

Terapi med kniven på strupen

I en alder av 59 år hadde jeg behov for i en kortere periode å oppleve en annerledes klinisk hverdag. Et gammelt ønske om å dra tilbake til Latin-Amerika, verdensdelen hvor jeg tilbrakte hele barneskoleperioden, ble oppfylt. Jeg fikk reise til Guatemala.

TEKST OG FOTO:

Harald Victor Knutson

PUBLISERT 5. desember 2010



FOTO: KEITH SKELTON / FLICKR.COM

«Ikke gå ut etter solnedgang, ikke ta drosjer og ikke ha mer penger i lommene enn at du kan gi dem til de som eventuelt overfaller deg!» Dette var det første rådet jeg fikk under forberedelsene til turen. Men advarslene maktet ikke å forberede meg på angsten, frykten og den sterke usikkerheten jeg skulle oppleve i løpet av de seks (svært lange) ukene i landet.

En reise i virkeligheten

Min barnlige fascinasjon for reiseskildringer, reiseeventyr, og etno-geografiske romaner – som også samtidig gir symbolske allusjoner til reiser inn i sjelens indre verden – vekket nok forventninger som ikke kunne bli møtt i virkelighetens Guatemala.

«I løpet av de siste tre–fire årene har Guatemala lidd av tørke og økende hungersnød blant de fattigste. I dag regner man med at halvparten av befolkningen er kronisk underernærte»

Guatemala er i utgangspunktet et meget fruktbart jordbruksland. Men i løpet av de siste tre–fire årene har landet lidd av tørke og økende hungersnød blant de fattigste. I dag regner man med at halvparten av befolkningen er kronisk underernærte, 63 prosent av disse er barn (Prensa Libre, Guatemala, 03.09.2009, s. 3). Hverdagen preges av nesten ukontrollerbar vold, korrupsjon, skyhøy arbeidsløshet og stigende inflasjon.

Rundt 6000 mennesker ble drept i 2008. 98 prosent av gjerningspersonene forble ustraffet. 56 prosent av befolkningen lever på 2 USD eller mindre pr. dag (El Quetzal, 2009, s. 6). Når så fundamentale behov som tilhørighet, sikkerhet og beskyttelse i sitt eget hjem ikke lenger blir møtt (Papadopoulos, 2002), blir angst og utrygghet med tiden til likegyldighet og apati.

Møte med et land i nød

Jeg arbeidet for to av de mange humanitære hjelpeorganisasjonene som virker i landet: Fundated og Presbiterio Kaqchikel. Én måned ble fylt med klinisk arbeid i fylket Chimaltenango (ca. 70 km vest fra hovedstaden), der organisasjonene har sine virkefelt og betjener rundt 5000 mennesker i fem av de 16 distriktene. Presbiterio Kaqchikel (Iglesia Evangelica Nacional Pesbiteriana de Guatemala) er, som navnet antyder, forankret i distriktet med et flertall av Kaqchikel-indianere.

I ei lita bygd opp mot fjellene, med rundt 70 Kaqchikel Maya-familier skulle gravide kvinner undersøkes av organisasjonens lege. Jeg kom i prat med noen av de gravide mødrene med flere småbarn rundt seg. De var nysgjerrige på hva jeg drev med og hvor jeg kom fra. Da jeg fortalte at jeg var psykolog, ble jeg umiddelbart satt på prøve.

De ville vite om jeg hadde kjennskap til mennesker som hadde mistet forstanden. Andre kjennere av mayakulturen i distriktet hadde tidligere fortalt meg at «gale» mennesker som regel blir holdt inne i huset, mishandlet og betraktet som dyr, og at mennesker med psykiske lidelser som regel aldri oppsøker det psykiatriske helsevesenet, hvis det ikke tilbys igjennom frivillige humanitære organisasjoner. Den fattige delen av befolkningen har så å si ingen tilgang til psykisk helse-hjelp.

Følgende problem var ønsket løst av psykologen der og da: En kvinne på 59 år som bor i ei nabobygd i fjellene, hadde mistet forstanden, vagabonderte rundt i landsbygda om nettene, var desorientert og hørte stemmer – hun fikk ikke lov av sin sønn på 20 år, som systematisk mishandlet og tyranniserte henne, å bo hjemme i huset sitt. Nabokvinner gav henne mat av og til. I tillegg hadde hun perioder med amnesi og snakket usammenhengende.

«Av en psykolog forventet de en forklaring, konkrete behandlingsforslag og – det var vel det viktigste – en forsikring om at de ikke var «gale» eller kom til å bli det»

I min entusiasme snakket jeg om hva man burde kunne gjøre – i god norsk klinisk psykologstil: samtaler med familien, hjelp til å oppsøke lege, foreskriving av adekvat medisiner, hospitalisering, skape trygghet. Kvinnen som spurte, svarte da at sønnen ikke tillot det, etter at «pasientens» ektefelle og en annen sønn, som tidligere hadde voldtatt moren, begge hadde begått suicid. Men hva med å bli tatt vare på av døtre som bodde i nærheten? Sønnen tillot det ikke, han ville ikke miste kontrollen over henne.

Spørsmålet om legebesøk og medikamenter ble raskt besvart med at hun ikke hadde penger og at et sykehus ikke var tilgjengelig, spesielt ikke for henne. Hadde hun fått innpass i distriktenes poliklinikk etter mange timers venting, så ville det ikke være snakk om verken innleggelse eller medisiner. Ifølge WHO's utviklingsprogram har kun 7,3 prosent av mayabefolkningen tilgang til helsetjenester i landet (WHO, 2006, s. 30).

Dagsinntekten – hvis det er jobb å få – for en mayakvinne uten utdannelse er mellom 15 og 20 Quetzales (ca. 2 USD). De fleste kvinnene visste ikke om de kunne skaffe mat til barna sine neste dag. En av dem sa sarkastisk: «Det eneste vi har mye av i dette landet, er en haug med unger»; de fleste kvinnene har åtte til femten barn – mange jeg traff, hadde femten. Denne kvinnen er et eksempel på den stadig voksende delen av befolkningen som lever i oppløste familier, der ektefellene har forlatt familien, eller er blitt drept. Mange menn har flere kvinner i denne «*culture of poverty*» som Lewis (1961) har beskrevet i sine feltstudier fra det fattige Mexico.

Tre lærepenger

Jeg forsøkte å gi et nytt svar: Multidimensjonal og familiebasert nettverkstenkning, kvinnesolidaritet og gruppebasert nabostøtte. Straks svarte flere av dem at de var redd for den brutale sønnen. Da jeg så kom med mitt tredje forslag, at de kunne be en mannlig person med autoritetsposisjon i bygda å snakke med den unge mannen, kom svaret raskt: Gutten ville ikke høre uansett, han hadde ingen respekt for andre menn, og for øvrig var han ikke interessert i problemet. Noen skal ha ytret at kvinnen var jo gal og kunne like godt dø – det hadde vært best for henne og for alle andre. De mente at den «beste løsningen» var å fortsette som før: Gi denne kvinnen mat når de selv hadde nok, fortsette med å trøste henne og unngå å støte på sønnen.

Uløselige problemer

Slik fikk jeg min første sosialrealistiske leksjon. Det finnes problemer som er uløselige i enkelte kulturer og sosioøkonomiske kontekster – i alle fall for en norsk psykolog på besøk i Guatemala. At alle kvinner allikevel lyttet oppmerksomt, respektfull og interessert til alt jeg sa – alle forslag fra min side ble vurdert – var til ettertanke.

Til slutt takket de meg for at jeg ville dele min tid med dem, for å ha gitt gode råd og forsøkt å hjelpe til med å løse et for dem vanskelig problem. Det var første gang de hadde møtt en psykolog. Da vi etter flere timer reiste fra landsbygda, hadde jeg lært min andre og tredje leksjon: Respekt for uløselige problemer, og ydmykhet for disse menneskenes egne måter å se og løse sine problemer på.



ALT I ETT: Rektors kontor er møterom, bibliotek og pauserom for lærerne. Skolepsykologiske tjenester, logoped, lege eller helsesøster finnes ikke, så lærerne må selv løse alle eventuelle problemer blant elevene. Foto:

Harald Victor Knutson

Skjebnen ville at to unge barnebarn noen uker senere brakte den «gale» bestemoren til meg og ba om hjelp. Det var ingen tvil: Hun var forvirret, høyst sannsynlig dement, og det ble klart at det som ble fortalt tidligere, var en eksakt klinisk beskrivelse av symptombildet. Vurderingen fra meg var klar: Pasienten måtte innlegges på en psykiatrisk avdeling – hun kunne ikke ta vare på seg selv. Igjen takket de og avslo dette (etter min norske vurdering) eneste riktige forslaget fordi de ikke engang hadde penger nok til å reise med bussen til hovedstaden til landets eneste psykiatriske institusjon. Barnebarna hadde også med flere av sine egne barn. Jeg forstod at de hadde gått i over to timer med bestemoren for å oppsøke meg. Etter konsultasjonen skulle de gå tilbake. De takket for min tid og oppmerksomhet før de dro. I lys av den harde virkeligheten disse menneskene levde under, kjente jeg på skam over min egen naivitet, og en profesjonell fortvilelse som raskt spiste seg inn i meg.

Underernærte elever

På landsbyskolen Vista alta skulle legen teste alle elevene i første klassetrinn for anemi. Gratisprosjektet går ut på å gi alle skoleelever fra første til tredje klassetrinn vitaminer og kosttilskudd for å bøte på den kroniske underernæringen som så å si alle elever lider under. Etter ett skoleår blir resultatene vurdert på nytt. Jeg fikk anledning til å snakke med to grupper av lærere – fire kvinner med ansvar for første og andre klassetrinn, fire menn med ansvar for fjerde, femte og sjette. Alle hadde aleneansvar for sine respektive klasser. Begreper som ekstralærer, spesialpedagog eller pedagogisk leder finnes ikke i Guatemalas offentlige skoleverk på landsbygda. Alle klassene hadde 35 til 40 elever. Hele skolen hadde 611 elever. Totalt antall timer skolegang per uke var 25.

Den unge rektoren kunne fortelle at skolen ikke hadde tilgang til skolepsykologiske tjenester, logoped, lege eller helsesøster. De måtte selv løse eventuelle psykososiale, emosjonelle, atferds- og læremessige problemer blant elevene.

Hver klasse hadde flere elever som var «repetenter», det vil si at de ikke hadde lært nok til å gå videre til neste klassetrinn. Enkelte hadde blitt værende opp til tre år på samme klassetrinn. Lærerne var fortvilet over stagnasjonen i det pedagogiske opplegget.

Rundt en av fire elever gjør aldri leksene. Grunnene er flere: Kronisk underernæring gir alvorlige lærevansker og fører til store problemer med å forstå hva lekser i det hele tatt går ut på. Storparten av foreldrene er selv analfabeter og kan ikke hjelpe barna sine. Foreldrene var for det meste ikke interessert i barnas skolegang – de var glad for å ha dem ute av veien om dagen, som en lærer sa. Ytterst få foreldre kommer noen gang til samtaler med lærerne. Etersom barna av Maya boende på landsbygda viser alvorlige tegn til underernæring, er mulighetene for en normal skolegang i offentlig skole liten, enda mindre når en tar forsømmelse og utstrakt barnemishandling med i regnestykket.

Seksuelle problemer

Jeg ble overøst med spørsmål fra lærerne. Problemer med enkelte elever ble drøftet med tanke på videre tiltak og hjelp. Blant tilfellene var en 11 år gammel gutt som hadde «seksuelle problemer». De sa at han var nokså feminin og at han nok var homofil. Det var interessant å observere hvor flau lærerne ble da de skulle snakke om ham. Guatemala er et land preget av den latinamerikanske *machismoen* med svært negative holdninger til homofili. Gutter som han får dessverre ikke noen hjelp videre.

Machismoen er inngrodd i den latinamerikanske kulturen. Lærerne – mannlige som kvinnelige – hadde vansker med å se for seg et samfunn eller liv uten denne som en rød tråd i holdningene til kjønnene. Mannen eller familiens mannlige overhode skal sørge for familiemedlemmene, jobbe, forholde seg til «den ytre verden» og gi emosjonell støtte. Et annet aspekt ved machismoen er «to be tough and to die or to kill for honor» (Arboleda-Florez & Weisstaub, 2000, s. 32).

De politiske omveltningene i Guatemala og oppløsningen av tradisjonelle familiestrukturer, et resultat av den over 30 år lange blodige borgerkrigen, har skapt mange oppløste familier. Fedre forlater sine hjem, er sterkt alkoholiserende, og fungerer

ikke lenger som familieoverhoder. Likevel foreskriver machismoen at mennene skal ha makten.

På en enda mer avsideliggende barneskole, Labor de Falla, skulle alle elevene veies og måles. Ved forrige måling for et halvt år siden oppdaget man alvorlig underernæring. Derfor ble alle tilbudt vitamintabletter og næringstilskudd. Dessverre viste det seg at ingen av dem hadde hatt normal forventet vekst.

Lærerstaben hadde ikke tilgang til verken psykologer eller spesialpedagoger, fagforening eller skolesjef. Lønna var så lav at det så vidt holdt til dagliglivet, i alle fall hadde de ikke penger til besøk hos lege eller psykolog. Den ene slet med alvorlig somnambulisme, hadde hypnagoge hallusinasjoner ved oppvåkningen flere ganger om uken og slet med kronisk stress. En annen slet med sanndrømming og *déjà vu*-opplevelser som for ham var skremmende. Det var spesielt å oppleve den tålmodige forventingen om spontan klinisk innsats. Av en psykolog forventet de en forklaring, konkrete behandlingsforslag og – det var vel det viktigste – en forsikring om at de ikke var «gale» eller kom til å bli det. Alt uten behov for ivaretagelse av konfidensialitet.

Den største pedagogiske utfordringen var også her de alvorlige læringsproblemene. Den faglige utviklingen hadde de siste årene stagnert hos en fjerdedel av elevene, nok et resultat av en alarmerende økning av underernæring og matmangelen hos de fattige familiene.

Lærerne ville høre om skolevesenet, levestandarden og helsevesenet i Norge, og jeg måtte innrømme at jeg på grunn av de enorme kontrastene skammet meg for å fortelle om det. Jeg følte det som Herman (1994, s. 145) kaller «witness guilt» – en skyldfølelse over å ha vært vitne til hvordan de menneskene som jeg møtte, lever. Spontant sa de til meg – enda en leksjon – at jeg ikke burde skamme meg over at jeg kom fra et så velfungerende land, men tvert imot være stolt over det. To av dem sa til slutt at hvis jeg kunne skaffe dem jobb i det norske skolevesenet, så kunne jeg være enda mer fornøyd fordi de da ville tjene nok til å leve av det!

Psykoterapeutisk behandling

Jeg møtte pasienter med ulike kriser og et bredt spektrum av psykiske lidelser, alt fra utviklingsforstyrrelser, psykoser, dissosiasjoner og alvorlige angst- og depresjonstilstander. Den valgte tilnærmingen var problemfokuset, terapiene krise- og korttidsorientert. Det første, og som regel eneste, møtet var rettet mot sosialisering, problemidentifisering, terapeutisk intervensjon og definering av målsettingen. Jeg definerte meg selv autoritativt som ansvarlig for behandlingen. Det var nødvendig å ha en eklektisk holding til problemene, og en pragmatisk tilnærming til behandlingen og problemløsningen.

Omfanget av psykisk helse-problematikk i Guatemala er dårlig kartlagt, men et sammensatt bilde bestående av psykiske lidelser, stoffmisbruk, mye vold, traumer og følger av den blodige borgerkrigen som ble avsluttet i 1996, viser at det er et enormt behov for psykisk helse-tjenester i landet. Økende sosial usikkerhet i den

multitraumatiserte nasjonen har avlet skremmende offentlig og intrafamiliær vold; psykiatriske lidelser, kombinert med oppløste familiestrukturer, oppleves å være noe av det vanskeligste å behandle.

I 2006 var det registret 0,35 psykolog pr. 100 000 innbyggere som arbeidet innenfor det offentlige psykiske helsevesenet (WHO, 2006, s. 37). Norge hadde til sammenligning i 2005 68 psykologer pr. 100 000 innbyggere (WHO, 2005, s. 354). Kun 0,9 prosent av det samlede nasjonale helsebudsjettet i Guatemala blir brukt til psykisk helse. I 2006 hadde kun en av hundre tilgang til antipsykotisk medikasjon (WHO, 2006, s. 26). Det finnes ingen ambulante team eller poliklinisk oppfølging av psykiatriske pasienter i distriktet, og i 2004 var det kun 2,65 sengeplasser i psykisk helsevern pr. 100 000 innbyggere.

Med unntak av én ung kvinne var alle de kvinnelige pasientene jeg hadde kontakt med, ofre for kumulative ufordeler og systematisk undertrykking på grunn av historisk forankret eksklusjonsideologi og «*machismoen*».

Én konsultasjon hos psykologen kostet 10 Quetzales (ca. NOK 7,50), og mange pasienter hadde ikke nok penger til å komme mer enn én, maksimalt to ganger. Det var en underlig erfaring å bli kastet inn i behandlingssituasjoner der så å si ingen tidligere hadde snakket om sine problemer med fagpersoner eller sågar familiemedlemmer. Alle var preget av stor psykisk nød og ensomhet rundt sine egne lidelser. Disse menneskene viste meg fra første stund av stor tillit, de var åpne og direkte. Samtidig forventet de, til dels krevde, et svar på slutten av timen om hva problemet var, hvordan dets etiologi skulle forstås, og hvordan det skulle løses, ikke muligens kunne løses. Forventningene var høye og behovet for hjelp overveldende.

Hvor utfordrende oppgaven enn var – og hvor usikker jeg følte meg når det gjaldt enkelte av én-timers-vurderingene, både hva angikk gjennomførbarhet og riktighet av intervensjonene – så var deres takknemlighet spontan, genuin og rørende.

En av de største utfordringene var å innse at for mange av problemene, lidelsene og nøden fantes det ikke en løsning «der og da». Kontrasten mellom min indre usikkerhet og deres takknemlighet var igjen en leksjon i ydmykhet, og en relativisering av min idealisme, som nok var litt for stor i starten.

Reaktivering av traumer

Hos enkelte pasienter var emosjonaliteten så sterk at de opplevde en katarsis (ikke i dens opprinnelige, tidlige psykoanalytiske form, koblet med hypnosen: Laplanche & Pontalis, 1972, s. 247–249), som gav mulighet til sterke reaksjoner og en symbolsk reaktivering av traumene, med dertil følgende verbalisering og klarifisering av de involverte, dypere konfliktene. Språk, det å sette ord på og definere problemene, var et av de viktigste instrumentene i mine terapeutiske intervensjoner (fordi de gir pasientene mening), ettersom mennesket i språket finner et surrogat for handlingene og «avreagering» av affektene (Breuer & Freud, 1895/1952, s. 87). I den katartiske metoden skjer en utjevning («*Ausgleich*») av motstanden gjennom tenkning, og reaksjonen kommer ved å snakke eller bruke språket (Freud, 1894/1952, s. 64). Det er

interessant å lese Breuer og Freud (1895/1952, s. 87), som sier at reaksjonen hos den traumatiserte pasient representerer en full katartisk virkning kun hvis det foreligger en adekvat reaksjon, som for eksempel i hevnen. En god del av de sterkt traumatiserte pasientene jeg møtte, våget å ytre raseri, sinne og hevntanker, noe de gav uttrykk for var forløsende og nytt for dem.

I Guatemala hersker letargi, resignasjon og oppgitthet over den omfattende korrupsjonen, den ekstreme volden og den fullstendig manglende tilliten til politiet. Mannen i gata har nærmest sluttet å reagere. Med få unntak fortalte menneskene som jeg traff, historier om overfall, ran, drap av familiemedlemmer og vold som de selv eller deres nærmeste ble utsatt for, uten at de virket affisert av det som hadde hendt. De bare trakk på skuldrene og sa: «Así es en Guatemala», slik er det i Guatemala. Derfor var det positivt å se at pasientene kunne føle og ytre sterke følelser, kjenne på raseri, og tenke ut hevnaksjoner overfor overgripere.

Hjemreisen

Etter mange behagelige år på mitt kontor var det opprivende å selv komme i berøring med det som så mange av mine pasienter i Norge har beskrevet: angst for tap av forankringen, og frykt for å miste meningen med det daglige arbeidet i hverdagens rutinepregede kontekst. Tanken på selv å kunne bli drept skaper sterk frykt! Overgangen fra tilegnede opplevelser via lesing, som har inspirert fantasi og drømmer, til et opphold i en virkelighet som ikke lenger genererer trygghet, kan kun erfares, neppe *a priori* erkjennes før opplevelsen.



BARNEPARKERING: Chumil (stjerne) venter på mor som er på jobb. De fleste kvinnene artikkelforfatteren møtte i Guatemala hadde minst åtte barn - mange hadde femten. Foto: Harald

Victor Knutson

Dagen før jeg skulle bli brakt til hovedflyplassen i Guatemala City, leste jeg i avisen at en lege – selv på vei til flyplassen – ble stoppet av to biler og i all offentlighet bestjålet og drept av menn med maskinpistoler, midt på dagen. Selvfølgelig uten at politiet kunne forfølge sporene eller finne de skyldige, som vanlig, slik min sjåfør lakonisk tilføyde da jeg nevnte saken dagen etter. Drept, glemt, «saken» lagt *ad acta*. Siste natt på hotellet var preget av angst og et inderlig ønske om å allerede kunne være i luftrommet på vei mot Norge.

Først da flyet tok av fra rullebanen kjente jeg en ubeskrivelig lettelse: Skuldrene sank og en overveldende trøtthet seig innover meg. Endelig på vei hjem igjen. Lettelsen ble i løpet av timer koblet med en dyp tristhet over de enorme motsetningene mellom vår privilegerte situasjon som psykologer og pasienter i Norge, og den sterke nøden for de mange, uten håp og uten helsehjelp, i Guatemala.

I etterkant blir opplevelsene i Guatemala – som var preget av fascinerende psykoterapeutiske utfordringer, kliniske erfaringer og resultater, dog amalgamert med daglig ladet frykt og en følelse av å være annerledes, en fremmed – en verdifull påminnelse om hvor privilegert jeg er som får lov til å virke som psykolog i Norge. Dessverre tok det ikke mange uker før hverdagen igjen hadde gjort sitt inntog og jeg var tilbake i min egen naturlige og selvfølgelige hverdag – kanskje en emosjonell overlevelsesstrategi og en mekanisme for igjen å kunne fungere i den norske konteksten?

Jeg er blitt overbevist om at for å kunne hjelpe andre mennesker som psykoterapeut må man kunne føle seg trygg. Man må være del av et fellesskap og ikke leve i ensom fremmedhet. Venkateshs (2008) fascinerende beskrivelse av sin tid som ung sosiolog blant fremmede, fattige og sinte mennesker viser med tydelighet at mot, genuin interesse, filantropi og respekt for den andre først kan bære frukt når trygghet, en opplevelse av å være beskyttet og akseptert, er til stede. Albert Camus' betraktninger oppsummerer min reise:

What gives value to travel is fear. It is the fact that, at a certain moment, when we are so far from our own country we are seized by a vague fear, and an instinctive desire to go back to the protection of old habits. This is the most obvious benefit of travel. At that moment we are feverish but also porous, so that the slightest touch makes us quiver to the depths of our being. We come across a cascade of light, and there is eternity. This is why we should not say that we travel for pleasure. (Albert Camus, 01.02.2010).

Guatemala



- Innbyggertall: 13 550 440
- Areal: 108 889 m²
- Språk: Spansk (offisielt) 60 %. Ulike mayaspråk 40 % (23 offisielt godkjente, blant andre Quiche, Cakchiquel, Kekchi, Mam, Garifuna og Xinca)

Kilde: CIA World Fact Book

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 47, nummer 12, 2010, side 1137-1141

TEKST OG FOTO:

Harald Victor Knutson, Sørlandet Sykehus, Kristiansand

+ **Vis referanser**

Litteratur

Arboleda-Florez, J. & Weisstaub, D. N. (2000). Conflicts and Crisis in Latin America. I: Okasha, A., Arboleda-Florez, J. & Sartorius, N. (red.), Ethics, culture and Psychiatry. International Perspectives (ss. 29-46). Washington D.C.: American Psychiatric Press, Inc.

Breuer, J. & Freud S. (1895/1952). Studien über Hysterie. Gesammelte Werke, Bd. I: Werke aus den Jahren 1892-1899 (s. 75-312) . Frankfurt am Main: Sigmund Fischer Verlag.

Camus, A. Sitat fra «The Notebooks». Nedlastet den 1. februar 2010 fra: <http://www.ralphmag.org/lawless-roadsR.html>.

Cowan, J. (1996). A Mapmaker's Dream: The Meditations of Fra Mauro, Cartographer to the Court of Venice. Boston: Shambala Publications, Inc.

El Quetzal (2009). Comisión de Derechos Humanos de Guatemala en Washington, E.E.U.U.; nr. 3 (junio).

Freud, S. (1894/1952). Die Abwehr-Neuropsychosen. Gesammelte Werke, Bd. I: Werke aus den Jahren 1892-1899 (s. 57-74). Frankfurt am Main: Sigmund Fischer Verlag.

Herman, J. L. (1994). Trauma and Recovery. London: Pandora.

Laplace, J. & Pontalis, J.-B. (1972). Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt am Main: Shurkamp Verlag.

Lewis, O. (1961): The Children of Sánchez. New York: Alfred A. Knopf Inc.

Papadopoulos, R. K. (2002). Refugees, home and trauma. I: R. K. Papadopoulos (red.), Therapeutic care for refugees. No place like home, (s. 9-39). London: Karnac Books.

Persson, G. (1990). In praise of ignorance. Notes on the dynamics of development as psychotherapist. Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift, 44, 571-573.

Prensa Libre (17.09.2006). Mujeres, víctimas de la violencia. Nedlastet den 7. februar 2010 fra <http://www.prensalibre.com/pl/2006/septiembre/17/151832.html>.

Prensa Libre, Guatemala (papirutgave, også delvis: www.prensalibre.com).

Suarez J. & Jordan, M. (2007). Three thousand and Counting: A Report on Violence Against Women in Guatemala. Guatemala Human Rights Commission/USA (GHRC); Washington D.C. Nedlastet den 7. februar 2010 fra <http://www.ghrc-usa.org>.

Venkatesh, S. A. (2008). Gang Leader for a Day: A Rough Sociologist takes to the Streets. London: Penguin Books Ltd.

World Health Organization (2005). Mental Health Atlas 2005. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse.

World Health Organization & Organización Panamericana de la Salud (2006). IESM-OMS Informe sobre los sistemas de Salud Mental en Nicaragua, el Salvador y Guatemala.