

# PSYKODYNAMISKE ASPEKTER I TVÆRFAGLIG BEHANDLING AF FLYGTNINGE

Af Ulrik Jørgensen

## Indledning

I Psykisk Hælsa nr. 1, 1993, problematiserer Marika Lindbom-Jakobson og Lena Lindgren den analytisk orienterede psykoterapi muligheder inden for rammerne af en institution og indenfor rammerne af et tværfagligt samarbejde. Bl.a. problematiseres det, at den psykoanalytiske terapi rammer brydes, når forskellige andre faglige tilgange skal arbejde sammen med psykoterapeuten i samme institution.

Derudover bliver det fremført, at såvel overføringsprocesser som modoverføringsprocesser kompliceres af, at psykoterapien foregår indenfor rammerne af en institution, hvor den enkelte klient ofte kommer i kontakt med flere forskellige behandlere. Der er stor risiko for, at klienters splitting-forsvar og projektiv identifikation kan få tag i institutionen, og dermed besværliggøre ikke mindst psykoterapien. Konklusionen på artiklen er imidlertid, at psykoterapi med traumatiserede flygtninge *bør* foregå i en institutionel sammenhæng og ofte tværfagligt.

Artiklen rummer nogle klare og vigtige problemstillinger, som det er vigtigt at have for øje, når der arbejdes tværfagligt i en institutionel sammenhæng. Det er imidlertid ikke tilstrækkeligt at identificere problemerne, vi må også arbejde med, hvordan vi terapeutisk kan håndtere dem.

Det er derfor intentionen med denne artikel, *for det første* at spørge, hvilke fordele der ligger i at arbejde med traumatiserede flygtninge i et tværfagligt team og *for det andet*, hvordan vi ved at tage højde for de faldgrubber, der ligger i de tværfaglige og institutionelle rammer, kan bruge tværfagligheden og institutionen som et terapeutisk potentiale og en ressource.

## Tværfaglighed vs. flerfaglighed

Ifølge Lis Keiser og Mogens Lund defineres tværfaglighed som en række forskellige professioner, der samles engageret i et fælles projekt og en fælles overordnet målsætning. Hver enkelt profession bidrager ligeværdigt med sit faglige ståsted til projektet, men ikke isoleret fra hinanden. Viden fra den ene faglige synsvinkel kan bidrage med en fornyet forståelse hos den anden og vice versa, således at det tværfaglige teams samlede potentiale øges. "*Tværfaglighed er altså mere end summen af de fag, som gruppen repræsenterer.*" (Keiser og Lund 1991).

For at sikre helheden i det fælles projekt er det nødvendigt med en koordinering og *samordning* af arbejdet. Det indebærer bl.a. a) beslutninger om, hvordan projektet starter, b) om koordinering og samordning bedst varetages af en fagperson i det tværfaglige team eller en ikke-faglig leder, c) timing i forhold til hver enkelt faggruppes indsats, d) løbende tilsyn med, at samarbejdet foregår optimalt i forhold til det fælles formål.

Flerfaglighed er, ifølge Keiser og Lund, derimod karakteriseret ved, at de forskellige professioner arbejder *ved siden af hinanden*. Der er en klar adskillelse mellem fagene, hvor hver enkelt profession udelukkende anskuer problemet ud fra sit fags synsvinkel og betragter andre faglige tilgange som hjælpeprofessioner, der ikke direkte indgår i en helhedsvurdering af problemet og ofte med en hierarkisk opbygning af fagene. Der sker ikke en samordning af de enkelte fagdiscipliner, derimod er der ofte et fag, som er *overordnet*, mens andre *underordnes*, og må indrette sig på de betingelser, den ledende faggruppe stiller.

Flerfagligheden kendes ofte fra hospitaler, hvor lægen sidder med det overordnede ansvar for klienten. Det er således lægens afgørelse, hvorvidt - og i hvilken udstrækning - andre fag skal inddrages. Det er således ofte lægens skøn, der afgør, om en patient er færdigbehandlet fysiologisk, og ikke fysioterapeutens.

## Hvorfor tværfagligt?

Alene betegnelsen *traumatiseret flygtning*, rummer en tværfaglig problematik. Traumatet er ofte en eller flere begivenheder, der har forårsaget såvel omfattende psykiske, fysiske som sociale belastninger af individet, lige så vel som alene det at være flygtning for næsten ethvert individ er en psykisk, social og kulturel/ sproglig belastning. At have faglig ekspertise på hvert af disse områder indenfor samme institution giver mulighed for at koordinere behandlingsindsatsen og gensidigt at understøtte hver enkelt fagdisciplins indsats.

En tværfaglig rehabilitering af flygtninge kan omfatte mange forskellige fagdiscipliner, f.eks. psykoterapi, tolkning, fysiurgisk behandling, afspænding, lægelig-medicinsk behandling, psykiatrisk behandling, tandlægebehandling, social vejledning m.m., alt afhængig af den enkelte klients behov og de henvisende myndigheders muligheder for at tilbyde klienten behandling.

## Tværfaglig behandling i OASIS

I OASIS har vi valgt at lægge hovedvægten på henholdsvis psykoterapi, fysioterapi eller afspænding og social vejledning. Derudover har vi mulighed for at foretage generel lægelig undersøgelse samt psykiatriske vurderinger til støtte for den samlede behandlingsplan.

Psykoterapi, kropsbehandling og social vejledning foregår adskilt. Hver enkelt fagdisciplin har sit rum, sin tidsmæssige afgrænsning samt hvert sit fagligt definerede formål, men altid med baggrund i en fælles målsætning. Tværfaglig-heden giver mulighed for, at hver enkelt behandler kan koncentrere sin indsats omkring sit særlige formål med behandlingen uden at forsømme helheden. De stærkt traumatiserede flygtningeklienter starter ofte behandlingen uden klart definerede mål, men derimod i en kaotisk tilstand, hvor psykiske, kropslige og sociale problemer flyder sammen i et. Alene det at skabe særskilt tid og rum for de forskellige aspekter af dette kaos, er medvirkende til at give klienten den første oplevelse af struktur og at kunne skille sine mangfoldige problemer fra hinanden.

K. var en svært traumatiseret mand på 30 år fra et arabisk land. Han havde været partisan og var blevet taget til fange af en fjendtlig milit, som havde udsat ham for grov tortur, såvel psykisk som fysisk.

*Psykisk* led K. af flash backs, dissociationer, herunder fantasier om kropslig fragmentering, bevidsthedsmæssig afspaltning af aggressive impulser, mangel på koncentration, søvnløshed og mareridt dødsangst og depression.

*Fysisk* led han af kraftig vedvarende hovedpine, smerter i nakke, skuldre, ryg og ben samt dødhedsfølelse i det meste af kroppen, dog især i armene.

*Socialt* var K. plaget af ensomhedsfølelse, boligplacering som eneste flygtning i en landsby i en dårlig bolig og mangel på beskæftigelse.

Diagnostisk måtte K. betragtes som et lower level borderline tilfælde med en svært dependent præmorbid psyke. Som følge af svært traumatiske oplevelser led han som overbygning herpå af post-traumatisk stress forstyrrelse.

Den fælles tværfaglige målsætning i behandlingen af K. var integration på alle niveauer: *Psykoterapeutisk* blev der primært arbejdet på en integration af de aggressive følelser, bl.a. ved at den negative overføring kunne rummes og bearbejdes. *Krops terapeutisk* blev der arbejdet med grounding, opmærksomhedsøvelser i forhold til kroppens afgrænsninger. Hvad det sidste angår var det vigtigt, at K. ikke blev hensat i en hviletilstand, hvor han skulle *tænke* kroppen igennem, idet dette kunne fremkalde kraftige fragmenterende fantasier om at kroppen gik i opløsning. Derimod skulle han mærke sin krop, f.eks. ved at kropsbehandleren gik kroppen igennem med lette tryk, samtidig med at han blev fastholdt i kontakten med virkeligheden. *Socialt* blev der først og fremmest arbejdet på at finde en bolig, som kunne bringe K. ud af sin ensomhed og isolation. Dette viste sig meget vanskeligt, men lykkedes efter adskillige måne-der. Derudover blev der søgt dispensation for deltagelse i den obligatoriske sprogundervisning på grund af, at han var ude af stand til at koncentrere sig om undervisningen, men i stedet var plaget af vedvarende flash backs i timerne. I stedet blev han tilbudt forskellige krops-lige aktiviteter som svømning og styrketræning. Først senere i behandlingsforløbet, da vi vurderede, at K. var tilstrækkeligt psykisk stabiliseret satte socialrådgiveren ind på en arbejdsprøvning.

Ved afslutningen af behandlingen var K. i arbejdsprøvning med udsigt til et lettere chaufførmedhjælperjob. Han havde stadig mareridt, men langt fra så hyppigt som i starten. Dissociationerne var næsten forsvundet, idet han nu bedre kunne erkende og integrere de vrede og aggressive følelser. Dermed forsvandt også de til tider meget voldsomme impulsenembrud, som han tidligere havde fortrængt fra bevidstheden.

Der var ingen tvivl om, at de kropslige registreringer, kropsbehandleren gjorde, bidrog med væsentlige informationer til den psykologiske forståelse af K. Omvendt var den psykologiske vurdering af ham af væsentlig betydning for, at han fik den rigtige kropsbehandling. Endelig var det vigtigt for hans psykiske tilstand, at der blev arbejdet på en bedre social kontakt, som kunne hjælpe ham ud af ensomheden, men hele tiden afbalanceret og timet i forhold til hans psykiske ressourcer. En forkert timing i forhold til forsøg på at skaffe ham beskæftigelse, kunne let have fået den modsatte effekt og have sat den samlede behandling tilbage.

## Institutionens betydning

Tværfaglig behandling foretages i visse tilfælde af professionelle uden fælles institutionel tilknytning. Når det drejer sig om svært traumatiserede flygtninge er det vigtigt, at den tværfaglige behandling foregår indenfor en institutions rammer. Disse klienters stærke oplevelser af afmagt, som er direkte affødt af de mange traumatiske oplevelser, giver en følelse af hjælpeløshed og forvirring. En måde at forsvare sig mod disse negative følelser på er at projicere dem ud på omgivelserne i form af et stort forventningspres på behandlerne. Institutionen giver de enkelte behandlere større mulighed for at kunne rumme dette pres ved at det bliver delt af - og fordelt - på flere.

Det interne tværfaglige samarbejde i forhold til den enkelte klient giver på den ene side mulighed for at fordele rollerne og at tilpasse de enkelte behandlingstiltag hos henholdsvis psykoterapeut, kropsbehandler og socialrådgiver til hinanden. På den anden side udfordrer det tværfaglige institutionelle samarbejde vores gængse opfattelse af det terapeutiske rums rene, klare, faste og neutrale rammer.

## Klientens forberedelse på behandlingen

Det er afgørende for det analytiske arbejde, *hvordan* vi definerer det psykoterapeutiske rum over for vores klienter, når vi arbejder indenfor den tværfaglige institution.

Analytisk orienteret psykoterapi foregår almindeligvis mellem terapeut og klient i et lukket og beskyttet rum. Relationen er snævert afgrænset tids- og rummæssigt og er beskyttet af terapeutens tavshedspligt. Evt. supervision ydes af en for klienten helt neutral person. Formålet med denne neutrale ramme er at mindske klientens angstniveau så meget som muligt med henblik på at mindske modstanden og at fremme de frie associationer.

Foregår psykoterapien som led i et tværfagligt behandlingstilbud i en institution er rammen en anden i kraft af at flere behandlere med forskellige faglige udgangspunkter er samlet omkring behandlingen af en klient. Det er derfor meget vigtigt, hvordan man forbereder klienten på den tværfaglige behandling i institutionen. Denne forberedelse må omfatte følgende:

1. Orientering om det tværfaglige behandlingstilbud.
2. Opnåelse af consensus om klientens håb i forhold til den tværfaglige behandling.
3. Indgåelse af aftaler vedrørende rammerne for den tværfaglige behandling.
4. Bearbejdning af den indledende angst i forhold til at tage imod behandlingstilbudet.

### *Orientering om det tværfaglige behandlingstilbud:*

Klienten bør have en udførlig orientering om institutionen og dens arbejde samt eventuelle samarbejdsforpligtelser med henvisende instans allerede i starten af første samtale.

Orienteringen bør indeholde en overordnet beskrivelse af institutionens formål og evt. målgruppe, formålet med at give klienten flere forskellige behandlingstilbud samt forskellen i disse tilbuds indhold. Det er vigtigt, at klienten igennem denne orientering får en så realistisk fornemmelse som muligt af, om institutionen har mulighed for at tage vare på hans/hendes problemer, eller om det er et helt andet tilbud, der kræves.

### *Consensus om klientens håb i forhold til den tværfaglige behandling*

En consensus om, hvad en klient realistisk kan håbe på som resultat af et tværfagligt behandlingsforløb må dels bero på, at klienten har forstået hvad behandlingstilbudet drejer sig om og dels på behandlerens/behandlernes vurdering af klientens problematik. Det er omkring denne consensus, at der skal etableres en arbejdsalliance mellem klient og terapeut. Klienten har ofte vanskeligt ved at tage konkret stilling til behandlingen, men kan vælge at gøre et forsøg på grundlag af de givne rammer. Omvendt må terapeuten vurdere klientens motivation for at arbejde med sig selv terapeutisk. Et typisk misforhold i arbejdsalliancen mellem klient og institution er, at flygtningeklienten har den opfattelse, at alle de psykiske problemer skyldes arbejdsløshed og dårlig bolig. Behandlingsinstitutionen kan derimod være af den opfattelse, at arbejdsløsheden og boligen ganske vist er en del af problemet, som det er lidet sandsynligt, at institutionen har mulighed for at løse tilfredsstillende, men at en væsentlig del af klientens lidelse også ligger i, at ubearbejdede oplevelser fra fortiden forhindrer klienten i at leve sit liv optimalt med de sociale problemer, der nu måtte eksistere. Et realistisk håb for behandlingen vil derfor ikke være at klare de psykiske problemer gennem sociale foranstaltninger, men derimod at gøre klienten i

stand til at håndtere sin aktuelle situation mere hensigtsmæssigt, samtidig med at der indledes en proces, som kan forbedre de sociale vilkår for behandlingen. Endelig kunne et håb være, at en kombination af at arbejde med de traumatiske erfaringer, der giver den psykiske uro og anspændthed og arbejde med de konkrete kropslige reaktioner, ville føre til en mindselse af nogle af de kropslige symptomer. At opnå consensus om realistiske mål og håb er ofte en lang proces i sig selv, som til stadighed må tages op og revurderes.

### *Rammerne for den tværfaglige behandling*

Mange af rammerne omkring analytisk orienteret psykoterapi er de samme i et tværfagligt institutionelt tilbud, hvor psykoterapi indgår som hos den enlige analytiker. Det drejer sig bl.a. kontinuitet, hvad angår tid og sted for behandlingen, sessionernes længde, aftaler vedrørende afbud, udeblivelser, terapeutens neutralitet m.m.

I en tværfaglig institution kan der imidlertid være visse afvigelser fra behandler til behandler i måder at relatere sig til klienten på. Psykoterapeuten vil f.eks. holde strickt på sin terapeutiske neutralitet ved at undlade holdningstilkendegivelser overfor klienten og ved ikke at inddrage egne personlige forhold og erfaringer i terapien. På sådanne punkter er det ikke usandsynligt, at kropsbehandleren og socialrådgiveren afviger. Kropsbehandleren fortæller måske om, hvordan hun selv er sluppet af med spændinger i nakken gennem forskellige øvelser eller giver konkrete råd om, hvordan klienten bør klare sin livssituation. Social-rådgiveren kan tilkendegive sin holdning til bestemte ønsker, klienten måtte have. En væsentlig forudsætning for, at klienterne kan rumme sådanne forskel-ligheder indenfor samme institution er, at institutionen selv kan rumme dem.

Et område, hvor rammesætningen i en tværfaglig institution adskiller sig afgørende i forhold til den dyadiske terapeut-klient situation, er spørgsmålet om for-tro-ligheden og tavshedspligten mellem terapeut og klient.

I en tværfaglig behandlingsinstitution bør det understreges over for klienten, at tavshedspligten gælder for institutionen, men at oplysninger om klienten kan gå fra en behandler til en anden i det omfang det skønnes hensigtsmæssigt i for-hold til den samlede behandling. Klienten kan ikke kræve fortrolighed med en behandler overfor de andre behandlere. Sker dette, bør terapeuten straks udforske klientens angst og evt. acceptere, at visse aspekter af klientens problemer ikke kan berøres, før alle aspekter af klientens angst er tilstrækkeligt bearbejdet.

### *Bearbejdning af klientens indledende angst*

I en tværfaglig behandlingsinstitution er det ikke tilstrækkeligt, at der etableres en terapeutisk alliance mellem klient og terapeut; der skal derimod etableres en alliance mellem *klient og institution*. Tavshedspligten gælder derfor ikke psyko-terapeuten, men den gruppe af mennesker, som institutionen udgør.

I lighed med enhver anden gruppe, som arbejder ud fra en psykoterapeutisk målsætning, vil dette som udgangspunkt som regel øge angstniveauet hos klienten (Rutan & Stone, 1984). Klientens oplysninger om sig selv vil blive kendt af behandlere, som klienten har - eller vil få - et andet forhold til end det til psykoterapeuten, og samme oplysninger vil endda blive kendt af en gruppe ansatte, som klienten ofte aldrig kommer til at møde personligt. For flygtninge, der har været udsat for tortur, vil det at give oplysninger om sig selv være forbundet med en særlig angst, ikke mindst fordi oplysninger ofte har været forbundet med liv og død, hvis de faldt i de forkertes hænder. At aftvinge oplysninger er en del af formålet med at udøve tortur.

Flygtningeklienters angst for brud på tavshedspligten viser sig ofte især som en angst for, hvilken tilknytning, institutionen har til offentlige myndigheder, f.eks. politi, social- og sundhedsforvaltning, Direktoratet for Udlændinge, Flygtningenævnet m.m., og der viser sig mange forestillinger om, hvad sådanne tilknytningsforhold kan komme til at betyde for klienten. Det er vigtigt at give en grundig information om disse tilknytninger på forhånd og at være åben overfor at rumme og bearbejde sådanne forestillinger, når de opstår.

Med traumatiserede flygtningeklienter viser problemet sig med manglende tillid til personale i institutionen sig oftest i forhold til tolkene. De føler sig utrygge ved, at tolkene ofte bevæger sig i de samme kredse som klienterne selv og har forestillinger om, at der siver oplysninger ud eller at tolkene indtager en mere fordømmende holdning end den danske terapeut. I visse tilfælde har det været nødvendigt at efterkomme klientens ønske om at arbejde uden tolk, som forudsætning for at behandlingen kan fortsætte, men i så tilfælde er det vigtigt, at der arbejdes med klientens modstand. I andre tilfælde har modstanden kunnet bearbejdes med tolkens tilstedeværelse.

S. var en 45 årig mand fra mellemøsten, som led af store identitetsproblemer på grund af impotens. Han ville i starten af behandlingen ikke have tolk, idet han var overbevist om, at en landsmand ikke kunne forstå ham, men tværtimod foragte ham for hans problem.

Han accepterede imidlertid at tale om problemet med at have tolk via tolken, og impotensen blev derfor kun benævnt som "problemet" de første tre sessioner. Ved at gøre det muligt at benævne og containe klientens forestillinger og angst blev det efterhånden også muligt for klienten selv at tage ordet impotens i sin mund under tolkens tilstedeværelse. Tolken professionalisme og neutrale måde at forholde sig på var i sig selv af meget stor betydning for, at det lykkedes at etablere en terapeutisk alliance til såvel terapeut som tolk.

## Tværfaglighed og objektrelationer

Ifølge Bustos (1990) fører tortur til en udpræget brug af primitive forsvarsmekanismer, så som benægten, splitting og projektiv identifikation. Formålet er at undgå ikke-tolererbare følelser. Torturoplevelsen giver en oplevelse af, at men-neskelig adfærd er perverteret, destruktiv og inhuman. Internaliseringen af disse objektrelationer ødelægger klientens kapacitet til at relatere sig. De primitive forsvarsmekanisters funktion er at beskytte selvet mod de traumatiske oplevede objektrelationer. Dette forhindrer dog samtidig en genkaldelse af tidligere dan-nede gode introjekter.

Den enkelte traumatiserede flygtning internaliserede patologiske objektrelationer, oplevelsen af at verden og andre ikke er noget man kan have tillid til, må nødvendigvis erstattes af nye bæredygtige identifikationer, der gør det muligt igen af have tillid til omverden og sig selv og til at få mere struktur og modenhed i sig selv. Dette betyder igen, at det er vigtigt at vedkommende tilbydes nye identifikationsmuligheder.

I den tværfaglige behandlingsinstitution vil hver behandler fungerer som objektrepræsentant med forskellige identifikationsmuligheder for klienten. En institution med dens forskellige faggrupper og med dens rammer giver en god mulighed for at rumme klientens kaos, modstandsfænomener, angst og forsvarsmekanismer. Såfremt institutionen arbejder bevidst hermed kan det qua de forskellige faggrupper skabe identifikationer på flere forskellige niveauer, som siden-hen kan internaliseres gennem det terapeutiske arbejde.

Såfremt institutionen og behandlerteamet ikke har en fælles forståelse for de forskellige måder, klienten relaterer sig på overfor behandlerne, kan behandlernes egne overføringer på hinanden og deraf affødte modoverføringer på klienten let komme til at udgøre en hindring for behandlingen. Der kan opstå konkurrence og jaloux i behandlerne imellem med det resultat, at behandlerne bevidst eller ubevidst kommer til at lægge hindringer i vejen for sig selv og hinanden. Omvendt ligger der også store terapeutiske potentialer i at institutionen bevidst arbejder på at containe klienternes forskellige objektrepræsentationer, overført på de forskellige behandlere.

L. var en 40 årig kvinde fra Mellemøsten. Hun var kommet til Danmark sammen med sine to store børn efter at hun var blevet skilt fra sin mand. Hun var vokset op i en velhavende familie, som hun på den ene side følte sig stærkt knyttet til og afhængig af, men som hun også var kommet i modsætningsforhold til på grund af hendes politiske engagement.

L. havde inden flugten siddet 3 måneder i fængsel på grund af politiske aktiviteter i sit hjemland. Under fængselsopholdet blev hun udsat for grov tortur.

L. var fra starten præget af stærk ambivalens, specielt i forhold til psykoterapien. Hun var garderet og præget af et stærkt intellektualiserende forsvar. De psykoterapeutiske sessioner forekom derfor lange og træge og uden megen progression.

I modsætning hertil var L. særdeles åben overfor afspændingspædagogen. Det var her, hun afleverede alt det materiale, som hun skulle bearbejde psykoterapeutisk. Det var desuden til hendes store forundring, at afspændingspædagogen ikke systematisk refererede alt, hvad hun fik at vide.

De to behandleres umiddelbare reaktion var at forsøge at bringe al det materiale, klienten bragte frem hos afspændingspædagogen, tilbage til psykoterapien ved at opfordre hende til at tale med psykoterapeuten om det. Dette var dog uden resultat.

Da sagen blev præsenteret i den tværfaglige supervision blev det tydeligt, at de to behandlere følte sig forvirrede over klientens ubevidste forsøg på at bryde op i institutionens definerede faggrænser, idet L.'s adfærd blev tolket som hendes ubevidste ønske om at afspændingspædagogen blev hendes psykoterapeut. Det blev imidlertid også tydeligt, at hendes adfærd, var den måde hun kunne udtrykke sin ambivalens på overfor psykoterapien. På den ene side forventede hun af afspændingspædagogen, at hun viderefremmede de informationer, hun gav, under afspændingen, til psykoterapeuten, og udtrykte dermed et håb for psykoterapien. På den anden side viste hun, at en direkte bearbejdning af hendes psykiske problematik i psykoterapien var for angstprovokerende for hende.

Denne erkendelse opstod desværre for sent for behandlerne. L. afsluttede behandlingen umiddelbart efter at sagen havde været drøftet i supervision.

Ikke desto mindre giver det anledning til overvejelser over, hvordan L. kunne have været hjulpet igennem sin angst og ambivalens, hvis institutionen på et tidligere tidspunkt havde forstået og rummet L.'s måde at udtrykke disse ambivalente følelser på. Heri ville der givetvis have ligget et potentiale for en terapeutisk bearbejdning, som næppe ville være tilstede i en dyadisk psykoterapeutisk relation.

Ovenstående eksempel peger på to væsentlige grunde til at arbejde med tværfaglig supervision i en tværfaglig institution:

1. For det første er det supervisionens opgave at afdække klientens projektive forsvar ved at se på hver enkelt behandlers relation til den pågældende klient
2. For det andet bør supervisionen fokusere på, hvordan relationen omkring samarbejdet mellem de enkelte behandlere afspejler indrepsykiske konflikter hos klienten.

## Afsluttende bemærkninger

Først og fremmest må det fastslås, at psykoterapi med svært traumatiserede flygtninge bedst foregår indenfor rammerne af en institution. Langt de fleste henviste flygtningeklienter kan profitere af et tværfagligt behandlingstilbud.

En sådan model er imidlertid ikke uden problemer, idet den institutionelle og tværfaglige ramme bryder med vores traditionelle opfattelse af analytisk psykoterapi.

Jeg har i ovenstående givet nogle bud på, hvordan jeg mener at den institutionelle tværfaglige ramme kan anvendes som en aktiv psykoterapeutisk ressource overfor vore klienter. Men det stiller samtidig nogle krav til, hvordan institutionen tager hånd om problematikken. Hvad enten vi er psykoterapeuter, fysioterapeuter, socialrådgivere eller læger, så er vi, der arbejder med traumatiserede flygtninge også mennesker, der stilles høje samarbejds-mæssige krav til, for at vi kan udføre vores arbejde optimalt.

Jeg håber, at jeg med dette foredrag kan kaste bolden videre til en fortsat debat om, hvordan vi fortsat kan udvikle den psykoanalytisk orienterede psykoterapi indenfor et tværfagligt institutionelt samarbejde omkring traumatiserede flygtninge. Der er fortsat brug for en videreudvikling af vores psykoterapeutiske beredskab i forhold til den tværfaglige institutionelle ramme.

Her bliver det bl.a. vigtigt at forholde sig til, hvordan tværfaglig supervision vil kunne bruges mest hensigtsmæssigt, samtidig med at fagligheden i de enkelte fag i det tværfaglige samarbejde kan styrkes mest muligt.

## Referencer

- Bustos, E.: *The need of relatedness and the impact of introjective-projective processes in transference and countertransference reactions*. Paper presented to the symposium "Assistance to victims of organized violence", Utrecht 1990.
- Kaiser, L og Lund, M.: *Supervision og konsultation*. Socialpædagogisk Bibliotek, København 1991.
- Lindbom-Jacobson, M. og Lindgren, L.: *Den psykoanalytisk orienterede psykoterapins ramar och institutionen*. Psykisk Helse nr. vol. 1993.
- Rutan, J.S. and Stone, W.N.: *Psychodynamic Group Psychotherapy*. Macmillan Publishing Company, N.Y. 1984.