

OASIS – TVÆRFAGLIG BEHANDLING AF TRAUMATISEREDE FLYGTNINGE

Ulrik Jørgensen, Cand. psych. aut., direktør

To eksempler

Sadek¹ er flygtning fra Irak. Han voksede op i en politisk aktiv, intellektuel familie, hvor han allerede fra han var 8 år gentagne gange overværede, at faderen blev hentet og slået af politi og militær. Senere blev han ofte taget med i fængslet for til skræk og advarsel at overvære politiske fanger blive tortureret. Som voksen var Sadek selv aktiv i oppositionen til diktaturregimet i Irak, hvilket førte til, at han flere gange blev fængslet og udsat for grov tortur. Han blev bl.a. udsat for falanga (stokkeslag under fødderne), voldtægt, skinhenrettelser og mange andre grove former for fysisk og psykisk tortur.

Da Sadek startede i OASIS, led han af søvnforstyrrelser, voldsomme flashbacks, hvilket betød, at han ved mindste foranledning gennemlevede rædslerne, manglede impuls kontrol, så han havde svært ved at styre sin vrede overfor bl.a. sin nærmeste familie. Dette var forfærdelig pinefuldt for ham. Han var angst, havde selvmordstanker og var præget af et stærkt pessimistisk syn på tilværelsen. Fysisk var han anspændt i hele kroppen og led af kronisk hovedpine og smerter i ryg og skuldre. Men mest af alt var han bekymret for sin familie – både i Irak og i Danmark. Diagnostisk led han af Posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) med en depressiv overbygning.

Mirsad er bosnisk flygtning. Han var officer i den bosniske hær og var bl.a. med til at forsvare strategisk vigtige stillinger på bosniernes side. I fire år levede han i et krigshelvede, hvor han blev vidne til brutale mord på uskyldige kvinder og børn, og han oplevede gentagne gange, at hovedparten af soldaterne fra hans deling blev dræbt eller dødeligt lemlæstede af granater, mens Mirsad overlevede uden nævneværdige fysiske mén. Da han startede i OASIS levede han i et mareridt – dag og nat. Krigen var hans virkelighed. Hans kone og børn, som han elsker højt, var statister til dette mareridt. De kunne ikke hjælpe ham, og Mirsad kunne ikke slippe rædselsscenerne, kunne ikke koncentrere sig, led af konstant kraftig hovedpine, stærke smerter i ryggen og følelseløshed i benene. For det meste ønskede Mirsad sig, at han ikke havde overlevet krigen. Han så ikke nogen fremtid for sig. Diagnostisk led Mirsad af Posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) med en depressiv overbygning. Han opfyldte endvidere kriterierne for Ekstrem Stressforstyrrelse (DESNOS).

Mirsad og Sadek er blot to ud af de ca. 100 flygtninge, der årligt bliver henvist til OASIS. Siden OASIS' start i 1987 har mere end 1400 traumatiserede flygtninge modtaget behandling.

Sadeks behandlingsforløb

Hos psykologen klagede Sadek over anfald af panikangst, som især opstod på sprogskolen, når han blev spurgt om noget, samt når han gik på gaden og tilfældigt

¹ Navnene på de to klienter er opdigtede af hensyn til anonymiteten.

mødte en betjent eller anden uniformeret person. I psykoterapien blev der arbejdet med at hjælpe Sadek til at beherske sin angst bl.a. med kognitive terapeutiske metoder. Desuden blev der arbejdet med Sadeks depressive symptomer, herunder hans følelse af magtesløshed og håbløshed bl.a. ved at arbejde med Sadeks ressourcer. Bearbejdning af overføringsreaktioner såvel i forhold til tolk som psykoterapeut kom til at spille en vigtig rolle i det psykoterapeutiske forløb. De psykoterapeutiske resultater var så gode, at det ikke blev fundet nødvendigt at henvise Sadek til OASIS' psykiatriske konsulent.

Også i fysioterapien blev der arbejdet med Sadeks angstreaktioner i form af vejtræknings- og groundingøvelser. Endvidere blev der arbejdet med kropsmassage med henblik på at lindre spændingsbetingede smerter, samt at genoptræne muskulaturen i fødder og ben som følge af skader efter falanga. En konsultation hos lægekonsulenten afslørede ikke yderligere somatiske problemer, end der allerede var konstateret af fysioterapeuten.

Socialrådgiveren optog en social anamnese i starten af forløbet med oplysninger om social baggrund samt aktuelle familiemæssige forhold. Derefter var der løbende samtaler med henblik på at lægge en social plan for Sadek, som passede til hans fysiske, psykiske og intellektuelle ressourcer. Dette skete dels i et tæt samarbejde med de øvrige behandlere i OASIS og dels med den henvisende kommune.

Behandlingen af Sadek blev løbende koordineret på OASIS behandlermøder mellem de involverede behandlere, bl.a. med henblik på en korrekt timing af de forskellige behandleres indsats overfor klienten.

Behandlingen af Sadek varede ca. 6 måneder. Han har i dag et arbejde, som han er glad for. Han er begyndt at få et liv til at fungere i Danmark, og ser lysere på tilværelsen. Han er fortsat plaget af minder fra fortiden, men er nu i stand til at se tilbage på dem med en vis distance, så traumerne ikke fylder hele livet. Han kan stadig overvældes af sorg over de mange tab, han har lidt, men det er ikke længere en kronisk tilstand. Han ved, at sorgen dukker op i ny og næ, men han ved også, at følelsen forsvinder igen, og at de sorgfulde episoder bliver kortere og kortere. Også familien trives nu betydelig bedre.

Mirsads behandlingsforløb

Under behandlingen i OASIS konstaterer lægekonsulenten forskydninger i en ryghvirvel, hvilket forvolder stærke smerter. På trods af en rimelig god prognose modsætter Mirsad sig operation, idet ophold på hospital medfører meget stærke flashbacks, som medfører voldsom angst og stærkt fysisk ubehag. Desuden er han overvældet af angst for fysisk immobilitet resten af sit liv. De øvrige kropslige smerter vurderes at have oprindelse i den psykiske traumatisering og derfor uden somatisk ætiologi.

Mirsad starter i fysioterapi, hvor der arbejdes med smertelindring gennem mild massage og øget kropsbevidsthed, da en bedre forankring i kroppen er en forudsætning for, at han kan rumme at tale om de svære ting.

Den psykiatriske konsulent medicinerer Mirsad med Remeron, hvilket har en begrænset positiv effekt i forhold til Mirsads søvnproblemer. Medicinen synes at

hjælpe klienten til et øget nærvær, hvilket virker faciliterende for det psykoterapeutiske forløb.

I psykoterapien arbejdes der med at genfinde klientens ressourcer og værdier fra før krigen samt at kunne rumme de stærke følelser, der knytter sig til rædselsoplevelserne fra krigen. Dette arbejde lykkes i nogen udstrækning, hvorimod forsøg på at skabe en forbedring af det kognitive funktionsniveau kun lykkes i ringe udstrækning.

På det sociale område har en socialrådgiver i OASIS hjulpet ham igennem en pensionsansøgning og samarbejdet med kommunen om en acceptabel boligplacering for Mirsad og hans familie. Dermed er der nu etableret en tryk økonomisk og fysisk ramme omkring Mirsads og familiens eksistivt værelse i Danmark.

Mirsad lever stadig i nogen grad mentalt i det krigshelvede, smerterne minder ham om. Der er dog sket en lindring af smerterne, som ikke længere er så konstante som tidligere, og han har gennem behandlingen genfundet mange af de værdier, han tidligere satte pris på i livet. Han kan nyde skønheden ved en god dag og glæde sig over sine børn. Mirsad kommer næppe i arbejde igen, men er så invalideret af sine traumer, at en førtidspension vil være det eneste rimelige tilbud til ham. Men han har nu så stort et psykisk nærvær, at han er en god far for sine børn. Dette kan have en altafgørende betydning for *deres* fremtidige udvikling.

Behandlingen af Mirsad blev et længerevarende forløb i OASIS, som strakte sig over mere end to år. Resultatet er vanskeligt at gøre op ud fra snævre funktionelle kriterier, men ud fra eksistentielle kriterier har det været værdifuldt. Mirsad beskriver selv, at forløbet har givet ham det nødvendige håb for fremtiden, som har afholdt ham fra at tage sit eget liv.

Et helhedsorienteret behandlingssyn

For OASIS betyder det at have et helhedsorienteret behandlingssyn, at vi tager udgangspunkt i, hvad traumatet betyder for hele klientens livssituation. En traumatiseret flygtning er ikke blot et menneske, der kommer fra en diktaturstat eller et borgerkrigsområde med deraf følgende psykiske og fysiske traumer. Det er også et menneske, der er blevet berøvet sit hjem, sit land, sin kultur, sine venner, slægtninge m.m. Det er et menneske, der er blevet overordentlig rystet i sin identitetsfølelse, og som på ny skal til at finde ud af, hvem han eller hun er i et samfund, som kun alt for ofte er mest optaget af en forestilling om ikke at blive invaderet af fremmede, og derfor ikke er særligt gæstfrit.

At være traumatiseret flygtning er altid et resultat af flere sociale begivenheder, som i de fleste tilfælde har alvorlige psykiske, fysiske og sociale følgevirkninger for den pågældende. At flygte fra traumatiske oplevelser som fængsling, tortur eller krig fører andre traumatiske oplevelser med sig i form af tab af kulturel tilknytning, nærtstående familiemedlemmer, trængsler under flugten, langvarige asylperioder med eksistential usikkerhed, evt. ændringer i familiestrukturen og familiens interne rollefordeling m.m. I en helhedsorienteret behandlingsmodel indgår alle disse aspekter i en samlet vurdering som grundlag for en behandlingsplan.

Der kan i behandlingssystemet være en tendens til at fokusere på den traumatiske begivenhed som det væsentligste udgangspunkt for behandlingen. Et torturoffer behandles for sine torturtraumer ligesom en hjertepatient behandles med hjertemedicin. Undersøgelser viser imidlertid klart, at sociale faktorer har en meget stor indflydelse på behandlingsprognosen, men også på den enkelte flygtningssymptombillede. F.eks. har det vist sig, at usikkerheden omkring fremtiden og de stærke begrænsninger i asylsøgers levevilkår bringer disse mennesker, som i forvejen er traumatiserede, i akut krise og forstærker deres symptombillede. Især når det drejer sig om traumatiserede flygtninge, ved vi, at traumerne i sig selv kan aflede nye traumer, og at det i nogle tilfælde kan være sådan, at traumat ved at være eksileret kan være mere psykisk belastende for flygtningen end tortur- eller krigstraumat.

OASIS modtager både voksne flygtninge, børn og familier. Langt de fleste af vores klienter er dog mænd, som er henvist til individual behandling. Vi er imidlertid opmærksomme på, at mange børn ikke når behandlingssystemet, fordi både forældre, pædagoger, lærere og andre professionelle omkring familierne ofte har svært ved at identificere omfanget af børnenes problemer. Det hænger måske sammen med, at der stadig er stor forsigtighed i forhold til at intervenere overfor familier af fremmed herkomst, og det kan være vanskeligt at afgøre, hvorvidt et barns adfærd kan tilskrives specifikke kulturelle forhold eller om det er fordi barnet har psykiske problemer.

Tværfaglig behandling

Det er vores erfaring, at flygtninges psykosociale problemer som regel er normale reaktioner på ekstreme livsomstændigheder såsom fængsling, tortur, krig og andre former for organiseret vold samt problemer i forbindelse med flugt og livet i eksil. Problemerne er både af social, fysisk og psykisk karakter. *Behandlingen er derfor tværfaglig og indbefatter psykoterapi, lægeundersøgelse, fysioterapi, social koordinering/vejledning samt evt. psykiatrisk konsultation. Desuden foregår langt hovedparten af behandlingsforløbene via tolk.*

Langt hovedparten af klienterne i OASIS har fysiske smerter. Ofte er de fysiske problemer helt eller delvis psykosomatiske, det vil sige, at symptomerne og smerterne er afledt af den psykiske traumatisering. Det drejer sig primært om hovedsmerter, smerter i ryg, nakke og lænd, men vi ser også hyppigt klienter, som lider af følelsesløshed i lemmer eller i den ene side af kroppen. En del klienter lider også af direkte fysiske skader, der er blevet påført under tortur, i kamp eller på anden vis. Det er **lægekonsulentens** opgave at undersøge, dels om der er somatiske årsager til smerterne, og dermed henvise til relevant medicinsk behandling og dels evt. at henvise klienterne til relevant behandling i tilfælde, hvor der er tale om egentlige fysiske skader.

OASIS' **fysioterapeuter** har stor erfaring i at behandle led- og muskelsmerter, hvilket tilbydes hovedparten af vore klienter. Derudover er de mest almindelige skader forkert sammenvoksede brud på lemmer og "falangafødder", hvor det stødabsorberende væv under fodsålerne er blevet ødelagt af stokkeslag, så offeret så at sige går direkte på fodknoglerne. Dette kan bl.a. yderligere medføre rygproblemer. Det ødelagte væv kan ikke gendannes, men der kan kompenseres med godt,

stødabsorberende fodtøj, og yderligere skader kan forebygges ved genoptræning af de beskadigede muskler, led og sener (Eriksen, A.M. 1999).

Det er også velkendt, at flygtninge har betydelig vanskeligere ved at blive inddraget på arbejdsmarkedet og uddannelsesinstitutionerne end danskere, og de har generelt dårlige betingelser, hvad angår trykke og stabile rammer omkring deres tilværelse. Det er ofte en forudsætning for, at vi kan arbejde psykoterapeutisk med klienterne, at de føler sig i sikkerhed samt at de har et tilhørsforhold i form af en fast bolig og afklarede forhold omkring familiesituationen. Det er **socialrådgivernes** opgave i samarbejde med kommunerne at hjælpe klienterne med at få etableret disse basale rammer, såfremt de ikke eksisterer på forhånd, og det er ligeledes socialrådgivernes rolle at hjælpe klienterne i gang med en aktiv tilværelse i Danmark, efterhånden som de psykisk og fysisk magter det. Det optimale er naturligvis, at klienterne kommer i gang med et uddannelsesforløb eller kommer i beskæftigelse. En endnu ikke publiceret norsk undersøgelse viser, at traumatiserede flygtninge, som er i beskæftigelse har signifikant færre symptomer på PTSD (Sveaas, N. 1999). Dog må vi også i nogle tilfælde drage den konklusion, at de psykiske og fysiske skader er for omfattende til, at klienten realistisk set nogensinde vil komme i beskæftigelse igen, hvorfor en pension må anbefales.

Psykoterapien udgør i hovedparten af vores behandlingsforløb kernen i behandlingen, og den forestås af autoriserede **psykologer** eller eksaminerede **psykoterapeuter**, som yder samtaleterapi til klienterne. Terapien kan ske i form af støtte- og krisesamtaler til klienter, som endnu ikke har en fast forankring i det danske samfund, f.eks. asylsøgere, som endnu ikke har opnået asyl, boligsøgende klienter og klienter, som lever i en akut bekymring for deres nærmeste families velfærd i hjemlandet eller som lever i uvished om familiens skæbne. For de klienter, som har en mere eller mindre fast forankring i det danske samfund, har vi mulighed for at hjælpe dem til en bearbejdning af deres traumer. Et af målene kan være at klienten får skabt så megen afstand til fortiden, at han eller hun ikke længere følelsesmæssigt bliver overvældet af minderne fra fortiden, men er i stand til at bevare fokus på det aktuelle liv. Endvidere er det som regel også en målsætning at hjælpe klienten til lindring af de psykiske symptomer samt forbedring af det kognitive og sociale funktionsniveau.



Når det skønnes, at klienten har en psykiatrisk problematik eller hvis de psykoterapeutiske resultater viser sig utilstrækkelige, kan klienten henvises til vores **psykiatriske konsulent** med henblik på evt. medicinering. Kombinationen af medicinsk og psykoterapeutisk behandling har i mange tilfælde vist sig at være ganske effektiv.

Samlet er den behandlingsmæssige målsætning at hjælpe flygtningeklienterne til at få et bedre liv i deres eksil i Danmark, hvilket erfaringsmæssigt også danner grundlag for en bedre integrationsproces.

Et stadig større antal flygtningefamilier med børn henvises til OASIS. Børne- og familiebehandling er en særlig opgave, som ofte involverer flere terapeuter og indebærer et langt tættere samarbejde med familiens øvrige professionelle netværk. Behandlingen kan bestå af individuel samtale eller legeterapi med barnet/børnene parallelt med støttesamtaler til forældrene, familierapi, børnepsykologiske undersøgelser, supervision af sagsbehandlere m.m.

Behandlingen foregår som regel på klientens modersmål ved hjælp af tolk. Selvom klienten behersker det danske sprog rimeligt, er det vores erfaring, at det faciliterer det terapeutiske arbejde, at klienten kan "italesætte" sine oplevelser og psykiske problemer på modersmålet. Selvom der kan gå nuancer tabt i samtalen, er det vores erfaring, at samtale via tolk også kan bibringe nye dimensioner i arbejdet. Tolken får ofte karakter af kulturformidler mellem klient og terapeut.

Flygtninge, der bliver henvist til OASIS, er som regel traumatiserede, og de har brug for at bearbejde disse traumer. Det er imidlertid også mennesker, som har brug for at genfinde sig selv og deres værdighed blandt os danskere. I OASIS ser vi det som vores opgave at hjælpe vore flygtningeklienter med at håndtere begge opgaver.

Henvisning til OASIS

Såvel asylansøgere som flygtninge kan henvises til behandling. Henvisning sker gennem Dansk Røde Kors, socialcentre og social- og sundhedsforvaltningerne. Praktiserende læger, hospitaler og andre kan henvise via social- og sundhedsforvaltningen i bopælskommunen.

Henvisningen sker på et henvisningsskema, som rekvireres hos OASIS. Skemaet udfyldes i fællesskab med den person, som henvises.

For at OASIS kan påtage sig et tværfagligt behandlingsforløb, kræves der en bevillingsramme på mindst 45 timer til at starte med. I den første bevilling indgår en grundig udredning af klientens psykiske, fysiske og sociale problematik, som danner udgangspunkt for en behandlingsplan. Som regel medgår 10 - 15 timer hertil. Først derefter påbegyndes den egentlige behandling.

Efter ca. 30-35 timer fremsendes en statusvurdering til henviser med en vurdering af resultatet af den hidtidige behandling, hvilke problemstillinger klienten fortsat har brug for at få bearbejdet samt det fremtidige behandlingsperspektiv.

Af skemaet skal det fremgå hvilken vurdering, der ligger til grund for henvisningen. Herunder klientens væsentligste symptomer og problemer, hvilken behandling, der tidligere er forsøgt, og gerne et oplæg til, hvilken social handleplan, henvisningen indgår i. Desuden bør der indgå oplysninger om klientens motivation for behandlingen.

Visitationen

Når OASIS har modtaget henvisningen, fordeles klienten til visitation hos en klinisk psykolog eller eksamineret psykoterapeut.

Formålet med visitationssamtalen er at vurdere klientens behandlingsbehov samt hvorvidt OASIS har mulighed for at tilbyde klienten relevant hjælp. I nogle tilfælde kan det være påkrævet med en ekstra visitationssamtale, f.eks. med henblik på en afklaring af, om klienten har brug for særlig støtte omkring fysiske eller sociale spørgsmål.

OASIS kan ikke påtage sig behandling af klienter, der er åbent psykotiske, men henviser i disse tilfælde til relevant psykiatrisk behandling.

I børne- og familiesager, som er meget mere omfattende, er der som regel behov for flere visitationssamtaler for at udrede familiens samlede behandlingsbehov.

PTSD diagnosen

De mest almindelige psykiske symptomer blandt flygtninge er en kombination af posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) og depression. PTSD blev første gang anerkendt som selvstændig diagnose i APA's diagnoseliste DSM III i 1980. Den var et direkte resultat af den forskning, som fulgte i kølvandet af de psykiske lidelser, de amerikanske vietnamveteraner havde efter Vietnamkrigen. Diagnosen er senest blevet revideret i 1994, og kriterierne er følgende:

1. Personen har været udsat for en traumatisk begivenhed, der er kendetegnet ved, at han eller hun har oplevet eller været vidne til død eller livstruende begivenheder, og reageret med intens frygt eller rædsel.
2. Personen er stærkt belastet af flashbacks, dvs. gentagne erindringer om traumerne såvel i vågen tilstand som i drømme (intrusion). Mange flygtninge beskriver det, som om en film med alle grusomhederne gentager sig i det uendelige, uden at de selv har indflydelse på det. De kan også få en oplevelse af, at traumatet gentager sig i nuet i form af små og ofte uskyldige signaler, der minder dem om det skete.
3. Klienten prøver på at undgå stimuli, der er forbundet med traumatet (avoidance). Han eller hun trækker sig følelsesmæssigt tilbage for at beskytte sig mod at blive oprevet. Resultatet er imidlertid et forarmet følelsesliv, hvor aktiviteter og tanker, der kan minde en om traumerne, undgås. Dette kan gå stærkt ud over ens engagement i forhold til arbejde, tidligere interesser og følelsesmæssige relationer. Personen kommer ofte til at føle sig meget ensom og isoleret. Det er endvidere almindeligt, at traumatiserede flygtninge oplever deres fremtidsmuligheder som stærkt begrænsede.
4. Endelig oplever traumatiserede mennesker vedvarende symptomer på øget anspændthed (arousal), som ikke var til stede før traumatet. Dette manifesterer sig som vanskeligheder med at falde i søvn eller at sove igennem, irritabilitet og vredesudbrud, koncentrationsvanskeligheder, overvagtssomhed og overreaktion på forskrækkelse. Det er typisk, at der kommer fysiologiske reaktioner ved oplevelse af begivenheder, der symboliserer eller ligner aspekter af de traumatiske begivenheder, f.eks. i form af hjertebanken, åndenød, svedeture m.m.

5. I forhold til varighed taler man om en kronisk reaktion, hvis disse reaktioner varer udover 3 måneder. Og om en forsinket reaktion, hvis de indtræder et halvt år efter begivenheden.

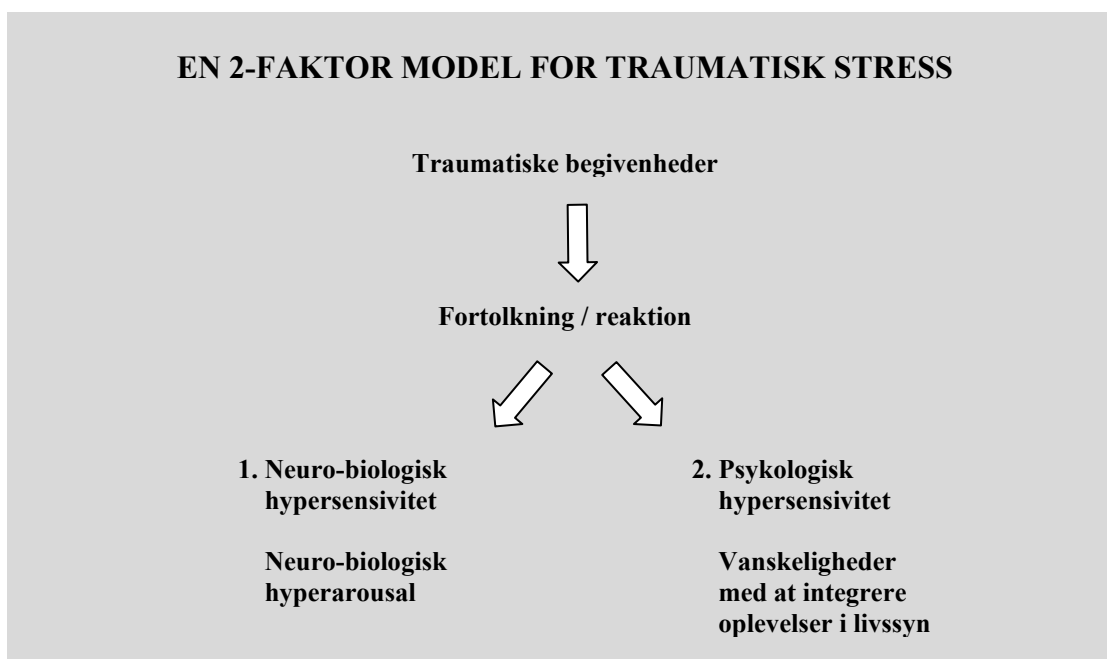
En psykologisk og biologisk lidelse

Den posttraumatiske lidelse er på en gang en psykologisk og en biologisk lidelse.

Man er i den biologiske forskning efterhånden nået ret vidt i en identificering af, hvilke omfattende konsekvenser det har at lide af posttraumatiske symptomer. Der er tale om vedvarende forstyrrelser i centralnervesystemet, det neuroendokrine system, muskler og ledssystemet m.m.

At være i en livstruende situation og reagere med de instinktive kamp/flugt mekanismer er ensbetydende med en kolossal mobilisering af kroppens ressourcer og systemer. Dette er yderst hensigtsmæssigt i et tidsmæssigt afgrænset forløb, og under normale forhold veksler stress og afspænding i en fleksibel rytme.

Men hvor der er tale om en posttraumatisk reaktion, er kroppen i et kronisk alarmberedskab. Denne kroniske alarmtilstand er knyttet til det forhold, at de traumatiske erindringer ikke er kodet ind i en tidsmæssig ramme, men optræder som værende noget, der udspiller sig i nutiden igen og igen, dag efter dag.



(Every, G.S. & Lating, J.M. (1995))

Personen kan ikke længere skelne mellem farlige og ufarlige stimuli. De traumatiske erindringer generaliseres til at omfatte en mængde uskyldige stimuli, som med et øjeblikks varsel kan udløse en panikreaktion: En lyd på gaden. Et barns råben. En uskyldig berøring. Et tonefald. Der er ingen ende på muligheder for igen at blive højaktiveret, og reaktionerne kan oftest ikke forudses.

Forskningen viser idag, at den udpining, der sker af systemet, har den virkning, at celler dør, og områder af basale hjernestrukturer dør. Dette kan være medvirkende til symptomer som koncentrationsbesvær og dårlig hukommelse samt manglende impuls kontrol.

Ekstrem Stress Forstyrrelse (DESNOS)

I forhold til flygtninge, der i længere tid har været udsat for organiseret vold i deres hjemland, inklusiv fængsling og tortur, har den klassiske posttraumatiske stress lidelse vist sig at være ufuldstændig som forståelsesmodel.

Et er at blive udsat for en ulykke, der medfører tab og sorg, noget andet er at blive udsat for andre menneskers ondskab. Noget sådant komplicerer reaktionerne og gør det sværere siden at bearbejde og forstå.

Der er som regel heller ikke tale om én begivenhed eller flere, men om at flygtningen i længere tid har levet under livstruende forhold. Der er således snarere tale om, at flygtningen har levet i en bestemt tilstand i længere tid frem for at have været udsat for afgrænsede hændelser. Man er derfor ved at udvikle en ny kategorisering af reaktioner, man kalder en ekstrem stressforstyrrelse.

Omrids af den ekstreme stressforstyrrelse

1. Tidligere udsættelse for totalitær kontrol igennem længere tid (måneder til år). Eksemplerne omfatter gidsler, krigsfanger, overlevende fra koncentrationslejre og visse religiøse sekter. Eksemplerne omfatter også mennesker, der har været underkastet totalitære systemer i deres seksualliv og i hjemmet, inklusive ofre for vold i hjemmet, fysiske eller seksuelle overgreb i barndommen og organiseret seksuel udnyttelse.
2. Ændringer i affektregulering
 - vedvarende dysfori
 - kronisk optagethed af selvmordstanker
 - selvbeskadigelse
 - eksplosiv eller ekstremt tilbageholdt vrede (kan veksle)
 - tvangsmæssig eller ekstremt hæmmet seksualitet (kan veksle)
3. Ændringer i bevidsthed
 - amnesi eller hyperamnesi med hensyn til traumatiske begivenheder
 - forbigående dissociative episoder
 - depersonalisation/derealisation
 - genoplevelse af begivenheder
4. Ændringer i selvopfattelse
 - en følelse af hjælpeløshed eller handlingslammelse
 - skamfølelse
 - en følelse af at være blevet besudlet eller stigmatiseret

- en følelse af at være totalt anderledes end alle andre (kan omfatte en følelse af at være noget specielt)
5. Ændringer i opfattelsen af gerningsmanden eller krænkeren
 - optagethed af forholdet til gerningsmanden eller krænkeren (inklusive optagethed af hævntanker)
 - en urealistisk tro på at gerningsmanden eller krænkeren har total magt (advarsel: ofrets bedømmelse af magtforholdene kan være mere realistisk end klinikerens)
 - idealisering eller paradoksalt taknemmelighed
 - en følelse af et specielt eller overnaturligt forhold
 - accept af gerningsmandens eller krænkerens anskuelse eller efterrationaliseringer
 6. Ændringer i forholdet til andre
 - isolation og tilbagetrækning
 - afbrydelse af intime forhold
 - gentagne søgen efter en redningsmand (kan veksle med isolation og tilbagetrækning)
 - vedvarende mistillid
 - gentagne mislykkede forsøg på at beskytte sig selv
 7. Ændringer i betydningssystemer
 - tab af tro og tillid
 - en følelse af håbløshed og fortvivlelse (Herman, J., 1995)

Organiseret vold

Ovenstående er primært en beskrivelse af reaktioner hos mennesker, der i længere tid har været i en tilstand af fysisk eller psykisk tilfangetagelse. Som er blevet misbrugt og/eller mishandlet eller tortureret. Det er imidlertid også sådan, at samfund, der er præget af, hvad man kalder organiseret vold, kan fremkalde reaktioner af lignende karakter. Uden at der nødvendigvis f.eks. har været tale om fængsling. (Sveaas, N. 1994).

Organiseret vold er blevet beskrevet som "tortur flyttet ud i gaderne." Der er tale om regimers brug af magtstrategier, der bygger på rå vold og trusler om vold. Dette skaber en dominans, der bygger på frygt. Gennem denne dominans gennem frygt skabes der en atmosfære af uvished og uforudsigelighed. De holdepunkter og stabile strukturer, vi har brug for for at klare tilværelsen, nedbrydes og kriminaliseres. Kommunikation og samvær mellem mennesker besværliggøres og kriminaliseres.

For at forstå virkeligheden og de sammenhænge vi befinder os i, har vi brug for at være i kontakt med andre og kunne kommunikere med andre. Det er i samværet og i dialogen, at man kan forstå, hvad der sker i ens liv. Når selv samme samvær og dialog kriminaliseres, bliver evnen til at forstå og skabe mening væsentlig reduceret. Mening bliver nu ikke længere noget, man skaber i samvær med andre, i stedet bliver den monopoliseret af magtapparatet.

Flere af de symptomer, der befinder sig i den ekstreme stressforstyrrelse, kan direkte udledes af de socialpsykologiske processer, der finder sted i samfund præget af organiseret vold.

Det, man ser i denne diagnose, er i øvrigt, at symptomer og personlighedsforandringer væver sig ind i hinanden, hvilket naturligvis har indflydelse på, hvad man realistisk kan forvente sig af en behandlingsindsats.

Depression

PTSD er kategoriseret under "angsttilstande" i DSM IV, men også *Depression* synes at være en fremherskende paralleltilstand hos torturofre. De vigtigste symptomer på depression er forsænket stemningsleje, en konstant manglende interesse for og glæde ved de fleste aktiviteter, hvis indhold kan være i overensstemmelse med typiske depressive træk som følelse af personlig utilstrækkelighed, skyldfølelse, sygdomsfølelse, død, nihilisme eller fortjent straf. Allodi. & Cowgill fandt i deres undersøgelse af 41 torturofre, at depression i 71% af tilfældene var en af langtidseffekterne af torturen. Andre studier af Domovich et al og Goldfeld et al har fundet lignende resultater, hvor henholdsvis 66% og 68% af de undersøgte torturofre blev diagnosticeret depressive.

Kulturel sørgen

Udvidelsen af PTSD til DESNOS rummer imidlertid fortsat ingenlunde den virkelighed, der handler om at være flygtning, fordi der i forbindelse hermed føjer sig en problemstilling til, der handler om at være tvunget væk fra sine oprindelige sociale, kulturelle og etniske rødder og strukturer.

Man taler om kulturel sørgen/eksistentiel smerte med tab af:

- sociale strukturer
- kulturelle værdier
- identitet/rolle

At være flygtning er at gennemleve massive og omfattende tab. En sorgproces, der afhængig af den pågældendes kultur kan udtrykke sig på mange måder. Hyppigt er den eksistentielle smerte, der er tale om, udtrykt i et kropsligt sprog/symptomer, fordi det er det eneste, der er tilgængeligt eller accepteret af ens omgivelser.

Afslutning

Resumerende er der tale om, at de forstyrrelser, som vores klienter lider af, udtrykker sig på et biologisk, fysisk, psykologisk, socialt og kulturelt niveau. Den behandlingsmæssige indsats i OASIS afspejler, at de problemer, flygtninge har, sundhedsmæssigt, personligt og socialt er vævet ind i hinanden på en kompliceret måde.

En indsats på ét plan vil således få virkninger på et andet plan. En indsats overfor en klients beskæftigelsesmæssige fremtid og fremtidsperspektiv kan derfor meget vel være en nødvendig indsats for at reducere en posttraumatisk problematik. Det

omvendte kan også være tilfældet, at et psykiatrisk behandlingstiltag overfor en søvnlidelse i forbindelse med PTSD er en forudsætning for, at man realistisk kan begynde at arbejde med mere sociale, fremadrettede problemstillinger.

Det er derfor en abstraktion, der ikke hænger sammen med virkeligheden, at forsøge en vægtning mellem f.eks. en social- og sundhedsfaglig indsats. Netop fordi problematikken består af et samspil mellem flere dimensioner af en persons virkelighed, bliver behandlingstiltaget det også. Vægtningen af den enkelte indsats afgøres af, hvordan problematikken og behandlingsmulighederne vurderes.

Vores behandlingsmæssige tilgang til arbejdet med flygtninge er først og fremmest ressourceorienteret. Hermed menes, at behandlingen fokuserer på at udvikle de områder i klientens liv, der kan tjene som modvægt mod de traumatiske symptomer og være med til at reducere disse i et eller andet omfang. For at gøre behandlingen over for den enkelte så effektiv som muligt, tilbyder OASIS derfor et tværfagligt behandlingstiltag.

Det tværfaglige er begrundet i, at samtlige niveauer - som nævnt ovenfor - i en flygtnings liv som regel er ramt som konsekvens af organiseret vold og kulturtab. Dels begrundet i, at de helende kræfter kan være at finde ikke bare på det psykologiske niveau, men lige så vel på det biologiske, sociale og kulturelle niveau.

Referencer:

- Allodi, F. & Cowgill, G. (1982): Ethical and psychiatric aspects of torture: A Canadian study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 27 (2), 98-112
- American Psychiatric Association (1994). *DSM IV*.
- Domovitch, E, Berger P.B, Wawer, M.J. et al: Human torture: Description and sequelae of 104 cases. *Can Fam Physician* 30, 827-830.
- Eriksen, A.M. (1999): *Falanga*. Duplikat, OASIS.
- Everly, G.S. & Lating, J.M. (1995): *Psychotraumatology*. Plenum Press.
- Goldfeld, A.E., Mollica, R.F., Pesavento, B.H., Faraone, S.V.: The Physical and Psychological Sequelae of Torture. *The Journal of the American Medical Association* May 13, (259), 2725-2729.
- Herman, J. (1995): *I voldens kølvand. Om psykiske traumer og deres heling*. Hans Reitzel, København
- Jørgensen, U. og Mathiasen, S.S. (red.) (1998): *At overleve vold. Om psykisk traumatisering, mestring og behandling*. Forlaget Klim, Århus.
- Lavik, N.J., Nygård, M., Sveaas, N. & Fannamel, L. (1994): *Pain and Survival*. Norwegian University Press.
- OASIS (1999): Årsrapport.
- Sveaas, N. (1999): *Restructuring Lives in Exile – a Family Perspective*. Paper fremlagt på: The European conference on Empowerment of Traumatized Refugee Families, København oktober 1999.
- van der Veer, G. (1995): *Rådgivning og terapi med flygtninge*. Hans Reitzel, København.