

2 0 0 6

# Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger – veileder

Redigert av Solveig Dahl, Nora Sveaass og Sverre Varvin

Nasjonalt kunnskapssenter  
om vold og traumatisk stress a/s

[www.nkvts.no](http://www.nkvts.no)

# **Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger - veileder**

Redigert av

Solveig Dahl, Nora Sveaass og Sverre Varvin

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

2006

Omslag: KOBOLT

Trykk: Unipub AS

ISBN: 82-8122-005-8, 978-82-8122-005-8

# Innholdsfortegnelse

Innledning .....	5
Utredning og anamneseopptak.....	8
Nyttige spørsmål i tidlige møter med flyktninger henvist til behandling i det psykiatriske hjelpeapparat .....	23
Flyktningen i psykiatrisk/psykologisk behandling.....	30
Psykoterapeutisk arbeid med traumatiserte flyktninger .....	30
Medikamentell behandling for flyktninger med psykiske lidelser.....	36
Rehabilitering av flyktninger med kroniske lidelser .....	41
Gruppetilnærminger med traumatiserte flyktninger med fokus på kunst- og uttrykksterapi .....	45
Bruk av tolk i psykiatrisk og psykologisk behandling.....	57
Kulturelle aspekter ved sykdom og behandling.....	62
Reaksjoner hos terapeuter som har traumatiserte flyktninger i behandling .....	70
Spesielle temaer .....	72
Tortur.....	72
Vold fra flyktninger – forebygging i et makt-avmakts-perspektiv .....	77
Kvinnelig omskjæring – en utfordring for helsetjenesten .....	84
Anbefalt litteratur .....	90



# Innledning

## Hvorfor veileder?

Samtidig som antall mennesker med fluktbakgrunn øker i Norge, møter både den somatiske og psykiatriske helsetjeneste flere pasienter med en slik bakgrunn. Parallelt med dette øker også behovet for å vite mer. Det som virker fremmed og ukjent, kan skape både usikkerhet og interesse. Psykososialt senter for flyktninger ved Universitetet i Oslo erfarte i mange år at fagfolk ved spesialisttjenestene i psykisk helsevern ga uttrykk for begge deler. *Målgruppen for denne veilederen er ansatte i psykisk helsevern og vil nok først og fremst være aktuell for de distriktpspsykiatriske sentra.* Vi håper den både vil redusere usikkerheten og stimulere interessen og ønsket om å lære mer.

En helhetlig framstilling av organisering og ansvarsforhold vedrørende helsetilbud til flyktninger og asylsøkere finnes nå i en publikasjon fra Sosial- og helsedirektoratet, "Helsetilbudet til flyktninger og asylsøkere", se litteraturreferanser.

Denne veilederen ble opprinnelig skrevet av medarbeidere og samarbeidspartnere ved Psykososialt senter for flyktninger. Denne nye og reviderte utgaven er utarbeidet ved Seksjon for flyktninghelse og tvungen migrasjon ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), med dr. med. Solveig Dahl som koordinator av redaksjonskomiteen. Kunnskapen som presenteres er basert på erfaringer gjennom 15 års klinisk arbeid og forskning ved Psykososialt senter for flyktninger ved Universitetet i Oslo og annen tilgjengelig forskning og publikasjoner. I denne innledningen vil vi kort redegjøre for hovedtrekkene i veilederens innhold.

## Flyktingen som pasient i det psykiske helsevern:

Mennesker som lever i ufrivillig eksil med en historie som handler om forfølgelse, ekstreme påkjenninger, tvungen migrasjon og store tap, har større risiko enn andre for å få psykiske vansker. Om de blir henvist til psykisk helsevern vil være avhengig av hvordan disse vanskene kommuniseres og hvordan de blir forstått, både av dem selv, deres nærmeste og det offentlige hjelpeapparatet. Utfordringen i møtet mellom flyktingen og det psykiatriske hjelpeapparatet dreier seg ikke om raskest mulig å stille en diagnose. Det handler om å etterstrebe en dialog som gjør det mulig å forstå det særegne ved disse pasientenes bekymring/lidelse, hva slags symptomer det eventuelt dreier seg om og hva

disse kan være et uttrykk for. En avgjørende forutsetning for en slik dialog er at flyktningen skal kunne formidle seg fritt, og at behandleren forstår best mulig. Svært ofte vil dette innebære samarbeid med tolk. En annen forutsetning er at det legges til rette for størst mulig trygghet i møte med poliklinikken. Det er dette Sverre Varvins kapittel om **utredning og anamneseopptak** handler om. Her går han inn i hva som blir det flyktningsspesifikke både i møtet, i anamnesen og i diagnostikken. Kirsti Jareg og Nora Sveaass' kapittel om **nyttige spørsmål** inneholder konkrete eksempler på hvordan det kan være nyttig å stille spørsmål i de første møter med pasientene.

Under overskriften **Behandling** presenteres følgende syv temaer:

- psykoterapeutisk arbeid
- medikamentell behandling
- rehabilitering
- gruppebehandling
- bruk av tolk
- kulturelle aspekter ved sykdom og behandling
- reaksjoner som behandler vil kunne oppleve i møte med traumatiserte pasienter

I Solveig Dahls kapittel om **psykoterapeutisk tilnærming** viser hun hvor viktig det er å starte med det som blir presentert som plager eller bekymring. Det handler om å være fleksibel, det handler om vektlegging på trygghet og å vite når og hvordan en eventuell rekonstruksjon av traumatiske hendelser er aktuell.

I kapitlet om **medikamentell behandling** peker Marianne Jakobsen på hvordan en rekke forhold påvirker medikamentell behandling av psykiske lidelser hos flyktninger. Det er forhold som tillit til behandler, synet på behandling, erfaring med og oppfatning av bruk av medikamenter. Hun minner om at pasienten også kan ha hatt erfaring med medikamentell tortur. Dette kapitlet inneholder en gjennomgang av de medikamenter som har vist seg å være mest nyttige i behandling av traumatiserte flyktninger.

Edvard Hauff og Solveig Dahl minner i sitt kapittel om **rehabilitering av flyktninger med kroniske lidelser** om at en rekke tiltak trengs for å bedre funksjonen hos en del flyktningpasienter med kroniske lidelser, det være seg PTSD-pasienter med sammensatt problematikk slik som torturofre, traumatiserte pasienter med psykotiske lidelser og schizofrene pasienter. I dette kapitlet argumenterer forfatterne for at disse tiltakene

primært bør koordineres fra de distriktpspsykiatriske sentrene. I kapitlet om **gruppebehandling av traumatiserte flyktninger** viser Melinda Meyer hvordan en slik tilnærming kan bidra til at traumatiserte pasienter kan komme ut av isolasjonen og igjen knytte bånd til andre mennesker. Hun understreker at denne behandlingen lett kan kombineres med andre behandlingstiltak.

Ingen kan behandle flyktninger og innvandrere uten å kunne bruke tolk på en profesjonell måte. I kapitlet om **bruk av tolk i psykiatrisk og psykologisk behandling** forteller Zarin Pettersen og Kirsti Jareg oss hva vi kan forvente av tolken, om tolkereglene og hva som forventes av behandler i et slikt samarbeid.

I møte med poliklinikkene har vi som veiledere og behandlere gang på gang erfart at forestillinger om kultur kan hindre gode medarbeidere i å bruke sin profesjonelle kunnskap.

I kapitlet **kulturelle aspekter ved sykdom og behandling** reflekterer Toril Storholt rundt hva kultur dreier seg om i en behandlingssammenheng, om kultursensitivitet og hva som er viktig for behandlere å vite i møte med pasienter.

Når vi har valgt å skrive om **reaksjoner hos terapeuter** i forbindelse med behandlingsskapitlet er det for at ingen skal lese om behandling uten å bli minnet om at møtet med traumatiserte flyktninger og deres virkelighet, kan gi overraskende reaksjoner som det er viktig for et behandlingsmiljø å forstå og møte.

Under Særskilte temaer har vi valgt å føye til noen kapitler som inneholder informasjon som kan være nyttig i kontakt med flyktninger. Vi har inkludert et kapittel med mer detaljert kunnskap om **torturmetoder** skrevet av Kirsti Jareg og Sverre Varvin. En slik oversikt kan være viktig bakgrunnsinformasjon i møte med mennesker som har vært utsatt for tortur. Vi har også valgt å inkludere en artikkel om **kvinnelig omskjæring** av lege Berit Austveg, seniorrådgiver i Statens helsetilsyn. **Vold utøvet av flyktninger** er skrevet av psykolog Kirsti Jareg, tidligere medarbeider ved Alternativ til vold og Psykososialt senter for flyktninger.

Etter hvert kapittel vises det til litteratur som har direkte tilknytning til kapitlet. En mer utfyllende liste over relevant litteratur finnes på slutten av veilederen.

Elektronisk versjon av veilederen kan lastes ned fra:

[www.nkvts.no/Bibliotek/Publikasjoner/Publikasjonsliste.htm](http://www.nkvts.no/Bibliotek/Publikasjoner/Publikasjonsliste.htm).



# Utredning og anamneseopptak

Sverre Varvin

## Innledning

Møtet med flyktningpasienten innebærer nye utfordringer for den psykiatriske helsearbeider. Det er imidlertid viktig å fastholde de generelle prinsipper for psykiatrisk undersøkelse og behandling som utgangspunkt. Forhold omkring alvorlig traumatisering og kultur kan gjøre at møtet oppleves som annerledes og fremmed. Vi vil likevel hevde at likheten med andre pasientgrupper er større enn forskjellene, og at det er viktig at man bruker sin generelle psykiatriske kompetanse på vanlig måte. Vi vil i det følgende gi en kort bakgrunn for å forstå flyktningpasienten og legge fram noen prinsipper for undersøkelsen og evalueringen:

Det er tre forhold som i særlig grad preger flyktningpasientene:

- At de har vært utsatt for **krenkelser av menneskeverd og selvfølelse**. Dette medfører stor sårbarhet og også oppmerksomhet på forhold ved undersøkelsessituasjon som kan virke krenkende.
- At de som regel har gjennomlevd **multiple tap**. Det kan dreie seg om tap av de nærmeste under voldelige omstendigheter, men også tap som følger av traumatisering og flukt, for eksempel tap av verdighet, psykiske og fysiske evner, tid som skulle vært brukt til utvikling og realisering av livsmål - dvs. tap av framtidsmuligheter, samt tap av den familiære og kulturelle sammenheng man har vært en del av.
- At de har gjennomlevd **store belastninger, men likevel har klart seg**. Dette betyr at de har mange ressurser og evner som det er viktig å fokusere på i arbeidet med å skape helsefremmende prosesser i flyktingens liv.

Flyktinger som henvender seg til helsetjenesten kan ha alle typer psykiatriske lidelser. For mange har imidlertid ekstreme påkjenninger som langvarige fengselsopphold under umenneskelige forhold, tortur og krig ofte vært sentrale erfaringer. Mange vil klare seg gjennom slike påkjenninger uten psykisk lidelse som følge eller bare oppleve kortvarige psykiske kriser som krever behandling. Psykiatrien vil imidlertid i økende grad møte

pasienter med flyktningbakgrunn der belastninger de har hatt før og etter at de kom til Norge vil være en vesentlig bakgrunn for deres psykiske plager. Generelt gjelder det at de som har vært utsatt for tortur ofte vil ha senvirkninger. Tortur er en alvorlig hendelse i en persons liv og innebærer forsettlig, systematisk og hensynsløs påføring av lidelse fra personer som handler på egenhånd eller etter ordre fra myndigheter med den hensikt å tvinge en annen person til å gi opplysninger, avlegge tilståelser, svekke en persons integritet og å spre frykt i gruppen personen tilhører. Systematisk voldtekt brukes for å svekke den enkelte og gruppen. Krig, konsentrasjonsleirer og fengsling under umenneskelige forhold innebærer ofte tortur og annen nedverdiggende behandling.

Slike ekstreme påkjenninger kan medføre belastninger som kan gi både psykiske og fysiske traumer. Traumene kan gi alvorlige og langvarige følgetilstander som påvirker følelseslivet og personligheten med svært plagsomme psykiske og kroppslige symptomer. Som regel vil de psykiske plagene være mest invalidiserende. Disse kan vise seg ved en rekke symptomer som mistillit, mistenksomhet, gjenopplevelser, søvnevansker og lav stresstoleranse. Hukommelsesproblemer og konsentrasjons- og lærevansker sees ofte. Personer med ekstreme traumeerfaringer vil også kunne ha vansker med å finne støtte og emosjonell næring i relasjoner.

Den traumatiserte flyktning kan ha opplevd mange tap, ofte uten at betingelsene har vært tilstede for en god sorgprosess. Man vil derfor se forsinkete, avbrutte eller patologiske sorgreaksjoner som kan gi langvarige depressive tilstander. Det å komme i gang med sorgarbeid kan derfor være en viktig del av tilpasningen i eksil.

Man ser imidlertid ofte at flyktningen kan klare seg gjennom den vanskelige eksilprosessen hvis han/hun får adekvat støtte og hjelp og ikke minst får anledning til selvbestemmelse og til å bruke egne resurser.

## **Den psykiatriske helsearbeider i møte med flyktningpasienten**

### **Generelt**

Behandleren må spesielt være oppmerksom når pasienten er flyktning eller asylsøker fra konfliktområder. Ved tilretteleggingen av undersøkelsen og behandlingssituasjonen bør følgende forhold vektlegges:

Det må settes av god tid til førstegangsundersøkelsen. Da den traumatiserte pasient har vanskeligheter med tillit bør det alliansebyggende arbeid ha prioritet.

Ofte vil det være behov for tolk. Det er viktig at tolken oversetter alt som sies og overholder regler og etiske retningslinjer for tolker. Det vises til "Retningslinjer for bruk av tolk" i psykososialt arbeid.

Behandling og sosial oppfølging av pasienten vil ofte kreve flere samarbeidspartnere. Det er viktig at disse (for eksempel helsesøster, konsulent ved sosialkontor, fastlege) blir involvert så tidlig som mulig for å sikre at arbeidet blir godt koordinert helt fra begynnelsen. Behandleren bør vektlegge åpenhet og empati overfor pasientens vanskelige situasjon og de umenneskelige traumer torturoverleveren har vært utsatt for. Man bør være varsom når man spør pasienten om traumatiske opplevelser. La pasienten ha full kontroll og vis takt, følsomhet og høflighet. Husk at den sentrale ettervirkning av slike traumer er tap av tillit. Man kan si at den manglende tillitt er en sentral del av traumet som viser seg gjennom den måten pasienten er på i forhold til behandleren. Det tillitskapende arbeid er derfor en sentral del av all traumebehandling og er spesielt i begynnelsen viktigere enn å få vite alle detaljer. Vær tydelig og gi fortløpende informasjon om alt som skjer/skal skje. Det er viktig å være oppmerksom på at overgrep og belastninger kan oppleves forskjellig for menn og kvinner. Dette gjelder særlig seksuelle overgrep. Ofte vil det være svært vanskelig å fortelle om dette til personer av det annet kjønn.

### **Pasientens bakgrunn og sykehistorie**

Behandleren bør følge vanlig rutine og ta opp alminnelig anamnese. Det er viktig å få opplysninger om pasientens utvikling: personligheten før traumer og tidligere belastninger. Kunnskap om ressurser og evner og om viktige relasjoner tidligere i livet, er sentralt for behandlingen. Behandler bør på en skånsom måte forsøke å få så god oversikt som mulig over traumatiske påkjenninger.

Mange av plagene kan være relatert til brudd på menneskerettigheter. Derfor er det viktig at disse så langt det er mulig blir kartlagt i et anamneseopptak. Flyktninger kan ha opplevd ulike former for brudd på menneskerettigheter og overgrep både *i hjemlandet, under flukt* og *i eksil*. Karakteren av disse overgrepene varierer ofte ut fra hvilket kjønn flyktningen har. Kjønnbestemte overgrep er ofte forbundet med skam og vil da være vanskelig å snakke om. Det kan derfor være nyttig at behandleren vet om variasjonene i de vanlige formene for overgrep kvinner og menn kan utsettes for. Forskning viser for eksempel at kvinner som har hatt en lang fluktrute, og da særlig kvinner som har reist alene, har en økt risiko for å bli utsatt for seksualisert vold. En del flyktningleire er beryktet for dårlige forhold med svært mye vold.

I det følgende blir det kort referert til type av erfaringer, hendelser og påkjenninger som en skal være oppmerksom på i samtaler med flyktningpasienten. Vi har valgt å beskrive disse påkjenningene i forhold til kjønn.

### **Brudd på menneskerettigheter i hjemlandet**

For begge kjønn vil atskillelse fra nær familie, drap og henrettelser av familiemedlemmer og venner, samt drap av fremmede og krigshandlinger mot sivile være mulige og voldsomme belastninger.

**Menn:** Menn blir utsatt for vold og tortur i forbindelse med avhør og fengsling. Massakre og internering av menn i mobiliseringsalder, som kan være potensielle soldater, gjennomføres ofte i konfliktområder. Mange opplever også overgrep knyttet til tvangsmobilisering, aktiv krigstjeneste og krigsfangenskap. I det sivile liv utsettes menn for overgrep knyttet til krigshandlinger rettet mot sivile, mishandling i barnealder, eller at de blir straffet fordi de er i familie med en som er forfulgt.

**Kvinner:** Kvinner opplever flest overgrep i den sivile rollen. Dette kan dreie seg om barnemishandling, tidlig tvangsgifte fra tolv år og oppover, samt tvangsgifte i voksen alder. Andre former for vold er mishandling og voldtekt innenfor ekteskap og familie. En del har både fysiske og psykiske reaksjoner etter omskjæring. Kvinner kan også være utsatt for berøvelse av fundamentale rettigheter som fri bevegelse, arbeid, medisinsk hjelp og lignende. Kvinner er spesielt utsatt under krigshandlinger rettet mot sivile. Dette kan dreie seg om systematiske voldtekter og overgrep fra soldater, paramilitære og politi. Kvinner blir også utsatt for straffereaksjoner på grunn av deres relasjon til en far, bror eller sønn som er politisk aktiv. Kvinner utsettes også for overgrep i forbindelse med avhør, arrestasjoner og tortur. Overgrepene er ofte seksualiserte.

### **Brudd på menneskerettigheter under flukt**

**Menn:** Menn kan oppleve arrestasjoner og kontroller underveis. Uledsagede mindreårige gutter kan bli utsatt for seksuelle overgrep fra hjelpepersonell, offentlige personer og andre flyktinger i og utenfor flyktingleire.

**Kvinner:** Enslige kvinner, jentebarn og enslige kvinnelige familieoverhoder med barn er spesielt utsatt for seksuelle overgrep, mishandling og kidnapping til prostitusjon. De kan bli utsatt for dette fra politi, soldater, paramilitære og kriminelle. I tillegg kan overgrep utføres av øvrighetspersoner og ansatte i hjelpeorganisasjoner, samt fra andre flyktinger utenfor og i flyktingleire under høykommissærens beskyttelse.

## **Brudd på menneskerettigheter i eksil**

**Menn:** Mindreårige gutter kan være utsatt spesielt hvis de ikke har gode relasjoner til trygge voksne. Den lange ventingen og usikkerheten kan gjøre at de søker kontakt med utrygge voksne. Det har vært tilfeller der de har blitt utsatt for mishandling eller seksuelle overgrep i mottak eller i fosterhjem.

**Kvinner:** Kvinner uten mannlig beskytter er spesielt utsatt for seksuelle overgrep i asylmottak fra andre flyktninger, mottakspersonell eller eventuelt andre hjelpere. Det samme gjelder jentebarn som bor i asylmottak eller i fosterhjem. Mishandling i familien kan debutere eller forsterkes i eksilsituasjonen. Det forekommer også tvangsgifte og omskjæring av jenter som bor i Norge, hvor disse blir sendt til hjemlandet for å få dette utført mot deres egen vilje. Dette er forbudt etter norsk lov.

## **Problemer knyttet til eksil**

### ***Asylsøkerfasen:***

Forventningene er ofte store når flyktingen ankommer, og skuffelsene, spesielt i asylsøkerfasen, kan bli svært tunge å bære.

*Ventetidens usikkerhet* om status (akseptert som flykting, opphold på humanitært grunnlag, hjemsendelse) kan føre til depresjon, angst og mangel på affektkontroll med aggressive utbrudd. Dette kan bli spesielt vanskelig når flyktingen i tillegg har posttraumatiske plager.

*Egenomsorg* kan svikte: Søvn og skikkelig matinntak forstyrres. Stell og ivaretagelse av kroppen blir mangelfull. Dette kan gi seg utslag i eksessiv røyking. Aktiv tilbaketrekking fører til ensomhet og isolasjon.

*Familien* kan være en av de viktigste ressurser for flyktingen og kan gi hjelp og støtte til den enkelte i vanskelige perioder. Man ser imidlertid også svikt i omsorgen familiemedlemmer er i stand til å yte hverandre. Spenninger og konflikter som har ligget latente kan bli overfokusert.

Relasjon til *familie og venner i hjemlandet*: usikkerhet om deres skjebne medfører angst, bekymringer og skyldfølelse.

## ***Eksilfasen:***

*Kultursjokk:* Både asylsøkerfasen og eksilfasen innebærer vanskeligheter med å orientere seg og forstå kulturens forskjellige uttrykk. Normer og regler er forskjellige og kan fortone seg som fremmede og uforståelige. Spesielt representerer kvinne- og mannsroller, slik de framstilles i reklame og media, en utfordring for mange. Nordmenn oppleves ofte som distanserte og vanskelig å komme i kontakt med.

*Språk:* Læringsevnen affiseres av posttraumatiske plager. Ofte kreves spesielle opplæringsprogrammer for flyktninger med psykiske vansker.

*Identitet:* Det å leve i en fremmed kultur innebærer at vante forestillinger om en selv blir satt på prøve. Dette er bl.a. resultat av at man blir oppfattet på en annen måte enn det man er vant til. Man forandrer synet på seg selv, og ofte skjer det en nyorientering når det gjelder verdier. Følgende dilemmaer og konflikter er viktige:

Nærhet – avstand: Det er ofte store kulturelle forskjeller i omgangsformer i nære og sosiale relasjoner.

Følelser: Det er forskjeller i hvordan man uttrykker følelser og hvilke følelser man kan vise i forskjellige sammenhenger.

Autonomi – tilhørighet: Det er forskjeller i verdien av nære familierelasjoner vs. det å være selvstendig/autonom.

Eksildilemmaet: Identifikasjon med den nye kulturen kan oppleves som å forråde sin opprinnelse.

*Kontakt med hjemlandet:* Bekymring for slekt og venner er et kontinuerlig problem for den som er i eksil. Dårlige nyheter fra hjemlandet blir ofte et komplisert område (mangelfulle opplysninger, tilbakeholdte opplysninger). Mange opplever store vansker med å fortelle de der hjemme hvor vanskelig man har det i eksil. Press på å sende penger hjem kan bli et stort problem.

*Økonomi - bolig:* Mange føler et stort statusfall ved å være sosialklient. Dårlig økonomi, dårlig boligstandard, trangboddhet og hyppige flyttinger kan dominere hverdagen i lang tid. Forbud mot parabolantenne i borettslag kan hindre en i å holde kontakt med hjemlandets kultur og politikk.

*Relasjon til nordmenn:* Hverdagsrasisme, åpen rasisme, moralisme, urimelig krav, bli definert ut fra nordmenns fordommer og stereotypier (kriminell, snylter etc.), angst for "de fremmede", projeksjon av hat, sinne og dårlige egenskaper.

## **Spesielle forhold ved somatisk undersøkelse av pasienter som har vært utsatt for menneskerettighetsbrudd**

Pasienter som har vært utsatt for tortur og annen dehumaniserende behandling kan reagere og få angst i en somatisk undersøkelsessituasjon. I en del tilfeller har helsepersonell, for eksempel leger, deltatt i torturen. Det er derfor viktig å være varsom ved undersøkelsen og forklare nøye hva som skal skje, hvilke instrumenter som skal brukes og hvorfor. Noen instrumenter kan være spesielt skremmende, for eksempel EKG, EEG, skarpe instrumenter og lignende.

Ved undersøkelsen er det viktig å se etter og beskrive fysiske følgetilstander etter tortur og annen fysisk mishandling. Se etter arr og underhudsforandringer (fotsålen blir ofte utsatt for slag), forandringer i munnhule inklusive tenner, nedsatt førlighet og bevegelighet (for eksempel skader etter opphenging, etc.), nedsatt sensibilitet, nedsatt syn og hørsel, skader i underlivsregionen og forstyrrelser i naturlige funksjoner.

Det er utviklet flere veiledere når det gjelder undersøkelser av pasienter som har vært utsatt for alvorlige menneskerettighetsbrudd (se United Nation 1999, Legeforeningens menneskerettsutvalg 2005 og Medical Foundation for the Care of Victims of Torture 2000)

## **Psykiske lidelser hos flyktninger**

Den forskning vi har viser at flyktninger har mer psykiske plager sammenlignet med ikke-flyktninger (Porter & Haslam 2001), at de har økt risiko for utvikling av psykiske plager som følge av det å være flyktninger (Keyes 2000) og at det generelt er høy frekvens av psykiske plager hos flyktninger (Eitinger 1959; Hauff & Vaglum 1994; Hauff & Vaglum 1995; Kivling-Bodén & Sundbom 2001; Lie 2002; Westermeyer, Neider, & Callies 1989).

Den indre spenning og angst representerer imidlertid en økt sårbarhet hvis forholdene blir for vanskelige, for eksempel hvis vedkommende blir utsatt for nye traumer. Vanlige, men stressende livshendelser (tap, overgangsfaser (Rack 1987)) kan oppleves som svært belastende og i noen tilfeller føre til sosial funksjonssvikt og/eller psykisk lidelse.

Oppsummerende kan man si:

- Flyktninger har en økt risiko for å få psykiske lidelser. Det gjelder særlig posttraumatiske symptomer, depresjoner og somatisering. Det er imidlertid store variasjoner og mange som har opplevd store belastninger klarer seg likevel bra (Lavik 1999).
- Symptomer og plager skyldes i stor grad de belastninger de har vært utsatt for som følge av forfølgelse og vold og at det er en sammenheng mellom belastninger (grad av stress) og omfanget av symptombelastning. Også her er det store individuelle variasjoner (Lavik, 1999).
- Eksiltilværelsen kan gi økt stress og belastninger som kan utløse eller forverre psykisk lidelse. Spesielt for traumatiserte kan eksiltilværelsen gi store tilleggsbelastninger som kan gi psykisk lidelse (Keilson & Sarpathie 1979).

Vi vil imidlertid understreke at flyktninger som oppsøker helsevesenet kan ha alle slags psykiske lidelser. Ofte vil psykiske lidelser relatert til traumatisering, flukt og eksil dominere. Andre psykiske lidelser vil kunne bli formet av at personen lever i eksil, for eksempel kan manglende sosial støtte føre til at plagene erfarer som mer uutholdelige. Gjennomgått traumatisering kan dessuten sette sitt preg på utformingen av den enkelte psykiske lidelse. Posttraumatiske tilstander kan eksistere side om side med andre psykiske lidelser og/eller hjerneorganiske tilstander. Klinikeren vil derfor kunne møte vanskelige diagnostiske og differensialdiagnostiske problemer.

Det første som må gjøres er å vurdere hvorvidt personens plager og lidelser er innenfor normalområdet av det som kan forventes gitt de belastninger vedkommende har vært igjennom. Er dette en relativt kortvarig psykisk reaksjon på store belastninger, en psykisk lidelse under utvikling eller en etablert psykisk lidelse? Selv om man nødvendigvis vil bruke psykiatriske diagnoser på reaksjoner på uakseptable ytre omstendigheter er det på den andre siden svært viktig at en pasients psykiske lidelse blir korrekt diagnostisert for at adekvat behandling kan igangsettes. I det følgende vil vi derfor gjennomgå de vanlige psykiske lidelser og reaksjoner hos flyktningspasienten og diskutere diagnostiske og differensialdiagnostiske problemstillinger.

Den viktigste effekt av ekstrem traumatisering (tortur og annen nedverdiggende behandling) er nedbrytning av det psykiske forsvaret og en sterk følelse av mangel på kontroll. En grunnleggende ettervirkning er opplevelsen av å bli overlatt til seg selv og sviktet. Det brukes mange forskjellige metoder under tortur og mishandling, og tendensen er at det



brukes metoder som ikke etterlater fysiske spor. Vanlige påkjenninger den mishandlede kan ha vært utsatt for er: langvarig isolasjon, fingerte henrettelser, ydmykende behandling, voldtekt og annen seksuell mishandling (både kvinner og menn), slag, spark, opphengning, nesten-drukning etc. (se Tortur, side 72). Både flukt- og eksiltilværelsen kan, som nevnt tidligere, medføre både traumatisering og forverring av symptomer og plager.

Generelt rådes det til at behandleren spør forsiktig om hva pasienten har vært utsatt for, og passer på at pasienten får ha kontroll over hva og hvor mye som fortelles.

## Posttraumatiske reaksjoner

### *Posttraumatisk stressforstyrrelse:*

Dette er den vanligste tilstanden etter voldsomme påkjenninger og overgrep, men ikke den eneste diagnosen som kan gis etter alvorlig traumatisering.

- A. Personen må ha erfart noe som er utenfor det vanlige og som vil være sterkt forstyrrende eller smertelig for nesten alle mennesker, for eksempel en alvorlig trussel mot eget liv eller fysiske integritet; alvorlig skade på ens barn, ektefelle eller nære venner, ødeleggelse av ens hjem eller lokalsamfunn eller å se en som har blitt alvorlig skadet eller drept som resultat av ulykke eller fysisk vold.
- B. Den traumatiske tilstanden blir vedvarende gjenopplevd på en av følgende måter: gjentagne invaderende minner om hendelsen (for barn: repetitiv lek med relasjon til traumet), gjentagne drømmer om hendelsen (mareritt), plutselig følelse av at det gjentar seg (hallusinasjoner, illusjoner, flashbacks etc.) eller intenst psykisk ubehag når man er utsatt for noe som kan symbolisere den traumatiske hendelsen. Hos barn kan repetitiv lek forekomme der temaer eller sider ved traumeopplevelsen uttrykkes.
- C. Vedvarende unngåelse av stimuli som er forbundet med den traumatiske hendelse. Det kan dreie seg om å unngå tanker, følelser og aktiviteter som blir forbundet med hendelsen, noe som kan føre til minsket interesse i omgivelsene, en innskrenking i følelseslivet, en tilbaketrekking fra andre og i siste omgang en følelse av det er lite å vente seg av framtiden, at den virker forkortet.
- D. Vedvarende symptomer på økt irritabilitet og skvettenhet. Dette kan vise seg i søvnvansker, spesielle vanskeligheter med å falle i søvn, irritabilitet med sinneutbrudd, konsentrasjonsvansker, skvettenhet og økte fysiologiske reaksjoner

(hjertebank, svetting, skjelving etc.) i situasjoner som kan minne om den traumatiske.

PTSD-symptomer utløses ofte av triggere, dvs. ting og hendelser i omgivelsene, eller tanker og følelser som kan ha direkte eller symbolsk relasjon til traumatiske erfaringer. Ofte vil ikke pasienten selv se sammenheng mellom trigger og symptomer. En kilde til feildiagnose er klinikerens manglende sensitivitet for slike sammenhenger. Det kan være en utfordring for klinikerens å finne sammenhengen mellom pasientens traumatiske erfaringer og den aktuelle livssituasjon.

PTSD kan bli kronisk og kan ofte forekomme sammen med andre tilstander.

*Somatiseringsforstyrrelser.* Spesielt smertetilstander er hyppige. Man antar at smerter kan være fysisk uttrykk for psykisk lidelse. Det er viktig å vite at smerter hos traumatiserte også kan være forårsaket av fysisk mishandling. Spesielt tortur kan gi vevskader som er vanskelig å diagnostisere.

*Depresjon.* Kan være vanskelig å skille fra den generelle følelseshemming man kan se ved PTSD. Vanlige symptomer er tap av interesse for omverdenen, irritabilitet, manglende appetitt, søvnvansker, manglende energi og konsentrasjonsvansker. Håpløshet og følelse av en forkortet framtid ses hyppig ved posttraumatiske depresjoner. Depresjon er hyppig forekommende og har kompleks psykobiologisk bakgrunn. Ubearbeidet sorg kan være en viktig faktor.

*Dissosiative tilstander.*

Dette er en egen diagnostisk kategori, men dissosiasjon forekommer også ved andre tilstander, for eksempel ved PTSD og psykoselignende tilstander. Dissosiasjon er betegnelsen på en mental operasjon der persepsjoner eller minner som truer den mentale balanse blir holdt borte fra bevisstheten. Mens et traume pågår kan man beskytte bevisstheten ved å fjerne seg fra situasjonen og suggerere seg selv til å "komme ut av den smertefulle opplevelsen". Mange traumatiserte har opplevd at de har kunnet "flykte ut av kroppen" og se seg selv ovenfra og på den måten unngå i alle fall noe av smerteopplevelsen. Dissosiasjon forekommer også "i kroppen", ved smertetilstander og forandrete kroppsopplevelser.

Dissosiasjon er videre en hyppig måte å forsvare seg på i den *posttraumatiske fase*. Minner om den traumatiske hendelse kan bli aktivert av indre eller ytre stimuli, og man kan da forsvare seg ved å skille disse minnene fra den sentrale bevissthet. Man er klar over

dem, men de blir ikke mulig å tenke over eller bearbeide. Derfor vil de komme tilbake igjen og igjen som de samme eller lignende bilder med et skremmende traumatisk innhold.

Traumatiske erfaringer kan således bli organisert i en atskilt del av psyken, og bare bli aktivert når personen blir oppmerksom på noe som minner om de opprinnelige traumene. Mens evnen til å dissosiere kan være en positiv mestring under den traumatiske erfaring, vil senere tendens til å dissosiere motvirke psykens integrerende funksjon og således virke mot helbredende prosesser. Det er vist at sterk tendens til dissosiasjon under traumatiske opplevelser kan gi dårligere prognose da denne tendensen fortsetter i den posttraumatiske fase.

Dissosiasjon kan ta mange former og uttrykk alt etter hvordan minnene blir representert; kroppslige smerter, markert skifte i atferd, sterke synsinntrykk, lukter mm. Det følgende er hovedformene:

- Dissosiativ amnesi: sentrale deler av ens historie er glemt.
- Dissosiativ fuge: karakterisert ved at personen plutselig drar av gårde og kan bli borte i lengre tid uten å kunne huske hvor vedkommende har vært. Dette er ofte forbundet med forstyrrelser i identitetsfølelsen eller med antagelse av en ny identitet.
- Dissosiativ identitetsforstyrrelse: denne tilstanden er karakterisert ved eksistensen av flere "personligheter" i samme person og er sjelden sett hos flyktninger.
- Uspesifiserte dissosiative tilstander med symptomer fra flere av tilstandene nevnt ovenfor.

*Rusmisbruk.* Det er ikke uvanlig at traumatiserte forsøker å behandle seg selv ved å dempe psykiske og fysiske smerter med alkohol eller stoffer som cannabis, opium, heroin og lignende.

*Psykose.* Flyktninger kan selvsagt også ha de vanligste psykosene; schizofreni, manisk-depressiv sinnslidelse etc. Ofte kan det være vanskelig å skille egentlige psykoser fra psykoselignende symptomer som man kan se ved posttraumatiske tilstander. Pasienter kan ha hallusinasjoner der de ser truende personer eller situasjoner eller der de ser folk de har kjent som er døde. I det første tilfelle kan det dreie seg om en reaktiv dissosiativ tilstand der flashbacks presenteres som hallusinasjoner. I det andre tilfelle kan hallusinasjoner være en del av bildet ved en ubearbeidet komplisert sorgreaksjon.

*Hjerneorganiske forandringer:* Alvorlig traumatisering kan gi organiske og funksjonelle forstyrrelser i hjernen. Det er bl.a. vist at hippocampus, som er viktig for hukommelsen, kan ha mindre volum enn normalt. Disse forandringer kan føre til vanskeligheter med kognitive funksjoner; persepsjon, oppmerksomhet, hukommelse, noe som kan gjøre det vanskelig å orientere seg. Det kan også være hjerneorganiske forandringer som kan skyldes fødselsskader, underernæring/feilernæring i flyktningleirer eller fangeleirer, infeksjoner eller hodetraumer. Det vil derfor alltid være viktig å henvise pasienter der det er mistanke om nedsatt cerebral funksjon til nevrologiske undersøkelser (CT, PETscan etc.) og evt. nevropsykologisk undersøkelse.

*Personlighetsforandringer:* Det å ha levd i lengre tid i aggressive, voldelige og uforutsigbare miljøer kan være spesielt nedbrytende og lede til varige personlighetsforandringer. Dette fikk plass i det offisielle diagnosesystem under betegnelsen:

”Personlighetsforandringer etter ekstreme hendelser”. Følgende trekk karakteriserer denne tilstanden:

- a. en fiendtlig holdning preget av mistillit
- b. sosial tilbaketrekking
- c. følelse av tomhet og håpløshet
- d. en kronisk følelse av å måtte være på vakt, som om man hele tiden er truet
- e. fremmedgjorthetsfølelse.

(World Health Organisation, 1999).

Dette er en smertefull tilstand preget av isolasjon, depresjon og håpløshet. Det er en beskrivelse av mennesker som kun kan leve på ”randen av” sosiale fellesskap uten nære kontakter og med liten evne til glede. Det dreier seg om mennesker som har fått skadet evnen til å mestre egne vanskelige følelser, som har liten mulighet til få hjelp i nære relasjoner og som kan klare seg dårlig sammen med andre.

Klinikere vil møte pasienter med kompliserte tilstander, noe som stiller spesielle diagnostiske utfordringer og der det er viktig med en grundig kartlegging. Det kan dreie seg om kronisk traumatiserte torturofre med kronisk PTSD, PTSD med personlighetsforandring, PTSD med komorbide psykotiske trekk og PTSD med hjerneorganiske forandringer.

Judith Herman har foreslått å samle disse tilstandene med flere diagnoser under betegnelsene "kompleks PTSD". Følgende symptomer er inkludert: PTSD symptomer, dissosiering, somatisering, affektinstabilitet, patologiske forandringer i relasjoner til andre, identitetsforandringer, selvskadende og suicidal atferd og tendens til "reviktimisering", dvs. å på ny bli offer for ulykker, overfall eller lignende (Herman 1992). Hermans kategori er ikke innarbeidet i diagnoselister, men kan være en god veileder for klinikerer ved komplekse og vanskelige tilstander.

En spesiell utfordring er pasienter som presenterer en utpreget mistenksomhet, ofte med klare paranoide trekk. Her må man huske på følgende: mange har levd og overlevd i miljøer som har vært fiendtlige, farlige og uforutsigbare. Den eneste måten å overleve på har ofte vært å være maksimalt mistenksom overfor alt som skjer. I eksilmiljøer kan det faktisk være reelle farer ved at representanter/agenter fra hjemlandets myndigheter kan infiltrere miljøene, og man har eksempler på at ambassadepersonell trakasserer flyktninger. Ofte vil det være en kombinasjon, pasienten er både paranoid og reelt forfulgt. En vurdering av mistenksomhet og paranoiditet må derfor ta disse forhold med i betraktningen og en god utspørring av pasienten kan klargjøre situasjonen.

Mange pasienter vil ha betydelig redusert funksjon som følge av sine psykiske plager. Spesielt vil vi framheve søvnproblemenes betydning som gjør at mange fungerer dårlig store deler av dagen. Nedsatt stresstoleranse både når det gjelder fysiske inntrykk og mellommenneskelig samhandling er et stort problem for mange. Nedsatt kognitiv fungering sammen med vanskeligheter med å forstå den sosiale og kulturelle situasjonen spiller også inn.

## **Fysiske plager og symptomer etter tortur og annen mishandling**

Pasienten kan ha symptomer fra nesten alle organer og områder i kroppen. Det er viktig med en grundig somatisk undersøkelse av alle organsystemer. Følgende vanlige symptomer skal nevnes:

Smertesyndrom - kroniske smerter som skyldes forandringer i vev rundt ledd, i muskler og bløtdelsorganer.

Stedene med smerte vil ofte ha en psykisk betydning og kombineres med somatisering:

- Innskrenket bevegelighet etter brudd, kutt eller skuddskader.

- Nevrologiske symptomer (for eksempel lammelser, anestesi, vertigo, kronisk hodepine) etter forskjellige voldstraumer, isolasjon og underernæring/utmattelse.
- Arrdannelser, fortykning av negler, underhudsforandringer etter voldstraumer.
- Nedsatt hørsel, tinnitus etter skade mot hodet/øret.

(Se også Tortur, side 72, og litteraturreferanser for ytterligere informasjon.)

Vi vil i de følgende kapitler gå nærmere inn på undersøkelsessituasjonen med flyktningspasienten.

## Litteratur:

Eitinger, L. (1959). The incidence of mental disease among refugees in Norway. *Journal of Mental Science*, 105, 326-338.

Hauff, E., & Vaglum, P. (1994). Chronic posttraumatic stress disorder in Vietnamese refugees: A prospective community study of prevalence, course, psychopathology, and stressors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 85-90.

Hauff, E., & Vaglum, P. (1995). Organised violence and the stress of exile: Predictors of mental health in a community cohort of Vietnamese refugees three years after resettlement. *British Journal of Psychiatry*, 166, 360-367.

Keilson, H., & Sarpathie, R. (1979). *Sequentieller traumatisierung bei kindern*. Stuttgart: Ferdinand Enke.

Kivling-Bodén, G. & Sundbom, E. (2001). Life situation and posttraumatic symptoms: A follow-up study of refugees from former Yugoslavia living in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55, 401-408.

Lavik, N. J. (1999). *Flyktningers psykiske helse*. from <http://www.nkvts.no/bibliotek/Publikasjoner/PSSF/PSSFPubl.htm>

Legeforeningens menneskerettsutvalg (2005). *Flyktningspasienten: veileder for allmennpraktikeren*. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=18786>

Lie, B. (2002). A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 415-425.

- Medical Foundation for the Care of Victim of Torture (2000). Guidelines for the examination of survivors of torture. Oxford: Alden Press.
- Porter, M., & Haslam, N. (2001). Forced displacement in Yugoslavia: A meta-analysis of psychological consequences and their moderators. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 817-834.
- Rack, P. (1987). Refugees forty years later: The mental health of Polish and other exiles in Britain. In D. Miserez (Ed.), *Refugees - The trauma of exile* (pp. 291-295). Dordrecht: M. Nijhoff Publishers.
- United Nation Document (1999). *The Istanbul protocol: The manual on effective investigation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*. Internettadresse: [http://www.phrusa.org/research/istanbul\\_protocol/](http://www.phrusa.org/research/istanbul_protocol/)
- Westermeyer, J., Neider, J., & Callies, A. (1989). Psychosocial adjustment of Hmong refugees during their first decade in the United States: A longitudinal study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 132-139.
- World Health Organization (1999). *ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforlaget.

# Nyttige spørsmål i tidlige møter med flyktninger henvist til behandling i det psykiatriske hjelpeapparat

Kirsti Jareg og Nora Sveaass

Erfaringer har vist at en del flyktninger blir henvist til en psykiatrisk poliklinikk uten å vite hvorfor de er henvist og uten å vite hva en psykiatrisk poliklinikk er. Selve konseptet om "terapeutiske samtaler" er en vestlig oppfinnelse av nyere dato og det er ikke en tverrkulturell oppfatning at det kan hjelpe å snakke med en terapeut eller snakke om hvordan man har det. Hvis vi behandlere tar for gitt at vi og flyktninger som henvises har samme oppfatning om hva samtaler og terapi er, vil konsekvensen ofte bli mange avlysninger og uteblivelser fordi hensikten og målet med samtalene er uklar. Det kan også føre til frustrasjoner og sinne fra flyktningen fordi vedkommende ikke får den hjelpen som forventes. Behandleren kan også bli frustrert og sint fordi flyktningen ikke følger "spillereglene" ved en poliklinikk. I en del tilfeller blir uteblivelser også tolket som "motstand".

Mange misforståelser kan oppklares og mye tid og ressurser kan spares hvis en behandler fra poliklinikken møter flyktningen sammen med henvisende lege før flyktningen eventuelt kommer til poliklinikken. En nordmann som henvises til en psykiatrisk poliklinikk har ofte en ganske klar oppfatning om hva det vil si å gå til samtaler og hva som er hensikten med samtaler. Mange flyktninger kommer fra land der det å gå til psykolog eller lignende er helt ukjent eller et tegn på galskap. En del flyktninger kommer fra land der psykologer eller psykiatere er en totalt ukjent yrkesgruppe. Målet med å møte henvisere sammen med flyktningen er å avklare forestillinger om psykiatri og samtaler, samt å avklare behov, arbeidsdeling mellom instansene og flyktningen og forventninger de ulike partene har til hverandre. En del flyktninger har også behov for hjelp med praktiske ting. Hvis dette er tilfelle kan det være nyttig å ha en egen fellessamtale med en sosialkonsulent. Selv om to slike samtaler krever noe tid, er vår erfaring at slike oppklarende samtaler er svært ressursbesparende på sikt.



## **Innledende spørsmål**

Her følger noen spørsmål som kan være nyttige i denne første samtalen som kanskje finner sted hos henvisende lege.

### **Til flyktingen(e):**

- Hva tror du legen som henviser deg tenker og ønsker for deg?
- Hva har du selv tenkt at du trenger hjelp til? Hvordan vil du selv beskrive problemet og hva slags løsning ser du på det?
- Den som henviste deg tenkte at det vil hjelpe deg å ha samtaler - hva tror du?
- Hva slags mål vil du at vi skal ha med eventuelle samtaler på poliklinikken?
- Hva forbinder du med en psykiatrisk poliklinikk og hva synes du om å bli henvist til en psykiatrisk poliklinikk? Og hva synes andre om at du henvises til en poliklinikk?
- Er det noe mer du vil vite om poliklinikken?

### **Til henvisende instans med flyktingen(e) til stede:**

- Hva var begrunnelsen for å henvise til psykiatrisk poliklinikk?
- Hvilket problem var det som utløste denne henvisningen?
- På hvilken måte tror du at samtaler kan være til hjelp for denne personen?
- Hva slags andre tiltak har vært prøvd?

## **”Hvor mye skal jeg åpne opp for traumatiske opplevelser?”**

Et spørsmål som stadig går igjen er hvor mye man skal ”åpne opp for traumatiske opplevelser”. Det finnes ikke et generelt svar på dette nettopp fordi vi har med enkeltmennesker å gjøre. Vår erfaring, som nevnt ovenfor, er at det først kan være nyttig å snakke om det å snakke om traumatiske opplevelser. Med det menes å utforske forestillinger og erfaringer flyktingen har i forhold til det å snakke om smertefulle ting. Det er også med på å tydeliggjøre en respekt for flyktingens egen vurdering av dette og av at det er han eller henne som bestemmer når det skal snakkes. Behandler må dessuten ha en *hensikt* med å spørre flyktingen om å dele sine erfaringer. Denne hensikten bør formidles til flyktingen slik at ikke spørsmålene minner om en avhørssituasjon. Hvis flyktingen vet hensikten med spørsmålene, vet hun eller han også hva svarene skal brukes til.

En hensikt kan være å utrede om personen kan ha fysiske skader etter tortur og om somatiske plager kan ha sammenheng med visse torturformer. En annen hensikt kan være å sette de psykologiske plagene i kontekst og gi disse mening. Terapeuten kan for eksempel formidle at hun eller han vet at forfølgelse og tortur er rettet mot å bryte ned troen på seg selv og det man tror på. Dette gjøres blant annet ved å påføre den torturerte skam og skyld på en rekke måter. En annen hensikt med å snakke om traumeerfaringer og reaksjoner på disse, kan være å redusere angsten for å være gal eller unormal. En del flyktninger som har opplevd tortur eller andre sterke påkjenninger kan for eksempel ha nytte av å vite at det å dissosiere kan ha vært en måte å overleve på i stress-situasjoner, og at det ikke er et tegn på galskap. Videre kan et utgangspunkt for å snakke om traumene være at terapeuten og flyktningen har et fellesprosjekt der de skal bygge opp det som overgriper har brutt ned, slik at ikke overgriper får dominere resten av livet til flyktningen.

Her følger noen spørsmål som kan være nyttige i forhold til å skape en felles plattform for det å snakke om traumatiske erfaringer.

- Jeg vet du har opplevd vonde ting – har du snakket med andre om hva du har opplevd?
- Hvordan opplevde du å snakke om det?
- Tror du det er noen sammenheng mellom disse opplevelsene og de plagene du har i dag? På hvilken måte?
- Tror du det kan være nyttig at jeg vet noe om hva du har opplevd?
- Hvilke fordeler vil det være å snakke om vanskelige ting?
- Hvilke ulemper vil det være å snakke om vanskelige ting?
- Hva kan skje hvis vi snakker om...?
- Hva gjorde du for å overleve og holde ut den vanskelige situasjonen du var i?
- Hvis du ikke vil snakke om fortiden og hva du har opplevd før - vil det være til nytte for deg at vi snakker om nåtiden og framtiden?

Slike enkle, men sentrale spørsmål vil være spesielt verdifulle i samarbeidet med flyktninger. På grunn av overgrep og ydmykelser vil de ofte sitte med en følelse av manglende kontroll og styring over eget liv. Denne type samtaler tydeliggjør at de selv må ta styringen med hva som skjer med deres historier, og at, dersom den skal snakkes om, så er dette noe som har vært drøftet på forhånd, både med hensyn til hvordan det skal gjøres, hvorfor og hvilke konsekvenser det kan ha.

## Utforsking av hvem personen var før traumatisering og flukt

I møte med en del traumatiserte flyktninger blir ofte hele historien om fortiden preget av vonde opplevelser. De gode minnene og hverdagen før traumene har en tendens til å bli borte. For å bli kjent med det mennesket man har foran seg, kan det være nyttig å bli kjent med hvem vedkommende var før de traumatiske hendelsene. Noen ganger kan det bli et mål i samtalene å finne tilbake til den man var før det traumatiske skjedde. For andre kan det vekke mye sorg og nederlag å snakke om hvem man var, fordi personen opplever seg så forandret.

Ofte er det allikevel slik at mange kan fortelle om egenskaper ved en selv som man har beholdt til tross for alle negative erfaringer og overgrep, eller noen sider ved seg selv som torturistene eller traumene ikke klarte å ødelegge. I en del tilfeller kan det være nyttig å vente med å utforske disse tingene, da noen kan føle at terapeuten ikke forstår alvoret i plagene hvis behandleren tidlig spør etter gode erfaringer. Igjen er det viktig å fortelle hvorfor man vil vite om personens bakgrunn, slik at det ikke ligner en avhørssituasjon. Målet med spørsmålene nedenfor er at behandleren blir kjent med den andres kompetanse og den personen flyktingen var før flukt og eksil.

- Er det noe du synes det er viktig at jeg vet om ditt hjemland og oppvekst?
- Hvis du var en guide i ditt hjemland og skulle fortelle meg om landet, hva ville du ha fortalt?
- Hvordan var en hverdag for deg før flukt/fengsel/krig?
- Hva arbeidet du med eller hva studerte du?
- Hva likte du å gjøre, og sammen med hvem?
- Gjør du noe av dette i dag?
- Hvilke egenskaper ved deg selv satte du selv mest pris på?
- Hvilke egenskaper ved deg selv satte vennene dine og familien din mest pris på?
- Hvilke av disse egenskapene ved deg har du klart å beholde til tross for det du har opplevd?
- På hvilken måte klarte du å hindre at forfølgerne/krigen klarte å ødelegge disse egenskapene?
- På hvilken måte kan disse egenskapene hos deg hjelpe deg i din situasjon i dag?

## Kartlegging av kulturelle forhold rundt plager og symptomer

Meningen med disse spørsmålene er å kartlegge hvordan den enkelte tenker omkring det å ha plager og hva slags løsninger som vil være til hjelp. På den måten kan man få kartlagt en del kulturelle forestillinger rundt plager, lindring og årsaksforhold, samt den enkeltes måte å forstå sin kultur på. Like viktig som kulturens betydning for forståelse av lidelse og behandling, er hvilken sosioøkonomisk klasse vedkommende tilhører i sitt hjemland. En akademiker fra et spesifikt land vil sannsynligvis ha helt andre forestillinger om symptomer og behandling enn det en analfabet fra samme land har. Vi kan derfor ikke ta for gitt at mennesker fra samme land tenker likt i slike spørsmål.

Gjennom å stille en del spørsmål kan det bli lettere å unngå at behandler og flyktning sitter med totalt *ulike ideer om årsaker til og løsninger på problemet*. Vi kan også få vite noe om personens og omgivelsenes holdninger til problemet, om hvorvidt det for eksempel er skambelagt å ha plager eller om personen for eksempel tenker at plagene er selvforskyldte.

- Hva har du allerede prøvd ut for å lindre plagene dine?
- Har noe av dette hjulpet noe?
- Hvis du var syk/plaget slik du er nå og du var i hjemlandet ditt; hva ville du ha gjort da?
- Hvem ville ha hjulpet deg?
- Hvordan ville de ha hjulpet deg?
- Hva ville de tenke var årsaken til dine plager?
- Hva tenker du er årsaken til dine plager?
- Hva ville andre ha tenkt om det du strever med?
- Kjenner du eller har du hørt om andre i hjemlandet ditt som strever med det samme?
- Hva gjør de?
- Kan disse plagene ramme alle?
- Hvordan vil dine landsmenn/venner her i Norge tenke om det du plages av?
- Kan du snakke med noen om plagene dine?
- Tror du at det kan hjelpe deg å snakke med meg om plagene dine?

## Spørsmål rundt forfølgelsesforestillinger

En del traumatiserte flyktninger som har vært forfulgt og fengslet kan være redde for at de blir overvåket og forfulgt i Norge. En del flyktninger i ulike europeiske land blir faktisk overvåket av sine hjemlands etterretningstjenester. Det er ingen grunn til å tro at det ikke også forekommer overvåking av en del flyktninger også i Norge og at visse eksilmiljøer er under oppsikt. En del flyktninger kan heller ikke ha kontakt med sin familie i hjemlandet, da familien blir telefonavlyttet slik at den som er i eksil risikerer å bli sporet opp eller sette sin familie i hjemlandet i en risikosituasjon.

I mange tilfeller kan redsel for overvåkning og forfølgelse i Norge også forstås som en reaksjon på tidligere erfaringer, der mistillit blir generalisert til alle som flyktningen har kontakt med. Det å være redd og mistenksom har vært en nyttig mestringsstrategi i hjemlandet, og mistillit til andre mennesker var kanskje *det som gjorde at flyktningen overlevde*.

Denne forståelsen går det også an å dele med flyktningen. En del kan være redde i terapirommet og kan ha behov for å utforske rommet og få svar på hva ulike tekniske ting er. Diktafoner og liknende kan minne om overvåkingsutstyr. Behandleren kan selv tilby flyktningen å utforske rommet og spørre fritt hvis vedkommende er svært redd og mistenksom. For noen kan det at behandleren tar notater minne om en avhørssituasjon. Også dette går det an å drøfte med vedkommende ved at behandler forklarer bakgrunnen for å ta notater, hvor notatene lagres, samt snakker nøye om taushetsplikten.

Nedenfor følger noen spørsmål som har til hensikt å avklare hva terapeuten kan gjøre for å tilrettelegge for trygghet i samtalene.

- Er det noe her i rommet som gjør deg uttrygg og som du vil spørre meg om?
- Er det noe jeg kan gjøre for å gjøre deg tryggere?
- Når begynte du å være så redd? Hva skjedde?
- Har du eksempler på situasjoner der folk vil deg vondt?
- Har du eksempler på situasjoner der folk følger etter deg?
- Tror du at denne redselen er en reaksjon på ting som har hendt deg i fortiden eller er det noen som vil deg vondt nå?
- På hvilke måter kan du beskytte deg?
- Hva kan gjøre deg tryggere og hvordan kan du få dette til?

Det at terapeuten gir eksplisitt uttrykk for at hun eller han ikke forventer at flyktingen uten videre skal stole på ham eller henne, samt at man ikke tar mistilliten som en fornærmelse men setter den inn i en kontekst, kan gjøre det lettere for flyktingen å drøfte denne mistilliten åpent.

## **Når flyktingen ikke vil bruke tolk**

En del terapeuter forteller at flyktingen ikke vil bruke tolk. Dette kan føre til store vanskeligheter i samtalene hvis partene forstår hverandre dårlig slik at misforståelser oppstår. Det er også en rekke problemer forbundet med å bruke slekt og venner som oversettere, og disse bør ikke benyttes i psykologisk behandling. Det kan være en stor fordel å bruke en tolk fra et annet land enn der flyktingen kommer fra, hvis det går an. Spansk og arabisk er eksempler på språk som snakkes i flere land. Man kan også forsøke å finne en norsk person som er utdannet tolk, hvis mistillit er et problem. En del flyktinger synes det er tryggere å ha tolker som ikke ferdes i eksilmiljøet.

Erfaring viser at det ofte går an å utforske mistillit til tolken med tolken til stede. Dette forutsetter at man anvender en profesjonell tolk som håndterer mistillit profesjonelt og oversetter alt som blir sagt. Behandleren kan for eksempel spørre om det er noe det er vanskelig å snakke om med tolk til stede, og hva som eventuelt hindrer åpenhet. Behandler kan også spørre hva klienten tror kan skje hvis han eller hun snakker om det som er vanskelig, og hva som eventuelt skal til for å tilrettelegge for at klienten kan føle seg mest mulig trygg i samtalen. Videre kan behandler spørre om klienten har noen forslag om hvordan dette tillitsproblemet kan løses. Behandler kan også understreke at flyktingen selv kan styre hva som skal snakkes om i samtalene. Rent konkret kan man avtale et signal der flyktingen for eksempel kan si "det vil jeg ikke si noe om", hvis behandler spør om noe flyktingen ikke ønsker å svare på. Man kan også avtale at samtalen kun berører nåtid og framtid og ikke om fortid, hvis flyktingen ikke ønsker å dele sin forhistorie med tolken. Videre går det for eksempel an å dele samtaletiden i to, der man bruker tolk i den ene halvdelen, og der man klarer seg som best man kan uten tolk i den andre halvdelen. Poenget er at flyktingen styrer hva slags informasjon som deles for å skape mest mulig trygghet og forutsigbarhet. Det å respektere flyktingens grenser vil også innebære at man gjør det motsatte av hva tidligere overgripere har gjort. Dette kan i seg selv være et skritt i retning av å gjenvinne noe tillit til mennesker igjen og til at man igjen kjenner seg som en respektverdig person.

## Litteratur:

- Jareg, K. & Sveaass, N. (2002). Utforsking og muligheter i det kliniske intervju med traumatiserte flyktninger. I H. Rønning & A. von der Lippe (Red), *Det kliniske intervju* (s. 198 - 220). Oslo: Gyldendal.
- Van der Veer, G. & van Waning, A. (2004). Creating a safe therapeutic sanctuary. I: J. P. Wilson & B. Drozdek (Eds.). *Broken Spirits: The treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims* (s. 187 - 220). New York: Brunner-Routledge.

## Flyktningen i psykiatrisk/psykologisk behandling

### Psykoterapeutisk arbeid med traumatiserte flyktninger

Solveig Dahl

Det er ingen enkel oppskrift for behandling av traumatiserte flyktninger. I dette kapitlet beskrives noen hovedprinsipper i individuell psykoterapeutisk behandling. Individuell behandling kan også kombineres med gruppebehandling (se Gruppetilnærminger, side 45) i perioder eller modifiseres og tilpasses i et rehabiliteringsopplegg (se Rehabilitering, side 41) med alvorlig kronisk lidende traumatiserte flyktninger. En helhetlig tilnærming hvor utgangspunktet er forståelse av kultur, traumatisering, migrasjon og eksil, er nyttig. En spesiell utfordring representerer de volds- og torturutsatte flyktninger hvor selve det mellommenneskelige rom er blitt truende og farlig. Det terapeutiske møte og den terapeutiske prosess kan modifisere dette bildet. Derfor blir en trygg terapeutisk relasjon og allianse avgjørende.

Utgangspunkt i enhver behandling er det pasienten presenterer som problemet, hvordan problemet forstås av både pasient og terapeut og at det foreligger en felles avtale om et samarbeid. Etter en innledende fase med kartlegging av hvorfor pasienten er henvist, hva som er problemet og diagnosen (se Utredning og anamneseopptak, side 8), utformes en behandlingsplan. Selv om det i samarbeid med klienten må settes opp en målsetning for den enkelte pasient, kan en også ha en generell oppfatning av hva som er viktige **målsetninger i behandling** av traumatiserte flyktningpasienter. Eksempelvis kan en si at behandlingen skal tilstrebe en utvikling som gjør at flyktningen

- Oppnår symptomreduksjon
- Gjenvinner verdighet og selvrespekt
- Blir tryggere i forhold til andre mennesker, omgivelser, samfunn og seg selv
- Gjenvinner innflytelse og kontroll over eget liv, mestrer dagliglivet
- Gjenvinner mening og sammenheng i tilværelsen

**Tolk:** Det er fullt mulig å arbeide psykoterapeutisk med tolk under forutsetning av at en finner en som fungerer profesjonelt og som en kan ha tillit til, og at en bruker samme tolk hver gang (se Bruk av tolk, side 57). Når pasienten uttrykker seg på sitt eget språk kommer følelser og tanker og materialet som bringes inn i timen nærmere. Samtidig hender det at det er stoff som ikke kan formidles med tolken tilstede. Hvilket kjønn tolken har kan også spille en rolle for hva som kan formidles. Spesielt kvinner fra kjønnssegregerte kulturer vil kommunisere lettere med kvinnelig tolk.

## **Kjønnsensitivitet så vel som kultursensitivitet** (se Kultur, side 62 )

Regn ikke med at du umiddelbart forstår hva atferd betyr. I møte med pasienten vil behandler ha med seg sin egen kulturelle forståelse av problemer og hvordan de skal behandles. Bevissthet om dette, og refleksjon over egne oppfatninger og holdninger er viktig i møte med pasienten. Det er også viktig å være seg bevisst at det er noe som heter kjønnskultur. Det fører også til at kvinner og menn kan forstå og gi uttrykk for lidelse på forskjellige måter. For eksempel at kvinner i større grad må dramatisere sin lidelse for å bli tatt på alvor, mens menn er opptatt av å ikke vise svakhet. Det kan være temaer som ikke bare er smertefulle å formidle, men som også er tabuisert. Relasjon til behandler vil både påvirkes av et kulturspesifikt syn på behandlers rolle og behandlers kjønn. Forestillinger om hvordan sykdom oppstår, hvordan en gir uttrykk for lidelse og hvilke forestillinger en har om god behandling, er informasjon som er viktig å ta med seg før en starter opp en



behandling. (se Nyttige spørsmål, side 23). Kultur (inkl. kjønnskultur) vil også inneholde meninger om foretrukne mestringsmåter i forhold til forskjellige ekstreme belastninger, hvorfor de skjer, hvilken mening de tillegges og konsekvenser for den enkelte og de nærmeste. Hvis du som behandler har vanskeligheter med å forstå - be pasienten om hjelp. Noen ganger kan tolken også være med på å gi informasjon om kulturelle særtrekk i ettersamtalen (se Bruk av tolk, side 57)

## ***Trygghet og stabilisering***

**Trygghet er hjørnesteinen i alt arbeid med traumatiserte flyktninger.** Å arbeide med trygghet er spesielt viktig i startfasen av behandlingen. Det dreier seg om

- trygghet i relasjon til behandler
- trygghet i livssituasjonen
- trygghet på seg selv.

*Trygghet i terapirelasjonen* dreier seg først og fremst om at sted og terapeut er forutsigbare og tydelige. Det som er lovet etterfølges, avtaler blir fulgt, en sier tydelig fra hvis det er noe en ikke kan gjøre for pasienten og en prøver å informere så godt det lar seg gjøre om hva en kan gjøre, hva psykoterapeutiske samtaler er og hvordan de eventuelt kan være til hjelp. Det dreier seg om å møte den andre med respekt, interesse, lytte nøye og ta bekymringer på alvor. Det dreier seg om å forklare hvorfor man spør dersom spørsmål skaper uro, det dreier seg om å vise at en ønsker å forstå, at en bekrefter at det pasienten presenterer har gyldighet. Det inkluderer også anerkjennelse av nonverbale kommunikasjonsformer. Det hender også at ting i rommet vekker uro. Hvis det virker slik så spør og forklar (se Nyttige spørsmål, side 23)

*Trygghet i livssituasjonen* fremmes ved at terapeuten engasjerer seg i et samarbeid med involverte offentlige instanser der det er nødvendig. Utrygg bosituasjon, økonomisk situasjon, aktivitet/arbeidssituasjon og oppholdssituasjon er vansker som flyktninger sliter med. De forstår ikke regelsamfunnet og de blir ofte ikke forstått. Sosialpsykiatrisk arbeid blir en viktig del av behandlingen av flyktninger (se også Rehabilitering, side 41). Ofte vil et slikt engasjement være mest aktuelt i begynnelsen av behandlingen, men det kan også aktualiseres senere. Hvis pasienten lever i en familie er det også viktig å se på hele familiens situasjon. Det gjøres best ved å møte familien også. Samarbeid med behandlende medisinske instanser er også viktig for tryggheten. Ved å engasjere seg og

pasienten i bestrebelsene om en tryggere ramme for hans/hennes/familiens liv styrkes også den terapeutiske alliansen - pasienten opplever at terapeuten bryr seg.

*Større trygghet på seg selv* innebærer arbeid med å komme ut av avmaktsopplevelsen som følger det å være i sin livssituasjon og sine symptomers vold. Det å oppleve at en selv kan påvirke og redusere en plage kan være et første skritt ut av avmakten. En måte å gjøre det på er å arbeide med å få kontroll over og dermed mestre symptomene bedre, for eksempel ved å lære pasienten avspenning og pusteteknikk som en hjelp til å redusere angst/uro. Når gjenopplevelser i våken tilstand eller under søvn er det største problemet, kan det være til hjelp å ha en strategi for hva en kan gjøre når de kommer, hvordan en kan hente seg tilbake til nåtiden når gjenopplevelsene kjennes som om de skjer om igjen. "Det skjer ikke nå. Jeg er i Norge nå, det er 2006. Dette tilhører fortiden. Se på stolen, bildet på veggen, vinduet og husk hvor du er." Gode minner om trygghet kan en også øve på å hente frem. Angstvekkende situasjoner som er helt nødvendige for daglig fungering kan identifiseres og møtes med teknikker rettet mot angstmestring, som for eksempel gradvis opptrening til å møte situasjonene kombinert med utfordring av kognitive oppfatninger, innarbeiding av nye selvinstruksjoner o.l. Det samme gjelder teknikker rettet mot aggresjonskontroll der dette er aktuelt.

Det å identifisere negative eller uhensiktsmessige forestillinger om seg selv, knyttet til traumatiske opplevelser, sin lidelse eller andre mennesker, og i terapien utfordre disse (kognitivt arbeid), kan også være til hjelp. Disse tankene kan være nært knyttet til traumatiseringen og tap av meningsaspektet. Terapeuten bør lete etter ressurser og mestringsforsøk og bekrefte disse på en diskret måte (direkte ros oppfattes ofte som nedlatende). Det er også meningsfullt å bruke tid på å bli kjent med hvem personen var før traumatisering, flukt og tap. Dette kan bli begynnelsen på arbeidet med å skape sammenheng i livshistorien, og være en hjelp i vektlegging av ressurser. Frykten for de vonde minnene fører hos noen til at alle minner unngås, de blir fortidsløse. Fokus på andre typer minner, også gode minner, kan gi en mer sammenhengende opplevelse av hvem en selv er og hva ens liv har inneholdt. Gode minner inneholder selvfølgelig også et tapsaspekt, men ved å utvide erindringer til å huske at livet også har inneholdt verdifulle og gode erfaringer, kan en viktig begynnelse til endring finne sted. Meningsaspektet er også viktig i en livssammenheng - hva ga mening før, er det noe som gir mening nå? Interesse for og fokus på mestring av dagliglivet hører også med. Medikasjon må selvfølgelig også vurderes, evt. igangsettes (se Medikamentell behandling, side 36).

## **Rekonstruksjon**

I forbindelse med undersøkelse, kartlegging og diagnostikk, har en tilstrebet å få et overblikk over pasientens taps-/traumehistorie. Dette gir også et innblikk i hvordan vedkommende reagerer og mestrer følelser som kan dukke opp i forbindelse med dette. Noen har et stort behov for å fortelle, andre vil helst ikke. Noen forteller med stor distanse, andre overveldes av følelse, noen blir fjerne (dissosierer) slik at kontakten blir brutt, noen får somatiske reaksjoner. Det er viktig å gi pasienten kontroll og ikke fremtvinge noe, samtidig som en viser at en tåler å høre. Selv om forskning viser at detaljert og gjentatt eksponering av traumatisk materiale er viktig i behandling av PTSD (Foa EB 2006), er resultatene langt fra entydige når det gjelder multitraumatiserte flyktninger i en eksilsituasjon (Quigra & Jaranson 2005). Det er viktig å vurdere hva den enkelte kan tåle og hva som kan oppnås. Samtale om hvordan det er å berøre denne delen av historien er alltid viktig (se Nyttige spørsmål, side 23). I alle tilfeller hører dette sjelden hjemme i startfasen av en behandling med kronisk traumatiserte. Forutsetningen for å bearbeide traumatiske minner er at pasienten er blitt mer trygg, spesielt i forhold til terapeuten, på hva hun/han selv kan tåle, og at livssituasjonen er noenlunde forutsigbar (asylsøkerperioden er spesielt vanskelig for denne typen terapeutisk arbeid). Forutsetningen er også at pasienten uti fra kulturell overbevisning ikke har stor mistro til denne fremgangsmåten. Det er alltid viktig å finne frem til en behandlingstilnærming som pasienten godtar. Det kan være en like stor feil å starte et slikt arbeid på feil tidspunkt og med feil person som å bagatellisere eller overse denne type påkjenninger (Herman 1992).

Psykoterapeutisk arbeid med traumatiske minner inneholder mer enn å fortelle. Fragmentene i opplevelsen skal bindes sammen - sanseopplevelser, følelser, tanker, atferd og hendelsesforløp. Samtidig er det svært viktig at rekonstruksjonen skjer i en trygg ramme som står i motsetning til situasjonen da hendelsen skjedde. Terapeutens tilstedeværelse som en trygg person som ikke lar pasienten "forsvinne" inn i gjenopplevelsen, men sørger for å holde kontakten gjennom det hele, er viktig. Noen ganger kan det skje ved en mer kronologisk gjennomgang, som et vitnesbyrd, en gjennomgang av de traumatiske opplevelser som dominerer pasientens liv. Oftest er symptomene den enkleste inngangsporten til traumatiserende, forstyrrende minner, enten det dreier seg om innholdet i gjenopplevelser/mareritt eller somatiske symptomer som i første omgang ikke synes å ha noe med traumatiske minner å gjøre.

Ved å utforske symptomet gjennom konkret gjennomgang av når, hva og hvordan i nåtid, om det er noe som minner om noe, første gang det oppsto og lignende, dukker ofte hendelsen knyttet til symptomet frem. Hvordan pasienten tolker og forstår hendelsen og

hvorvidt personen er åpen for endring av denne forståelsen er et viktig element i bearbeidingen. I hele denne prosessen er terapeutens tilstedeværelse, kontakt og tryggheten i det terapeutiske rom sentralt. Bruk av spesifikke teknikker i rekonstruksjonsarbeidet som systematisk desensitivisering, kognitiv atferdsterapi (Foa, Keane og Friedman 2000) og EMDR - eye movement desensitization and reprocessing (Shapiro 1998), bør en ikke gi seg inn på uten at en har tilegnet seg disse gjennom kurs og veiledning. Rekonstruksjonen kan også benyttes til at terapeut og pasient utarbeider et dokument, et **vitnesbyrd**, hvor de traumatiske hendelser pasienten har opplevd settes inn i en menneskerettighetspolitisk kontekst og på denne måten får ny mening. Det ferdige dokument tilhører etterpå pasienten som kan bruke det til hva hun/han vil (Agger & Jensen 1990).

## Et bedre liv

Ved bedring frigjøres energi, og i behandlingsprosessen kommer da gjerne en fase hvor det blir mer naturlig å søke endring i livet, enten det gjelder dagliglivets gjøremål, utdanning/arbeid eller utprøving av kontakt med andre mennesker (se Gruppetilnærminger, side 45). Særlig blir det viktig å prøve ting en før har fryktet, men som kan være viktig for ens livskvalitet. Terapeutisk oppfølging i denne perioden kan være viktig, men kontakten blir gjerne mindre hyppig og intens, mer periodisk. I langt større grad enn med pasienter oppvokst i Norge, vil flyktningpasientene også kunne oppleve retraumatisering og tilbakefall gjennom nyheter om hva som skjer med ens nærmeste i hjemlandet. Det vil si at behandlingen ofte vil måtte gjenopptas for en periode.

## Litteratur:

Agger, I., & Jensen, S. B. (1990). Testimony as ritual and evidence in psychotherapy for political refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 115-130.

Foa, E. B. (2006). Psychosocial therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 40-45.

Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.

Quiroga, J., & Jaranson, J. M. (2005). Politically motivated torture and its survivors: A desk study review of the literature. *Torture*, 15, 87-96.

Van der Kolk, B.A. (2001). The assessment and treatment of complex PTSD. In R. Yehuda (Ed), *Traumatic Stress*. Washington DC: American Psychiatric Association.

# Medikamentell behandling for flyktninger med psykiske lidelser

Marianne Jakobsen

## Generelle betraktninger ved medisinerer

I behandling av flyktninger med psykiske lidelser er medikamentell behandling ofte nødvendig og nyttig i kombinasjon med ulike psykoterapeutiske behandlingsformer.

Evnen til å ta medisin slik leger foreskriver, ”*compliance*”, er erfaringsmessig lav når det gjelder flyktninger. Nedenfor følger en del faktorer som er med på å påvirke compliance hos flyktninger. Så følger forståelsesmåter og noen forslag til medikamentell behandling.

## Tillit til behandler

Erfaringsmessig er tillit til behandler ett avgjørende punkt når det gjelder å øke ”*compliance*” hos flyktninger. Flyktninger som har gjennomgått umenneskelig behandling som fengsling, tortur, voldtekt og andre alvorlige krenkelser vil ha en generell skepsis og kanskje mistenksomhet i forholdet til mennesker generelt. Derfor tar det ofte tid å bygge opp en tillitsrelasjon der flyktingen virkelig stoler på at behandleren ønsker å være til hjelp. En trygg relasjon mellom behandler og pasient samt tilstrekkelig informasjon er viktig når medikamenter foreslås.

## Redsel for medisiner og helsepersonell grunnet erfaringer med medikamentell tortur

Undersøkelser viser at leger i flere land deltar i såkalt medikamentell tortur, det vil si tvangsinjeksjoner eller tvangsmedisinerer i den hensikt å påføre offeret smerte. Dette kan medføre at pasienten er redd for å ta blodprøver, få sprøyter eller ta medisiner. Relativt moderate bivirkninger fra medikamenter vil ofte skape utrygghet, særlig dersom bivirkningene kan minne om tortur og fengsling.

Helsepersonell er også medvirkende i å utskrive falske dødssertifikater etter dødsfall i fengsler. Flyktingen kan derfor være redd for og skeptisk til helsepersonell generelt siden slike har vært til stede eller bidratt aktivt under tortur.

## **Redsel for galskap og psykiatriske institusjoner**

Flyktingen kan også være redd for at legens forslag om medikasjon betyr at hun eller han blir ansett som gal. I mange land er psykiatrisk helsevern ikke-eksisterende eller forbindes med absolutt galskap og innesperring. Derfor kan det være viktig å sette symptomene i sammenheng med de reelle traumeerfaringene flyktingen har opplevd, og formidle at symptomene er normale posttraumatiske reaksjoner etter ekstremt truende situasjoner.

## **Genetiske forskjeller**

Det er genetiske variasjoner innen alle folkegrupper. Noen østasiatiske befolkninger har lavere metabolisme enn den kaukasiske befolkning, slik at det kan være mindre toleranse for psykofarmaka hos denne befolkningsgruppen. Noen afrikanske grupper har høyere metabolisme, og dermed høyere toleranse for psykofarmaka. Derfor er hyppige kontroller og serummålinger viktige for å korrigere dosene hvis det er tegn på henholdsvis sterke bivirkninger eller ingen effekt av medikamentene.

## **Urealistiske forventninger til medisiner**

Spør flyktingen hva hun eller han forventer at medikamenter kan hjelpe med eller forandre. Noen flyktinger har en urealistisk tro på at medisiner kan lindre symptomer umiddelbart eller fjerne alle symptomer og plager. Derfor kan det være viktig å bidra til realistiske forventninger, slik at medisinene ikke seponeres på grunn av skuffelse over at de ikke virker med en gang.

Mange medikamenter fører til ubehag i oppstarten, og det er viktig å motivere pasienten så han/hun ikke slutter selv om vedkommende merker ubehag og lite bedring. Det kan ofte ta 2-3 uker før noe bedring oppnås.

## **Overmedisinering og ujevn medisinering**

En del flyktinger har svært store plager, og det kan være naturlig å slutte seg til "jo mer medisiner, dess mindre plager". Derfor er det viktig å forklare at det ikke hjelper å ta mer medisiner enn foreskrevet og at plagene også kan bli verre. En del tar ikke medisinene de dagene de føler seg bedre, og det er viktig å forklare at disse medisinene ikke fungerer slik for eksempel hodepinetabletter gjør, men at det er en slag kur som må taes hver dag uansett dagsform.

## **Sakte opptrapping av doseringen**

Sakte opptrapping av dosen øker sjansen for at bivirkningene og virkningen blir mindre. Det kan være fornuftig å trappe saktere opp med flyktninger enn med etnisk norske pasienter, fordi mange har lav toleranse for kroppslig ubehag da de har mye av dette fra før.

## **Bruk av medisinar**

En del flyktninger har store konsentrasjonsvansker og har vanskelig med å huske instruksjoner om opptrapping og dosering. En del bruker dessuten flere typer medikamenter, hvilket øker sjansen for at medikamentene ikke blir tatt på riktig vis. En mulighet er da å bruke et medisinskjema som pasienten får med hjem.

Det er gjort relativt lite forskning på medikamentell behandling av kompliserte traumerelaterte lidelser. De randomiserte, kontrollerte forsøkene som er publisert er enten gjort på følgetilstander etter sivile traumer, som bilulykker, naturkatastrofer, overfall og lignende, eller på følgetilstander etter avgrensede krigserfaringer (hovedsakelig amerikanske Vietnam-veteraner med PTSD). Ingen av de medikamentene vi har tilgjengelig vil vanligvis ha tilstrekkelig effekt i seg selv til å fjerne eller føre til vesentlig forandring i forhold til de mest hardnakkede symptomene (for eksempel mareritt eller gjenopplevelser). Den medikamentelle behandlingen blir som regel bare en liten del av et behandlingsopplegg. Det anbefales å rette seg mot de mest plagsomme symptomene.

## ***Aktuelle medikamenter***

### **Antidepressiva**

Dette er den medikamentgruppen som er mest utprøvd overfor både sivil og krigsrelatert PTSD. SSRI-preparater har vært anbefalt av en internasjonal konsensusgruppe til å være førstevalg ved PTSD samtidig som det virker ved comorbid depresjon (Ballinger, Davidson & Lecrubier 2000). I Norge er det sertralin og paroxetin som har denne indikasjonen, internasjonalt har fluoxetine som også har dokumentert effekt, vært mye brukt. Erfaring med flyktninger her til lands er dessverre at disse medikamentene ofte har begrenset effekt hos den aktuelle pasientgruppen, flyktningpasienter med langvarig traumatisering og sammensatte problemer. Medikamentene har noen ganger ført til økte søvnvansker samt nedsatt appetitt, gjerne med seksuelle bivirkninger i tillegg. Dette medfører ofte

autoseponering. Spesielt ved comorbid depresjon bør antidepressiva likevel forsøkes. For pasienter med kroniske søvnvansker og kroniske smerter anbefales tricycliske antidepressiva, gjerne med en engangsdose om kvelden, i doser fra 25 mg til 150-200 mg, alt etter hvor mye pasientene plages av bivirkninger. Pasienter som sliter med aggressivitet og irritabilitet har ofte god virkning av carbamazepin i doser fra 200-600 mg. Men her må man huske blodprøver da benmargsdepresjon kan forekomme. En bør også være spesielt oppmerksom på interaksjon med andre medikamenter og alkohol.

### **Antiadrenergika**

Det er påvist forhøyede nivåer av noradrenalin både i cerebrospinalvæsken og i blodet hos alvorlig traumatiserte pasienter. Det er derfor logisk å prøve å motvirke dette medikamentelt. Alfa2-agonisten clonidin har vist seg å ha god til middels effekt på irritabilitet, søvnvansker og mareritt. Doseringen er oftest en gradvis opptrapping fra 75 mikrogram om kvelden, opp til en døgndose på ca. 450 mikrogram, fordelt slik at mesteparten av dosen tas om kvelden. Blodtrykksfall med svimmelhet er vanligste bivirkning. Dette medikamentet lar seg godt kombinere både med SSRI og flere antipsykotika. Betablokker som propranolol har for denne pasientgruppen særlig vært anbefalt ved samtidig høyt blodtrykk.

### **Nevroleptika**

Dersom flyktninger blir psykotiske, bør de få antipsykotisk medikasjon på samme indikasjon og i samme dosering som andre (med et lite forbehold om mulige genetiske variasjoner i metaboliseringshastigheten). Dissosiative symptomer med traumerelaterte hallusinasjoner svarer som regel dårlig på antipsykotisk medikasjon, men i noen tilfeller kan det være rimelig å prøve seg frem med lave doser av nyere antipsykotika. Risperidon i doser ved 1-4 mg kan, ved siden av antipsykotiske virkning, dempe agitasjon og mareritt. Ved schizofreni og PTSD er også ziprasidon og olnazapin anbefalt brukt i kombinasjon med clonidin.

### **Hypnotika**

PTSD-relaterte søvnproblemer er som regel langvarige, og hypnotikabruken er derfor forbundet med den samme faren for tilvenning som ved andre kroniske søvnlidelser. Vi foreskriver små pakninger, lavest mulig dosering, og prøver å finne andre alternativer.



## Konklusjon

I svært mange tilfeller vil det være nyttig å starte med en behandling rettet mot hyperaktiveringssymptomer og forsøke clonidin. Clonidin tolereres også godt sammen med et SSRI. Ved hyperaktivering med aggresjonsproblemer anbefales å forsøke carbamazepin. Ved betydelige søvnevansker anbefales tricycliske antidepressiva, især der hvor kroniske smerter er et problem.

Samarbeid med smertespesialist kan også resultere i andre anbefalinger. Annen medisinerings vurderes på bakgrunn av symptombildet og tilpasses individuelt (antidepressiva ved depressive symptomer, etc.) med tanke på bivirkningsprofil og symptomsammensetning. Vær obs på variasjoner i metabolismering, gå forsiktig frem, forklar og forsikre deg om at pasienten har forstått (med tolk om nødvendig). Skriv opp doseringen for å unngå misforståelser. Det medikamentelle tilbudet for alvorlig traumatiserte er langt fra optimalt og det anbefales at slik behandling skjer i kombinasjon med psykoterapi.

## Litteratur:

- Ballenger, J. C., Davidson, J. R., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Foa, E. B., Kessler, R. C., et al. (2000). Consensus statement on posttraumatic stress disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 60-66.
- Kinzie, D. J., & Fridman, M. J. (2004). Psychopharmacology for refugee and asylumseeker patients. In J. Wilson & B. Drozek (Eds.), *Broken spirits: The treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims*. New York: Brunner-Routledge.

# Rehabilitering av flyktninger med kroniske lidelser

Edvard Hauff og Solveig Dahl

Innenfor den psykiatriske helsetjeneste vil en møte flyktninger med kroniske lidelser, både blant kronisk traumatiserte som torturofre med kronisk PTSD, PTSD med personlighetsforandring, PTSD med comorbide psykotiske trekk, PTSD med comorbid rusproblematikk og PTSD med hjerneorganiske forandringer. Blant flyktninger finnes selvfølgelig også pasienter med langvarige psykotiske lidelser som schizofreni. Flyktningpasienten stiller med et dobbelt handikap. Han/hun skal prøve å mestre en livssituasjon med en langvarig og funksjonshemmende psykisk lidelse samtidig som han/hun må tilpasse seg et liv i eksil. Det må han/hun gjøre i en kultur hvor de har begrenset kompetanse og hvor samfunnets utestengningsmekanismer i forhold til bolig, arbeid og sosialt fellesskap er enda større enn for innfødte pasienter. Mange mangler også omsorgspersoner og et støttende nettverk i Norge. Det gjør at arbeidet med flyktningpasienten kan bli mer omfattende. Et helhetlig psykiatrisk rehabiliteringsopplegg i nærmiljøet krever en omfattende tiltakskjede og en klinisk koordinator, helst ved det distriktpsykiatriske senteret flyktningen sokner til. I **tiltakskjeden** inngår

1. Poliklinisk behandling med en ivaretaende, stabiliserende og støttende psykoterapi og oftest medikamentell behandling.
2. Fastlege som vil ha koordinerende ansvar for somatisk behandling og smertebehandling.
3. Ferdighetstrening og utvikling av kulturell kompetanse hos pasienten. Ferdighetstrening er særlig kjent brukt overfor schizofrene pasienter og kan dreie seg om sosiale og mellommenneskelige ferdigheter, ferdigheter i problemløsning, ferdigheter som trengs i dagliglivet og yrkeslivet. Når det gjelder flyktningpasienten vil det være naturlig å vurdere hva han/hun trenger å trene seg i for å klare seg i Norge. Det gjelder ikke minst å lære seg til å forstå og snakke norsk, forstå kulturelle koder for sosial omgang, hva slags atferd som gjør at en kan få hjelpeapparatet i tale og regelkulturen som hersker i norsk byråkrati. Det vil være koordinators oppgave å utforske sammen med pasienten hva han /hun forstår uti fra sin kultur, hvilke ferdigheter vedkommende kan ha nytte av og å bistå han/hun i å erverve seg ferdighetene. Slik blir koordinator også en viktig kulturell brobygger og formidler.

4. Familiearbeid. Dersom pasienten lever sammen med andre eller har nær familie i nærheten bør disse få tilbud om samtaler. Det er viktig å forstå familiens situasjon og hva de strever med seg imellom og i forhold til omgivelsene. Det er vanskelig å leve sammen med et familiemedlem med lav stresstoleranse, et problem de fleste traumatiserte flyktninger har. Oftest er det ikke bare pasienten som har opplevd vonde ting, det har de andre familiemedlemmene også. Foreldre og barn kan ha vært atskilt i lange perioder før gjenforening i Norge. Eksilsituasjonen er også utfordrende for alle. Er pasienten enslig mor kan det være viktig for barna å vite at det er noen andre som støtter mor. Eventuell støtte til barna gjennom forebyggende barneverntiltak må integreres i en helhetlig forståelse av situasjonen. Samtaler med familiemedlemmer kan ofte preges av frustrasjon initialt. Det gjelder å gi plass til alle, lytte til alle, og å være tydelig på hensikten med samtalen. Det er viktig å presentere hva koordinator kan bidra med, og i et slikt møte er det viktig å få frem ressursene i familien, og å legge vekt på hvordan de prøver å mestre situasjonen. Erfaringer fra et familieprosjekt på Psykososialt senter for flyktninger viser hvor viktig det er å hjelpe familiene til å støtte hverandre og løse problemer sammen. Dette er en viktig målsetning for familiekontakten. En skal også huske på at en psykisk lidelse kan i enkelte kulturer være mer skambelagt enn hos oss. Å gifte seg inn i en familie hvor medlemmer har psykiske problemer kan sees på som uheldig, ikke minst hvis dette dreier seg om den gifteferdige datteren. Behovet for hemmeligholdelse overfor egen etnisk gruppe blir derfor maktpåliggende og nettverksbygging må ta hensyn til dette.
5. Tilknytning til sosiale nettverk. Det kan være mange grunner til ensomhet og isolasjon hos kronisk traumatiserte flyktninger. Blant annet kan en del unngå mennesker fordi de redde for sin egen aggressivitet. En fraskilt kvinne kan være frosset ut av egen etnisk gruppe samtidig som hun kan føle sin atferd overvåket av den samme gruppen. Det er derfor viktig å utforske nøye hva pasienten ønsker, hvilke motforestillinger vedkommende har og hva som skal til for å mestre kontakt med andre mennesker. Det blir en viktig oppgave for koordinator og finne frem til nettverk som kan være akseptable for pasienten, enten de er interetniske, multikulturelle eller norske.
6. Bolig. Problemer med å skaffe egen bolig er en av de mest synlige former for utestengning av innvandrere og flyktninger i Norge. Samtidig representerer bolig noe av den trygghet pasienten så sårt trenger til i sitt liv. Flytting, med barn som stadig må bytte barnehage, skole og venner, skaper for flyktningsfamilier mer

ubalanse og utrygghet i hele familien. Samarbeid med sosialkontor og boligkontor er helt avgjørende i rehabiliteringsarbeidet.

7. Skole og arbeid. Flyktningpasienten i rehabiliteringsopplegg vil oftest trenge spesialpedagogisk opplegg i norskundervisning fordi det ofte er knyttet store lærevansker til deres lidelse. Ved sysselsetningstiltak, arbeidstrening innenfor rehabilitering eller vernet arbeid må det taes hensyn til at mange pasienter kan ha behov for redusert arbeidstid, at traumatiserte sover lite, kan ha store problemer med for eksempel støy, konsentrasjon, samarbeid med andre og kan ha generelt lav stresstoleranse. Trygghet, oversikt og kontroll er også svært viktig i slike situasjoner. Innenfor en aktivitetsplan må det også være rom for at kvinner med hovedomsorg for barn arbeider med å etablere en relasjon til barnehage og skole. I norskundervisning vil kvinner også kunne komme ut av en pålagt isolasjon og få kontakt med et flerkulturelt kvinnenettverk.

## **Innleggelse og behandling i psykiatrisk avdeling.**

Ved uhåndterbare psykotiske tilstander, ukontrollerbare aggresjonsutbrudd og suicidalfare, kan det bli aktuelt med innleggelse i psykiatrisk avdeling. For mennesker som har opplevd razziaer, arrestasjoner og fengsling, vil en overraskende tvangsinnleggelse kunne ha en svært negativ virkning. Politistøtte ved innleggelsen må unngås så langt mulig og hvis det blir nødvendig bør politiet være kledd sivilt. Ofte vil pasientene kunne gå med på at de trenger beskyttelse og hjelp fordi de er redde både for noe de tror truer dem utenfra eller sine egne ukontrollerbare impulser. Det krever at innleggende instans gir seg tid til å forklare hvorfor en vurderer innleggelse som nødvendig, rutineene i avdelingen, hva behandlingen går ut på og hvilke juridiske rettigheter pasienten har. Opplysningsbehovet er ekstra stort hos pasienter som ikke kjenner norsk helsevesen. Foruten å ta hensyn til pasientens psykiske tilstand, må personalet kunne formidle informasjonen på en måte som gjør den forståelig uti fra hvordan pasienten selv forstår sin lidelse. Informasjon og veiledning må også gjentaes mange ganger under oppholdet.

Selv om en flyktning snakker norsk til vanlig, kan vedkommende under en psykotisk episode eller i dekompensert tilstand regrediere språklig. Tolk er da nødvendig i alle viktige samtaler og undersøkelser. Det er i tillegg en fordel med behandlingspersonale som snakker flere språk. Hvis pasienten har venner/familie som kan besøke han/henne i avdelingen kan dette være med på å trygge pasienten. Det beste er en planlagt innleggelse hvor både pasient og avdeling er forberedt. Da kan en ha sikret at tolk er

tilstede ved innleggelsen når dette er nødvendig og avdelingspersonalet kan settes inn i pasientens bakgrunn og i hva som kan gjøres for at han/hun skal føle seg mest mulig trygg. Hvis pasienten ikke har vært i kontakt med DPS før innleggelsen bør pasienten møte personalet derfra, bli informert om tilbudet og forhåpentligvis bli med på å lage en foreløpig avtale med DPS før utskrivelsen fra avdelingen. Behandlingspersonalet bør være oppmerksom på at pasienter fra kjønnssegregerte samfunn, kan reagere negativt på å få en primærkontakt av motsatt kjønn, især hvis de er lite integrert i Norge. Kvinner vil oppleve det tryggere med en kvinnelig kontakt. Menn kan reagere på at det er en kvinnelig primærkontakt som skal rettlede dem, især hvis vedkommende er ung.

## Avslutning

Koordinator for en flyktning i et rehabiliteringsopplegg vil ha en omfattende og lærerik oppgave. Det er viktig at vedkommende

- har et bevisst forhold til egen kultur og kan reflektere over egen tendens til etniske stereotypidannelser.
- er klar over hvordan det kan oppstå kommunikasjonssvikt når det gjelder språk og kulturelle koder

Det er gjennom den gjensidige læringsprosessen vi gjennomgår sammen med våre pasienter at vi kan utvikle en forståelse av dem som mennesker, deres plager og for den sosiokulturelle situasjon pasientene lever i og møter oss i.

Artikkelen bygger på:

Hauff, E. (1997). Rehabilitering av flyktninger med alvorlige og langvarige psykiske lidelser. I N. Sveaass & E. Hauff (Red), *Flukt og fremtid: Psykososialt arbeid og terapi med flyktninger*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

# **Gruppetilnærminger med traumatiserte flyktninger med fokus på kunst- og uttrykksterapi**

Av Melinda Ashley Meyer

Gruppeterapi med flyktninger har vært anvendt i mange år både i Norge og internasjonalt. I dette kapitlet vil jeg presentere gruppeterapi med fokus på KUT (kunst- og uttrykksterapi) som en spesielt egnet behandlingsmetode. Det er kanskje verdt å gjøre oppmerksom på at det som angår behandling av traumatiserte flyktninger i denne artikkelen også gjelder for individer som er blitt utsatt for annen type vold, som for eksempel incest, voldtekt og overgrep mot barn.

KUT som metode i gruppeterapi presenteres, og deretter beskrives en terapeutisk modell for faseinndeling av helingsprosessen hos voldsofre. Så følger en fremstilling av ulike former for gruppetilbud avhengig av hvilken fase klienten befinner seg i når det gjelder bearbeiding av traumene. Erfaringer og metoder for bruk av kunst- og uttrykksterapi i gruppe ble praktisert og utviklet ved Psykososialt senter for flyktninger ved Universitetet i Oslo (1990- 2004).

## **Kunst- og uttrykksterapi i gruppe som behandlingsmetode**

KUT er en terapiform hvor man primært legger vekt på kommunikasjon gjennom kunstneriske uttrykk som bilde, bevegelse, musikk, sang, poesi og drama. Det er en fenomenologisk tilnærming hvor en søker det essensielle i uttrykket. Menneskets sanser svarer til de ulike kunstdisiplinene, som synet til bildet, hørselen til sangen og musikken osv. Den kreative prosessen blir synlig gjennom produktene som blir skapt. Det som blir skapt, er en ressurs i det terapeutiske arbeidet. Etter traumet har ordene ofte mistet sin opprinnelige betydning. Ved å kommunisere gjennom kunstuttrykk kan selve kunstproduktet gi mening og være ledetråden til å finne fram til ordene. Dette har vist seg å være gunstig i arbeidet med voldsofre, hvor smerten sitter fiksert i kroppen og i den fastlåste pusten.

Judith Lewis Herman sier i sin bok "Trauma and Recovery" (1992) at en av de viktigste behandlingene for mennesker som har vært utsatt for traumer og posttraumatisk stressyndrom er gruppeterapi. Min erfaring og forskning bekrefter dette. Det kan være en

stor utfordring å få en gruppe med traumatiserte til å fungere, for de problemene som i utgangspunktet krever terapeutisk behandling i gruppe, kan i neste omgang vise seg å være de problemene som får gruppen til å kollapse.

Symptomene som flyktninger ofte kommer til behandling for, er mangel på tillit til andre mennesker, tilbaketrekning, depresjon, ikke-tilstedeværelse, en knust identitet og en følelse av å være i et tidløst rom. Alle disse symptomene gjør det vanskelig for individet å knytte seg til en gruppe, men når man først får en gruppe oppe og stå med KUT, har det en positiv effekt på disse symptomene.

I Gruppeterapi inndeles de kurative faktorer i gruppe i 11 primære kategorier (Irvin Yalom, 1975):

1. Å skape håp; vite at andre mennesker har lignende erfaringer og problemer.
2. Universalitet; at mine erfaringer ligner erfaringene til andre i gruppen.
3. Deling av informasjon; å dele historier og bilder med andre i gruppen.
4. Altruisme; ved å hjelpe andre hjelper jeg meg selv.
5. En rekapitulering av primærfamilien gjennom å delta i en gruppe; jeg kan være del av en familie og en gruppe i framtiden.
6. Utvikling av sosiale mestringsmetoder; bryte med isolasjonen og knytte seg an til andre.
7. Imiterende oppførsel; å være rollemodeller for hverandre - hvis du kan, så kan jeg.
8. Interpersonlig læring/identifisering av ressurser i individet og i gruppen.
9. Gruppesamhørighet; å bli mottatt og respektert og motta og respektere andre.
10. Katarsis; lære hvordan å mestre og å uttrykke vanskelige følelser med andre mennesker til stede.
11. Eksistensielle faktorer; å være i dialog om eksistensielle problemer og å utforske fremtiden sammen med andre.

En undersøkelse basert på gruppeterapeutiske erfaringer med aktiv bruk av kunst og uttrykksterapeutiske metoder, gjennomført ved Psykososialt senter for flyktninger, løfter frem 8 viktige og potensielt kurative faktorer (Meyer, 2004). Dette er faktorer fremkommet på bakgrunn av deltakernes beskrivelser av egne opplevelser i møte med KUT-metoder i gruppe, metoder som blant annet kjennetegnes ved at det er gruppens egne ressurser som identifiseres og anvendes i kommunikasjonen.

1. Det å bli behandlet som et individ med en egen identitet i stedet for å oppleve seg som et objekt.
2. Gjennom kunst å finne uttrykk for symptomer og lære å mestre disse med hjelp av hverandre.
3. Styrke evnen til å være tilstede her og nå.
4. Oppleve å få vitner til egen historie ved at deltakerne forteller hverandre om opplevelsene.
5. Gjennom bevegelse skapes energi og dette gir følelse av liv i kroppen.
6. Gjennom kunst få nye erfaringer og perspektiver på gamle historier.
7. Oppnå at det skapes en distanse til egen historie og en tillatelse til å leke i et "overgangsrom" (asyltilværelse).
8. Det å skape og være med på grupperitualer kan føre til at en gjenvinner psykologisk balanse.

*"Det var den viktigste dagen i uken å komme og delta i gruppen," sier Emir om sine opplevelser i gruppeterapien. "For meg var det viktig å komme til gruppen. Når jeg kom hit, følte jeg at jeg ikke var alene med mine problemer. Menneskene/deltagerne i gruppen hadde problemer som lignet mine egne. Jeg følte en frihet til å snakke om mine erfaringer uten å bli dømt som gal eller bli sett ned på".*

John Schlapobersky, terapeut ved The Medical Foundation i London, har understreket verdien av gruppearbeid med flyktninger. Han anser at de trenger gruppetilhørighet mer enn spesifikk, individuell behandling. Han siterer en av sine egne gruppedeltagere: "Mennesker som er blitt skadet har sitt eget språk. Vi snakker med hverandre slik døde mennesker gjør det, uten å høre. Det vi har opplevd, snakker med sine egne tegn. Slik er vårt språk", sa han, han lente seg fram og tok hendene til de to som satt på hver sin side av ham. Plutselig satt alle gruppe medlemmene og holdt hverandre i hendene som en stille bekreftelse på det han hadde sagt (Schlapobersky, 1987).

Judith Lewis Herman framhever det samme med en mer utførlig begrunnelse (I voldens kjølvann, 1995): Traumatiske hendelser ødelegger de bærende bånd mellom den enkelte og det sosiale fellesskap. De som har overlevd lærer at deres selvfølelse, deres oppfattelse av egenverd og av menneskelighet, avhenger av en følelse av å være forbundet med andre. Solidariteten i en gruppe gir den sterkeste beskyttelse mot angst og forvirring, og er den sterkeste motgift mot traumatiske opplevelser. Traumer isolerer, mens gruppen skaper en følelse av å høre til. Traumer gir skam og stigmatiserer, mens gruppen



lytter og bekrefter. Traumer degraderer ofre, men gruppen oppgraderer. Traumene umenneskeliggjør ofre, men gruppen restaurerer hennes/hans humanitet (side 263). På grunn av angst og manglende tillit går veien til å delta i en gruppe ofte gjennom å starte i individualterapi. Terapeuten kan ha pasienten både i individualterapi og i gruppe.

Sosialt sett er isoleringstendens etter traumatisering et fremtredende trekk. Å tilhøre en gruppe eller et samfunn, vil bryte isolasjonen og tilbaketrekningen etter å ha vært utsatt for organisert vold og medføre at en kan komme i gang med livet igjen. Under krigen i det tidligere Jugoslavia viste det seg at kvinner som hadde vært utsatt for krigshandlinger og vold, spontant sluttet seg til organiserte terapigrupper. Det ble opprettet flere kvinnesentre i Bosnia under krigen, bl.a. i Zenica, Tuzla og Sarajevo, før forholdene normaliserte seg. I byen Zenica tilbød lokale fagfolk, støttet av humanitære organisasjoner, gruppeterapi for voldsrammede kvinner. Pga. plassmangel fant gruppeterapien sted i oppholdsrommet. Kvinnene hadde fra før av et engasjement i å sy, dette var en aktivitet som disse kvinnene kunne og var flinke til. Der de satt i ring begynte de å sy, og etter hvert kom samtalen i gang (Dahl og Schei, 1996).

I KUT-grupper tar man utgangspunkt i ressursene til deltagerne, for å skape trygghet og sikkerhet. Først etter at trygghet og sikkerhet er etablert, vil samtalen om det vesentlige komme i gang. Eftervirkningene etter ekstreme traumer fra krig og tortur utløses ofte først når ofrene kommer i sikkerhet, som for traumatiserte flyktninger vanligvis betyr ankomst til et asylmottak i et fremmed land eller en fremmed del av ens eget land. Etter spenningen, aktiviteten og angsten under den ofte langvarige fluktperioden, havner de plutselig i en situasjon som er preget av fremmedgjøring, monotoni og passivitet.

Fra å ha all oppmerksomhet rettet mot ytre trusler og farer, får voldsopfrene plutselig tid og ro til å vende oppmerksomheten innover, til kropp og sinn. Dermed dukker det ofte opp grusomme bilder og minner fra de erfaringer de har opplevd.

## **Spontanitet**

Kunst- og uttrykksterapi er en metode som stimulerer kreativitet og spontanitet.

Jakob Levy Moreno (født i 1889) var grunnleggeren av gruppepsykoterapi, sosiometri og psykodrama. Han utviklet teorien om spontanitet og kreativitet: Kreativiteten er substansen, og spontaniteten er det som fører kreativiteten ut i livet. Spontanitet betyr å ha en adekvat respons til en ny situasjon eller en ny respons til en gammel situasjon

(Moreno 1989, Røine 1992, Moreno 1993). Uten spontanitet er det ikke noe liv. Det motsatte av spontanitet er angst: En blir stiv og ubevegelig, det er ingen energi til å realisere kreativiteten. De viktigste evnene å få i gang etter traumatiske opplevelser er: imaginasjonsevnen, forestillingsevnen, bevegelsesevnen og få nye perspektiver på nye og gamle situasjoner.

Ut fra denne forståelsen vil hovedmålsettingen i den første fasen etter traumet være å skape trygghet og spontanitet i gruppearbeidet. Denne første fasen kan også kalles oppvarmingsfasen. Gruppen forbereder seg til å møte en gammel situasjon på en ny måte og møte framtiden på en adekvat måte. I grupper med traumatiserte kan denne oppvarmingsfasen ta lang tid.

## **Faser i helingsprosessen i gruppearbeid**

For å lette det terapeutiske arbeidet med voldsofre har Herman (1995) laget en modell hvor hun inndeler helingsprosessen i tre faser med tilhørende terapeutiske oppgaver:

1. Trygghet
2. Gjenerindring, sorg, aggresjon
3. Opprettelse av brutte forbindelser

Ved Psykososialt senter for flyktninger ble denne modellen bearbeidet og tilføyd en fjerde fase (Meyer 1999, 2004). Fase 4 angår spesielt flyktninger i eksil, og dreier seg om forberedelse til hjemreise og repatriering.

Faseinndelingen og de forskjellige fasenes symptomatiske og terapeutiske kjennetegn er skjematisk nedenfor.

Søylen til venstre markerer terapeutisk oppgave, tidsorientering under gruppearbeidet, hvilke emner en fokuserer på, ensartet eller uensartet traumbakgrunn i gruppen, stabilitet og grenser i deltagerforhold, tidsbegrensning, terapeutisk struktur og gruppelederstil. Kategoriene gruppesamhold og konfliktterskel beskriver vanlige gruppesymptomer over tid i de forskjellige fasene.

Hensikten med arbeidsmodellen er å hjelpe terapeuter til å få et fokus, men ikke at denne skal følges som en oppskrift. Det kreves derfor fleksibilitet av gruppelederne. Hvilken fase den enkelte klient befinner seg i kan skifte fort, avhengig bl.a. av hva som skjer i det ytre rommet - nye tap, familiegjenforening, forberedelse til tilbakereise, tvungen utreise osv.

Gruppe:	Faser i helingsprosessen			
	I	II	III	IV
TEMA	Komme hjem til kroppen		Komme hjem til gruppen (familien)	Komme hjem til samfunnet - arbeid - politikk osv
Terapeutisk oppgave	Trygghet Spontanitets- trening	Traume- bearbeidelse	Gjenskapelse av forbindelser - Identitet	Etablere realistiske forventninger i forhold til hjemreise, evt. å bli
Tidsorientering	Nåtid	Fortid	Nåtid, fremtid	Fortid, nåtid og fremtid
Fokus	Egenomsorg	Traumet	Interpersonelle forhold	Egenomsorg, interpersonelle forhold
Medlemskap	Homogent	Homogent	Heterogent	Homogent
Grenser	Fleksible, åpne	Lukkede	Stabil, langsom utskiftning	Stabile
Grappesamhold	Moderat	Meget sterkt	Sterkt	Moderat
Konfliktterskel	Lav	Lav	Høy	Moderat
Tidsavgrensning	Ubestemt eller gjentagende	Fast	Ubestemt	Fast
Struktur	Didaktisk	Målorientert	Ustrukturert	Målorientert
Eksempel	KUT Mestrings- aktiviteter Bevegelsesgrupper Didaktiske gruppesamtaler Spontanitetstrening	Traume- bearbeiding Sorggruppe Brevskrivning Vitnesbyrd Storytelling Poesi-Bilde	Interpersonell psykoterapi- gruppe Samtale KUT Film	Psykodrama- gruppe, rolletrening for fremtiden KUT Film – Foto Scenario- tenkning
Gruppelederstil	Aktiv deltagende	Aktiv deltagende	Tilstede, støttende (passiv)	Aktiv deltagende

Denne modellen er modifisert og utvidet etter J. L. Hermans modell (1995). Repatrieringsmodellen er utviklet av Melinda Ashley Meyer.

KUT = Kunst- og uttrykksterapi

## Fase 1: Trygghet

I første fase etter at flyktingen er kommet i sikkerhet, eventuelt til et asylmottak, er det viktigste å etablere trygghet innbefattet grunnleggende kroppsfunksjoner. Disse er ofte blitt forstyrret under fangenskap og flukt, så som å spise, puste, sove, normal blære- og tarmfunksjon osv. Flyktingene er ofte forvirret ved ankomsten til et nytt land. Språket er ukjent, familien er kanskje blitt igjen i hjemlandet. En ikke uvanlig hendelse er at et fremmed menneske kan minne dem om en fangevokter, eller at støvet på gulvet i mottaket kan minne om støvet i konsentrasjonsleiren. Før en vet ordet av det, er de langt borte fra tryggheten og tilbake til kaos og lidelse. Derfor er det hensiktsmessig i alle mottak å danne grupper med trygghet, egenomsorg og spontanitetstrening som målsetting. Fokuset i gruppen må være på "her og nå"-situasjonen, slik at alle føler seg tilstede i rommet og ikke tilbake i hjemlandet. De fleste flyktinger er kommet ut av situasjoner de aldri hadde drømt om å befinne seg i. Mange kommer fra en hverdag der krig er normalt tilstanden. Derfor er fokus på egenomsorg og mestring viktig for å hjelpe dem å ta vare på seg selv og få fram ressurser som de har i seg.

Ved å formidle kunnskap om vanlige traumereaksjoner kan flyktingene forstå at de har en "sunn" reaksjon på en "syk" situasjon. Det er viktig å understreke at de ikke blir sett på som pasienter, men som mennesker som reagerer normalt på en ekstremt unormal livssituasjon. I første fase er ofte gruppedeltagerne så sårbare at en bør unngå å oppmuntre til at de forteller om hva de har opplevd. Det kan bli så overveldende at de forlater gruppen, fordi de ikke orker å kjenne på mer av egen og andres smerte.

Sansene er som regel delvis eller helt lukket, som en beskyttelse mot indre og ytre smerte. Derfor bør strukturen i gruppen være repeterende og forutsigbar. Informasjon og kunnskap repeteres, handlinger repeteres, slik at rammen for innholdet oppleves som et ritual. Innenfor dette ritualet kan nye ritualer skapes. Aktiviteter basert på ressursene deltagerne har fra før, baking, strikking, syarbeid og musikk, bør anvendes som et uttrykk i denne fasen.

En fokuserer ikke på potensielle konflikter gruppedeltagerne imellom. Gruppefølelsen oppstår ved at alle i rommet har vært gjennom lignende situasjoner. I denne fasen føler ingen seg presset til å engasjere seg aktivt i andres opplevelser. Gruppen kan være kroppsorientert med fokus på å hjelpe deltagerne til å komme i gang med livet og knytte forbindelser til den personen han/hun var før overgrepet skjedde.

Ved å arbeide med bevegelser, pust og bakkekontakt aktiviseres livsenergi og spontanitet. En unngår passivitet og stimulerer tiltakslust. Gruppedeltagerne kan få undervisning om de

vanlige stressymptomene etter traumer og hva den enkelte kan gjøre for å hindre kronifisering. I begynnelsen, mens passivitet og isolasjonstendensen fremdeles dominerer, bør gruppemedlemmene oppmuntres til egenaktivitet. Gruppen er ikke tidsbegrensende og tilbys minst to ganger i uken for nye deltagere.

## **Fase 2: Traumebearbeidelse**

Traumebearbeidelse i gruppe krever erfarne gruppeterapeuter. I denne fasen er terapeutenes viktigste oppgave å hjelpe gruppedeltagerne til erindring av det som har skjedd og traume- og sorgarbeid.

Hvis denne fasen kommer for brått på og ikke alle er forberedt, kan gruppen gå i oppløsning. Her er noen av årsakene:

- Gruppen har ikke vært forberedt nok på målsettingen, nemlig traumebearbeidelse, med den konsekvens at folk ikke har forpliktet seg til arbeidet.
- Historiefortelleren formidler aggresjon ved å kaste sin egen fortelling i ansiktet på tilhørerne. I stedet for å bearbeide og integrere sitt eget traume ønsker han/hun å kaste fra seg en uønsket del av sitt liv. De øvrige gruppemedlemmene vil kunne oppleve dette som et overgrep.
- Fortelleren kan nære et sterkt ønske om å dele sine erfaringer med de andre, men plages av skyldfølelse og angst etterpå fordi mulighetene og begrensningene ved å dele historien med andre ikke var vurdert på forhånd.

Herman skriver om denne fasen (1995): "Grupper som har begynt løfterikt kommer til å oppløses i frustrasjon og skape smerte og bitterhet hos alle deltagerne. En gruppes destruktive potensial er like stort som den terapeutiske muligheten. Gruppelederens rolle kan medføre risiko for uansvarlig utøvelse av autoritet. Konflikter som bryter ut blant gruppemedlemmene kan alt for lett gjenskape dynamikken i den traumatiske opplevelsen, hvor gruppemedlemmene får rollene som overgriper, medsammensvoren, tilskuer, offer og frelser. Slike konflikter kan skade de enkelte deltagerne og føre til gruppens oppløsning."

Konklusjonen er at en slik traumebearbeidelsesgruppe må forberedes godt og alle gruppedeltagere bør være intervjuet minst to ganger på forhånd. Alle gruppedeltagerne må være godt forberedt på hva som skal skje, må være klar over hensikten med bearbeidelsen og være motivert for deltagelse. Gruppen bør være tidsbegrenset, slik at ikke bearbeidelsen oppleves som endeløs. Forutsetning for å kunne høre på og ta imot

hverandres historier, krever at alle gruppedeltagere på forhånd har opparbeidet en grense mellom seg selv og andre, dvs. at en opplever seg selv som subjekt (fase 1). Det er en fordel om gruppelederen kjenner gruppedeltagerne på forhånd, enten fra fase 1 eller ved at de har hatt deltagerne i individualterapi.

Metoder å jobbe med i denne fasen er brevskrivning, dikt/poesi, maling, tegning, bevegelse og "testimony" gjennom historiefortelling/storytelling. Her er fokuset i den kunstneriske prosessen å få bearbeidet historien slik at den blir mindre privat og mer universell.

### **Fase 3: Integrering**

I denne fasen er den viktigste terapeutiske oppgaven gjenopprettelse av indre og ytre forbindelser. En fokuserer i gruppen på å anvende ny livserfaring i et nytt land. Hvordan kan gruppen som helhet hjelpe de enkelte deltagerne til å skape et eget rom i det nye landet? Fokus er på nåtid og framtid. Hvordan kan gruppen anvende ny kunnskap og livserfaring i framtiden? Hvordan går jeg videre i livet og hva kan jeg bruke denne nye erfaringen og kunnskapen til? Her kan man bruke scenariotenkning som en metode og bruke drama til å spille ut tanker om livet i framtiden. Gruppelederen oppmuntrer til direkte kommunikasjon mellom gruppe medlemmene og anvender eventuelt uttrykksterapeutiske metoder til å forberede dem til å løse de nye utfordringer både her og nå og med tanke på framtiden.

### **Fase 4: Repatriering**

Repatriering etter indre eller ytre eksil er et forskningsområde i rask vekst. Idealet er at hjemreisen skal være den beste løsningen for alle flyktninger i eksil. I praksis viser det seg imidlertid at det kan oppstå komplikasjoner. En av de beste måtene å forebygge komplikasjoner på, er å være godt forberedt (Meyer, 1997). En av forutsetningene for en vellykket hjemsendelse er bl.a. at det skjer frivillig. Repatrieringsprosessen bør ikke starte den dagen det er aktuelt å begynne å forberede en hjemreise. Repatriering bør begynne allerede den første dagen i eksil.

Forberedelsesgrupper bør ha som målsetting å etablere realistiske forventninger i forhold til hjemreise. Gruppen bør være homogen, dvs. bestå av flyktninger som skal tilbake til samme sted eller flyktninger som vil forberede seg på hva de vil møte når de reiser hjem, eventuelt hva vil de møte hvis de blir i Norge. Gruppen bør være tidsbegrenset. Tidsfokus

varierer mellom fortid og nåtid. Hvordan var det før, visuelt, økonomisk, sosialt, profesjonelt og privat? Hvordan er det nå? Hvordan er det å komme til dette landet og være i eksil? Og fremtiden, hvordan kommer det til å bli når jeg kommer hjem? Hvordan kommer det til å bli hvis jeg blir her? Her bør det jobbes med scenariotenkning, fremtidsprosjeksjoner som man kan bruke både bilde, maling, drama og skrivearbeid til.

## **Bruk av tolk i gruppe**

Tolkens rolle i fase 1 og fase 4 er noe annerledes enn i tolkearbeid generelt. Enhver tolk som er med i en aktiv deltagende prosess, dvs. som i KUT, fysisk trening eller i en kreativ aktivitet, må også være en aktiv deltagende person. Det betyr å delta i bevegelsene og i aktivitetene og vise bevegelsene under oversettelsen, slik at aktiviteten vises og instruksjonen oversettes. Det er en direkte kopi av lederen, tolken speiler det lederen gjør og sier. Dersom tolken sitter og oversetter for gruppelederen uten å delta, vil gruppen oppleve tolken som en utenforstående observatør. Dette vil påvirke tryggheten i gruppen. Prestasjonsangsten øker og følelsen av at gruppen holder en og danner trygghet, blir svekket.

Tolken sitter alltid ved siden av gruppelederen. Dette utfordrer deltagerne til å snakke høyt og tydelig. En bør unngå at tolken blir dratt inn i private samtaler og dermed oppleves som et gruppemedlem. I fase 2 og 3 bør tolk unngås, dersom det er mulig. Tolkens rolle her kan føre til passivitet og stigmatisering. Gruppemedlemmene kan oversette for hverandre. Dette vil øke samholdet og engasjementet. Kartlegging av språkressurser øker mulighetene for å anvende deltagerne som aktive medhjelpere. Mange gruppedeltagere sier at det er i gruppeterapien de har lært å anvende begge språk, både eksilspråket og morsmålet. De er også blitt oppmerksomme på forskjellene som oppstår i dem selv.

Kulturen ligger i språket de snakker. Det er temaer som er lettere å snakke om på norsk enn på morsmålet og vise versa. Følelser er ofte knyttet til morsmålet, mens eksilspråket ofte gir en emosjonell distanse. Når en jobber uten tolk, kan det være et viktig ledd i traumbearbeiding at klienten gjentar historien på sitt eget språk. Det er også viktig at man holder nivået på aktiviteten så lavt at deltagerne opplever at de mestrer det som skjer og at de utvikler gruppens språk, slik at den måten gruppen kommuniserer med hverandre på blir en del av gruppekulturen.

## Avslutning

Kunst- og uttrykksterapi i gruppe har vist seg å være en velegnet terapiform for traumatiserte flyktninger. Mange flyktninger kommer fra land hvor dans og sang og andre uttrykk er naturlige å ta i bruk fordi de er en del av ritualene i deres egen kultur, mens den tradisjonelle, verbale psykoterapimetoden kan være mer fremmedgjørende. Flyktingene er ofte ikke vant til å sette seg ned og snakke, mange har aldri vært i terapi, og det å snakke til fremmede om sine problemer kan være en ukjent tanke. Hjemme hos familien er ofte det stedet der man åpner sitt hjerte. Gruppedeltagelse fungerer derfor som realitetsorienterende og solidaritetsstimulerende i seg selv.

Klinikere som ønsker å begynne med gruppeterapi med flyktninger, bør være oppmerksomme på at en grundig vurdering av potensielle gruppedeltagere i forhold til fase i helingsprosessen, er avgjørende for utfallet av gruppearbeidet. Her gjelder ordtaket at like barn leker best. Politisk, etnisk, religiøs og politisk tilhørighet blant gruppedeltagerne bør vurderes. Ut fra våre erfaringer foretrakk deltagerne selv blandede grupper når det gjaldt kjønn og nasjonalitet. På den andre siden er det velkjent at kvinner ofte vil foretrekke å være i rene kvinnegrupper, særlig hvis de har vært utsatt for seksuelle overgrep og at de er i fase 2.

For å drive traume- og sorgbearbeidelse må en engasjere erfarne terapeuter, fortrinnsvis to som jobber sammen. Det er også viktig at lederne har veiledning i den perioden hvor sorgprosessen og traumbearbeidelsen foregår. Fasene behøver ikke å skje i den rekkefølgen det er satt opp. Svært ofte kan man starte med en repatrieringsgruppe med en gang folk kommer i eksil. Fase 1 og fase 2 kan også slås sammen. Noen kan være i en trygghetsskapende gruppe i mange år, og den kulturelle fase 3 kan man også starte med først, eller man kan ha en kombinasjon av flere. Det viktigste er at man ikke går rett til traumbearbeidelse i fase 2 uten å først å ha gjennomgått fase 1. Som sagt i innledningen, er modellen laget for å gi noen ideer, den er ikke noen oppskrift.

## Litteratur

Herman, J. L. (1995). *I voldens kølvand: Psykiske traumer og deres heling*. København: Hans Reitzels Forlag

Meyer, M. A. (2004). The garden of praise and lament. *Poiesis, Journal of The Arts and Communication*.



- Meyer M. A. (1997). Når livet vender tilbake: Uttrykksterapi i gruppe med traumatiserte flyktninger. I N. Sveaass & E. Hauff (Red.), *Flukt og fremtid: Psykososialt arbeid og terapi med flyktninger*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Dahl, S., & Schei, B. (Red.). (1996). *"The burden left my heart": Experiences from a group psychotherapy project among displaced woman in a war- zone*. Oslo: Norsk Folkehjelp.
- Yalom, I. D. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Røine, E. (1992). *Psykodrama*. Oslo: Artemis forlag.
- Schlapobersky, J. (1987). Rehabilitation work with victims of torture in London. In D. Miserez (Ed.), *Refugees – the trauma of exile: the humanitarian role of Red Cross and Red Crescent*. Dordrecht: M. Nijhoff.

# Bruk av tolk i psykiatrisk og psykologisk behandling

Zarin Pettersen og Kirsti Jareg

Hensikten med denne artikkelen er å formidle erfaringer fra Psykososialt senter for flyktninger vedrørende tolking i terapeutiske samtaler. I slike samtaler er det ekstra viktig at det er høy kvalitet på tolkingen som utføres. Denne kvaliteten sikres ved at både tolk og behandler arbeider profesjonelt i forhold til tolking, og at de er enige om spillereglene. Artikkelen vil fokusere på hva behandler og klient kan forvente av en tolk, og hva en tolk kan forvente av en terapeut eller behandler. I denne artikkelen brukes betegnelsen "klient" om både pasienter og klienter. Punktene nedenfor foreligger også som en tolkebrosjyre for andrelinjetjenesten innen psykisk helsevern.

## Hva forventes av tolken?

- Tolken bør underskrive erklæring om taushetsplikt på stedet der tolkingen foregår. En del tolker har allerede underskrevet taushetsplikt på tolketjenesten der de er ansatt. Uansett anbefales det at tolken også underskriver en taushetsplikterklæring på poliklinikken eller stedet der samtalen finner sted med flyktningen til stede. En del flyktninger er spesielt sensitive til om tolk og behandler overholder taushetsplikten og er spesielt engstelige for at informasjonen lekker videre til eget eksil- eller minoritetsmiljø i Norge.
- Tolken åpner første samtale med å gjengi tolkereglene på klientens eget språk. Alle kvalifiserte tolker vet hva tolkereglene er. Tolkereglene skal så gjentas til behandler på norsk. Tolkereglene innebærer blant annet informasjon om at tolken har taushetsplikt, at tolken skal oversette alt som blir sagt og at man ber om at behandler og klient snakker i korte setninger slik at oversettelsen blir korrekt.
- Mobiltelefonen til tolken skal være avslått under samtalen.
- Tolken skal kun tolke det som blir sagt. Tolken skal ikke legge til noe for å forsøke å øke forståelsen for det som sies.
- Tolken skal tolke alt som blir sagt. Tolken skal ikke la være å tolke noe som behandler eller klient sier, selv om tolken måtte finne ytringene ubehagelige eller pinlige.

- Tolken skal ikke formulere egne spørsmål, oppklare misforståelser eller gå i dialog på egne vegne. Hvis for eksempel klienten begynner å snakke direkte til tolken, skal dette bare tolkes som vanlig til behandler. Tolken skal ikke svare tilbake på slike direkte henvendelser. Hvis behandler eller klient spør tolken om hva den andre sa i et forsøk på å oppklare noe som virker uforståelig, skal også dette tolkes som vanlig. Hvis for eksempel behandler spør tolken "hva mener han egentlig?", så skal tolken formidle denne ytringen videre til klienten, og si "hva mener han egentlig" uten å besvare spørsmålet. Det er behandler og klient som skal oppklare misforståelser seg i mellom, ikke tolken.
- Ytringene som tolkes skal være i "jeg-form". Dette innebærer at tolken tolker det som blir sagt i førsteperson. Et eksempel kan være følgende: Klienten sier "Jeg føler meg syk". Tolken skal si "Jeg føler meg syk" og ikke "Han sier at han føler seg syk".
- Tolken tar noen ganger notater under samtalen for å bedre huske det som blir sagt. Alle notater som tolken tar i konsultasjonen, skal makuleres eller rives i stykker i klientens påsyn.
- Det er ønskelig at tolken ikke har kontakt med klienten på fritiden. Faren er stor for at tolken plutselig sitter med en del opplysninger som behandleren ikke har. Dette kan sette tolken i et dilemma i selve tolkesituasjonen. En annen ulempe kan være at klienten begynner å be tolken om tjenester, for eksempel å oversette offentlige brev, som tolken sier nei til. Hvis klienten som en følge av dette føler seg avvist, kan avslaget ødelegge hele behandlingssituasjonen fordi klienten er sint på tolken.
- Av grunner nevnt ovenfor bør ikke tolken ta private oppdrag fra klienten selv om sistnevnte ber om dette.
- Tolken eller tolketjenesten bør kunne si fra om tolken kan tolke over tid. Tolkning i psykiatri innebærer ofte fortrolige samtaler over tid. Det kan ta tid for en flyktning å stole på en tolk og på en behandler, og det er svært uheldig for behandlingen hvis man må benytte ulike tolker eller skifte ut en tolk når tilliten er bygget opp. En del flyktninger som oppsøker psykiatriske helsetjenester, har problemer med å stole på andre som en ettervirkning av utstrakt overvåking fra myndighetene, fengselsopphold og tortur. Tillit til tolken og stabilitet i relasjoner kan bli avgjørende for behandlingsrelasjonen.

## Hva forventes av behandler?

- Bruk en kvalifisert tolk som har tolkeutdannelse. Hvis det ikke er mulig å benytte en kvalifisert tolk som kan være til stede i samtalen, kan telefontolk være et godt alternativ. Det forutsettes at tolken befinner seg alene i et rom der andre ikke kan høre det som sies.
- Bestill riktig språk. Det finnes for eksempel flere kurdiske språk, og det arabiske språket kan variere svært mye fra ett land til et annet.
- Oppgi nøyaktig navn, adresse og telefonnummer til behandler. Tolkene strever ofte med å finne fram til riktig sted. I en hektisk hverdag er nøyaktige opplysninger som gjør det lett å finne fram, til stor hjelp for tolken.
- Oppgi hvor lenge konsultasjonen vil vare.
- Oppgi saksområde, for eksempel terapeutiske samtaler med en psykotisk person, slik at tolken kan forberede seg mentalt og faglig.
- Sørg for at tolken får vite hvor mange som vil være til stede under samtalen. Dette gjør at tolken faglig og mentalt kan forberede seg til samtalen. Tolken kan for eksempel velge å bruke simultantolking som tolkemetode hvis det er flere til stede.
- Bestill nok tid til en forsamtale med tolken første gang for å bli enige om felles retningslinjer for samarbeid. En forsamtale utgjør ca. 15 minutter der behandler og tolk gjennomgår hvor i rommet de skal sitte, avklarer forhold rundt taushetsplikt, tolkereglene, pauser og andre praktiske ting.
- Avsett tid til en kort ettersamtale hver gang. Målet med denne er at behandler og tolk kan drøfte samarbeidet og finne ut hva som eventuelt kan gjøres bedre. Her er det best å være ærlig, ellers kan eventuell irritasjon partene måtte ha, komme til uttrykk i selve konsultasjonen med klienten til stede. Tolken vil i ettersamtalen også få en mulighet til å drøfte eventuelle følelsesmessige påkjenninger samtalen har medført. Dette hindrer at tolken går videre til neste oppdrag eller hjem til seg selv, med mange sterke inntrykk fra terapirommet uten mulighet til å "lufte" dette. Terapeuten kan fortelle klienten at en slik ettersamtale innebærer en drøfting av samarbeidet, og ikke av klienten.
- Respekter tolkens tid. Det er ofte andre oppdrag som venter. Det er behandlerens ansvar å avrunde en samtale slik at tolken kan gå til avtalt tid. Behandleren må ikke legge ansvaret på tolken for at samtalen avsluttes.
- Gi informasjon til klienten om hva tolkens oppgaver er. Det er for eksempel viktig å si at tolken ikke skal oversette papirer eller gjøre annet arbeid, men kun tolke i

samtalene. På den måten får klienten vite hva hun eller han kan forvente og ikke forvente av en tolk.

- Sitt i trekant slik at pasient og behandler sitter vis-à-vis hverandre og har øyekontakt. Behandler skal se på klienten under hele samtalen, slik man ville ha gjort uten tolk tilstede.
- Finn ut om flyktingen stoler på tolken hvis dette ser ut til å være en problemstilling. Behandler kan spørre om klienten har noen forslag til hvordan dette tillitsproblemet kan løses. Det er imidlertid viktig å respektere at klienten ikke vil fortelle visse ting med tolk tilstede. Det går for eksempel an å dele en samtale i to, første del med tolk og andre del uten tolk.
- Legg inn pauser på samtaler som overskrider ca. 60 minutter og avtal dette med tolken. Det er svært slitsomt å tolke. En profesjonell tolk tolker ikke bare ytringene, men også det følelsesmessige innholdet i "jeg-form". Tolken har aldri pauser i samtalen, slik både klient og behandler har når de venter på at tolken oversetter det de har sagt.
- Bruk korte setninger. Både behandler og klient må legge til rette for at tolken ikke må tolke lange setninger. Hvis klienten sier lange setninger uten pause, kan behandler minne om at korte setninger er nødvendig slik at tolken får tolket det som blir sagt på en korrekt måte.
- Unngå ordtak og unødvendig vanskelige ord. En del ordtak og norske metaforer kan være vanskelig å tolke slik at den nøyaktige meningen kommer fram. Det kan også være at tolken ikke selv er godt nok kjent med betydningen av norske ordtak eller svært vanskelige ord, slik at misforståelser oppstår.
- Tolken skal kun tolke, og skal ikke trekkes inn i samtalen. Tolken skal kun formidle det som sies, og terapeuten skal ikke spørre etter tolkens meninger i en samtale.
- Tolken bør ikke vente sammen med klienten før timen. Tolken risikerer da å bli spurt om tjenester eller få opplysninger som klienten ber tolken ikke si videre til behandler. Tolken bør inviteres til å vente på et pauserom eller liknende.
- Tolken skal tilbys pause uten klienten til stede. Tolken har også behov for pause uten å måtte forholde seg til klienten.
- Ikke la tolken sitte alene i terapirommet sammen med klienten. Selv om behandler bare skal ut et øyeblikk for å hente en journal eller liknende, skal behandler be tolken være med ut og vente. Slik unngår man at tolken blir satt i vanskelige situasjoner.

- Sørg for at tolken og klienten ikke må forlate stedet samtidig. På denne måten unngår man at tolken blir spurt om private tjenester eller liknende.
- Ikke gi bort tolkens telefonnummer. Mange tolker opplever å bli oppringt hjemme av mennesker de har tolket for, og en del blir utsatt for trusler hvis de ikke tar oppdrag.
- Tolken skal ikke hente eller kjøre klienten eller formidle beskjeder. Tolken skal være en fagperson, og ikke en hjelpende hånd.
- Ikke be tolken om ekstraoppgaver som oversettelser eller lignende. Oversettelser er en egen type arbeidsoppgave som krever spesielle kvalifikasjoner, og bør bestilles særskilt.

## Avslutning

Hvordan kan behandlere vite om man har å gjøre med en kvalifisert tolk? En måte for behandlere å avgjøre dette, er å kjenne til yrkesetiske regler for tolker. Disse er å finne på [www.tolkeportalen.no](http://www.tolkeportalen.no). Her kan man også finne en oversikt over tolker. I nasjonalt tolkeregister, et register som kvalitetssikres av IMDi (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet), går det blant annet fram hva slags kvalifikasjoner tolken har, hvilke språk han eller hun behersker og kontaktadresse.

## Litteratur:

Jareg, K., & Pettersen, Z. (2006) *Tolk og tolkebruker: To sider av samme sak*. Bergen: Fagbokforlaget.

# Kulturelle aspekter ved sykdom og behandling

Toril Storholt

I det følgende presenteres noen grunnleggende aspekter ved kultur som er gode å ha i tankene i møtet med flyktninger/innvandrere. I tillegg presenteres noen konkrete ideer til måter å samtale om dette på. Når vi får flyktninger eller innvandrere i terapi er det mange spørsmål som melder seg. Vi føler ofte at vi møter en helt ny og fremmed verden. Når vi så møter problemer i denne situasjonen er det lett for oss å relatere disse til kultur – det må være noe i den andres kultur vi ikke kjenner som gjør at situasjonen blir så problematisk.

Vi er påvirket til å tenke kulturel relativistisk, det vil si at vi har lært at enhver kultur må forstås på egne premisser. Det gjør at vi blir opptatt av å forstå den andres kultur – og for å forstå er den nærliggende løsningen å lete etter kunnskap om den spesifikke "kulturen". Fordi vi ikke har mulighet til å sette oss inn i alle mulige "kulturer" på denne måten fører det til en følelse av at vi ikke mestrer. Det finnes imidlertid andre måter å nærme seg kultur på, blant annet kan en øke sin egen kultursensitivitet og tenke i termer av multikulturalitet.

Kulturbegrepet defineres blant annet slik: "Kultur er den komplekse helhet som består av kunnskaper, trosformer, kunst, moral, jus, og skikker, foruten alle de øvrige ferdigheter og vaner et menneske har tilegnet seg som medlem av et samfunn" (Keesing 1981).

Definisjonen av kultur er abstrakt og består av åpne variabler, derfor er det vanskelig å overføre denne definisjonen til praksis uten å henfalle til å gjøre kultur til faste enheter som blir til faste egenskaper og kategorier.

*Akkulturasjon* er den prosess der individet gjennomgår en forandring som et resultat av møtet med en annen og dominerende kultur. Den kulturelle endringen settes i gang av to eller flere kulturelle systemer, der individet selektivt velger ut kulturelle verdier fra en annen kultur. (Westermeyer and Williams 1986). Individet kan være på ulike steder i akkulturasjonsprosessen. Akkulturasjon ses på som en stressende og utfordrende prosess. Man kan grovt regne med fire forskjellige dimensjoner innen akkulturasjon:

*Assimilering* – som betyr at individet ser bort fra sin egen kulturelle kompetanse og tar til seg alle verdiene han/hun erfarer i den nye kulturen.





den stadige bevegelsen. Akkulturasjonsprosessen kan også ses på to nivåer, på gruppenivå og individnivå.

*På individnivå* kan en person befinne seg på ulike steder i forskjellige faser av akkulturasjonsprosessen og forskjellige sider kan være integrert i ulik grad. For eksempel kan normer for hva som er riktig atferd i forhold til eget og det annet kjønn være integrert i ulik grad. For noen kvinner vil normer og verdier på det nære intime området kunne være bestemt av hjemlandet mens de tar opp i seg og handler ut fra den nye kulturens normer når det gjelder utdanning og karriere. Det kan være nyttig å se hvor en person er i denne prosessen og i hvilken grad forskjellige sider av en person er integrert for å kunne danne seg et bilde av hvor en person befinner seg i en dynamisk akkulturasjonsprosess.

*På gruppenivå* kan det for eksempel være slik at individet kan være integrert i egen gruppe samtidig som gruppen er marginalisert fra storsamfunnet (ibid).

### **En flyktning/innvandrere er også et individ**

Det er viktig å se vedkommende flyktning/innvandrere som en *person* vi skal forholde oss til, istedenfor å se på ham/henne som en representant for en *hel kultur*. Som individer tolker vi verden på forskjellige måter. Hvordan individet vi møter tenker, kan vi bare finne ut av ved å spørre vedkommende.

Når vi sitter med spørsmålet: "Hva er denne personens kultur?" kan vi få mye verdifull informasjon ved å stille helt konkrete spørsmål til personen, som hva han/hun mener er riktig eller hva han/hun ville gjort om de hadde vært i hjemlandet med for eksempel smerten de nettopp har beskrevet. Hvis det er noen problemer forbundet med ekteskapet og vi ønsker å vite hvilke normer/forventninger klienten har til ekteskapet, kan vi for eksempel spørre hva klienten tenker om hvordan en god kone skal oppføre seg eller hvordan en ektemann skal være. Vi kunne også spørre vedkommende hva han/hun ville gjort for å løse disse problemene om de var i sitt hjemland.

I møte med etniske norske tar vi for gitt at den andre har den samme verdensanskuelse som oss selv og vi tenker ikke over at vi bør spørre vedkommende om hvorfor personen har kommet til terapi og hva vedkommende forventer av terapien. Vi tar for gitt at klienten vet hvorfor hun/han er der, noe som ikke alltid er tilfellet verken med nordmenn eller flyktninger/innvandrere. I det første møtet blir det derfor viktig med en god kontraktetablering (se Nyttige spørsmål, side 23).

## **Kultursensitivitet**

Kultursensitivitet vil si at man trener seg opp til å lære å se hvilke kulturelle forestillinger som kan være implisitt i hvordan klienten tenker om verden og sine problemer. En måte å gjøre dette på er å kjenne etter hva en selv føler og mener om situasjoner eller ting klienten forteller om, og i tillegg spørre klienten hva han/hun mener om samme tema. Det er klienten selv som er den beste informasjonskilden i forhold til å **fremskaffe** kunnskap om dennes verden. Når vi spør blir det viktig å reflektere over svarene og bevisst tenke over hvordan vi selv løser samme type problemer eller hva vi selv mener om ting. Dette hjelper oss også til å bli klar over egne verdier.

Vi kan lett bli etnosentriske hvis vi ikke er bevisst vår egne verdier, og disse blir da automatisk standard for hva som er normalt og riktig. Den andres syn som ikke alltid stemmer overens med hva vi selv mener vil følgelig oppfattes som "mindre verd". Fordi egne verdier ofte er ubevisste vil vi ikke oppdage forskjellen på en annen måte enn at vi føler at vi ikke kommer noen vei med klienten. Et eksempel på dette kan være tid. Det ligger implisitt en forventning om effektivitet i behandlingen av klienter, og fulle avtalebøker forutsetter at klienten kommer til avtalt tid. Når vi har klienter som ikke har samme forhold til tid og de kommer for sent til timen, oppleves det som frustrerende.

Både behandlerens refleksjon over eget ståsted og en samtale med klienten om tid kan bli viktig for å finne ut av problemet og løse det. Det kan være mange kreative muligheter å løse problemer på som vi kan være åpne for, når vi kjenner til begges forventninger til tidsbruk. I tillegg trengs det mer tid i terapien til å avklare den terapeutiske kontrakten når klienten er ukjent med det norske behandlingssystemet, og det trengs mer tid i de tilfellene (der) man benytter tolk.

## **Individ versus kollektivt orienterte samfunn**

Samfunn betegnes noen ganger som enten kollektivt eller individorienterte. Disse begrepene sier noe om individets plass og tilknytning til familien. I det samfunnet som er kollektivt orientert, er familien mye mer sentral i individets liv enn i det individorienterte samfunn, fordi familien i kollektivt orienterte samfunn har ansvar for å dekke en mye større andel av individets behov enn i det individorienterte samfunnet.

I et samfunn som er orientert mot det kollektive er individet en liten del av en større helhet – storfamilien. I et individorientert samfunn er det individet som står i sentrum heller enn storfamilien. Disse forskjellige orienteringer har altså ulikt fokus på individet, og får

betydning for hva vi vektlegger som viktig. Er det de individuelle interesser som kommer først eller familiens?

I Norge er vi individorientert. Dette resulterer i at vi ordner samfunnet etter prinsippet om at individet er i sentrum. Det innebærer at vi fokuserer på individet – individet får individuelle trygdeytelser, behandling, sosialstønad og arbeid uten at familien trekkes nevneverdig inn, individorienteringen er i stor grad institusjonalisert. I kollektivt orienterte samfunn er det familien som har ansvar for å ta vare på individet gjennom å yte økonomisk bistand, gi trygghet osv. De fleste flykninger i Norge kommer fra samfunn som er betydelig mer kollektivt orientert enn det norske.

Disse ulike perspektivene får konsekvenser for den behandling vi gir og for de løsningene vi velger. Hvordan kan dette vise seg i arbeid med flykninger?

Vi kan for eksempel oppleve at personen er mer opptatt av det familien forventer enn å følge legens anvisninger i behandlingen. Vi kan se det ved at en sykehusavdeling fylles opp av storfamilien på sykebesøk, siden det er alles plikt å ta ansvar for den syke, og de viser det gjennom sitt besøk. Det kan også føre til at klienten kan skrives ut tidligere enn andre klienter fordi det er så mange som tar ansvar for klienten hjemme. Vi som behandlere kan både oppleve "utidig" innblanding i behandlingen av klienten fra familiens side, og vi kan oppleve det som mye og god hjelp fra familien.

### **Ulik forståelse av sykdom og behandling**

Når kultur er noe som hele tiden skapes og gjenskapes i sosial samhandling, impliserer det også at mennesker i ulike samfunn og til ulike tider kan ha forskjellige forklaringer på hva som er sykdom og årsaken til at en har blitt syk. Et begrepspar som kan være et godt verktøy for å forstå slike ulike forklaringsmodeller på fenomenet sykdom er delingen Arthur Kleinmann har gjort mellom *illness* og *disease*. Denne distinksjonen peker ut to ulike ståsteder når man vurderer sykdom.

Begrepet "*Disease*" kan oversettes til sykdom, og er de objektive aspektene ved sykdom som en profesjonell ville komme frem til gjennom diagnoser og prøveresultater. Begrepet "*Illness*" kan oversettes til lidelse, og innebærer subjektets egen opplevelse av sin lidelse og hva vedkommende tenker kan være årsaken til denne (Kleinman 1980; Castillo 1997). Dette kan være forholdsvis uproblematisk når klient og behandler har samme kulturelle bakgrunn, men kan føre til misforståelser når de har forskjellig kulturell bakgrunn. Derfor blir det viktig å utforske både hva klienten tenker om sin sykdom (*illness*) og hva som kan være god behandling, samtidig som vi må ta i betraktning hva vi selv som profesjonelle

vurderer som god behandling for pasienten (disease). Et eksempel på dette kan være at mange flyktninger legger mer vekt på somatisk smerte enn på den emosjonelle delen. Når flyktningen har sterke familierelasjoner som ikke må trues, kan vedkommende legge mer vekt på å fortelle om: "at det klemmer for brystet så det er vanskelig å puste" enn på å snakke om sinne.

Gitt at uttrykket for mental sykdom er påvirket av kultur blir det sannsynlig at sykdomsforståelsen er forskjellig når behandler og klient har ulik kulturell bakgrunn. Siden mental sykdom i seg selv er et komplekst system av mening blir det viktig også å behandle klientens subjektive opplevelse av sin sykdom. Derfor blir det betydningsfullt å utforske hva klienten tenker om sin sykdom og hva klienten tenker kan gjøre henne eller ham frisk. For en vellykket behandling må både den objektive sykdommen og den subjektive lidelsen behandles (Castillo 1997).

Det vi kaller kultur omfatter også ulike perspektiver på kjønn. I dette ligger det at det kan finnes to sett retningslinjer innenfor samme samfunn, som omhandler hvordan en skal tenke, føle og handle som henholdsvis mann eller kvinne. Dette gjelder også i det norske samfunnet, men i en annen grad enn i mange av de samfunnene flyktninger kommer fra. Dette kan dreie seg om sterkt patriarkalske samfunn eller subkulturer hvor kvinner ikke har samme rettigheter som menn. Mannen er ofte overhodet i familien, han skal beskytte kvinner og barn og representere disse utad. Siden mannen har så stort ansvar for familien blir mannens ære også ofte knyttet til kvinnens atferd. Dette innebærer at både mannen og resten av familien risikerer å miste sin ære hvis kvinnen gjør noe usømmelig og bringer skam over sin familie. Dette har forbindelse med at mennene ses på som om de ikke tar vare på eller har kontroll over kvinnene i familien. Kvinner i slike samfunn er sosialisert til å innordne seg storfamilien. De bærer på erfaringer som bekrefter at de ikke kan ha innflytelse over egne liv. Kvinner som gjør opprør mot mannens og samfunnets dominans, setter ofte seg selv i alvorlig fare for vold og overgrep og i verste fall drap. En del av disse kvinnene ender opp som asylsøkere i blant annet Norge.

Mange flyktninger kommer også fra kjønnssegregerte samfunn der kvinner og menn for eksempel går på ulike skoler, har ulike typer arbeidsoppgaver og så videre. For begge kjønn vil det å møte vår kjønnskultur være en utfordring. Den norske kjønnskulturen innebærer en større grad av kjønnsblanding og likhet mellom kjønnsrollene enn en del andre samfunn har. Andre utslag av vår kjønnskultur er sex-fiksert reklame eller nakenhet som framvises på film og i media.

Mange ansatte i helse- og sosialsektoren er kvinner. Mannlige flyktninger må plutselig forholde seg til kvinner som har makt til å påvirke grunnleggende betingelser i livene

deres. Slike forhold kan for eksempel være avgjørelser i barnevernssaker, tvangsinnleggelse eller avgjørelser vedrørende økonomisk støtte. Dette møtet med et samfunn der kvinner har mye makt, kombinert med at mannen har mistet nesten alt han eier, kan for noen medføre sinne og en sterk følelse av avmakt. For mange menn kommer tap av status som mann i tillegg til de andre tapene (arbeid, sosial status, tilhørighet, nettverk, familie, eiendom, hjemland). For kvinner vil for eksempel tap av det nære kvinnenettverket og beskyttelsen dette ga, kunne oppleves som problematisk og føre til ensomhet.

## **Multikulturalitet**

Vi har ofte en tendens til å overfokusere på å skaffe oss kunnskap om den kulturen klienten representerer. Noen ganger blir dette så viktig at vi glemmer at det er et individ som kommer til behandling og ikke en representant for en kultur.

Mange ganger kan det være til hjelp å tenke på hva vi ville gjort hvis personen var norsk. Et eksempel kan være at den nære familien til en psykisk svært syk person ikke klarer å akseptere at vedkommende er syk. Familien tenker at hvis denne personen blir gift vil alt ordne seg. Hva ville vi gjøre om disse var norske? Å sette problemstillingen i en "norsk" kontekst vil ofte kunne avmystifisere problemet. Mange situasjoner lager vi mer eksotiske enn det som er nødvendig. Som terapeut har vi allerede en mengde ressurser som kan brukes.

Det er viktig å huske at den kunnskapen vi erverver oss gjennom f.eks. antropologisk litteratur er generalisert kunnskap på samfunns- og gruppenivå og at det innad i den gruppen som beskrives på et slik nivå kan være store individuelle forskjeller. Videre er det mange av de menneskene som kommer til Norge som ønsker å bruke den muligheten dette samfunnet gir til å leve et annerledes liv enn det de gjorde i sitt hjemland. For å finne ut dette, blir det viktig å ikke kategorisere etter "kulturer", men heller fokusere på individet.

Multikulturalitet vil si at vi har en sosialkonstruksjonistisk tilnærming til mennesker vi har i behandling. Her rettes fokuset mot det lokale handlende mennesket istedenfor at vi bruker gjennomsnittsmennesket som mal for hvordan individet er. Da kan kulturen komme mer i bakgrunnen og bli en mer naturlig del av helheten istedenfor det som er styrende for individets handlinger.

Hvis vi tenker på at kultur blir til i møtet mellom mennesker, vil det si at kultur blir til i terapirommet også. I et møte der vi lærer en annen å kjenne gjør det noe med oss. Vi har lært noe nytt, kanskje har vi til og med noen ideer vi hadde om verden blitt endret. Det

samme skjer med den som møter oss. Et eksempel på dette kan være at klienten kommer og sier at hun har "vondt i hjertet". Det å ha vondt i hjertet kan være så mangt. Det kan være sorg over tap av barn, hjemland, familie. Det kan være resultatet av muskelstramninger eller tortur (slag mot brystet) eller det kan være angina pectoris. Hvis medisinsk utredning viser at det ikke er noe fysisk galt med hjertet, blir det viktig å snakke om dette for å finne ut hva det er. I en samtale kan det etter hvert avklares hva vondt i hjertet betyr for personen som sier dette. Samtidig må klientens eventuelle frykt for at det er noe fysiologisk også tas på alvor ved at det også foretas en fysiologisk utredning når pasienter klager over smerter. Begge personer vil i mange tilfeller gå ut av situasjonen med ny viten. Neste gang det kommer en person med samme type utsagn vet en hvordan en gikk frem tidligere for å finne betydningen bak ordene. Kanskje betyr vondt i hjertet noe helt annet for et annet individ. Hvis det ikke er noe fysisk feil med personen kan vi gjennom å utforske metaforer av denne typen få en mulighet til å forstå. Gjennom en dialog med den som forsøker å fortelle noe gjennom metaforer kan vi lære hva metaforene betyr.

## **Oppsummering**

Oppsummerende kan vi si at kultur er alle de ferdigheter og vaner et menneske har tilegnet seg som medlem av et samfunn og at kultur er en bevegelig størrelse. Det vil si at individer ikke er representanter for en kultur, men at de har med seg verdier og kunnskaper fra en kultur. Denne kunnskapen og disse verdiene endrer seg i samspill med andre. I møte med flyktninger blir det derfor av betydning å se individet, hvordan personen selv velger å leve sitt liv. Gjennom refleksjon over eget ståsted i samhandlingen med flyktingen kan vi bli bevisst våre egne verdier og verdensanskuelse samt flyktingens, noe som igjen kan bidra til at vi står bedre rustet til å hjelpe personen der de er.

## **Litteratur:**

Castillio, R. J. (1997). *Culture & mental illness: A client-centered approach*. Pacific Grove, California: Brooks/Cole Pub.

Keesing, R. M. (1981). *Cultural anthropology: A contemporary perspective*. Fort Worth, Texas: Holt, Rinehart and Winston.

Kleinmann, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture, an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

Westermeyer, J., & Williams, C. L. (1986). *Refuge mental health in resettlement countries*. Washington: Hemisphere.

## Reaksjoner hos terapeuter som har traumatiserte flyktninger i behandling

Solveig Dahl

Psykoterapeutisk arbeid med alvorlig traumatiserte kan være et tålmodighetsarbeid, hvor det å holde ut kan være vanskelig, men viktig. Arbeidet kan lett mobilisere sterke følelsesmessige reaksjoner som fortvilelse og sinne. Det er lett å overveldes av avmaktopplevelse, ikke bare m.h.t. hva som kan oppnåes i behandlingen, men kanskje enda mer i forhold til flyktingens vanskelige livssituasjon i eksil. Innlevelse i klientens erfaringer, smerte, vonde og negative følelser er en viktig komponent i behandlingen, men kan også føre til **medinnlevelsestress** (**compassion fatigue**) både psykologisk og fysisk. I tillegg kommer reaksjonene på innholdet i det pasientene har å fortelle, som i stor grad dreier seg om en virkelighet de fleste mennesker foretrekker å ikke få innblikk i.

Reaksjoner på historier med sterkt traumatisk innhold kan komme uavhengig av en terapeutisk prosess; i et førstegangsintervju, i en veiledning, i forbindelse med en undervisning, eller en skriftlig beskrivelse. Oftest oppleves dette av hjelpere, behandlere eller forskere, samt nære nettverkspersoner. Reaksjonen, kalt **sekundær traumatisering**, kan minne om posttraumatiske stresssymptomer. En kan oppleve invaderende tanker og forestillinger om hendelser, ønske om å unngå dette, øket psykofysiologisk aktivering med f.eks. søvnevansker, konsentrasjonsvansker, økt muskulær spenning osv. Men reaksjonen

på å høre noe grusomt kan også være irritasjon og avvising, både av materialet "dette tror jeg ikke på" og av personen. Å arbeide psykoterapeutisk med traumatiserte over tid kan også føre til kognitive forandringer i hvordan en opplever seg selv, andre mennesker og virkeligheten på en slik måte at ens verdensbilde begynner å ligne på de traumatisertes. En kan bli preget av liten tro på at noe nytter, et negativt menneskesyn, pessimisme når det gjelder menneskenes fremtid og får vanskeligheter med å finne mening med tilværelsen. Dette fenomenet er blitt kalt **vikarierende traumatisering**.

## Hvordan forebygge?

Det er viktig at både den enkelte behandler og arbeidsledelse er klar over disse reaksjonene og gjør noe for å motvirke dem. *Arbeidsledelse* må ha til oppgave å sørge for at den enkelte får variasjon i arbeidet og innflytelse over det. I tillegg pålegger det ledelsen å sørge for veiledningsmuligheter og stimuleringstiltak f.eks. i form av undervisning/kurs, presentasjon av eget arbeid og lignende. Ledelsen har også et ansvar for å skape en atmosfære hvor åpenhet om reaksjoner i arbeid behandles som en naturlig ting.

*Den enkelte medarbeider* har ansvar for å ta imot tilbud om veiledning og undervisning. Det er også viktig å identifisere og erkjenne reaksjoner hos seg selv og kunne dele dem i veiledning eller med medarbeidere. Det er viktig å finne et faglig fokus, en faglig interesse, som gjør at en f.eks. lytter til historier med det fokuset i tankene. For noen kan det også bli meningsfullt å engasjere seg i aktiviteter/organisasjoner som gjør noe i forhold til f.eks. menneskerettigheter/flyktningsspørsmål/politisk undertrykking og lignende. Dessuten gjelder selvfølgelig det som er aktuelt for alle terapeuter; å kjenne sin egen begrensning, ikke strekke seg lenger enn kreftene rekker og å sørge for å ha et liv utenfor jobben med alt hva det innebærer.

## Litteratur:

Baird, S., & Jenkins, S. R. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress, 15*, 423-432.



# Spesielle temaer

## Tortur

Av Kirsti Jareg og Sverre Varvin

### Hvorfor er kunnskap om tortur viktig?

Tortur utføres som et ledd i terrorisering av en befolkning slik at opposisjon bringes til taushet og regimet kan beholde den politiske makten.

Et utgangspunkt i behandling av torturofre er vissheten om at man har foran seg et menneske som har overlevd en ekstrem opplevelse og hvis sinn og kropp er blitt forsøkt skadet på det mest alvorlige.

Rehabilitering etter tortur avhenger ikke bare av medisinsk og psykososial behandling. Det er også viktig å fremme sannheten om det som skjedde. Denne erkjennelsen blir tatt til følge i flere land som gjennomgår rettsoppgjør etter diktaturers fall. Regimene har mange strategier for å skjule sine spor, og mennesker som har gjennomgått tortur står ofte i fare for å bli mistrodd.

Tortur er rettet mot å ødelegge individets mulighet til å true regimet gjennom å ødelegge den politiske motstander. Psykologiske konsekvenser av tortur er ofte forvirring og mistillit i forhold til andre mennesker, samt nedbrutt verdighet og selvfølelse. Den som har blitt utsatt for tortur sitter ofte igjen med skam og skyld for det som har skjedd. Tortur har også til hensikt å skremme andre mennesker fra å opponere.

Vi har beskrevet viktige sider ved torturens virkninger på individets følelsesliv og evne til å fungere i kapittelet om psykiske lidelser. Her vil vi understreke at det kanskje spesielt er den intellektuelle funksjonen og den seksuelle funksjonen som kan rammes. Psykologiske senvirkninger er også knyttet til redsel for at de seksuelle og intellektuelle funksjonene er varig skadet. Personen som har blitt torturert har ofte en redsel for å være gal, for aldri mer å kunne tenke konsentrert og logisk, samt redsel for å ikke stole på egen dømmekraft. Når det gjelder seksualfunksjonen etter seksuell tortur, er redselen ofte knyttet til bekymring for varig impotens eller det å ikke kunne få barn. En del har utviklet avsky for seksualitet.

Torturen er også rettet mot en nedbryting av det å føle seg som en ordentlig mann eller en verdig kvinne.

Det er viktig at helsepersonell vet hva en person har gjennomgått i tortur for å unngå å gjøre behandlingen truende. Hvis for eksempel elektrisk tortur har blitt brukt, kan behandling som innebærer bruk av elektriske apparater (for eksempel EKG, EEG), være truende. Hvis pseudodrukning har blitt brukt, kan for eksempel trening i svømmebasseng bli truende. Videre kan det å ta blodprøver og medikamentell behandling være angstvekkende hvis tvungen blodtapping eller medikamentell tortur har blitt brukt. Helsepersonell kan ha vært til stede eller selv vært delaktige i slike former for tortur.

Torturofre er ofte lite tilbøyelige til å presentere sine fysiske skader eller psykologiske reaksjoner som en følge av torturopplevelser. Derfor er det viktig at helsepersonell vet noe om vanlige torturmetoder og vanlige ettervirkninger. På den måten kan vi sette reaksjonene inn i sin rette sammenheng, samt tilrettelegge for både psykologisk og somatisk behandling under trygge betingelser. I det følgende nevnes en rekke vanlige torturmetoder. Noen av disse er fysiske, andre mer psykologiske, oftest blir de kombinert. Det er viktig å understreke at fysisk tortur alltid har et sterkt psykologisk element. Det å se eller høre andre bli mishandlet er ofte en del av torturen og setter som regel dype spor der særlig skamfølelse og skyldfølelse kan bli sterke.

Den som har vært utsatt for slik grov mishandling er et menneske som har fått sin verdighet, stolthet og sin integritet krenket på det groveste. Det sier seg selv at helsearbeideren bestreber seg på at undersøkelse og behandling blir foretatt så respektfullt og skånsomt som mulig.

## **Vanlige torturmetoder og skader etter disse**

### **Slag mot hodet**

Slag mot hodet eller dunking av hodet mot gulv/vegg. Kan ofte innebære bevissthetstap over kortere eller lengre perioder. Kan føre til post-traumatisk hjernesyndrom. Nedsatt hukommelse, hodepine og irritabilitet er korrelert med bevissthetstap.

### **Slag med håndflater mot begge ørene samtidig – 'telefono'**

Trommehinnesjoner, redusert hørsel eller døvhet.

## **Slag mot kroppen**

Ryggsmerter og brystmerter, smerter i ben og armer på grunn av frakturer og muskelskader. Seksuelle problemer etter slag mot kjønnsorganer. Ulike problemer med nyrene etter slag mot disse eller som et resultat av forurenset vann.

## **Slag under føttene – 'falanga'**

Vansker med å gå samt ankelsmerter i tiden personen ble torturert og på undersøkelsestidspunktet er korrelert med Volkmans kontraktur, skader i føttene etter falanga. Ofte beskrevet som "brennende eller skjærende smerter" og som "prikking med nåler" i føtter og legger.

## **Kvelning**

Ulike former for tortur der personen hindres i å puste normalt. Dette kan innebære pseudodrukning i forurenset vann som inneholder urin, avføring m.m. Videre kan det innebære nedgraving eller kvelningsforsøk der for eksempel et håndkle holdes foran munnen. Anoxiskader og asfyksifølger etter mangel på oksygen over tid, sees etter for eksempel pseudodrukning

## **Elektrisk tortur**

Rettes ofte mot følsomme områder på kroppen, som kjønnsorganer, fingre eller tær. Gir hudskader og muskelskader

## **Lydertortur og lystortur**

Høye og ubehagelige lyder over tid som medfører søvnløshet og i noen tilfeller hørselskader. Lydene kan være propaganda eller lyder av mennesker som tortureres. Sterkt lys døgnet rundt hindrer søvn og bryter ned motstandskraft. Lydertortur gir hørselsskader.

## **Opphengning**

Opphenging etter armer eller ben i korte eller lengre perioder. Gir skader i perifere nerver. Leddskader og seneskader

## **Fiksering i ekstreme positurer**

Personen blir tvunget til å stå i lange perioder eller være i unormale positurer i lange perioder, som for eksempel å sitte på huk. Personen kan også være bundet i unormale positurer over tid

## **Temperaturekstremer**

Personen utsettes for ekstrem varme eller kulde. Eksempler på varmeeeksponering kan være brenning med sigaretter, flammer eller varmt vann. Kuldeeksponering kan være at personen må sove på iskalde gulv eller blir dusjet med isvann. Kronisk hoste, hyppige luftveisinfeksjoner.

## **Seksuell tortur**

Vold mot genitalia. Hetero- og homofile voldtekter. Tvang til å utføre ydmykende handlinger eller seksualisert vold mot andre fanger. Penetrasjon med gjenstander. Bruk av dyr i voldtekt og mishandling. Avkledning og verbal trakassering. Skader på kjønnsorganer. Forstyrret seksualfunksjon. Menstruasjonsproblemer. Smerter i genitalia. Problemer med avføring og vannlating. Lumbalsmerter. Kjønnssykdommer og infeksjoner

## **Medikamentell tortur**

Injeksjoner eller medikamenter som påfører smerte av ulike typer og bevissthetstap (nevroleptika, anestesimidler, amfetamin, insulin, thallium, vannintoksikasjon). Tvingen blodtapping. Senvirkninger avhenger av hvilket medikament som har blitt brukt, for eksempel tardive dyskinesier etter nevroleptika.

## **Vanlige psykiske torturmetoder**

### **Ydmykelse**

Fangen blir utsatt for svært ydmykende kommentarer som for eksempel kan være rettet mot kropp og seksualitet. Fangen kan også bli tvunget til å utføre for eksempel meningsløse handlinger eller nedverdiggende arbeidsoppgaver. Hensikten er å påføre varig skam, samt å signalisere at fangen er verdiløs og uten rettigheter

### **Løgner**

Usann informasjon om at familie og venner har sviktet. Bryter ned tillit til andre og ødelegger relasjoner. Bryter ned motstandskraft

### **Langvarig isolasjon**

Personen kan sitte isolert på enecelle i svært lang tid. Dette kan føre til hallusinatoriske opplevelser og at man mister begreper om tid. Isolasjonen bryter ned motstandskraft

### **Trussel om henrettelse**

Stadig nye fastsettelse av datoer for når vedkommende skal henrettes. Utsettelse blir ofte gjort i siste øyeblikk. Truslene omfatter ofte trusler mot familie i eller utenfor fengsel

## **Skinnhenrettelse**

Fangen blir brakt ut til henrettelsesstedet, ofte med bind for øyne eller hette over hodet. Fangen hører for eksempel et klikk fra gevær uten at skudd løsnes

## **Overhøre eller overvære tortur**

Fangen må overhøre eller overvære tortur av andre fanger, eventuelt familie eller venner. Vedkommende får i en del tilfeller vite at torturen vil opphøre hvis vedkommende gir opplysninger til torturistene

## **Bind for øyne/hette over hodet**

Øker angstnivå på grunn av opplevelsen av manglende kontroll og forutsigbarhet. Slag kommer uten at en kan forberede seg og beskytte seg. Skaper forvirring med hensyn til tid og rom

## **Tvungen avkledning**

I tillegg til ydmykelsen ligger det også en latent trussel om seksualisert vold

## **Søvndeprivasjon**

Fangen blir tvunget til å være våken eller blir hyppig vekket. Bryter ned motstandskraft og bidrar ofte til søvnforstyrrelser senere.

**Avslutning:** Vi har her gitt en oversikt over de mest kjente fysiske og psykiske torturmetoder. Vi ønsker med dette å bistå helsearbeidere som behandler torturofre med informasjon som kan være viktig for å forstå og behandle pasienters plager.

## **Litteratur:**

United Nation Document (1999). *The Istanbul protocol: The manual on effective investigation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*. Internettadresse: [http://www.phrusa.org/research/istanbul\\_protocol/](http://www.phrusa.org/research/istanbul_protocol/)

# Vold fra flyktninger – forebygging i et makt-avmakts-perspektiv

Kirsti Jareg

Vi har alle hørt og lest i media om innvandrere som bruker vold. Det har vært mye fokus på voldelige gjenger, og en del flyktninger blir beskrevet som "tikkende bomber" som tilsynelatende kan detoneres når som helst. Som forklaring på volden brukes gjerne en påstand om at flyktninger og innvandrere ofte kommer fra "voldelige kulturer". Slike oppslag i media fører til at folk blir redd for flyktninger generelt og bygger opp under fremmedfrykt. Vold fra flyktninger blir sterkt overfokusert – samtidig er det grunn til å tro at det underfokuseres på vold og trusler mot flyktninger fra nordmenn. Når volden først forekommer, framstilles den ofte kontekstløst som om det ikke er noe mål og mening med den. Volden blir enda mer skremmende når den på denne måten framstilles som blind.

I dette kapittelet ønsker jeg å dele noen tanker om hvordan man kan forstå vold som flyktninger og asylsøkere bruker mot *systemer* som de hyppig er i kontakt med. Slike systemer kan være sosialkontorer, barnevernkontorer, psykiatriske poliklinikker eller asylmottak. I denne sammenheng kan det være nyttig å ha en flyktningsspesifikk forståelse av denne volden; ikke fordi flyktninger i seg selv skiller seg ut fra andre, men fordi mange har smertefulle erfaringer som skiller seg dramatisk fra erfaringer folk uten fluktbakgrunn har. Eksempler fra slike erfaringer før flukt er traumatiserende krigsopplevelser, konstant overvåkning eller tortur. I tillegg lever asylsøkere og flyktninger under andre betingelser i Norge enn mennesker uten fluktbakgrunn. Mange har mistet både eiendom, arbeid, slekt og venner. De har heller ikke frivillig valgt bort hjemlandet, slik for eksempel nordmenn som emigrerte til USA eller innvandrere som kom før innvandringsstoppen, gjorde.

Utgangspunktet for det som er skrevet her er at volden ikke er blind og at den ikke kommer fra "tikkende bomber" som eksploderer uten mål og mening. Volden må ses i sammenheng *både* med traumatiske erfaringer flyktninger har hatt i sitt hjemland, og med hvordan *rutiner i norske systemer* kan være med på å øke faren for voldsepisoder.

## Vold mot systemer i et makt-avmaktsperspektiv

En måte å forstå vold mot ansatte i systemer og institusjoner som asylmottak, sosialsentra og poliklinikker er å betrakte volden som *avmaktbasert* vold. Volden kan ut fra et slikt perspektiv analyseres ut fra en makt-avmaktforståelse.

Avmakt oppstår når en person opplever å ikke ha innflytelse og kontroll over viktige betingelser i sitt eget liv. Sagt på en annen måte er det å kunne påvirke viktige betingelser i ens liv grunnleggende for god psykisk helse. Eksempler på slike viktige betingelser er tak over hodet, penger til klær og mat og en noenlunde meningsfull hverdag. Sagt på en forenklet måte, håndterer menn og kvinner avmakt på ulike måter. Kvinner håndterer oftere avmakt gjennom å bli depressive. Menn håndterer oftere avmakt gjennom å bli sinte, og tyr oftere til voldsbruk for å få makt over dem som er maktpersoner.

Volden blir imidlertid en lite hensiktsmessig løsning på sikt fordi man ofte oppnår det motsatte av hva man trenger, med det resultatet at avmakten øker ytterligere. Volden mannen bruker fører ofte til at han blir avvist på ulike måter, mens hans prosjekt kanskje er å bli lyttet til. Vold kan imidlertid kjennes svært godt i øyeblikket fordi den kan gi en følelse av makt, hevn, oppreisning eller føre til kroppslig avspenning.

## Flyktingers avmaktsopplevelser før flukt

Vi opplever avmakt når vi blir påført noe som skader oss, uten at vi klarer å påvirke situasjonen slik at vi kan beskytte oss eller komme oss unna. Eksempler på avmaktsskapende opplevelser en del flyktinger har hatt før flukt, er fengsling og tortur, overvåking, utestengning fra skoler fordi de selv eller familien er forfulgt, forsvinninger av nære familiemedlemmer m.m. Mindre synlig er kanskje den avmakten som er en følge av at vi ikke får *grunnleggende psykologiske behov* dekket.

Dette kan være behov som *forutsigbarhet, trygghet, tillit til andre og mening*. En stor andel av flyktinger som kom til Psykososialt senter for flyktinger, har vært fengslet og utsatt for tortur. Svært ofte har torturisten hatt som et bevisst mål å øke uforutsigbarhet, utrygghet, mistillit til andre og meningsløshet fordi de vet at dette er psykologisk nedbrytende. Man er stort sett enige i faglitteraturen om at tortur først og fremst brukes for å bryte ned personligheten til den som tortureres, og at det å tvinge fram informasjon ofte er underordnet. Forhør skjer ofte midt på natten eller når som helst på døgnet – vilkårligheten gjør at man aldri får forberedt seg på avhør og tortur. En del av torturen kan bestå i det å få beskjed om at man skal hentes og tortureres eller henrettes på et gitt tidspunkt, men der

det ender med at torturistene ikke kommer som varslet, men på uforutsigbare tider. Den lille tryggheten man eventuelt kan oppnå gjennom kontakt med medfanger splintres ofte fordi det blant fangene utplasseres agenter for regimet.

Mange sitter fengslet uten lov og dom, de vet ikke hvor lenge de skal være i fengselet. En del frigis i forbindelse med anledninger som nasjonaldager eller lignende, slik at hva som gjør at man slipper ut, også ofte er vilkårlig og tilfeldig.

## **Avmaktskapende situasjoner i møte med systemer i Norge**

En del flyktninger vil på grunn av ovennevnte opplevelser være ekstra *avmaktssensitive* når de kommer til Norge fordi de har så mange avmaktserfaringer fra hjemlandet. Med dette menes at en del flyktninger svært lett føler seg tråkket på, krenket eller ikke lyttet til av ansatte i ulike systemer, og at de tåler slike negative følelser dårligere enn mennesker som ikke har opplevd mye overgrep. Det skal ofte ikke så mye til før situasjoner i Norge minner om tidligere opplevelser av å bli trakassert, avfeid eller krenket i hjemlandet. Psykisk fører slike opplevelser i Norge enten til depresjon eller til sinne hos en del flyktninger. Man kan si at for mange er begeret fullt med hensyn til å tåle avmakt, og dette kan kanskje forklare hvorfor det kan bli bråk av tilsynelatende bagateller på for eksempel asylmottak eller sosialsentra. Bagatellene blir den berømte dråpen som får begeret til å flyte over.

Her følger noen eksempler på situasjoner som en del flyktninger tåler dårlig fordi de har en traumehistorie bak seg og fordi de ofte er redde for å bli sendt tilbake til en liknende situasjon.

- Mennesker som er i en asylsøkersituasjon eller som har søkt gjenforening med sin familie, opplever uforutsigbarhet både i forhold til hvor lang tid saksbehandlingen vil ta og utfallet av den. Viktige betingelser i ens liv avgjøres av andre – igjen.
- Det gis ingen jevnlig tilbakemelding om hvordan det går med saken. Situasjonen kan for noen minne sterkt om å være i fengsel; igjen er det noen som er herre over ens egen sikkerhet og avgjør ens skjebne, man vet ikke hvor lang tid det vil gå før ventingen er over, man får ikke vite på hvilket grunnlag en søknad om oppholdstillatelse eventuelt avslås.
- En del har store vansker med å få godkjent påbegynt eller fullført utdanning fra hjemlandet, samt at de kjenner seg utestengt fra arbeidsmarkedet.



- Stadige stereotype oppslag i media der det skrives at flyktninger kommer "fra kulturer som er voldelige eller kvinneundertrykkende", rammer mange hardt. En iraner som gikk til samtaler ved Psykososialt senter for flyktninger fortalte med et suk at han hadde arbeidet for kvinnefrigjøring og likestilling i Iran før han ble fengslet og torturert. Her i Norge opplever han stadig å høre om disse "kvinneundertrykkende iranske mennene". Det er en enorm avmakt i det å aldri føle at man blir betraktet som et individ, men som en gruppe.
- En annen faktor som skaper avmakt, er at viktige beslutninger tas av ulike instanser uten at flyktningen forstår hva som skjer og hvorfor. Mange blir sendt fra én instans til en annen uten å forstå forskjellen mellom disse instansene. Selv har jeg erfaringer fra en voksenpsykiatrisk poliklinikk og Psykososialt senter for flyktninger. Erfaringen så langt er at mange flyktninger ikke kjenner til hvilke ansvarsoppgaver ulike instanser har – problemet blir vel ikke mindre av at instansene ofte strides seg i mellom med hensyn til ansvarsfordeling. Det å oppleve gang etter gang at ingen tar ansvar slik at man blir en kasteball mellom instanser, øker ofte følelsen av være betydningsløs og maktesløs og kan for noen minne sterkt om tidligere traumatiske situasjoner der man nettopp var maktesløs.

## Forebygging av vold

### Avmaktsreducerende rutiner

En del menn ender opp med å bruke fysisk vold eller true med dette når de gang på gang opplever å ikke nå fram og ikke bli lyttet til. Disse truslene kan være direkte som for eksempel "hvis jeg ikke får familien hit snart, så skal jeg drepe deg!" eller indirekte "jeg vet ikke hva jeg kan komme til å gjøre hvis jeg ikke får opphold". Vanlige reaksjoner fra systemer som møter trusler og vold, er ofte såkalt *grensesetting, avvisning og straff*. Når vi blir redde, blir vi ofte avvisende eller fiendtlige selv. Vi blir dessuten lettere moralske og kan få lyst til å straffe dem som truer oss ved å ikke hjelpe dem eller ikke være tilgjengelige. Det eksisterer også en tenkning om at hvis man tar hensyn til trusler, vil man forsterke volden. På hvilken måte man straffer klienter/pasienter vil variere fra ett system til et annet. Ut fra et avmaktsperspektiv vil straff imidlertid ofte øke avmaktsfølelsen ytterligere, og kan føre til mer alvorlige voldsepisoder. Dette er *ikke* et argument for at voldsbruk ikke skal få konsekvenser – men finnes det måter å håndtere situasjoner på slik at sjansen øker for at denne avmaktsspiralen ikke settes i gang eller at den kan brytes?

For at systemer eventuelt skal kunne forebygge vold ut fra en makt-avmaktstenkning, må det i systemet eksistere en erkjennelse av at den enkelte flyktning og "systemet" ikke er to likeverdige parter rent maktmessig; det er en skjevhet i makt der systemet har tilnærmet all makt, selv om enkeltpersoner i systemet kanskje ikke opplever det slik fordi de selv er redde.

Forslag til tiltak som kan redusere faren for vold bygger på en tenkning om å *redusere grad av avmaktskapende situasjoner i systemer*. Man kan si at systemer her i Norge bør gjøre det *motsatte* av det systemene i flyktingens hjemland gjør. Ulike systemer vil måtte ha ulike løsninger på hvordan dette kan gjøres, men generelt kan systemet spørre seg selv:

- Er det noe som kan gjøres for å skape mer trygghet for flyktingen?

*Eks:* Informere grundig om taushetsplikt eller sjekke ut med flyktingen om hun/han er trygg på tolken.

- Er det noe som kan gjøres for å skape mer forutsigbarhet?

*Eks:* Gi aktive tilbakemeldinger om hvordan det går i forhold til bolig, barnehageplass, familiegjenforening eller andre viktige saker som er til behandling

- Er det som noe kan gjøres for å øke antall handlingsalternativer og dermed øke opplevelsen av valg?

*Eks:* Gi utfyllende informasjon på asylmottakene om konsekvenser av å "selvbosette" seg i Oslo etter å få ha først fått tildelt en kommune et annet sted.

- Kan noe gjøres for å skape mening i ting som skjer, gjennom for eksempel informasjon?

*Eks:* Mange kan være redde for at de er gale fordi de har psykiske reaksjoner etter traumatiske opplevelser. Psykologisk sett kan man skape mening i symptomer flyktinger sliter med gjennom å fortelle om vanlige reaksjoner på traumer.

- Er det noe som kan gjøres for å skape mer koordinering av tiltak slik at en person eller instans har et tydelig hovedansvar?

*Eks:* En del flyktinger er i kontakt med flere instanser. Dette kan være primærlege, boligkontor, sosialkontor, barnevernkontor. Hvem skal ha ansvar for at tiltak sette i gang og at det finnes tidsfrister for implementering av disse?

## Kartlegging av utløsende situasjoner

Det kan også være nyttig med en *detaljert kartlegging av situasjoner* som kan utløse vold. Dette kan innebære å detaljkartlegge hva som vanligvis utløser konflikter i det enkelte system. Ansatte ved et asylmottak nevnte for eksempel at beboere fra ulike land ofte kranglet om hvilken TV-kanal man skulle ha på – alle beboerne var selvfølgelig opptatte av å få mest mulig informasjon om tilstanden i sitt eget hjemland. De ansatte diskuterte om noe kunne gjøres i forhold til denne potensielt voldsutløsende situasjonen.

En ansatt ved asylmottaket hadde utviklet en "metode" for å redusere uforutsigbarhet og aggresjon. Hun var stadig i kontakt med UDI på vegne av beboere ved mottaket vedrørende søknader om oppholdstillatelse, gjenforening av familie og så videre. Selv om hun ikke fikk ny informasjon, laget hun alltid nye, faste avtaler med vedkommende asylsøker i stedet for å si "jeg kontakter deg når jeg vet noe mer." Hun skapte en situasjon som innebar en viss forutsigbarhet midt oppi det uforutsigbare. Det å vite noe om hva som skjer, er lettere å bære enn den totale uvisshet. Kartlegging av slike typiske potensielle konfliktsituasjoner kan gjøre det lettere å tilrettelegge for at konflikten blir færre og mindre alvorlige. Ofte har ansatte i ulike systemer kreative løsninger på hva som kan endres i egne rutiner for å forebygge alvorlige konflikter og vold.

## Kartlegging av voldens hensikt

En annen kartleggingsstrategi kan være å finne ut *hva voldsutøveren forsøker å få til* med volden eller truslene. Volden er sjelden blind, men har en hensikt. Er det noe man kan møte vedkommende på i *hensikten* med trusler om vold? Ofte er det ganske forståelige ting folk forsøker å få til med trusler. Hvis en flyktning truer med å skade en sosialkonsulent dersom vedkommende ikke får bolig i en viss bydel, kan det være nyttig å gå bak trusselen og finne ut hvorfor nettopp denne bydelen er så viktig. Kanskje det ville bety at barna slipper å skifte skole hvis man får bolig i den bydelen man ønsker? Barn av flyktninger må ofte skifte skole til barnas og foreldrenes fortvilelse fordi en del flyktninger må ta til takke med korte og dårlige leiekontrakter. Går det eventuelt an å forhindre skifte av skole på andre måter?

## Konklusjon

Denne artikkelen har forsøkt å analysere vold fra flyktninger mot ansatte i systemer ut i fra et makt-avmaktperspektiv. Vold er ut fra en slik forståelse sjelden blind, den har en

mening og en logikk. En del flyktninger er spesielt avmaktssensitive på grunn av mange og alvorlige avmaktserfaringer fra hjemlandet samt avmaktserfaringer i Norge.

Tradisjonell grensesetting og straff som svar på trusler kan i verste fall øke faren for alvorlig vold fordi slike reaksjoner fra systemer kan øke graden av avmaktsopplevelse ytterligere. En naturlig konsekvens av dette er at voldsforebyggende tiltak må ha som mål å redusere antall og grad av avmaktsskapende situasjoner i systemets rutiner. Ansatte i systemer har ofte den lokale kunnskapen som skal til for å kunne vite hva som øker og hva som reduserer en opplevelse av avmakt, og hvordan potensielle konfliktsituasjoner kan forebygges.

# Kvinnelig omskjæring – en utfordring for helsetjenesten

Av lege Berit Austveg, seniorrådgiver Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn utga høsten 2000 en veileder for helsepersonell i første- og annenlinjetjenesten om kvinnelig omskjæring (veiledningsserien, nr. 5-200). Den omfatter forebyggelse, undersøkelse, behandling og rehabilitering. Veilederen kan bestilles fra Helsetilsynets trykksaksekspedisjon (tel. 22 24 88 86), eller lastes ned fra Helsetilsynets hjemmeside, [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). I det følgende tas det opp noen punkter som er omtalt i veilederen.

## Hva er kvinnelig kjønnslemlestelse?

Ordet kjønnslemlestelse er et sterkt ladet ord. Når en arbeider i forhold til personer og miljøer der skikken er vanlig, er det viktig å bruke uttrykk som blir forstått og som åpner for samarbeid og dialog. I dagligtale brukes også uttrykket "kvinnelig omskjæring", som kan være mer hensiktsmessig selv om det er upresist. I denne artikkelen vil vi bruke disse to uttrykkene om det samme fenomenet.

Kjønnslemlestelse og kvinnelig omskjæring er samlebetegnelser på inngrep der ytre kjønnsdeler fjernes helt eller delvis, eller andre former for skade på kvinnelige kjønnsorganer, og som foretas av kulturelle eller andre ikke-terapeutiske årsaker. Inngrepene utføres ved ulike aldre, fra jenta er noen dager gammel og til voksen alder. Ulike typer inngrep gjøres ved forskjellige aldre, og det er også variasjon i forhold til hvilken etnisk gruppe det dreier seg om.

Verdens helseorganisasjon skiller mellom fire typer: Ved type 1 fjernes deler eller hele klitoris. Ved type 2 fjernes klitoris og de små kjønnsleppene. Type 3 omfatter fjerning av de store kjønnsleppene, og forsnevring av skjedeåpningen. Dette kalles ofte infibulering. Type 4 er en samlebetegnelse på andre former.

Kvinnelig omskjæring har forekommet i tusenvis av år, og i ulike folkegrupper. Antagelig har skikken oppstått på flere steder uavhengig av hverandre. I dag er kvinnelig omskjæring vanlig i afrikanske land som strekker seg som et belte øst-vest i Afrika sør for Sahara. Utbredelsen følger etniske grupper i større grad enn den er definert av landegrensener. Skikken forekommer også spredt i noen folkegrupper i Asia og Latin-Amerika, og muligens

i Australia. I industrialiserte land ses den blant immigranter fra de landene der det er aktuelt.

Det foreligger bare fragmentariske kunnskaper om hele dette problemkomplekset, inklusive omfanget. De usikre anslagene går ut på at opptil 130 millioner kvinner er omskåret i Afrika, og at det er 2 millioner nye tilfeller årlig.

### **Aktualitet for Norge**

Med det innvandringsmønsteret vi har i Norge i dag, vil skikken være aktuell for personer fra Afrikas horn, slik som Somalia, Eritrea og Etiopia, og dessuten fra Gambia i Vest-Afrika. Den kan også forekomme blant personer fra andre land der skikken fins.

Hyppigheten i de enkelte landene varierer fra 98% i Somalia til 5% i Uganda. Av landene sør for Sahara, er det Somalia som er opprinnelseslandet til det største antallet innvandrere i Norge, og der er det infibulering (WHO sin type 3) som er den vanligste formen. Både i Etiopia, Eritrea og Gambia blir 80-90% av jentene omskåret, ofte med infibulering, men det benyttes også andre metoder.

Etter migrasjon til andre land kan det være ekstra viktig å bevare egne skikker, men de modereres gjerne. Hos migrantfamilier som får sine døtre omskåret, kan det se ut som at det er en tendens til at det skjer i yngre alder enn i hjemlandet, men kunnskapen om dette er svært sparsom.

### **Helsemessige konsekvenser av kvinnelig omskjæring**

Både på kort og lang sikt kan det oppstå alvorlig helseskade. Det aller mest alvorlige er naturligvis dødsfall. Disse forekommer i den akutte fasen pga. blødning og infeksjon. Det er betegnende for hvor lite kunnskap det fins om dette fenomenet at ingen vet hvor vanlig det er at jenter dør som følge av inngrepet. I de landene der skikken er vanlig, er det gjennomgående dårlig fungerende helsevesen, som i svært liten grad kan respondere på akutte hendelser. Dette bidrar til dødeligheten.

De som har gjennomgått inngrepet forteller ofte om sterke smerter, om sjokk og fortvilelse, og opplevelsen av å bli sviktet av de som ellers har omsorg for dem og beskytter dem mot farer. Mange jenter slåss fysisk for å slippe løs, og noen får brudd av å bli holdt fast. Men det er faktisk noen få som forteller om omskjæringen som en positiv opplevelse, og at de var godt forberedt på smertene og klarte å takle dem. Gleden over å ha blitt omskåret, blitt "skikkelig kvinne", og å bli feiret, kan faktisk være dominerende. Blødning og

vannlatningsproblemer er vanlige like etter inngrepet, og kan bli alvorlige. Infeksjoner er også en helsetrussel.

Konsekvensene for fysisk helse på lang sikt avhenger sterkt av hvilken type omskjæring som har vært foretatt. De som er infibulerte vil ofte ha sterke menstruasjonssmerter samt vannlatningsproblemer. Det antas at mange har psykiske senvirkninger, men på dette området er kunnskapen svært sparsom. Det er særlig depresjoner, evt. med ulike former for somatisering, som har blitt satt i sammenheng med omskjæringen. Sinne overfor foreldre som lar dette skje, er også beskrevet.

Ved omskjæring fjernes kroppsdeler som er viktige for kvinnenes seksuelle nytelse, og særlig infibulering kan gjøre et vanlig seksualliv vanskelig. Kvinnenes seksuelle helse rammes derfor, og det kan gi samlivsproblemer. Men kvinnene blir naturligvis ikke aseksuelle - seksualitet er mye mer enn kjønnsorganer. Det kan være vanskelig, men slett ikke umulig, å oppnå orgasme.

### **Hvorfor omskjæres kvinner?**

Dersom en analyserer årsakene til kvinnelig omskjæring, kan en si at det er en ekstrem form for kontroll av kvinnelig seksualitet. Kontroll på dette området utøves i alle kulturer, inklusive vår egen, men i forskjellig grad, og kontrollen endres i form og grad over tid. Det kan også sies at det er en patriarkalsk skikk. Men hvilken grunn oppgir de som har skikken? Det vanligste er at det er tradisjonen, at slik har det alltid vært. Fordi det i mange land bare er visse etniske grupper som utfører skikken, kan det å være omskåret være noe som styrker identitet og tilhørighet til denne gruppen. Paradoksalt nok oppgir mange helse som en årsak, idet det er en utbredt oppfatning blant de som praktiserer skikken at kvinnelig omskjæring er godt for helsen og at det fremmer fruktbarhet. Selv om ingen religion foreskriver kvinnelig omskjæring, er det likevel en utbredt oppfatning at det er et religiøst påbud. Men skikken forekommer både hos muslimer, kristne og animister. I tillegg mener mange at kvinnelig omskjæring er vakkert og rent, og at det beskytter mot uønsket seksualitet og gjør en fullt og helt til kvinne.

### **Forbudet mot kjønnslemlestelse**

Kvinnelig omskjæring har vært vurdert som forbudt i Norge i mange år, idet det rammes av forbud mot legemsbeskadigelse og omfattes av barnevernslovgivningen. Fra 1995 har vi dessuten hatt en spesifikk lov, som også rammer tilfeller der en jente som er bosatt i Norge tas ut av landet for å omskjæres, og der det er samtykke. Rekonstruksjon av

omskjæring er også forbudt. Det siste vil være aktuelt ved fødsler hos kvinner som er infibulert. Da må gjensyningen klippes opp, og det skal bare repareres langs kantene dersom det er behov, men det er ikke tillatt å sy igjen slik det var i utgangspunktet.

For kvinner i Norge som er omskåret, men som ikke var bosatt her da omskjæringen fant sted, har det ikke foregått noen straffbar handling etter norsk lov, og spørsmålet om anmeldelse og straff er derfor uaktuelt. Men det at vi har en eksplisitt lov, skal ha en normgivende virkning som skal omfatte alle som er omskåret. Når kjønnslemlestelse ses på som en alvorlig forbrytelse, skal alle som har gått igjennom den ha store rettigheter i forhold til behandling.

### **Behandling og rehabilitering**

Behandling og rehabilitering bør tilbys alle jenter og kvinner som er omskåret, ikke bare de som har plager som kan tilskrives omskjæringen. Når en kvinne er infibulert, må dette være et tema i forbindelse med svangerskap. Infibuleringen må åpnes, og det kan altså ikke sys igjen. Dette må kvinnen forberedes på, og fødeavdelingen må varsles slik at fødselen kan planlegges godt. Også i gynekologien generelt er det en del utfordringer i forbindelse med omskjæring, både i forhold til undersøkelse og behandling for plager. Vulva er ofte svært følsom for smerte, og det må det tas hensyn til, for å unngå et nytt traume. De kvinnene som har plager som må antas å skyldes infibuleringen, bør tilbys et lite plastisk inngrep der infibuleringen åpnes, og der det gjenopprettes mest mulig naturlig anatomi, tilsvarende det som gjøres ved en fødsel. Også de som ikke har plager, kan ha ønske om et slikt åpnende inngrep, og det må naturligvis imøtekommes.

Som nevnt fins det svært sparsomt med kunnskap om de psykiske senvirkningene, og det er et vanskelig forskningsfelt. Men det er hevet over tvil at selve omskjæringen kan være et stort traume, med de senvirkninger som det kan gi. Det er beskrevet tristhet, sorg over de tapte kjønnsdeler og uvisshet om hva som egentlig har skjedd sammen med en stor opptatthet av egne kjønnsorganer. Den psykososiale rehabiliteringen bør omfatte bearbeiding av traumer, der stikkord er seksualitet, kroppsfølelse, identitet, selvbilde og forholdet til andre, inklusive foreldre.

### **Ofte ulike syn innen familien**

Spørsmålet om en jente skal omskjæres, kan føre til konflikter i familien. Kvinnelig omskjæring er omstridt i de samfunn det foregår, og denne striden kan avspeile seg i familien. En del menn oppfatter at dette er et kvinneanliggende, og menn kan føle seg



svært ubekvemme med å snakke om fenomenet. Men det fins også menn som er sterkt engasjerte. En del ønsker at jentene skal omskjæres, men det er også mange som arbeider iherdig mot skikken, både i sine egne hjem og i samfunnet. Tradisjonelt er det gjerne eldre kvinner som utfører omskjæringen, og i praksis er det ofte eldre kvinnelige slektninger, som tanter og bestemødre, som er de som er mest ivrige etter å få en jente omskåret.

## **Ordvalg er viktig**

Fordi det er et ømtålig emne, må en være bevisst i bruk av ord og uttrykk, og sikre seg at en forstår og gjør seg forstått. Det kan være nødvendig å bruke tolk, og i alle fall bør ordbruken velges med omhu. Uttrykket "omskjæring" blir gjerne forstått, mens "kjønnslemlestelse" ikke passer i samtaler. Fordi de fleste jenter og kvinner i Norge som er omskåret er infibulerte, vil uttrykk som "lukket" eller "gjensydd" være brukbare. Det kan også være nødvendig å diskutere med tolken eller pasienten hvilket uttrykk som gir best mening.

## **Forebyggelse av omskjæring av jenter**

Forebyggelse av omskjæring bør starte når en kvinne som selv er omskåret føder en pike, evt. kan det være et tema allerede i graviditeten. Helsestasjonen er en sentral koordinator i det forebyggende arbeidet. Det er viktig å huske at temaet ofte er årsak til konflikt i familien. Det betyr at det kan finnes alliansepartnere, men også at en kan komme til å øke splittelser og konflikter.

Forebyggelse av kvinnelig omskjæring og omsorg til allerede omskårne jenter og kvinner er to funksjoner som henger nøye sammen. Hvis en kvinne opplever at hennes behov for behandling og omsorg blir tatt imot på en konstruktiv, profesjonell og medmenneskelig måte, kan det være det viktigste middelet for å unngå at hennes datter blir omskåret. Det vil jo i praksis være slik at jenter som står i fare for å bli omskåret, har en mor og andre kvinnelige slektninger som er omskåret.

Endring av skikker og tradisjoner skjer hele tiden, men det er viktig for omsorgspersonell å huske hvilken smerte som slike endringer medfører, og støtte personer og familier gjennom prosessen. Det kan være viktig at behandlere interesserer seg for den totale livssituasjonen, og for et vidt spekter av skikker og tradisjoner for dem det gjelder. Den store interessen som kjønnslemlestelse har fått i det siste, kan virke sårende; særlig

dersom det er det eneste kulturelle trekket som får oppmerksomhet, og at andre viktige livsproblemer neglisjeres.

I de aller fleste tilfellene kommer en til målet med samarbeid med familien. Men dersom det ikke skjer, og dersom helsepersonell vurderer det som fare for at en jente kan omskjæres, kan det foreligge plikt til å bryte taushetsplikten. Da kan barnevern, evt. politi, informeres, dersom det er nødvendig for å stoppe handlingen. De juridiske aspektene for slike tilfeller, og i tilfelle helsepersonell skulle komme til i situasjoner etter at omskjæring har skjedd og det har skjedd brudd på loven, er kompliserte. De er drøftet i veilederen fra Helsetilsynet.

Unge jenter som på egenhånd søker beskyttelse mot omskjæring, er i dag et lite antall, men de utgjør en særlig utfordring.

### **Første- og annenlinjetjenesten**

Slik situasjonen er i Norge i dag, er det et stort problem at helsepersonell i alt for liten grad tar opp problemstillingen med kvinnelig omskjæring med dem det gjelder. Det ser ut til at det er et større tabu hos helsepersonell enn de det angår. Det er planlagt opplæring for helsepersonell, slik at det forhåpentligvis på litt sikt blir en bedre situasjon. Det er naturlig at arbeid med dette temaet forankres i primærhelsetjenesten, som henviser til annenlinjetjenesten ved behov. Det vil ofte være nødvendig med gynekologisk ekspertise.

I psykiatrien er det foreløpig liten erfaring med denne problemstillingen. Det er ønskelig at det samles noe kunnskap om muligheten til å bearbeide traumer relatert til omskjæring, og for hjelp med de psykososiale problemene forbundet med kvinnelig omskjæring.

Meget sterke menstruasjonssmerter, og underlivssmerter generelt, er en vanlig komplikasjon av omskjæring. Rent praktisk kan slike smerter gjøre det vanskelig å komme til avtaler. Det er ikke alltid slik at kvinnen selv er klar over at underlivssmerter er senvirkninger etter omskjæring. Det er flere grunner til at det er nyttig at en behandler kjenner til denne sammenhengen. Behandleren kan henvise kvinnen til gynekologisk ekspertise. Videre kan slike smerter forveksles med smerter etter voldtekt, der også kvinner kan rapportere smerter i underlivet i etterkant. En tredje grunn er at man unngår å sette en psykiatrisk diagnose, for eksempel en somatiseringsdiagnose, ved slike smerter. Dersom kvinnen får kunnskap om hva smertene er forårsaket av, kan det gjøre henne mindre engstelig. Dette er selvfølgelig forutsatt at hun først er utredet gynekologisk, slik at ikke andre sykdommer blir oversett.

## Anbefalt litteratur

- Amris, S. (2005). Chronic pain in survivors of torture – psyche or soma? In P. Berliner, J. G. Arenas, & J. O. Haagenen (Eds), *Torture and organized violence: Contribution to a professional human rights response* (pp. 31-70). København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Brunvatne, R. (2006). *Flyktninger og asylsøkere i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Eitinger, L. (1985). Behandlingsproblemer ved kronisk traumatisering. I N. Retterstøl & L. Weisæth (Red.), *Katastrofer og kriser* (s. 106-108). Oslo: Universitetsforlaget.
- Elsass, P. (1995). *Torturoverleveren*. København: Gyldendal.
- Eriksen, T. H., & Sørheim, T. A. (2003). *Kulturforskjeller i praksis: Perspektiver på det flerkulturelle Norge*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Heap, K. (2005). *Gruppemetode indenfor social- og sundhetsområdet*. København: Hans Reitzels forlag.
- Herman, J. L. (1995). *I voldens kølvand: Psykiske traumer og deres heling*. København: Hans Reitzels forlag.
- Jareg, K., & Pettersen, Z. (2006). *Tolk og tolkebruker: To sider av samme sak*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Legeforeningens menneskerettsutvalg (2005). *Flyktingepasienten: veileder for allmennpraktikeren*. [http://www.legeforeningen.no/asset/25065/2/25065\\_2.pdf](http://www.legeforeningen.no/asset/25065/2/25065_2.pdf)
- Magelssen, R. (2002). *Kultursensitivitet: Om å finne likhetene i forskjellene*. Oslo, Akribe.
- Medical Foundation for the Care of Victim of Torture (2000). *Guidelines for the examination of survivors of torture*. Oxford: Alden Press.
- Neumayer, S.M., Skreslett, A., Borchgrevink, M.C., Gravråkmø, S. m.fl. (2006). *Psykososialt arbeid med flyktningsbarn: introduksjon og fagveileder*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress  
(Se [www.nkvts.no/Bibliotek/Publikasjoner/Publikasjonsliste.htm](http://www.nkvts.no/Bibliotek/Publikasjoner/Publikasjonsliste.htm)).
- Quiroga, J., & Jaranson, J. M. (2005). Politically-motivated torture and its survivors: A desk review of the literature. *Torture*, 15, 3-96.
- Rack, P. (1986). *Innvandrere: Kultur og psykiatri*. Oslo: Tano.

- Sosial- og helsedirektoratet (2003). *Veileder: Helsetilbudet til flyktninger og asylsøkere*.  
[http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00004/IS-1022\\_4100a.pdf](http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00004/IS-1022_4100a.pdf)
- Sveaass, N., & Jakobsen, M. (2002). Å gjenoppbygge et liv i eksil - erfaringer fra psykososialt arbeid med flyktninger. I R. Norvoll (Red), *Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon* (s. 79-97). Oslo: Gyldendal.
- Sveaass, N., & Hauff, E., (Red). (1997). *Flukt og fremtid: Psykososialt arbeid og terapi med flyktninger*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- United Nation Document (1999). *The Istanbul protocol: The manual on effective investigation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*. Internettadresse: [http://www.phrusa.org/research/istanbul\\_protocol/](http://www.phrusa.org/research/istanbul_protocol/)
- Varvin, S. (2003). *Flukt og eksil: Traume, identitet og mestring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Van der Veer, G., Vladar Rivero, V., & Groenenberg, M. (1994). *Rådgivning og terapi med flyktninger: Psykologiske problemer hos ofre for krig, tortur og undertrykkelse*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Wilson, J. P., & Drozdek, B. (Eds.). (2004). *Broken Spirits: The treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims*. New York: Brunner - Routledge.

Diverse stoff omkring psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger kan finnes på nettsiden til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), <http://www.nkvts.no>. Her finnes også nettversjoner av alle artikler utgitt i tidsskriftet "Linjer fra Psykosialt senter for flyktninger" i perioden 1991-2003.

Det finnes for tiden fem regionale psykososiale team for flyktninger, som blant annet skal yte bistand til psykiatrisk andrelinjetjeneste. Oppdatert oversikt over disse teamene finnes også på NKVTS' nettside.

### **Forfatterne:**

Berit Austveg. Lege, seniorrådgiver Statens helsetilsyn

Solveig Dahl. Dr. med, spes. i psykiatri

Edvard Hauff. Prof. dr. med, spes. i psykiatri, Institutt for psykiatri, Universitetet i Oslo

Marianne Jakobsen. Spes. i psykiatri, NKVTS

Kirsti Jareg. Psykolog, NAKMI

Melinda A. Meyer. Phd Cand., MA i kunst- og uttr.terapi, klin. spes. i psyk. syk.pl., NKVTS

Zarin Pettersen. Tolkekonsulent

Toril Storholt. Sosialantropolog, NKVTS

Nora Sveaass. Dr. psychol., psykologspesialist, NKVTS

Sverre Varvin. Dr. philos, spes. i psykiatri, NKVTS

Psykiatrisk og psykososialt arbeid med flyktninger innebærer utfordringer. I dette arbeidet møter en mennesker med forskjellig kulturbakgrunn som strever med alvorlig traumatisering, store tap, språkvansker og vansker i eksilsituasjonen. Veilederen er utarbeidet med tanke på behandleren innenfor psykisk helsevern som møter flyktninger i sitt arbeid. Siktemålet med veilederen er å dele faglige erfaringer og kunnskap. Det gis råd om utredning, behandling og oppfølging i arbeidet med en pasientgruppe som ofte har sammensatte problemer og behov. Det er lagt vekt på å gi informasjon om sentrale temaer på dette feltet slik som samarbeid med tolk, kulturforståelse og grove menneskerettighetsbrudd. Veilederen inneholder også referanser til andre viktige kilder for informasjon. Veilederen er også ment å være en kilde til inspirasjon. Her understrekes at det viktigste i dette arbeidet er etableringen av en dialog og et samarbeid hvor flyktningen kan føle seg trygg nok til å nyttiggjøre seg tilbudet.

Kirkeveien 166 (bygning 48)  
N-0407 Oslo  
Tlf.: +47 22 59 55 00  
Faks: +47 22 59 55 01  
e-post: [postmottak@nkvts.unirand.no](mailto:postmottak@nkvts.unirand.no)

ISBN-10: 82-8122-005-8  
ISBN-13: 978-82-8122-005-8