



# Ab

behandling og  
rådgivning for  
flygtninge

# OASIS 1987-2007

**OASIS**  
**1987-2007**

## OASIS 1987 – 2007

OASIS - Behandling og rådgivning for flygtninge

Redaktion: Ulrik Jørgensen, Bettina Jensen

Layout & tryk: Schultz Grafisk

ISBN: 978-87-89425-23-5

ISSN: 1605-5084

Illustrationer: Shamal Adel Salim, f. 1966 i Erbil, Irak,

[www.sitecenter.dk/shamal](http://www.sitecenter.dk/shamal), [shamal@privat.dk](mailto:shamal@privat.dk);

ill. side 8 & 57 – Roman Konopka og Jim Cochrane,

First Light/Polfoto

*Forsideillustration: "Den tunge støvle i det mørke liv",  
akvarel på lærred, 20 x 20 cm, Kurdistan*

4 |



## Indhold

### Side

- 5 Forord
- 7 OASIS – 20 år
- 9 To års erfaringer med frit sygehusvalg
- 19 Behandling og rehabilitering af traumatiserede flygtninge i Danmark – et historisk perspektiv
- 26 En hjælpende hånd kan skabe små mirakler
- 29 Asylforholdenes betydning for rehabiliteringsmulighederne for traumatiserede flygtninge
- 33 Fattigdom fremmer ikke integrationen af flygtninge
- 36 Mindfulnessstræning og traumatiserede flygtninge – nogle fremtidsperspektiver
- 43 Visitationsprocessen i OASIS - Et metodeudviklingsprojekt
- 49 Psykomotorisk gruppeforløb 2005-2006
- 54 Metaforer og mytedannelse som aktive faktorer i behandling af posttraumatiske tilstande
- 58 Bestyrelse
- 59 Medarbejdere
- 60 OASIS' støttekomité
- 61 Regnskab 2005 og 2006
- 62 Historisk oversigt

# Forord

Den 1. juni 2007 har OASIS eksisteret i 20 år. I den anledning har vi fundet det på sin plads at gøre status i forhold til de muligheder og begrænsninger, der bydes traumatiserede flygtninge i dagens Danmark – både set ud fra en rehabiliterings- og integrationsmæssig synsvinkel. De to synsvinkler er forskellige, men hænger snævert sammen. Rehabilitering foregår ikke i et tomrum. Mulighederne for et godt rehabiliteringsresultat er afhængig af de rammer, samfundet sætter for den enkeltes integration i det danske samfund. Omvendt er en af målsætningerne for rehabiliteringsbestræbelserne at hjælpe vores patienter til aktivt at integrere sig i samfundet.

Undertegnede, der har været medlem af OASIS' bestyrelse siden 1989, giver et rids over den udvikling, OASIS har gennemløbet i de 20 år, centret nu har eksisteret.

Siden januar 2005 har OASIS ydet behandling/rehabilitering under Sundhedsloven og det frie sygehusvalg. Det har givet os en del nye muligheder, men har også afstedkommet en række nye problemstillinger, som der skal arbejdes med i de kommende år. Direktør for OASIS Ulrik Jørgensen gør i artiklen: "To års erfaringer med frit sygehusvalg" rede for den udvikling, OASIS har gennemgået i de seneste 2 år.

OASIS er kun en del af den udvikling, der er sket i forhold til rehabilitering af traumatiserede flygtninge. Grete Svendsen, Dansk Flygtningehjælps Center for Udsatte Flygtninge og forhenværende behandlingsleder i OASIS, har fulgt udviklingen fra sin spæde start. I artiklen: "Behandling og rehabilitering af traumatiserede flygtninge i Danmark – et historisk perspektiv", følges baggrunden for at rehabilitering af torturofre og traumatiserede flygtninge blev en særlig disciplin i den danske behandlingsverden.

I en erkendelse af at rehabilitering og integration er snævert forbundet, og at den politiske virkelighed medvirker til at sætte rammerne for hvor langt, vi kan nå i bestræbelserne for at rehabiliterer traumatiserede flygt-

ninge, har vi bedt integrationsminister Rikke Hvilshøj om at redegøre for de særlige initiativer, regeringen påtænker over for denne absolut svageste, om end store gruppe af flygtninge, nemlig de traumatiserede. Det gør hun i artiklen: " En hjælpende hånd kan skabe små mirakler".

Mange undersøgelser peger på, at præasylperioden er en stressfaktor, som medvirker til en yderligere svækkelse af asylansøgers psykiske helbred. Overlæge ved Dansk Røde Kors' Asylafdeling Ebbe Munk-Andersen bidrager med en artikel om asylforholdenes betydning for rehabiliteringsmulighederne for traumatiserede flygtninge.

På baggrund af sine mange års erfaringer som socialrådgiver i OASIS, beskriver Tanja Weiss, hvordan den stigende fattigdom blandt flygtninge, som ikke mindst rammer de traumatiserede hårdt, virker hæmmende for både rehabiliterings- og integrationsarbejdet.

De sidste artikler i jubilæumsskriftet er på hver deres måde et udtryk for faglige temaer, vi er optagede af i OASIS med henblik på løbende at udvikle og forbedre vores behandlingsmetoder. Psykolog Stephen Mathiasen skriver om mindfulness som en lovende indfaldsvinkel til psykoterapeutisk behandling af traumatiserede flygtninge. Psykolog Tina Dam Kristensen redegører for en undersøgelse, hun har foretaget vedrørende visitationsprocessen og –procedurerne i OASIS med det formål allerede i visitationsproceduren at kunne forudsige mulighederne for et vellykket behandlingsresultat. Afspændingspædagog Gita Nielsen skriver om et spændende psykomotorisk gruppetilbud til en del af vores patienter, og endelig skriver psykolog Marijke Marijnissen om metaforer og mytedannelse som aktive faktorer i behandling af posttraumatiske tilstande.

*God læselyst!  
Lis Ehmer Olesen  
Bestyrelsesformand*

# OASIS – 20 år



AF LIS EHMER OLESEN,  
FORMAND

Da OASIS startede op for 20 år siden, var det under meget usikre vilkår. Den lille gruppe medarbejdere, der skabte OASIS, var uden økonomisk sikkerhedsnet. De fik af Mellempøkeligt Samvirke stillet et lokale til rådighed til planlægningen af centret og åbnede 1. juni 1987 under meget beskedne forhold et center til behandling af ikke blot ofre for tortur, men også andre traumatiserede flygtninge, som ikke havde noget behandlingstilbud.

Det var en gruppe meget engagerede og højt kvalificerede medarbejdere, der startede OASIS, og de fik hurtigt respons på deres behandlingstilbud fra kommunerne, Dansk Røde Kors og Dansk Flygtningehjælp.

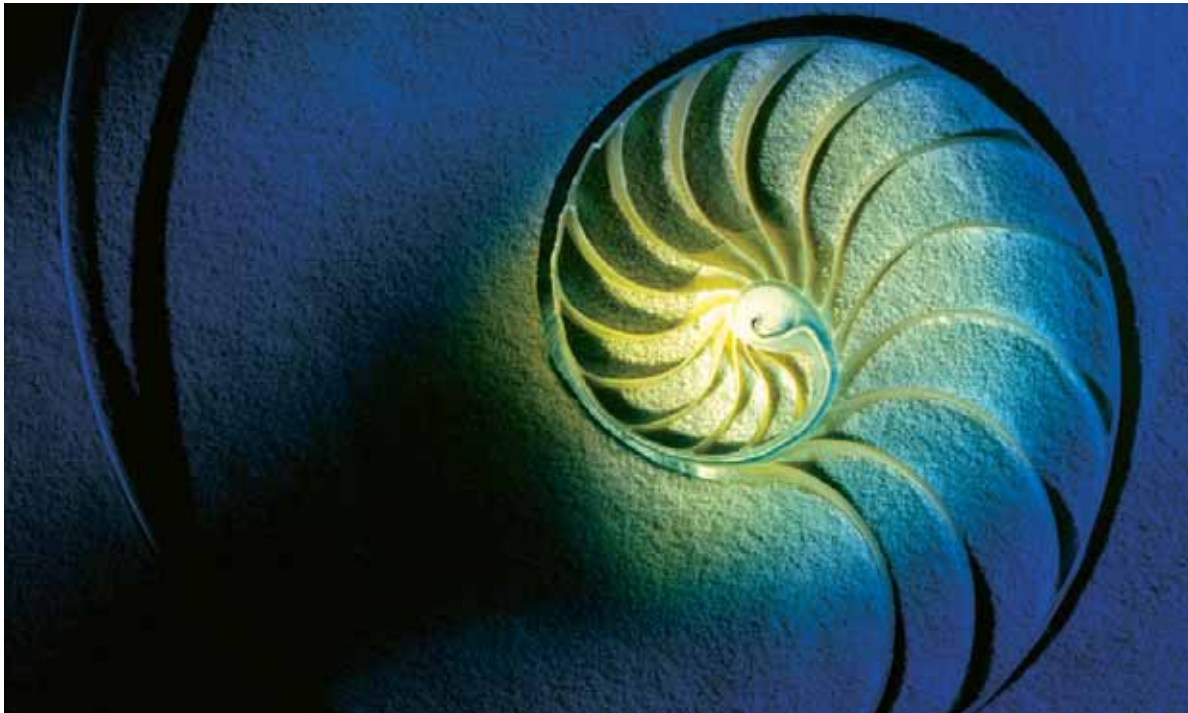
Der blev derfor i løbet af kort tid brug for at udvide lokalemæssigt, og OASIS flyttede efter få måneder på Blegdamsvej til Nørrebrogade, senere til Strandboulevarden og endelig i december 2006 til de nuværende lokaler i Nygade 4, der forhåbentlig giver tilstrækkelig lokalemæssig kapacitet mange år fremover.

OASIS arbejdede, som en helt naturlig følge af måden centret var startet på, under en helt flad struktur og var i starten uden andre indtægter end fondsmidler og en kassekredit. Da indtægterne begyndte at komme, indførtes enhedsløn, 90 kr. i timen, uanset uddannelse. Gradvist kom flere henvendelser om behandling, indtægterne steg, og enhedslønnen steg til 100 kr. i timen! Nye medarbejdere kom til. Fagforeningerne begyndte at røre på sig og fremsatte krav om overenskomster og normale ansættelsesvilkår. I 1994 blev disse krav imødekommet.

Den flade struktur begyndte at vise sig mindre hensigtsmæssig og forskellige ledelsesmodeller blev afprøvet.

Hele denne proces har gradvist ført OASIS frem til den struktur, centret har i dag. En struktur, som på mange punkter er identisk med strukturen i de centre, der arbejder med de samme opgaver.

Et tilbagevendende problem for OASIS, som for de



8 | øvrige behandlingscentre, har været at få økonomien til at hænge sammen. Ressourcerne til området var små. Selv om det fra politisk side var et højt prioriteret menneskerettighedsområde at rehabilitere flygtninge, der havde været udsat for tortur, vold og andre lignende traumer, blev der konstant afsat for få økonomiske midler til at dække behovet for behandling. Det krævede hårdt arbejde, fantasi og gode kontakter at få et behandlingscenter til at løbe rundt økonomisk, især når man ikke ville gå på kompromis med kvaliteten af behandlingen.

Det kom derfor som en stor lettelse, da behandlingen af traumatiserede flygtninge den 1. januar 2005 kom under sygehusloven, og der som følge heraf blev afsat et fast rammebeløb til behandling på OASIS og RCT Haderslev. Det betød, at behandlingen ikke længere var afhængig af kommunernes økonomiske kapacitet, der i stigende grad forhindrede relevante henvisninger. Behovet for behandling, og ikke økonomiske ressourcer, blev herefter det afgørende kriterium.

Desværre viste det sig hurtigt, at der var et så stort behandlingsefterslæb, at ressourcerne igen ikke forsløg. Der var langt fra tilstrækkelig behandlingsskapacitet i de eksisterende centre, og ventelisterne steg til helt uacceptable højder.

Problemet er stadig ikke løst. 2½ år efter at OASIS blev en del af det frie sygehusvalg, er der fortsat i OASIS og de andre tilsvarende behandlingscentre en ventetid på flere år på at komme i behandling.

Behandlingen er stadig den vigtigste funktion i OASIS, som den var det for 20 år siden. Men andre funktioner er kommet til, og behandlingsformene har udviklet sig i takt med de indsamlede erfaringer. OASIS har i årenes løb deltaget i metodeudvikling og forskning, udviklet og gennemført kurser inden for Social- og Sundhedssektoren, etableret netværk omkring patienterne, deltaget i interna-

tionalt samarbejde, og efter bedste evne arbejdet på at styrke patienternes forhold og skabe forståelse for deres situation.

Medarbejderstaben er vokset til mere end det dobbelte af, hvad den var i 1987, lokalekapaciteten ligeså. Infrastruktur har ændret sig, men hovedopgaven for OASIS er fortsat at yde den bedst mulige indsats for at rehabilitere traumatiserede flygtninge og hjælpe dem med at skabe en bedre tilværelse for sig selv og for deres familie. Erfaringerne fra de 20 års arbejde med traumatiserede flygtninge viser, at kun ved et nøje tilrettelagt tværfagligt samarbejde og samarbejde med samfundet i øvrigt kan det lade sig gøre at genskabe en tålelig tilværelse for et traumatiseret menneske.

Det er sørgeligt, at der efter 20 års intenst arbejde på at forbedre menneskerettighederne stadig er behov for et center som OASIS, men det er glædeligt, at man har erkendt behovet, og at OASIS derfor stadig eksisterer.



# To års erfaringer med frit sygehusvalg



AF ULRIK JØRGENSEN,  
DIREKTØR

Danmark har i mange år været et foregangsland, når det gælder rehabilitering af flygtninge, som har været udsat for tortur, krigstraumer eller andre former for organiseret vold. Behandlingen er hovedsagelig blevet varetaget af private og amtslige centre, som kommunerne kunne henvise til via integrationsloven eller serviceloven. Henviste kommunerne til behandling, måtte de selv betale, og såfremt kommunerne ud fra en trangsvurdering konkluderede, at den traumatiserede havde mulighed for selv at bidrage økonomisk helt eller delvis, kunne han afkræves en vis del egenbetaling for behandlingen.

I 2005 blev der endelig brudt med dette princip, idet behandling og rehabilitering af traumatiserede flygtninge blev anerkendt som en egentlig sundhedsfaglig opgave, der hører hjemme under Sundhedsloven, og som derfor er gratis for patienten.

Som de første centre i landet kom OASIS og RCT-Jylland under Sundhedsloven og lov om frit sygehusvalg fra januar 2005.

For de traumatiserede flygtninge betød det, at de nu kunne gå til deres egen læge og få en henvisning, uden at hverken patienten, lægen eller for den sags skyld kommunen skulle gøre sig økonomiske overvejelser i den forbindelse. Det blev en mulighed fuldt ud på linje med at blive behandlet for et brækket ben, en dårlig hofte eller en svær depression. Til opgaven blev der afsat et fast årligt beløb til hvert af de to centre. Ordningen betød endvidere, at OASIS nu kunne koncentrere sig om at vurdere den enkelte patients behandlingsbehov og iværksætte behandling alene på det grundlag, frem for som tidligere at bruge kræfter på at søge bevillinger fra kommunerne til fortsat behandling – og ofte med det resultat, at kommunerne uden egentlig faglig begrundelse standsede bevillingerne

Det første år blev helt overvældende for OASIS. Alene i 2005 blev der henvist mere end 4 gange så mange



10 | patienter som året før, og det vel at mærke uden at behandlingskapaciteten blev forøget. Det betød, at vi på meget kort tid oparbejdede en ventetid *både* på visitation *og* på behandling. Dette satte os i dilemmaet mellem at bruge kræfter på at visitere hurtigt efter henvisningen, således at den enkelte patient kunne få afgjort, om der overhovedet var et behandlingsperspektiv for den pågældende i OASIS, eller om vi skulle bruge kræfter på at visitere det antal patienter, vi inden for en overskuelig tid ville kunne tage i behandling. Vi valgte den sidstnævnte løsning, dels ud fra den betragtning, at et meget stort antal visitationer ville gå betragteligt ud over det antal patienter, vi kunne have i behandling, og dels fordi grundlaget for vores vurdering af, om en patient ville kunne profitere af vores behandlingstilbud, nemt ville kunne ændre sig på de 2-2½ år, de ville komme til at vente fra visitationen til de endelig kom i behandling. Omkostningen blev imidlertid, at der ikke blev foretaget en hurtig faglig udredning, hvilket betød, at patienter som ikke fik tilbudt behandling i OASIS ofte måtte vente alt for lang tid på at blive viderehenvist til mere passende hjælpeforanstaltninger.

Vi blev hurtigt klar over, at OASIS selv med en større udvidelse ikke ville være i stand til alene at løfte den opgave, som vi nu pludselig stod over for. Samtidig var det heller ikke helt klart, hvad boomet var et udtryk for. Vi mener, at den øgede henvisningsstrøm i 2005 er et udtryk for, at der både er et væsentlig større permanent behov for behandling af traumatiserede flygtninge end hidtil antaget, og at der på det tidspunkt var et boom i antallet af henvisninger som følge af, at muligheden for vederlagsfri behandling pludselig opstod. Dette underbygges af, at antallet af henvisninger igen faldt drastisk i 2006, hvor også RCT i København kom med under Sundhedsloven og det frie sygehusvalg. Da der på daværende tidspunkt ikke var nogen særlig ventetid på RCT, blev mange traumatisere-

rede flygtninge derfor henvist dertil. Ikke desto mindre modtog OASIS til trods herfor stadig flere henvisninger, end før den nye ordning blev indført. Da ventetiderne nu efterhånden har udlignet sig på de to centre, er henvisningsstrømmen til OASIS tilsyneladende begyndt at stige igen.

## Strategiplan

I 2006 udarbejdede vi i OASIS en 3-årig strategiplan, hvis formål bl.a. var at arbejde på nogle passende løsninger på kapacitetsproblemerne. Vi valgte især at satse på følgende 3 områder:

1. En moderat kapacitetsudvidelse af OASIS med et 3. team.
2. At arbejde for en kapacitetsudvidelse inden for Sjælland, Lolland og Falster, som er det område OASIS modtager sine henvisninger fra.
3. Metodeudvikling med henblik på at forbedre kvaliteten og effektiviteten af behandlingen.

## Kapacitetsudvidelse i OASIS

I efteråret 2006 indgik OASIS forhandlinger med Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) om en øget bevilling med henblik på en kapacitetsudvidelse i den ønskede størrelsesorden. Det lykkedes os ikke at opnå den ønskede udvidelse, men en budgetudvidelse gav mulighed for udvidelse med en behandler mere. Det var i den forbindelse H:S' klare ønske, at den ekstra behandlerstilling skulle muliggøre en hurtigere visitation og udredning. Den ekstra behandlerstilling er nu besat med en afspændingspædagog, og vi bruger nu hvad der svarer til en fuldtids behandlerstilling til visitationer. Vi håber hermed at kunne have visiteret alle



henviste patienter i løbet af ca. 1½ år, således at fremtidige henviste patienter herefter kan blive visiteret snarest efter henvisningen.

### Kapacitetsudvidelse regionalt

OASIS har i 2006, via møder med amtsfolk, ministerier og gennem pressen, arbejdet aktivt for en kapacitetsudvidelse inden for de nuværende Region Sjælland og Region Hovedstaden. Vi har dermed bidraget med at sætte fokus på problemet, således at begge disse regioner nu ligger inde med konkrete planer om oprettelse af nye rehabiliteringscentre for traumatiserede flygtninge. Desuden erkendte Indenrigs- og Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen på et åbent samråd i Folketinget den 12. januar i år, at de ekstremt lange ventetider på behandling af traumatiserede flygtninge er uacceptable, og stillede derfor i udsigt, at de behandlingscentre, som i dag er omfattet af de frie sygehusvalg, fra 2009-10 yderligere vil blive omfattet af det udvidede frie sygehusvalg. Dette giver mulighed for behandling hos andre udbydere, såfremt ventetiderne bliver for lange hos de centre, som er omfattet af ordningen. Desuden har ministeren i foråret 2007 nedsat en arbejdsgruppe, som bl.a. har til opgave at kortlægge henvisningsmønstre samt kortlægge i hvilket omfang, det er muligt at henvise en del af patientgruppen til andre behandlingstilbud, herunder f.eks. psykiatrien og socialpsykiatrien. OASIS deltager i denne arbejdsgruppe.

### Metodeudvikling

Som et led i planerne for metodeudvikling har vi i OASIS været interesseret i at undersøge mulighederne for at tilbyde gruppebehandling som en del af behandlingstilbudet til vores patienter. Gruppebehandling har ofte den



fordel, at man med færre ressourcer kan tilbyde flere behandling på én gang, og gruppen giver i sig selv mulighed for udvikling af patienternes sociale kompetencer og for udvikling af selvværd og selvtillid. Vi har tidligere i meget begrænset omfang haft tilbud om gruppebehandling, men tilbuddene har dels været vanskeliggjort af de finansielle forhold omkring behandlingen, dels af at mange flygtninge umiddelbart vægrer sig imod at gå i behandling sammen med andre, og dels af at en gruppe helst skal kunne sammensættes af patienter inden for samme sprogeområde.

#### Psykomotorisk gruppe

Det lykkedes imidlertid allerede i slutningen af 2005 at oprette en psykomotorisk gruppe for arabisktalende mænd (jf. artikel side 49). Denne gruppe forløb med stor succes, og er siden fortsat som et 10 ugers tilbud med andre sproggrupper. Pt. har vi startet en gruppe for afghanske kvinder.

#### Psykoedukativt gruppeforløb for ventelistepatienter

Som en nyskabelse i OASIS blev der de første 6 uger af 2007 gennemført et såkaldt psykoedukativt gruppeforløb for ventelistepatienter. Formålet er at give patienter, som er visiterede og som venter på at deres behandling skal starte, en introduktion til deres behandling i OASIS og en indsigt i, hvad det vil sige at være traumatiseret flygtning, psykisk, fysisk og socialt. Psykoedukation er undervisning i patientens lidelse. Det tager ikke udgangspunkt i den enkelte patient, men i de lidelser, som vi har erfaring med og deres almindelige følger af svære traumatiske hændelser



såsom tortur, krig m.m. Det kan bl.a. dreje sig om Posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD), depression, fysiske følgevirkninger såsom smerter, søvnforstyrrelser samt de almindelige sociale vanskeligheder, som opstår i kølvandet heraf.

Psykoedukation vil altid være en del af starten på et behandlingsforløb – også i den individuelle behandling. Fordelen ved at tilbyde psykoedukation i gruppe er imidlertid, at der kan tilrettelægges et undervisningsprogram som mange kan deltage i samtidigt. I forløbet introduceres simple øvelser, som patienterne selv kan arbejde med i ventetiden samt råd til, hvordan man f.eks. kan forbedre sin søvn. Patienterne kan her også have stor gavn af at udveksle erfaringer med, hvordan de hver især håndterer forskellige vanskeligheder. Der lægges vægt på, at den psykoedukative gruppe ikke er et forum, hvor patienterne fortæller om deres traumer og heller ikke eksponerer mere sårbare personlige erfaringer omkring deres lidelser. Vi har en forventning om, at psykoedukation inden behandlingsstart vil lette opstartsfasen af behandlingen og evt. også gøre det nemmere at introducere egentlig gruppebehandling senere i behandlingsforløbet.

Det er planen, at gennemføre 4 psykoedukative forløb

om året á 6-8 gange med 8-10 patienter i hver gruppe. Udvælgelsen til grupperne er afhængige af, hvilke sprogsområder, der er repræsenteret på ventelisten i tilstrækkeligt antal til, at der vil kunne dannes en gruppe.

#### Udvikling af børne-/familiearbejdet

I 2006 modtog OASIS økonomisk støtte fra Tips og Lotto til udvikling af centrets arbejde med børn og familier. Formålet er at udvikle en differentieret vifte af interventionsformer i forhold til flygtningefamilier, som kan medvirke til at forbedre resultaterne af den behandling, OASIS tilbyder såvel for flygtningefamilier, der bliver henvist *som* familier, og til familierne til de individuelt henviste patienter.

I udviklingsarbejdet bliver der derfor fokuseret på: tværfaglighed, særlige problemtyper, at målrette/afgrænse vores tilbud i forhold til specifikke behov, eksperimentelle behandlingsformer som f.eks. flerfamilierterapi, psykisk syge forældre samt støttetiltag, der sikrer børnenes skolegang og sociale aktiviteter m.m.

Der er et særligt ønske om at udvikle behandlingstilbud, der styrker forældrene i deres rolle og forældrekompetence og beskytter børnene mod at blive oversvømmet af forældrenes lidelser. Vi ønsker derudover at støtte forældrene i at indgå i en ny social og kulturel kontekst som forældre. Vi vil således gerne arbejde os frem til en model, hvor børnene får mere plads i familierne og hvor børnenes behov respekteres.

I vores udviklingsarbejde har vi valgt at tage udgangspunkt i Malborough Family Service i London, som har udviklet et meget differentieret behandlingstilbud til meget belastede familier, herunder etniske familier.

I løbet af 2006-2007 gennemføres:

4. Studiegruppe for hele børne-/familieudvalget
5. Kursusdage for hele OASIS
6. In-house kursusdage for børne-/familiebehandlerne
7. Deltagelse i eksternt kursus om flerfamilieterapi for børne-/familiebehandlerne (september 2006)
8. Studietur til London for børne-/familieudvalget
9. Deltagelse i Europæisk netværk i forhold til erfaringsudveksling

### Visitationsprojekt

På baggrund af de mange henvisninger og dermed den hastigt voksende venteliste på visitation og behandling i OASIS, besluttede vi at iværksætte et projekt med henblik på at kvalificere centerets visitationsprocedure og visitationskriterier. Vi anså det for vores opgave at anvende vores begrænsede ressourcer så optimalt som muligt.

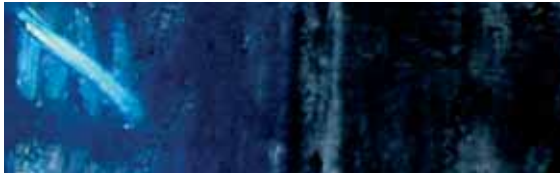
Derfor var der et behov for allerede i visitationen at blive bedre til at kunne forudsige, om et behandlingsforløb i OASIS var meningsfuldt, således at patienter, der i forvejen har stået på venteliste i en rum tid til visitation, ikke også skal stå på venteliste til behandling, hvis vores muligheder for at give et meningsfuldt behandlingstilbud ikke er særlig gode. Tidligere ville behandlingsmulighederne vise sig i starten af et behandlingsforløb, og såfremt prognosen viste sig dårlig, kunne sagen afsluttes eller henvises til mere hensigtsmæssige foranstaltninger.

Opgaven blev altså at gå dybere ind i en undersøgelse af, hvilke særlige karakteristika hos patienterne, der giver gode og meningsfulde forløb, og hvilke der erfaringsmæssigt giver problemer med at opnå en effekt med behandlingen. Projektet startede derfor med at undersøge, hvordan vores behandlere fortolkede vores hidtidige visitationskriterier, samt hvilke reelle vurderinger, der lå til grund for

bedømmelsen af, om en patient skulle tilbydes behandling eller ej. Når denne del af projektet er færdig, er det hensigten at gå ind i en nærmere analyse af, hvad der i den enkelte patients situation har muliggjort et godt behandlingsresultat, og hvad der omvendt har vanskeliggjort et positivt resultat. Projektet beskrives mere indgående i artiklen: "Visitationsprocessen i OASIS - Et metodeudviklingsprojekt", side 43

### Monitorering af behandlingsarbejdet

Siden 2000 har OASIS deltaget i et monitoreringsprojekt sammen med en række andre rehabiliteringscentre i Danmark, hvis formål har været dels at dokumentere populationsoplysninger om centrenes patienter og dels at udvikle redskaber til at dokumentere forandringer i patienternes liv under rehabiliteringsforløbet. Vi har bevidst valgt ikke at bruge betegnelsen effektmåling, idet en egentlig effektundersøgelse vil indebære, at centrene ville være i stand til at korrigere for variabler, som i høj grad påvirker patienternes psykiske, fysiske og sociale tilstand, men som ikke er udslag af behandlingsindsatsen. At Mahmoud pludselig får det psykisk væsentligt dårligere under sin behandling i OASIS, fordi hans bror er blevet dræbt af en selvmordsbombe i Bagdad, griber meget stærkt forstyrrende ind i forhold til den virkning terapien i øvrigt har haft. Derfor har vi arbejdet på at finde nogle generelle måleredskaber, som kan give et samlet billede af de forandringer, der sker under rehabiliteringsprocessen, men uden at de med sikkerhed kan tilskrives behandlingsarbejdet. Til det brug har centrene i fællesskab udarbejdet et populationsskema til beskrivelse af personlige data, samt enedes om at anvende et valideret spørgeskema, HTQ-R, som specielt er udarbejdet til at teste PTSD og flygtningespecifikke psykiske symptomer. Til monitorering af de



somatiske symptomer (smerter, søvnforstyrrelser, forstyrrelser i det autonome nervesystem m.v.) har OASIS foreløbig udviklet sit eget redskab.

Der har imidlertid blandt flere af centrene været nogen utilfredshed med de anvendte monitoreringsredskaber, idet de har fokuseret meget ensidigt på symptombilledet og kun i ringe grad på ressourcer og funktionsniveau. Det er således en udbredt erfaring blandt behandlerne, at mange patienter er kronisk belastede, hvilket betyder, at mulighederne for symptomlettelse i nogle sager kan være meget ringe, hvorimod der godt kan være gode muligheder for at fungere på et mere tilfredsstillende niveau i familien og evt. i arbejdslivet, på trods af symptomerne. Samtidig har de anvendte redskaber manglet et tværfagligt perspektiv for evalueringen.

Derfor enedes centrene i oktober 2006 om at forsøge at implementere WHO's "International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand" (ICF). I den forbindelse kontaktede centrene MarselisborgCentret i Århus, som har forestået den danske oversættelse af ICF for Sundhedsstyrelsen. Centrene har nu indgået et tæt samarbejde med MarselisborgCentret om at udvikle et såkaldt kernesæt af relevante funktionsvariabler, som er typiske for traumatiserede flygtninge. Dette vil komme til at foregå i løbet af 2007-2008 med økonomisk støtte fra Helsefonden.

## Flytning

Den 1. december 2006 flyttede OASIS fra Strandboulevarden på Østerbro til hjertet af København. Ejendommen ligger i Nygade, midt i det pulserende liv på Strøget i København - tæt på Hovedbanegården, busser, S-tog og Metro. Det er på alle måder en adresse fyldt med atmosfære, som i sig selv virker livgivende på de fleste af de patienter, som må

tage turen ind til OASIS for at blive behandlet for deres traumer efter krig, tortur m.v.

Med flytningen har vi ikke blot fået mere plads, men også mulighed for en mindre udvidelse af vores behandlingskapacitet med en ekstra afspændingspædagog. Med de nye rammer har vi opnået langt bedre mulighed for at arbejde med nye behandlingsmetoder, bl.a. inden for gruppe- og familiebehandling.

## Dispensation fra danskkravet i forbindelse med meddelelse af dansk indfødsret

Både i 2005 og 2006 har OASIS sammen med RCT, RCT-Jylland, Dansk Flygtningehjælp, Den almindelige danske lægeforening og Dansk Psykolog Forening arbejdet for en klargøring af reglerne for, i hvilke tilfælde der kunne ydes dispensation fra danskkravet i forbindelse med meddelelse af dansk indfødsret. Baggrunden var, at der kun sjældent blev givet dispensationer fra sprogkravet på trods af, at erklæringer fra speciallæger eller behandlingscentre støttede sådanne dispensationer ud fra en psykiatrisk eller psykologisk vurdering af pågældendes helbredsbedingede indlæringsvanskeligheder, hvilket var en forudsætning for at dispensation kunne gives.

I et brev af 9. september 2005 gjorde OASIS Integrationsminister Rikke Hvilshøj opmærksom på denne modsætning, at mange kronisk traumatiserede flygtninge faktisk opfyldte kriterierne for dispensation, men at denne alligevel ikke blev givet af Folketingets Indfødsretsudvalg.

Den 8. december 2005 indgik V, K og DF så en aftale om at der ikke længere kunne gives dispensation til traumatiserede flygtninge med reference til diagnosen PTSD. Hvis en patient på grund af PTSD således ikke er i stand til at lære dansk på et niveau svarende til danskprøve 2, vil



vedkommende fremover være udelukket fra dansk indfødsret, også selvom tilstanden er kronisk. Derimod kan der meddeles dispensation fra danskravet til personer, som "lider af svære fysiske handicap (f.eks. mongolisme), er hjerneskadet, blind eller døv, eller har svære psykiske lidelser som (paranoid) skizofreni, en psykose eller en svær depression." (Integrationsministeriets cirkulære om naturalisation af d. 8.12.2005)

Det er de 6 organisationers opfattelse, at ovenstående cirkulære er i strid med diskriminationsforbudet i FN's konvention om Borgerlige og politiske rettigheder (artikel 26). Cirkulærebestemmelsens udelukkelse af PTSD som et gyldigt dispensationskriterium, hviler således ikke på et lægefagligt eller videnskabeligt grundlag, men alene på et politisk grundlag, hvilket Integrationsministeren bekræftede i et åbent samråd i Folketingets Indfødsretsudvalg. De 6 organisationers vurdering blev yderligere støttet af Dansk Institut for Menneskerettigheder, som i et notat af 10. januar 2006 skrev: "Når en persongruppe med en bestemt psykisk lidelse (PTSD) udelukkes fra at søge om dispensation fra et naturalisationskrav, uden at der foreligger nogen rimelig og objektiv saglig begrundelse herfor, er der tale om diskrimination i strid med CCPR's (FN's Konvention om Borgerlige og Politiske Rettigheder) artikel 26. En ubegrundet udelukkelse fra statsborgerskab forekommer desuden vilkårlig (arbitrær) i modstrid med grundlæggende principper i EKS (Den Europæiske Konvention om Statsborgerret) og kan efter omstændighederne også udføre et indgreb i rettighederne efter EMRK's (Den Europæiske Menneskerettighedskonvention) artikel 8..."

De 6 organisationer har siden på opfordring fra Folketingets Indfødsretsudvalg i september 2006 udarbejdet et revideret forslag til en række klare kriterier for, i hvilke tilfælde der bør gives dispensation fra danskravet i forbindelse med meddelelse af dansk indfødsret, som har



taget højde for Indfødsretsudvalgets kritik af, at PTSD i sig selv var et for løst grundlag alene at give dispensationen på. Integrationsministeriet har imidlertid ikke hidtil responderet på organisationernes forslag.

I OASIS anser vi sagen som yderst vigtig, dels af principielle menneskeretslige grunde, og dels fordi den har store menneskelige konsekvenser for mange af vores patienter. Det er derfor en problemstilling, vi har planer om at arbejde videre med.

I forbindelse med de 6 organisationers anden henvendelse til Dansk Indfødsretsudvalg, vedlagde vi omstående redegørelse for sammenhængen mellem PTSD og problemer med sproglæring.

## PTSD og evnen til sprogindlæring

Posttraumatisk stress-syndrom (PTSD) er en videnskabeligt dokumenteret psykiatrisk lidelse, som er optaget i såvel American Psychiatric Association's diagnosesystem DSM IV og i WHO's diagnosesystem ICD 10 under navnet "Posttraumatisk belastningsreaktion". Diagnosen beskriver en lang række symptomer, som forringer patientens generelle funktionsniveau og psykiske velbefindende, herunder flashbacks, søvnforstyrrelser, mareridt, angstreaktioner, umotiveret vrede og iritabilitet, isolationstendenser, overvagtksomhed, koncentrationsbesvær og hukommelsesproblemer m.m. Forstyrrelsen er ofte ledsaget af en række andre psykiske forstyrrelser, hvoraf depression er den hyppigste, samt somatiske lidelser og kropslige smerter. Forstyrrelsen forårsager en klinisk set betydelig belastning eller forringelse på det sociale, arbejdsmæssige eller andre vigtige funktionsområder.

Førende specialister på området har i en årrække arbejdet på at indføre en mere differentieret diagnose specielt rettet mod personer, som igennem en længere periode har været udsat for ekstremt stressende og traumatiserende påvirkninger, og hvor traumatet er menneskepåført, idet man har fundet, at disse menneskers lidelser har en langt mere alvorlig karakter end andre typer af traumatiske oplevelser. Denne diagnose har fået navnet: Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS). I tillæg til det symptomkompleks, man kender fra diagnosen PTSD, ser man blandt ekstremt traumatiserede mennesker, at der sker ændringer i deres personlighed og at en væsentlig del af deres symptomer er kroniske.

Ud fra en psykologisk og psykiatrisk vurdering er der intet belæg for at sammenligne alvoren af f.eks. skizofreni eller depression med alvoren af PTSD. Både skizofreni, depression og PTSD kan i visse tilfælde behandles, så patienten vil kunne opnå et rimeligt funktionsniveau og være tilgængelig for indlæring, hvorimod det i mere ekstreme tilfælde ikke vil være muligt. Også i forbindelse med nogle typer af hjerneskade vil intakte dele af hjernen kunne kompensere for skader på hukommelses- og sprogcentret. Alvoren af en psykisk lidelse afhænger dels af patientens subjektive oplevelse af forpinthed og dels af, hvordan den psykiske lidelse påvirker patientens muligheder og evner til at fungere i en dagligdag med arbejde, familie, fritid og deltagelse i samfundet.

Nyere forskning i hjernens funktion har vist, at svære traumatiske oplevelser har en direkte indvirkning på forskellige neurobiologiske processer, som kan forklare PTSD symptomerne og dermed, hvorfor nogle af symptomerne er vanskelige at behandle. Man har f.eks. påvist, at et forøget indhold af stresshormonet cortisol virker toksisk på hippocampus. For nogle grupper af traumatiserede personer (vietnamveteraner, som har deltaget i nogle af de værste krigshandlinger) er hippocampus ifølge undersøgelser skrumpet i gennemsnit 22%.<sup>1</sup>

Hippocampus står for store dele af den arkivering som foregår i hjernen, herunder især hukommelsen. "I forbindelse med sproget spiller hippocampus en vigtig role for memoriseringen af ord i det såkaldte "mentale leksikon" og i indlæring af regelbestemte ordkombinationer, den "mentale grammatik".<sup>2</sup>

Hippocampus står for store dele af den arkivering som foregår i hjernen, herunder især hukommelsen. "I forbindelse med sproget spiller hippocampus en vigtig role for memoriseringen af ord i det såkaldte "mentale leksikon" og i indlæring af regelbestemte ordkombinationer, den "mentale grammatik".<sup>3</sup>

Svært traumatiserede flygtninges indlæringsvanskeligheder er ikke blot forårsaget af psykologiske vanskeligheder, men derimod direkte skader på hjernen, som det i de vanskeligste tilfælde ikke er muligt at kompensere for.

Ud fra en neurobiologisk og neuropsykologisk vurdering, er der ikke en modsætning mellem at være svært traumatiseret og lide af PTSD og det at være hjerneskadet. Ekstrem traumatisering, som mange torturofre og krigstraumatiserede flygtninge har været ude for er ledsaget af skader på hjernen (idet også andre centre rammes), som bl.a. forhindrer dem i at indlære nyt sprog.

I den videnskabelige litteratur om PTSD er der ingen tvivl om, at torturofre og krigstraumatiserede mennesker hører blandt de værst ramte PTSD ofre overhovedet, og der er også et klart videnskabeligt belæg for, at prognosen – specielt hvad angår indlæringsevnen – i mange tilfælde er dårlig. Det betyder imidlertid ikke, at evnen til refleksion, selvrefleksion og andre intellektuelle funktioner nødvendigvis også er skadet. Nogle vil på trods af en lædering af deres kognitive funktioner kunne klare sig på dele af arbejdsmarkedet, hvor kravene til en sproglig kunnen er begrænset; andre vil have udsigt til pension på grund af graden af PTSD eller DESNOS. I nogle tilfælde er det rehabiliteringscentrenes og lægernes vurdering, at et yderligere pres på de pågældende patienter i forhold til at skulle lære det danske sprog vil påføre dem yderligere stressbelastning og dermed også forvolde yderligere skade på deres psykiske helbredstilstand.

1 van der Kolk, B. et.al.: *Traumatic Stress*, The Guilford Press 1996; Vasterling, J.J. & Brewin, C.R.: *Neuropsychology of PTSD. Biological, Cognitive and Clinical Perspectives*. The Guilford Press, 2005

2 Madsen, P.L.: *Hjernenytt*. [www.hjernemadsen.dk/hjernemad/hjernenytt/sprogindlaering.html](http://www.hjernemadsen.dk/hjernemad/hjernenytt/sprogindlaering.html)

3 Madsen, P.L.: *Hjernenytt*. [www.hjernemadsen.dk/hjernemad/hjernenytt/sprogindlaering.html](http://www.hjernemadsen.dk/hjernemad/hjernenytt/sprogindlaering.html)





## Internationalt arbejde

### Europæisk netværk

I 2003 tog International Society for Health and Human Rights (ISHHR) og International Rehabilitation Council (IRCT) initiativ til at danne et uformelt netværk blandt de europæiske centre for torturofre og ofre for organiseret vold. Det er indtil nu i alt blevet til 6 møder, som holdes forskellige steder i Europa. Omkring 45 centre fra 24 forskellige lande i Europa deltager i netværket. Formålet med netværket er at styrke samarbejdet mellem centrene med hensyn til fundraising, fortalervirksomhed, forskning, behandling og dokumentation. For hver af disse 5 områder er der nedsat en arbejdsgruppe med henblik på at fremkomme med forslag til – og koordinere – aktiviteter inden for arbejdsgruppens område. OASIS er repræsenteret i arbejdsgrupperne vedrørende henholdsvis forskning og behandling.

Indtil videre har forskningsgruppen arbejdet på at kortlægge, hvilke forskningsprojekter de enkelte centre allerede har gennemført samt hvilke projekter, der aktuelt er i gang. Desuden har gruppen ønsket at kortlægge, hvilke redskaber de enkelte centre bruger til at monitorere centrene behandlingsarbejde. I gruppen foregår der også en del erfaringsudveksling omkring projekter af fælles interesse, og sigtet er, at der med tiden kan etableres partnerskabsprojekter på tværs af landegrænserne.

Behandlingsgruppen har i de seneste par år været mest optaget af, hvad der foregår af rehabiliteringsarbejde på centrene omkring børn og familier. Det er langt fra alle centre, der tilbyder behandling til børn og familier, selvom der er en stigende erkendelse af, at svær traumatisering ofte har store konsekvenser for familierne og giver store vanskeligheder for børnene. Også denne gruppe er nu gået i gang med en kortlægning af, hvad der foregår af arbejde inden for børne-/familieområdet rundt omkring på de europæiske centre.

### Akkrediteret til IRCT

Siden 1997 har International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT) været organisatorisk adskilt fra Rehabiliterings- og Forskningscenter for Torturofre (RCT). IRCT fik status af en international paraplyorganisation, hvis overordnede formål blev at udføre fortalervirksomhed, fundraising og bidrage med kapacitetsudvikling i forhold til centre i hele verden, som arbejder med rehabilitering af torturofre og afskaffelse af tortur. IRCT har siden da været igennem en gennemgribende udviklingsproces med ændring af statutter og vedtægter bl.a. med henblik på en demokratisering af organisationen.

I 2003 valgte OASIS at støtte denne proces ved at blive akkrediteret til IRCT sammen med to andre danske centre, RCT og RCT-Jylland. Som hjemsted for IRCT gives de akkrediterede danske centre ret til både en plads i IRCT's råd og bestyrelse, til hvilke de tre centre valgte Niels Krusturp fra RCT-Jylland.

De tre danske centre har i den forløbne periode bl.a. arbejdet aktivt for, at IRCT's råd og bestyrelse vælges direkte ved en generalforsamling hvert 3. år. Disse bestræbelser bar frugt, idet den første generalforsamling med direkte valg blev afholdt d. 6.-7. december 2006 i Berlin med repræsentanter fra hele kloden. Det blev her klart slået fast, at IRCT's opgave er at støtte kampen mod tortur, samt at støtte de regionale netværk af centre i verden, som arbejder med forebyggelse mod tortur på alle planer. Det er en ny situation for IRCT med så direkte en medlemsstyring, og det er vores håb, at IRCT derigennem fremover vil kunne komme til at virke som en samlende global kraft i kampen mod tortur. OASIS påpegede bl.a. på generalforsamlingen vigtigheden af, at IRCT påtager sig opgaven at facilitere samarbejdet i de regionale netværk med henblik på at bruge den viden og kompetence, som findes i organisationerne til kapacitetsopbygning og træning i de lande, hvor der er allermost brug for det.

## Perspektiver for 2007

Mange af de udviklingsprojekter, som er startet i 2006, vil også fortsætte ind i 2007. Vi forventer, at det psykoedukative gruppeforløb vil blive et permanent tilbud for store dele af vores ventelistepatienter. Fler-familie behandlingen forventes afprøvet på 3-4 familier fra efteråret 2007, ligesom vi forventer, at ICF vil kunne implementeres som pilotprojekt i 2007. Der vil blive søgt yderligere økonomisk støtte til fortsættelse af visitationsprojektet, så vi på længere sigt vil kunne foretage en mere ensartet og mere kvalificeret visitation til gavn for både de patienter, der bliver tilbudt behandling i OASIS, og de der vurderes ikke at kunne profitere af et behandlingstilbud i vores center.

## Statistik

Henvissende amter	%
<b>2005</b>	
H:S	31 %
Københavns Amt	26 %
Roskilde Amt	12 %
Frederiksborg Amt	11 %
Vestsjællands Amt	16 %
Storstrøms Amt	3 %
Andre	1 %
<b>2006</b>	
H:S	28 %
Københavns Amt	31 %
Roskilde Amt	6 %
Frederiksborg Amt	23 %
Vestsjællands Amt	11 %
Fyns Amt	1 %



## Henviste patienter 2005-2006

Alder	2005	2006
0-9 år	4 %	5 %
10-19 år	13 %	19 %
20-29 år	9 %	6 %
30-39 år	24 %	25 %
40-49 år	38 %	29 %
50-59 år	11 %	13 %
> 60 år	1 %	2 %

Nationalitet	2005	2006
Irak	37 %	36 %
Afghanistan	16 %	19 %
Iran	10 %	6 %
Bosnien	7 %	5 %
Libanon	6 %	7 %
Statsløse palæstinensere	5 %	3 %
Somalia	3 %	5 %
Andre	16 %	19 %
Antal nationaliteter i alt:	27	21

Køn	2005	2006
Mænd	59 %	50 %
Kvinder	41 %	50 %

# Behandling og rehabilitering af traumatiserede flygtninge i Danmark – et historisk perspektiv



AF GRETE SVENDSEN,  
KONSULENT I CENTER FOR  
UDSATTE FLYGTNINGE,  
DANSK FLYGTNINGEHJÆLP

Da de danske mænd og kvinder i slutningen af 2. verdenskrig kom hjem fra de tyske koncentrationslejre efter indespærring, mishandling, udsultning og drab var myndighederne i Danmark ikke gearret til at hjælpe dem. De blev undersøgt, og deres symptomer blev sammenfattet i KZ-syndromet. Men da man ikke kendte til behandling efter traumatisering, måtte KZ-fangerne hver især finde ud af at leve videre, som de bedst kunne.

Siden har vi i Danmark modtaget flygtninge og torturofre fra verdens brændpunkter. Fra sydamerikanske diktaturer, afrikanske stammekrige og mellemøstlige konflikter. Og desværre har også mange af disse mennesker måtte finde deres egen måde at leve med traumerne på. For det var først i 80-erne, at det blev tydeligt for især sproglærere og medarbejdere i social- og sundhedsvæsenet, at en del af flygtningene havde brug for behandling. Efterhånden blev det erkendt, at disse flygtninge havde symptomer på posttraumatisk stress.

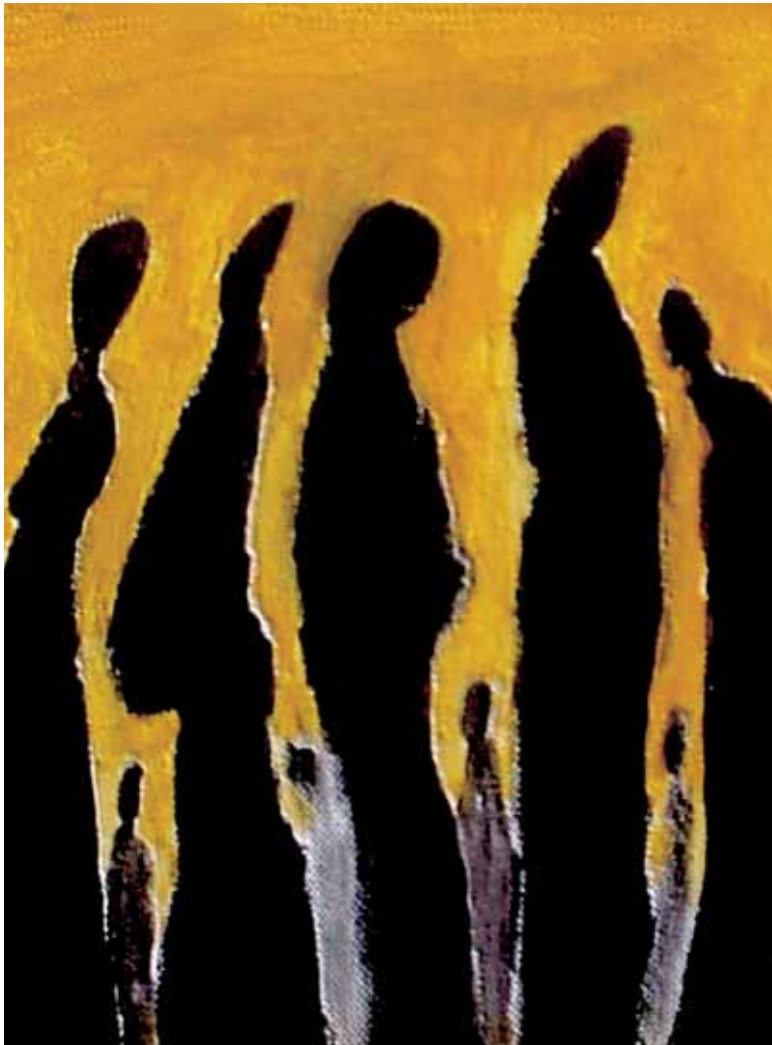
Der er sket meget i de ca. 25 år, Danmark har kunnet tilbyde behandling til traumatiserede flygtninge, men vi slås stadig med erkendelsesmæssige såvel som ressourcebetingede barrierer, som står i vejen for en optimal behandling af traumatiserede flygtninge.

Siden 1983 har jeg i først RCT og siden i OASIS og Dansk Flygtningehjælp deltaget i og fulgt udviklingen inden for behandling og rehabilitering af traumatiserede flygtninge på tæt hold, og i det følgende vil jeg forsøge at tegne et billede af den danske indsats fra dengang og frem til i dag.

## 1980-erne

Siden 1960-erne har Danmark modtaget store flygtningegrupper. Vi har altid vidst, at flygtningene i deres hjemlande havde været udsat for begivenheder, som af WHO betegnes som traumatiske, og at de følgelig behøvede beskyttelse såvel fysisk som psykisk. Den officielle politik var, at flygtningene kunne få fysisk beskyttelse i form af ophold i Danmark. Men indtil år 2000 havde man *fra politisk hold* end ikke overvejet at stille et beredskab til rådighed, som kunne tilbyde flygtningene behandling for deres lidelser, hvad enten de havde været udsat for forfølgelse og tortur eller på anden måde oplevet ydmygelse og vold.

*På privat initiativ* var der imidlertid opstået forskellige behandlingsinstitutioner, som så flygtningenes behov. I begyndelsen af 1980-erne blev de to første centre oprettet i Danmark med tilbud om behandling af traumatisere-



*"Anfals skygger", akvarel på lærred,  
30 x 24 cm, København*

rede flygtninge. Det var CEPAR og RCT i København. Centrene havde hver sin historiske baggrund: CEPAR blev oprettet af eksilerede latinamerikanske flygtninge, som enten havde en psykologuddannelse i deres hjemland eller tog den her i Danmark. De var inspirerede af et behandlingskollektiv for eksilerede latinamerikanere i Belgien ved navn COLAT. Dette historiske udgangspunkt kom til at præge CEPAR's arbejde med traumatiserede flygtninge i årene fremover. Deres fokus var i høj grad kollektivet. Ud over den individuelle behandling arbejdede de med gruppebehandling af såvel voksne flygtninge som børn. I adskillige år var CEPAR ene om at tilbyde gruppebehandling.

I 1980-erne undersøgte lægegruppen i Amnesty International grækerne, som var blevet mishandlet af militærjuntaen i Grækenland. Lægegruppen fandt, at grækerne havde særlige symptomer efter deres barske

oplevelser - nemlig posttraumatiske stress symptomer. Dette gav afsæt til oprettelsen af Rehabiliterings- og Forskningscentret i København, RCT. Også her kom det historiske udgangspunkt, det lægefaglige, til at præge arbejdet med flygtningene. RCT's fokus og omdrejningspunkt for behandlingen var specifikt at afbøde følgerne efter tortur. Som det eneste center har RCT gennem alle årene haft en lægefagligt domineret ledelse.

OASIS blev oprettet i 1987, og i årene derpå kom der flere rehabiliteringscentre med tværfaglig behandling til i København og i nogle af de større byer i Jylland. Behandlingen bestod oftest af psykoterapi, fysioterapi, lægekonsultation og social behandling. Centrene blev oprettet på privat initiativ og var privat drevne. Dermed blev der mulighed for behandling for nogle af de flygtninge, som boede i nærheden af disse centre. Flere centre udvidede målgruppen og tilbød

behandling ikke alene til flygtninge, som havde været underkastet tortur, men også til flygtninge, der var traumatiserede af andre grunde, f.eks. fordi de kom fra diktaturer præget af borgerkrige. Der blev efterhånden også større variation i behandlingstilbuddene. Nogle steder blev tilbuddene udvidet med psykiatrisk konsultation, afspændingsbehandling, terapeutiske værksteder, caféer, kontakt med frivillige m.v.

Dér, hvor der ingen centre var, blev flygtninge med behandlingsbehov om muligt henvist til privatpraktiserende fysioterapeuter, afspændingspædagoger, psykologer og psykiatere. Det var fagfolk, som interesserede sig særligt for flygtningegruppen, og som selv havde søgt viden om den komplicerede sag, det er at behandle flygtninge med posttraumatisk stress.

RCT overgik kort efter sin oprettelse i 1982 som det eneste center til statslig finansiering. Først i 1992 efter en utrættelig indsats på de bonede gulve opnåede OASIS' daværende formand Harald Engberg-Pedersen, at tre centre fik driftstilskud fra staten. Ud over OASIS drejede det sig om CEPAR og RCT-Jylland.

I 1990-erne blev bevidstheden øget på alle centre om, hvor kompleks behandlingen af traumatiserede flygtninge var. Efter de første års kamp

for eksistensen blev udviklingen i disse år præget af større og større bevidsthed om faglighed og professionalisering på alle planer: i behandlingen, i tolkningen, i tværfagligheden, i administrationen og i ledelsen. Der opstod behov for udveksling af erfaringer og samarbejde centre imellem både internationalt og nationalt. Den årligt tilbagevendende nordiske konference for terapeuter, der arbejder med traumatiserede flygtninge, blev allerede etableret i midten af 80-erne. Senere opstod et forum, hvor lederne af de danske behandlingsinstitutioner i dag jævnligt mødes, og hvor medarbejderne på et årligt nationalt møde har mulighed for at udveksle erfaringer og nye planer.

Hele udviklingen inden for behandlingsområdet var præget af private initiativer, taget dér hvor interessen for flygtningebehandling var til stede, og hvor kræfterne hos de professionelle behandlere kunne mobiliseres. Der var ingen overordnet plan for udviklingen af behandlingsberedskabet for traumatiserede flygtninge og ingen overordnet ansvarsfordeling. Derfor var mulighederne for hjælp for flygtninge med behandlingsbehov utilfredsstillende i denne periode. Nogle af konsekvenserne af den manglende overordnede planlægning var, at behandlingstilbuddene blev så ulige

fordelt geografisk. Det medførte, at det i større dele af landet reelt ikke var muligt for flygtningene at komme i behandling. De steder, hvor behandling var mulig, var der til gengæld meget lang ventetid. Medvirkende til den skæve fordeling af behandlingspladser var også, at kommunerne, som skulle give tilsagn om betaling, havde forskelligt syn på nødvendigheden af behandling af flygtninge. Nogle kommuner, som accepterede at give betalingstilsagn, foretog endog økonomisk beregning i den enkelte sag, som kunne resultere i krav om flygtningens egenbetaling for en del af behandlingsudgiften. Dette har utvivlsomt forhindret nogle flygtninge i at få behandling.

### Efter år 2000

Endelig – i år 2000 – tog det daværende Sundhedsministerium initiativ til at nedsætte en arbejdsgruppe om *Rehabilitering af traumatiserede flygtninge*. I økonomiaftalen for år 2000 mellem amterne og regeringen indgik, at man skulle overveje en overflytning til det generelle sygehuvæsen af de tre centre, som modtog driftstilskud: CEPAR, OASIS og RCT-Jylland. Baggrunden for aftalen var bl. a., at Indenrigsministeriet over for Sundhedsministeriet havde peget på,



at ventetiderne på behandlingssentrene tydede på, at der ikke var tilstrækkeligt egnede behandlingstilbud i det samlede sundhedssystem, og at behandlingstilbuddene var ulige fordelt i landet. Endvidere blev der peget på, at der undertiden var knyttet egenbetaling til behandling på de private behandlingssteder. Indenrigsministeriet opfordrede derfor til en udbygning og forbedring af behandlingstilbuddene i offentligt regi, således at man kunne nedbringe ventelisterne og reducere eller helt fjerne behovet for egenbetaling.

Arbejdsgruppen holdt 7 møder og udkom med en rapport i april 2001. Heri anbefalede man bl.a., at ansvaret for behandlingstilbuddet til traumatiserede flygtninge skulle placeres inden





for sygehuslovens rammer, dvs. i det daværende amtskommunale regi i henhold til sygehuslovens regler. Dette ville indebære, at amterne skulle sørge for det nødvendige, tværfaglige rehabiliteringstilbud til traumatiserede flygtninge, gratis for såvel flygtningen som for kommunen.

Dette var i mine øjne et markant gennembrud, hvor det for første gang blev slået fast, at behandlingsopgaven er et offentligt ansvar.

### Så vidt så godt?

De 2 centre OASIS og RCT-Jylland blev ved en lovændring placeret under sygehusloven, hvorefter behandlingen fra 1.1.2005 blev finansieret af det offentlige inden for en fast økonomisk ramme. CEPAR lukkede inden aftalen var i hus.

Dertil kom at amterne hvert år ved økonomiaftalerne fik midler til en udvidelse af behandlingskapaciteten.

Desværre blev tilskuddene til amterne givet som forhøjelse af amternes bloktilskud og ikke øremærkede. Det betød, at amterne i årene efter 2001 selv kunne bestemme, om og hvornår de ville følge henstillingen om at benytte midlerne til etablering af behandlingsmuligheder. Kun et par amter gik resolut til værks og oprettede behandlingscentre i henhold til Sundhedsministeriets arbejdsgruppes anbefalinger.

Interessant er det derfor at se, hvilken betydning det havde, at midlerne ikke var øremærkede. På en konference på Christiansborg arrangeret af de to Videnscentre for Socialpsykiatri og Transkulturel Psykiatri i januar måned 2004 holdt en kontorchef fra Amtsrådsforeningen et oplæg med status over amternes forpligtelse til at etablere behandlingsmuligheder. Hun pointerede, at *amterne har en forpligtelse, at amterne har fået pengene*, men at der med regerings-

skiftet "*blæste andre politiske vinde*" som medførte, at amterne nedprioriterede flygtningeområdet til fordel for nedbringelse af ventelisterne til bl.a. hofteoperationer!

Til trods for at flere folketingsmedlemmer i den periode stillede spørgsmål til indenrigsministeren om, hvad ministeren ville gøre ved amternes manglende lyst til at tage behandlingsansvaret på sig, og trods ministerens skriftlige påmindelser til amterne herom, gik udviklingen af behandlingskapaciteten alt for langsomt.

### I dag

Fra 1.1.2007 ligger ansvaret for behandlingen af traumatiserede flygtninge i de nye regioner. Flere regioner har taget opgaven på sig, oftest under regionens psykiatriudvalg. I dag er der ifølge Dansk Flygtningehjælps oversigt over behandlingsinstitutioner, april 2007, 9 centre finansieret af det offentlige under Sundhedsloven og omkring 6 private centre ud over landet.

Oversigten giver anledning til et par kommentarer. Den gratis adgang til behandling har afsløret, at behovet for behandling er væsentligt større, end man tidligere har villet se i øjnene. Ventelisterne er nu endog meget store på de centre, der finansieres under



Sundhedsloven. Pr. 1.3.2007 har centrene i København, Vejle, Odense, Haderslev og Århus hver over 100 flygtninge på venteliste. Det medfører helt uacceptabelt lange ventetider på op til 3 år.

Det siger sig selv, at det er meget vanskeligt for en flygtning med svære posttraumatiske symptomer at vente flere år på behandling. For flygtningen personligt er ventetiden ensbetydende med et liv i angst, med mareridt, smerter og med ringe håb om et bedre liv. Flygtningens muligheder for hurtig integration med sprogindlæring, aktivering og beskæftigelse er følgelig kraftigt beskåret. Det betyder længere tids offentlig forsørgelse. *Dermed har ventetiden også store samfundsmæssige konsekvenser.*

Det er svært at forestille sig, at man ville affinde sig med tilsvarende forhold for andre behandlingskrævende befolkningsgrupper inden for det almindelige sundhedsvæsen.

Der bør derfor snarest oprettes flere behandlingspladser, så ventetiden bringes ned. Og der bør oprettes behandlingscentre i de områder, hvor der stadig ikke tilbydes offentlig finansieret tværfaglig behandling.

For familier med børn har ventetiden også andre store konsekvenser. Vi ved, hvor utrygt det er for børn at vokse op i familier, som har svært ved

at få hverdagen til at fungere. Vi ved, hvor store voksenbyrder disse børn får som kontakttled til socialforvaltningen, lægen, skattevæsenet m.v. Og vi ved, at børnene præges af at vokse op i en traumatiseret familie, hvor de selv har stor risiko for at blive sekundært traumatiseret. Nogle af flygtningebørnene har endog selv oplevet traumatiske begivenheder som arrestationer, fængsling og drab på familiemedlemmer. I de senere år har vi oplevet flere utilpassede unge, som bl.a. laver uro og kriminalitet i deres lokalområde og ikke kommer i gang med en uddannelse. Forskrækkende var det i vinter at erfare, at flygtningebørnene fylder uforholdsmæssigt meget på de sikrede institutioner inden for kriminalforsorgen.

Det er helt uforståeligt og uansvarligt, at der fra politisk hold ikke for længst er rettet større fokus på flygtningebørnenes behov for støtte og behandling. Det bør højprioriteres, at der oprettes flere behandlings- og støtteligheder for flygtningebørn og -unge. I dag findes der på landsplan kun et par centre med tilbud om specifik børnebehandling.

Af Flygtningehjælpens oversigt fremgår det endeligt, at de kommunalt finansierede behandlingsmuligheder ikke benyttes i større omfang, ja nærmest slet ikke. Ikke fordi der ikke findes behandlingstrængende

flygtninge inden for disse institutioners geografiske område, men – er det nærliggende at gætte på – fordi flygtningene på trods af stor venteliste skrives op til den gratis behandling, så kommunen undgår at betale.

Det forekommer uetisk, at kommunerne vælger at lade traumatiserede flygtninge skrive op til behandling med en ventetid på op til 3 år for at undgå at påtage sig behandlingsudgiften. Man kunne derfor ønske sig, at kommunerne af hensyn til traumatiserede flygtninges livskvalitet i større omfang ville benytte de ledige behandlingspladser på de centre, som ikke er under Sundhedsloven.

## Er der så noget tilbage at ønske?

Behandling er en vigtig del af den traumatiserede flygtninges rehabilitering. Men rehabilitering omfatter et bredere spektrum af flygtningens liv. Derfor er det godt, at der sideløbende med udviklingen af behandlingstilbud er sket en udvikling af andre rehabiliteringstilbud for svært belastede flygtninge. Det gælder den særligt tilrettelagte sprogundervisning, sprogundervisning integreret i dagtilbud med anden undervisning og social træning, rehabilitering med aktivering og beskæftigelse som

særligt fokus, projekter for flygtningebørn m.m. Nogle af disse tilbud er private, finansieret af den henvisende kommune, andre er iværksat af puljemidler fra f.eks. Integrations- eller Socialministeriet.

Der er således i dag på behandlings- og rehabiliteringsområderne en større mangfoldighed af tilbud, end vi før har set. Men der kan peges på i hvert fald 3 problemer, hvis løsning kan fremme den traumatiserede flygtnings integration:

- Det er svært for den enkelte flygtning at opleve sammenhæng i hele rehabiliteringsindsatsen.
- Det er svært for henviserne at få overblik over, hvilke muligheder for rehabilitering der eksisterer i deres lokalområde.
- Nogle af tilbuddene lever en så usikker og/eller kortvarig tilværelse, at de lukker ned sammen med deres indvundne erfaringer, uden at de bliver kendt af andre aktører på området.

Hvis man prioriterer større helhed i rehabiliteringsindsatsen, vil flygtningen og de forskellige aktører have større mulighed for at samarbejde om målene for rehabilitering og de veje, der skal trædes for at nå målene.

Jeg tror, at alle flygtningemedarbej-

dere deler dette ønske, og vi kender alle de organisatoriske barrierer, der lægger hindringer i vejen: stadig større sektoropdeling, stadig større krav om effektivitet, stadig flere opgaver, stadigt mere papirarbejde m.m. Men jeg tror også, at mere fokus på helheden ville give den enkelte flygtning større perspektiv på og ansvar for sin integration og medarbejderen større tilfredshed med sin del af indsatsen.

Mange nyttige erfaringer forsvinder med kortvarige projekter. Det er spild af ressourcer og ærgerligt for udviklingen af flygtningearbejdet. Derfor vil det være hensigtsmæssigt, hvis nogle af de mange fine initiativer, der tages inden for det brede rehabiliteringsområde, får mulighed for at eksistere over længere tid med en sikret økonomisk basis. Det vil give mulighed for ordentlig indsamling af erfaringer, dokumentation heraf og ordentlig erfaringsudveksling med andre aktører.

## Forskning

På behandlingscentrene har man i mange år ønsket sig at få økonomisk og tidsmæssigt overskud til at gå i gang med forskning. Naturligvis har man fra første færd været optaget af, hvordan flygtninge oplever behandlingen, og hvilke elementer der afhjælper





følgerne af posttraumatisk stress og/eller medfører øget livskvalitet. Der er da også gennemført flere forskningsprojekter, men slet ikke så mange som man kunne ønske sig. Centrenes kamp for økonomien og et stort pres på behandlingspladserne er nogle af forklaringerne på, at der ikke er sket mere på området. Interessen skorter det ikke på. Så sent som dette forår har behandlere på begge sider af Storebælt med ildhu diskuteret aspekter af forskning, forskningsmetoder og de udfordringer og vanskeligheder, der knytter sig til forskning inden for behandlingsområdet.

*Forskning koster penge.* Inden for andre områder af sundhedsvæsenet hører forskning med som et naturligt led for at dokumentere og kvalificere behandlingen. Det vil derfor være naturligt, nu da centrene finansieres under Sundhedsloven, at også forskning inden for området "behandling af traumatiserede" prioriteres.

Netop fordi meget lidt indtil nu er dokumenteret, stilles spørgsmålet ofte: hjælper behandlingen? Som tidligere ansat i OASIS og efterfølgende som supervisor på flere andre behandlingsinstitutioner rundt omkring i landet har jeg ved mange samtaler med flygtninge og deres forskellige behandlere fået det helt klare indtryk, at langt de fleste flygtninge har en endog meget

positiv oplevelse af deres behandlingsforløb. Flygtningene fremhæver især medarbejdernes imødekommenhed, respekt og interesse og endelig, at medarbejderne har tid nok. For traumatiserede flygtninge, som har følt sig tvunget til at forlade hus og hjem og slå sig ned i Danmark, uden at blive budt specielt hjerteligt velkommen, er det af uvurderlig betydning at blive mødt med medarbejdernes respekt og interesse og få tid nok til at turde forholde sig til sin fortid, sin nutid og turde se sin fremtid i møde med håb.

## Fremtiden

Den amerikanske psykiater Judith Herman har i mange år beskæftiget sig med mennesker, der har psykiske traumer efter voldsomme oplevelser, og hun kalder studierne af psykiske traumer for en "glemt historie" præget af "episodiske hukommelsestab". I USA er soldater efter talrige krige kommet hjem fra slagmarken med plagsomme minder om det, de havde oplevet. Det var tydeligt for alle, at soldaterne havde svære symptomer på traumatisering, men samfundet, som de vendte hjem til, lukkede øjnene for det.

Judith Herman ser en parallel mellem reaktionerne på det samfundsmæssige og det personlige plan: reaktionerne på traumatiske begiven-

heder rummer disse store modsætninger: begivenhederne trænger sig på, og vi vil ikke vide af dem. Hverken som ansvarlige myndigheder eller individer.

Men med tiden er der som sagt blevet større og større bevidsthed om nødvendigheden af at tilbyde traumatiserede flygtninge i Danmark behandling. Der findes nu flere centre under Sundhedsloven med stor viden om traumebehandling. Engagerede og dygtige medarbejdere er en forudsætning men ikke nok. *For at sikre at historien ikke bliver glemt*, må det nu være politikernes ansvar én gang for alle at anerkende problemets omfang og alvorlighed og derefter at tilvejebringe de ressourcer, der skal til for at skabe en kontinuerlig, medmenneskelig og højt kvalificeret behandling af traumatiserede flygtninge. Konkret skal der gøres følgende:

- Der skal etableres et tilstrækkeligt antal behandlingspladser finansieret under Sundhedsloven.
- Der skal gives mulighed for forskning, som kan styrke forståelsen af traumatisering og danne baggrund for videreudvikling af behandlingsindsatsen, så traumatiserede flygtninge får mulighed for en tilværelse med størst mulig livskvalitet.

# En hjælpende hånd kan skabe små mirakler

26 |



AF RIKKE HVILSHØJ,  
INTEGRATIONSMINISTER

Der er cirka 40 millioner flygtninge og internt fordrevne i verden. Mange oplever stor smerte og nød som følge af krigshandlinger, forfølgelse, tortur, voldtægt og drab på slægtninge. Fra dansk side arbejdes der på mange områder for at forebygge og afhjælpe disse problemer: gennem fredsskabende og fredsbevarende indsats, gennem hjælp til flygtninge i konflikternes nærområder og gennem støtte til behandlings- og rehabiliteringsinstitutioner i en lang række lande.

Også på dansk grund tager vi et medansvar for verdens flygtninge – ved at tilbyde beskyttelse og en ny fremtid for mennesker, der er forfulgt. Blandt andet modtager Danmark hvert år 500 flygtninge, som er udvalgt i samarbejde med UNHCR. Flygtningene tilbydes allerede inden afrejsen til Danmark kurser i basalt dansk og viden om danske samfundsforhold, så de har styrkede forudsætninger for at deltage i introduktionsprogrammet her i Danmark.

En stor del af de flygtninge, der kommer til Danmark, er nedbrudte og traumatiserede som følge af de ting, de har været udsat for. De lider for eksempel af søvnløshed, mareridt, koncentrationsbesvær, smerter i kroppen, ringe selvværd og manglende tro på fremtiden.

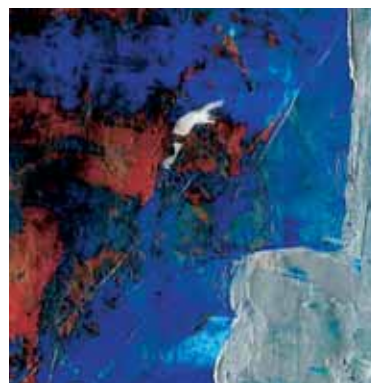
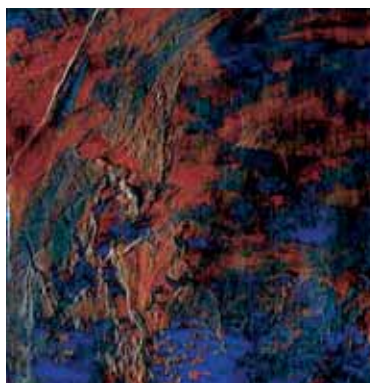
For at integrationen skal lykkes, er

der behov for en sammenhængende og helhedsorienteret indsats for rehabilitering og integration. De traumatiserede skal opleve at have en aktiv og sammenhængende hverdag. Det gælder også selvom denne hverdag involverer hjælpeforanstaltninger og tilbud fra forskellige aktører og regier – som et behandlingssted, et sprogcenter og et aktiveringstilbud.

Især for de mest belastede og udsatte flygtninge er der behov for en egentlig behandlingsindsats, hvilket er regionernes ansvar. Behandlingen er i de fleste tilfælde tværfaglig for at imødekomme både fysiske og psykiske behandlingsbehov, og gennem information og rådgivning skabes der sammenhæng mellem behandlingen og den videregående integrationsproces. OASIS er et godt eksempel på en sådan helhedsorienteret tilgang til behandling.

For mig som integrationsminister er det vigtigt, at behandlingsindsatsen suppleres af mange andre indsatser. Det gælder om at genfinde de ressourcer hos flygtningene, som de måske troede, de havde mistet. Ved i et passende tempo at kombinere behandling og omsorg med aktive tilbud, muligheder og forventninger til flygtningen, kan der skabes små mirakler.

Det er vigtigt, at traumatiserede



flygtninge hurtigt får mulighed for nogle af de aktiviteter, som er så vigtige for os alle sammen. At lære dansk og dermed kunne læse en avis, se dansk TV og følge med i, hvad der rører sig i samfundet, tale med naboer og børnenes lærere eller andre forældre. At få en uddannelse eller et arbejde og dermed selvrespekt og social kontakt.

Jeg bliver stolt både af flygtningene og det danske samfund, når jeg møder en mand som Hüseyin Duygu. Han kom til Danmark nedbrudt efter tortur. Men han fik den støtte og behandling, der gjorde, at han igen kunne rejse sig. I dag er han en dynamisk skoleleder i Ballerup.

Regeringen gennemfører flere initiativer for at give flygtninge med traumer hjælp til selvhjælp. Et af dem har været at udvikle metoder i danskundervisningen, som er særligt tilpasset de traumatiserede flygtninges behov og forudsætninger. I perioden 2003-2004 gennemførte Videnscenter for tosprogethed og interkulturalitet (UC2) med støtte fra regeringen og i samarbejde med en række udbydere af danskundervisning et udviklingsprojekt om særligt tilrettelagt danskundervisning for traumatiserede flygtninge. Projektet udmøntedes blandt andet i en vejledning til sprogcentrene og igangsættelse af efteruddannelse.

Erfaringen er, at det med tilpassede rammer, som tilgodeser flygtningens særlige problemer, er muligt for mange traumatiserede flygtninge at forbedre deres danskniveau betydeligt. For eksempel kan det være, at flygtningen har koncentrationsbesvær og derfor har behov for at kunne gå rundt – eller gå uden for døren en gang i mellem – mens der er undervisning.

I 2006 fulgte regeringen op og igangsatte et lignende udviklingsprojekt, ligeledes gennemført af UC2 – denne gang med fokus på undervisningen i kultur- og samfundsforhold. Projektet har til formål at udvikle undervisningstilbud i dansk, kultur- og samfundsforståelse i socialpsykiatrien og andre rehabiliteringsinstitutioner for derigennem at fremme sindslidende og traumatiserede flygtninges og indvandreres muligheder for integration.

Et andet meget vigtigt indsatsområde er fremme af de traumatiserede flygtninges beskæftigelse.

Afklaring af de traumatiserede flygtninges kompetencer er i den forbindelse en af forudsætningerne for tilrettelæggelse af en indsats, der kan få flygtningen i job. Videnscenter Midt-Vest – en institution under Arbejdsmarkedsstyrelsen - har sat fokus på kompetenceafklaring af flygtninge med traumer og peger på, at det ikke er farligt at forsøge at



kompetenceafklare mennesker, der har symptomer efter traumatiske begivenheder. Det kan være en måde at se ressourcerne på og en måde at afklare, hvilke støttende foranstaltninger der er hensigtsmæssige.

Som jeg ser det, er der grundlæggende behov for flere beskæftigelsesrettede tilbud til traumatiserede, der eksempelvis kombinerer danskundervisning, erhvervsafklaring, træning af sociale kompetencer, særlige praktikker med mentorforløb, etablering af flexjobs m.v. Der er i den forbindelse et særligt behov for styrkelse af kompetencer hos medarbejdere i beskæftigelsestilbud m.v., så det sikres at indsatsen koordineres og målrettes i nødvendigt omfang i relation til traumatiserede.

Et tredje vigtigt indsatsområde er familiestøtte og forebyggelse i relation til børn og unge. Konsekvenserne for børnene i familier, hvor en eller begge forældre er traumatiserede, kan være



*"Jeg venter på dig", akryl på papir,  
30 x 20 cm*



28 | omfattende: De får for stort ansvar for at holde sammen på familiens dagligdag, og de står måske meget alene med deres egne problemer. De oplever ensomhed, depressioner, aggressiv adfærd og øget risiko for uddannelsesfrafald og kriminalitet. Nogle børn er som følge af deres familiesituation ofre for såkaldt sekundær traumatisering. Hvor voksne traumatiserede har haft en normal personlighedsdannelse – og dermed et psykisk fundament - gennem opvæksten, er sekundært traumatiserede børn på mange måder værre stillet, fordi deres personlighedsdannelse bringes ud af kurs. Dette kan være en del af forklaringen på, at nogle børn og unge er meget dårligt fungerende og i visse tilfælde voldelige og kriminelle. Der er behov for støtte i hverdagen, fastholdelse i skole og uddannelsesforløb og gode sociale netværk til børnene og familierne.

Netop disse emner – beskæftigelse og familierettets indsats – vil der være fokus på ved udmøntningen af en ny pulje til en særlig indsats for traumatiserede og deres familier. Puljen er på 4 millioner kroner i hvert af årene 2007 – 2010.

Det, jeg ønsker at opnå med de nye puljemidler, er at styrke den samlede nationale kompetence og kapacitet til at understøtte rehabilitering og

integration, samtidig med at mange personer i målgruppen – både voksne og børn – får en helt konkret hjælp til at komme videre i deres tilværelse.

Som et yderligere tiltag, der kan skabe fremdrift og sammenhæng på dette område, yder regeringen endvidere støtte til Center for Udsatte Flygtninge, Dansk Flygtningehjælp, som blandt andet varetager rådgivning til regioner og kommuner om rehabilitering og integration samt tilbyder kurser for kommunale medarbejdere om integrationsudfordringerne både for den arbejdsmarkedsrettede og den familierettede indsats. Dansk Flygtningehjælp organiserer også – med støtte fra regeringen - et omfattende netværk af frivillige, hvoraf mange fungerer som kontaktpersoner til flygtningene og deres familier.

Det gælder integration i det hele taget, at regeringen og de offentlige myndigheder ikke kan løfte opgaven alene. Der er også behov for, at gode kræfter blandt almindelige mennesker yder en indsats. Og der er især behov for det, når det gælder traumatiserede flygtninge og deres familier. Samværet med almindelige danskere på frivillig basis kan give flygtningene følelsen af, at det igen kan være meningsfuldt at være i en social sammenhæng. Og de frivillige kan hjælpe flygtningene til rette i Danmark ved at fungere som indgang til mange forskellige dele af samfundet.



# Asylforholdenes betydning for rehabiliteringsmulighederne for traumatiserede flygtninge



AF EBBE MUNK-ANDERSEN,  
OVERLÆGE, SPECIALLÆGE I  
PSYKIATRI,  
DANSK RØDE KORS  
ASYLAFDELINGEN

---

Ifølge tal fra Ankestyrelsen er antallet af meddelte førtidspensioner til personer med posttraumatisk belastningstilstand steget fra 229 i 2001 til 448 i 2006. De berørte personer er alene personer fra lande uden for EU. Tilsvarende er antallet af nytillkendelser af førtidspension til danske statsborgere med posttraumatisk belastningsreaktion henholdsvis 287 og 518 eller en stigning af tilsvarende størrelsesorden. Tallene kunne tolkes som en stigende anerkendelse af, at posttraumatiske tilstande kan medføre varig nedsættelse af erhvervsevnen enten på grund af kronisk posttraumatisk belastningsreaktion eller varig ændring af personlighedsstrukturen med ledsagende depression, angst, paranoia og legemlige smerteklager. Det nævnes ofte, at posttraumatisk belastningsreaktion er en fluktuerende lidelse med gode og dårlige perioder, men muligheden foreligger også, at de posttraumatiske tilstande, man ser hos flygtninge, i højere grad er begrundet af multiple stresspåvirkninger og vedvarende stress under flugt og integration. Hollandske undersøgelser har vist, at forekomsten af psykiske lidelser, herunder angst, depression og somatisering, øges under asylsagens behandling, og de faktorer, som har signifikant størst betydning for udvikling af psykisk lidelse, er

manglende kontakt med familie, asylretlige forhold og manglende adgang til arbejdsmarkedet. Rehabilitering bør derfor tage sit udgangspunkt i det meget tidlige integrationsforløb, altså også før de pågældende har fået meddelelse om tilkendelse af flygtninge- eller opholdsstatus.

Det er et politisk kontroversielt spørgsmål, om asylforholdene skal indrettes med sigte på repatriering eller integration, men for de personer, der er i såkaldt procedure, foreligger muligheden for, at de får politisk asyl, og jo før denne afklaring sker, desto bedre er muligheden for et heldigt rehabiliteringsforløb.

Meddelelse af førtidspension forudsætter, at der er tale om en varig lidelse uden mulighed for bedring af funktionsevnen og forudsætter således oftest et længere forløb med behandling og revalidering.

Der foreligger ikke mindstestandarder for behandlingstilbud til asylansøgere i Danmark, men der kan argumenteres for, at Danmark følger de mindstestandarder, som er vedtaget af EU, selvom Danmark står uden for det asylretlige samarbejde. Disse mindstestandarder pålægger medlemsstaterne at sørge for, at asylansøgere får den *nødvendige* lægebehandling, som mindst skal omfatte *akut lægehjælp* og absolut *nødvendig*

behandling af sygdomme. Og som en særlig foranstaltning skal sikres, at ofre for tortur eller vold skal have adgang til nødvendig behandling.

Der er ikke tvivl om, at flygtninge i Danmark har samme adgang til sundhedsydelser som den fastboende befolkning, medens tilbuddet til asylansøgere er begrænset til uopsættelig og nødvendig behandling. Danmark skal sikre eksistensen af et sundhedstilbud, der i vid udstrækning ligner det offentlige sundhedstilbud, men dette forhindrer ikke staten i at organisere sundhedstilbuddet således, at asylansøgere ikke får adgang til samme system som danske statsborgere, men i stedet et lignende alternativ. Asylansøgere har således ikke adgang til sygesikringsfinansierede ydelser, men sundhedstilbuddet finansieres i stedet i medfør af Udlændingeloven. En dansk standard for kvaliteten og adgangen til sundhedsydelser er formuleret i Retningslinier for sundhedstilbud fra Udlændingetjenesten, som dels anvender dansk sundhedslovgivning som reference f.eks. sundhedsloven og dels anvender sygesikringsstandarder.

Reglerne for psykiatrisk og psykologisk behandling er efter ordlyden velsagtens i overensstemmelse med EU's minimumsstandard for behandling af asylansøgere, men der mangler

en faglig drøftelse af guidelines for rehabilitering af asylansøgere, der har været udsat for tortur eller organiseret vold.

Det har i de sidste 20 år været muligt at henvise asylansøgere til private behandlingsinstitutioner som f.eks. OASIS, og i samme periode er udbuddet af behandlingstilbud steget. Samtidig er der stigende ventelister, og dette sammen med en ændret bevillingspraksis gør det paradoksalt nok vanskeligere for asylansøgere at få adgang til disse tværfaglige behandlingstilbud.

### Forebyggelsesaspektet

Der skelnes traditionelt mellem primær, sekundær og tertiær forebyggelse.

I den primære forebyggelse iværksættes foranstaltninger, der forhindrer sygdom i at opstå. I den sekundære forebyggelse iværksættes egentlig behandling af eksisterende sygdom. I tertiær forebyggelse iværksættes foranstaltninger, der sikrer, at bestående lidelse ikke medfører nedsat funktionsevne og deltagelse i det sociale liv.

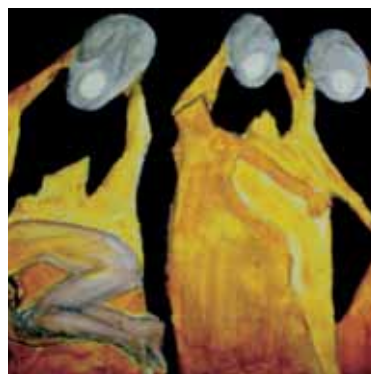
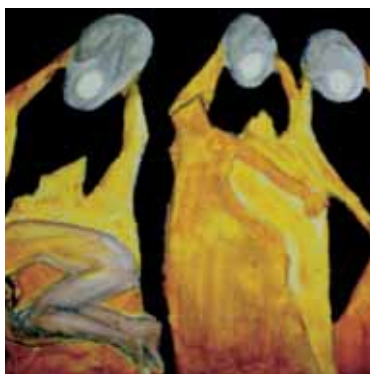
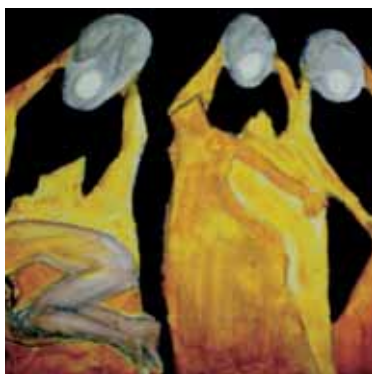
#### Primær forebyggelse

Der bør her lægges vægt på de 3 signifikante forhold, som har betydning for udvikling af psykisk lidelse og

som er omtalt ovenfor: Arbejdsmarked, asylretlige forhold og familiekontakt. Der er en stigende forståelse for betydningen af forebyggelsestiltag med vægt på uddannelse, beskæftigelse og bedre boligforhold. Denne udvikling synes at foregå i spring. I 90'erne var der fra fagforeninger modvilje mod at invitere asylansøgere ind på det almindelige arbejdsmarked. Dette har nu ændret sig og modviljen kommer nu fra en anden kant og har mere ideologisk karakter. Visse grupper fik tilbud om adgang til arbejdsmarkedet f.eks. bosnere og kosovarer, men tilbuddet gælder ikke alle asylansøgere.

Undersøgelser viser, at 30-40 % af asylansøgere lider af posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD). Det er også vist, at hyppigheden af PTSD veksler over tid og i visse populationer bliver ved med at øges efter opnåelse af opholdstilladelse helt op til 80 %. Undersøgelser fra Nordamerika og Australien viser et fald i hyppigheden af PTSD over 10 år, men i en periode hvor der blev givet fuld opholdstilladelse, arbejdsstilladelse og adgang til uddannelse.

Den gruppe, som har fået afslag på ansøgning om asyl udgør en stigende andel af beboerne på asylcentre og repatrierer ikke alle. Den gennemsnitlige opholdstid i asylcentre er således steget fra 313 dage i 2001 til



927 dage i 2005. En norsk undersøgelse af bosniere sammenligner en gruppe, der repatrierede med en gruppe der blev i Norge og fandt, at begge grupper var ligeligt belastede af kroniske psykiske symptomer, medens den gruppe der ikke repatrierede i højere grad tidligere havde været udsat for psykotraumer og især fysiske traumer. Modvilje mod tvangsmæssig repatriering kan således skyldes fortsat tilstedeværelse af massiv symptombelastning og frygten for genoplevelser ved det forventede møde med mennesker og lokaliteter, hvor volden fandt sted. Denne gruppe overgår til fase 3 i asylproceduren og søges motiveret for hjemrejse gennem en række af indskrænkninger i rettigheder.

Endelig er der er nu indført en regel om, at personer med humanitær opholdstilladelse ikke mere har ret til familiesammenføring. De tre her omtalte forebyggelsesområder imødekommes således ikke fuldt ud i Danmark.

### Sekundær forebyggelse

Psykologisk og/eller psykiatrisk behandling af posttraumatiske tilstande kan ikke på nogen måde tænkes afsluttet efter 12 psykologsamtaler, og en sådan meget kortvarig terapi giver kun mening som foreløbig og midlertidig intervention. I et asyl-

forløb med kort sagsbehandlingstid vil psykologisk intervention i ansøgningsfasen være rimelig som identifikation af særlig udsatte personer, identitetskonstituerende og støttende foranstaltning. I Retningslinierne for psykiatrisk behandling fra Udlændingeservice begrænses behandlingsmulighederne til almen psykiatrisk behandling, og der kan ikke bevilges psykoterapeutisk behandling. Der kan med andre ord kun tilbydes farmakologisk behandling. Denne behandlingsform har sin plads, men kan ikke stå alene og er erfaringsmæssigt helt utilstrækkelig i en kontekst af lange ventetider og manglende repatriering. Som nævnt er de posttraumatiske tilstande hos asylansøgere oftest af kompleks sammensætning og frembyder ud over de kendte kriterier for PTSD også kriterier for andre diagnoser, f.eks. depression, angst og psykose. PTSD optræder sjældent alene, men f.eks. sammen med depression i 57-79 % af tilfældene. I 82 % af tilfældene kan stilles en anden diagnose sammen med PTSD. Risikoen for selvmordsadfærd øges ved PTSD, og der er stor hyppighed af smertetilstande. Det giver derfor ikke mening ved vurdering af funktionsevne kun at fokusere på diagnosen PTSD, således som det f.eks. fastsættes i Indfødsretsudvalgets retningslinier for opnåelse af

dansk statsborgerskab. Hyppigheden af dobbeltdiagnoser fluktuerer over mange år, og tilbagefald optræder ved fornyet stress eller traumatiserende begivenheder. Det må forventes, at de posttraumatiske lidelser er kroniske, og behandling må tage sigte på dette.

### Tertiær forebyggelse

Forebyggelsen må tage sigte mod at bevare restfunktionsevnen, styrke selvforvaltningsevnen og lette reintegrationen i det sociale fællesskab enten i Danmark eller i hjemlandet. Dette forudsætter tidlig identifikation af personer med posttraumatiske lidelser, således at der kan iværksættes psykologisk, medicinsk og social støtte i den tid asylsagen varer. Der bør her anlægges et socialt netværksperspektiv. Dette indebærer inddragelse af hele familien og aflastning af børnene, der let bliver nye ofre, når en af forældrene er psykisk lidende. I praksis tilbydes særlig tilrettelagt aktivering, strukturerede tilbud til børn, herunder psykoedukationsforløb, og der indføres nu vilkårsforbedringer i form af 2-rums-politik som indkvarteringsløsning for familier med mere end 2 personer.

En særlig opgave er sprogundervisning af traumatiserede personer. En svensk undersøgelse viser, at evnen til sproglindring er omvendt proportional med graden af PTSD symptomer, men

er uafhængig af depressionsgrad, dissociation og tidligere skoleforløb. En anden barriere er manglende motivation til at tilegne sig et nyt sprog i et land, hvorfra man måske skal udrejse igen. Også disse eksempler viser, at nedsættelse af migrationsstress er afgørende for at undgå forværring af symptomerne ved PTSD samt udvikling af andre psykiske lidelser. Den helt afgørende faktor for gunstig rehabilitering er en afkortning af opholdstidens længde i asylfasen samt meningsfuldheden af asylrelaterede omstændigheder som f.eks. sagsbehandlingstid, respekt, kulturel sensitivitet, antallet af frihedsberøvelser og muligheden for familiesammenføring. Også tonen i den offentlige debat over indflydelse på selvrespekten hos de berørte, ligesom kontakt med danske borgere kan udrydde myter og skabe mellemmenneskelig forståelse. Det er ikke nogen let og kortvarende opgave for behandlere og andre professionelle at kompensere for de manglende kompetencer, der følger i kølvandet efter psykotraumer, men en egentlig stabilisering og rehabilitering kan først forventes at lykkes, når der er skabt rammer for et normalt liv med bolig, arbejde og familiesammenføring.

Iflg. Genevekonventionens art. 24, 1b skal de kontraherende stater som minimum yde samme rettigheder til flygtninge som til fastboende, herunder også sundhedsydelse. Der tænkes her på anerkendte flygtninge. Asylansøgere kan i princippet også tænkes at være flygtninge, men endnu uden at have opnået denne status. Der er derfor behov for særlige standarder for asylansøgere. UNHCR's eksekutivkomité (EXCOM) søger i en vis udstrækning at udfylde og fortolke konventionens bestemmelser. En vis retskildeværdi ligger således i EXCOMs vedtagelser og udtalelser, som dog alene har karakter af "Soft Law", der er betegnelsen for vedtagelser, erklæringer eller sædvaneret, der ikke er umiddelbart juridisk bindende.

#### I EXCOM conclusion No. 22, 1981 anføres:

"De skal modtage al nødvendig assistance, og der skal sikres tilstedeværelse af de grundlæggende livsfornødenheder herunder føde, indkvartering og grundlæggende sanitære og sundhedsmæssige forhold" ("..basic ..health facilities.." (forf. oversættelse)) . Konklusionen uddyber ikke nærmere, hvad basic health facilities omfatter eller ikke omfatter.

Torturkonventionens art. 14 pålægger kontraherende stater i sit retssystem at sikre, at et offer for en torturhandling opnår oprejsning og har en ret til rimelig og tilstrækkelig erstatning og herunder midler til en så fuldstændig rehabilitering som mulig

I EU's proklamation fra Nice overføres bestemmelserne fra (ovennævnte) eksisterende folkeretlige menneskeretsdokumenter vedrørende grundlæggende rettigheder for alle personer, herunder udlændinge, asylansøgere og flygtninge: "Enhver har ret til at få adgang til forebyggende sundhedsydelse og til at modtage lægehjælp på de betingelser, der er fastsat ved medlemsstaternes lovgivning og praksis".

Europarådets Direktiv 2003/9/EF af 27. januar 2003 om fastlæggelse af minimumsstandarder for modtagelse af asylansøgere i medlemsstaterne, Art. 15, bærer overskriften "Lægebehandling" og siger følgende:

- "1. Medlemsstaterne sørger for, at asylansøgere får den nødvendige lægebehandling, som mindst skal omfatte akut lægehjælp og absolut nødvendig behandling af sygdomme.
2. Medlemsstaterne yder den nødvendige lægebehandling eller anden form for behandling til asylansøgerne med særlige behov."

Og som en særlig foranstaltning sikres (art. 20), at ofre for tortur eller vold skal have adgang til nødvendig behandling.

Rådets direktiv om fastlæggelse af minimumsstandarder for modtagelse af asylansøgere i medlemsstaterne binder ikke Danmark på grund af forbeholdet i Edingburgaftalen vedr. det asylretslige samarbejde.

I Udlændingesservice's retningslinier for psykologisk og psykiatrisk behandling af asylansøgere anføres, at psykologbehandling kan bevilges efter samme regler som fremgår af sygesikringsaftalerne med Dansk Psykologforening, men derudover gives adgang til psykologbehandling til asylansøgere der

- har overværet eller er flygtet fra krigshandlinger,
- har familiemedlemmer, der er forsvundet,
- har været udsat for tortur eller anden umenneskelig behandling eller
- er stærkt selvmordstruet.

Udlændingesservice forventer, at behandlingen tilrettelægges således, at behandlingen kan afsluttes efter maksimalt 12 konsultationer hos psykolog, idet der som udgangspunkt ikke bevilges yderligere. Asylansøgere vil endvidere være berettiget til at modtage behandling ved psykiater efter samme retningslinier, som gælder for herboende personer – med undtagelse af psykoterapi, som Udlændingesservice ikke dækker. Der vil herefter primært blive bevilget behandling ved psykiater til diagnostik af psykiatriske lidelser og til almen psykiatrisk behandling. I retningslinier anføres ikke, hvad der forstås ved almen psykiatrisk behandling eller psykoterapi.

Asylansøgere vil som udgangspunkt kunne modtage op til 15 konsultationer ved psykiater. Såfremt psykiateren vurderer, at en afbrydelse indebærer en helbredsrisiko for patienten, kan behandlingen som udgangspunkt udstrækkes til maksimalt 30 konsultationer.

# Fattigdom fremmer ikke integrationen af flygtninge



AF TANJA WEISS,  
SOCIALRÅDGIVER I OASIS

Mens resten af landet fester løs til den store forbrugsfest, må landets gæster spinke og spare, så de kan få husholdningsbudgettet til at hænge sammen. Flygtningeægtepar har mistet ca. 10.200 kroner. i kontanthjælp siden indførelsen af stramninger i lov om aktiv socialpolitik. Den seneste stramning er den såkaldte 300-timers-regel, som vil betyde, at ægtepar på kontanthjælp vil komme ned på starthjælpsniveau.

Mange flygtninge i OASIS kan beskrive, hvordan den stramme økonomi primært rammer børnene. For eksempel tør en tjetjensk far på starthjælp ikke tage sine børn med i supermarkedet, fordi de plager om det samme dyre pålæg til madpakken, som de andre børn i skolen har med. Når familien når frem til sidst på måneden, må de låne penge af en nabo for at have råd til mad.

- Børnechecken er vores redning. Uden den kunne vi ikke betale lånene tilbage og købe vintertøj til vores børn, siger han.

Denne tendens bekræfter CASA (Center for Alternativ Samfundsanalyse) i rapporten Flygtninge på starthjælp, okt. 2006. Familierne på starthjælp lider mange afsavn og har svært ved at få et husholdningsbudget til at hænge sammen. De griber det dog meget forskelligt an. Nogle

planlægger og jagter tilbud, går i containeren efter brugte møbler og køber genbrugstøj. Andre gældsætter sig privat eller til banken til skyhøje renter.

En afghansk mand rationerer børnechecken og deler månedspenge ud til sine teenagebørn. Det plager ham, at børnene ikke kan få nyt tøj, computere og lommeregner, som det kræves i nogle skoler allerede i 9. klasse og på gymnasiet.

Selvfølgelig kan man leve uden, men det er kendetegnende for de fleste som føler sig anderledes, at de har ekstra brug for at stive selvtilliden af ved at ligne de andre. Det gælder også flygtningebørn. Mange beretter om, hvordan deres børn bliver drillet, fordi de går i genbrugstøj (CASA, 2006:36). Det kræver ressourcerige forældre at modstå presset og holde hovedet højt, når børnene skiller sig ud - ikke kun i tøjet, men også på alle andre måder.

I OASIS søger vi derfor private fonde om hjælp til lommeregner og computere. Mange sagsbehandlere rapporterer også om et øget administrationspres, fordi de fleste start-hjælpsmodtagere (80 %) søger om flere enkeltydelser til transport, tandlægebehandling, medicin, vintertøj osv. (jf. CASA, 2006:25)

Oven i stramningerne er der en generel tendens i kommunerne til at



give afslag på medicinbevillinger og tandbehandlinger til kontanthjælpsmodtagere. Praksis i kommunerne er blevet strammet op, og det individuelle skøn sat i system. Mens man ved f.eks. gældssaneringer opererer med et rådighedsbeløb på kr. 4.840 pr. voksen og kr. 2.500 pr. barn pr. måned, skal en kontanthjælpsmodtager klare sig for hhv. kr. 2.500 og kr. 1.000. Dette synes Den Sociale Ankestyrelse ikke der skal ændres på - selvom det er 11 år siden, der sidst blev udstukket retningslinier for det individuelle skøn og rådighedsbeløbene. Siden har resten af samfundet som bekendt holdt forbrugsfest og fejret een lang økonomisk opgangstur.

### For dyre boliger - hvorfor flytter de ikke?

Mange flygtninge er blevet boligplaceret i socialt boligbyggeri, som generelt er kendetegnet ved beton til høje priser. Som socialrådgiver i OASIS sidder jeg ofte med familier, der ønsker at bytte til noget billigere. Især efter indførelsen af kontanthjælpsloftet, som betyder, at deres boligsikring ryger. Problemet er bare, at boligmarkedet ikke er til flygtningenes fordel: Hvem vil bytte en billig Nørrebrolejlighed til en dyr en af beton i Taastrupgård? Desuden siger byttere reglerne, at

man maksimalt, må være 1 person pr. rum ved bytning. Og der sidder rigtig mange 6-7 personers flygtningefamilier i 4 værelses lejligheder. Mange private udlejere vil heller ikke leje ud til udlændinge. En familie på 4 måtte finde sig i at bo oven på en massageklinik, fordi ingen andre ville udleje ud til dem. Først da udlejeren ikke kunne betale sin el-regning, og varmen blev lukket midt om vinteren, gik kommunen ind i sagen.

Socialministeriet har efter stor medieopmærksomhed og udtalelser fra direktør Jesper Nygaard fra KAB (Københavns Almindelige Boligselskab) samt kritik fra Rådet for socialt udsatte og Dansk Socialrådgiverforening i fagbladet Socialrådgiveren i, 2005 og 2006, sat en undersøgelse igang hos SFI (Socialforskningsinstituttet) for at finde ud af, hvorfor tvangsudsættelserne stiger så markant i disse år. Resultatet er endnu ikke offentliggjort. Men herberger for hjemløse beretter om et stigende antal beboere af anden etnisk baggrund end dansk. I følge en SFI-temasamling, marts 2005, er der op til 2/3 udlændinge på nogle herberger. Meget kunne tyde på, at der ligger økonomiske problemer og manglende netværk på boligmarkedet bag udsættelserne.

### Hvorfor tager de ikke bare et arbejde?

Starthjælpen har fået flere i arbejde viser Rockwoolfondens nye undersøgelse, der omfatter knap 12.000 flygtninge og indvandrere. Man har set på 2 grupper af flygtninge og indvandrere, som hhv. kom til Danmark før indførelsen af starthjælpen den 1. juli 2002 og efter. 14 % af de nytilkomne er kommet i arbejde, mens det kun gælder for 9 % af kontanthjælpsmodtagerne. Men der er stadig 86 %, som ikke er i arbejde og som har fået halveret deres levegrundlag. Samtidig er gruppen af selvforsørgende blevet større. Det kan hænge sammen med, at manden i et starthjælpsægtepar har fået et arbejde til en løn på kassedameniveau, hvorved starthjælpen bortfalder. I OASIS kender vi også til eksempler på især familiesammenførte kvinder, hvis mænd er på kontanthjælp, der fravælger de ca. 60,- kr. brutto i starthjælp for at kunne gå hjemme og passe børn og ikke blive stillet over for krav om aktivering og danskundervisning. Det vil sige, at det kan føre til den modsatte effekt af hensigten med starthjælpen; nemlig at kvinder bliver mindre integrerede og bliver fastholdt i et traditionelt kønsrollemønster. Dette vil på sigt skade hele familien og især den opvok-



*"Nødråb i den tavse verden",  
24 x 30 cm, Sverige*



sende generation, da flere undersøgelser peger på, at især kvindens uddannelse og tilknytning til arbejdsmarkedet har betydning for børnenes valg af uddannelse og jobs.

### Hvordan matcher stram økonomi med høj energi?

Mange flygtninge lider ud over af PTSD, som jo er en stress-tilstand i sig selv, af stress over lediggang og dårlig økonomi. CASA-rapporten peger på, at det at leve med en meget stram økonomi og deraf følgende afsavn får betydning for den enkeltes selvværd og identitet. *"Starthjælpsmodtagerne er ikke i besiddelse af det overskud, den styrke og den energi, der skal til for at søge job og kvalificere sig til arbejdsmarkedet. Personer, der føler mindreværd, er dårligere til at søge job."*(CASA, 2006:11). Dertil kommer, at mange lider af helbredsproblemer relateret til PTSD. Et af de psykosociale symptomer er trang til isolation og manglende kontakt med andre end deres nærmeste familie, hvilket heller ikke fremmer jobsøgningen.

OASIS har efter overgangen til Lov om frit sygehusvalg fået et overvældende antal henvisninger. Mange af de henviste har opholdt sig i landet i 10-15 år. De har i alle de år ikke fået behandlet deres oprindelige PTSD-

lidelser, som i nogle tilfælde er blevet kroniske og de er ofte stadig kontant-hjælpsmodtagere. Det vil sige, at de ud over de somatiske og psykologiske følger af traumatiske hændelser i oprindelseslandet, også lider af psykosociale problemer pga. langtidsarbejdsløshed. Følgevirkningerne af kronisk traumatisering viser sig ved mangel på omstillingsevne og fleksibilitet, fordi man lever i en permanent angsttilstand, som aktiveres ved den mindste udfordring af den tryghed, flygtningene forsøger at opbygge. Dette forstyrrede og ubalancerede nervesystem repræsenterer for vores klientel en reel, men "usynlig" hindring i at kunne manøvrere hensigtsmæssigt i et socialt felt med krav og forventninger.

Til trods for at arbejdsmarkedet lige nu skrider på arbejdskraft, kan mange af disse mennesker derfor ikke bare træde ud på det forjættede marked og tage fat. Mange er invaliderede af deres ubehandlede PTSD-lidelser og af ikke at have arbejdet. Det kræver

derfor en meget tålmodig, tillidsfuld og individuelt tilrettelagt tilgang til den enkelte at (gen)finde vedkommendes ressourcer og ikke mindst finde et passende match på arbejdsmarkedet. Det er en tidskrævende og tværfaglig proces, som ikke fremmes af udefrakommende pres. Tværtimod.

#### Referencer:

M. Blauenfeldt, H. Hansen, A. Johansen: Flygtninge på starthjælp, CASA, okt. 2006

Rockwoolfondens forskningsenhed: Starthjælpen virker, april 2007

Temanummer: Etniske minoriteter - et nyt proletariat?, SFI, marts 2005

Helle Holt, L.P.Geerdsen, G.Christensen: Det kønsopdelte arbejdsmarked, SFI, feb. 2006

Socialrådgiveren, nr. 21 dec. 2005 og april 2006

#### Nedskæringer i kontanthjælp i cirka nettobeløb:

1.132,- kr. pr. md. for ægtepar, der har været på kontanthjælp i 6 mdr. (\$25,5)  
ca. 2.100,- kr. pr. md. mindre i boligsikring pga. kontanthjælpsloftet (\$25b,2)  
7.000,- kr. pr. md. hvis omfattet af 300 timers reglen (\$13,8-14 & \$26,5-8)

I alt: 10.200,- kr. i månedlig indkomstnedgang.

Rest: ca. 8.000,-kr. til en familie på kontanthjælp til husleje og andre faste udgifter.

# Mindfulnessstræning og traumatiserede flygtninge – nogle fremtidsperspektiver

36 |



AF STEPHEN MATHIASEN,  
PSYKOLOG I OASIS

Et vigtigt udgangspunkt for behandlingsarbejdet i OASIS har været en forståelse af, at patientens beretning om de traumatiske hændelser ikke i sig selv er en salutogen og helbredende faktor. At arbejde med patientens aktuelle kropslige, psykologiske og sociale situation har altid været det bærende princip i behandlingsarbejdet under en rammesætning omkring traumeberetningen, så patienten ikke blev overvældet af emotionelle og fysiske reaktioner i kontakten. Det har naturligvis ikke altid været muligt at undgå, og vi har høstet erfaringer om, hvilke konsekvenser det kunne få, når indholdet i det biografiske materiale overvældede patienten.

I årene fra 1998 til 2003 investerede OASIS i en efteruddannelse af institutionens psykologer i Somatic Experiencing® (SE) udformet af Peter Levine. Denne metode lægger vægt på, at patientens evne til at rumme emotionelle og fysiske reaktioner udvides, når vedkommende kommer i kontakt med traumedynamikken. OASIS' terapeuter blev trænet i en form for vejledning af patientens opmærksomhed og opmærksomhedsindstilling, så patientens selvhelbredende kræfter kan få lov til at udfolde sig, når han eller hun kommer i kontakt med traumatisk materiale. Med selvhelbredende kræfter menes den

tendens, det psykofysiske system har til at korrigere sig selv, når voldsomme traumatiske hændelser overvælder personens coping ressourcer og fastlåser en proces, der under normale forhold er i bevægelse.

## Mindfulness

For at afsøge nye veje der er i harmoni med denne tilgang, kan det være interessant at se på, hvordan brugen af mindfulness træning kan bidrage til behandlingsarbejdet i OASIS. I 1979 startede Dr. Jon Kabat-Zinn sit MBSR program (mindfulness-based stress reduction) ved University of Massachusetts Medical School. Behandlingsmæssige erfaringer er blevet indhøstet, og der er gennemført forskningsprojekter vedrørende metodens effektivitet. Erfaringerne fra MBSR og de forskningsmæssige resultater herfra har inspireret flere og flere professionelle inden for de medicinske og psykoterapeutiske områder til at gøre brug af metoden inden for deres respektive patientgrupper. Foruden MBSR arbejder man i dag med en række programmer, der alle inkluderer mindfulness træning som en central del af behandlingen: MBCT (mindfulness-based cognitive therapy), MBRP (mindfulness-based relapse prevention), ACT (acceptance and commit-



ment therapy), DBT (dialectical behavior therapy) og PBCT (person based cognitive therapy for distressing psychosis). Mindfulness træning anvendes nu også inden for behandlingen af traumatiserede, og der arbejdes på at udvikle strukturerede programmer, der inkluderer metoden.

Hvad er så mindfulness? Definitionen af mindfulness er beskrevet som med forsæt at være opmærksom fra øjeblik til øjeblik på en ikke-vurderende måde. Det lyder meget enkelt, men bliver meget let kompliceret, fordi metoden virker som en slags spejl på sindets måde at fungere på, når man begynder at praktisere den. Denne orientering i forhold til det aktuelle øjeblik trænes i forskellige sammenhænge: siddende meditation, gående, liggende, yogaøvelser, dagligdags aktiviteter m.m. Fundamentalt set er mindfulness træning relationstræning i forhold til bevidsthedsindholdet. Der trænes i en særlig form for optik, der indebærer, at personen møder bevidsthedsindholdet med en rummelig venlighed forankret i et nærvær. Ud af det vokser en skærpet opmærksomhed og klarhed, som gør det muligt at sondre mellem tanker, følelser, og sansninger, så vedkommende ikke længere pr. automatik opsluges af bevidsthedsindholdet. Via en sådan sondrende klarhed, styrkes

en indre bevægelighed og frihed i forhold til kognitivt indhold med en emotionel intensitet, der ellers let igangsætter impulsive handlinger.

Traumatiserede flygtninge har en lang række forskellige lidelser, der udtrykker sig i skæringspunktet mellem krop og sind og social/politisk kontekst. For næsten alle er der tale om en særlig form for lidelse, der viser sig i forskellige grader af reduceret evne til at mobilisere nærvær og opmærksomhed mod den aktuelle situation. At være traumatiseret betyder bl.a. at angstfyldte erindringer dukker op i bevidstheden på en meget forstyrrende måde. Det emotionelle indhold er så intenst, at det inkluderer en voldsom neurofysiologisk aktivering, der på drastisk vis kan nedsætte funktionsniveauet. Ofte gøres der forsøg på at holde det traumatiske materiale ude af bevidstheden med den virkning, at vedkommende i det lange løb svinger mellem at være dissociert, dvs. fraspaltet forskellige bevidsthedsdomæner, og overvældet og opslugt af det traumatiske materiale.

Når man ser på behandlingsmål i lyset af den nævnte problematik betyder en restitution og stabilisering af patientens tilstand, at der sker en "generobring" af mobiliseringsevnen i forhold til opmærksomheden og en

erfaringsdannelse om, hvad det er muligt at kontrollere i bevidstheden, og hvad der ligger hinsides kontrol.

### At give slip på kampen mod uønskede følelser

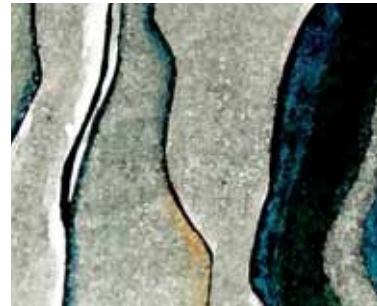
Som resultat af menneskets højtudviklede kognitive processer er det muligt i problemløsningsøjemed at manipulere med symboler, forestille sig ting, der ikke konkret er til stede, hæve sig over den aktuelle situation og orientere sig mod fortid eller fremtid. Dette er alt sammen uhyre hensigtsmæssigt, når det drejer sig om målrettet aktivitet i forhold til omverdenen. Derimod kan disse kompetencer give problemer på det psykologiske plan, idet erfaringer med problemløsning i forhold til den ydre verden kan give en fejlagtig opfattelse af de intrapsyiske lovmæssigheder. På samme måde, som vi i den ydre verden kan fjerne forhindringer, tror vi, at vi kan gøre det samme i den indre. Hvem har ikke prøvet og fundet det nytteløst at anstrenge sig for at falde i søvn. Vi kan berede vejen for at komme til at falde i søvn, men ikke fremtvinge søvnen. Hvis vi forsøger, er det med til at holde os vågne. Indre tilstande af ubehag, angst, sorg, uro osv. kan heller ikke fremtvinges bort, og forsøget på det er med til at intensivere deres styrke. Det er den

paradoksale lovmæssighed ved intrapsyriske tilstande. En stigende forskningsmæssig indsats vedrørende en sådan form for indre undgåelses- adfærd bekræfter, at angsttilstande vedligeholdes og forstærkes på denne måde.

Anskuet i forhold til OASIS' klientel betyder det, at patienten opmuntres til at give slip på en nytteløs flugt fra angstfyldte erindringer såvel som en nytteløs kamp imod dem. Ved hjælp af mindfulness inspirerede interventioner kan patienten lære at være opmærksom over for de forskellige sansemodaliteter, så opmærksomheden på det nuværende øjeblik, funderet i et kropsligt nærvær, så at sige "fortynder" intensiteten i det traumatiske materiale. Såfremt denne erfaring opnås, vil der være skabt grundlag for, at patienten kan opnå en større indre frihed i forhold til det belastende bevidsthedsindhold. Opmærksomheds- træningen har etableret en bevidstheds- mæssig udkigspost, der løsner identifikationen med og opslugtheden af tanker og øvrigt bevidstheds- mæssigt indhold.

### Tredje bølge

Det, man kalder den tredje bølge inden for kognitiv adfærdsterapi, har inkluderet mindfulness og de erfaringer, der



udspringer herfra som en central del af behandlingen. (Første bølge: adfærdsterapi, anden bølge: kognitiv adfærdsterapi). Tredje bølge er karakteriseret ved at lægge vægten på en metakognitiv erfaringsdannelse, der i stedet for at nå frem til at korrigere problemskabende tankemønstre har som mål at erkende en tanke som en tanke, når den opstår. Herved ophæves sammen- smeltningen mellem symbol og dets repræsentationsværdi. Når en sam- mensmeltning finder sted, vil en tanke blive taget for pålydende. At få en tanke med et indhold, der er selvned- vurderende, bliver til et udsagn om selvet med oplevet sandhedsværdi. Hvis den samme tanke mødes med opmærksomhed og registreres som en tanke, vil den tidligere oplevede sandhedsværdi være erstattet af en metakognitiv indsigt i, hvad der fra øjeblik til øjeblik opstår og passerer i bevidstheden. Identiteten som værende afhængig af tankeindhold i form af udsagn om sig selv og historik vil være erstattet af en fra øjeblik til øjeblik baseret nærværsviden.

Neurovidenskabelig forskning viser tegn på, at hver af disse identitetsdan- nelser modsvarer af aktivitetsmønstre i hjernen, der har hver sine karakteri- stika og lokalitet. Når identitetsople- velsen primært er knyttet til en begrebsmæssig indordning, er den

samtidig knyttet til et system af evalueringer og emotionelle selvhen- førende mønstre, der ofte er problem- skabende. Dette skyldes bl.a. en diskrepansbaseret tankegang, der sammenligner selvet i forhold til standarder, der holdes op som målestok for, hvad der skal føre til tilfredshed eller det modsatte. Denne dannelse afspejles i en aktivering af korticale midterstrukturer. Det fra øjeblik til øjeblik dannede "selv" er derimod korticalt knyttet til områder som højre insula og somato-sensorisk korteks. Bevidstheds- mæssigt hænger denne struktur nøje sammen med en kropslig opmærksomhed. Undersøgelser viser, at mindfulness træningen afkobler forbindelsen mellem den løbende registrering af indre kropslige fænomener og kognitivt baserede evalueringsmønstre samt en bevidst- hedsorientering rettet mod fortid og fremtid. Dette kan iagttages neuro- fysiologisk, idet hjerneaktivitet som resultat af mindfulness træning flyttes fra den korticale midterbane til laterale korticale områder. Rummeligheden over for, hvad der fra øjeblik til øjeblik opleves, bliver udvidet, idet emotio- nelle reaktionsmønstre ikke pr. automatik igangsættes. Denne form for rummelighed er af central betyd- ning for traumatiserede. Traumatiske følger- virkninger i form af intense





somatiske reaktioner kan kun afbalanceres og falde til hvile som resultat af en rummelighed baseret på en ikke-vurderende måde at tage imod det på.

## Opmærksomhedstræning

Der er forskellige niveauer hvorpå mindfulness metoden kan indgå i behandlingsarbejdet. *Opmærksomt nærvær* er udelukkende en træning af terapeuten. Formålet er at styrke følsomhed, indlevelse og en ikke-forudindtaget balanceret opmærksomhed. Her er formålet at udvikle terapeutens kompetencer i kontakten med patienten.

*Opmærksomhedspræget psykoterapi* tager udgangspunkt i terapeutens egne erfaringer med mindfulness træning og anvender dem på indirekte vis i behandlingsarbejdet. Dette er meget relevant for et traumatiseret klientel. En person, der er belastet af plagsomme erindringer, som forstyrrer og nedsætter funktionsniveauet i dagligdagen, har brug for vejledning i at balancere mellem kampen mod det, der dukker op i bevidstheden og tendensen til at lade sig opsluge og smelte sammen med det. For at kunne give en sådan vejledning tilstrækkeligt nuanceret og detaljeret, skal terapeuten selv have erfaring med, hvad der ligger uden for kontrol og hvad der kan optrænes.

Det er især ACT (acceptance and commitment therapy), der systematisk har kortlagt, hvordan undgåelsesstrategier er med til at styrke dynamikken i det, der forsøges undgået. Flere undersøgelser viser, at undgåelsesstrategien f.eks. i forhold til angsttilstande i sig selv er med til at forøge risikoen for, at sådanne tilstande opstår. For at gennemføre en undgåelsesstrategi må personen på et symbolsk og kognitivt plan holde sig for øje, hvad der skal undgås. Derved skabes en varig forbindelse til det, der søges undgået. På baggrund af evnen til at repræsentere virkeligheden gennem symboler, vil der efterhånden blive opbygget et netværk af forbindelser, som alle viser hen til det, der søges undgået. Vi har så en situation, hvor enhver tilsyneladende uskyldig påvirkning kan føre til et angstanfald eller en traumatisk erindring. En undgåelsesstrategi kan godt give et udmærket resultat på kort sigt, men med tiden opbygges der et netværk på symbolplan, der indirekte henviser til det undgåede. Det vil ofte ende med, at strategien på et tidspunkt bryder sammen og bevidstheden bliver oversvømmet af angstfyldte erindringer, intens vrede m.m.

*Opmærksomhedsbaseret psykoterapi* er kendetegnet ved, at der direkte undervises i mindfulness metoder som f.eks. opmærksomhedstræning med

fokus på åndedræt, kropsskanning, der er træning i at bevæge sin opmærksomhed til forskellige kropsområder, gående og stående opmærksomhedstræning, opmærksomhedstræning i hverdagen m.v. De strukturerede programmer inden for området arbejder med træningsforløb af forskellig længde med et ugentligt møde og daglig hjemmetræning. Denne hjemmetræning er ifølge de undersøgelser, der er foretaget, en forudsætning for, at deltageren profiterer af forløbet.

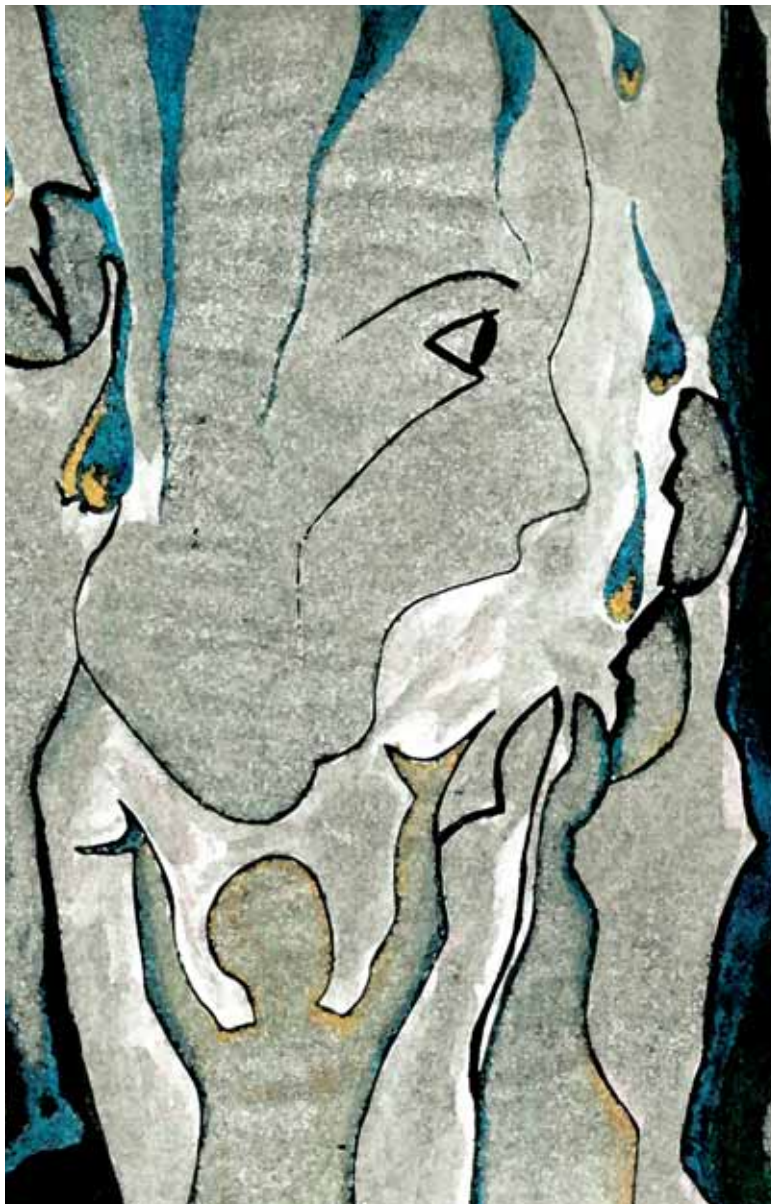
## Opmærksomhedens funktioner

Opmærksomhedsfunktionen kan inddeles i tre delfunktioner: *Orienteringsfunktionen*, *udførende funktioner (executive functions)* og *årvågenhedsfunktioner*. Forskning viser, at alle tre funktioner kan styrkes afhængig af de metoder, der anvendes i mindfulness træningen. Dette kan påvises gennem psykologiske opmærksomhedstests og neurovidenskabelige undersøgelser, der inddrager avanceret apparatur som fMRI-scannere, idet de tre funktioner er knyttet til forskellige korticale aktivitetsmønstre med hver deres lokalitet.

*Orienteringsfunktionen* er at kunne skelne mellem relevante og irrelevante



*"De heldige dør hurtigt",  
akvarel på lærred, 21 x 30 cm, Damaskus*



40 | stimuli og mobilisere opmærksomheden i overensstemmelse hermed. Det indebærer at kunne rette og fæstne opmærksomheden på noget bestemt, at kunne løsne opmærksomheden fra stimuli, der er irrelevante og efterfølgende bevæge opmærksomheden tilbage til det, der i øjeblikket bestemmes som relevant.

At beherske en sådan proces som traumatiseret er helt fundamentalt for den pågældendes funktionsniveau. At være sammen med sine børn og pludselig komme i kontakt med en angstfyldt erindring og nænsomt bringe opmærksomheden tilbage til et nærvær, indebærer brugen af denne funktion og vel at mærke uden at skabe en emotionel afvisningsreaktion over for det, der i situationen opfattes som en forstyrrelse.

*Udførende opmærksomhedsfunktioner* drejer sig om at kunne prioritere mellem forskellige retninger, opmærksomheden kan tage. Frem for at opmærksomheden styres via automatiserede vanehandlinger kan personen på forsættelig vis mobilisere sin opmærksomhed over for, hvad der i øjeblikket vurderes som det vigtigste. Hvis vi vender tilbage til situationen fra før, så vil denne funktion være nødvendig for, at personen kan fastholde et samvær med børnene, når han eller hun er under pres fra traumatisk materiale.

Om personen kan forblive med nærvær i situationen vil imidlertid afhænge af mange faktorer, og det kan være nødvendigt for den pågældende at skifte orientering og i stedet give det traumatiske indhold opmærksomhed på grund af kropslige aktiveringssymptomer, som må have tid til at klinge af. En sådan genetablering af en afbalanceret opmærksomhed sker på baggrund af en accepterende rummelighed over for, hvad der i situationen opleves som et intenst ubehag. En meget vanskelig opgave, som derfor ofte indgår i den terapeutiske målsætning. SE metoden adresserer direkte denne problematik.

*Årvågenhedsfunktioner* er en åben parathed uden fokus på noget bestemt og med en 360 graders spændvidde,

idet der etableres en parathed til at møde, hvad der end dukker op i bevidstheden. Set i forhold til et traumatiseret klientel betyder det, at personen ikke længere er låst fast i et fortolkningsmønster af indtryk, der styres af amygdala, et område i hjernen, der orienterer personen mod trusler og farer. En traumatiseret person omfortolker og fejlfortolker indkomne indtryk på baggrund af en hyperaktiveret proces i amygdala.

### Evidensbaseret

Mindfulness metoden er inden for flere områder evidensbaseret. De lovende resultater har igangsat en række forskningsprojekter, hvor metoden anvendes direkte eller indirekte. Metoden anvendes direkte og

gruppebaseret i dialektisk adfærdsterapi (DBT), hvor klientellet er svært personlighedsforstyrrede, ofte på baggrund af traumatiske hændelser under opvæksten. I forhold til en anden sårbar gruppe som psykotiske, har professor Paul Chadwick i en årrække arbejdet med mindfulness som en del af det behandlingsprogram (PBCT), han har udviklet over for denne gruppe ved Royal South Hants Hospital, England. I programmet arbejdes der med to gange ti minutters mindfulness træning i gruppe, hvorefter resten af mødet på ca. to timer bruges til en form for erfaringsudveksling og udvikling af en evne til at sondre mellem bevidsthed og dets indhold, så relationen til det, man oplever ikke fører til sammensmeltning og identifikation. Psykotiske oplevelser er ikke en del af personen, men er et bevidsthedsfænomen, der kommer og går, og som det er muligt at forholde sig til uden at blive oversvømmet eller indgå en kamp imod. Dette arbejde og dets resultater er ligeledes evidensbaseret.

## Mindfulness og OASIS

Det er endnu uvist hvordan og i hvilken udstrækning OASIS fremover vil inkludere mindfulness i sin behandlingsprofil. Det særlige ved denne

metode er, at den ikke blot kan betragtes som endnu et stykke værktøj i terapeutens værktøjskasse. Hvis den betragtes som sådan, er der risiko for, at man som behandler fastholder patienten i en diskrepansbaseret tilgang til træningen. Det betyder, at øjeblikket der folder sig ud bliver mødt med forventninger, vurderinger, positive eller negative, frem for med den uforudindtaget, der er det essentielle i mindfulness træningen. At kunne anvende metoden direkte eller indirekte som terapeut kræver, at den vedvarende praktiseres. Den terapeutiske dialog med patienten er et vigtigt element i træningen, og det afgørende moment er her terapeutens egne erfaringer med metoden. Det er ganske enkelt ikke muligt for terapeuten at skabe en klangbund for en effektiv undervisning i brug af metoden og en efterfølgende erfaringsopsamling uden selv fortløbende og systematisk at arbejde med den.

Til efteråret arrangerer OASIS et kursus med Robyn D. Walser, der arbejder på National Center for PTSD i USA. Walser gør brug af ACT, der som nævnt er del af den tredje bølge i kognitiv adfærdsterapi, og som noget centralt i sin metode har fokus på at undervise patienten i sondringen mellem opmærksomhed og indhold, mellem symbol og dets repræsentati-

onsværdi. Der indgår et bredt spektrum af metaforer og illustrative anvisninger i bestræbelsen for at formidle denne sondring. I ACT indgår mindfulness træning som en mulighed, men ikke nødvendigvis på samme systematiske måde som i andre mindfulness baserede behandlingsmetoder, selv om mindfulness erfaringen og den meta-kognitive indsigt som følger heraf er helt grundlæggende også for denne behandlingsmæssige tilgang. De to grundlæggende søjler i ACT er på den ene side udvikling og styrkelse af accept og mindfulness processer, og på den anden side en afklaring af patientens værdigrundlag og styrkelse af adfærd, der er i overensstemmelse hermed. En bevidsthedsorientering præget af nærvær er gennemgående for begge søjler.

Traumatiserede flygtninge rummer en umådelig diversitet af problemstillinger, men også nogle gennemgående træk i form af forstyrrede neurofysiologiske processer som resultat af udsættelse for ondskab fra andre menneskers side i form af forfølgelse, fængsling og tortur. Derfor er en systematiseret fase-inddelt indsats lige så vigtig som den individorienterede tematiske. At finde en balance imellem disse er en spændende faglig udfordring. Det er en udfordring, som både den enkelte terapeut dagligt møder i sit arbejde og

som institutionen møder i spørgsmålet omkring organisering og strukturering af behandlingsarbejdet.

### Behandling og de sociale og politiske forhold

Behandling finder imidlertid ikke sted i et tomrum, men under bestemte sociale og politiske forhold, der enten kan være befordrende eller det modsatte for indsatsen. At have været udsat for ondskab fra andre menneskers side er et anslag mod en grundlæggende trygheds- og fællesskabsfølelse i forhold til andre mennesker. En genoprettelse heraf er selve livsnerven i enhver form for restitution og heling. Selv med en effektiv terapeutisk indsats bliver dette meget vanskeligt under forhold, hvor den politiske diskurs omkring flygtninge og integration præges af manglende indsigt i og respekt for disse menneskers særlige livshistorie og livsvilkår.

Behandling finder altså ikke sted i et elfenbenstårn, ej heller i OASIS. Mange gode behandlingsmæssige intentioner og kreative tiltag kan vise sig virningsløse, hvis patientens sociale og økonomiske forhold sættes så meget under pres, at der ikke er ressourcer til at indgå i samarbejdet om de opgaver, en behandling indebærer.



#### Kilder:

Integrating Mindfulness-Based Approaches and Interventions into Medicine, Health Care, and Society. 5th Annual Conference for Clinicians, Researchers and Educators March 28 – April 1, 2007. Pre-Conference

Symposium: From Basic Research to Clinical Interventions: Cognitive-affective Neuroscience and Clinical Applications of Mindfulness.

Kabat-Zinn J.: *Full Catastrophe Living. Using the Wisdom of your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness.* Delta 1990

Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams, John D. Teasdale: *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression. A New Approach to Preventing Relapse.* Guilford 2002

Hayes, S. C., Follette, V. M., Linehan, M. M. (ed.): *Mindfulness and Acceptance, Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition.* Guilford 2004

Baer, R. A.: *Mindfulness Based Treatment Approaches, Clinician's Guide to Evidence Base and Applications.* Elsevier 2006.

Chadwick, P.: *Person-Based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis.* Wiley, 2006

Levine, P.: *Væk tigeren.* Borgen 1998

# Visitationsprocessen i OASIS - Et metodeudviklingsprojekt



AF TINA DAM KRISTENSEN,  
PSYKOLOG I OASIS

---

I løbet af det første halvår af 2005, blev det tydeligt at overgangen til frit sygehusvalg medførte lange ventelister til behandling i OASIS. På den baggrund voksede behovet for at prioritere ressourcerne og sikre optimal udnyttelse af vores begrænsede behandlingskapacitet. Der var et behov for allerede i visitationen at blive bedre til at kunne forudsige, om et behandlingsforløb i OASIS var meningsfuldt. Dette kunne afhjælpe problemet med mislykkedes behandlingsforløb, der afsluttes efter kortere eller længere behandlingstid uden den ønskede effekt. En mere sikker og hurtig afklaring er siden blevet yderligere relevant pga. den til tider lange ventetid mellem visitation og behandling, som kan medføre at patienter i en længere periode risikerer at blive afskåret fra et mere relevant tilbud. På den baggrund blev visitationsprojektet sat i gang, og artiklen vil i meget overordnet form skildre de foreløbige resultater.

## Metodeudvikling

Formålet med projektet blev overordnet at *kvalificere visitationsprocessen* i OASIS, og er således formuleret som et metodeudviklingsprojekt. Såfremt projektet opfylder sit formål, vil

resultatet være forslag til, hvordan den eksisterende visitationspraksis kan udvikles; og konkret færre tilfælde af opstart på behandling af patienter, der ikke kan profitere af OASIS' behandlingstilbud.

I 2003 blev det ved fælles drøftelser i OASIS besluttet, hvilke selektionskriterier der ansås for relevante ved visitation. Denne diskussion blev udmøntet i nogle generelle retningslinier beskrevet i OASIS' behandlerhåndbog. Dette grundlag sikrer en formel og overordnet konsensus om visitationskriterier. I praksis medfører det individuelle kliniske skøn og vurdering imidlertid nogle forskellige resultater; både pga. en formodet forskellig faglig forståelse og anvendelse af de beskrevne selektionskriterier, men også fordi der ikke er nogen dokumenteret beskrivelse af den målgruppe, der synes bedst at kunne profitere af OASIS' behandlingstilbud. Projektet blev derfor tostrengt: Første fokuspunkt er, at der opnås større konsensus i *psykologgruppen* vedrørende de formelle visitationskriterier. Andet fokuspunkt er, at der opnås dokumenteret viden om den *patientgruppe*, der bedst kan profitere af centrets behandlingstilbud.





## Fast grund under fødderne: Litteraturstudier

Det bedste grundlag for enhver undersøgelse er litteraturstudier. I vores tilfælde søgte vi forskningsartikler om visitation og prædiktorer for behandlingsresultater med traumatiserede flygtninge. Litteraturstudierne resulterede i et visuelt forsøg på at beskrive visitationssamtalen og alle de faktorer, der skal tages i betragtning, når psykologen vurderer mulighederne for behandlingssucces (figur 1).

Vurderingen af en patient mhp. at forudsige behandlingsmulighederne for psykoterapi er en uhyre kompleks opgave. Komplexiteten skyldes de mange forskellige faktorer, som psykologen skal vurdere på så få samtaler som muligt. Opgaven for psykologen er grundlæggende at *opnå tilstrækkelig information mhp. at kunne træffe beslutning om mulig behandling og anbefale en passende intervention*. Denne beslutning kræver i det mindste overvejelser vedrørende de faktorer, der beskrives i modellen.

Modellen i den omstående form er blevet præsenteret på en poster ved IV World Congress on Traumatic Stress i Buenos Aires, Argentina 2006. Der var fin interesse for projektet ved kongressen, og der blev uddelt ca. 100 foldere, der på uddybende vis forklarede modellens overskrifter og punkter.

## Nuværende visitationspraksis

Der blev valgt 3 forskellige tilgange til at beskrive visitationspraksis: Journalgennemgang af afviste sager samt interviews og spørgeskemaer til psykologgruppen.

### Afviste sager

For at undersøge vores begrundelser for at afvise behandling af patienter ved visitationen, blev alle visitationer fra 2005 og 2006, der havde medført beslutning om, at de henviste ikke skulle starte behandling i OASIS, systematisk gennemgået. Børnefamiliesager blev frasorteret, og undersøgelsen fokuserer på henviste voksne (>18), der er blevet visiteret mhp. individuel behandling, i alt 57 sager.

Analysemetoden er inspireret af Grounded Theory, hvor kategorielle overbegreber vokser ud af tekstnære analyser af grundmaterialet. På baggrund af journalmaterialet blev udviklet følgende kategorier vedrørende argumenter for afvisning: Patientafslag, Patientbeskrivelser, Patientvurderinger samt Motivation. *Patientafslag* dækker således de årsager, hvor det fremgår klart og direkte, at patienten ikke kan eller vil starte i behandling i OASIS. *Patientbeskrivelser* dækker de årsager, hvor der

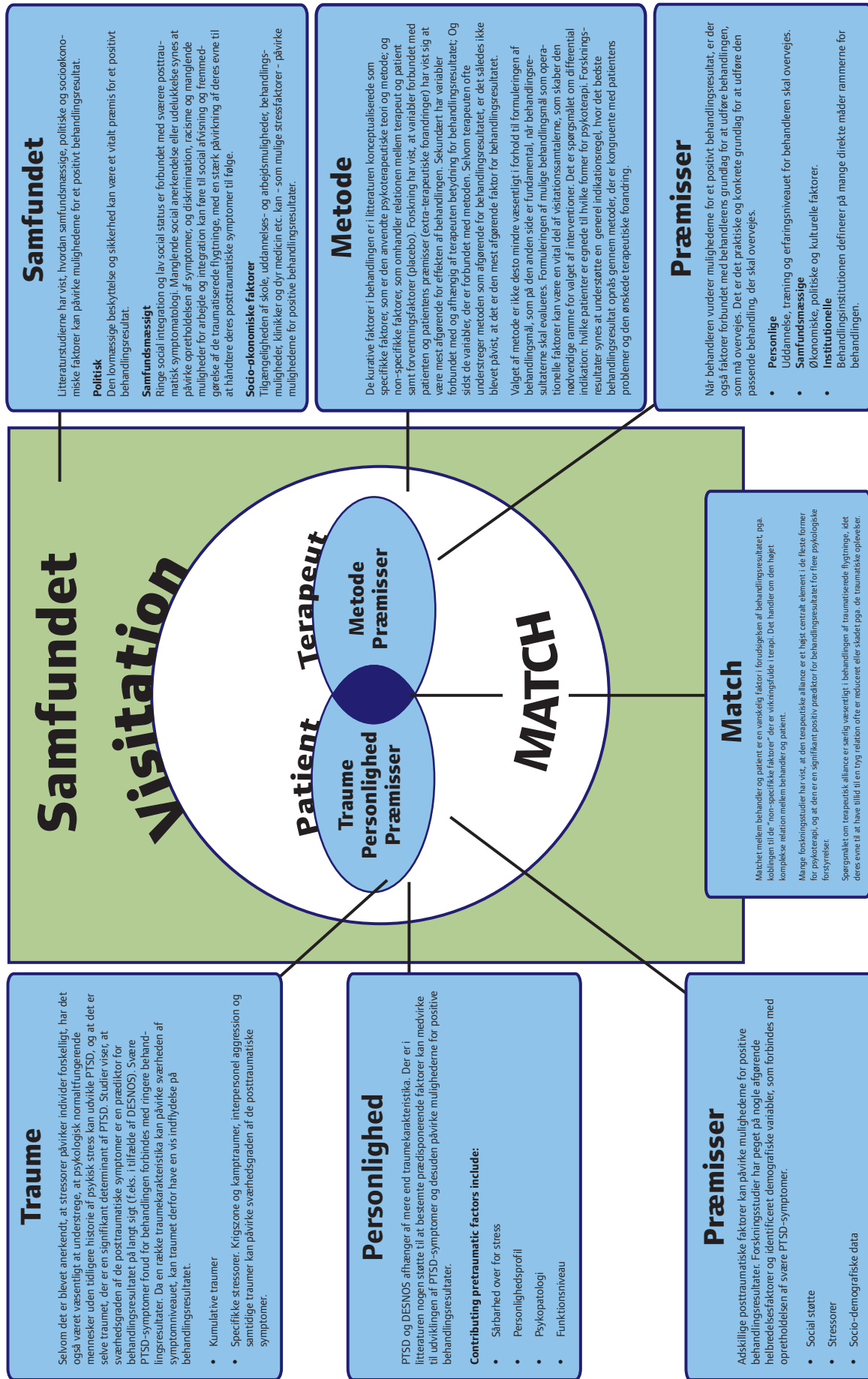
er givet konkrete, faktuelle beskrivelser vedrørende patientens adfærd, funktion eller forhold, hvis aktuelle betydning for visitationsafgørelsen vurderes andetsteds i journalen.

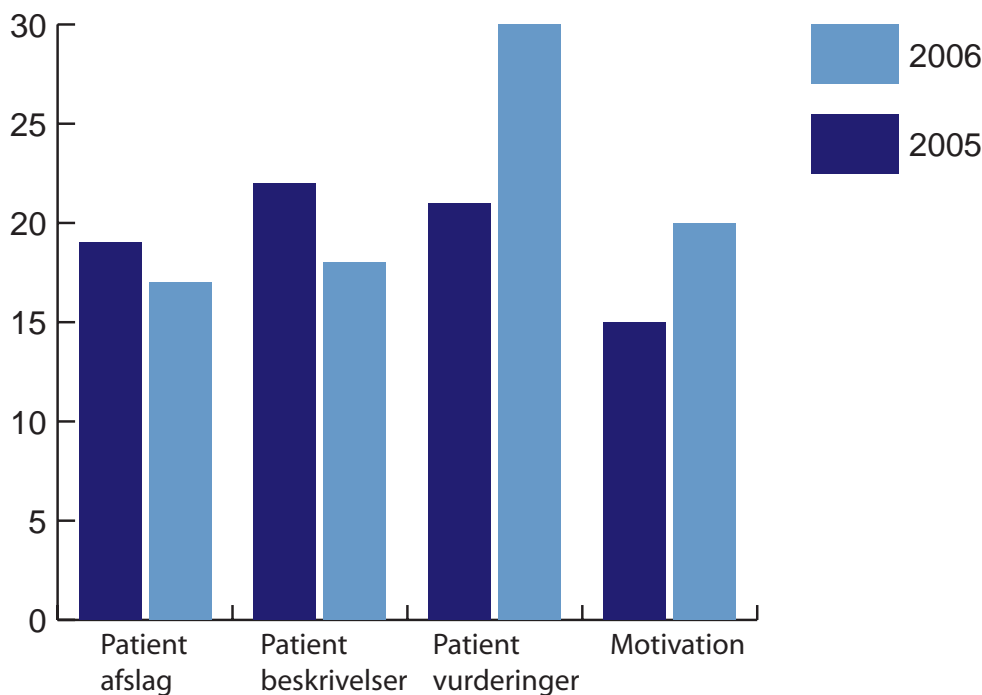
*Patientvurderinger* dækker de årsager, hvor psykologen via sit sprogbrug eller sin teori- og erfaringsbaserede viden vurderer både patient og matchet med OASIS' tilbud. *Motivation* er vanskelig at afgrænse i fht. førnævnte kategorier, men begrebet optræder ofte i journalerne som et væsentligt argument for visitationsafgørelsen. Sprogbruget fordrer således, at motivation opnår egen status som kategori, selvom der i sagens natur vil være et vist overlap.

Det har været vanskeligt at udvikle kategorier, der er indbyrdes eksklusive og klart adskiller sig fra hinanden. Dette skyldes primært, at der er flere begrebsniveauer i begrundelserne for afvisning. F.eks. kan en konkret information, givet på ét tidspunkt i journalen, indgå i mere overordnede beslutninger på et andet tidspunkt ved teammødet. Som eksempel kan en psykolog i samtalerferatet beskrive en patient som meget passivt indstillet i samtalen, hvilket kan registreres som begrundelse under kategorien Patientvurdering. Denne information vil imidlertid indgå i en senere drøftelse på teammødet, hvor det



Figur 1





Figur 2

46 | måske konkluderes, at patienten ikke er motiveret for behandling; et udsagn som også registreres for samme patient som begrundelse under kategorien Motivation. Niveauforskellene i de givne informationer er således medvirkende til, at det er ganske vanskeligt at differentiere kategorierne. Det er i den forbindelse væsentligt at fastslå, at afvisningen af en patient altid er en *samlet vurdering foretaget af den visiterende psykolog sammen med teamet*. I den vurdering indgår altid flere begrundelser (i gennemsnit 2,8 begrundelser pr. patient), medmindre der forekommer én begrundelse, der som formelt visitationskriterie udelukker patienten (f.eks. uden for målgruppen).

Fordelen ved metoden er, at kompleksiteten i visitationsbeslutningen afspejles på fin vis. Det illustreres, hvordan mange forskelligartede beskrivelser og vurderinger indgår i den endelige beslutning; og at visitationsbeslutningen fremkommer som en proces med flere niveauer. Ulempen bliver på den anden side, at der ikke kan konstrueres nogen skarpt ekskluderende kategorisering, idet de forskellige årsagskategorier er indbyrdes forbundne og gensidigt afhængige i det komplicerede beslutningsgrundlag.

Undersøgelsen viser at der er sket en udvikling over 2005-2006 i angivelsen af hvilke begrundelser der gives for ikke at tilbyde behandling. Det ses af Figur 2, at Motivation og Patientvurderinger optræder markant oftere i 2006, hvilket kan skyldes, at der i OASIS er foregået en organisatorisk tilpasning til de ændrede strukturelle vilkår, der bl.a. medførte lange ventelister. Dvs. at visitationskriterierne allerede er skærpet mhp. at sikre så optimal udnyttelse af behandlingskapaciteterne som muligt, og visitatorerne stiller nu større krav til en mere sikker vurdering af sandsynligheden for god behandlingseffekt.

Motivation som begreb fremstår umiddelbart meget bredt og udefineret. Det har derfor været interessant at undersøge, hvad begrebet nærmere dækker i de konkrete sager. I en del sager drøftes spørgsmålet om manglende behandlingsmotivation hos patienten. Dette er en kompliceret afgørelse, og kræver ofte nogen støtte fra visitator, for at patienten selvstændigt kan formulere dette. Psykologerne ses imidlertid også at vurdere behandlingsmotivationen som utilstrækkelig, selvom patienten udtrykker ønske om behandling. Der er især en gruppe af patienter med en meget diffus forestilling om egne ønsker og intentioner som synes ude af stand til at formulere

og konkretisere eventuelle udviklingspunkter. Tilsvarende har disse patienter ofte meget uklare forestillinger om psykologens funktion og den terapeutiske opgave, ikke sjældent på trods af tidligere behandlingsforløb. Det lykkes ikke altid at afklare disse diffuse forestillinger inden for rammerne af den visiterende samtale.

Denne patientgruppe beskrives ofte med personlighedstræk, der fremstår intimt forbundne med spørgsmålet om motivation (f.eks. passivitet, svære undgåelsesstrategier eller eksternalisering). Vurderingen af patientkarakteristika eller personlighedstræk udmunder her i psykologens afgørelse af behandlingsmotivationen som utilstrækkelig. Dette er et afgørende omdrejningspunkt i mange visitationer, og indebærer som sådan rige muligheder for faglig udvikling, såfremt psykologerne indgående drøfter hvilke mere konkrete patientkarakteristika / personlighedstræk, der meningsfyldt kan indgå i denne vurdering om behandlingsmotivation.

#### Behandlerinterviews

Som led i den nærmere undersøgelse af psykologernes begrebsforståelse og dens konkrete anvendelse i visitationen, blev der udført interviews med to erfarne psykologer og visitatorer. De to psykologer er også valgt, fordi de

*"Tænd et lys for mig",  
olie på træ, 36 x 34 cm, København*



overordnet repræsenterer forskellige teoretiske udgangspunkter, hvilket kan være væsentligt i forhold til at psykologerne visiterer til hinanden, og at vi i OASIS har relativ metodefrihed. Forhold der i sig selv kan medføre vanskeligheder mht. konsensus om visitationskriterier, men som det viste sig ikke nødvendigvis medførte konkrete forskelle i den faktiske visitationsprocedure.

Selve visitationsopgaven ansås af begge psykologer som en meget kompliceret opgave, hvor det i sagens natur sjældent er muligt at nå frem til entydige svar pga. de mange og komplicerede sammenhænge mellem de afgørende afklaringspunkter. Begge psykologer anser visitationen som en afklaring af forandringspotentialet, og peger på samme kilder til fejlvisitationer (f.eks. urealistiske hjælpeimpulser hos psykologerne). Derudover peger de endvidere på, hvordan psykologernes forskellige teoretiske udgangspunkter for alle parter kan medføre mangelfuld belysning af aspekter, der anses for centrale af andre behandlere. Især fremhæves motivation- og målaflaring; ressourceafklaring; samt afklaring af de personlighedsmæssige forudsætninger for udbyttet af psykoterapi som nogle aspekter, der ikke altid bliver tilstrækkeligt belyst i visitationen.

Der synes dog at være nogle vigtige nuanceforskelle. Først og fremmest fremstår der en nuance i formuleringen af spørgsmålet om forandringsparathed hhv. forandringspotentiale. Kravet om forandringsparathed synes at skærpe kravet til, at patienten inden for en kortere tidsramme er i stand til at afklare en eventuel behandlingsmål-sætning, fremfor at der bruges behandlingstid på at udvikle denne. Et andet væsentligt punkt, hvor der synes at være en forskellig teoretisk vægtning, er i spørgsmålet om patientens personlighed eller basale tilknytningsevne. Psykologernes vurdering af patientens personligheds-træk på baggrund af den konkrete kontakt i visitationen synes dog ikke at adskille sig meget på det beskrivende niveau. Begge psykologer anvender deres kliniske fornemmelse, der opstår som et resultat af den relationelle kontekst, behandleren og patienten indgår i ved visitationssamtalen.

Generelt fremtræder dog et billede af, hvordan psykologerne på trods af forskellige teoretiske udgangspunkter – på det konkrete og beskrivende niveau – synes at søge afklaring af de specifikke delaspekter, som anses for betydningsfulde for alle parter. Der fremgår ikke af interviewene nogen grundlæggende uløselige forhindringer eller vanskeligheder i den gensidige

visitation, idet differencen enten kommer til udtryk i sprogbrug fremfor i den konkrete praksis; eller at de nuanceforskelle der beskrives formodentlig vil kunne drøftes i fællesskab for at imødekomme de andre psykologers fokuspunkter og dermed forbedre den fælles visitationspraksis.

### Spørgeskemaer

Spørgeskemaerne er blevet besvaret af samtlige visiterende psykologer. Ved en analyse af de enkelte spørgsmål er der vurderet konsensus eller difference mellem psykologernes anvendelse og vægtning af bestemte psykologiske begreber.

Blandt psykologerne ses der stærk konsensus om, at Motivation og Forandringspotentiale har væsentlig betydning for visitationsbeslutningen, ligeså med begrebet Eksternalisering som negativ prædikator for et godt behandlingsresultat.

Psykologerne fremstår præget af manglende konsensus vedrørende betydningen af Tilknytningsevne, Reflektionsevne, Funktionsniveau, Behandlingsalliance samt Symptomer. Dette kan medføre store forskelle i, hvorvidt disse begreber søges belyst ved visitationen, og muligvis forskelle i vurderingen af et eventuelt behandlingsgrundlag. Sprog- og begrebsbrug synes imidlertid at markere større

forskelle end reel praksis, idet der ses store betydningsoverlap, når disse begreber beskrives på et mere konkret niveau i spørgeskemaerne.

Psykologerne angiver imidlertid at have haft nogle problemer ved de gensidige visitationer, hvor der efter behandlingsstart viser sig at være et mangelfuldt behandlingsgrundlag. Flest psykologer er stødt på senere problemer med Motivation, Forandringspotentialer, Refleksionsevne samt Personlighed. Der er i psykologgruppen ingen konsensus om betydningen af personlighedsfaktorer som Objektrelationer samt Tilknytningmønstre. Spredningen fra "Helt afgørende" til "Uvæsentlig" betydning for visitationsbeslutningen er drastisk, og antyder store forskelle i undersøgelsen af disse personlighedsfaktorer i visitationen og eventuelt betydningsfulde forskelle i vurderingen af behandlingsgrundlaget. Det synes væsentligt gennem faglige drøftelser at opnå større konsensus om betydningen af disse aspekter i visitationen.

### Beskrivelse af den optimale patientgruppe

En dokumenteret beskrivelse af patientforudsætninger ville kunne indgå som et væsentligt visitationskriterium, og beslutningen om behand-



lingsegnet vil som følge deraf i mindre grad behøve at hvile på den enkelte psykologs kliniske vurdering. I undersøgelsens andet fokuspunkt sigtes således mod en klarere beskrivelse af den optimale målgruppe for centrets behandlingsarbejde. Beskrivelsen kan medføre et generelt klarere behandlingskoncept, og dermed bedre differentiering i forhold til de patienter, hvis problemstillinger ikke behandles mest hensigtsmæssigt. OASIS kan blive bedre i stand til at vurdere alternative behandlingsmuligheder og skærpe sin faglige profil, således at den højt specialiserede behandling, vi tilbyder en særlig patientgruppe, beskrives og dokumenteres over for et omgivende samfund, der i stadig højere grad forlanger dokumentation for effekten

af vores ydelser.

Undersøgelsens anden del er derfor designet som en retrospektiv undersøgelse af prædiktive faktorerets betydning for behandlingen. Dette vil ske gennem en sammenlignende analyse af 2 patientgrupper: kortere, mislykkedes behandlingsforløb modsat meget vellykkede forløb. Analysen kan give mulighed for bedre at kunne forudsige et behandlingsforløbs succes allerede i visitationsforløbet. Denne del af projektet er det endnu ikke lykkedes at finansiere, og må desværre udskydes. Det er stadig vores håb at kunne medvirke til den videre vidensudvikling på området ud over den rapport over undersøgelsens første del, som udkommer sommeren 2007.

# Psykomotorisk gruppeforløb 2005-2006



AF GITA NIELSEN,  
KROPSTERAPEUT I OASIS

## Baggrund

Patienter henvist til kropsterapi har ofte, ud over signifikante tortursmerter, smerter fra forstyrrelser i de muskulære balancer i kroppen samt respirationsforstyrrelser. Respirationens dybde og rytme er en fintfølelse indikator for ethvert menneskes fysiske og psykiske sundhedstilstand og balance. Erfaringer fra kropsterapien viser, at respirationsforstyrrelser er et alment symptom hos de fleste traumatiserede mennesker, da kroppen så at sige stivner i en tilbageholdt indånding ved chokerende oplevelser. Ligeledes er kropsbevidstheden ofte forringet, forårsaget af en unuanceret kropsoplevelse.

Når forstyrrelserne i de muskulære balancer afbalanceres i kropsterapien, udvikles kropsbevidstheden til at kunne rumme en større spændvidde af kropsoplevelser, hvilket kan have en integrerende indflydelse på patientens selvopfattelse. Når respirationen forbedres, oplever de fleste patienter, at de bedre er i stand til at kunne rumme sig selv, og derved kan de bedre håndtere uro og angst. Den dybe oplevelse af at være i live er nært knyttet til respirationen.

Som følge af de traumatiske oplevelser er de fleste patienters nervesystem konstant aktiveret (arousel). Dette forhindrer patienterne i at kunne slappe af, finde hvile og

sove. Derved forringes kroppens restitutionsevne, og patientens immunforsvar svækkes. Der opstår forstyrrelser i de basale livsrytmer så som døgnrytme, aktivitet kontra hvile, væske- og fødeindtag med deraf følgende svimmelhed, hovedpine og fordøjelsesproblemer. Disse somatiske symptomer forstærker vores patienters PTSD-symptomer.

De fleste patienter føler sig magtesløse over for symptomerne fra kroppen og forholder sig passive. Oftest har patienterne ingen reelle copingstrategier, hvilket opleves meget pinefuldt og ydmygende.

Erfaringer fra kropsterapien viser, at et individuelt tilpasset øvelsesmodul kan styrke muskulaturen og derved den fysiske evne til at kunne handle, forbedre respirationen, regulere arousal og lindre eller eliminere smerter. Ressourcestærke patienter beskriver efterfølgende, at de har det godt med selv at kunne gøre en indsats for at få det bedre.

I kropsterapien ser jeg også en del patienter, der ikke magter at udføre øvelser derhjemme. Typisk anvender de kun de øvelser, som virker mest behagelige, og glemmer som regel de anvisninger, der kræver en reel indsats, samt de øvelser der er i kontrast til deres egne strategier.



## Formål

OASIS har fra tidligere gruppeforløb erfaring med, at psykomotorisk træning har effekt på patienternes højaktiverede nervesystem, og vi besluttede at starte en psykomotorisk træningsgruppe for mænd i efteråret 2005.

Da mange af patienternes kropslige klager er ens, var det hensigten at skabe en gruppe, hvor der blev fokuseret på de generelle psykosomatiske symptomer forbundet til PTSD set i forhold til den enkeltes ressourcer. Derved kunne der frigives tid i kropsterapien til en fordybelse af de individuelle symptomer hos de mest behandlingskrævende gruppedeltagere. Der var også patienter i en så dårlig almen tilstand, at de ville profitere af træning to gange om ugen, dels i gruppeforløbet og dels i den individuelle kropsterapi. Gruppen skulle ligeledes være åben for dem som udelukkende havde brug for et gruppeforløb.

Gruppeforløbet skulle have et edukativt, mere end et egentligt terapeutisk sigte. Det betød, at der måtte være klare aftaler om, hvilke temaer der kunne tages op. F.eks. skulle der så vidt muligt ikke tales om, hvad den enkelte havde været udsat for, men om hvordan den enkelte kunne få det bedre. Gruppen skulle undervises i coping-strategier til at

kunne rumme sig selv ved flashback i gruppesammenhæng.

Gennem undervisning og samvær i gruppen skulle deltagerne opnå:

- Hjælp til selvhjælp.
- At kunne og turde mærke kroppen.
- Egen regulering af arousal.
- At bruge kroppen.
- Glæde ved bevægelse.
- Inspiration til at træne hjemme.
- At lære at respektere egen begrænsning og acceptere at andre kan mere.
- At få udviklet sin fornemmelse for kroppen, som den er nu, med dens ressourcer og begrænsninger.

Til gengæld måtte deltagerne være 1) startet i behandling i OASIS og visiteret til gruppen, 2) motiveret til at træne i en gruppe, 3) i stand til at overholde kontrakten om ikke at tale om egen traumehistories kernepunkter af respekt for resten af gruppen.

## Rammer og forløb

Det blev til en gruppe med 6 deltagere fra henholdsvis Afghanistan, Iran, Irak (to kurdere og en araber) og en statsløs palæstinenser, som mødtes en



gang om ugen 1,5 time, indtil forsommeren 2006. De fleste var fra samme sproggruppe (arabisk), og til tolkning blev anvendt den samme, meget erfarne tolk, Medi Niculae, gennem hele forløbet.

I gruppen var der hver gang en introduktion til dagens tema, f.eks. respiration. Derefter opvarmning for at blive nærværende i sansning af kroppen, efterfulgt af stræk for at styrke kropsbevidstheden igennem opmærksomme stræk, før vi fortsatte med øvelser, der styrkede og smidiggjorde kroppen. Den sidste halve time blev brugt til at hvile i en koncentreret ro med vekslende, psykomotoriske opmærksomhedsmetoder. I hvilefasen blev vores traumatiserede patienter udfordret på deres læderede koncentrationsevne.

I løbet af den tid gruppen eksisterede, berørte vi følgende temaer:

- Basal anatomi og fysiologi
- Forhøjet arousal
- Respiration
- Sensomotorisk træning
- Kropsbevidsthed kontra kropslige vaner
- Styrke - fleksibilitet
- Koordination - grounding - afgrænsning
- Hovedpine



- Søvn og rytmeforstyrrelser
- Tilstedeværelsestræning med fokus på respirationen
- Afspænding: Neuromuskulær Træning og Autogen træning.
- Tidligere kropslige aktiviteter/ sport - Kontakt til foreninger i Danmark.

Det edukative i gruppeprojektet blev yderligere beriget og udfordret af deltagerne egne erfaringer med, hvad der havde hjulpet dem og hvad de måske allerede gjorde, uden at være bevidste om det.

Ved afslutningen af hver deltagers forløb i gruppen blev udbyttet af gruppeprocessen evalueret.



### Oplevelsen af ubehag

Når vi trænede, var det naturligt, at der kunne opstå tidspunkter, hvor den enkelte kunne have det ubehageligt et øjeblik. Man kan sige, at vi trænede i at kunne udholde at have det ubehageligt i et kort tidsrum, uden at det blev oplevet som farligt.

Deltagerne kunne hele tiden stoppe, sætte sig op eller tage et glas vand, hvis det blev for meget, men deltagerne blev trænede i at kunne udholde lidt belastning. Det, der mærkes ubehageligt en gang, gør det måske ikke næste gang. Ind imellem ville en deltager få et flashback, og derfor var det vigtigt, at den enkelte mindede sig selv om, at han trænede for at få det bedre i kroppen.

Alle blev opfordret til at anvende øvelserne derhjemme et par gange om ugen, som anvist inden for det smertefrie bevægelsesomfang, efterfulgt af stræk og gab. Desuden brugtes erfaringer med kroppen, så deltagerne altid var undersøgende i forhold til, hvordan den del af kroppen, der var involveret i øvelsen, mærkedes inden øvelsens start: er musklerne spændte, kolde, er der smerter i området eller er det ømhed?

### Gruppedynamikken

På trods af sprogbarrierer var der plads til jokes, og for alle havde det været meget meningsfyldt at være i gruppen. Det var spændende at følge, hvilken dynamik der opstod mellem de enkelte deltagere. Bl.a. var en af deltagerne bange for muslimer med skæg. To uger senere var netop de to deltagere alene til træningen. Næste gang jeg havde J. i kropsterapien, fortalte han, at det havde været befriende for ham, at de to havde kunnet hvile i samme rum.

For nogle har det vigtigste været træningen, for andre deltagere har det været at turde indgå i en sammenhæng med andre traumatiserede. Der har været en udtalt solidaritet og respekt i gruppen, og for nogle af deltagerne, der har været soldater, har det at træne kroppen givet associatio-

ner til soldaters fællesskab. Det har krævet en balancegang i sprogbrug og stemningsskift at vide og anerkende, at alle deltagere havde været udsat for traumatiserende hændelser, uden at gruppeprocessen blev opslugt af det.

Der blev så vidt muligt ikke talt om den enkeltes historie i gruppen, da alle stadig var i individuel psykoterapi og derved i den sårbare proces med at hele sig selv. Deltagerne anerkendte denne prioritering. Det at gøre noget så normalt som at træne sammen åbnede op for, at det efterfølgende blev muligt at hvile i en koncentreret ro med vekslende, psykomotoriske opmærksomhedsmetoder. Gruppeforløbet bekræftede erfaringen fra kropsterapien af, hvor svært og hvor betydningsfuld det er at kunne finde hvile. Deltagerne var berørte over, at det kunne lade sig gøre at finde hvile sammen med andre. Forløbet gav deltagerne mulighed for at spejle sig i hinanden og at respektere indskrænkningerne og se ressourcerne.

### Konklusion

Gruppeforløbet var en spændende og krævende proces. Krævende, idet deltagerne var traumatiserede og sansede og fornemmede hinanden, tolken og mig med den traumatiseres hypersensitivitet. Programmet blev



justeret lige indtil og i selve sessionen. Det krævede en stor fleksibilitet, ikke mindst når verdenssituationen ("Mohammed-krisen") slap med ind ad døren.

Et afstemt parløb mellem tolken og mig var en del af gruppens fundament. Det var vores tredje projekt sammen, og det har afgjort influeret på den ro og glæde, der også var i gruppen.

På baggrund af deltagernes evaluering og efterfølgende grupper, vil jeg konkludere, at dette tilbud er værdifuldt for den samlede behandling i OASIS.



## Uddrag af journaloptegnelser

(A)

*Baggrund:* A. er 48 år og fra Afghanistan. Høj, slank, venlig med lidt mimik i starten. A. er gift og far til 6 børn, hans mor bor her i landet. A. har 13 års skolegang og læste logik og filosofi i 1½ år i Kabul. Krigen standsede hans muligheder for at studere. Han valgte derfor at læse videre på egen hånd og har kendskab til både vestlig og islamisk filosofi. Han underviste og arbejdede under krigen som sygeplejerske for "Læger uden grænser".

A. tilhører en etnisk gruppe og har været aktiv i et parti, hvor han havde en ledende position. Han har været fængslet i 20 dage og udsat for tortur. Kom til DK i 1997 efter en hård flugt.

A. var henvist til kropsterapien med tortur- (bl.a. falanga og ophænging) og PTSD- symptomer. Han var meget træt, deprimeret, sov meget og havde ondt i hele kroppen. Han har tidligere været henvist til rygscole.

A. startede i et kortere individuelt, kropsterapeutisk forløb, og han var med i gruppen fra starten. A. har sin egen stille, anerkendende facon, som samtidig er meget understøttende for gruppeforløbet, hvor hans fremmøde er på 82 %

*Ressourcer:* A. cykler lange ture, f.eks. cykler han 11 km hver vej for at komme til OASIS, når det ikke er for koldt.

*Evaluering:* A. anvender hovedpineprogrammet hver dag, hvilket mindsker hovedpinens intensitet med 50 %. Han træner derhjemme en gang om ugen ud over gruppesessionen. A. blev opfordret til at intensivere til 2-3 gange om ugen.

Desuden er der flere øvelser, som han har indarbejdet som daglige vaner. Smerterne fra benene er væk, og skuldrene er blevet lettere. Han vil være tilfreds, hvis han ikke har det værre end nu. Derudover ønsker han, at han kan opretholde træningen resten af sit liv. I starten var det svært rent sprogligt, skønt Medi også behersker en del farsi. A. oplever, at han er mere rolig og afslappet, når han er i gruppen nu. A. beskriver træningen i gruppen som værende overordentlig gavnlig.

(J)

*Baggrund:* J. er 41 år. Iraner. Han har været i DK siden 1990. Han fremtræder umiddelbart meget integreret. 16 år gammel blev J. fængslet og tortureret. Efter studentereksamen flygtede han. I DK fuldførte J. en uddannelse og har været i arbejde en del år. Efter en arbejdsulykke mistede han jobbet og har siden haft stærk hovedpine. Han har ondt på siderne af brystkassen samt lænd.

J.s respiration er høj costal og i starten af behandlingssessionerne arytmsk. J. kan veksle fra at være underholdende med interessante betragtninger til øjeblikket efter at virke skræmt. J. startede i kropsterapien i et kortere forløb. Efter jul blev han påkørt af en bus og fik whiplash. J. er stoppet i gruppen i midten af marts, da han oplevede, at han var for påvirket af whiplash- symptomerne. Evalueringen har derfor taget udgangspunkt i tiden inden 2. whiplash, hvor hans fremmøde var på 60 %.

J. skiller sig ud fra resten af gruppen; han er og opfatter sig selv som en ressourceperson. Der er ofte sket et skift i det øjeblik, hvor fokus blev rettet mod egen sansning og kropsbevidsthedsudvikling; da virker J. hjælpeløs og traumatiseret. Et skift der vurderes som meget provokerende af ham selv.

*Evaluering:* J. anvender øvelserne ofte 2 gange dagligt. Han oplever respirationsøvelserne som helt fantastiske og beskriver, at han er blevet helt afhængig af øvelserne. Han går lange ture og plukker i de styrkende- og smiddiggørende øvelser efter behov.

Udvikling af kropsbevidsthed: J. er blevet mere tryk ved kroppen og er opmærksom på, om et signal fra kroppen skyldes piskesmældssymptomer eller traumer. Han oplever, at han er blevet bedre til at skabe rum til sig selv. J. beskriver, at det er en stor oplevelse at lytte efter kroppens signaler, i stedet for at overhøre eller gå imod dem. At kunne konc. på en del af kroppen ad gangen og derved ikke overskride sine egne grænser.

J. opfatter gruppen som en fantastisk gruppe med plads til alle. For ham er det et stort skridt ikke at skulle spille supermand. J. var i starten spændt på, hvordan han ville reagere over for muslimer og mænd med skæg. Han var anspændt; men han ville være med.

J. er stolt over at have været en del af gruppen: Det er første gang, at J. har været i en sammenhæng med andre med en muslimsk baggrund siden flugten for 20 år siden!

# Metaforer og mytedannelse som aktive faktorer i behandling af posttraumatiske tilstande

54 |



AF MARIJKE MARIJNISSEN,  
PSYKOLOG I OASIS

---

Metaforer og myter er billeder og fortællinger mennesker skaber om sig selv og deres historie. Disse indre konstruktioner og karakteren af dem har stor indvirkning på vores psykiske velbefindende og vores evne til at bearbejde og overleve små og store traumer. I det følgende vil jeg forsøge at illustrere, hvordan myter, forbundet med traumatiske oplevelser, kan medvirke til kronificering af de følger virkninger traumer kan have og hvordan reformulering og nuancering af de indre billeder i den terapeutiske proces kan bidrage til heling.

I min forståelse af disse mekanismer er jeg især blevet inspireret af et foredrag på den psykoanalytiske verdenskongres i Rio de Janeiro i sommeren 2005, hvor temaet var traumer. Foredraget blev holdt af den amerikanske psykoanalytiker Arnold Modell<sup>1</sup>.

I sin teori om metaforers betydning for den psykiske udvikling, tager Arnold Modell udgangspunkt i teorier om menneskets emotionelle hukommelse, som han anser for at være central for evnen til at bearbejde traumer.

Den emotionelle hukommelse, siger han, har til formål at hjælpe den

enkelte til at kategorisere emotionelle oplevelser og at tilføje dem en form for mening, der hjælper den enkelte til at kunne forstå og foregribe begivenheder. På denne måde har den emotionelle hukommelse en central betydning for sammenkædningen af fortiden, nutiden og fremtiden og dannelsen af en sammenhængende forståelse af sig selv og omverdenen.

I den emotionelle hukommelse spiller myter og metaforer en central rolle. Drømme, billeder og metaforer har stor betydning for genkaldelse og bearbejdning, men tjener også ofte som beskyttelse mod tidligere traumatiske oplevelser. De indre billeder, der knyttes til den traumatiske oplevelse, kan enten bidrage til at fastholde personen i en situation, hvor man har mistet følelsen af indflydelse på og mening med sit eget liv, eller de kan virke regenererende og hjælpe individet til at undgå varige mén.

Den mening, vi tilføjer forskellige hændelser i vores liv, og de billeder, vi skaber omkring dem, formes af både indre og ydre påvirkninger og den mening, vi tillægger en hændelse, kan derfor ændres og omformes, hvis den placeres i en ny kontekst.

Som eksempel vil jeg fortælle om en

---

1 "Trauma and Memory" af Arnold Modell, International Psychoanalytical Association's 44th Congress, Rio de Janeiro, juli 2005.





ung kvinde fra Afghanistan, som jeg har haft i behandling. En af de oplevelser, der pinte hende allermest (endnu mere end krigsoplevelser og vold i hjemmet), var hendes erindring om, hvordan hendes fætter på 16 år forlod hjemmet uden et ord til nogen, da hun var 9 år gammel. Den fortælling hun dengang skabte omkring denne forfærdelige hændelse var, at fætteren, som hun havde elsket over alt på jorden, i virkeligheden var ligeglad med hende, og hun havde en dyb, uforløst sorg blandet med voldsomt had omkring sit forhold til ham, ligesom hun led under et tilsvarende had til sig selv, som en person, der ikke var bedre værd end at blive forladt på den måde. Denne indre fortælling fulgte hende uforandret op gennem puberteten til hun blev voksen og var medvirkende til mange selvdestruktive forestillinger og selvmordstanker.

Efter at være startet i behandling blev hun mere interesseret i sin families historie og kom ved at snakke med andre familiemedlemmer i kontakt med et helt andet billede af fætteren. Hun erfarede, at han havde lidt voldsomt under sin voldelige stedfar – min patients onkel – som han voksede op hos, ligesom han led under den forskels-behandling, som børn, hvis forældre er døde, desværre ofte bliver

udsat for i Afghanistan. At forlade familien og slutte sig til en guerilla-gruppe, var et desperat forsøg på at få en følelse af at høre til. Med disse nye oplysninger forstod min patient pludselig, hvor håbløs hans situation havde været, hvor ung han havde været dengang, at han var bange for at blive forhindret i at rejse og ikke magtede at sige farvel til hende – formentlig også fordi han netop *var* meget knyttet til hende. Hun huskede pludselig, at han, på trods af at hun oplevede ham som meget voksen og stærk, nogle gange kunne se så fortvivlet ud, at hun ikke vidste hvad hun skulle gøre.

Disse nye oplysninger – eller med Modells ord: *denne nye kontekst* – ændrer hendes billede af hændelsesforløbet totalt, og ændrer dermed også den indre mening hændelsen får for hende. Det fastfrosne mytiske billede, hun har båret uforandret inden i sig siden dengang, er smeltet og har givet plads for en emotionel udvikling. Hun er ikke længere 9 år gammel indeni, men en voksen, ung kvinde, som kan leve sig ind i andre menneskers situation og forstå, hvad det er, der er sket.

Modells pointe er her, at mennesker ofte i langt højere grad pines af de tanker og billeder, der skabes omkring det skete, end af selve de traumatiske hændelser i sig selv.

Oplevelser kan med andre ord ændres i vores følelsesmæssige erindring i både positiv og negativ retning. Det altafgørende er imidlertid, om de oplevelser, vi har haft, forbliver åbne for en sådan forandring og for nye påvirkninger fra senere oplevelser. Med andre ord opstår det egentlige traume som resultat af en manglende evne til eller mulighed for at omforme vores erindring og dermed den indre mening med det skete.

I denne forbindelse kan det være interessant at nævne flere undersøgelser, der er lavet af såkaldte "mælkebøttebørn" – børn, som har haft en meget traumatisk opvækst med vold og forsømmelse, men som alligevel af uransagelige årsager har haft en evne til at forblive følelsesmæssigt intakte. Disse undersøgelser viser samstemmende, at der er 3 primære faktorer, som adskiller disse børn fra andre børn; det viser sig, at disse børn for langt hovedpartens vedkommende har været børn, der enten læste meget eller selv skrev dagbog, og langt de fleste af børnene har derudover kendt en voksen, der på trods af manglende evne til at beskytte barnet, har givet barnet en følelse af, at det ikke var alene, og at denne voksne forstod barnets trængsler – ofte uden at barnets vilkår blev nævnt med et ord.

Gennem de mange billeder barnet



56 | har fået adgang til gennem læsning og skrivning, har barnet haft mulighed for at bearbejde sine oplevelser og forstå dem i et meget mere nuanceret lys, end det ellers ville have haft mulighed for. Det har formentlig i læsningen af romaner haft mulighed for at følge hovedpersonens sorger, at indleve sig og at få kontakt med håbet om, at en løsning ville kunne dukke op, og at nogen ville være i stand til at elske det på en måde, dets egne forældre ikke formåede. Dette øger barnets chancer væsentligt for at finde og knytte sig til voksne, der er trygge og pålidelige i dets nære miljø.

I de tilfælde hvor det lykkes individet at omforme erindringer, og på trods af voldsomme traumer undgå udvikling af egentlige personlighedsforstyrrelser, er der således flere forhold, der gør sig gældende.

### Traumet som angreb på den indre mening

Man kan beskrive et traume som et angreb på indre mening og på evnen til at registrere og mærke sine egne følelser. Evnen til, på trods af traumet, fortsat at kunne skabe indre mening beskytter individet mod, at traumet bliver til en altødelæggende, destruktiv kraft i hans eller hendes liv, og sikrer evnen til at bevare kontakt med sine følelser.

Denne evne til at bevare og opleve jeg'et som en selvstændig, følelsesmæssigt intakt og handlende instans bliver således en afgørende faktor for, om den enkelte er i stand til at regenerere sig selv efter en traumatisk oplevelse. Det er her vigtigt at gøre sig klart, at denne følelse af at være aktivt handlende kan eksistere helt uafhængigt af, om individet rent faktisk er i stand til at handle i forhold til sin egen situation i den ydre verden. (F.eks. som når barnet læser en roman.)

Følelsen af aktivt handlen skaber endvidere en mulighed for at kreere et sikkert sted inde i sig selv, som man har mulighed for at søge tilflugt i, og som er afgørende for bevarelsen og genoprettelsen af et helt selv.

Evnen til emotionelt at overleve traumer kan altså forstås dels ud fra det, selve den traumatiske oplevelse gør ved individet, men også ud fra den måde, personen forsøger at forsvare sig selv på det indre plan mod det, traumet har udsat ham eller hende for. Man kan her tale om 2 kategorier af forsvar:

- Beskyttelse gennem dannelse af metaforer, hvor jeg'et bevares som aktivt handlende, og personen derfor er i stand til at være i kontakt med sine egne følelser.

- Beskyttelse gennem skabelse af myter, der ud fra en partiel oplevelse fjerner individet fra realiteterne og skaber en regressiv, dissocieret tilstand, som levner meget lidt plads for forandring.

Metaforer beskriver den oplevede situation i sin helhed og fungerer som en indre tolkning af det skete. I nogle situationer sker der imidlertid det, at de indre billeder fastlåses i det, man kan kalde en myte. I en myte har individet forsøgt at beskytte sig selv mod en alt overvældende angst for ødelæggelse gennem en dissocieringsproces. Denne proces medfører, at en mindre del af oplevelsen spaltes fra og kommer til at repræsentere oplevelsen som helhed. Der dannes en "myte" om det skete, som ikke inkorporerer den fulde realitet.

Denne form for tænkning er udtryk for en regressiv tilstand, der minder om det lille barns tænkning i delobjekter – hvor omverdenen ikke opleves i helheder, men består af mindre, uforbundne delobjekter. Ligesom det helt lille barn ikke oplever sin mor som en hel person, men oplever hende gennem brystet, hendes stemme, hendes ansigt o.s.v.

Hvor metaforen opstår ud fra en indre, frivillig impuls til at opnå en



form for selvkontrol, resulterer myten i en ufrivillig, tvangspræget gentagelse af specifikke erindringer. Hvis behandleren accepterer myten som det fuldstændige billede af det skete, vil der være en risiko for, at man bidrager til at forstærke en posttraumatisk tilstand fremfor at lette den.

Et indre billede af denne art har mistet sin evne til forandring. Det partielle billede er kommet til at repræsentere virkeligheden, og der er ikke mulighed for den reflekterende afstand til det oplevede og de følelser

der er forbundet med traumet, som er nødvendig for at skabe helende metaforer og genvinde oplevelsen af jeg'et som selvstændigt handlende instans.

Individet oversvømmes af de følelser, der er forbundet med traumet, og den dannede myte får en aktuel virkeligheds karakter, som først og fremmest bevirker en forstærkning af traumet, og gør indsigt og forandring endnu vanskeligere. Modell beskriver dette som katastrofiske forestillinger, som i sig selv virker traumatiserende,

ligesom et enkelt element kan blive forstærket og resultere i intrusive tanker, hvor hverken fortiden eller fremtiden eksisterer – kun nuet.

Mytedannelsen er således en regressiv kognitiv proces, der fryser erindringen og forhindrer forandring. Der opstår her en dissociativ tilstand, hvor der ikke længere er adgang til det oprindelige følelsesregister, og hvor selv'et som følge heraf føles dødt.

Når man arbejder med drømme og metaforer i psykoterapi, er det derfor meget centralt at forsøge at få en fornemmelse af, om de billeder, der bliver beskrevet, har emotionel dybde som i metaforen eller om de er følelsesflade og døde som i myten (ofte på trods af stærke udtryk for sorg eller vrede).

I traumebehandlingen vil der altid være risiko for, at personens identitet bliver uløseligt forbundet med de traumatiske hændelser. Der benyttes ofte ord som torturoffer eller torturoverlever, som er med til at stigmatisere patienten i et følelsesmæssigt vakuum. Kun ved at hjælpe patienten til at levendegøre det indre på ny – levendegøre alle de relationer, som patientens liv er skabt af – og søge at forstå sig selv og andre, vil patienten kunne finde tilbage til sig selv igen.

*På billedet til højre ses forrest fra venstre: Tina Dam Kristensen, Medi Nicolae, Gita Nielsen, Pia Hansen, Nana Wibholm.  
I midten fra venstre: Ewa Bartoszak, Veselinka Stojanovic, Tanja Weiss, Susan Møller, Else Ryding, Bettina Jensen.  
Bagest fra venstre: Lea Bentsen, Hanne Wienmann, Malene Kaae, Marianne Jensen, Marianne Krogh, Lene Linneke, Ulrik Jørgensen*

## Bestyrelse pr. 1. juni 2007

58 |

**Lis Ehmer Olesen, formand**  
Advokat

**Lars Køberg Christiansen, næstformand**  
Privatpraktiserende psykolog

**Francesco Castellani**  
Projektleder ved Institut for Menneskerettigheder

**Lise Hækkerup**  
Bibliotekar, politiker

**Boel Jørgensen**  
Sociolog, organisationsudviklings- og ledelseskonsulent

**Helle Bygum Knudsen**  
Journalist ved DR

**Anne Lindhardt**  
Chef for Rigshospitalets psykiatrisk klinik, formand for styregruppen for Videnscenter for Transkulturel Psykiatri

**Else Ryding, personalerepræsentant**  
Psykolog

**Tanja Weiss, personalerepræsentant**  
Socialrådgiver







## OASIS' støttekomité

60 |

<b>Margrete Auken</b>	Præst, MEP	<b>Ingerlise Koefoed</b>	Bibliotekskonsulent
<b>Jacques Blum</b>	Kultursociolog, talsmand for Mosaik Trossamfund	<b>Benedikte Kragh-Schwartz</b>	Bibliotekar, sektionsleder af Indvandrerbiblioteket
<b>Tine Bryld</b>	Socialrådgiver, forfatter	<b>Finn Larsen</b>	Sekretariatschef i LO
<b>Ove E. Dalsgaard</b>	Borgmester i Ballerup Kommune	<b>Kirsten Lee</b>	Dr. med., radikalt medlem af Region Hovedstadens forretningsudvalg
<b>Tage Dræbye</b>	Formand for Integrationsrådet i Albertslund Kommune	<b>Jytte Lindgård</b>	Advokat
<b>Niels Forsby</b>	Advokat	<b>Gretty Mirdal</b>	Psykolog, forskningsprofessor ved Københavns Universitet
<b>Per Gregersen</b>	Læge	<b>Manfred W. Petersen</b>	Advokat
<b>Morten Grunwald</b>	Skuespiller	<b>Klaus Rifbjerg</b>	Forfatter
<b>Nina Hamerik</b>	Cand.ling.merc., lektor ved Handelshøjskolen i København	<b>Niels Siebuhr</b>	Psykiater
<b>Ole Hammer</b>	Journalist	<b>Kirsten Thorup</b>	Forfatter
<b>Hardy Hansen</b>	Fhv. formand for SID, tidl. socialdemokratisk medlem af Folketinget	<b>Morten Lauersen Vig</b>	Næstformand i Dansk Magisterforenings Pensionistsektion
<b>Bjarne Lenau Henriksen</b>	Chef for Kirkens Korshær	<b>John Winther</b>	Seniorforsker ved Handelshøjskolen i København
<b>Adi Holzer</b>	Billedkunstner	<b>Bente Ørum</b>	Psykolog
<b>Jesper Jensen</b>	Forfatter		
<b>Carl-Einar Jørgensen</b>	Psykolog		

## Regnskab 2005

Indtægter	
Indtægter fra amter og H:S	11.948.910
Indtægter fra andre	157.805
Fonde og bidrag	260.472
Diverse indtægter	171.460
Renter	3.425
I alt:	12.542.072
Udgifter	
Lønninger og personaleomkostninger	10.271.904
Lokaleomkostninger	926.455
Administration & andre eksterne omkostninger	1.160.662
Afskrivninger	77.331
Renter	1.386
I alt:	12.437.738
<b>Overskud</b>	<b>104.334</b>

## Fonde

OASIS har i 2005 modtaget støtte fra:  
Aase og Ejnar Danielsens Fond • Otto og  
Gerda Bings Mindelegat • Tips & Lotto

## Regnskab 2006

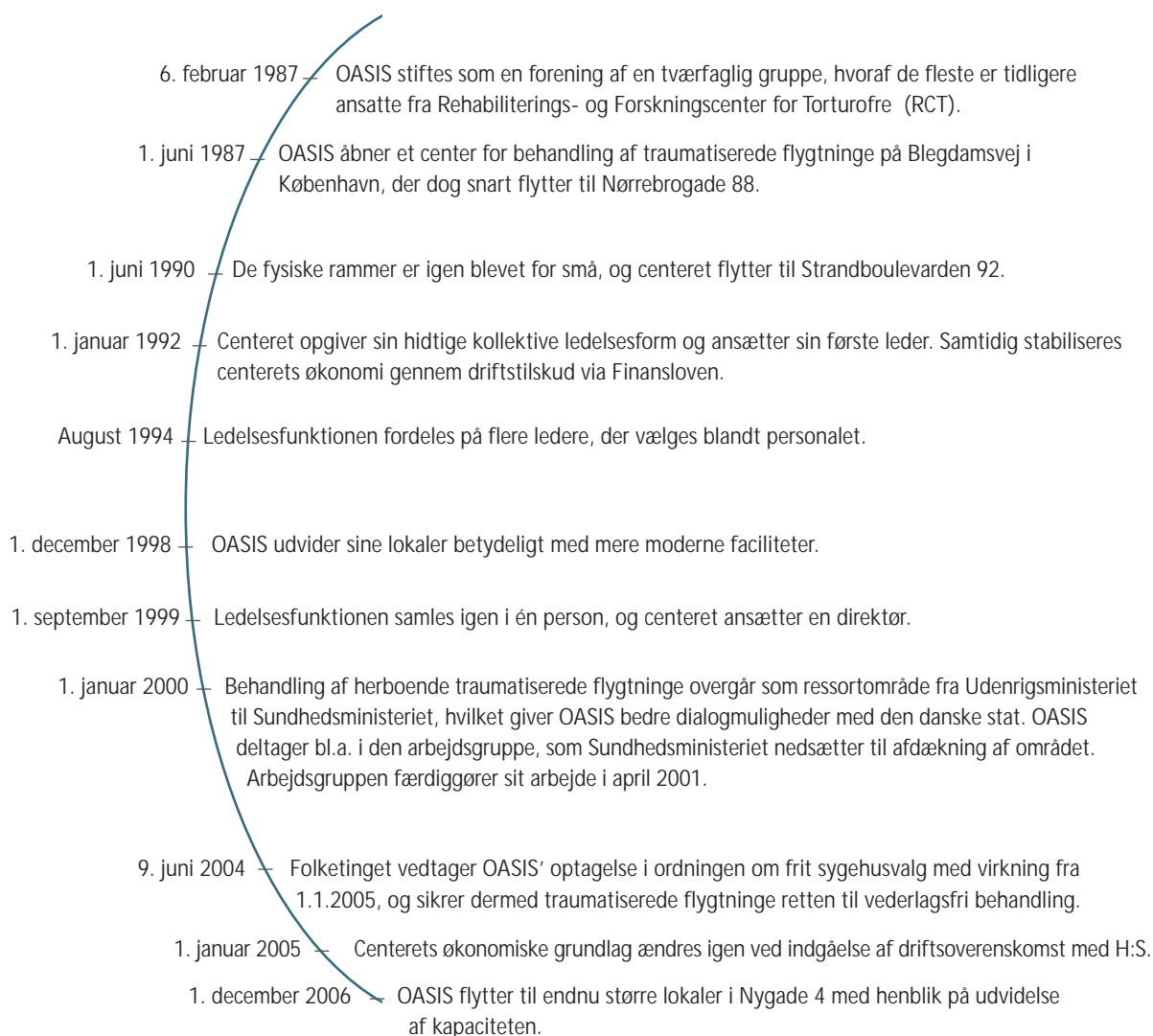
Indtægter	
Indtægter fra amter og H:S	12.916.515
Indtægter fra andre	143.432
Fonde og bidrag	63.365
Diverse indtægter	6.985
Renter	7.947
I alt:	13.138.244
Udgifter	
Lønninger og personaleomkostninger	10.663.503
Lokaleomkostninger	940.767
Administration & andre eksterne omkostninger	1.375.553
Afskrivninger	158.235
Renter	146
I alt:	13.138.204
<b>Overskud</b>	<b>40</b>

## Fonde

OASIS har i 2006 modtaget støtte fra:  
Direktør J.P. Lund og Hustru Vilhelmine Bugges Legat  
(Lund/Bugge Fonden) • Dronning Margrethe og  
Prins Henriks Fond • Tips & Lotto

# Historisk oversigt

62 |



# Ab

---

behandling og  
rådgivning for  
flygtninge

Nygade 4, 2. sal, 1164 København K

Tlf. 35 26 57 26 | Fax: 35 26 55 53 | E-mail: [info@oasis-rehab.dk](mailto:info@oasis-rehab.dk) | Website: [www.oasis-rehab.dk](http://www.oasis-rehab.dk)

ISBN: 978-87-89425-23-5