

Drømmen bortenfor: Traumatiserte flyktningers møte med psykologisk behandling

Nora Sveaass og Lars Erik Eide Johansen

Drømmen bortenfor: Traumatiserte flyktningers møte med psykologisk behandling

I møte med traumatiserte flyktninger blir terapeuten stilt overfor erfaringer som en knapt tror er mulig, og som det tradisjonelt har stått lite om i psykologisk faglitteratur. Samtidig er dette arbeidet langt mindre eksotisk og fremmedartet enn mange tenker.

Hussein er flyktning fra et land i Midtøsten og har levd et liv preget av krig og konstant frykt. Han kom til Norge som flyktning for åtte år siden, og har i alle disse årene strevd med å finne seg til rette. Han sliter daglig med gjenopplevelser etter tortur og krig, og med vonde tanker og følelser fordi så mange i hans familie lever i en spent, farlig og uforutsigbar situasjon i hjemlandet. Han klarer ikke å slå seg til ro med at han selv er her og de er der. Fysisk sett er han i Norge, sier han, men psykologisk sett er han i Midtøsten. Han sover dårlig, føler seg som en spent stålfjær og synes det er vanskelig å konsentrere seg om noe som helst. Og han synes at alt bare blir verre med tiden. Hussein blir henvist til psykolog med diagnosen PTSD.

Innledning

Flyktningers behov for psykologisk hjelp vil som for alle andre være knyttet til tidligere erfaring og bakgrunn, nettverk, alder, helse og ikke minst til egne tanker om hva som er vanskelig og hva som vil kunne hjelpe. For flyktninger vil også oppholdsstatus og betingelser i eksil, samt forventninger og tillit til norske hjelpere, spille inn når det gjelder å søke hjelp. Flyktingene representerer mange ulike trossystemer, språk og kulturtradisjoner. Det de har felles, er flukten, ofte under dramatiske omstendigheter, omfattende tap og ofte ekstreme traumeopplevelser, og utfordringer i eksil, en situasjon preget av uvisshet og manglende oversikt.

Vi vet lite om hvor mange flyktninger som henvises til behandling, og hvor mange som faktisk får hjelp. Alt tyder på at det er store variasjoner når det gjelder flyktningers muligheter til å komme til i hjelpeapparatet. Målet med denne artikkelen er å beskrive erfaringer i arbeidet med traumatiserte flyktninger og konkretisere og kanskje til og med avmystifisere det terapeutiske arbeidet med denne klientgruppen. Vi vil tegne en skisse av det flyktningklienten kan slite med, hva mange spør om og selv vektlegger i samtalene, og hva som uttrykkes av forventninger til behandlingen. Vi har som utgangspunkt spørsmål og refleksjoner som terapeuter av og til formidler i forbindelse

med egen usikkerhet når det gjelder kompetanse i klinisk arbeid med mennesker med annen kultur- og språkbakgrunn som i tillegg har vært utsatt for grove menneskerettighetsbrudd (Holt, 2000). Imidlertid er det store felles trekk i behandleres forslag til måter å nærme seg flyktningklienten på, hvilke forhold som særlig bør tas hensyn til, og hva som vurderes som viktige rammebetingelser for psykologisk hjelp. Dette til tross for at det dreier seg om klienter og behandlere fra ulike deler av verden. Også likhetstrekkene med terapi med klienter fra ens eget land og språk er det viktig å minne om. Arbeidet med flyktninger er langt mindre eksotisk og fremmedartet enn mange tenker seg. Respekt for den enkeltes særlige bakgrunn og erfaring, og nysgjerrighet og ærbødighet i utforsking av historier, miljøer og fantasier, er sentrale forutsetninger.

Status og psykologi

Hva slags status eller type oppholdstillatelse mennesker får i landet de reiser til, er av betydning ikke bare rent juridisk, men også psykologisk. Det å få anerkjent et beskyttelsesbehov vil være en bekreftelse på at truslene en har flyktet fra, er blitt sett og forstått. Det å få innvilget flyktningstatus vil være en anerkjennelse av innsats og tap, mens alternative oppholdsformer, særlig for mennesker som har vært utsatt for massive traumer, kan tolkes som ikke å bli tatt på alvor, og kanskje virke krenkende. Andre som innvilges opphold av humanitære grunner, slår seg til ro med dette fordi det gir den tryggheten de har søkt, og muligheter til en annen livssituasjon. Psykologer og andre som kommer i kontakt med flyktninger, bør kjenne til de ulike begrepene og forstå konsekvensene av disse. I det følgende blir begrepet *flyktning* brukt som fellesbetegnelse på dem som har kommet til Norge for å søke om beskyttelse eller familiegjening med flyktninger, uavhengig av hvilken faktisk status de får innvilget i Norge.

Statistisk sentralbyrå definerer *innvandrere* som en person med to utenlandsfødte foreldre, som enten har innvandret eller er født i Norge. I de siste 35 årene har det funnet sted en radikal endring av innvandringsmønsteret, og tilflyttingen har økt. I perioden fra 1970 og frem til 2005 har den prosentvise andelen av innvandrere i forhold til den totale befolkningen i Norge økt fra 1,6 til 7,9 %. Mens de ikke-vestlige innvandrerne i Norge utgjorde 16 % i 1970, var den relative andelen ikke-vestlige innvandrere steget til rundt 70 % i 2005 (Statistisk sentralbyrå, 2005). I tillegg har en sett en stor økning i antall mennesker som søker om beskyttelse i henhold til asylinstuttet. Dette gjenspeiler at den globale infrastrukturen har økt mulighetene til å forflytte seg over landegrensene.

Flyktninger

Flyktning er en formell status forbeholdt personer som har fått en anerkjennelse for sitt behov for beskyttelse i henhold til flyktningkonvensjonen av 1951, men i dagligtale brukes begrepet oftest om alle dem som har kommet av fluktgrunner. Asylsøkere er kommet til Norge for å søke om asyl ved grensen, men er ikke å anse som flyktninger før myndighetene har gitt dem en slik status. Andre får innvilget slik status før de kommer til landet. Oppholdstillatelse i Norge kan også gis av humanitære eller andre årsaker. Majoriteten av asylsøkere som får opphold i Norge, får dette av andre grunner enn et anerkjent behov for beskyttelse.

Det er ikke mulig å vite nøyaktig hvor mange mennesker som lever på flukt i verden i dag. Partene i konfliktene kan ha motstridende interesser når det gjelder å definere en gruppe mennesker som flyktninger eller ikke, med legitime krav på beskyttelse mot forfølgelse. FNs Høykommissariat for flyktninger (UNHCR) opererer med begrepene flyktninger, asylsøkere, tilbakevendte flyktninger og andre «of concern», som etter bestemte kriterier inkluderer internt fordrevne, altså de som er flyktninger i eget land (IDPs) og tilbakevendte internflyktninger, også etter visse kriterier. I 2006 regner en med at det er 12 millioner flyktninger i verden og 23,7 millioner internt fordrevne. Det betyr at i underkant av 36 millioner mennesker er i en fluktsituasjon (Flyktninghjelpen, 2006). Flyktninger utgjør en uensartet gruppe mennesker, med mennesker fra alle samfunnsgrupper, og med en liten overvekt av kvinner.

Overføringsflyktninger

Norge gjenbosetter hvert år en gruppe flyktninger hvis flyktningstatus er blitt vurdert før de kommer til landet. Denne gruppen, gjerne kalt overføringsflyktninger, kvoteflyktninger eller FN-flyktninger, er vurdert i samarbeid med UNHCR. Den norske kvoten for 2005 var på 1000 personer, og av disse skulle 300 komme fra Afrika og 300 fra Sørøst-Asia. Noen av overføringsflyktningene er flyktninger med et definert behov for medisinsk oppfølging, andre kan være hastesaker, mens de fleste har tilbrakt mye tid i flyktningleir forut for bosetting i tredje land. Tre grupper utgjør hoveddelen av kvoteflyktningene til Norge i dag: flyktninger fra Myanmar (tidligere Burma), Burundi og Kongo (UDI, 2005a).

Asylsøkere

Som det fremgår av tabell 1, har tallet på asylsøkere til Norge variert sterkt i de senere år. Mens det frem til 2002 var det en gradvis økning i antall registrerte asylsøkere med en topp på 17 480 i 2002, har det vært en jevn nedgang siden (UDI, 2005b). Basert på tall fra 1. og 2. tertial 2006 er dette en

nedgang som vil fortsette. I denne perioden søkte 1600 om asyl, omtrent like mange som i samme periode i 2005, og det forventes at det i løpet av 2006 vil bli registrert omtrent like mange som året før, nemlig i overkant av 5000 asylsøknader (UDI, 2006). En særskilt gruppe asylsøkere er de enslige mindreårige asylsøkerne (Dybdahl, Christie & Eid, 2006, dette nummeret).

Tabell 1. Antall asylsøkere til Norge (UDI, 2005)

1994	1995	1998	2002	2003	2004	2005
3379	1460	8543	17 480	15 614	7045	5401

Vedtak i asylsaker

Utlendingsdirektoratet gjorde rundt 12 500 vedtak i asylsaker i 2004 (UDI, 2004). Dette er en nedgang fra 2003, da det ble fattet 16 610 vedtak om asyl. Av disse fikk 3,6 % innvilget asyl, 13,5 % fikk vern (avgrenset opphold eller kollektiv vurdering), 4,6 % fikk opphold på humanitært grunnlag, 19,9 % av vedtakene falt inn under Dublin-samarbeidet, det vil si at søknaden skal realitetsbehandles i det landet hvor asylsøkeren søkte om asyl første gang, og 6 % av søknadene ble trukket eller av andre årsaker lagt vekk (UDI, 2004). Flertallet på 52,1 % fikk avslag. Når en inkluderer personer som kommer inn under Dublin-samarbeidet, betyr dette at 72 % av asylsøkerne i 2003 ble sendt ut av landet.

Gruppen på 579 personer som fikk innvilget asyl i 2005, fordeler seg på følgende måte (se tabell 2).

Tabell 2. Resultat av asylvedtak i UDI i perioden 01.01.–31.12.2005, etter nasjonalitet og verdensdel, antall personer (UDIs asylvedtaksstatistikk, tallene er foreløpige)

Land	Asyl	Beskyttelse	Opphold på humanitært grunnlag	Avslag	Dublin	Henlagt, trukket, annet	2005
Afrika	297	460	234	713	273	140	2117
Amerika	1	3	1	12	3	6	26
Andre	52	33	18	100	59	35	297
Asia	155	346	402	1455	477	333	3168
Europa	74	20	418	737	460	171	1880
Total	579	862	1073	3017	1272	685	7488

Når det gjelder flyktningene fra Afrika som fikk innvilget asyl, var det flest fra Somalia (98) og Eritrea (73), fra Asia var det fra Iran (39) og Irak (31), fra Europa var det Serbia og Montenegro (39) og Russland (28), og den ene som fikk asyl fra Amerika, var fra Haiti (UDI, 2006)

Hvordan skal vi så tolke nedgangen i antall asylsøkere som kommer til Norge? Antallet aktive konflikter i verden har gått ned fra rett i overkant av 50 i 1993 til rundt 30 i 2003 (UCDP, 2005). I perioden fra 1997 til 2004 har også antallet anerkjente flyktninger i verden gått noe ned (UNHCR, 2004). Samtidig har antallet registrerte asylsøknader i verden gått opp (fra 776 000 til 839 200 tusen), og det er rundt én million flere mennesker på flukt i eget land («internally displaced people») (UNHCR, 2004). Når vi vet at det totale antall mennesker med beskyttelsesbehov er omtrent det samme, samtidig som antall asylsøknader i verden har gått opp, er det nærliggende å anta at strukturelle politiske og økonomiske barrierer i vesentlig grad bidrar til denne nedgangen. Det er mulig at disse barrierene i første omgang rammer såkalte grunnløse asylsøknader. I så fall vil en kunne vente at antallet vedtak om beskyttelse vil være uavhengig av den generelle trenden. I 2004 ble det gjort 91 færre vedtak om beskyttelse. Dette kan skyldes tilfeldigheter, men kan også tilskrives andre forhold som strengere praksis i vurdering av kriterier for å bli anerkjent som flyktning, bedre grensekontroller, der flere blir hindret i å søke asyl, flere ulovlige grensepasseringer, mer effektiv internasjonalt samarbeid eller lignende. I det følgende vil vi vise til noen viktige felles trekk i flyktningers historier.

Traumatiske erfaringer forut for flukt

Hussein ble tidlig rekruttert som soldat, og deltok i flere kriger. Han ble alvorlig skadet og måtte igjennom flere operasjoner. Men temmelig raskt var han tilbake igjen i krigen. Mange episoder fra krigen følger ham den dag i dag på en livaktig måte. Han så et nært familiemedlem bli drept i kamp, og han ble truet til å se på at en kamerat ble drept på en grotesk måte som straff for manglende disiplin. Bilder av døde og sårede er sterke, og de er vonde å leve med. Han ble tatt til fange og satt fire måneder i fangenskap, og ble torturert, gang på gang. I fengselet ble han også et hjelpeløst vitne till volden mot de andre fangene, og hørte skrikene når de ble torturert.

Det er vanskelig å si noe sikkert når det gjelder omfanget av traumatisering blant dem som søker om beskyttelse i andre land. Det er overveiende sannsynlig at de som overføres til et mottaksland gjennom høykommissæren for flyktninger (UNHCR), har dokumenterte erfaringer når det gjelder overgrep, i alle fall er det i prosessen blitt sannsynliggjort at de ville være i fare dersom de ble sendt hjem til eget land. Likeledes vil de som er kommet som krigsflyktninger og som del av en gruppe, slik som bosniere og kosovoalbanere til Norge under krigen på Balkan, være blitt vurdert som i fare. Som oftest har disse også vært utsatt for alvorlige og potensielt traumatiserende hendelser. Når det gjelder historiene til dem som ber om asyl i et nytt land, finnes ingen systematisk oversikt. Derimot finnes det informasjon om hvor asylsøkerne har vært, og hvor de har søkt om asyl. Dette skyldes reglene om samarbeid mellom land bundet av Schengenavtalen, noe som innebærer at personer som har søkt om asyl, og/eller fått avslag andre steder, ikke skal kunne få asyl eller opphold i andre land innenfor dette avtaleområdet.

Vår kunnskap om hvilke traumatiske hendelser flyktninger har vært utsatt for, og om hvor mange av dem som har vært utsatt for overgrep som tortur, fengsling eller andre former for grov vold, er basert på undersøkelser av avgrensede grupper, slik som asylsøkere og bosatte i vertsland, flyktninger i leire, internt fordrevne og kliniske utvalg.

Basert på informasjonen samlet gjennom 14 års klinisk virksomhet ved Psykososialt senter for flyktninger (PSSF) hadde en høy andel av de henviste flyktingene vært utsatt for ekstreme traumer av ulikt slag. En gjennomgang av 504 saker viser at 57 % var blitt torturert, 58 % vært fengslet, og 15 % hatt opphold i konsentrasjonsleir. Nesten alle rapporterte at de hadde vært utsatt for ekstreme hendelser, som voldtekt, psykologisk tortur og det å være vitne til vold mot andre (Lie, Sveaass & Eilertsen, 2004). En undersøkelse av Dahl og Dahl (2005) basert på intervjuer av tidligere pasienter ved PSSF (n = 72), viste at 75 % av disse hadde vært torturert og 79 % hadde vært i en eller annen form for fangenskap, de fleste (69 %) i fengsel.

Lie (2003) undersøkte nybosatte flyktninger over en periode på to år. Intervjuene ble foretatt før det var blitt gjort noen helsemessig vurdering når det gjaldt eventuell henvisning. I denne gruppen, som i hovedsak besto av krigsflyktninger, var andelen torturerte på 15 %, 14 % hadde vært fengslet, mens 74 % hadde vært eksponert for krig og 79 % hadde vært i livsfare. Fire og femti prosent rapporterte at de hadde vært utsatt for en eller annen form for ekstrem opplevelse. . En undersøkelse av 294 irakiske asylsøkere i Nederland viste at vel 30 % hadde vært utsatt for tortur forut for flukten (Laban, Gernaat, Komproe, Schreuders & De Jong, 2004).

Data hentet fra en større undersøkelse av oslobefolkningen, gjennomført i 2001–2002, viser at blant deltakerne med innvandringsbakgrunn fra lavinntekts- og mellominntektsland (i alt 1536), hadde 9 % av mennene og 4 % av kvinnene vært utsatt for tortur, 11 % av mennene og 3 % av kvinnene hadde vært fengslet av politiske årsaker, og 22 % menn og 14 % kvinner hadde opplevd krigshandlinger på nært hold (Hauff, 2005). Disse dataene er basert på selvrapportering, og altså på en gruppe som ikke spesielt består av flyktninger.

De fleste studiene av overgrep rettet mot ulike flyktninggrupper viser både at omfanget av vold er stort, og at det ofte dreier seg om mange og sammensatte traumatiske erfaringer (Marshall, Schnell, Elliot, Berthold & Chun, 2005). På spørsmål om hvor mange av dem som søker om asyl i et annet land, som har vært utsatt for overgrep i form av grove menneskerettighetsbrudd, refereres ofte et anslag på mellom 20 og 30 % (Elsass, 2003).

Det er krigshandlinger og grove menneskerettighetsbrudd som utgjør de mest åpenbare belastningene før ankomst til Norge. I tillegg har mange vært utsatt for tap av nærstående personer, og alle har brutt opp fra sitt eget miljø, noe som innebærer tap av hjem, nettverk, kulturelt og språklig miljø, arbeid, status og rolle. Dette, som med et felles ord kan kalles migrasjonsstress, følges opp av kravet om ny tilpasning og forventninger om mye nylæring, altså akkulturasjonsstress. Det er nettopp disse belastningene som ofte blir sett på som like skjellsettende erfaringer som møtet med den politiske volden.

Når en skal studere hendelsene som flyktninger og andre med erfaring fra politisk vold har vært utsatt for, er det ofte vanskelig å studere den relative betydningen av de ulike belastningene. Gruppen som helhet består ofte både av torturoverlevende, mennesker som har bodd i krigsrammede områder, og mennesker som selv aktivt har deltatt i væpnet kamp. Det dreier seg om et «kontinuum av stress» som påvirker relasjoner til seg selv og andre, opplevelse av sammenheng og rettferdighet, tillit til verden og muligheten for å komme i funksjon igjen (Silove, 1999).

Hva sliter de med? Posttraumatiske problemer

Hussein ble henvist til behandling med en posttraumatisk stressforstyrrelse, i kombinasjon med en dyp depresjon, men også med mistanke om psykotiske symptomer, først og fremst hørselshallusinasjoner. Han hadde gått ned i vekt,

sov nesten ikke og fortalte at han var konstant plaget av gjenopplevelser. Han var åpenbart engstelig.

Selv om det er store variasjoner i funn når det gjelder sammenheng mellom eksponering for ekstreme påkjenninger og psykiske plager, er det liten tvil om at flyktninger som har vært utsatt for store påkjenninger, er en utsatt gruppe helsemessig sett. Det er mange måter å beskrive dette forholdet på. Et holdepunkt er å se på hvilke diagnoser som gis til dem som søker om hjelp for sine problemer. Igjen med utgangspunkt i erfaringene fra Psykososialt senter for flyktninger ble diagnosen posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) brukt i forbindelse med nær halvparten av de henviste pasientene, ofte kombinert med depresjoner, smertetilstander, somatiske problemer og en rekke psykososiale vanskeligheter (Lavik, Hauff, Skrondal & Solberg, 1996). Dette gir en viktig pekepinn når det gjelder de psykiske plagene som den enkelte sliter med. Det at et så stort antall får en PTSD-diagnose, betyr jo konkret at de har vært utsatt for ekstreme hendelser, og at de nå sliter med sterke gjenopplevelser, høyst sannsynlig store søvnproblemer, høy grad av vaksomhet, sannsynligvis store vansker med å konsentrere seg og tenke fremover og redusert funksjonsevne i det daglige. Når det gjelder flyktningene som ble henvist til Psykososialt senter, hadde 70 % av mennene og 30 % av kvinnene vært utsatt for fysisk tortur (Lavik et al., 1996). Hauffs (1998) prospektive studie av vietnamesiske flyktninger, basert på informanter som var kommet til Norge etter opphold i flyktningleir i 1982 og som var villige til å delta i undersøkelsen, hadde som mål å se på forholdet mellom selvrapporterte plager og PTSD-prevalens ved ankomst til Norge og etter tre år. Undersøkelsen viste at av de 145 som deltok, hadde 62 % vært vitne til bombing og skuddvekslinger, 48 % hadde vært vitne til at andre ble skadet eller drept, og 36 % hadde vært utsatt for livstruende hendelser. I denne gruppen hadde 10 % symptomer tilsvarende en PTSD-diagnose, mens 16 % var plaget av traumerelaterte symptomer uten å fylle kriteriene for en PTSD-diagnose (Hauff, 1998).

Nylig publiserte resultater fra Osloundersøkelsen, basert på omfattende helsedata også blant de største innvandrergroppene i Oslo, viser til en statistisk signifikant sammenheng mellom eksponering for en eller flere hendelser som krigs eksponering, fengsling og tortur og psykiske symptomer (Hauff, 2005). En undersøkelse av Søndergaard, Ekblad og Theorell (2001), blant annet med siktemål å utvikle et screening-instrument for PTSD blant flyktninger, viste at av 86 personer som deltok i undersøkelsen, var det 32 som hadde symptomer tilsvarende en PTSD-diagnose, mens 24

hadde PTSD-symptomer, uten å oppfylle kriteriene for diagnosen. Flyktninger med PTSD var særlig sårbare stilt overfor nye og vanskelige livshendelser i eksil (Søndergård, Ekblad & Theorell, 2001).

En undersøkelse med mål å kartlegge langtidseffekten på psykisk helse hos en traumeutsatt gruppe flyktninger etter at de hadde fått permanent opphold i et vertsland, viste høy forekomst av PTSD og depresjon. Nær 600 kambodsjanske flyktninger deltok i undersøkelsen, som fant sted 20 år etter at de var kommet til USA. Alle hadde vært utsatt for alvorlige traumatiske hendelser forut for ankomst. I denne gruppen fant forskerne at 62 % hadde PTSD, og 51 % alvorlig depresjon. De fant også høy komorbiditet i gruppen (PTSD og depresjon, 41 %). Det var lav forekomst av bruk av alkohol eller andre rusmidler (4 %). Forskerne viste til at faktorer som økonomiske problemer, dårlige språkkunnskaper i engelsk samt høy alder også medvirket til de høye tallene (Marshall et al., 2005). Denne undersøkelsen bekrefter det flere andre har beskrevet når det gjelder helsetilstanden til bosatte flyktninger, både i kliniske og ikke-kliniske utvalg, nemlig at forekomst av depresjon gjennomgående er høy i disse gruppene, men med store variasjoner (Laban et al., 2004).

Det ser altså ut til at gruppen traumatiserte flyktninger gjennomgående sliter med psykiske problemer mange år etter ankomsten til det nye landet. Den store utfordringen er å utvikle og evaluere helhetlige behandlings-, rehabiliterings- og integreringstiltak som kan motvirke kronifisering av traumerelaterte problemer.

Når det gjelder klassifisering og forståelse av helseproblemer og senvirkninger etter politisk vold, har det vært omfattende faglige diskusjoner i de miljøene som har arbeidet med flyktninger og overlevende av ekstrem politisk vold. Det er særlig PTSD-diagnosen som har vært gjenstand for kraftige diskusjoner (se Summerfield, 1995): Begrepet reflekterer i liten grad den spesielle konteksten som hendelsen finner sted i. Systematisk, intendert og påført vold fra myndighetspersoner, uten mulighet for beskyttelse, er både psykologisk og samfunnsmessig sett vanskelig å sammenligne med andre alvorlige livshendelser. Det blir pekt på faren for medikalisering av politiske hendelser og faren for usynliggjøring av disse. Det samme gjelder problemer knyttet til anvendelse av vestlige begreper for reaksjoner og hendelser som finner sted i hele verden, innenfor ulike kultursystemer (se Nordanger, Mjaastad & Lie, 2006, dette nummeret). I vår artikkel brukes de diagnostiske betegnelse som en illustrasjon av og bekreftelse på at vi har å gjøre med alvorlige traumatiske hendelser som fører til omfattende reaksjoner, som kan være smertefulle og langvarige og vanskeliggjøre tilpasning og fungering i et nytt samfunn. Psykologisk sett vil slike reaksjoner kunne gi seg utslag i alvorlige endringer av relasjonen til andre mennesker, særlig når det gjelder det å ha

tillit til andre; endret forhold til egen verdi og yteevne, så vel som til egen kropp og funksjon; endret forhold til verden rundt, særlig opplevelsen av verden som relativt forutsigbar og stabil; høy grad av indre uro med gjenopplevelser, følelser av uttrygghet og store søvnproblemer.

Psykososiale forhold i eksil

Hussein kom til Norge med kone og to barn og hadde bakgrunn som snekker fra hjemlandet. I den første tiden hadde han arbeid i et lite firma og gjorde det ganske bra. En arbeidsulykke kombinert med voksende problemer i familien satte en stopper for dette – han opplevde at alt raknet og alle problemene fra tidligere ble forsterket. Ekteskapet sprakk, og kontakten med barna ble uregelmessig. Han klarte ikke å følge opp noen former for tiltak. Det ble mange bebreidelser fra familien hjemme, og han følte seg dratt mellom familien her og den i hjemlandet. Han fikk stadig mindre kontakt med egne landsmenn, og hadde ikke kontakt med nordmenn. Da han ble henvist til behandling, hadde han ikke hatt noen strukturert aktivitet på lenge.

De fleste flyktninger har mange psykososiale problemer i eksil. Det dreier seg både om forholdet til arbeid, utdanning, bolig og arbeid og forhold i familien, om de er her eller ikke, og om hvordan familien som system har klart overgangen. Viktig er også de mange utfordringene i tilknytning til nye mennesker og etablering av nye nettverk. Undersøkelser gjennomført av FAFO (Djuve & Hagen, 1995) og Psykososialt senter for flyktninger har vist at et stort antall flyktninger er uten noen form for beskjeftigelse, og sosialt isolert fra vertslandets befolkning og av og til også fra sine egne.

Sosial støtte og eksil

Det er gjort en del studier av forholdet mellom helsetilstand i eksil, tidligere traumer og nåværende sosial støtte. I en undersøkelse av Gorst-Unsworth og Goldenberg (1998) med utgangspunkt i irakiske flyktninger bosatt i Tyskland fremgikk det at dårlig sosial støtte i eksil synes å være en sterkere prediktor når det gjelder depressive lidelser enn traumefaktorer. Kvaliteten av den sosiale støtten, først og fremst det følelsesmessige nivået av støtten i eksil, viste seg å være en viktig faktor for flyktninger med posttraumatisk stressforstyrrelse og depressive reaksjoner, særlig hos dem som hadde vært utsatt for alvorlige traumer som tortur. Fra Canada har Beiser (1988) konkludert med at flyktninger som kom i følge med ektefelle, var mindre deprimerte enn de som kom alene, både etter 10–12 måneder

og etter to år i eksil. Krupinski og Burrows (1986) beskrevet imidlertid at de ikke fant noen forskjell i sykkelighet hos flyktninger som kom alene, sammenliknet med dem som kom sammen med familie. Ikke desto mindre syntes ensomhet å være sterkt medvirkende til utvikling av alvorlige psykiske problemer. Hauffs (1998) undersøkelse viste at av de vietnamesiske flyktningene som ble intervjuet tre år etter bosetting i Norge, var det bare 17 % som hadde rimelig god kontakt med nordmenn, mens 54 % hadde etablert god kontakt med egne landsmenn. En gjennomgang av et datamateriale basert på 946 flyktninger bosatt i Norge viste at betydningen av tilstedeværelse av familie i Norge var stor, særlig når det gjaldt dem som tidligere hadde vært utsatt for omfattende og alvorlige traumatiske opplevelser (Lie et al., 2004).

Arbeid og traumatiserte flyktninger

Det er også gjort undersøkelser av forholdet mellom arbeid, aktivitet og helse som tyder på at fravær av strukturert aktivitet oppleves som en alvorlig tilleggsbelastning for flyktninger som forsterker problemene de sliter med i eksil. Basert på pasientmaterialet fra Psykososialt senter fant en at den eneste variabelen som hadde en klar effekt i forhold til nåværende psykisk helse, var «arbeidsløs/ingen aktivitet» (Lavik et al., 1996). En annen undersøkelse basert på tidligere klienter samt mange nybosatte flyktninger, et ikke-klinisk materiale, viste at det å ha arbeid eller strukturert aktivitet i Norge hadde gunstig effekt på psykiske stress- symptomer uavhengig av grad av traumeeksponering (Lie et al., 2004). Fra Canada er det beskrevet en sammenheng mellom depresjon, det å leve på sosial hjelp og det å kunne dårlig engelsk hos flyktninger (Westermeyer, Neider & Vang, 1984), og videre at det var vanskelig å bedre de språklige ferdighetene når en var plaget av alvorlig depresjon. Depresjon og arbeidsledighet syntes å forsterke hverandre. Undersøkelser fra Tyskland har vist at østtyske flyktninger som forble arbeidsløse, hadde en betydelig dårligere selvrapportert helse enn de med arbeid (Schwarzer et al., 1994). Likeledes er tilpasningsproblemer i USA blant vietnamesiske flyktninger blitt knyttet både til arbeidsløshet og det å være i arbeid under sitt kompetansenivå (Lin, Tazuma & Masuda, 1979).

Hva ber de om? Forventninger i terapi

Hussein fortalte i første time at han ikke hadde tillit til noen – han hadde snakket med mange – men det han ønsket, var å få sove, få hjelp til å huske og å finne seg et nytt sted å bo. Etter at familien ble oppløst, hadde han bodd mange forskjellige steder, og

han følte at han ble tiltakende mindre i stand til å gjøre noe som helst for seg selv. Bestillingen dreide seg både om hus og penger og om å få søvn og konsentrasjon tilbake.

Mange vil møte hos en behandler med uklare ideer om hvorfor de er henvist, eller hvem de er henvist til. Den smule usikkerhet eller forvirring som mange da gir uttrykk for, blir litt for ofte tolket som uttrykk for kulturelle forskjeller, at de ikke riktig vet hva psykologer er for noe, eller lignende. Selvsagt vil det også kunne være slik, men oftest har det trolig å gjøre med at samtalen forut for henvisningen har vært for kort, eller at det ikke har vært tolk til stede. Det som av henvisende instans oppfattes som alvorlige psykiske ettervirkninger etter overgrep og flukt, eller problemer som fremstår som litt uforståelige og vanskelig diagnostiserbare, blir ofte henvist videre til en som kan arbeide psykologisk med disse problemene. Men for den enkelte klient er dette ofte mindre åpenbart. Flyktningen sliter gjerne med sammensatte problemer, der både fysiske symptomer, uklar økonomi, usikre fremtidsperspektiver, alvorlige søvnproblemer og konflikter på hjemmebane utgjør viktige elementer, og der det langt fra er åpenbart at disse kan løses hos en psykolog. Det er derfor viktig at det brukes tid og tolk på samtaler omkring dette, både hos den henvisende instansen og hos den som mottar klienten. Det er ofte nyttig å ta inn henvisende instans i første time, og drøfte motiver og bakgrunn for henvisning, samt forventninger og problemforståelse både hos henviser og klient (Sveaass & Reichelt, 2001).

Terapeutens rolle – utfordringer og hindringer

Hussein ble henvist til psykisk helsevern fra sin fastlege. Legen skriver at pasienten snakker dårlig norsk og får hjelp til å forklare seg i timen av sine voksne barn, men at pasienten selv sier at det er vanskelig å forklare med dem til stede. Legen beskriver følgende symptomer: depresjon, angst, søvnløshet, initiativløshet og nedsatt konsentrasjonsevne. Legen skriver at pasienten er sterkt lidende og absolutt i behov av hjelp. Han har ikke oppsøkt hjelp tidligere, men klart seg på et eller annet vis. Det noe uklare psykopatologiske bildet, de betydelige språkproblemene, mange pågående

problemer i eksil, samt en bakgrunn i et helt annet land, gjør at spesialkompetanse er nødvendig.

Ankomsten av de første store gruppene med sterkt traumatiserte flyktninger til Europa på 1970- og 1980-tallet førte til omfattende diskusjoner om faglige forutsetninger hos helsevesenet, metoder i arbeidet, terapeutens posisjon i forhold til verdier og politikk, og om det var mulig å hjelpe mennesker med så omfattende menneskeskapte problemer. Ricardo Mollica, som tidlig etablerte en poliklinikk for flyktninger som kom til USA fra Indokina i perioden etter 1979, oppsummerte erfaringene i en artikkel, *The trauma story*. Behandlerne var i begynnelsen redde for ikke å *forstå* flyktningene, og at flyktningene på sin side ikke ville forstå hjelperne sine. Likeledes var de redde for at de ikke hadde noe å tilby pasientene, og at disse ikke ville komme tilbake etter første konsultasjon. Det viste seg at de kambodsjanske flyktningene var aktive når det gjaldt å oppsøke ulike typer hjelpetilbud, men unngikk systematisk å oppsøke en klinikk i psykisk helsevern. Det var først da de hadde flyttet klinikken inn i en førstelinjekontekst, at flyktningene kom – og fortalte sine voldsomme historier (Mollica, 1988).

Møte med flyktningene, den politiske volden og de grove menneskerettighetsbruddene har krevd en utvidelse av det terapeutiske rommet. Terapeuten må gi rom for å inkludere historier, tradisjoner, metoder og samarbeidspartnere som representerer noe nytt og annerledes. Som terapeut blir en stilt overfor mennesker med opplevelser og erfaringer som en knapt tror er mulige, og som det tradisjonelt har stått lite om i psykologisk faglitteratur. En må forholde seg til nye tradisjoner, til religioner og kulturer, og ta dette inn i det kliniske arbeidet. Det kanskje viktigste bindeleddet til denne klientgruppen, nemlig tolken, er blitt en ny og nær samarbeidspartner (Dahl & Pettersen, 1997; Jareg & Pettersen, 2001, 2006; Nygård, 2006, dette nummeret).

En side av arbeidet med flyktninger som mange terapeuter har vurdert som problematisk, er alt det andre som med nødvendighet trekkes inn i samtalen. Selv de mest sosialt orienterte behandlerne har ikke behøvd å ta inn så mye kontekst som en har måttet gjøre i møte med flyktningene, både når det gjelder livet og tilværelsen forut for flukten, og i forhold til den dagsaktuelle og ofte kompliserte eksilsituasjonen.

Få flyktninger presenterer et psykologisk problem isolert og avgrenset, og mange forhold i livssituasjonen, som økonomi, bolig, naboer, arbeid og skole, må tas inn og bli en del av den kliniske samtalen. Det å etablere et godt fungerende hjelpernetzverk rundt den enkelte klient er viktig, både

for å kunne yte nødvendig hjelp og behandling når det gjelder skader, andre helsemessige problemer etter tortur og flukt, og de mange eksilrelaterte problemene, men også for å gi selve det psykologiske behandlingsarbeidet plass og mulighet (Reichelt & Sveaass, 1994a, 1994b). Ofte vil juridiske problemstillinger bli aktualisert, alt fra samarbeid om helsevurderinger og begrunnelse for asyl, til spørsmål vedrørende straffeforfølgelse av torturister og rettferdighet for dem som har vært utsatt for volden.

Rollen til den kliniske psykolog utfordres, både når det gjelder metodisk tilnærming i arbeidet, kunnskap om geografi og kultur, og temaer som terapeutens verdiposisjoner, kunnskap om menneskerettigheter og nøytralitet. Terapeuter som stiller spørsmål ved egen kompetanse eller forutsetninger for å arbeide med traumatiserte flyktninger, knytter disse ofte til kommunikasjonsvansker, at det er uvant å arbeide med tolk, at det kan virke vanskelig å overkomme den kulturelle kløften, og at pasientens forventninger til samarbeidet er annerledes enn hos andre klienter (Havig & Hagen, 2005; Holt, 2000; Major, 2000; Storholt, 2003). Derimot fremstår arbeid med traumer som noe de fleste behandlere har erfaring med. Men det spesielle som knytter seg til tortur og liknende grove overgrep, i en krysskulturell kontekst, medvirker nok til at terapeuter oftere enn ellers stiller spørsmål ved om de har tilstrekkelig bakgrunn for dette, ofte av frykt for å trå galt og forverre situasjonen til klienten. Manglende felles kulturelle referanser vil oppleves som særlig fremtredende i en slik situasjon.

Effekten av behandling

En gjennomgang av 29 randomiserte og kontrollerte studier av behandling av pasienter med PTSD (Bisson & Andrew, 2005) konkluderer med at traumefokuserte behandlingsmetoder, som traumefokusert kognitiv atferdsterapi (Trauma focused CBT), både i gruppe og individuelt, og «stress management»-tilnærminger, ga gode resultater i PTSD-behandling, og førte til reduksjon av PTSD-symptomer. Studier der EMDR var blitt benyttet som behandlingsmetode, var ikke inkludert i denne undersøkelsen. En annen oversikt over ulike behandlingsformer og PTSD viser at ulike metoder reduserer forskjellige symptomer (Magellan, 2006). Men det som er gjennomgående i de fleste oversikter, er at de ikke inkluderer studier der traumatiserte flyktninger er klientgruppen.

Det finnes få systematiske studier som gir holdepunkter for hva som er gode og virksomme behandlingsmetoder når det gjelder traumatiserte flyktninger. Kunnskapen om behandling av

denne gruppen pasienter er i hovedsak basert på erfaringer fra klinisk arbeid, først og fremst av deskriptiv karakter (Carlsson, 2005). Det mangler gode effektstudier av spesifikke behandlingsformer når det gjelder denne gruppen (Hauff, 2005). Dette bekreftes i en gjennomgang som Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester nylig utarbeidet der de fant frem til 204 referanser, men ingen systematisk oversiktsartikkel over effektstudier om behandlingsmetoder for flyktninger med alvorlige psykiske helseproblemer (Innvær, Ormstad & Paulsen, 2006).

De pasientgruppene som oftest beskrives i oversiktsartikler om PTSD-behandling, består i hovedsak av mennesker som har vært utsatt for alvorlige traumeopplevelser, men gjerne enkeltstående erfaringer og over en avgrenset tids-periode. Det som ofte preger flyktningers bakgrunn, er at de har vært utsatt for forskjelligartede traumer, over lang tid, og hvor overgrepserfaringene kan ha vært knyttet både til alvorlig tap og til omfattende ydmykelse, slik som i tortur. I tillegg befinner de seg, ofte mot sin vilje, i et annet land, og mange har også bakgrunn i lavinntektsland, med det dette kan innebære av sosioøkonomisk og helsemessig usikkerhet. Det er ikke uten videre mulig å overføre erfaringer og konklusjoner basert på den eksisterende PTSD-litteraturen til arbeidet med traumatiserte flyktninger.

En gjennomgang av erfaringer fra rehabiliteringsarbeid med torturerte utarbeidet av Gurr og Quiroga (2001) viste at det er samlet mye kunnskap om torturmetoder og konsekvenser både psykologisk og somatisk, og at det også er utviklet manualer for undersøkelse og dokumentasjon av slike skader. Når det gjelder behandling og rehabiliteringstiltak, er det fremdeles behov for mer kunnskap og resultater basert på empiriske studier. Det er en gjennomgående erfaring at dette arbeidet krever en flerfaglig tilnærming og gode modeller for gjennomføring av de mange tiltakene. Gurr og Quiroga (2001) argumenterer både for og imot de såkalte integrerte modellene, det vil si at alle tjenester samles under ett tak. Fordelen er selvsagt at kommunikasjon, henvisning og gjennomføring blir lettere. Det uheldige kan være at slike integrerte sentre isolerer seg noe fra den øvrige helsetjenesten og ikke i tilstrekkelig grad klarer å nyttiggjøre seg eksisterende tilbud i det samfunnet der folk skal bo. Denne vekten på en flerfaglig tilnærming ble understreket i et nylig publisert doktorgradsarbeid fra Rehabiliteringssenteret for Torturofre i København (Carlssen, 2005).

I alt psykologisk arbeid med mennesker som har vært utsatt for politisk vold og overgrep, er det av stor betydning at det etableres en trygg ramme slik at situasjonen oppleves så sikker og forutsigbar som mulig. Trygghet og stabilisering, både i den terapeutiske relasjonen og i forhold til verden omkring, er et viktig tema i første del av arbeidet (Varvin, 2003; Veer & Waning, 2004).

Det vil ofte være behov for å forklare hva behandling innebærer, og likeledes bruke tid på hvordan henvisningen er blitt forstått. Ofte er de opplevde problemene så sammensatte og bestillingen så bred at det kan være vanskelig for de henviste å forstå på hvilket grunnlag og med hvilken hensikt de er blitt henvist nettopp til en psykolog. Av og til kan også dette oppleves som et nederlag, og redselen for å være blitt gal eller utilregnelig vil ofte kunne være til stede. Alt dette som kan sammenfattes som alliansebyggende virksomhet, er særlig viktig, fordi så mange har vært utsatt for brutte relasjoner og opplevelser av svik og tillitsbrudd. Denne delen av arbeidet vil ofte være tidkrevende, men altså nødvendig.

Det er først når det er oppstått en delt forståelse av hva klient og terapeut skal gjøre sammen, at det er rimelig å begynne å arbeide med traumehistoriene. Heller ikke disse vil komme atskilt fra andre deler av livserfaringene, men vil ofte fremstå i biter og deler, avhengig av den enkeltes form og overskudd til å fortelle. I dette arbeidet vil det være viktig å ha en bevissthet omkring hvordan en arbeider med traumehistorien. Det å dele med andre hva som er skjedd, er ofte vanskelig og kan oppleves som ydmykende og smertefullt.

Historiene vil ofte oppleves som fragmenterte. Den terapeutiske utfordringen vil være å bidra til at historien ikke bare blir fortalt, men at fragmentene i opplevelsen bindes sammen, og at den rekonstrueres i en trygg situasjon.

Det er viktig at terapeuten forholder seg aktivt og tilstedeværende som en som kan «holde i» situasjonen, en som kan skape trygghet og ikke lar pasienten «forsvinne» inn i gjenopplevelsen (PSSF, 2003, s. 30–31). Likeledes må terapeuten vise at han eller hun tåler å høre historiene. Rekonstruksjon av traumatiske hendelser synes å være en viktig forutsetning for videre bearbeiding, men det er viktig at dette ikke skjer før vedkommende selv er i stand til å gjøre det. Det å kunne ha kontroll over egen historie og over tidspunktet for å begynne å snakke er av stor betydning i arbeid med mennesker hvis kontroll, styring og verdighet er blitt så tråkket på.

Betydningen av tid, og av å kunne tilby mye tid, fremheves ofte, men ikke nødvendigvis i den forstand at klientene trenger å komme ofte. Mange ganger vil det være snakk om at enkelttimene tar en del tid både fordi timene tolkes, og fordi innholdet er slik at det er rimelig å sette av en dobbelttime. Men det som fremheves, er kontakt over tid, kanskje over år, men altså ikke nødvendigvis så hyppig.

Hva opplever flyktningpasientene som betydningsfullt i terapi?

Hussein uttrykte ofte i løpet av terapien at det var viktig å snakke med den samme personen, en han kunne stole på, og en som ikke ble sint hvis han ikke klarte det han følte det norske samfunnet forventet av ham. Men han syntes også at det å få råd og bli rettet på av og til var bra. Men mest tenkte han nok på samtalene som et sted hvor han var trygg og kunne fortelle om det vonde uten at det ble så mye mas.

Noen undersøkelser har sett på hva flyktningklienten selv, i etterkant av terapi, ser tilbake på som det viktigste de har opplevd i behandling. I sin artikkel «Creating a safe therapeutic sanctuary» skriver Van der Veer og van Waning (2004) at når de spør klientene etter avslutning av terapi om hva som har hjulpet dem best i forbindelse med behandlingen, svarer mange at det ofte er en bemerkning eller uttalelse fra terapeutens side som de har bitt seg merke i og husker. Det er da gjerne noe som er sagt og som gjør at personen begynner å se på seg selv og omgivelsene med nye øyne, på en annen måte. Dette er noe som terapeuten ikke selv husker eller er oppmerksom på, og stort sett ikke kommentarer eller bemerkninger som er knyttet til en bevisst intervensjon eller til noen behandlingsprotokoll (s. 212). Denne observasjonen stemmer godt overens med våre erfaringer. Vi er ofte blitt forbauset over at tilsynelatende korte og ikke spesielt planlagte kommentarer er blitt husket mange år etter, og er blitt referert til som «forløsende ord», ord som var gode å tenke tilbake på, eller som på en eller annen måte satte noe på plass. Et eksempel er hentet fra samtaler med en kvinne som ble voldtatt i tilknytning til at hennes mann ble bortført og drept. Hun ble gravid etter voldtekten og fødte et barn. Barnets far var dermed skyldig i at kvinnens mann og hennes øvrige barns far ble bortført og drept. Hennes fortvilelse var ubeskrivelig, og i timene hendte det at hun både kastet opp og besvimte. På et tidspunkt, da det hele virket litt håpløst og behandleren ikke klarte å finne på noe annet å si, valgte hun å si til klienten at «hun var en modig soldat». Dette var et forsøk på å formidle at siden voldtekten var en del av den krigen som ble ført i klientens land, måtte handlingen dreie seg om en krigsforbrytelse rettet mot henne. Hun måtte derfor betraktes som en soldat – og en modig en – fordi hun hadde klart å sørge for å få seg selv og sine barn i sikkerhet. Hennes oppgave nå var å være både mor og far for det nye barnet. Hun visste jo at hun aldri ville kunne forholde seg til eller tenke på ham som var opphav til barnet. Som behandler kunne en ha forventet at dette ville falle flatt til jorda – i stedet satte hun seg opp, tørket tårene og sa hun aldri hadde tenkt slik på dette før. Hun klarte for

første gang å gjennomføre hele timen uten store avbrytelser. Og selv mange år etterpå har hun referert til disse uttalelsene som skjellsettende og som noe hun stadig henter frem.

Peter Elsass har i sin bok «Torturoverleveren» beskrevet en undersøkelse der han intervjuet både terapeut og klient om behandlingssituasjonen og hva som fremsto som viktig i forbindelse med denne. Undersøkelsen omfatter 20 torturoverleverere og 10 terapeuter, og det er foretatt sammenligninger med kliniske erfaringer med danske angstpasienter (1995, s. 143). Torturoverleverere og angstpasienter hadde omtrent like mange klager. De torturerte klientene var mer «symptomfiksert» og mer opptatt av hva som skjedde utenfor terapirommet, enn angstpasientene var. Videre var torturklientene langt mindre opptatt av torturen eller selve den terapeutiske prosessen enn deres behandlere var. Det viste seg også at det var større forskjeller mellom måten klient og behandler beskrev eller omtalte det terapeutiske arbeidet på, enn tilfellet var mellom terapeuter og danske angstklienter. Når det gjaldt det innholdsmessige av behandlingen, som fremkom i undersøkelsens kvalitative del, så var det dette med å kunne vende tilbake til den samme personen, ha avtale som setter litt rammer på tilværelsen, og det å ha noe forutsigbart og trygt, beskrevet som det sentrale. Det å ha en å snakke med som en kunne stole på, ble fremhevet som vesentlig, men klientene vurderte ikke innholdet som så betydningsfullt som det var sett med terapeutens øyne.

Nimisha Patel ved Medical Foundation i London har gjennomført en liknende undersøkelse der hun spurte både terapeuter og klienter om hva de anså for å være eller ha vært det viktigste som skjedde i forbindelse med den psykologiske behandlingen (Patel, 2005). Terapeutene ble spurt, ikke om det de selv ville trekke frem som viktigst i kraft av å være terapeuter, men om hva de trodde pasientene deres ville si når de blir spurt om hva som var viktigst. Terapeutene trodde følgende var av betydning sett med klientenes øyne: At det ble en god relasjon og tillit mellom terapeut og pasient, og at de fikk hjelp til å gjenetablere et tidsperspektiv, det vil si at de igjen kunne planlegge sin fremtid. Dessuten var det av stor betydning å kunne snakke om det som hadde skjedd, og at klientene fikk hjelp til å integrere minnene i sine historier. Terapeutene mente at det å ha færre symptomer og det å kunne forholde seg til andre mennesker var noe pasientene ville peke på. Det at flyktningklienten kunne få kapasitet til å integrere seg og engasjere seg i samfunnet de bor i, mente de også ville bli tillagt vekt av klientene. Klientene selv understreket følgende: For dem var det å være, eller føle seg, trygg det absolutt viktigste, ikke bare i terapisisituasjonen, men generelt i sitt daglige liv. Like viktig var rettferdighet, det vil si å få overgriperne og de skyldige stilt for retten, og selv bli tilkjent rettigheter, for eksempel retten til helse. Det å ha muligheter til å gjøre noe for og i eget liv var også

viktig (i undersøkelsen omtalt som «empowerment»). Dette var nær knyttet til det å ha rettigheter og verdighet. På spørsmål om hvordan de kunne vite at dette målet var nådd, svarte de at i det øyeblikket de følte seg respektert av andre, og hadde muligheter for å gjøre noe med livet sitt, da ville de vite at de var kommet dit.

Diskusjon

Vi mangler kunnskap om virksomme intervensjonsmodeller. Men det er viktig å ta utgangspunkt i den kunnskapen som er etablert, særlig om betydningen av å bidra til etablering av en mest mulig meningsfull tilværelse for den enkelte flyktning. Dette vil ofte forutsette at det brukes tid og krefter på å etablere gode allianser og trygge rammer for behandling, at det utvikles kombinerte og koordinerte tiltak på tvers av sektorer, der også somatiske helsetiltak kan bli tilgjengelige, og der arbeid, aktivitet og etablering av sosiale nettverk er vesentlige ingredienser.

Det konkrete terapeutiske arbeidet er ofte forbausende «ueksotisk». Det dreier seg om allmennmenneskelige spørsmål som blir særlig viktige nettopp på bakgrunn av tap og overgrep. Det handler om å forholde seg til seg selv, kunne se seg i speilet og kunne legge seg til for å sove, likeledes å forholde seg til andre i familien, tåle endringer og forskjeller, og være til nytte og ikke være et samfunnsproblem. Utfordringen for klienten er å bli tatt på alvor uten å bli sett på som «snylter» eller «mindreverdig», og å kunne bruke sine ressurser og ikke gi opp og oppleve at alt er tapt. Klient og terapeut må kunne forstå hverandre i den forstand at de kan snakke sammen og utforske felles temaer sammen. Dette forutsetter både at en gjør tolken til en ressurs i arbeidet, og at en klarer å forholde seg til at fortiden til mange av klientene er preget av store, alvorlige og av og til uforståelige opplevelser. Noen ganger vil det være nyttig å gjøre disse til temaer, andre ganger ikke. Det vil oftest klienten selv mene mye om.

Men det verken skader eller forvirrer å bli kjent med mange av de temaene som dukker opp i dette arbeidet, alt fra internasjonale menneskerettighetskonvensjoner til kunnskap om kulturelle forskjeller og måter å utvikle økt kultursensitivitet på. Det å være ydmyk i forhold til egen ekspertrolle og være genuint nysgjerrig er viktig i møte med mennesker med så ulike bakgrunn. I mange situasjoner vil ressurstilgangen oppleves som særlig mangelfull. Klienten er kanskje alene i det nye landet, har store problemer med å fungere i det norske samfunnet, det har vært vanskelig å finne holdepunkter i en ny tilværelse, og familien i hjemlandet er utsatt for trusler og usikkerhet. Det er da

historien om å koke suppe på en spiker synes å være en nærliggende metafor – hvilket bilde skal en holde frem som kraftgivende, hvilke perspektiver skal en arbeide etter i en situasjon som kan virke så låst og uten utgang? Det er da det kan være godt å huske på at det kanskje nettopp er de små grepene, de små bildene og innspillene som kan gi håp: de nesten umerkelige intervensjonene som skaper nye bilder, og kanskje kan gi opphav til noen nye historier, noe som rommer en liten sti til en løsning, i hvert fall av noe.

Til slutt – arbeidet med flyktninger er utfordrende og sammensatt, og ikke noe som bør gjøres som alenestående fagperson. Faglig fellesskap, veiledning og støtte er viktig å sikre seg. Traumatiske erfaringer gjør sårbar, og sårbarhet kan være tungt å arbeide med. Det siste flyktningpasienten trenger, er oppgitte behandlere – det er derfor viktig å opprettholde eget nettverk av faglig støtte, inspirasjon og kanskje korreksjon.

Nora Sveaass

Kirkeveien 166

0407 Oslo

Tlf 22 59 55 00

E-post nora.sveaass@nkvts.unirand.no

Referanser

- Beiser, M., Johnson, P. J. & Turner, R. J. (1993). Unemployment, underemployment and depressive affect among Southeast Asian refugees. *Psychological Medicine*, 23, 731–743.
- Bison, J. & Andrew, M. (2005). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005, Issue 3. Art. No.: CD003388. DOI: 10.1002/14651858.CD003388pub2.
- Carlsson, J. (2005) *Mental health and health-related quality of life in tortured refugees*. Doktoravhandling. Københavns Universitet.
- Dahl, S., Dahl, C. I., Sandvik, L. & Hauff, E. (2005). *Problems of attrition in follow-up studies of traumatized refugee patients: Practical and methodological issues*. Manuscript submitted.

- Dahl, C. I. & Pettersen, Z. (1979). Det tapte språk. Tolking i psykososialt og psykoterapeutisk arbeid med flyktninger. I N. Sveaass & E. Hauff (red.), *Flukt og fremtid* (ss. 242–255). Oslo: Gyldendal.
- Djuve, A. B. & Hagen, K. (1995). «Skaff meg en jobb!» *Levekår blant flyktninger i Oslo*. Oslo: Fafo Rapport.
- Elsass, P. (1995). *Torturoverleveren*. København: Gyldendal.
- Elsass, P. (2003). *Håndbok i kulturpsykologi. Et fag på tværs*. København: Gyldendal.
- Flyktninghjelpen (2006). *Flyktningregnskapet 2006: Alt om mennesker på flukt over hele verden*. Oslo: Flyktninghjelpen.
- Gorst-Unsworth, C. & Goldenberg, E. (1998). Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. *British Journal of Psychiatry*, 172, 90–94.
- Gurr, R. & Quiroga, J. (2001). Approaches to torture rehabilitation. A desk study covering effects, cost-effectiveness, participation, and sustainability. *Torture*, Supplementum, 1.
- Hauff, E. (1998). *The stresses of war, organised violence and exile: A prospective community cohort study of the mental health of Vietnamese refugees in Norway*. Oslo: University of Oslo.
- Hauff, E. (2005). *Psykisk helsevern for flyktninger og andre personer som har vært utsatt for ekstreme traumer – refleksjoner ved et veiskille*. Foredrag avholdt i Norsk sykehusforening, 20. september 2004.
- Havig, A. K. & Hagen, A. (2005). *Kulturelle utfordringer i den terapeutiske praksis. En undersøkelse basert på to studenters litteraturstudier og intervju med erfarne terapeuter*. Kandidatavhandling. Psykologisk Institutt, Århus Universitet.
- Holt, G. K. (2000). «Så mye å ta tak i.» *En kvalitativ undersøkelse av psykologers opplevelse av arbeidet med flyktninger og innvandrere*. Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo.
- Innvær, S., Ormstad, S. S. & Paulsen, E. J. (2006). *Behandlingsmetodar for flyktningar med alvorlige psykiske helseproblem*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenestane. Oslo.
- Jareg, K. & Pettersen, Z. (2001). Bruk av tolk. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 38, 1149–1156.
- Jareg, K. & Pettersen, Z. (2006). *Tolking, en håndbok*. Bergen: Fagbokforlaget
- Krupinski, J. & Burrows, G. (Eds). (1986). *The price of freedom: Young Indochinese refugees in Australia, Rushcutters Bay* (N.S.W. Australia): Pergamon Press.

- Laban, C. J., Gernaat, H. B. P. E., Komproe, I. H., Schreuders, B. A. & De Jong, J. V. M. (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 843–851.
- Lavik, N. J., Hauff, E., Skrondal, A. & Solberg, Ø. (1996). Mental disorder among refugees and the impact of persecution and exile: Some findings from an out-patient population. *British Journal of Psychiatry*, 169, 726–732.
- Lie, B. (2003). *The triple burden of trauma, uprooting and settlement. A non-clinical longitudinal study of health and psychosocial functioning in refugees in Norway*. Doctoral Thesis, The Faculty of Medicine, University of Oslo
- Lie, B., Sveaass, N. & Eilertsen, D. E. (2004). Family, activity and posttraumatic reactions in exile. *Community, Work & Family*, 7, 327–351.
- Lin, K. M., Tazuma, L. & Masuda, M. (1979). Adaptational problems of Vietnamese refugees. *Archives of General Psychiatry*, 36, 988–961.
- Major, E. (2000). Psykiatrisk/psykologisk arbeid med flyktninger og asylsøkere. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 120, 3420–3423.
- Marshall, G. N., Schell, T. L., Elliott, M. N., Berthold, S. M. & Chuun, C. A. (2005). Mental health of Cambodian refugees 2 decades after resettlement in the United States. *Journal of American Medical Association*, 294, 571–579.
- Mollica, R. F. (1988). The trauma story: The psychiatric care of refugee survivors of violence and torture. I F. M. Ochberg (Ed.), *Post-traumatic therapy and victims of violence* (ss. 295–314). New York: Brunner/Mazel.
- Nordanger, D. Miaaland, T. & Lie, G. H. (2006). PTSD og konfotering av traumer i et kulturelt perspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 63, 1292–1299.
- Patel, N. (2005). *Presentation of on-going projects at Medical Foundation*. European Network meeting, Geneva, April 2005.
- PSSF (2003). *Veileder i psykiatrisk og psykososialt arbeid med traumatiserte flyktninger* Psykososialt senter for flyktninger, Universitetet i Oslo.
- Reichelt, S. & Sveaass, N. (1994a). Når «glimrende» spørsmål gir uforståelige svar. En utforskning av familieterapeuters møte med flyktningefamilier i et sosialkonstruksjonistisk perspektiv. Del I. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 31, 609–619.

- Reichelt, S. & Sveaass, N. (1994b). Når «glimrende» spørsmål gir uforståelige svar. Del II. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 31, 663–670.
- Schwarzer, R., Jerusalem, M. & Hahn, A. (1994). Unemployment, social support and health complaints: A longitudinal study of stress in East German refugees. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 4, 31–45.
- Silove, D. (1999). The psychological effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma. Toward an integrated conceptual framework. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 200–207
- Statistisk sentralbyrå (2005). <http://www.ssb.no/tabell/innvbef/lesedato30112005>
- Statistisk sentralbyrå (2005). <http://www.ssb.no/innvstat/lesedato30112005>
- State of World's Refugees (2000). UNHCR. <http://www.unhcr.ch/pubs/sowr2000/sowr2000toc.htm> UNHCR lesedato 08112005
- Storholt, T. (2003). Terapeuters refleksjoner om kultur og kommunikasjon i møte med flyktningpasienter. *Linjer*, nr.1, 30–34.
- Summerfield, D. (1995). Addressing human response to war and atrocity: Major challenges in research and practices and the limitations of Western psychiatric models. I R. J. Kleber, C. R. Figley & B. P. R. Gersons (Eds.), *Beyond trauma. Cultural and societal dynamics* (ss. 17–30). New York: Plenum Press.
- Schwarzer, R., Jerusalem, M. & Hahn, A. (1994) Unemployment, social support and health complaints. A longitudinal study of stress in East German refugees. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 4, 31–45.
- Søndergård, H. P., Ekblad, S. & Theorell, T. (2001). Screening for post-traumatic stress disorder among refugees in Stockholm. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 238–245.
- Sveaass, N. & Reichelt, S. (2001). Engaging refugee families in therapy: Exploring the benefits of including referring professionals in the first family interviews. *Family Process*, 40, 95–114.
- UCDP (2005). Uppsala Conflict Data Program: Department of Peace and Conflict research. Uppsala Universitet. Date of access 26/10 2005. Last update 17/10 [Http://www.pcr.uu.se/research/UDCP/graphs1.htm](http://www.pcr.uu.se/research/UDCP/graphs1.htm)
- UDI. (2004). *Tall og fakta 2004*. Oslo: Utlendingsdirektoratet. <http://www.udi.no>
- UDI. (2005). *Nøkkeltall, 2005*. Oslo: Utlendingsdirektoratet. <http://www.udi.no>
- UDI (2006). *Tall og fakta 1. tertial 2006*. Utlendingsdirektoratet, <http://www.udi.no>

- UNHCR (2004). Global refugee trends: Overview of refugee populations, new arrivals, durable solutions, asylum-seekers, stateless other persons of concern to UNHCR. UNHCR, Geneva. [Http://www.unhcr.ch/statistics](http://www.unhcr.ch/statistics)
- Varvin, S. (2003). *Flukt og eksil. Traume, identitet og mestring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Veer, G. v. & Waning, A. v. (2004). Creating a safe therapeutic sanctuary. I J. P. Wilson & B. Drozdek (Eds.). *Broken spirits. The treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims* (ss. 185–221). New York: Brunner-Routledge.
- Westermeyer, J., Neider, J. & Vang, T. F. (1984). Acculturation and mental health. A study of Hmong refugees as 1.5 and 3.5 years postmigration. *Social Science and Medicine*, 18, 87–93.