som signifikant	Etter avslutning av behandlingen falt to av deltakernes symptomscore under det kliniske avgrensningen for PTSD. De tre deltakerne som fullførte NET fikk betydelig symptomreduksjon. Styrke: Ingen frafall. Skåringsverktøyene som var brukt er validerte og ofte brukt verktøy. Annen litteratur støtter resultatet. Svakheter: Lav-kvalitetets studiedesign. Liten studiepopulasjon kan gi redusert presisjon og statistisk styrke.	Sjekkliste: • Er formålet klart formulert? - Ja • Var studien basert på et tilfeldig utvalg fra en egnet pasientgruppe? (seleksjons bias)* - Nei • Var inklusjonskriteriene klart definert? * • Var alle pasientene i samme stadium av sykdommen?*-Nei • Ble det brukt objektive kriterier for å vurdere/validere endepunktene? (Classific. Bias)-Ja • Stoler du på resultatene? Kan resultatene overføres til praksis? Andre intervensjoner ble implementert ved siden av NET; forbedringen av PTSD-symptomene kan derfor muligens ikke kun tilskrives NET. • For liten utvalg til å generalisere resultatet Styrke: Ingen frafall. Skåringsverktøyene som var brukt er validerte og ofte brukt verktøy. Annen litteratur støtter resultatet. Svakheter: Lav-kvalitetets studiedesign. Liten studiepopulasjon kan gi redusert presisjon og statistisk styrke.	
Konklusjon				
Studien kommer fram til at det er mulig å implementere NET rutinemessig klinisk praksis i møte med UAM, men det vil være fordelaktig med flere studier som f.eks. evaluere utfall ved oppfølging.				
Land				
Storbritannia				
Ar data innsamling				
???				

Sara Durant (2019)

Referanse: Durant S. Effectiveness of narrative exposure therapy peer counseling with African refugees and Ugandan nationals: An archival study [dissertation]. Ann Arbor, Mich: The George Washington University; 2019.			Studiedesign: non-randomized quasi-experimental (Upublisert doktoravhandling)																																															
			Grade - kvalitet Lav kvalitet																																															
			Diskusjon/kommentarer/sjekkliste																																															
Formål	Materiale og metode	Resultater																																																
Det generelle formålet er å bygge videre på litteratur som undersøker effektiviteten av NET i møte med traumatiserte flyktninger og risiko utsatte personer. I tillegg formulerte forfatteren tre ulike forskningsformål – der den tredje innebar: å undersøke effektiviteten til NETs peer-counseling-program ved PTSD-symptomer før og etter intervensjon, og sammenligning med effektivitetstilgjengelig gjort under 2017-studien ved HOCW.	Deltakere 58 deltakere n = 47- afrikanske flyktninger (81%), n=11 - ugandiske statsborgere(19%) Inklusjons-/eksklusjonskrit. Inkluderingskriterier: - Fullført HOCW NET-program - Evne til å kommunisere tilstrekkelig på minst ett av språkene som snakkes av HOCW klinikere - Alder >18 - Tilstedeværelse av klinisk signifikante PTSD-symptomer ved behandlingsstart (PCL-C-score på 50 poeng eller mer) - Fullført/utfyllt: pasientinntaksskjema, vivo-sjekkliste, PTSD-screening før og etter behandling og NET tilfredshetsspørreskjema. Utfall – hoved utfall PTSD-symptomer, vurderte med PCL-C	Alle 58 (100%) rapporterte en klinisk signifikant reduksjon av PTSD-symptomer, (definert i teksten som en reduksjon i PCL-C-score på 10 poeng eller mer) <table border="1"> <caption>Table 17. Post-Intervention PCL-C Information Breakdown by Nationality vs. Refugees</caption> <thead> <tr> <th>Sample</th> <th>Variable</th> <th>N</th> <th>SD</th> <th>Range</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Total Sample</td> <td>Number of Sessions</td> <td>113</td> <td>3</td> <td>5-19</td> </tr> <tr> <td>Post-Intervention PCL-C Score</td> <td>293</td> <td>37</td> <td>14-67</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">African Refugees</td> <td>Change in PCL-C Score</td> <td>-38.7</td> <td>12.2</td> <td>-57-49</td> </tr> <tr> <td>Number of Sessions</td> <td>12</td> <td>1</td> <td>5-15</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Ugandan Nationals</td> <td>Post-Intervention PCL-C Score</td> <td>27.5</td> <td>4.9</td> <td>16-33</td> </tr> <tr> <td>Change in PCL-C Score</td> <td>-38.7</td> <td>12.7</td> <td>-58-38</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">African Refugees</td> <td>Number of Sessions</td> <td>111</td> <td>3</td> <td>5-19</td> </tr> <tr> <td>Post-Intervention PCL-C Score</td> <td>29.9</td> <td>3.9</td> <td>14-67</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Ugandan Nationals</td> <td>Change in PCL-C Score</td> <td>-38.4</td> <td>12.2</td> <td>-57-49</td> </tr> </tbody> </table> Possible scores for the PCL-C range from 17-65 points. Det ble utført en Pearson-korrelasjon for å vurdere forholdet mellom antall traumatiske eksponeringer (vivo-sjekkliste-score) og den generelle reduksjon i PTSD-symptomer (measured by the difference between final and intake PCL-C scores?) => stor effektstørrelse på 0,01-nivået (r = .421, p <0,001).	Sample	Variable	N	SD	Range	Total Sample	Number of Sessions	113	3	5-19	Post-Intervention PCL-C Score	293	37	14-67	African Refugees	Change in PCL-C Score	-38.7	12.2	-57-49	Number of Sessions	12	1	5-15	Ugandan Nationals	Post-Intervention PCL-C Score	27.5	4.9	16-33	Change in PCL-C Score	-38.7	12.7	-58-38	African Refugees	Number of Sessions	111	3	5-19	Post-Intervention PCL-C Score	29.9	3.9	14-67	Ugandan Nationals	Change in PCL-C Score	-38.4	12.2	-57-49	Sjekkliste: • Er formålet klart formulert? - Ja • Hvem er inkludert/ekskludert? → Ikke beskrevet eksklusjonskriterier • Hva er resultatene? Prestasjon? - Se resultat • Kan resultatene overføres til praksis? Generaliserbarheten er svekket av utvalgelse av deltakerne (kun de som hadde fullført NET) og at pasientene som velger å søke behandling hos HOCW muligens skiller seg fra de som velger og ikke gjøre det. I tillegg er det for mange mulige konfunderende faktorer til å kunne stole på resultatet eller overføre det til praksis. • Ble alle utfallsmål vurdert? - Alle forholdsspesifisert utfall ble rapportert • Annen litteratur som styrker resultatene? → 2017-studie også utført ved HOCW Styrke Stor nok studiepopulasjon, ingen frafall (*fordi dataene ble samlet inn i ettertid). Annen litteratur støtter resultatet. Svakheter Lav-kvalitetets studiedesign. Ingen oppfølging. Store forskjeller mellom tidrommene for NET-behandling (en pasient fullførte det i løpet av noen uker, en annen brukte et år). Skåringsverktøyene PCL-C og VIVO skal egentlig fylles ut av pasienten selv, men språkbarriere gjorde at terapeutene måtte hjelpe til. * Endringer i deltakernes PCL-C-score trenger ikke å være en direkte resultat av å fullføre NET-terapiprogrammet.	
Sample	Variable	N	SD	Range																																														
Total Sample	Number of Sessions	113	3	5-19																																														
	Post-Intervention PCL-C Score	293	37	14-67																																														
African Refugees	Change in PCL-C Score	-38.7	12.2	-57-49																																														
	Number of Sessions	12	1	5-15																																														
Ugandan Nationals	Post-Intervention PCL-C Score	27.5	4.9	16-33																																														
	Change in PCL-C Score	-38.7	12.7	-58-38																																														
African Refugees	Number of Sessions	111	3	5-19																																														
	Post-Intervention PCL-C Score	29.9	3.9	14-67																																														
Ugandan Nationals	Change in PCL-C Score	-38.4	12.2	-57-49																																														
	Konklusjon																																																	
Trekker ingen definitive konklusjon.																																																		
Land																																																		
Uganda																																																		
Ar data innsamling																																																		
2016-2019																																																		

