

PTSD og konfrontering av traumer i et kulturelt perspektiv

Dag Nordanger , Thera Mjaaland og Gro Therese Lie

PTSD og konfrontering av traumer i et kulturelt perspektiv

Diagnosen PTSD er dypt forankret i en vestlig psykologisk tradisjon. Derfor risikerer man å overse andre kulturers uttrykk for psykiske plager, og ignorere lokale tilpasningsressurser.

¹ Begrepet *diskurs* betyr i denne artikkelen «En bestemt tenkemåte eller måte å forstå verden på» (jfr. Winther Jørgensen, 1999)

Konsekvenser av krig

Krig øver i stadig større grad vold på sivilbefolkningen. Sivile utgjør i dag omtrent 75 % av dem som blir drept på grunn av krig. Når man inkluderer tallet på skadede og fordrevne, øker det sivile skadeomfanget av krig til 90 %. FNs høykommissær for flyktninger (2003) melder i sin siste årbok at det ved slutten av 2003 var 17,1 millioner fordrevne mennesker i verden, deriblant 9,7 millioner flyktninger og 5,3 millioner internt fordrevne. De langt fleste av disse hadde måttet forlate sine hjem på grunn av krig. Immigrantbefolkningen i Norge utgjorde ved slutten av 2004 omtrent 365 000 mennesker. Hele 50 % av disse kom til landet som flyktninger, de største gruppene fra Irak, Balkan, Somalia og Vietnam (Statistisk sentralbyrå, 2005a, 2005b). Rapporter fra slike områder forteller også at krigsofre, i tillegg til den militære trusselen, utsettes for et vidt spekter av vold mot fysisk og psykisk integritet, i form av overgrep som voldtekt, tortur og andre ydmykelser (se f.eks. Human Rights Watch, 2005).

Krig forårsaker store psykososiale lidelser hos mennesker over hele verden. Forringet psykososial helse i form av for eksempel angst, depresjon, posttraumatiske plager, stoffmisbruk, relasjonelle vansker, sorg, aggresjon, håpløshet og tap av motivasjon, er godt dokumentert både hos barn og voksne rammet av krig, samt hos flyktninger fra krigsherjede deler av verden (se f.eks. Cusack, 2002; Kinzie, 2001; Mghir & Raskin, 1999).

Traumatologi og PTSD

Fagfeltet traumatologi er basert på studier av psykososiale konsekvenser av krig. Figley (1993) definerer traumatologi som «the investigation and application of knowledge about the immediate and long-term psychosocial consequences of highly stressful events and the factors which affect those consequences.» (s. xvii). Traumatologi har utviklet seg til å bli en selvstendig disiplin innen

psykologien i løpet av de siste tretti årene. Selv om feltet har røtter til pionerer som Charcot, Janet and Freud, skjøt det først fart da tusener av amerikanske soldater vendte hjem fra Vietnam-krigen med sterke psykososiale plager. Diagnosen Posttraumatic stress disorder (PTSD) ble introdusert i den tredje revisjonen av Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III) i 1980 (American Psychiatric Association (APA), 1980) nettopp som et resultat av oppsamlede erfaringer med problemene Vietnam-veteranene slet med. Diagnosen ble raskt sentrum for det meste av teoribygging, forskning og utvikling av terapeutiske intervensjoner på traumefeltet. PTSD inkluderer tre symptomgrupper: Gjenopplevelser og andre invaderingssymptomer (kriterium B), symptomer knyttet til unngåelse av påminnere av den traumatiske hendelsen (kriterium C), samt symptomer på overaktivering (kriterium D). I traumelitteraturen har PTSD nærmest etablert seg som en operasjonell definisjon av traume og traumatisering: «Et traume» omtales gjerne som synonymt med hendelser som kan utløse PTSD, mens «å være traumatisert» gjerne omtales som synonymt med å ha, eller risikere å utvikle, PTSD. Denne praksisen må sees i sammenheng med at diagnosen i seg selv tillegger en viss type hendelse – traumet – årsaksforklarerende betydning. For at man skal kunne vurdere diagnosen PTSD, må personen ha opplevd, vært vitne til eller blitt konfrontert med en hendelse som involverer reell død eller alvorlig skade eller trussel om dette, eventuelt en trussel mot ens egen eller andres fysiske integritet (kriterium A) (se APA, 2000).

Globaliseringen av traumatologi og PTSD

Da diagnosen PTSD kom, fikk traumatologifeltet en distinkt og veldefinert «fiende» å rette oppmerksomheten mot. Dette ledsaget global distribusjon av diagnosen, samt av relaterte forebyggings- og behandlingsregimer. I løpet av åtti- og nittitallet inkluderte de fleste internasjonale humanitære organisasjoner traumefokusert bistand i sin støtte til mennesker rammet av krig eller naturkatastrofer, implementert gjennom programmer som tok sikte på «trauma recovery», «trauma healing», eller lignende (for eksempler, se Global Information Network in Education, 2003). Samtidig ble traumefokusert hjelp i økende grad prioritert i vestlige mottakerland for flyktninger. Psykososialt senter for flyktninger som ble etablert i Oslo i 1991, samt de psykososiale teamene for flyktninger som fulgte i de andre helseregionene, ble berammet for å representere spisskompetanse på traumehjelp til flyktninger (Major, 2003). En nyere nasjonal undersøkelse viser at flyktninger, nest etter ofre for voldtekt/sekssuelle overgrep generelt, utgjør den største klientgruppen som mottar

traumeterapi ved de norske traumeinstitusjoner og avdelinger (Major, 2003). Diagnosen PTSD står sentralt i denne typen arbeid. Hele 75 % av traumatiserte personer i Norge, definert i undersøkelsen som «mennesker som har vært direkte utsatt for livstruende traumer eller påkjenninger som ulykker/katastrofer, vold, seksuelle overgrep og krigspåkjenninger» (s. 2709), er diagnostisert med PTSD.

PTSD-konseptets krysskulturelle anvendelighet

Forskningsgrunnlaget som legitimerer global distribusjon av diagnosen PTSD er på ett vis imponerende. Dersom man oppsummerer foreliggende dokumentasjon fra kriserammede vestlige folkegrupper, fra flyktninger i vestlige land, samt fra folkegrupper i ulike deler av Afrika (f.eks. Carey, Stein, Zungu Dirwayi, & Seedat, 2003; de Jong, Kleber, & Puratic, 2003), Asia (f.eks. Kokai, Fujii, Shinfuku, & Edwards, 2004; Matkin, Nickles, Demos, & Demos, 1996) og Latin-Amerika (f.eks. Lima & Pai, 1993), er det nærliggende å konkludere med at PTSD forekommer over hele verden (deGirolamo, 1996; Zur, 1996). Det samme forskningstilfanget indikerer at folk i alle kulturer er sårbare for PTSD uavhengig av kjønn og alder, og at PTSD kan utløses av et spekter av hendelser forbundet med krig, deriblant militære trusler, voldtekt og tortur samt tap av nære, eller tap av hjem og eiendom (se Marsella, Friedman, Gerrity, & Scurfield, 1996). På denne måten indikerer forskningen også at det fins en universell sårbarhet for sterkt stressende *hendelser*.

Konfrontasjonsdiskursen i vestlig psykologi

Samtidig kan man si at diagnosen PTSD er dypt forankret i en vestlig psykologisk tradisjon. Dette illustreres dersom man ser nærmere på unngåelsessymptomene (kriterium C). I Impact of event scale (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979), et av de vanligste instrumentene for å diagnostisere PTSD, blir nivået av unngåelse målt ved følgende testledd: «I tried not to think about it»; «I tried to remove it from memory»; «I stayed away from reminders of it», og: «I tried not to talk about it» (Wictims's Web, 2005). PTSD-skåren blir høyere jo mer personen bekrefter slike utsagn. Bak slike testledd ligger en ide som ikke er kulturøytral: Ideen om at unngåelse er psykososialt usunt. Dette er kjernebudskapet i den vestlige psykologiens to mest innflytelsesrike retninger: psykoanalysen og behaviorismen. Psykoanalysen postulerer at traumer produserer psykopatologi dersom de fortrenses. Gjennom katarsis mister de derimot sin destruktive kraft. Læringsteori postulerer

at dysfunksjonelle reaksjoner kan avlæres dersom personen eksponeres for deres utløsere. Når utløsende stimuli konfronteres over tid, mister de sin destruktive kraft. Selv om moderne modeller for PTSD er komplekse og vektlegger ulike mekanismer (et overblikk gis av Winje, 1997), utgjør disse tesene fellesnevnerne. Van der Kolk og medarbeidere oppsummerer at avlæring av betingende aktiveringsresponsen må være et grunnelement i alle behandlingstilnærminger (van der Kolk, McFarlane, & van der Hart, 1996), mens Matsakis (1994) konkluderer at bedring alltid vil forutsette at klienten slutter å fortrenge traumatiske minner slik at han eller hun får kontakt med traumenes emosjonelle innhold. Oppsummert inviterer de fleste vestlige behandlingstilnærminger til at man ikke unngår, men heller *konfronterer* traumatiske minner, samt at man ikke undertrykker, men heller *ventilerer* følelser forbundet med sterkt stressende hendelser.

Den profesjonelle psykologiens ideer om hvordan traumer bør bearbeides har også blitt en del av den vestlige verdens generelle *folkepsykologi*. Dette kommer blant annet frem i en undersøkelse som kartla psykososiale behov hos norske familier som hadde mistet barn brått og uventet (Dyregrov, Nordanger, & Dyregrov, 2000). Når de etterlatte ble spurt om nyttige selvhjelpstrategier som også kunne være gode råd for andre i samme situasjon, fremhevet de gjennomgående viktigheten av (a) være åpen, (b) gi utløp for følelser, (c) tillate seg selv å sørge, og (d) ha et aktivt forhold til minner. De etterlatte hadde en felles oppfatning av at det på lengre sikt ville være psykologisk destruktivt å unngå eller holde tilbake følelser.

Effekten av traumekonfrontasjon på tvers av kulturer

Det mangler ikke empirisk grunnlag for å hevde at konfrontering av traumatiske erfaringer er terapeutisk gunstig. I vestlige populasjoner er dette solid dokumentert. Det finnes også en rekke studier som indikerer at prinsippet har universell gyldighet. Eksempelvis fant Goenjian og kolleger (1997) en klar reduksjon av PTSD samt forebygging av depresjon hos unge jordskjelvofre som mottok «brief trauma/grief-focused psychotherapy» etter skjelvet i Armenia i 1988. I en effektstudie av Leger uten grensers traumefokuserte polikliniske arbeid i Bosnia-Herzegovina, fant Mooren, de Jong, Kleber og Ruvic (2003) klart bedret generell psykososial helse samt reduserte skårer for PTSD i et utvalg på 3283 krigsofre. I samme område studerte Drozdek (1997) utviklingen av PTSD hos 120 tidligere konsentrasjonsleirfanger som mottok traumefokusert gruppeterapi, og fant gode langtidseffekter. Pennebaker og hans medarbeidere har i en årrekke studert ulike kulturelle grupper

i Latin- og Nord-Amerika med henblikk på helseeffekten av traumekonfrontasjon. De finner klare positive endringer på alt fra immunforsvar til angst, depresjon og sykemeldinger i etterkant av en standardisert prosedyre hvor forsøkspersonene skriver om sine mest traumatiske opplevelser (Pennebaker, 1988; Pennebaker & Beall, 1986; Pennebaker, Kiecolt Glaser, & Glaser, 1988).

Kritikk mot globalisering av traumekonseptet

Til tross for slike funn har globaliseringen av PTSD og tilknyttede forebyggings- og behandlingsregimer møtt motstand. Hva PTSD angår, mener kritikere at man gjør en «kategorifeil» (Kleinman, 1987) dersom man tror at symptomer på PTSD betyr det samme for mennesker i alle folkegrupper kun fordi de forekommer i alle folkegrupper. Kritikere betviler relevansen av å evaluere alle kriserammede folkeslag med et instrument opprinnelig utviklet for individuelt klinisk arbeid med Vietnam-veteraner (Pupavac, 2001b). En sentral innvendig mot diagnosen har vært at man lett overser kulturelt relevante uttrykk for psykososial lidelse dersom man for ensidig ser etter PTSD (Argenti Pillen, 2000). Etter enkeltes mening bidrar også bruken av et slikt klinisk mål til at folks normale tilpasningsreaksjoner gjøres til et anliggende for klinisk psykologi og psykiatri. I følge kritikken undergraver intervensjoner utledet fra en slik forståelse lokale tilpasningsressurser og gjør folk avhengige av en ekstern ekspertelite (Pupavac, 2001a; Summerfield, 1999; Wessells, 1999).

Hva angår intervensjoner for PTSD implementert i ikke-vestlige deler av verden, har disse blitt kritisert for sin forkjærlighet for verbal og språklig bearbeiding av emosjoner. Blant andre fremmer Machel (1996) en slik kritikk i en omfattende evaluering av UNICEFs psykososiale programmer i Afrika: «Psykoterapeutiske tilnærminger basert på vestlige tradisjoner for mental helse har en tendens til å legge vekt på individuelle emosjonelle uttrykk. Denne metoden passer ikke i alle kontekster» (s. 37, vår oversettelse). Mange mener det oppstår kulturkollisjoner ved at vestlig folkepsykologi legger størst vekt på språklige kulturelle elementer, mens en rekke ikke-vestlige folkepsykologier primært vektlegger ikke-språklige elementer. For eksempel beskriver Englund (1998) hvordan mosambikiske flyktninger i Malawi bruker kroppen som sitt sentrale ekspressive medium, og bearbeider traumatiske opplevelser gjennom komplekse symbolske og kroppsbaserte ritualer. Han mener en verbal terapeutisk tradisjon implementert i denne flyktningegruppen ville vært uforenlig med de kulturelt innarbeidede mestringsstrategiene. I samme ånd advarer Eagle (1998)

mot å oppfatte kroppslige uttrykk for psykososial lidelse som somatisering eller «malplasserte» symptomer, siden en mer holistisk livsanskuelse tillater at manifestasjoner av stress uttrykkes over et bredere spekter av modaliteter.

Kritikkens empiriske inspirasjoner

Mens «eksportører» av traume- og PTSD-fokuserte intervensjoner viser til evidens for deres krysskulturelle effektivitet, henter kritikere inspirasjon fra studier som indikerer terapeutiske effekter av lokalt baserte mestringsressurser. Det er for eksempel rapportert at folks psykososiale tilpasning etter sterkt stressende hendelser blir fremmet gjennom: (a) kulturelt anerkjente healere – som «Kruu Kmae» for kambodianere (Eisenbruch, 1992a, 1992b), (b) lokale medisinske taksonomer – som «Rlung» for tibetanere (deVries, 1996), sosiale nettverksystemer – som Kin-systemet for østafrikanske Digoer (deVries, 1996), (d) ritualer som etablerer kontakt med ånder og forfedre – som «Mhamba» i sørlige Mosambik (Honwana, 1997), (e) kroppsbaserte renselsesritualer – som «Sweat Lodge» for visse indianske grupper i Nord-Amerika (Silver & Wilson, 1988), samt (f) ulike transformasjonsritualer – som åndeeksorsisme blant mosambikiske flyktninger i Malawi (Englund, 1998). Betydningen av lokale mestringsressurser illustreres også av større epidemiologiske undersøkelser, blant andre fra Serbia (Biro, 2005) og Øst-Timor (Silove, 2005), som viser at forekomsten av PTSD i befolkningen i etterkant av konfliktperioder synker dramatisk i et lengre perspektiv selv uten hjelp av psykososiale intervensjoner.

Når det gjelder kontroversen rundt globalisering av PTSD, fokuserer gjerne tilhengere på krysskulturelle likheter i reaksjoner på sterkt stressende hendelser, mens kritikere viser til dokumentasjon av følgende variasjoner:

- *Forekomsten av PTSD:* Man finner for eksempel langt høyere forekomst av PTSD blant latin- og afroamerikanske Vietnam-veteraner sammenlignet med euroamerikanske veteraner (Allen, 1996). Tilsvarende kulturell variasjon har blitt funnet blant ofre for syklonen Andrew (Perilla, Norris, & Lavizzo, 2002).
- *Konstellasjonen av symptomer:* Enkelte studier viser at PTSD uttrykker seg så ulikt fra populasjon til populasjon, og at det derfor kan virke søkt å anvende samme diagnose. For

eksempel finner man konsekvent høyere skårer på somatiske kriterier for PTSD blant ikke-vestlige sammenlignet med vestlige individer (deGirolamo, 1996; Peltzer, 2000).

- *Den subjektive relevansen av symptomer:* Enkelte studier viser at PTSD-symptomer ikke trenger å være avgjørende for individets subjektive velvære. Summerfield (1998) fant for eksempel at det var helt andre «posttraumatiske» plager som hadde betydning for nicaraguanske bønders livskvalitet enn de symptomene PTSD rommer. PTSD-symptomer var til stede, men ble tillagt liten vekt.

Psykososiale diskurser i Tigray, Etiopia

Med debatten over som inspirasjonskilde, utforsket førsteforfatter sentrale psykososiale diskurser og reaksjoner på eksponering for krigshendelser i Tigray, Etiopia (Nordanger, 2005). Tigray er den nordligste provinsen i Etiopia, mot grensen til Eritrea, og ble hardt rammet av den blodige grensekrigen mellom de to landene mellom 1998 og 2000. Studien baserte seg på seks måneders feltarbeid med (a) deltakende observasjon inkludert en lang rekke uformelle intervjuer, (b) dybdeintervjuer med 12 lokale psykososiale «veiledere» (prester, uformelle rådgivere og lokale leger), og (c) dybdeintervjuer med 20 ofre for den etio-eritreiske krigen (torturofre, etterlatte og tidligere frontlinjesoldater). Studien avdekket at folk i dette området for en stor del bygger sine uttrykk for psykososiale vansker på en *sosioøkonomisk* diskurs, hvor husholdsøkonomien står sentralt. For det første ble krigshendelser, uavhengig av hvilken form for eksponering personen hadde opplevd, uttrykt i termer av negative konsekvenser for husholdets muligheter for å generere aktiva, jfr.: «The sorrow for my husband is deep, because he was our source of income.» For det andre ble psykososialt stress som regel uttrykt i termer av husholdserosjon, jfr.: «Light is changed into darkness, because now I am unable to fulfil the children's needs.» I stedet for å bli attribuert til opplevde krigshendelser i seg selv, ble husholdserosjon beskrevet som et produkt av svekket tilgang på ressurser i etterkant av krigen. Konkrete psykososiale plager som sorg, tretthet, vonde minner, og ulike somatiske symptomer, ble opplevd som konsekvenser av husholdsøkonomiske bekymringer, og ikke som direkte konsekvenser av krigseksponering, jfr.: «If all the household needs were fulfilled, I would not indulge in a sorrow like the one I have now.» I samme ånd ble psykososiale plager ofte beskrevet i termer av negative følger for *fremtidig* inntjening, jfr.: «Because of this sickness I cannot work hard with farming activities, and the living standard of the household has declined.»

Ofrene for krigen formidlet videre en sterk tro på mestringsstrategier som hadde til hensikt å hjelpe dem å «glemme sorgen». For å klare å glemme, anvendte de strategier som (a) *tankestyring* («I lead my thoughts on to those worse off, such as people who became crippled and cannot work.»), (b) *distraksjon* («I occupy my mind with something else, like work on the farm.»), og (c) *fremtidsinvestering* («You have to work hard and concentrate on raising the remaining children. Then you will replace what you lost.»).

Preferansen for slike mestringsstrategier bunner i en *unngåelsesdiskurs*. Folk i Tigray har en generell oppfatning av at sorg er meningsløst så lenge den ikke kan bringe tilbake det man har mistet. Tvert imot får sorg, særlig hvis den innebærer at man gråter, alvorlige følger for den som sørger og hans eller hennes hushold. Frasen «sorg avler sorg» sies ofte i Tigray, og kommuniserer at sorg i seg selv produserer «død» på ulike måter: For det første vil den som sørger og gråter miste livsviktig kroppsvæske. Dette bryter gradvis ned knærne, ryggen og synet. Sorgen blir da reproduisert i ens familie fordi man gradvis mister fysisk kapasitet til å arbeide for felles overlevelse. For det andre er sorg ensbetydende med å gjøre krav på Guds eiendom – man klager i stedet for å be i takknemlighet. Dette provoserer Gud slik at man risikerer å miste Hans beskyttelse. Den som sørger blir da sårbar for nye tragedier, og muligheten for adgang til Himmelen reduseres. Derfor formaner de sørgende av sine omgivelser om å slutte å sørge og gråte, og man forsøker å motivere til dette ved å minne dem på sorgens negative fysiske og spirituelle følger.

Traumereaksjoners funksjon i sin kontekst

Materialet referert over reflekterer at psykososiale diskurser i Tigray må forstås i lys av deres sosioøkonomiske kontekst. Tigray er et av verdens fattigste områder. Selv om de klimatiske forholdene er svært ugunstige for landbruk, livnærer rundt 83 % av befolkningen seg av kornproduksjon og husdyrhold. På grunn av irregulær nedbør rammes større eller mindre deler av området nesten årlig av tørke. Landbruket er lavteknologisk og svært arbeidskrevende. Alle husholdets medlemmer, inkludert de yngste, har ansvar for ulike landbruksaktiviteter, som å pløye, så, luke, treske eller gjete, eller for ulike aktiviteter knyttet til husholdningen som å lage mat, skaffe vann og brensel, eller å selge varer på markedet. Hvis gården har tilstrekkelig arbeidskraft, sender man gjerne et eller flere barn til nærmeste by for å søke arbeid. Når livsforholdene er så marginale, inngår alle slike oppgaver i en svært sårbar «økologisk» helhet. Dersom noen dør, får dette fort fatale

følger. Under grensekonflikten mellom Etiopia og Eritrea (1998–2000) mistet mellom 70 000 og 120 000 unge gutter og menn livet på slagmarkene. I tillegg ble mange av de overlevende invalidisert for livet. Dette etterlot et stort antall landbrukshushold i Tigray uten trenet arbeidskraft til å pløye eller treske med okser. I slike tilfeller er det vanskelig å videreføre driften ved gården. For å sikre midlertidig overlevelse, må de etterlatte da gjerne leie ut innmarken eller selge buskapen. Samtidig initierer mangelen på aktivum for inntjening en negativ spiral som øker fattigdommen.

På toppen av dette kommer sosiale belastninger forbundet med regionens velstandsranering: I Tigray bestemmes den sosiale rangeringen av velstand først og fremst av landbrukshusholdets antall okser, innmarksareal, og antall arbeidsdyktige barn. Dette innebærer at man fort kan falle fra å være rik til å bli fattig. Fallet har igjen intrikate sosiale konsekvenser: Generelt sett tiltales fattige på mer nedlatende måter, fattige kvinner blir lettere utsatt for seksuell og annen trakassering, og fattige stenges ute fra fora hvor kapital genereres. Den sosioøkonomiske diskursen som preger folks uttrykk for psykososiale etterkrigsvansker må forstås mot denne bakgrunn. Så lenge livet er en daglig kamp for sosial og fysisk overlevelse blir den økonomiske situasjonen for husholdet naturlig nok folks mest påtrengende anliggende.

Unngåelsesdiskursen som preger tigrayaneres foretrukne mestringsstrategier må forstås mot den samme sosioøkonomiske bakgrunn. Dette samfunnet har ikke noe offentlige sikkerhetsnettverk som fanger opp de som ikke klarer å ivareta sitt virke. Man kan ikke sykemelde seg for å «bearbeide» sorgen. Så lenge husholdets overlevelse hviler på den enkeltes daglige arbeidskraft, blir man tvunget til å prøve å legge fortiden bak seg og i stedet konsentrere seg om livet her og nå. Mens man i Vesten har teoretiske modeller, psykologer og helsearbeidere som bekrefter betydningen av å konfrontere vonde minner, har man i Tigray autoriteter som bekrefter viktigheten av unngåelse. Den viktigste og mest innflytelsesrike blant disse er den *Etiopiske Ortodokse Kirken*. Kirken er både politisk og kulturelt en sentral maktfaktor i Tigray, og nyter høy respekt i befolkningen. Prestene anses også å være de formelle ekspertene på hvordan man bør takle sorg og andre kriser i livet. De formidler med stor tyngde hvor viktig det er å ikke slippe sorgen til, da sorg og gråt vil ødelegge den sørgendes kropp og arbeidsevne samt hans eller hennes forhold til Gud. I verste fall kan prestene true med å trekke tilbake sin velsignelse og forbønn dersom den sørgende ikke slutter å gråte. Dette kan virke brutalt, men under de rådende sosioøkonomiske forholdene bevares og styrkes kirkens autoritet fordi prestene formidler mestringsstrategier folk oppfatter som meningsfulle.

Andreforfatter beskriver, fra sitt antropologiske feltarbeid i Tigray om kvinners strategier, den samme unngåelsen av smertefulle minner – fanget inn i tittelen «*Ane sugh ile. I keep quiet*» (Mjaaland, 2004, original kursiv). Hun finner i likhet med førsteforfatter unngåelse som en dominerende strategi ikke bare for å kunne gå videre i livet etter opprivende dødsfall, men som en generell mestringsstrategi. Hun identifiserer en rekke tilleggsmomenter som understøtter denne strategien, som at det å «tie stille» eller «holde tett» har blitt funksjonelt i et krigsherjet samfunn hvor tydelige meninger forbindes med fare for politisk forfølgelse, og hvor konkurranse om knappe ressurser lett genererer sjalusi, samt sladder og baksnakking med sosioøkonomisk marginalisering som potensiell konsekvens. Denne strategien kommer til uttrykk gjennom en utstrakt bruk av «qiné», tvetydige ord og uttrykk. I tillegg er det å «holde tett» (ikke bare verbalt, men også kroppslig) viktig for å hindre negativ påvirkning fra andre truende krefter. Blant dem er «debtera» (en trollmann løst knyttet til den Etiopiske Ortodokse Kirken, som gjennom bruk av hellige skrifter og tilgang til biografiske data om personen kan manipulere både gode og onde krefter, og således er i stand til både å helbrede og skade), «buda» (en heks, eller «det onde øye» som kan «spise» personen innenifra og forvolde sykdom, og i verste fall død), samt Djevelen og «djinni» (onde demoner som også kan forvolde sykdom og død). Sterke følelser som sjalusi eller sorg utgjør en fare for å «sprekke opp» hvorigjennom ondsinnete krefter kan få adgang til kroppen så vel som sinnet, slik at det forvoldes *mer* smerte, sykdom og død. Slike politiske og kulturelle motiver for å «holde tett» og begrense «opprivende» emosjonelle uttrykk, bekrefter og trekker i samme retning som de sosioøkonomiske og religiøse motivene.

Diskusjon

Det etnografiske materialet fra Tigray illustrerer hvor stor betydning kontekstuelle rammebetingelser og diskurser kan ha for hvordan reaksjoner på eksponering for krigshendelser kommer til uttrykk. I Tigray vil den subjektive opplevelsen av en sterkt stressende hendelse uvegerlig preges av forutelsen om den negative husholdsøkonomiske spiralen hendelsen igangsetter. Dette vil igjen prege «symptombildet». Materialet indikerer at husholdserosjonen som i dette området gjerne utløses når man rammes av en krigshendelse, kan være mer belastende enn hendelsen i seg selv. Videre indikeres at intervensjoner som inviterer til traumekonfrontasjon ville hatt begrenset anvendelighet i Tigray. For det første ville folk under de rådende sosioøkonomiske forholdene hatt problemer med

å se «traumatiske minner» som et meningsfullt aspekt å dvele ved. Oppmerksomheten rettes mot mer akutte og dagligdagse behov. For det andre kolliderer en slik tilnærming med psykososiale diskurser folk trenger for sin meningsskaping, samt med strategier de trenger for å beskytte seg mot negative påvirkninger. Det å tilkjenne sin mest personlige smerte ville for mange i dette området blitt opplevd som å «åpne døren» for krefter som søker å ødelegge dem.

Likeledes indikerer materialet at diagnosen PTSD mangler begreper for å fange opp sentrale tigrayanske uttrykk for posttraumatiske tilpasningsvansker. Mens diagnosens traumbegrep retter årsaksforklaringer mot enkeltstående sterkt stressende hendelser, eksempelvis eksponering for en krigshendelse, attribuerer folk flest sine vansker til en *kjede* av hendelser som følger i eksponeringens kjølevann. Videre er ikke interessen rettet mot psykologiske eller psykosomatiske vansker av individuell karakter, men mot sosioøkonomiske vansker som rammer husholdet. Og siden unngåelse av å snakke om eller tenke på smertelige opplevelser og traumatiske minner innebærer høyere skårer for PTSD (se over), må man anta at sjekklister for PTSD ville produsert mange «falske positive» kasus dersom de ble anvendt i dette området. Fremfor å måle psykososial mistilpasning ville unngåelseskriterier kun fanget opp kulturelle normer for mestring og beskyttelse. Dette betyr selvsagt ikke at PTSD-symptomer er uvanlige i Tigray. Det betyr bare at PTSD ikke er en relevant indikator for hva folk sliter med eller trenger hjelp til. I Tigray synes de mest representative psykososiale plagene utløst av krigen å ligge utenfor diagnosens rekkevidde.

Implikasjoner for eksilsituasjonen

Selv om observasjonene og refleksjonene presentert over baserer seg på studier i en etiopisk kontekst, har de klar relevans for psykososialt arbeidet med flyktninger i Norge. Det er viktig å være seg bevisst at møtet med en person fra en kontekst vidt forskjellig fra ens egen, også er et møte mellom to folkepsykologier. Den «profesjonelle» psykologien med sine måleinstrumenter og terapeutiske tilnærminger har sitt utspring i kun en av de mange folkepsykologiene som finnes. Vår folkepsykologi har igjen vokst frem som et produkt av helt bestemte historiske, politiske, religiøse og sosioøkonomiske rammebetingelser. PTSD-diagnosen er i seg selv et godt eksempel på dette: Hjemvendte amerikanske Vietnamsoldater hadde i mangel på en diagnose som beskrev deres store psykiske og psykososiale vansker ingen juridiske rettigheter, og diagnosen fant sin form etter lang tids påtrykk fra veteranorganisasjonens advokater (Summerfield, 1997). Med andre ord har diagnosen en

bestemt plass i en historisk, psykologisk og juridisk diskurs. Alle slike diskursive og kontekstuelle påvirkninger bygger opp under og gir mening til bestemte måter å takle livets kriser på. Når en norsk person gråter og «møter smerten», finnes det bekræftelse for riktigheten og viktigheten av dette i alt fra sosiale velferdsordninger til psykologisk forskning og teori. På samme måte har den tigrayanse folkepsykologien vokst frem som et sofistikert uttrykk for helt andre rammebetingelser – forhold som krever at man tror på og gjør noe helt annet. Vi mener at en fruktbar terapeutisk allianse i arbeid med flyktninger og asylsøkere forutsetter en viss kjennskap til den folkepsykologi klienten er bærer av, og at man anerkjenner denne folkepsykologiens kontekstuelle gyldighet. Uten dette bakteppet er det lett å forstå klientens atferd ut fra ens eget profesjonelle og folkepsykologiske konseptuelle rammeverk, da dette er det man har å trekke på. Eksempelvis vil en tigrayaners taushet eller motstand mot å snakke om tap og smertefulle opplevelser lett kunne tolkes i termer av traumeindusert unngåelse eller dissosiasjon. En slik mistolkning ligger som vist over latent i PTSD-diagnosens kriterier, og illustrerer hvor lett man kan villedes av testresultater eller diagnoser dersom man ikke vet noe om hvilke psykososial diskurser klientens stressmanifestasjoner er forankret i.

Dette betyr selvsagt ikke at man skal legge til side ervervede terapeutiske kunnskaper og begreper og i stedet prøve å tilpasse seg enhver klients kulturelt betingede forventninger. Mennesker er et produkt av forskjellige kulturelle strømninger. For flyktninger eller asylsøkere innebærer eksilsituasjonen, og ikke minst møtet med et nytt helsevesen, en ny formende kulturell påvirkning. En person fra for eksempel Tigray vil i Norge leve under helt andre sosiokulturelle og sosioøkonomiske betingelser, betingelser som gir rom for, og ikke minst inviterer til, nye strategier og også nye forståelser. Tilpasningen til nye rammebetingelser og assimilasjonen av nye normer for mestring vil imidlertid være langsom og gradvis. I en terapeutisk situasjon må målet være å etablere (a) en felles forståelse av hva som oppleves som problemet, (b) en felles plan for hvordan man vil gå frem for å nå de mål man setter, og (c) en felles rasjonale for *hvorfor* fremgangsmåten vil være formålstjenlig. Dette forutsetter en utforskende og nysgjerrig holdning til klientens tenkemåte, de sosiokulturelle diskurser denne er informert av, og betydningen denne forståelsen har for klienten. Videre forutsetter det at ens egen tenkemåte og dens teoretiske grunnlag legges åpent ut på en pedagogisk måte. Dette gir utgangspunkt for en «kulturell forhandling» om hva samarbeidet skal innebære i fortsettelsen.

Den første fasen i klinisk arbeid med flyktninger og asylsøkere må være *kvalitativ* i enda større grad enn hva tilfellet er for arbeid med klienter fra ens egen kontekst blant annet i den forstand at prosessen gir mindre rom for manualiserte tilnæringer og standardiserte diagnoseverktøy. De

langt fleste som har arbeidet klinisk med mennesker fra ikke-vestlige deler av verden har erfart avmakten og frustrasjonen ved å være prisgitt krefter man verken har oversikt eller kontroll over. I tillegg innebærer arbeid med asylsøkere er rekke andre støykilder, som uavklart oppholdstillatelse og den usikkerhet rundt klienters motiver for symptompresentasjon som følger av dette. En naturlig konsekvens er at mange vegrer seg for å gå inn i slike saker selv når behovene er åpenbare. Gode rutiner for en kulturell forhandling kan rydde av veien noen av disse vanskene, og gjøre det lettere å sortere i hva som handler om hva. Men dette tar tid. En forutsetning for å kunne jobbe klinisk med flyktninger er derfor en forståelse i miljøet hvor man jobber for at man ikke kan etterleve vanlige effektivitetskrav.

Det å anerkjenne kulturelle og kontekstuelle forholds betydning for psykososial helse, innebærer imidlertid samtidig anerkjennelse av at de viktigste kildene til psykososial tilpasning ligger utenfor terapirommet. På åtti- og nittitallet syntes det innen traumatologien å etablere seg en oppfatning av at folk ikke kan nyttegjøre seg nettverksressurser før de psykologiske traumene er «ryddet av veien» – at posttraumatiske plager hindrer en å bruke sine sosiale og kulturelle omgivelser på en konstruktiv måte. Nyere forskning indikerer at dette kun er tilfellet for et mindretal av mennesker som har vært eksponert for potensielt traumatiserende hendelser (jfr. studiene av Biro (2005) og Silove (2005) referert over). Mange ressursmiljøer på området tar derfor nå det motsatte utgangspunkt: At mange ikke kan nyttegjøre seg traumespesifikke intervensjoner før basale nettverksressurser er på plass, samt at en tidlig introduksjon av traumekonseptet kan forstyrre den naturlige sosiale bearbeidingen av sterkt stressende opplevelser (National Centre for PTSD, 2005a, 2005b; WHO, 2004). Anbefalingen som munner ut av dette er å rette innsatsen mot samfunns- og nettverksbaserte tiltak, og heller reservere psykoterapeutiske virkemidler for dem man klart ser ikke klarer å nyttegjøre seg disse (Agger, 2002; Silove, 2004; Wessells, 1999). Dette må ikke forveksles med en psykiatrisk modell hvor man ikke tenker forebyggende, men heller driver brannslukning når patologien er et faktum. Anbefalingen bunner tvert i mot i et forebyggingsperspektiv som søker å unngå psykiatriens sykdomsfokus, inspirert av nyere traumeteori hvor traumatisering forstås i termer av opplevd diskontinuitet i selvnarrativer eller identitet. I dette perspektivet har tidligere traumer og eksilsituasjonen i seg selv samme destruktive potensial, dvs. potensial til å ødelegge den røde tråden i livet. Et slikt fokus impliserer at man i det psykososiale arbeidet søker å styrke og lette tilgangen til sosiale og kulturelle strukturer som hjelper oss å *forståeliggjøre* opplevelser, og som hjelper oss å *lage sammenheng* mellom sekvenser av livet. Et bekreftende felleskap og tilgang til kulturelt

anerkjente ritualer, tradisjoner og ressurspersoner tjener begge disse hensiktene for alle mennesker – uavhengig av etnisk og kulturell tilhørighet. For opplevelsen av helhet og sammenheng trenger man i tillegg en langsgående funksjon eller et formål i livet. Man trenger at *identitetsmarkører* fra livet man har levd er tilstedet i livet her og nå – og det på en måte man ser vil tjene ens fremtid.

Dag Nordanger
 Universitetet i Bergen
 HEMIL-senteret
 Christiesgate 13, 5015 Bergen
 E-post dag.nordanger@psyhp.uib.no
 Tlf 55 58 28 08

Referanser

- Agger, I. (2002). *Therapeutic approaches to the treatment of refugees – A historical perspective*.
 Nedlastet 13. april, 2005, fra <http://www.oasis-rehab.dk/Sider/Biblio-tek/Artikler/Inger%20Agger.pdf>
- Allen, I. (1996). PTSD among African Americans. I A. J. Marsella, M. J. Friedman, E. T. Gerrity & R. M. Scurfield (Eds.), *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: Issues, research and clinical applications* (ss. 209–238). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4th ed.-text revised). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Argenti Pillen, A. (2000). The discourse on trauma in non-Western cultural contexts: Contributions of an ethnographic method. I A. Y. Shalev & R. Yehuda (Eds.), *International handbook of human response to trauma* (ss. 87–102). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Biro, M. (2005). *Traumatic experience and readiness for reconciliation*. Paper presented at the 7th international conference on health and human rights, Feb 4, Vadodara, India.

- Carey, P. D., Stein, D. J., Zungu Dirwayi, N. & Seedat, S. (2003). Trauma and posttraumatic stress disorder in an urban Xhosa primary care population: Prevalence, comorbidity, and service use patterns. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 230–236.
- Cusack, K. J. (2002). Refugee experiences of trauma and PTSD; Effects on psychological, physical, and financial well-being. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62(10-B), 4778.
- de Jong, K., Kleber, R. & Puratic, V. (2003). Mental health programs in war-stricken areas. The Médecins Sans Frontières counselling centres in Bosnia-Herzegovina. *Intervention: The International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict*, 1(1), 14–33.
- deGirolamo, G. & McFarlane, C. (1996). The epidemiology of PTSD: A comprehensive review of the international literature. I A. J. Marsella, M. J. Friedman, E. T. Gerrity & R. M. Scurfield (Eds.), *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: Issues, research and clinical applications* (ss. 33–85). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- deVries, M. W. (1996). Trauma in cultural perspective. I. B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (ss. 398–413). New York, US: The Guilford Press.
- Drozdek, B. (1997). Follow-up study of concentration camp survivors from Bosnia-Herzegovina: Three years later. *Nervous and Mental Disease*, 185, 690–694.
- Dyregrov, K., Nordanger, D. & Dyregrov, A. (2000). *Omsorg for etterlatte ved brå uventet død: Evaluering av behov, tilbud og tiltak*: Rapport. Senter for krisepsykologi Bergen.
- Eagle, G. T. (1998). Promoting peace by integrating Western and indigenous healing in treating trauma. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 4, 271–282.
- Eisenbruch, M. (1992a). The ritual space of patients and traditional healers in Cambodia. *BEFEO*, 79, 283–316.
- Eisenbruch, M. (1992b). Toward a culturally sensitive DSM: Cultural bereavement in Cambodian refugees and the traditional healer as taxonomist. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 8–10.
- Englund, H. (1998). Death, trauma and ritual: Mozambican refugees in Malawi. *Social Science and Medicine*, 46, 1165–1174.

- Figley, C. R. (1993). Foreword. I J. P. Wilson & B. Raphael (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (ss. xvii–xix). London: Plenum Press.
- Global Information Network in Education (2003). *Trauma projects*. Nedlastet 23. februar, 2003, fra <http://www.ginie.org/ginie-crisis-links/trauma/projects.html>
- Goenjian, A. K., Karayan, I., Pynoos, R. S., Minassian, D., Najarian, L. M., Steinberg, A. M., et al. (1997). Outcome of psychotherapy among early adolescents after trauma. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 536–542.
- Honwana, A. M. (1997). Healing for peace: Traditional healers and post-war reconstruction in Southern Mozambique. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, *3*, 293–305.
- Horowitz, M. J., Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, *41*, 209–218.
- Human Rights Watch (2005). *Torture and abuse*. Nedlastet 23. april, 2005, fra <http://www.hrw.org/doc/?t=torture>
- Kinzie, J. D. (2001). The Southeast Asian refugee: The legacy of severe trauma. I W. S. Tseng & J. Streltzer (Eds.), *Culture and psychotherapy: A guide to clinical practice* (ss. 173–191). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kleinman, A. (1987). Anthropology and psychiatry: The role of culture in cross-cultural research on illness. *British Journal of Psychiatry*, *151*, 447–454.
- Kokai, M., Fujii, S., Shinfuku, N. & Edwards, G. (2004). Natural disaster and mental health in Asia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *58*, 110–116.
- Lima, B. R. & Pai, S. (1993). Response to the psychological consequences of disasters in Latin America. *International Journal of Mental Health*, *21*(4), 59–71.
- Machel, G. (1996). *Promotion and protection of the rights of children: Impact of armed conflict on children*. Report A/51/306: United Nations.
- Major, E. (2003). Behandling av psykisk traumatiserte i Norge. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, *123*, 2709–2712.
- Marsella, A. J., Friedman, M. J., Gerrity, E. T. & Scurfield, R. M. (1996). Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: Some closing thoughts. I A. J. Marsella, M. J. Friedman, E. T. Gerrity & R. M. Scurfield (Eds.), *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: Issues, research and clinical applications* (ss. 529–538). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Matkin, R. E. Nickles, L. E., Demos, R. C. & Demos, G. D. (1996). Cultural effects on symptom expression among Southeast Asians diagnosed with Posttraumatic stress disorder. *Journal of Mental Health Counseling, 18*, 64–79.
- Matsakis, A. (1994). *Posttraumatic stress disorder: A complete treatment guide*. Oakland, CA: New Harbinger Publishers.
- Mghir, R. & Raskin, A. (1999). The psychological effects of the war in Afghanistan on young Afghan refugees from different ethnic backgrounds. *International Journal of Social Psychiatry, 45*, 29–36.
- Mjaaland, T. (2004). *Ane sugh' ile. I keep quiet*. Master thesis: University of Bergen, Bergen, Norway.
- Mooren, T., de Jong, K., Kleber, R. & Ruvic, J. (2003). The efficacy of a mental health program in Bosnia-Herzegovina: Impact on coping and general health. *Journal of Clinical Psychology, 59*, 57–69.
- National Centre for PTSD. (2005a). *Early interventions for trauma: Current status and future directions*. Nedlastet 21. april, 2005, fra http://www.ncptsd.va.gov/facts/disasters/fs_earlyint_disaster.html
- National Centre for PTSD. (2005b). *Guide-lines for mental health professionals' response to the recent tragic events in the US*. Nedlastet 21. april, 2005, fra http://www.ncptsd.va.gov/facts/disasters/fs_guidelines_disaster.html
- Nordanger, D. (2005). *Psychosocial discourses and responses to political violence in post-war Tigray, Ethiopia*. Dissertation thesis: University of Bergen, Bergen, Norway.
- Peltzer, K. (2000). Trauma symptom correlates of criminal victimization in an urban community sample, South Africa. *Journal of Psychology in Africa; South of the Sahara, the Caribbean and Afro Latin America, 10*, 49–62.
- Pennebaker, J. W. (1988). Confiding traumatic experiences and health. I S. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition and health* (ss. 669–682). Oxford: John Wiley & Sons.
- Pennebaker, J. W. & Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 274–281.
- Pennebaker, J. W., Kiecolt Glaser, J. K. & Glaser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 239–245.

- Perilla, J. L., Norris, F. H. & Lavizzo, E. A. (2002). Ethnicity, culture, and disaster response: Identifying and explaining ethnic differences in PTSD six months after Hurricane Andrew. *Journal of Social and Clinical Psychology, 21*, 20–45.
- Pupavac, V. (2001a, April 10–12). *Post-conflict reconstruction: Political, social and economic*. Paper presented at the 51st Political studies association conference, Manchester, UK.
- Pupavac, V. (2001b). Therapeutic governance: Psychosocial intervention and trauma risk management. *Disasters, 25*, 358–372.
- Silove, D. (2004). The challenges facing mental health programs for post-conflict and refugee communities. *Prehospital and Disaster Medicine, 19*, 90–96.
- Silove, D. (2005, Feb 2). *Building resilience hope following armed conflict: Culture, empowerment and peace building*. Paper presented at the 7th International conference on health and human rights, Feb 2, Vadodara, India.
- Silver, S. M. & Wilson, J. P. (1988). Native American healing and purification rituals for war stress. I J. P. Wilson & Z. Harel (Eds.), *Human adaptation to extreme stress: From the Holocaust to Vietnam* (ss. 337–355). New York: Plenum Press.
- Statistisk sentralbyrå (2005a). *107 000 med flyktningebakgrunn i Norge*. Nedlastet 25. juni, 2005, fra <http://www.ssb.no/emner/02/01/10/flyktninger/>
- Statistisk sentralbyrå (2005b). *Innvandring og innvandrere*. Nedlastet 25. juni, 2005, fra <http://www.ssb.no/emner/00/00/10/innvandring/>
- Summerfield, D. (1997). Legacy of war: Beyond «trauma» to the social fabric. *The Lancet, 349*, 1568–1568.
- Summerfield, D. (1998). The social experience of war and some issues for the humanitarian field. I P. J. Bracken & C. Petty (Eds.), *Rethinking the trauma of war* (ss. 9–37). London: Free Association Books.
- Summerfield, D. (1999). A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas. *Social Science and Medicine, 48*, 1449–1462.
- UNHCR. (2003). *Statistics*. Nedlastet 21. februar, 2003, fra <http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/statistics>
- van der Kolk, B., McFarlane, A. & van der Hart, O. (1996). A general approach to treatment of posttraumatic stress disorder. I A. C. McFarlane, B. A. van der Kolk & L. Weisaeth (Eds.),

- Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (ss. 417–440). New York: Guilford Press.
- Wessells, M. (1999). Culture, power, and community: Intercultural approaches to psychosocial assistance and healing. I N. Dubrow & K. Nader (Eds.), *Honoring differences: Cultural issues in the treatment of trauma and loss* (ss. 267–282). Philadelphia: Brunner/Mazel.
- WHO. (2004). *Single-session psychological debriefing: Not recommended*. Nedlastet 21. april, 2005, fra http://www.who.int/mental_health/media/en/note_on_debriefing.pdf
- Victims's Web. (2005, Aug 01 2005). *Impact of Event Scale*. Nedlastet 9. november, 2005, fra <http://www.swin.edu.au/victims/resources/assessment/ptsd/ies-r.html>
- Winje, D. (1997). Long-term outcome of trauma in children: The psychological consequences of a bus accident. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39, 635–642.
- Winther Jørgensen, M. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Fredriksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Zur, J. (1996). From PTSD to voices in context: From an «experience-far» to an «experience-near» understanding of responses to war and atrocity across cultures. *International Journal of Social Psychiatry*, 42, 305–317.