

NARRATIV OG EVIDENSBASERET BEHANDLING AF KOMPLEKST TRAUMATISEREDE MENNESKER

Karin Riber & Ditte Lindvig

I denne artikel vil vi gennem en belysning af to fundamentalt forskellige tilgange til psykoterapeutisk traumebehandling – den narrative og den evidensbaserede tilgang – forsøge at skabe en dialog mellem dem. Vi vil undersøge, hvordan det kvalitative og det kvantitative kan berige hinanden og åbne nye perspektiver i det terapeutiske arbejde med komplekst traumatiserede mennesker.

1. Indledning

Antallet af mennesker, der er berørt af vedvarende, gentagne, interpersonelle traumer eksempelvis som følge af overgreb, krig, folkedrab, tilfangetagelse, tortur og andre former for organiseret vold omkring i verden, er stigende. Klinikere og forskere udtrykker, at traumekarakteren hos mennesker, som gentagne gange har oplevet voldsomme begivenheder af interpersonel art, fremviser en særlig kompleksitet, der ligger ud over PTSD og derfor udgør en særlig udfordring for den psykologiske og psykiatriske behandling (Classen et al., 2006 & Courtois, 2005; Silove, 1999; Herman, 1997). På denne baggrund vil vi i denne artikel gennem belysning af fundamentalt forskellige tilgange til feltet, nemlig den narrative terapiform og den evidensbaserede tilgang til terapi, sammenstille poststrukturalistiske og modernistiske perspektiver for at undersøge, hvad der kan komme ud af en dialog mellem dem.

Den narrative terapi springer ud af en poststrukturalistisk forståelse. Med fokus på sproget og de historier, mennesket skaber om sig selv, benytter den sig af en ideografisk, kvalitativ, lokalt forankret, erfarings- og oplevelsesmæssig tilgang til forståelsen af de problemer, mennesker beskriver. Det narrative felt har en række væsentlige pointer at tilbyde det terapeutiske landskab, men er på flere måder også tyndt og redundant, idet der uanset problemets art tilbydes det samme svar. Dette bliver begrænsende for mulig-

Karin Riber, ph.d.-stipendiat ved Institut for Psykologi, KU, cand.psych.aut. og BA i religionsvidenskab. Tidligere ansat ved Psykiatrisk Traumeklinik for Flygtninge, Region Hovedstadens Psykiatri.

Ditte Lindvig, cand.psych.aut., og BA i dansk, ansat ved Hans Knudsen Institutet.

hederne for nytænkning og kan vise sig problematisk i forhold til behandling af komplekst traumatiserede mennesker.

Evidensbevægelsen kan anskues som en form for nypositivisme – som stiller krav om kvantitativ, empirisk dokumentation af behandlingseffekten gennem kontrollerede studier. Overordnet set har det evidensbaserede felt meget at tilbyde den intervererende praktiker; men også denne tilgang har begrænsninger, idet den kan kritiseres for at fokusere for ensidigt på diagnoser og for at glemme klientens individuelle behov, idet der ofte fokuseres meget på de på forhånd fastlagte effektmål.

Vi vil i denne artikel diskutere disse to tilganges fordele og ulemper, styrker og svagheder, muligheder og begrænsninger med det formål at udfordre begge tilgange. Med en intention om fortsat at forbedre den psykologiske behandling af traumeramte er det vores håb, at en sammenstilling og udveksling mellem de to paradigmer kan bringe nye perspektiver i spil for positionerne og dermed kaste nyt lys på traumebehandlingen, således at denne bliver bedre i stand til at favne kompleksiteten i fænomenet multiple traumer.

2. Den narrative tilgang

Den narrative praksis udgør en tilgang til psykologi, der anvender deskriptive og kvalitative metodologier til at udforske og fortolke menneskelig adfærd og mening, hvilket skaber en ideografisk form for viden. Forskning inden for denne tilgang arbejder ud fra den forståelse, at der ikke eksisterer noget neutralt sprog til at beskrive virkeligheden med, og at der ikke findes generelle lovmæssigheder (Brown, Crawford, & Hicks, 2003). Af den grund trækker den narrative tilgang ikke på kvantitative undersøgelser. En central ide for postmodernismen er, at viden bestemmes af sprogs spil frem for af logik og rationalitet (Crossley, 2000), og den narrative terapiform deler postmodernismens diskursanalytiske interesse for sproget som det, der skaber menneskets virkelighed. Mennesker forstår sig selv og hinanden med sproget som medium: gennem den proces, det er at tale og skrive, foregår der bestandigt en menings-skabelse (ibid., p. 10). Narrativ terapi henter hovedsageligt sin teoretiske inspiration hos Michel Foucault og Jerome Bruner; men trækker også kraftigt på både filosofi og litteraturteori; eksempelvis Jacques Derrida og Ludvig Wittgenstein, og på antropologerne Clifford Geertz, Victor Turner og Barbara Meyerhoff (White, 2006b). I forbindelse med forståelsen af traumer supplerer White (2004) herudover det socialkonstruktivistiske, narrative selvbegreb med William James' teori om den menneskelige bevidsthed.

Den narrative litteratur om traumefænomenet er sparsom. Måske fordi White, der klart har defineret og beskrevet den narrative terapi (Epston & White, 1990), særlig interesserer sig for traumets subjektive effekt på det

enkelte menneske. I sin teoretiske forståelse af traumer trækker White på professor i psykiatri, Russel Meares', teori om sammenhængene mellem hukommelse, traumatiske erfaringer og personlig væren (Meares, 2000). White peger således på, at traumeramtes genoplevelsesfænomener "invaderer og ændrer deres selvforfølelse," fordi hukommelsen og selvforfølelsen er knyttet til hinanden (White, 2004, p. 67). Idet White i høj grad baserer sig på Meares' teori, vil denne udfoldes efter et kort rids af den narrative terapiform generelt og dens syn på traumer som noget, der bryder livshistorien.

3. Den narrative terapies begreber

Begreberne 'historie', 'fortælling' eller 'narrativ' er centrale for den narrative terapi. Begreberne henviser til, at begivenheder i vores livshistorier er kædet sammen i en bestemt rækkefølge, over tid, i overensstemmelse med et plot eller et tema – dvs. at et narrativ billedligt kan forstås som "en tråd, der væver begivenheder sammen og danner en historie" (Morgan, 2005, p. 25). Mennesker får erfaringer gennem begivenheder i livet, som vi forsøger at gøre meningsfulde eller finde forklaringer på. Gennem historiefortællingen konstruerer vi altså vores identitet ved at sætte dele af os selv ind i en betydningsfuld helhed, der definerer, hvem vi er, hvem vi var, og hvem vi vil blive. På den måde udvælger det fortællende menneske bestemte episoder, tilføjer dem en særlig betydning og kæder dem sammen i et plot. Jo flere ens episoder, der samles, des mere dominerende, righoldig og tyk bliver historien, skriver White med reference til antropologen Clifford Geertz' begreb om 'thick description'.

Idet der både er dominerende og alternative storylines til stede i menneskers fortællinger om deres liv og problemer, har White skabt begrebet 'dobbeltlytning'. Med det ene øre lytter terapeuten efter personens problemhistorie. Med det andet øre lytter terapeuten efter 'de unikke hændelser', som lyser op, skiller sig ud eller ikke stemmer med den dominerende historie. Disse 'undtagelser' er 'absent but implicit' i personens fortælling, og kan fungere som indgange til den alternative historie (White, 2007; Epston, & White, 1990). White har implementeret Bruners (1986) begreb om 'livet som landskaber' i den narrative terapi. Ifølge White (2004) indeholder historiers struktur et 'handlingens landskab', der, identisk med begrebet narrativ, består af hændelser kædet sammen i sekvenser over tid i henhold til et plot. 'Meningens/identitetens landskab' består af værdier, håb, drømme, engagementer, behov, intentioner, formål, styrker, ressourcer, motiver mm. Disse kategorier kan med en metafor opfattes som "bevidsthedens arkivskab", hvor konklusioner om egen identitet opbevares (White, 2004, p. 62). Den narrative terapisaftale foregår som en bevægelse gennem og mellem de to landskaber. Denne bevægelse skaber mulighed for begrebsdannelse og re-

fleksion, hvorigennem klienten får lejlighed til at sætte nye selvfortællinger i spil.

Det er en central grundtanke for den narrative terapiforståelse, at terapeuten indtager en særlig etisk position i forhold til sin ekspertrolle som behandler. Idet psykologer, ifølge White (2006a), udgør en moderne magtrelation, som ikke kan deltage i terapeutiske processer på neutrale betingelser, opfattes psykoterapi som en kultur, hvis bagvedliggende teorier udsiger særlige 'sandheder' om selvets natur, problemers tilblivelse og deres løsning, hvilket gør klienterne til objekter. Derfor bestræber den narrative praksis sig på at nedbryde ekspertrollen og skabe transparens i den terapeutiske dialog, ud fra en teoretisk forankret antagelse om at *alle* har erfaringsbaseret viden om, hvad der fremmer deres egen bedringsproces. Der tages altid afsæt i den enkelte klients subjektive oplevelse – aldrig i en psykologfaglig forståelse af et problem.

4. Den narrative terapies traumeforståelse

Eksistentielle kriser og traumatiserende hændelser har ifølge Crossley (2000, p. 56) "the capacity to produce 'narrative wreckage' in the lifestory", hvilket betyder, at kaos og meningsløshed fører til desorientering og sammenbrud af livshistorien. Denne forståelse læner sig op ad Bruners 'peripeti'-begreb om, at pludselige omvæltninger kan forvandle en række hændelser til en helt anden historie (Bruner, 2004, p. 10). Denborough fremhæver, at traumatiske hændelser ryster menneskets grundantagelser om livet og sig selv, så det påvirker meningsaspektet: "When we experience a traumatic event we interpret this, we give it meaning" (Denborough, 2005a, p. 73). Ifølge teorien sker der det, at mennesker i modgang danner en mening uden kompleksitet, de producerer 'tynde beskrivelser', som efterfølgende får negativ effekt på deres identitetskonklusioner (White, 2006a; Morgan, 2005).

De erindringer om traumatiske hændelser, som er lagrede uden for den reflektive opmærksomhed, omtaler Meares som 'et traumatisk hukommelsessystem', der kan angribe velværefornemmelsen og den positive følelse i den personlige realitet. Et traumatisk hukommelsessystem er organiseret som et komplekst sæt af kognition, emotioner og reaktionsmåder, og det kan udløses af interne eller eksterne kontekstuelle 'cues', som ligner det oprindelige traume. Men i modsætning til kompleks traumatisering efter gentagne overvældende oplevelser i forbindelse med overgreb, vold, krig mv. er Meares traumefokus på "small, even miniature, traumatic memory systems ... such as being ridiculed or criticised" (Meares, 2000, p. 53), hvormed hans traumeforståelse befinder sig i en helt anden kategori. Når Meares alligevel nævnes her, er det dels begrundet af, at den narrative traumeforståelse og -behandling baseres på denne teori, og dels begrundet af at komplekst traumatiserede i voldsom grad har oplevet angreb på den positive følelse og den

personlige realitets velværefornemmelse. Meares forsøger dermed at indkredse og forklare nogle af de forandringer, der sker i selvfølelsen og selvforfølelsen under traumer. Ifølge undersøgelser og kliniske erfaringer kendetegnes de komplekse traumer blandt andet ved forstyrrelser i selvopfattelsen (WHO, 2007; Van der Kolk & Courtuis, 2005; Herman, 1997). Den narrative forståelse opfatter den fragmenterede selvfølelse som en af traumets mest udbredte virkninger, og traumatiske oplevelser tænkes at bidrage til negative identitetskonklusioner, fordi oplevelserne indsnævrer og devaluerer den traumeramtes værdier, følelser, erindringer og billeder, hvilket igen medfører en følelse af at være blevet ødelagt og skadet (Denborough, 2005a; White, 2004, p. 70). Derfor bliver et af terapiens hovedformål at genskabe den enkeltes forbindelse til sig selv. White (2004) forklarer rationalet bag dette mål ud fra James' bevidsthedsteori og Tulving og Nelsons kognitive forskning i hukommelsessystemer.

William James (1892) beskrev selvet som en kontinuerlig, levende, strømmende proces – som den flydende måde, vi oplever bevidstheden på, når tanker, dvs. billeder, erindringer og forestillinger, sanses i løbet af opmærksomhedens skiftende øjeblikke. Ifølge James' begreb 'stream of consciousness' træder bevidsthedens strøm frem, når mennesket er alene i en reflekterende tilstand, men for det meste danner den blot baggrund for dagliglivets samtaler og gøremål. 'Jeget' fungerer som en position, der dirigerer opmærksomheden rundt i denne bevidsthedsstrøm eller individuelle realitet, som hele tiden er under forandring. James sidestillede bevidsthedens strøm med 'mig'et' og anførte, at de forskellige, strømmende aspekter af dette 'mig' forenes af kroppen. 'Jeget' er den konstant, som tilbyder en måde at forene den personlige eksistens, og eftersom 'jeget' holder øje med 'mig'et', kommer mennesket til at opfatte sig som en forenet diversitet (James, 1892, pp. 153-154, Meares, 2000, pp. 10-12). Meares ændrer dette dobbelte selvbegreb til et tredelt begreb, idet han argumenterer for, at der i udsagnet "'jeg' var ikke 'mig selv', da du så 'mig' sidst", er stabilitet for begreberne 1) det observerende 'jeg' og 2) de forskellige kropslige erfaringer af 'mig'; hvori- mod der er potentiel variation i 3) begrebet 'mig selv'. Under rædselstilstande kan bevidsthedens strøm være fraværende, beskriver Meares: I disse situationer tømmes mennesket for selvforfølelse, men den kropslige erfaring består. Det, som altså kan mistes under traumatiserende hændelser, er selvbegrebets tredje aspekt, fornemmelsen af 'mig selv'.

Udviklingen af menneskets 'stream of consciousness' og 'sense of myself' udvikler sig, forklarer Meares, gennem en særlig slags dialog, der ligner den symbolske leg. I legen opstår et virkeligt og metaforisk rum mellem et mig og en anden, der sanses som en del af oplevelsen, dvs. legeoplevelsen gennemtrænges af følelsen af en andens tilstedeværelse (Meares, 2000, p. 23). Ifølge Meares har bevidsthedens strøm en dialogisk karakter, som er knyttet til barnets evne til samtidig at rumme to billeder eller to former for mental aktivitet: Den ene slags mentale aktivitet svarer til, at barnet gennem den

indre tale i legen har forbindelse til en fornemmet anden. Den anden slags mentale aktivitet svarer til en opmærksomhed i den ydre, sociale verden, hvor barnet er noget i relation til en anden, som det er adskilt fra. Disse to former for mental aktivitet giver, ifølge Meares, bevidstheden en dobbelthed, som mistes ved traumatiske hændelser (ibid., pp. 25, 28). Dette griber White, som understreger, at den enkelte ikke blot mister fornemmelsen af sig selv under traumatiske hændelser, men også følelsen af at være forbundet med betydningsfulde andre – en følelse den narrative terapi forsøger at gendanne både i livshistorierne og i de nuværende relationelle fællesskaber (Mitchell, 2005; White, 2004).

Endelig er der, ifølge Meares, en parallel i udviklingen af bevidsthedsstrømmen og hukommelsen, som må nævnes, fordi Meares præsenterer en hypotese om, at hukommelsen opløses hierarkisk under traumatiske begivenheder. De første fem leveår udvikles fem hukommelsessystemer sekventielt; det semantiske, det episodiske, det procedurale, det perceptuelle repræsentationssystem og 'working memory' (Meares, 2000, pp. 35-36; Tulving, 1993). 'Recognition memory' er til stede lige efter fødslen, hvor spædbarnet genkender sine omsorgspersoner og den legeagtige dialog, som er med til at skabe både sproget, selvforfølelsen og bevidsthedsstrømmen, påbegyndes. I det første halve leveår udvikles 'recall memory', der involverer semantisk viden, der bliver deklarativ med de første ord i toårsalderen. Sproget, som dukker op i legens indre tale, udvikles i takt med hukommelsen. I fire-femårsalderen opstår, ifølge Meares, bevidsthedsstrømmen og den autobiografiske hukommelse (Nelson, 1993) sideløbende med hinanden, da begge systemer afhænger af en evne til refleksivitet. På dette tidspunkt internaliseres den andens tilstedeværelse, og legens indre tale forvandles til det indre livs sprog. Således forstås menneskets kontemplative, refleksive 'stream of consciousness' som knyttet til den deklarativ, episodiske, autobiografiske hukommelse og til legens indre tale – hvorved selvbegrebets tredje aspekt 'sense of myself' opstår (Meares, 2000, pp. 21,26,37). Meares opfatter altså bevidsthedsstrømmens mentale former som en særlig slags samtale. Det springende punkt er så, ifølge opløsningshypotesen, at de hukommelsessystemer, der udvikles langsomst og sidst, er mere sårbare og skrøbelige over for traumatiske brud. Det mere sofistikerede hukommelsessystem, der er formet senest, bryder først sammen. Jo mere alvorlig, den traumatiske hændelse er, des mere tilbagegang er der i hukommelsens udviklingsbaner. Et moderat traume kan inaktivere 'stream of consciousness' og 'sense of myself' som opstod i fire-femårsalderen; gentagne moderate traumer kan udviske både bevidsthedsstrømmen og selvforfølelsen, men også den autobiografiske episodiske hukommelse. Jo flere gentagne, alvorlige traumer, mennesket udsættes for, des mere sandsynligt er det, at begivenheden lagres i de først dannede procedurale og perceptuelle non-deklarativ hukommelsessystemer. I denne optik har komplekst traumatiserede mennesker, som ofte har års gentagne grusomheder bag sig, først fået udra-

deret bevidsthedens strøm og selvfølelsen, siden den autobiografiske hukommelse, så den episodiske hukommelse, den semantiske hukommelse, for til sidst blot at have lagret de traumatiske hændelser i de først dannede procedurale og perceptuelle non-deklarative hukommelsessystemer – hvilket i øvrigt også bekræftes af anden traumeforskning (Van der Kolk, 1996a).

Ud fra Meares' forståelse frakobles bevidsthedsstrømmens dobbelthed under traumatiske hændelser, hvilket manifesterer sig i hukommelsen. Mennesket mister dermed de billeder, følelser, fornemmelser og refleksioner, som bevidsthedens strøm består af – og 'jeget', som normalt forener den personlige erfaring, indskrænkes: "This high level of reflective functioning – we might say of the 'I' ... is lost when one is terrified" (Meares, 2000, p. 58). Ifølge White (2004) oplever mennesker, der er påvirkede af multiple traumer, følelser af tomhed, ensomhed, fortvivlelse, håbløshed, lammelse og manglende tro på forandring. De har mistet selvfølelsen, forklarer White: "Many of them have lost touch with a sense of personhood ... lost touch with a particular and valued sense of who they are – a 'sense of myself'" (White, 2004, p. 47). Også fornemmelsen af den personlige værens værdi forstyrres og mistes i traumatiserende situationer, hvilket støttes af de mange kliniske erfaringer med traumatiseredes følelse af at være ødelagte, som levende døde eller mennesker, der ikke er værdige til livet (Berliner & Torres, 2004; White, 2004; Meares, 2000; Herman, 1997).

Meares indtager den teoretiske position, at menneskers personlige realitet er baseret på *følelse*, og at menneskets eksistens ikke kan forstås gennem kognitive processer alene: "I am suggesting that it is the feeling tone which is always part of personal reality which gives the individual his or her sense of his or her value" (Meares, 2000, p. 65). Idet Meares' begreb om følelse og værdi kan knyttes til Bruners ide om meningens/identitetens landskab som et 'arkiv' hvor bl.a. værdier befinder sig, bruger White dette aspekt, når de fraværende, men implicitte værdier, som traumat har forhånet, søges genfortalt i en foretrukken storyline. Disse værdier ses som forbundne til de følelsesmæssige relationer, de er skabt i. Af hensyn til at kunne genindføre forbindelsen til sig selv, bliver det derfor væsentligt at få fortalt historierne om disse værdier og de betydningsfulde fællesskaber, hvori de er opstået (White, 2007; 2005; 2004). Endelig gøres der opmærksom på, at fornemmelsen af at mestre, beherske eller evne noget *også* er afgørende – hvilket afspejler sig i den narrative terapi optagethed af at skabe agenthed (White, 2005).

5. Narrativ traumeintervention

Ud fra sin kliniske erfaring beskriver White, at traumatiserede mennesker generelt føler sig stærkt definerede af deres traumatiske erfaringer, og at de bliver meget sårbare, hver gang de taler om disse oplevelser. Tilgangen me-

ner derfor, det er vigtigt at anvende ‘double storied testimoniums’, der også indeholder en alternativ historie om oplevelsen (Denborough, 2005c). En verbalisering af det grusomme alene kan medføre, at den pågældendes negative identitetskonklusioner utilsigtet styrkes, og at den efterfølgende oplevelse af f.eks. skam, håbløshed, ensomhed, fremmedgjorthed og tomhed forværres. Den narrative terapies løsning bliver at etablere sikkerhed gennem en ‘repositionering’; dvs. en tryk kontekst hvorfra traumet kan udtrykkes indirekte, uden at vedkommende defineres af det. Dette kan opnås gennem skabelsen af en alternativ, foretrukken ‘subordinate storyline’. Der er nemlig altid to eller flere historier om samme fænomen: dels om de traumatiske overgreb, volden og torturen; og dels om hvad man gjorde for at overleve (Mitchell, 2005; White, 2005; Denborough, 2005c). White mener, at mennesker aldrig blot er passive ofre for et traume – de reagerer eller handler altid på en eller anden vis for at forhindre eller minimere traumets skade. Ofte ænser folk dog ikke deres egen respons; den ramte husker ofte kun passiviteten, hvilket bidrager til en følelse af isolation, skam, usselhed og selvhad. Når traumet beskrives, udelukkes altså beskrivelsen af den personlige handlekraft. Dette omtaler White som “half memory” (White, 2005; White, 2004, p. 48). Den narrative terapiforms intention bliver at få den traumatiserede til at føle, at traumets negative konsekvenser ikke er *hele* personens historie og identitet, selvom det måske kan føles sådan. White reformulerer situationen og argumenterer for, at traumets følgeproblemer i en vis forstand kan opfattes som en ‘hyldest’ til dét betydningsfulde, vedkommende måske mistede under hændelserne (White, 2005, p. 16). Dermed kan den traumatiske reaktion teknisk set blive porten til at udvikle en ‘subordinate storyline’, som også drager den traumatiseredes respons og værdier med ind i fortællingen om det, der er sket. Målet med denne form for samtale er at få gang i ‘stream of consciousness’ og den strøm af billeder, følelser, fornemmelser og refleksioner, som mennesket mistede under traumet. Den narrative traumebehandling sigter mod at genetablere en foretrukken ‘sense of self’, så den traumatiserede kan genfinde sit oprindelige identitetsterritorium, hvorfra traumeerfaringerne mere trygt kan verbaliseres (White, 2004; Meares, 2000).

6. Kritiske punkter ved den narrative tilgang

I det følgende vil vi kort diskutere den narrative traumebehandlings styrker og udfordringer med henblik på at danne grobund for en senere syntese mellem de to indledningsvis nævnte tilgange til traumebehandling.

Den narrative tilgangs placering i en socialkonstruktionistisk, postmodernistisk videnskabsopfattelse betyder bl.a., at man ikke foretager effektundersøgelser, som kan dokumentere behandlingens virkning – al evaluering foregår mellem behandler og klient. En stor del af den samlede traumebehandling er afhængig af statslige midler, og kravet om dokumentation i forhold

til disse midler vokser. Kan man ikke påvise, at traumebehandling medfører bedring, er risikoen for, at støtten reduceres eller ikke gives, stor.

Den narrative teori om, at der kun findes lokale sandheder, medfører, at casestudiet bliver tilgængens foretrukne videnskabelige metode. Men der er et problem ved den selvgentagende måde, hvorpå casestudierne anvendes inden for den narrative tilgang, idet de ikke kaster nyt lys over en problemstilling eller modificerer teorien. Ofte benyttes casestudierne alene til at eksemplificere og vise, hvordan den narrative metode udøves og lykkes i praksis – de viser aldrig eventuelle svagheder eller stiller undrende spørgsmål, der kunne udfordre egen metode. Det er endvidere påfaldende, at det altid lykkes at udvikle en alternativ historie. Man kunne ønske sig, at den narrative tilgangsbrug af casestudier også inkluderede terapeutiske vanskeligheder og behandlingsforløb, hvor terapien ikke giver mening for klienten eller mislykkes, da dette kunne bruges som springbræt til teoretisk selvransagelse og ny refleksion.

Den narrative terapiforms udgangspunkt er, at mening skabes gennem sproget. Sproget produceres mellem mennesker og skaber dermed stemningen, følelserne og den sociale virkelighed. Set fra den narrative tilgang skaber mennesker mening om og *fortolker* det, de oplever under traumatiske hændelser, hvorefter de konkluderer noget problemfyldt om egen identitet. Den narrative tilgang lægger meget stor vægt på identitetsaspektet, hvilket kan udgøre en begrænsning. Begrebet 'handlingens landskab' omhandler den narrative teoris adfærdsaspekt, men handling sættes alene i relation til mening og identitet. Det lukker for en forståelse af adfærd som et mere vægtigt, vigtigt og selvstændigt niveau i traumebehandlingen (jf. Basoglu, 2007c; Basoglu et al., 2005a). Et andet aspekt udgøres af kroppen. Grusomme erindringer genopleves også kropsligt. White inddrager dog ikke eksplicit kroppen i sin overordnede narrative teori eller i casene. Et tredje aspekt er, at følelser ikke begrebsættes og i forlængelse heraf ikke indebærer konkrete bud på, hvordan man kan forstå, arbejde med og inkorporere følelser i traumebehandlingen.

Den narrative tilgang antager, at en ny foretrukken 'storyline' med ufortalte historier kan have en positiv, udvidende og åbnende effekt på traumatiseredes liv, selvpåfattelse og handlemuligheder, fordi den tilbyder en sikker base, hvorfra den enkelte kan tage initiativer. Men de samfundsmæssige betingelser undervurderes og er fraværende på flere niveauer. Der etableres en anden historie i håb om, at det medfører en oplevelse af større handlekraft, men dette kontekstualiseres ikke. Den narrative tilgang mangler med andre ord et metodisk blik for og en teori om, at alternative historier kun fungerer kontekstuel i det omfang, de anerkendes i personens diskursive, sociale og materielle kontekst (Anckermann et al., 2005).

7. Styrker og muligheder ved narrativ traumebehandling

At tage for givet at vi forstår og ved, hvad der plager den enkelte, kan medføre, at vedkommende ikke får lejlighed til at udtrykke det med egne ord, hvilket i nogle situationer kan føles som en krænkelse og opleves som mangel på forståelse. Hvis terapeuten på denne måde overtager ansvaret for den traumeramte, kan det, beskriver Herman (1997), skabe en følelse af hjælpeløshed og afhængighed, som virker bremsende på bedringsprocessen. Dette forhold gør den narrative terapiforms decentrerede, ikke-vidende, nysgerrige psykologposition givende.

Det er vigtigt at have fokus på det nedbrudte selv billede og den mistede selv fornemmelse, når man skal hjælpe traumatiserede med at genvinde følelsen af en sikker identitet. Alvorlige, gentagne traumer resulterer i gennemgående følelser af skyld, mindreværd, skamfølelse og 'kontamineret identitet' hos de overlevende (White, 2004; Herman 1997), og det er derfor en kvalitet, at den narrative forståelse placerer identiteten så centralt. Med begrebet agenthed ønsker tilgangen at øge den enkeltes handlemuligheder, at sætte mennesket i stand til at løsrive sig fra det, der har magt over vedkommende, at gøre det muligt for den traumeramte at forandre dele af sit liv uden at lade sig begrænse af dominerende historier. Traumatiserede har tendens til at isolere sig, blive passive og udvise massiv udgåelsesadfærd. Tilgangens fokus på at opbygge en *følelse* af agenthed med henblik på at opnå større handleparathed, bliver derfor en styrke. Ofte inddrager den narrative terapiform såkaldte 'outsider witness groups' i behandlingsprocessen. Dette indebærer, at en lille gruppe tilhørere – f.eks. andre behandlere, tidligere klienter, klientens familie eller venner – i en afsluttende, særskilt del af terapien responderer på det, klienten har sagt (White, 2007; White, 2006a; White, 2004). Inddragelsen af denne form for publikum rummer muligheder i forhold til relationel inklusion og anerkendelse. At dele sine oplevelser og føle sig forstået af andre mennesker, der lytter og responderer nænsomt, kan medføre positive erfaringer i form af følelser af forbundethed og håb og medvirke til at genopbygge tilliden til andre mennesker (Denborough, 2005a, pp. 74-75).

8. Den evidensbaserede tilgang

Evidensbevægelsen er opstået som et forsøg på at give psykoterapien et videnskabeligt grundlag gennem kvantitativ empirisk dokumentation af behandlingseffekt med det formål at forbedre behandlingen af klienterne. Den evidensbaserede tilgang opererer med et *evidenshierarki*, hvor den foretrukne metode består af det randomiserede, kontrollerede forsøg, som evaluerer en interventions effektivitet og etablerer et reliabelt, lineært årsag-virkning-forhold. Denne type forskning ønsker at brede almene lovmæssigheder

ud, og antagelsen er, at denne model bedst sikrer resultaternes validitet og objektivitet (Hougaard, 2004, p. 179). Archie Cochrane grundlagde et register over alle randomiserede, kontrollerede forsøg samt systematiske analyser og reviews af disse med henblik på at forbedre den kliniske omsorg, opnå transparens i den medicinske beslutningsproces, målrette fremtidens forskning og udstyre patienten med evnen til at træffe informerede valg om egen behandling. *National Institute of Clinical Excellence* (NICE) i England har udarbejdet en række metaanalyser af evidensbaserede studier for at vejlede praktikere om dokumenteret virksomme behandlingsformer.

9. Evidensbaseret psykoterapi til behandling af traumer

De tre mest brugte metaanalyser, som sammenligner effekten af forskellige PTSD-behandlinger, kommer fra NICE (2005), Foa et al. (2000) samt Van Etten & Taylor (1998). Van Etten & Taylors studie (1998) er en sammenligning af 61 trials, der bl.a. konkluderer, at adfærdsterapi¹ og Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)² er de mest virkningsfulde psykologiske terapiformer, og at psykologisk intervention generelt er mere virksom end medicin. Foa et al.'s metaanalyse (2000) finder, at kognitiv adfærdsterapi, særligt eksponering, er den mest effektive behandling af PTSD, og at EMDR viser lovende resultater. NICE (2005) finder i overensstemmelse med de to andre metaanalyser, at traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi viser den største evidens for effekt, ligesom de anbefaler brugen af EMDR. Alle tre metastudier finder altså god evidens for de kognitive adfærdsterapeutiske behandlinger og EMDR. I denne sammenhæng vil vi diskutere henholdsvis Basoglu og Neuner et al.'s evidensbaserede studier og deraf udviklede terapiformer.

-
- 1 Adfærdsterapi og kognitiv adfærdsterapi er udviklet fra teorier om betingning og kognition, hvor PTSD-symptomer tænkes at stamme fra en frygtstruktur, der er lagret i langtidshukommelsen. Udsættelse for en traumatisk hændelse tænkes at producere en betinget frygt eller angstrespons til traumerelateret stimulus. Undgåelse af traumerelateret stimulus er negativt reforceret og skaber kun kortsigtet stresslættelse, hvilket hindrer en habituering. PTSD tænkes derfor at kunne reduceres ved hjælp af eksponering af korrektiv information og eksponering af frygtfremkaldende, men harmløs stimulus, f.eks. bestemte lugte (Van Etten & Taylor, 1998, p. 127).
 - 2 Eye Movement Desensitization and Reprocessing er en behandlingsform, der omfatter visualiseret eksponering for traumatiske billeder, mens systematiske øjenbevægelser produceres ved at følge terapeutens finger fra side til side (Van Etten & Taylor 1998, p. 127).

10. Basoglus kognitiv-adfærdsteoretiske begreber

Med afsæt i sin udforskning af psykologiske eftervirkninger ved naturkatastrofer og politisk organiseret vold og tortur har Basoglu arbejdet på at finde effektive behandlingsmetoder til akut brug i katastrofesituationer. På baggrund heraf har Basoglu udarbejdet 'den kontrollfremmende modificerede adfærdsterapi', som består af én session og dermed udgør en kort, lettilgængelig, kulturelt relevant og omkostningseffektiv løsning. Basoglu har gennem randomiserede, kontrollerede undersøgelser dokumenteret stor effekt af denne adfærdsterapi i forhold til behandling af posttraumatisk stress.

Basoglu har særligt beskæftiget sig med traumeområdet ud fra en adfærdsteoretisk og til en vis grad kognitiv tilgang, og han har gennemgående arbejdet med begreberne 'psykologisk parathed' og 'kontrol'. Ud fra en hypotese om, at stressorer, der opfattes forudsigelige og kontrollable, medfører 'resiliens', efterprøvede Basoglu et al. (1997) i en undersøgelse af 89 torturoverlevende, hvorvidt det at være psykologisk forberedt på tortur kan udgøre en beskyttelsesfaktor mod traumer. Forskergruppen sammenlignede torturerede politiske aktivister henholdsvis ikke-aktivister og fandt, at tidligere erfaring med traumatiske stressorer samt en forventning om at blive udsat for tortur udmønter sig i mindre opfattet stress og færre alvorlige psykiske problemer (Basoglu et al., 1997, pp. 1421, 1430). I en undersøgelse af 10 jordskælvsoverlevende (Basoglu et al., 2003) udforskes det, hvorvidt én session i en jordskælvssimulator kan opbygge resiliens. De samlede resultater fra Basoglus forskergruppe har således kredset om at vise, at det at være forberedt kan medføre større modstandsdygtighed, fordi det giver en følelse af kontrol over begivenhederne.

Disse undersøgelser efterfulgtes af et lignende kvantitativt anlagt psyko-terapeutisk effektforskningsforsøg med én sessions kontrollfremmende modificeret adfærdsterapi til 59 jordskælvsoverlevende (Basoglu et al., 2005a). Undersøgelsen var designet til at afdække, hvordan PTSD-symptomerne kan ændre sig, når behandlingen sætter fokus på (blot) at fremme en *fornemmelse af kontrol* over jordskælvsrelateret frygt frem for fuld frygtreduktion, dvs. gentagen konfrontation med en jordskælvslignende stressor frem til frygten habitueres eller udslukkes. Basoglu fokuserer på kontrolaspektet, fordi han antager, at der er en sammenhæng mellem oplevelsen af kontroltab under den traumatiske hændelse og oplevelsen af kontroltab efter den traumatiske hændelse.

11. Basoglus kontrollfremmende modificerede adfærdsterapi

Basoglus traumeintervention varer en time og har en struktureret opbygning. I de første ti minutter identificeres problemerne, herunder frygt, undgåelse, genoplevelsesfænomener og hyperarousal. I de næste tredive minutter kom-

mer et psykoedukativt element ind, hvor behandlingsens rationale, med fokus på at øge følelsen af kontrol over jordskælvsrelateret frygt, forklares. Frygten visualiseres som en modstander, der kræver, at man bekæmper den. De sidste tyve minutter skal der skabes overblik over invaliderende symptomer som f.eks. undgåelse af sikre bygninger, at være alene hjemme, sove i mørke, tage bad og besøge ødelagte steder, og der afsluttes med instruktioner i selveksponering (Basoglu et al., 2005a, p. 3). Af ovennævnte effektundersøgelse konkluderes det, at behandlingsens virkning er rimelig robust, med størst bedring omkring uge 12, men med fortsat stigning de følgende 1-2 år. Den lave tilbagefaldsrate fremhæves som et tegn på, at interventionen har den tilsigtede effekt – den fremmer resiliens. Instruktionens diskurs installerer mod og håb, som fremmer motivationen til at konfrontere og bekæmpe fjenden, nemlig frygten. I feltarbejdet med flere tusinde overlevende har Basoglu et al. observeret, at denne metaforiske ‘frygt som fjende’-diskurs giver mening for de ramte (ibid., pp. 6-11).

Men hvad er den generelle relevans af Basoglus fund i forhold til komplekst traumatiserede? I undersøgelsen fra 2005 består eksklusionskriterierne af alkohol og stofmisbrug, alvorlig depression med selvmordshensigter, psykisk sygdom, dominerende sorg, brug af antidepressiva eller benzodiazepiner samt tidligere problemer med traumatisk stress relateret til jordskælv (Basoglu, 2005a). Man kan hertil indvende, at psykopatologi ofte indebærer komorbiditet: “comorbidity is the norm rather than the exception” (Westen et al., 2004, p. 647), hvorfor denne type eksklusionskriterier udelukker en stor gruppe. En gennemgang af behandlingsudfalds-studier har endvidere peget på, at de traumeramte, der ekskluderes fra PTSD-undersøgelser på grund af omfattende komorbiditet, meget vel kan repræsentere den typiske patient, man møder i behandlingssystemet (Spinazzola et al., 2005). De konklusioner, der altså kan drages fra Basoglus forsøg, er derfor begrænsede til at omfatte populationer med samme karakteristik som det enkelttraumatiserede sample – dvs. at eksklusionskriterierne begrænser generaliserbarheden af undersøgelsens resultater.

Den kontrolfremmende modificerede adfærdsterapi involverer hovedsagelig instruktion i in vivo-selveksponering, hvorfor den er særlig anvendelig ved adfærdsmæssige undgåelsessymptomer (Basoglu, 2005a). Vi må her være opmærksomme på, at Basoglus primære fokus, *undgåelse*, kun udgør et enkelt element af det samlede symptom billede hos komplekst traumatiserede. Den undgåelsesfokuserede adfærdsterapi er muligvis effektiv i forhold til den angstbaserede dimension af PTSD – men er den tilstrækkelig i forhold til de andre aspekter? Det komplekse traume er også andet end undgåelse: Det er en psykobiologisk hukommelsesforstyrrelse, der involverer invaliderende tvangsmæssige flashbacks, følelseslammelse og en forøget spændingstilstand. Ud over manglende evne til at integrere samt verbalisere erindringerne kan fænomenet medføre dissociation, risikoadfærd og ødelægge personens fornemmelse af integritet, helhed, selvværd og personlig

identitet (Wilson, Friedman, & Lindy, 2001, p. 15). Traumet påvirker mere end adfærd og kognition. Basoglus ensidige fokus på at undersøge undgåelsesadfærd og kontroltab sker på bekostning af andre relevante forhold ved det komplekse traume.

12. Neuners neuropsykologiske traumeforståelse

Neuner et al., (2005a) beskæftiger sig med traumer ud fra en neuropsykologisk tilgang og tildeler derfor *hukommelsen* den afgørende rolle for udviklingen af PTSD. Set fra dette perspektiv indkodes traumatiske hændelser på en anden måde end almindelige hændelser, idet hændelsen får aktiviteten i *amygdala* til at stige, hvilket resulterer i en overbetning af traumerelaterede stimuli, mens *hippocampus*' kapacitet falder, hvilket besværliggør lagring i den episodiske hukommelse. Det er en central pointe for tilgangen, at dette medvirker til, at traumeramte ikke kan sætte ord på det, de har oplevet, hvorimod de i stedet genoplever hændelserne på et kropsligt, perceptuelt, sensorisk eller emotionelt niveau. Neuner et al. skelner mellem det, de kalder 'kold' og 'varm' hukommelse. Hvor de varme erindringer registreres på et sensorisk, perceptuelt og emotionelt plan i den non-deklarative del af langtidshukommelsen (uden for verbaliseringens rækkevidde), lagres de kolde erindringer i den deklarative del af langtidshukommelsen, nærmere bestemt i den autobiografiske del af den episodiske hukommelse, som knytter erindringer til tid og sted. Adskillelsen mellem kolde og varme erindringer betyder, at traumeramte på den ene side er ude af stand til at knytte varme traumeerindringer (f.eks. følelsen af at være bange for at dø) til kolde erindringer (f.eks. at følelsen opstod i den situation for en måned siden i et andet land) – og desuden medfører det risiko for angst- og smertefulde genoplevelser, som føles virkelige, samtidig med at den traumeramte ikke kan sætte ord på sit flashback (Neuner et al., 2005a, p. 18). For at forhindre flashbacks udvikler traumeramte ofte sekundært en omfattende undgåelsesadfærd af alle traumerelaterede stimuli: hvilket blot lader til at konsolidere frygten yderligere (ibid., p. 21). Ifølge Neuner et al. skal forbindelsen mellem de varme erindringer i frygtnetværket og de kolde erindringer i den episodiske hukommelse derfor genskabes ved at etablere en kronologisk fortælling om traumerne. Idet *kroppen* spiller en afgørende rolle for den varme hukommelse, inddrages dette vigtige element i traumebehandlingen, både når historien om traumet skal rekonstrueres og som det medium, frygtstrukturen aktiveres gennem for at opnå habituering og dermed et fald i den kropslige og emotionelle arousal. På baggrund af denne traumeforståelse har Neuner et al. udviklet en terapiform som beskrives nærmere i det følgende. Weine et al. (1995) har udført et casestudie af 20 traumatiserede bosniske flygtninge, som pegede på en effekt ved denne metode. Ligeledes har forskergruppen omkring Neuner fundet gode resultater i et kontrolleret studie

af 43 somaliske voksne flygtninge, et pilotstudie med seks somaliske børn og et casestudie fra en makedonsk flygtningelejr (Neuner et al., 2005b; 2004; 2002).

13. Narrative Exposure Therapy (NET)

Neuner et al. har udviklet terapiformen *Narrative Exposure Therapy* (NET), hvis behandlingsmål er at reducere PTSD-symptomerne. NET benytter, ligesom Basoglu, konfrontation med frygten, men med et andet rationale og en anden teknik. NET er bygget op omkring *eksponering* og *det personlige narrativ*, hvormed habitueringen udgør et vigtigt grundlag. Her bygger Neuner et al. på bl.a. Rothbaum og Foas registrering af, at den kropslige og emotionelle respons med tiden vil reduceres, hvis et menneske eksponeres for en stressor gennem længere tid (Rothbaum & Foa, 1992, i Neuner et al., 2005a, p. 38). Endelig inkluderer terapien også et element af såkaldt vidnesbyrd (jf. Cienfuegos & Monelli, 1983) idet personens narrativ om de traumatiske hændelser nedfældes, underskrives og fungerer som en dokumentation for det skete, som den traumeramte kan tage med ud af terapirummet, evt. helt til domstolene (Neuner et al., 2005a, p. 3).

NET er et relativt kort behandlingsforløb, som ofte ikke består af mere end fem sessioner. I første session foretages diagnosticering, og der gives psykoedukation; i anden session starter klienten sin kronologiske fortælling fra fødslen og frem med særlig vægt på integrationen af de traumatiske hændelser i den autobiografiske hukommelse. I session tre starter terapeuten med at genlæse det foreløbige narrativ, som klient og terapeut i samarbejde reviderer, hvorefter klienten fortsætter sin fortælling. I sidste session genlæses fortællingen, og terapeut, klient samt en evt. tolk underskriver dokumentet. Neuner et al. peger på et problem i forbindelse med behandlingen af traumeramte, som handler om, at disse mennesker ofte fremviser udprægede skyldfølelser, herunder overlevelsesskyld, og at en konfrontation med disse skyldfølelser kan medføre alvorlige psykologiske kriser (Neuner et al., 2005a, p. 54). Neuner et al. har ikke noget bud på, hvad man skal stille op med dette, ud over at forsøge at lindre skyldfølelserne med kognitiv omstrukturering, når habituering er opnået (Neuner et al., 2005a, p. 54). Også andre har påpeget denne mangel i forhold til eksponeringsterapi (Rothbaum & Foa, 1996, pp. 498-499), og dette ubesvarede spørgsmål udgør en væsentlig begrænsning ved NET og anden eksponeringsterapi, eftersom skyldfølelse, herunder overlevelsesskyld, er så udbredt blandt traumeramte, at den er skrevet ind i DSM-IV under associerede elementer ved PTSD: "Individuals with Posttraumatic Stress Disorder may describe painful guilt feelings about surviving when others did not survive or about the things they had to do to survive" (APA, 1994).

Psykoterapeutisk behandling med NET rummer til gengæld både elementer af kognitive, kropslige samt til en vis grad handlingsmæssige og sociale elementer. Dette afspejler sig, når metoden ad fortællingens vej forsøger at skabe forbindelse mellem den deklarative henholdsvis nondeklarative langtidshukommelse – og hvor den traumatiserede har svært ved at huske et hændelsesforløb, kan terapeuten opfordre til at mærke efter i kroppen: “Maybe your body knows. What do you feel?” (ibid., p. 37). Forfatterne udtrykker også, at NET, selvom denne registrering ikke er baseret på evidens, medfører forbedringer i handleparathed, som omfatter en lyst til at fortælle sin historie til omverdenen og kræve sin ret. Det er også i den forbindelse, det bredere sociale aspekt kommer ind: vidnesbyrdet åbner mulighed for offentlig oprejsning og anerkendelse efter det, de traumatiserede har været udsat for.

14. Kritiske punkter ved evidensbaseret psykoterapi

Det væsentligste spørgsmål i forbindelse med evidensbaseret psykoterapi er, om den ubetinget vil føre til bedre behandling. Denne positivistiske, kvantitativt orienterede tilgang har sine begrænsninger – en problematik, Westen et al. (2004, p. 637) kalder “The Paradox of Pure Samples.” I kontrollerede randomiserede undersøgelser opdeles mennesker i sammenlignelige grupper, hvorefter forskellig behandling afprøves på dem. Kravet om eksklusionskriterier og randomisering er opstået ud fra en antagelse om, at grupperne er så ens, at forskelle i udkomme kan tolkes som et resultat af behandlingen. Men der kan sættes spørgsmålstegn ved antagelsen om gruppernes ‘homogenitet’. Som Brown, Crawford & Hicks (2003) fremhæver, adskiller grupperne sig godt nok ikke inden for karakteristika som er lette at kvantificere, f.eks. alder, køn, tidligere medicinsk historie, eksisterende komorbiditet, symptomer ved optagelsen mm. Men mange ukendte, tilfældige faktorer som humør, temperament, sociale faktorer og familieindflydelse kan vanskeligt fastsættes og måles (ibid., pp. 124, 131). Når denne sammenlignelighed ikke kan sikres, kan resultatet ikke med sikkerhed tillægges interventionen.

Inden for de seneste 20 år har forskning i psykoterapis effekt henholdsvis proces fået indflydelse på den psykoterapeutiske praksis. Evidensforskningen er fastlagt med den medicinske videnskab som forbillede, men psykoterapi adskiller sig på væsentlige punkter fra medicinsk behandling, fordi klienter og terapeuter snarere opfører sig som intentionelle individer end som standardiserede variable, og dialogen i terapien kan udvikle sig i mange forskellige retninger. Spørgsmålet bliver derfor, om det er lige så meningsfuldt at undersøge psykoterapi med de anderledes tilhørende variable ud fra evidensforskningens tankegang om årsag og virkning. Ifølge Hougaard har netop adfærdsterapi og kognitiv terapi “spillet en førende rolle inden for den

kvantitative effektforskning” (Hougaard 2004, p. 92). Det kan imidlertid ses som udtryk for, at disse behandlingsformer for det første opstiller konkrete, symptomfokuserede indikatorer for bedring, som er lette at måle på, og for det andet bruger fastlagte, ens teknikker, så den samme behandling kan gentages på flere mennesker (Westen et al., 2004). Altså får kognitions- og adfærdsterapierne en førende rolle, fordi deres begreber passer ind i den kvantitative metodologi, der kan måle reduktionen af PTSD-symptomer. Dette gør det poststrukturelle paradigmes mere procesorienterede, relations- og meningsfokuserede begreber ikke. Når der således ikke foreligger evidens for den narrative terapiforms effekt, betyder det ikke nødvendigvis, at den ikke virker, men at den opererer med nogle andre succeskriterier, som er sværere at kvantificere og måle.

Man kan desuden stille spørgsmålstegn ved de evidensbaserede undersøgelsers måde at anskue de mennesker, der deltager i undersøgelse på. Man hører ofte meget lidt om de mennesker, der *ikke* opnår bedring. Neuner et al. nævner, at eksponeringens behandlingseffekt korrelerer positivt med niveauet af frygt ved behandlingens start – hvorfor terapeutens opgave bliver at fremkalde frygt og forhindre undgåelse hos klienten (Neuner et al., 2005a, p. 22). Her kan man savne en etisk diskussion og en uddybning af, hvordan denne frygtfremkaldende teknik opleves for klienten, og hvorvidt den kan forværre symptomerne.

Man kan altså argumentere for, at randomiserede kontrollerede effektstudier ikke bør stå alene, fordi der er en viden, de har svært ved at indfange. Både Brown, Crawford & Hicks (2003) samt Hougaard (2004), og Westen et al., (2004) fremhæver, at evidensstudierne ikke repræsenterer den eneste form for værdifuld forskning, men at kvantitativ og kvalitativ forskning kan berige hinanden i forskningsprocessen.

15. Evidensbaseret psykoterapis styrker og muligheder

De randomiserede kontrollerede forsøg bestræber sig på at reducere usikkerheder, minimere bias, isolere behandlingseffekt og maksimere chancerne for effektivitet og bedring. Desuden udgør det en stor fordel ved både Basoglus og Neuners psykoterapiformer, at de er både omkostningseffektive, korte og praktisk anvendelige på store befolkningsgrupper, f.eks. når hele samfund rammes af traumatiserende hændelser i forbindelse med naturkatastrofer eller krigs- og borgerkrigs-lignende tilstande. Endelig øges disse metoders brugbarhed, fordi de ikke forudsætter et stort korps af uddannede psykologer, men er relativt simple at udføre af lokale hjælpere eller efter konkrete, udførlige (selvhjælps)manualer.

16. Syntese mellem forskellige paradigmers traumetilgange

Man kan hos White, Basoglu og Neuner finde flere parallelle begreber og fælles intentioner. Vi vil i det følgende analysere disse fælles fokuspunkter og diskutere, hvordan de teoretiske ligheder og forskelle kan supplere hinanden på måder, som skaber nye perspektiver i behandlingen af traumatiserede.

Synet på ressourcer er fælles for Basoglu, Neuner og White, som alle har blik for de traumeramtes egne ressourcer. Tæt knyttet til den narrative ide om agenthed står begreberne om klienters 'knowledge of life' og 'skills of living'. Mitchell (2005) bruger f.eks. disse begreber i sit narrative socialarbejde med en gruppe palæstinensiske børn, der, efter at have overlevet flere militære angreb, laver en overlevelseshåndbog til andre om deres erfaringer. Børnenes overlevelsesressourcer opfattes som vigtige redskaber i etableringen af deres alternative historie og bruges derfor meget aktivt i det narrative terapiforløb. Basoglu et al. har i sin forskning gjort lignende opdagelser. I et studie af 59 jordskælvsoverleverere fandt Basoglu (2005a), at de overlevende selv begyndte at konfrontere deres frygt, og Basoglu forklarede tilsvarende (2007c), at en bedring i en ventelistegruppe (Basoglu et al., 2005a) netop omhandlede folks spontane, frygteksponerende handlingsinitiativer, f.eks. at hente tæpper i de sammenstyrtede huse. Også Neuner bemærker traumeoverleveres evne til at søge egen bedring: "People naturally seem to try to heal themselves by narrating their experience. In many cases this is helpful" (Neuner et al., 2005a, p. 21). I deres behandling giver Neuner et al. også plads til den enkeltes ressourcer ved ikke *kun* at indarbejde traumehændelser i den historie, der verbaliseres i terapien, men ved at bede om *hele* livshistorien, også de gode hændelser. I børneudgaven KIDNET foregår dette eksempelvis ved anvendelse af en visuel symbolik: Ved på et reb at lægge sten, som repræsenterer livets traumatiske hændelser, og blomster som repræsenterer livets positive begivenheder, udarbejder traumatiserede børn en nuanceret livslinje, som så skal kontekstualiseres (ibid., pp. 45-46). NET supplerer altså med også at inddrage livets gode oplevelser.

Spørgsmålet om psykologens ekspertrolle er tæt forbundet med optagetheden af de traumeramtes ressourcer. Whites narrative terapi henviser til, at magtfulde psykologiske diskurser objektgør klienter på deficitorienterede måder, og tager klart afstand fra ekspertrollen, ud fra den holdning, at hjælp-søgende mennesker er eksperter i sit eget liv og selv ligger inde med den bedste viden om vejen til bedring. Basoglu og Neuner gør sig lignende overvejelser. Neuner et al. skriver f.eks. om udførelsen af NET, at "the therapist does not interpret for the patient. The patient is an authority of her/his own experience" (Neuner et al., 2005a, p. 52). Også Basoglu lægger ekspertrollen fra sig, når selve helbredelsesprocessen efter ganske kort professionel rådgivning overlades til den enkelte. På den anden side påtager både Basoglus

og Neuners psykologiske behandling sig netop ekspertrollen i selve terapirummet. I NET øremærkes første session til diagnosticering og psykoedukation, hvor terapeuten normaliserer og legitimerer klientens symptomer og forklarer mekanismerne bag disse og rationalet bag behandlingen (Neuner et al., 2005a, p. 29). I Basoglus enkeltsessions-behandling går 50 af de i alt 60 minutter med, at terapeuten forklarer behandlingens rationale og giver instruktioner i selveksponering, hvor klienten først til sidst er med til at definere mål for behandlingen (Basoglu et al., 2005a, p. 3). Fælles for Basoglu og Neuner er altså en dagsordensættende og styrende terapeutrolle. På dette punkt adskiller de sig fra den narrative traumeterapi, hvorimod de ligger på linje med de mest evidensbaserede former for psykoterapi, hvor behandleren følger en relativt fastlagt struktur i behandlingsforløbet.

Fælles for disse forskellige paradigmatisk tilgange er intentionen om, at traumeramte skal genvinde indflydelsen på eget liv. Basoglu taler om 'kontrol', Neuner taler om 'empowerment', og White taler om 'agenthed'. Med disse begreber har alle positionerne en fælles opmærksomhed på, at den traumeramte må opleve at have indflydelse på sit eget liv og ikke blot føle sig som et hjælpeløst offer for omstændighederne. I en regressionsanalyse baseret på et studie af 1358 krigsoverlevende konkluderer Basoglu et al. (2005b): "The factor most strongly associated with PTSD and depression was fear and loss of control" (ibid., p. 588). På tilsvarende vis tænkes psykologisk forberedelse at øge følelsen af kontrol under den traumatiske hændelse, hvorfor den virker beskyttende (Basoglu et al., 1997). Basoglus behandlingsmål er derfor at øge følelsen af kontrol og mindske frygten ved at få den traumeramte til at konfrontere frygten frem for at undgå den (Basoglu et al., 2007b). Neuner et al. forbinder den traumeramtes mulighed for at genfinde styringen over eget liv med evnen til at kunne fortælle en sammenhængende historie om traumat. Her er genetableringen af en eksplicit deklarativ hukommelse for begivenheden en forudsætning for at kunne forholde sig aktivt til sin situation: "If the victim experiences de-realization he cannot 'own' what is happening and thus cannot take steps to do anything about it" (Neuner et al., 2005a, p. 14). Whites narrative tilgang til dette tema fokuserer på at genoprette den traumeramtes selvfølelse og agenthed, hvilket har rod i teorien om, at traumer fører til et tab af selvfølelse og dermed også af agenthed. Agentheden søges genoprettet gennem den foretrukne fortælling, som forbinder mening og handling: "... subordinate storyline development restores a sense of personal agency. This is a sense of self that is associated with the perception that one is able to have some effect on the shape of ones own life" (White, 2005, p. 14).

Ser man nærmere på, hvordan Basoglu, Neuner og Whites traumebehandling forholder sig til traumeramtes evne til at styre eget liv, findes der både forskelle og ligheder. Basoglu og Neuner adskiller sig ved, at NET retter sig mod habituering, mens kontrolfremmende modificeret adfærdsterapi retter

sig mod at opnå en fornemmelse af kontrol over frygten. Fælles er brugen af henholdsvis kognitiv og adfærdsmæssig eksponering og dermed et ønske om at få den traumeramte til at konfrontere sin situation og fortælling frem for at undgå dette. På dette punkt adskiller Basoglu og Neuners traumebehandling sig grundlæggende fra den narrative, som advarer mod at gå direkte (eksponerende) ind i traumehistorien pga. risikoen for retraumatisering. Hvor Basoglu aktivt bruger frygten og konfronterer traumet med handling som middel til at opbygge en oplevelse af at have styring over eget liv, mener White m.fl., at denne følelse af styring først skal genoprettes gennem en fornemmelse for ens selv, inden man kan gå ind i den traumatiske hændelse. Med andre ord går konfrontation forud for følelsen af styring hos Basoglu og Neuner, hvorimod følelsen af styring går forud for konfrontationen hos White.

Ved nærmere eftersyn findes der dog også visse overlap. Basoglu har nemlig også fokus på oplevelsen. Målet med hans adfærdsterapi er at opbygge 'a sense of control' hos de traumeramte, dvs. det er en oplevelse, følelse eller fornemmelse af kontrol, der virker helende. De konfronterende handlinger er altså redskabet til at opnå denne oplevelse. Den narrative tilgang er ligeledes opmærksom på handlingernes betydning, idet White påpeger, at genopbyggelsen af selvfølelsen skaber grundlaget for at handle og tage initiativer igen.

Der kan argumenteres for eksponerende fællestræk i både de evidensbaserede og de narrative behandlingsformer – på trods af deres indbyggede forskelle. Neuner omtaler, at klienterne gentagne gange både i og uden for terapien skal læse det vidnesbyrddokument, der udarbejdes (Neuner et al. 2005a, p. 42), hvilket ligner elementer i narrativ terapi, som også kan have en eksponerende indvirkning, f.eks. når klienten får genfortalt sin egen historie gennem digt-, og bevidningsteknikker, og når terapeuten gentager de særlig prægnante ord, udtryk og sætninger, der synes vigtige for klienten (White, 2004, pp. 53-54). Målet for Basoglus behandling, nemlig *følelsen* af kontrol, opnås ved at gøre noget andet end undgåelse, hvilket på sin vis kan svare til, at man skaber en anden, foretrukken historie – blot med sine handlinger. Den dominerende og invaliderende historie om frygt kan reformuleres til en foretrukken, mere nuanceret historie om kontrol, når den traumeramte konfronterer frygten via konkrete handlinger frem for at undgå den. Inspireret af Basoglu kan eksponering således anskues som et middel til at opnå materiale til den alternative historie i den narrative traumeterapi. Dermed supplerer Basoglus adfærdsteoretiske ståsted traumebehandlingen med et *handlingselement*, som ligger ud over Neuners og Whites sprogligt eksponerende fortælling om det hændte. Måske kan man endda argumentere for, at følelsen af kontrol over frygten kan øge fornemmelsen af 'mig selv'. Den narrative tilgang kan ligeledes bidrage til de evidensbaserede tilganges eksponeringsterapier. Neuner har som nævnt bemærket skyldfølelser som en særlig udfordring i forbindelse med eksponering. Whites narrative terapi

baseres på den teoretiske antagelse og kliniske erfaring, at jo mere en problemfyldt historie om skyldfølelser fortælles, desto mere dominerende og problematiske kan disse skyldfølelser føles og opleves i de traumeramtes liv. Anskuet gennem både kognitive og narrative teorier er det altså uhensigtsmæssigt at fokusere ensidigt på skyldfølelsen.

Brugen af historien som terapeutisk instrument er et væsentligt fællestræk mellem narrativ terapi og NET. Når man skal huske og fortælle om en fortidig begivenhed, foregår genkaldelsen generelt set gennem den autobiografiske hukommelse. Evnen til at genkalde og fortælle sin egen livshistorie forudsætter en velorganiseret autobiografisk hukommelse, som ofte er desorganiseret og forvrænget hos PTSD-ramte, hvilket er en af forklaringerne på, at de har vanskeligt ved at fortælle om deres traumatiske oplevelser (Neuner et al., 2005a, pp. 17-18). Whites og Neuners behandlinger og brug af historien adskiller sig også fra hinanden, i og med at NET ønsker at reducere PTSD-symptomer ved at konfrontere klienten med erindringerne og ved at få rekonstrueret den autobiografiske hukommelse og et konsistent narrativ om traumerne (ibid., p. 24). Heroverfor ønsker den narrative terapeut at udforske, hvad der er vigtigt for klienten, forbinde handling med mening, undersøge effekten af det hændte, inkorporere klientens værdier, fri klienten fra belastende normer og knytte klienten til hans eller hendes foretrukne selvfølelse (White, 2007). Positionerne har et fælles blik for, at der kan være vigtige begivenheder i det levede liv, som ikke lukkes ind i den historie, vi fortæller om os selv, og at det kan virke helbredende at lukke dem ind. Både Neuner og White er imidlertid klar over, at midlerne til bedring kan være vældig vanskelige at nå frem til, fordi de er afsondrede fra den tilgængelige erindring.

Neuner kan supplere White ved i opbygningen af den foretrukne historie at stille eksplorerende spørgsmål, der retter sig mod begivenhedens lokalisering i tid, sted, situation samt kropps- og følelsesmæssig tilstand. Neuners fokus på at sammenkøre erindringer med tid, sted og kontekst giver dermed både et bud på, hvordan den alternative historie kan konsolideres yderligere og et bud på, hvordan man i narrativ traumeterapi kan arbejde med at integrere fragmenterede stumper af flashbackprægede erindringer, den traumeramte måske ikke forstår.

Selvbegrebsproblematikken ser som tidligere nævnt ud til at være et vanskeligt og gennemgående problem hos komplekst traumatiserede. Der argumenteres fra forskelligt hold for, at PTSD-diagnosen ikke indfanger de dybe, gennemgribende forandringer, som sker med meningssystemer, bevidsthed, selvpfattelse, identitet, krop, evne til affektregulering og til at indgå relationelt hos de mennesker, som har været udsat for vedvarende, gentagne, interpersonelle traumer (Classen et al., 2006; Herman, 1997; Herman, 1995; APA, 1994). Af hensyn til en passende begrebsmæssig forståelse, forklaring og intervention ved komplekse traumer må disse felter inddrages. Dette gør hverken Neuner eller Basoglu. Basoglu opholder sig alene ved adfærd og

inkluderer kun enkeltraumatiserede uden komorbide problemer i sine undersøgelser, og Neuner forholder sig alene til PTSD som en hukommelsesforstyrrelse. Identitetsproblemerne antydes, uden at der dog arbejdes direkte med dem.

Set fra ovenstående perspektiv savner forståelsen af det komplekse traume et teoretisk udfoldet og sammenhængende selvbegreb. I den henseende kan Whites inddragelse af Meares i den narrative traumeterapi udgøre et relevant supplement til en mere passende traumeforståelse, fordi der tilbydes et begreb til at begribe bevidstheden og selvforfølelsen med. En af Meares' væsentlige pointer er, at menneskets eksistens ikke kan forstås gennem kognitive processer alene, eftersom den personlige realitet er baseret på følelse. Dette afspejler sig, når bevidsthedsstrømmen og selvforfølelsen knyttes til menneskets udviklingspsykologiske internalisering af den nære, varme, intime og relationelt forankrede forbundethedsfølelse, som eksisterede i legeoplevelsen. Dermed tilbyder Meares' teori et supplerende bud på, hvordan man kan forstå nogle af de personlige og relationelle forandringer, der sker med traumatiserede i form af identitetsforandringer og følelsen af at være skadede (APA, 1994, p. 425).

Sammenstilles Basoglus adfærdsaspekt, Neuners hukommelsesaspekt og Whites fokus på mening, selvforfølelse og identitet kan tilgangene i praksis supplere hinanden i forhold til bedre at begribe nogle af de dybe personlige forandringer efter traumer. Gennem teoretisk funderede ideer til intervention, som kan sætte gang i bevidsthedens strøm og knytte den traumatiserede til sin oprindelige følelse af indre forbundethed, giver White et bud på, hvordan traumets interpersonelle og følelsesmæssige følgevirkninger kan håndteres i terapien, og hvordan der kan arbejdes på igen at føle nær, varm og intim forbundethed, tillid og fællesskab. Med basis i en undersøgelse af godt 500 personer blev symptomet 'Alterations in systems of meaning' opstillet som et af de syv overordnede kendetegn på kompleks traumatisering (Van der Kolk & Courtois, 2005). NET og den narrative tilgang kan, med hver deres måde at indtænke meningsaspektet på, tilbyde en åbenhed for at inkorporere den enkeltes oplevelse af mening og meningsløshed, hvilket kan supplere Basoglus tilgang, idet brugen af adfærdseksponeering slet ikke inddrager begreber om meningsskabelse i forbindelse med traumer.

17. Anvendelsesperspektivering

Når Whites, Neuners og Basoglus teoretiske perspektiver og medfølgende praksisformer sammenstilles og suppleres med hinandens pointer, viser der sig muligheder for at integrere flere af traumefænomenets velstuderede enkeltdele til én samlet og mere kompleks problemforståelse, hvilket kan bruges til både at få områderne 'handling', 'tænkning', 'mening', 'identitet', 'følelser', 'krop' og 'relationer' i spil i interventionen med komplekst trau-

matiserede mennesker. Diskussionen og syntesedannelse kan bruges til at pege på nye muligheder i psykoterapi med traumeramte – en psykologisk behandling, som opsummerende rummer følgende elementer:

- De traumeramtes egne ressourcer, erfaring, viden og færdigheder.
- En fleksibel behandlerrolle hvor behandleren er både faglig, rådgivende ekspert og decentreret eksplorerende.
- Fokus på den traumeramtes oplevelse af styring af eget liv (virker helbredende).
- Ændring af konkrete handlinger.
- Rekonstruktion og genetablering af den autobiografiske hukommelse.
- Eksponering gennem handlinger, fortælling, højtlyste vidnesbyrd, bevidninger, digte og breve.
- Fortællingen som et terapeutisk redskab til at skabe mening omkring det hændte, reaktioner, følelser og effekt.
- Dialog der søger forbindelse mellem handling og mening.

18. Konklusion

Vi har her forsøgt at bygge bro mellem det poststrukturalistiske og det modernistiske paradigmes kvalitative og kvantitative teoretiske og metodiske tilgange til psykoterapeutisk traumebehandling for at se, hvad der kunne komme ud af en sammenligning af og udveksling mellem deres forskellige perspektiver. Sammentænkningen har vist en række styrker i forhold til komplekst traumatiserede mennesker:

For det første er både White, Basoglu og Neuner behandlingsmæssigt opmærksomme på, at den traumeramtes følelse af at have *styring over eget liv* er væsentlig. Tilgangenes respektive forskelle og ligheder i måden, hvorpå de arbejder med dette forhold, tilbyder nye perspektiver til de øvrige, i forhold til hvordan denne følelse af styring kan opnås. For det andet har tilgangene *et fælles blik for de traumeramtes ressourcer*: Den narrative tilgang bruger ressourcerne mere aktivt i terapirummet, hvilket kan supplere Basoglus og Neuners praksisser med et bedre blik for inddragelsen af individet. For det tredje argumenteres der for *et fælles område i positionernes brug af eksponering*. Kobles disse, kan Basoglus adfærdseksponering bruges til at ændre en historie om frygt til en historie om kontrol, hvilket igen kan supplere og bestyrke handlingens landskab og skabe materiale til den alternative historie gennem fokus på konkrete handlingers potentiale. Basoglu bruger metaforen om 'frygten som fjende' i forbindelse med adfærdseksponering, hvilket ligner den narrative tilgangs brug af metaforer til at sætte gang i bevidsthedens strøm. For det fjerde bruger Neuner, ligesom White, *historien som et centralt redskab* i behandlingen af hukommelsens fragmenterede lagring af det hændte. Historien bruges som en teknik til at geninte-

grere erindringerne. Og for det femte rummer den narrative traumetilgang *et selvbegreb*, der inddrager domæner som selvopfattelse, bevidsthed og relationer, som er relevante i forhold til symptombilledet hos komplekst traumatiserede. Dermed supplerer den de mere snævert fokuserede traumeforståelser i Basoglus og Neuners traumebehandling.

Integrationen af de forskellige forståelser betyder således, at teorierne tilsammen kommer til at rumme aspekterne *selvfornemmelse, følelse, krop, mening, adfærd og hukommelse* – hvilket giver en bedre mulighed for at forstå og intervenere på traumatiseringens kompleksitet.

LITTERATUR

- ANCKERMANN, S., DOMINGUEZ, M., SOTO, N., KJERULF, F., BERLINER, P., MIKKELSEN E. N. (2005). Psycho-social Support to Large Numbers of Traumatised People in Post-conflict Societies: An Approach to Community Development in Guatemala. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 15, 136-152.
- APA, American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic & Statistic Manual of Mental Disorders*, 4th ed., DSM-IV, Washington D.C.
- BASOGLU, M.; LIVANOU, M.; CRONBARIC, C. (2007B) "Torture vs. Other Cruel, Inhuman and Degrading Treatment" i *Archivers of General Psychiatry*, vol. 64, No 3.
- BASOGLU, M. (2007c). Conference on psycho-social interventions in disasters. Københavns Universitet, 22. oktober.
- BASOGLU, M. SALSIOGLU, E., LIVANOU, M., KALENDER, D., ACAR, G. (2005a). Single-Session Behavioural Treatment of Earthquake-Related Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Waiting List Controlled Trial. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (1), February, 1-11.
- BASOGLU, M., LIVONAOU, M., CRONBARIC, C., FRANCISKOVIC, T., SULJIC, E., DURIC, D., & VRANESIC, M. (2005b). Psychiatric and cognitive effects of war in former Yugoslavia. Association of lack of redress for trauma and posttraumatic stress reactions. *The Journal of the American Medical Association*, 294, 5, 580-592.
- BASOGLU, M., LIVANOU, M., & SALCIOGLO, E. (2003). *A single session with an Earthquake Simulator for Traumatic Stress in Earthquake Survivors*. <http://ajp.psychiatryonline.org>.
- BASOGLU, M., MINEKA, M., PAKER, M., AKTER, T., LIVANOU, M., & GÖK, S. (1997). Psychological preparedness for trauma as a protective factor in survivors of torture. *Psychological Medicine*, 27, 1421-1433.
- BERLINER, P., & TORRES, A.-M. (2004). Organiseret vold mod fanger i fængsler i Honduras – en analyse af vidnesbyrd. *Psyke & Logos*, 25 (1), 125-142.
- BROWN, B., CRAWFORD, P., & HICKS, C. (2003). *Evidens-based Research – dilemmas and debates in health care*. Berkshire: Open University Press.
- BRUNER, J. S. (2004). *At fortælle historier i juraen, i litteraturen og i livet*. København: Forlaget Alinea.
- BRUNER, J. S. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- BURR, V. (1995). *Introduction to Social Constructionism*. London: Routledge.
- CIENFUEGOS & MONELLI (1983). The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53, 43-51.

- CLASSEN, C. C., PAIN, C., FIELD, N. P., & WOODS, P. (2006). Posttraumatic Personality Disorder: A reformulation of Complex posttraumatic stress disorder and Borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 29 (1), 87-112.
- CROSSLEY, M. L. (2000). *Introducing Narrative Psychology – self, trauma and the construction of meaning*. Open University Press: Buckingham, Philadelphia.
- DENBOUROGH, D. (2005a). Trauma, Witnessing and Action. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 3, (4), 72-76. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- DENBOROUGH, D. (2005c). A framework for receiving and documenting testimonies of trauma. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 3, 34-42. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- EPSTON, D., & WHITE, M. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W.W. Norton & Company. Pp. 1-217.
- FOA, E. B., KEANE, T., & FRIEDMAN, M. J. (2000). *Effective treatment for PTSD: Practice guidelines from international Society of Traumatic Stress Studies*. Guilford Press.
- HERMAN, J. L. (1997). *Trauma and Recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. New York. Basic Books.
- HERMAN, J. L. (1995). Complex PTSD – A syndrome of survivors of prolonged and repeated trauma. *Psychotraumatology – key papers and core concepts in post-traumatic stress*. New York: Plenum Press, pp. 87-100.
- HOUGAARD, E. (2004). *Psykoterapi – terapi og forskning*. Dansk Psykologisk Forlag.
- JAMES, W. (1892). *Psychology: Briefer Course*. London: Macmillan.
- MEARES, R. (2000). *Intimacy and alienation: memory, trauma and personal being*. London: Routledge, pp. 1-145.
- MEYERHOFF, B. (1980). *Number our days*. New York: Simon & Schuster.
- MITCHELL, S. (2005). Debriefing after traumatic situations – using narrative ideas in the Gaza Strip. *The international Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 3 (4), 23-27. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- MORGAN, A. (2005). *Narrative samtaler*. København: Hans Reitzels Forlag.
- NELSON, K. (1993). Explaining the Emergence of Autobiographical Memory in Early Childhood. In Collins, F. Alan, Gathercole, E. Susan, Conway, A. Martin, & E. Morris, *Theories of Memory* (pp. 355-385). Lawrence Erlbaum Associates Ltd. Publishers.
- NEUNER, F., SCHAUER, M., & ELBERT, T. (2005a). *Narrative exposure therapy: A short term intervention for traumatic stress disorder after war, terror or torture*. Cambridge: Hogrefe & Huber Publishers; 1-68.
- NEUNER, F., ONYUT, L., SCHAUER, E., ERLT, V., ODENWALD, M., SCHAUER, M., & ELBERT, T. (2005b). Narrative Exposure therapy as a treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: Two case reports and a pilot study in an African refugee settlement. *Biomedcentral Psychiatry*, 5.
- NEUNER, F., SCHAUER, M., KLASCHIK, C., KARUNAKARA, U., & ELBERT, T. (2004). A Comparison of Narrative Exposure Therapy, Supportive Counselling and Psychoeducation for Treating Posttraumatic Stress Disorder in an African Refugee Settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (4), 579-587.
- NEUNER, F., SCHAUER, M., ELBERT, T., & ROTH (2002). A narrative exposure treatment as intervention in a Macedonia refugee camp. A case report. *Journal of Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 30, 205-209.
- NICE (2005). Clinical Guideline 26 – posttraumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. The National Institute for Clinical Excellence. www.nice.org.uk (pr. august 2007).
- ROTHBAUM, B. O., & FOA, E. B. (1996). Cognitive-Behavioral Therapy for Post-traumatic Stress Disorder. In B. A. Van der Kolk, A. C. MacFarlane, & L. Weisaeth

- (Eds.), *Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*. New York: The Guilford Press.
- SILOVE, D. (1999). The Psychosocial Effects of Torture, Mass Human Rights Violations, and Refugee Trauma: Toward an Integrated Conceptual Framework. *Journal of Nervous Mental Disease*, 200-207.
- SPINNAZOLA, J., BLAUSTEIN, M., & VAN DER KOLK, B. A. (2005). Posttraumatic stress disorder treatment outcome research. The study of unrepresentative samples. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 425-436.
- TULVING, E. (1993). What is episodic memory? I *Current directions in Psychological Science*, 2, 67-70.
- VAN ETTEN, M. L., & TAYOR (1998). Comparative Efficacy of Treatments for Post-traumatic stress Disorder: A Metaanalysis. I *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5 (3), 126-144.
- VAN DER KOLK, B., & COURTOIS, C. (2005). Editorial Comments: Complex Developmental Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5), 385-388.
- VAN DER KOLK, B. A. (1996a). Trauma and Memory. In B. A. Van der Kolk, A. C. MacFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*. New York: The Guilford Press.
- WEINE, S. M., BECKER, D. F., MCGLASHAN, T. H., LAUB, D., LAZROVE, S., VOJVODA, D., & HYMAN, L. (1995). Psychiatric consequences of "ethnic cleansing": clinical assessments and trauma testimonies of newly settled Bosnian refugees. *American Journal of Psychiatry*, 152, 536-542.
- WESTEN, D. ET AL. (2004). The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials. *Psychological Bulletin*, 130 (4), 631-663.
- WILSON, J. P., FRIEDMAN MATTHEW J., & LINDY, JACOB D. (2001). *Treating psychological trauma and PTSD*. New York: The Guilford Press.
- WHITE, M. (2007). *At arbejde med traumer, 1-dags workshop for DISPUK*, Helsingør, 20. august.
- WHITE, M. (2006a). *Narrativ praksis*. København: Hans Reitzels Forlag.
- WHITE, M. (2006b). *Narrativ Teori*. København: Hans Reitzels Forlag.
- WHITE, M. (2005). Children, trauma and subordinate storyline development. *The International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 3 (4), 10-21. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- WHITE, M. (2004). Working with people who are suffering the consequences of multiple trauma: A narrative perspective. *The international Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 3, 4:1:2, 45-76. *Responding to trauma*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- WHO 2007: <http://www.who.int> (pr. december 2007).