

LØSNINGSORIENTEREDE METODER I PSYKOTERAPI MED TORTUROVERLEVERE

Peter Berliner, Lone Jacobsen, Pernille Ianev, Naima Mikkelsen

Denne artikel beskriver torturens formål og egenskaber og ser på, hvordan denne strategi bruges af totalitære regimer til at straffe og/eller ødelægge mennesker for at undertrykke dem. Torturen forvolder ofret dybe traumer og ødelægger dennes basale tillid og evne til at fungere i livet. Tortur er meget udbredt i verden. Det er nødvendigt at behandle deres symptomer, som er symptomer på depression, posttraumatisk belastningsreaktion og personlighedsændring efter katastrofeoplevelse. Behandlingen på RCT har til formål at rehabilitere ofrene, så de kan fungere bedre i livet. Forskellige metoder bruges til dette. Terapeuten hjælper klienten med at finde løsninger og skabe nye muligheder i sit dagligliv i mulige fællesskaber med andre.

Mere specifikt beskriver denne artikel to metoder, som bruges på RCT: kognitiv og narrativ metode. Kognitiv terapi arbejder med klientens tanker, og tankemønstre i et forsøg på at ændre destruktive tanker. Narrativ terapi er en metode, som fokuserer på de positive kvaliteter, som klienten besidder og på hans/hendes ressourcer i stedet.

Den, der er blevet torteret, forbliver torteret... Ingen, der har været udsat for tortur, vil nogensinde kunne finde sig til rette i verden. Afskyeligheden ved en sådan knægtelse forsvinder aldrig. Tilliden til menneskeheden, – der brast ved det første slag i ansigtet og siden helt forsvandt under torturen, – kan aldrig genfindes.

Jean Amery

1. Indledning

RCT (Rehabiliterings- og Forskningscenter for Torturofre) tilbyder behandling og støtte til torturoverlevende flygtninge. I 1973 bad menneske-

Peter Berliner er lektor ved Institut for Psykologi og fagudvikler i psykoterapi ved Rehabiliterings- og Forskningscenter for Torturoverleverne (RCT).

Lone Jacobsen er psykoterapeut og fagudvikler ved RCT.

Pernille Ianev er cand. psych. og Master of Psychology, Lesley University, USA, psykolog ved RCT.

Naima Mikkelsen er specialestuderende i psykologi og internationale udviklingsstudier ved RUC og forskningsassistent ved RCT.

rettighedsinstitutionen Amnesty International den medicinske profession om hjælp til at bekæmpe tortur verden over. På baggrund af dette blev der i Danmark dannet en lægegruppe under Amnesty International i 1974, hvis første opgave var at dokumentere, om der havde været brugt tortur eller ej. Man fandt, at der var alvorlige følgevirkninger efter tortur, og man begyndte i højere grad at diskutere, hvordan man kunne hjælpe overleverne. I 1980 besluttede man, at der skulle etableres et center for torturofre i København. Dette center modtog de første klienter i 1982 på Rigshospitalet, men som en selvejende, humanitær, ikke-politisk organisation (Jacobsen & Smidt-Nielsen, 1996). I denne artikel vil vi beskrive løsningsorienterede metoder i psykoterapi, der søger at hjælpe torturoverleverne. Det vil blive beskrevet, hvorledes terapien må ses som en del af den globale kamp mod tortur (og dennes eftervirkninger).

2. Tortur

Amnesty International definerer tortur på følgende måde:

Tortur er den systematiske og bevidste tildeling af fysisk eller psykisk lidelse fra en person til en anden eller tredje person, for at opnå den enes formål mod den andens vilje (1973).

Tortur defineres i FN's konvention mod tortur fra 1984 således:

I denne konvention betyder udtrykket »tortur« enhver handling, ved hvilken stærk smerte eller lidelse, enten fysisk eller mental, bevidst påføres en person med det formål at fremskaffe oplysninger eller en tilståelse fra denne eller en tredjemand, at straffe ham for en handling, som han selv eller en tredjemand har begået eller mistænkes for at have begået, eller at skræmme eller lægge tvang på ham eller en tredjemand, eller af nogen grund baseret på nogen form for forskelsbehandling, når en sådan smerte eller lidelse påføres af eller på opfordring af en offentlig ansat eller en anden person, der virker i embedes medfør eller med en sådan persons samtykke eller indvilligelse. Smerte eller lidelse, der alene er en naturlig eller tilfældig følge eller del af lovlige sanktioner, er ikke omfattet.

Tortur er en teknik, som har til formål at forårsage mest mulig lidelse, og som beskrives af Michel Foucault:

Tortur er kunsten at opretholde livet i lidelse ved at opdele den i tusind dødsfald og at opnå de mest udsøgte kvaler inden livet ophører' (Foucault, 1979).

I nogle tilfælde ender torturen med, at ofret dræbes. Dette har da til formål at skræmme andre, herunder hele befolkningsgrupper, til underkastelse og lydighed. I mange andre tilfælde har torturen som mål at nedbryde ofrets oplevelse af sig selv og tillid til andre. Dette gøres ved systematisk at få mennesker til at angive hinanden, slå hinanden ihjel på torturbøddlernes ordrer og blive tvunget til at være passive tilskuere til tortur af andre. Seksuelle overgreb indgår således ofte i tortur med henblik på at nedbryde ofrets selvrespekt og seksuelle funktionsevne.

Tortur er en perverteret form for menneskelig relation, som involverer mindst to personer; ofret og bøddelen. Relationen er karakteriseret af ekstrem degradering, ydmygelse og umenneskeliggørelse, idet bøddelen tildeler ofret grov fysisk og/eller psykisk lidelse. Bøddel/offer-relationen er karakteriseret ved at være anonym, og asymmetrisk, fordi situationen skaber et forhold, som er præget af ekstrem afhængighed, og som tillader den psykiske manipulation af ofret (Doerr-Zegers, 1992). Ofret er således fanget i et dilemma, fordi han/hun enten må samarbejde med bøddelen ved at give fortrolige oplysninger, eller han/hun må lide endnu mere og risikere at dø (Lira, 1990).

På det individuelle plan er tortur blevet brugt som afstraffelse med det formål at ødelægge ofrets menneskelighed gennem den systematiske tildeling af voldsom smerte og psykisk lidelse. Desuden har tortur været brugt til at ødelægge ofrets identitet ved at tvinge ham/hende til at forråde sine kammerater og sin ideologi.

På det sociale plan er tortur blevet brugt af mange forskellige totalitære regimer som et politisk våben til at skabe frygt og for at skræmme systemkritikere og på denne måde forhindre befolkningen i at udtrykke modstand mod regeringens politik. I lande, hvor store befolkningsgrupper har været udsat for forfølgelse og bastant voldelig undertrykkelse, kan hele samfundsgrupper være voldsomt påvirkede af dette. Der er derfor blevet foreslået en community-baseret tilgang til at støtte disse grupper. Denne tilgang kan tage udgangspunkt i en sundhedsfaglig synsvinkel, men vil ofte fokusere meget på social mobilisering, politisk deltagelse og fælles udviklingsprojekter. Dette beskrives ofte som en social transformation eller forandringsproces, der blandt andet omfatter retsopgør, forsoning og udbredelse af respekt for menneskerettigheder. (Comas-Diaz & Padilla, 1990; Becker, 1990; Bronkhorst, 1995).

Torturmetoder er delt op i fysiske og psykiske metoder. Den Chilenske Menneskerettigheds Kommission fandt 85 forskellige former for fysisk tortur (Orellana, 1989). Fysisk tortur er ofte særdeles brutal og har alvorlige fysiske konsekvenser og en høj dødelighedsrisiko. Den mest udbredte form for tortur er slag, ophængning, hængning, elektrisk tortur, neddykning, kvælning, brændemærkning, skæring og seksuelle overgreb. Selvom nogle former for tortur er relateret til bestemte symptomer, er graden af de kroniske følgesygdomme relateret til hyppigheden og intensiteten af de

brugte torturmetoder. Tiden fra udsættelsen for torturen til den lægelige undersøgelse er afgørende; jo hurtigere ofret bliver undersøgt, jo nemmere er det at observere og behandle de fysiske tegn på og følger af torturen.

De fysiske følger af tortur kan være permanente. Det gælder også de mentale og sociale følger, idet torturen har til formål at ødelægge personens selvbillede og tillid til andre mennesker. Psykiske torturmetoder er for det meste skræddersyede og kan inkludere udmattelse og svækkelse gennem begrænsning af føde og vand samt søvn, isolation af ofret, sansepåvirkning som for eksempel gennem bevægelsesbegrænsning eller høje lyde. I nogle tilfælde bliver ofrene tvunget til at overvære tortur af andre indsatte eller af familiemedlemmer.

Hvert år søger tusindvis af torturoverleverne i sikkerhed ved at flygte til andre lande, men ofte er selve immigrationsprocessen traumatisk for mange asylsøgere. Det er ofte problemstillinger omkring asyl, der er aktuelle for torturoverleverne i dagligdagen.

Det er svært at vurdere, hvor udbredt tortur er, hvilket hænger sammen med, at såvel stater som individer forsøger at skjule denne praksis. Overleverne er ofte så prægede af skam over det, der er sket, at de vælger at forholde sig tavse omkring overgrebene (Genefke, 2002).

Amnesty International viste, at der i 1973 ud af 168 lande var 72, der praktiserede tortur. Dette svarer til 42,8%. I den årlige rapport fra 1997 rapporterede Amnesty International tortur og mishandling i 115 ud af 215 lande, hvilket svarer til 53,5%. Denne stigning i forekomsten af tortur skyldes antageligt, at der nu er bedre information omkring tortur gennem NGO-undersøgelser om brud på menneskerettighederne.

Forekomsten af tortur i udvalgte flygtningepopulationer varierer fra 5-70% afhængig af fordeling i forhold til nationalitet, køn, alder og tidspunktet (Lavik, 1996). Forekomsten af en vilkårlig gruppe af 3000 asylansøgere, som ankom til Danmark i 1986, viste en forekomst af tortur på 20% (Jensen, 1988). I en svensk undersøgelse af Røde Kors-flygtninge, som søgte asyl i Sverige, fandt man en forekomst på 23% (Horvath-Lindberg, 1988).

Forskellige undersøgelser har forsøgt at estimere, hvor udbredt tortur er blandt de flygtningepopulationer, der opholder sig i Danmark. En undersøgelse blandt 10.000 asylansøgere i Danmark i slutningen af 1980'erne viste, at 18,5% af mændene og 3,8% af kvinderne svarede ja til at have været udsat for tortur eller anden form for voldeligt overgreb (Kjersem, 1996). En mere specifik undersøgelse af flygtninge fra Mellemøsten finder derimod, at 55% af mændene og 12% af kvinderne var blevet torterede (Montgomery & Foldspang, 1994).

I en rapport fra Dansk Flygtningehjælp (2000) peges der på, at der er behov for en specialiseret omsorg og støtte til en stor del af flygtninge i Danmark på baggrund af de voldsomme overgreb, de har været udsat for i deres hjemland og under flugten. En undersøgelse fra Sundhedsministeriet

(2001) nævner, at ca. 50% af flygtningepopulationen i Danmark lider af angst eller depression, og ca. 20% opfylder kriterier for PTSD (Post Traumatic Stress Disorder). Der efterlyses i begge rapporter rehabiliteringstilbud til disse.

Ud over egentlig tortur kommer udsættelse for hændelser forbundet med krigsførelse og de velkendte følger såsom sammenbrud af økonomi, øget fattigdom, sult, usikkerhed, migration og psykosociale problemer. Ifølge officielle opgørelser estimeres det, at der efter 2. verdenskrig er blevet dræbt mere end 24 millioner mennesker i de omkring 160 krige, der har været verden over, men det reelle tal er måske dobbelt så stort (Pedersen, 2002). Følgevirkningerne er store. Således påpeger Kleinman (1997), at antallet af depressioner, der ses som relateret til krige, organiseret vold, undertrykkelse og fattigdom, vil blive et større og større problem for mange fattige lande.

WHO definerer organiseret vold således:

Den mellem menneskelige udvirkning af lidelse og smerte af en organiseret gruppe, som arbejder ud fra en formuleret eller indirekte strategi og/eller system af ideer og holdninger. Det består af enhver voldelig handling, som ikke er acceptabel ifølge normale menneskelige standarder. Organiseret vold inkluderer tortur, grusom umenneskelig eller degraderende behandling og afstraffelse.

Det er på denne baggrund bemærkelsesværdigt, at forskning i krisepsykologi i den vestlige verden kun i begrænset udstrækning beskæftiger sig med psykiske reaktioner på krig og anden voldelig undertrykkelse. Ud af 135 studier, der undersøger følgerne af voldsomme belastninger, omhandler kun 6% situationen i udviklingslandene. Resten omhandler reaktionerne i den vestlige verden, dog inkluderende nogle (se ovenfor) vedrørende flygtninges psykiske reaktioner (Pedersen, 2002).

3. Symptombeskrivelser

Der er ligheder mellem begyndende psykiske symptomer hos torturoverlevende og de symptomer, som er samlet under syndromet Post Traumatic Stress Disorder (Cunningham & Cunningham, 1997). Men PTSD dækker ikke tilstrækkeligt over kompleksiteten og graden af virkningerne af tortur (Reeler, 1994; Becker, 1995; Lira, 1998). Mange torturoverlevende udvikler symptomer på depression og psykoser. Desuden er der en høj forekomst af seksuelle forstyrrelser, hvad enten personen har været udsat for seksuel tortur eller ej, og mange andre undersøgelser viser, at mange torturoverlevende oplever identitetsforandringer (Somnier & Genefke, 1986; Barudy,

1989), og der er en høj grad af sammenfald med andre diagnoser (Cunningham & Cunningham, 1997; Somnier et al., 1992).

Tortur er i sig selv en voldsomt krænkende oplevelse, men er også et vilkår, der påvirker livet fremover, idet der ofte sker en meget markant ændring i livsforløbet (Turner & Gorst-Unsworth, 1993; Skinner, 1997). Desuden er det vigtigt at bemærke, at de psykiske symptomer, som viser sig, kan ændre sig med tiden, fordi reaktionerne ofte undertrykkes, indtil de umiddelbare behov for overlevelse og genhusning er blevet rimeligt varetaget.

Undersøgelser (sammenfattede af Southwick, 1994) påviser en psykobiologisk mekanisme for reaktionerne i form af neurokemiske stoffer som dopamin og corticotrofin. Dette antyder, at symptomer som for eksempel undgåelse af stimuli, der minder om traumat, samt flashback og forhøjet årvågenhed, hænger sammen med dette. Som følge heraf er styrken af de traumatiske oplevelser relateret til graden af bestemte neuromodulatoriske systemer, som aktiveres af stimuli og stressfaktorer. Denne langvarige forandring af den neurobiologiske respons kan forklare de vedvarende symptomer, og hvorfor vores behandlingsmetoder kun er delvist effektive.

Der er et behov for at diagnosticere bedre inden for området, hvilket viser sig i debatten om mulige diagnoser.

Der er en diskussion af, hvorvidt PTSD omfatter reaktionerne hos mennesker, der har været udsat for ekstreme, gentagende og ofte årelange overgreb af særdeles voldsom art. I litteraturen foreligger der således beskrivelser af overlevende fra koncentrationslejre, der ikke synes at kunne rummes inden for diagnosen. Et eksempel på en sådan beskrivelse er Aplitzsch henvisning til Krystals teori fra 1968:

Krystal har med udgangspunkt i sit arbejde med overlevende fra Anden Verdenskrigs koncentrationslejre betonet de kroniske, affektive skadevirkninger. Han skriver (1968): »Hvis bedømmelsen af faren er af en sådan art, at situationen vurderes som håbløs, hvis den fysiologiske reaktion udvikler sig fra agitation til kataton reaktion, og hvis personen overlever, så er vedkommendes affektive reaktioner blevet påført permanent skade.« Personer, som engang har underkastet sig en absolut dødsfare, mister i visse tilfælde for altid en illusion om usårlighed og udødelighed. Men uden denne illusion kan man heller ikke have et normalt liv; man er, psykisk betragtet, mærket af dødens nærhed. Dette manifesteres i, hvad Krystal kalder »en fortvivlelsens livsstil«. En kronisk træthed og svag modstandskraft mod enhver form for infektion og sygdom. Depressionen fortsætter, mener han, fordi den, der én gang har været totalt opgivende og prisgivet i en traumesituation, aldrig bliver sig selv igen. Barndommens fundamentale tillid er for altid tabt, og depressionen kan ses som en reaktion på dette tab.

Et yderligere aspekt ved tabet af fundamental tillid er udviklingen af en offeridentitet. Når den ramte først én gang er blevet konfronteret med døden, får vedkommende besvær med at relatere sig til »almindelige« mennesker og trækker sig tilbage i bitter isolation. Identifikation med døden fører til vanskeligheder på alle planer; socialt, arbejdsmæssigt og i familielivet. Krystal pointerer også den fortsatte kognitive selvbegrænsning hos de traumatiserede. Ofte savner de, som han siger, motivation til at ekspandere kognitivt og bliver i stedet stadig mere afstumpede. Mange udvikler alexityme reaktioner som et omfattende regressivt forsvar mod oplevede følelser. Disse udtrykkes så i stedet igennem psykosomatiske symptomer (Aritzsch 1998, side 29).

Langer (1997) skriver om beretninger fra koncentrationslejr-fanger, der mistede nære pårørende og venner:

I fortællingen af disse beretninger er de væsentlige øjeblikke ikke, når der fortælles om, hvordan man selv overlevede, men når der tales om, hvordan nære familiemedlemmer døde. Dybest set er disse livshistorier faktisk dødshistorier, der beskriver, hvorledes selvet døde – på en måde, vi stadig ikke kan forklare.

I disse tilfælde er det fejlagtigt at tale om »lidelse« i en klinisk forstand, da det leder tanken hen på behandling og udvikling; og det er lige så forkert at tale om det i en teologisk forstand, da det peger på frelse og renselse, og dermed indskriver problemet i en forældet sprogbrug. Enhver ide om at legitimere en sådan »lidelse« gennem behandling eller renselse er en fornærmelse mod ofret. (side 56 – vores oversættelse).

Langer skriver, at når selvet dør, ophører ideen om at kunne komme af med traumatet gennem en helbredelses eller »rensnelse«. Langer refererer en fortælling af en kvinde, der under Holocaust tvinges til at aflevere sit lille barn til en tysk fangevogter. Hun ser aldrig barnet igen og beskriver, at hun mentalt døde i det øjeblik. Langer indskriver således samme forståelse, som Krystal formulerede, nemlig at et udbredt tema i fortællinger fra mennesker, der har overlevet folkedrab og organiseret vold, er, at de har mistet deres liv ved at have overlevet deres egen død. Barnets død er også kvindens egen død, og denne situation vedvarer – den er ikke en del af hendes fortid, men en del af hendes nutid. Hun ønsker ikke at glemme den i et forsøg på at genvinde orden, fornuft og sammenhæng. Derfor bliver en terapi, der søger at give hende en tro på en styrende fornuft, en bevidsthed, og et ordnet og forståeligt selv, der kan heles og renses, forfejlet og disrespektfuld. I stedet for en sådan omskrivning må der lyttes respektfuldt til selve historien – og den eneste farbare vej er at engagere sig i det forebyg-

gende, nemlig at medvirke til at undgå fremtidige folkedrab, organiseret vold og undertrykkelse.

Niederland har beskrevet »overlevelsessyndromet« hos tidligere koncentrationslejrjægere. Apitzsch gengiver hans beskrivelse af kendetegnende på dette:

Anhedoni – et totalt afsavn af livsglæde, som forekommer i nær forbindelse med ordløs sorg over tabet af pårørende og af en »livsvigtig« følelse af egen usårlighed.

Overlevelsesskyld – mange havde mistet næsten alle deres pårørende. Selve overlevelsen blev oplevet som uretfærdig, når så mange andre mødte døden. Man havde svigtet de døde, eller man burde have gjort noget på trods af, at det naturligvis var umuligt (Apitzsch 1995, side 29-30).

Fænomenologisk orienteret beskrivelse af klienternes fremførte klager peger netop på betydningen af oplevelsen af at være »levende død«, ofte tematiseret som »det var bedre, hvis jeg var død«. Dette synes ikke at blive beskrevet dækkende i PTSD-diagnosen.

Diagnosen PTSD optrådte første gang i 1980 ved udgivelsen af det amerikanske diagnostiske system DSM-III. Forud for PTSD-diagnosens debut i DSM-III er gået årtier med teoretiske diskussioner omkring forskellige følger efter udsættelse for traumer og ekstrem stress (Young, 1995).

Ifølge Young (1997) er traumediskussionen opstået ud fra to retninger. For det første den fysiologiske diskussion af følgerne efter chok. Denne retning opstod i forbindelse med sammenligning af reaktioner efter chok med neurale skader og chok, hvor ingen sådanne skader kunne påvises, men der havde været tale om intens frygt. Denne forskning kan føres tilbage til 1860'erne (Young, 1995). Den anden retning består af psykoanalysens opståen og interessen for den patogeniske hemmelighed. Denne retning har interesseret sig for fortrængning og dissociation, bedst kendt fra Freuds teorier.

De to retninger fandt sammen i forbindelse med verdenskrigene i det 20. århundrede. Man begyndte at blive opmærksom på de psykiske symptomer, som krigsveteraner og holocaustoverlevende fremviste efter udsættelse for ekstreme stressorer.

Young (1995) beskriver, hvordan DSM-III blev det første klassifikationssystem baseret på en standardiseret sygdomslære, som foreslået af Kraepelin. Kraepelin påpegede omkring århundredeskiftet til det 19. århundrede, at mentale sygdomme bedst kunne forstås ved analogi med fysiske sygdomme, og at man måtte klassificere dem ud fra observation af de synlige karakteristika, så ville man senere kunne finde frem til deres biokemiske årsag (som refereret af Young, 1995) Omkring 80 år senere blev disse ideer altså forsøgt implementeret i DSM, i og med at man fastholdt,

at man ville lave ateoretiske og operationelle kriterier for de forskellige sygdomme, så behandlere og forskere fra stridende teoretiske retninger ville have et fælles sprog at tale ud fra. I dette system optrådte PTSD altså for første gang.

På RCT bruges WHO's diagnosesystem og taler derfor om F43.1 *Posttraumatisk belastningsreaktion* – på engelsk som i DSM Posttraumatic stress disorder (WHO, 1994). Denne diagnose er defineret ved følgende kriterier:

- A. Tidligere udsættelse for exceptionel svær belastning (af katastrofe-karakter)
- B. (1) tilbagevendende genoplevelse af traumet i »flashbacks«, på-trængende erindringer eller mareridt.
eller
(2) stærkt ubehag ved udsættelse for omstændigheder, der minder om traumet
- C. Undgåelse af alt, der minder om traumet
- D. (1) delvis, eventuel fuld amnesi for den traumatiske oplevelse
eller
(2) vedvarende symptomer på psykiske overfølsomhed eller alarmberedskab med ≥ 2 af følgende:
 - (a) ind- eller gennemsovningsbesvær
 - (b) irritabilitet eller vredesudbrud
 - (c) koncentrationsbesvær
 - (d) hypervigilitet
 - (e) tilbøjelighed til sammenføren
- E. Optræder inden for 6 måneder efter den traumatiske oplevelse
(WHO, 1994)

Både DSM-IV og ICD-10 beskrives som værende klassifikationssystemer, der er ateoretiske, idet de ikke er baseret på antagelser om ætologi, men derimod på en fænomenologisk beskrivelse af fænomenerne samt operationaliserede klassifikationer via præcise definitioner på disse psykiske fænomener (Reisby, 1996). Der var oprindeligt modstand mod inklusionen af PTSD som diagnose fra nogle, der ikke mente, at diagnosen var ateoretisk, men netop havde en klar antagelse om ætologi, og at symptomerne i øvrigt allerede ville kunne beskrives inden for de øvrige diagnoser (Young, 1995).

Det er bemærkelsesværdigt, at klienterne på RCT har mange somatiske klager i betragtningen af, at PTSD hovedsageligt defineres ud fra psykiske symptomer. Det drejer sig først og fremmest om hovedpine og smerter forskellige steder: benene, fødderne, ryg, nakke, skuldre, mave eller bryst. De klager ligeledes over forskellige problemer med vejrtrækningen, fordø-

jelsen, svimmelhed, træthed og flere gange over problemer med termoregulatoriske funktioner eller sensationer associeret med seksualfunktionen.

PTSD-diagnosen er blevet kritiseret for ikke at kunne give en tilstrækkelig beskrivelse af alle former for traumereaktioner (Herman, 1995). PTSD-diagnosen synes måske mere anvendelig på enkelt-traumatiseringer, som fx udsættelse for et færdselsuheld. Dette problem diskuteres ligeledes af Becker (1995), der reflekterer over ordet »post«, netop fordi der ofte er tale om kontinuerlige traumer – eller symptomer, der opstår flere år senere. ICD-10 opstiller som kriterium for posttraumatisk belastningsreaktion, at symptomerne skal være startet inden for 6 måneder.

Herman (1995) argumenterer, på baggrund af dette, at traumereaktioner skal opfattes som en række forskellige tilstande frem for en enkelt psykisk forstyrrelse. Herman påpeger videre, at fx torturoverleverer på nogle områder ikke passer ind i PTSD-kategorien. Det er derfor nødvendigt at skelne mellem langvarig udsættelse for nedbrydende og livstruende situationer og enkeltstående voldsomme hændelser.

Hun foreslår diagnosen *kompleks posttraumatisk forstyrrelse*, der omfatter de langt mere komplekse reaktioner, der ses hos gidsler, krigsfanger og ofre for gentagne fysiske og seksuelle overgreb. Herman (1995) argumenterer for diagnosen kompleks PTSD til at beskrive reaktioner hos mennesker, der har været underkastet gentagen interpersonel vold gennem længere tid, og at den altså bedre vil kunne beskrive torturoverleveres symptomatologi end PTSD-diagnosen.

Symptomerne på kompleks PTSD er ændringer i affektregulering (bl.a. vedvarende dysfori og selvbeskadigelse), ændringer i bevidsthed (amnesi, dissociative episoder, depersonalisation og genoplevelse af begivenheder), ændringer i selvopfattelse (bl.a. følelser af hjælpeløshed og skam), ændringer i opfattelsen af gerningsmanden (en udpræget optagethed af denne og en urealistisk tro på, at vedkommende har total magt), ændringer i forholdet til andre (bl.a. isolation og afbrydelse af intime forhold) og ændringer i betydningssystemer (tab af tro og tillid samt en følelse af håbløshed og fortvivlelse). Det vil sige, at der er tale om personlighedsforandringer. Der opstilles nogle tilsvarende kategorier for symptomerne i en lignende foreslået diagnose, nemlig DESNOS (*Disorders of Extreme Stress not otherwise specified*): Skadet affektregulering, kronisk destruktiv adfærd, amnesi og dissociation, somatisering, ændringer i forholdet til selvet, forvrænget forhold til andre, tab af tro (værdier). DESNOS-diagnosen synes at karakterisere den tilstand, som Krystal beskrev, at mange KZ-overleverer udviser.

I ICD-10 har man forsøgt at tage højde for ovenstående problemstilling ved at nævne, at såfremt tilstanden viser et kronisk forløb over mange år, kan den føre til en vedvarende personlighedsændring, hvilket placeres under F62.0. *Personlighedsændring efter katastrofeoplevelse*, hvor kriterierne er følgende:

- A. *Vedvarende personlighedsændring efter udsættelse for exceptionel belastning (KZ-lejre, tortur, krigshandling, naturkatastrofe)*
- B. *≥ 2 af følgende:*
 - (1) *fiendtlig eller mistroisk holdning*
 - (2) *social isolationstendens*
 - (3) *tomheds- eller håbløshedsfølelse*
 - (4) *kronisk anspændthed eller vagtsomhed*
 - (5) *følelse af fremmedgjorthed*
- C. *Påvirkning af dagliglivsfunktioner, befindende eller af omgivelserne*
- D. *Varighed ≥ 2 år*
- E. *Ingen tidligere påfaldende personlighedstræk*
- F. *Ikke forbundet med anden psykisk lidelse, undtagen evt. F43.1.*
- G. *Organisk ætiologi udelukkes*

(WHO, 1994)

Beskrivelsen af symptombilledet for personlighedsændring efter katastrofeoplevelse svarer på mange måder til de klager, der præsenteres på RCT.

Det skal nævnes, at klienterne på RCT ud over ovennævnte klager, oftest beskriver sociale problemer i form af konflikter i familien, manglende arbejde, dårlig økonomi, ringe bolig, problemer med at følge danskundervisningen osv. Det er oftest i forbindelse med forsøg på at møde og løse disse problemer, at de ovenfor nævnte symptomer ses.

4. Behandling

I Danmark og internationalt har behandlingen af traumatiserede flygtninge generelt, og torturoverlevende mere specifikt, traditionelt bestået af individuel terapi, der i en periode hovedsageligt har været psykodynamisk orienteret omkring prioritering af klientens italesættelse af de traumatiserende oplevelser. Behandlingsmodellen på RCT blev ligeledes tidligere beskrevet som værende baseret på indsigtsgivende terapi (Vesti & Kastrop, 1992; Vesti et al., 1992). Det meste af den litteratur, der beskriver denne interventionsform over for PTSD, er usystematiske undersøgelser og case-studier frem for en vurdering af effekt (Solomon & Johnson, 2002). Der er endvidere blevet rejst en diskussion af, hvorvidt diagnoser og viden om behandling, der er produceret i en specifik historisk og kulturel kontekst, umiddelbart kan overføres til andre populationer og andre kontekster (fx Pedersen, 2002; Mezzich et al., 1999; Kleinman, 1986, Arenas, 1997). De tilgængelige rehabiliteringsmodeller er ikke blevet evalueret for torturoverlevende, og der mangler viden om, hvorvidt de brugte metoder er anvendelige for denne målgruppe (Solomon & Johnson, 2002).

Det er vigtigt, at man i behandlingen er opmærksom på den positionering, der sker af klienten ud fra den optik, der lægges i beskrivelsen af vedkommende. Der findes gode argumenter for en bio-psyko-social tilgang i behandlingen og rehabiliteringen af torturoverlevende, siden denne tilgang giver en langsigtet fleksibel involvering, som kan hjælpe, når der er tilbagefald. Derigennem støttes torturoverlevendes funktionsniveau i dagligdagen, og dette kan hjælpe ham/hende med at nå sine personlige mål. Øget funktionsniveau i dagligdagen er ofte et vigtigere terapeutisk mål end symptomreducering, selvom dette også kan være et mål for terapien (og øget funktionsniveau netop vil vise en adfærd, der vil blive beskrevet som mindre præget af symptomer).

Etableringen af rehabiliteringscentre forskellige steder i verden, inklusiv Danmark er ofte udvirket af NGO'er, og først gradvist søges den der oparbejdede viden anvendt i de forskellige landes sundhedssystemer. Oprindeligt blev centrene dannet for at skabe et miljø, hvor torturoverlevende kunne føle sig anerkendte og rimeligt trygge. Inden for sundhedssystemerne manglede man viden om konsekvenserne af tortur og om, hvordan man skulle behandle torturoverlevende, derfor så man centrene som steder, hvor man kunne skabe ekspertise inden for området.

Selvom der ikke findes informationer om omkostningerne i forbindelse med behandlingen, kan der argumenteres for, at omkostningerne ved ikke at tilbyde terapi til torturoverlevende er betydelig, i form af medicin, indlæggelser og sociale ydelser.

Desuden kan tilbud om behandling af torturoverlevende sende et signal om, at alle torturoverlevende bør hjælpes – både som medmennesker og som led i kampen mod tortur. Behandlingscentre kan således også være med til at støtte kampen for menneskerettigheder i et globalt perspektiv.

5. Psykoterapien på RCT

RCTs vision er at arbejde for en verden uden tortur, organiseret vold og undertrykkelse. Tortur præsenterer en fundamental mangel på respekt for menneskerettigheder. Kampen mod tortur er derfor også en vigtig komponent i arbejdet for en demokratisk samfundsorden. (RCT, 2003)

RCTs generelle formål er at

- *forebygge tortur og organiseret vold*
- *begrænse følgerne af tortur og organiseret vold*
- *fremme menneskerettighederne i et globalt perspektiv*

RCT betragter torturoverlevende ud fra et helhedssyn og tilbyder tværfaglig rehabilitering til torturoverlevende og deres familier. Et element i rehabiliteringen er at tilbyde psykoterapeutisk behandling.

RCT bidrager med udvikling af ny viden og metoder i rehabiliteringsarbejdet, ikke bare i RCT selv, men også i et globalt perspektiv med særligt fokus på de fattigste udviklingslande. Dette forudsætter, at der foreligger systematiske beskrivelser af de anvendte interventionsmetoder og redskaber til at vurdere kvaliteten af det arbejde, der udføres. Inden for en menneskerettighedsforståelse om, at alle mennesker bør behandles på en værdig og respektfuld måde, bidrager RCT til at lindre følgerne af tortur på såvel community som individuelt plan. Målet er at støtte frihed og handlekraft, således at mennesker kan blive aktive deltagere i deres liv og livsverden. Vigtige mål er at igangsætte og gennemføre udviklingsprojekter inden for rehabilitering af torturoverlevende, herunder på det psykoterapeutiske område, samt udvikle teorier, der fremmer forståelsen af følgevirkningerne af tortur, udvikle effektive metoder, der kan fremme torturoverleverses problemløsning, livsglæde, oplevelse af egen sundhed, deltagelse i samfundet og gode udviklingsmuligheder.

Tortur præsenterer den mest ekstreme form for ødelæggelse af et andet menneske. Et af elementerne i torturen er, at bødlerne netop *har til hensigt* at tortere, at gøre offeret til en levende død. Der er tale om en handling, som er bevidst og villet og i den forstand udtryk for, hvad der er kaldt for den radikale eller absolutte ondskab (Kemp, 1985).

Når vi vil søge at forstå følgerne efter tortur og hjælpe torturoverlevende professionelt, er det vigtigt at vide, at torturoverleverses lidelser netop er påført bevidst af deres medmennesker. Det medvirker til, at de føler sig uden for det menneskelige fællesskab og ofte isolerer sig i forhold til andre endog også venner og familie. De føler sig som levende døde uden værdi. Det er formentlig på den baggrund, at vi skal forstå følgende udsagn fra torturoverlevende på RCT:

*Det var bedre, hvis jeg var død
 Jeg har mistet smagen for livet
 Jeg vil kun have med andre mennesker at gøre i meget begrænset
 omfang
 Jeg er ingenting, jeg har mistet min værdi
 Jeg er ensom
 Jeg er skyldig i andres lidelse, jeg har svigtet min familie*

Torturoverlevende, der kommer i psykoterapeutisk behandling på RCT, har ofte de reaktioner, der ovenfor blev beskrevet som personlighedsforandringer efter katastrofeoplevelse. De fortæller ofte, at deres psykiske vanskeligheder begyndte, da de kom ud af fængslet. Mange af dem fortæller herudover om en depressiv tilstand i større eller mindre grad og om oplevelser af angst. Mange har overleverskyld – også kaldet dødsskyld (Lifton, 1985). Overleverskylden er meget invaliderende og erfaringsmæssigt vanskelig at afhjælpe.

Torturoverleverne har oplevet og oplever store tab, herunder tab af eget værd og tillid til andre som omtalt ovenfor. Tabene kan inkludere familie-medlemmer, venner og andre vigtige personer, som er døde og forsvundne i fængslet, eller som er blevet myrdet i massakrer og folkemord.

Behandlingen udgøres af individuelle forløb, gruppeforløb og et tilbud om psykoedukation til familier. Her vil vi alene beskæftige os med den individuelle terapi, hvor der etableres en terapeutisk relation, som først og fremmest er kendetegnet ved tillid. I dette rum er der mulighed for at terapeuten bevidner klientens traumatiske historie (det radikalt onde) og søger at skabe en fælles bevægelse med klienten i fortællingen om dette, f.eks. ved at skabe en ny fortælling om fængslingen og torturen, med fokus på, hvorledes man kan kæmpe for at få et rimeligt liv på trods af – eller med – disse oplevelser. Dette ses som en del af kampen mod tortur, idet tortur-bødlerne netop har søgt at installere en vedvarende ødelæggelse af ofrets selvværd og livsglæde.

I terapien tilstræbes det

- *at etablere tillid og at klienten giver udtryk for at føle sig forstået og respekteret*
- *at finde balance mellem at normalisere symptomer og samtidig respektere den enkelte som unik.*
- *at invitere til det menneskelige fællesskab*
- *at arbejde sammen om at definere problemstillinger og åbne for en dialog med klient og familie*
- *at hjælpe med at finde nye/andre perspektiver på problemstillinger, således at problemer opløses.*

De overordnede mål er at fremme aktiv deltagelse i livet ved

- *at opleve sig selv som et menneske (at se sig anerkendt)*
- *at finde, skabe og turde have en mening*
- *at skabe håb og livsglæde*
- *at være/føle sig fri for de bindinger, som tortur, organiseret vold og undertrykkelse giver (modarbejde torturens »formål«)*
- *At skabe muligheder i livet.*
- *at skabe tillid og kontrol*
- *at skabe ro (stabilisere)*
- *at arbejde med konkrete udtryk for lidelse, såsom*
 - *smerte, angst, skyld og skam*
 - *tristhed og opgivelse*
 - *mareridt og søvnproblemer*
 - *isolation, hidsighed og vrede, kontroltab*
 - *følelser af at være umenneskeliggjort*
 - *følelser af fremmedgørelse*

Den terapeutiske proces i det individuelle forløb tager i gennemsnit 1 til 1½ år. I RCTs historie har psykoterapeuterne flere gange overvejet at gennemføre forløb af kortere varighed. I enkelte tilfælde, hvor den traumatiske historie ikke er så tung, og klientens livssituation er god, har et forløb kunnet afsluttes efter ½ år.

Når terapierne som hovedregel tager længere tid, er det begrundet i, at torturoverlevernes tillid til omverdenen er bristet efter det, de har været udsat for. Torturoverlevende har stået ansigt til ansigt med den absolutte ondskab og er dermed påført et brud i den basale tillid. Forståelsen af sig selv, således som vi har beskrevet det ovenfor, betyder, at det tager lang tid at turde tro på et andet menneske igen.

6. Løsningsorienterede metoder i terapien

I det følgende afsnit vil vi beskrive to af de metoder, som vi bruger på RCT, den Kognitive metode og den Narrative metode.

6.1. Den kognitive metode

Den kognitive metode er bedst kendt for sin behandling af depression og angst (Alford og Beck, 1997). A.T. Beck udviklede sin behandlingsmodel i 1960'erne. Han opdagede som ung læge, at ikke kun det følelsesmæssige, men også det kognitive indhold i menneskers tanker og følelser havde betydning for udviklingen af depressive tilstande. Depressive klienters forestillingsverden er i høj grad karakteriseret ved at indeholde selvdestruktive tanker og katastrofetanker. Dette udspiller sig på 3 planer i den såkaldte kognitive triade om selvet, omverdenen og fremtiden. Selvdestruktive tankeprocesser afspejler sig typisk i udsagn som *'jeg duer ikke, der er ingen, jeg kan stole på, og alting er håbløst'*.

Rationalet i den kognitive teori er baseret på det grundsyn, at den måde, vi opfatter og fortolker verden på, vil være styrende for de følelser, vi har, og de handlinger, vi foretager os. Denne fortolkning sætter ind i starten af vores liv. Vores (tolkede) erfaring er med til at danne de såkaldte skemata, som også kaldes basale kognitive strukturer. Disse skemata regulerer vores forståelse af os selv, vores forhold til andre mennesker og til verden generelt og dermed også fremtiden. Fortolkningerne hjælper os til at danne en mening med livet og er nødvendige for at kunne navigere i verden. Imidlertid kan nogle af disse antagelser blive overdrevne og rigide og kan udvikle sig til det, som vi kalder for dysfunktionelle antagelser. En typisk dysfunktionel antagelse kan være: *'alt hvad jeg går i gang med, skal lykkes godt'*. Hvis man lever efter en sådan præmis, vil man støde ind i vanskeligheder, og man kan fortolke noget som en fiasko, selvom det ikke er det, og dette kan være en medvirkende faktor i udviklingen af depressivitet.

Mange af de torturoverlevende, vi ser på RCT, har haft en opvækst og en fortid, som er dybt præget af forfølgelse og undertrykkelse, og de erfarer, at *de ikke er gode nok*. Torturen er i sig selv en demonstration af, at deres værdi er så lille, at de fortjener at blive ødelagt, umenneskeliggjort og lide resten af deres liv. De udtrykker det lave selvværd, den manglende tillid til omverdenen og måske endda det brudte håb for fremtiden i terapien.

Overvejelsen om at forsøge at hjælpe torturoverlevende ud fra den kognitive metode er baseret på, at denne metode er en af de mest udbredte og grundigt undersøgte til behandling af depression, og at der er påvist klinisk effektivitet (Beck, Rush, Shaw og Emery, 1979).

På samme måde er det inden for de seneste år påvist, at kognitiv metode også er virksom i behandlingen af de fleste angstlidelser, uden at klienterne nødvendigvis helt slipper af med angsten (Hougaard 1997). Mange klienter oplever stadig angst efter behandlingen, men i væsentlig mindre grad og med færre indskrænkninger i deres dagligdag.

Den kognitive metode er ret struktureret og indebærer helst, at klienten laver hjemmeopgaver. En forudsætning for at bruge den er, at terapeuten er i stand til at socialisere klienten til metoden, hvilket betyder, at klienten hele tiden er med, forstår metoden og det, som terapeuten gør. Psykoedukation er nødvendigt for brugen af denne metode, og dette betyder, at terapeuten uddanner klienten omkring forskellige psykologiske processer.

Det er vores erfaring, at metoden er god til at hjælpe klienten hurtigt at finde frem til, hvor »det brænder på«. Den afslører i reglen hurtigt dysfunktionelle antagelser og en teknik, som bruges, og som er grundlæggende i kognitiv terapi, er den sokratiske dialog. Her bruges sokratiske spørgsmål, som klienten svarer på. Terapeuten skal dog være opmærksom på, at situationen, hvor man stiller klienten spørgsmål, ikke reaktiverer forhørsituationer, som er en del af den traumatiske fortid for mange torturoverlevende.

Det er samtidig vores erfaring, at man som terapeut også må være parat til at løse på den »stramme« struktur i metoden. Torturoverlevende kan have svært ved at følge kravene om at lave hjemmeopgaver, fordi de ofte har svært ved at koncentrere sig om en sådan opgave hver dag. Nogle kan blive for triste af at sætte deres følelser og (automatiske) tanker på papir derhjemme.

Det kognitive forløb er kendt for at kunne gennemføres over en kortere periode end andre metoder som for eksempel psykodynamisk terapi. Dette gælder især behandling af angst. I behandlingen af torturoverlevende må man dog regne med længerevarende forløb i mange tilfælde, og der skal være plads til, at et kognitivt struktureret forløb får pauser, fordi der kan ske hændelser i klientens liv, som må gives en højere prioritet i terapien. I sådanne tilfælde er det vigtigt, at terapeut og klient afklarer konteksten, med hensyn til hvad der lægges til side for en stund, hvor længe det skal vare, og hvad samtalen i stedet skal handle om.

I behandlingen er det ydermere en forudsætning, at der gives tid til, at tillid etableres i sådan en grad, at klienten føler sig tryk i samværet med terapeuten. Beretninger om traumatiske erfaringer (kritiske hændelser) fra tortur og forfølgelse kommer sjældent som fuldstændige og tilstrækkeligt detaljerede i begyndelsen af terapien. Der skal tid og øvelse til at turde bære en rekonstruktion af det traumatiske indhold.

Som det fremgår af indledningen, kan ingen metoder/teknikker stå alene i psykoterapeutisk behandling. Den professionelle omsorg, forståelsen for klienten og empati er essentielle i den terapeutiske kontakt og uafhængig af den valgte tilgang. Tillid i relationen mellem klient og terapeut er en forudsætning for, at samtaler kan give mening. Begrebet terapeutisk alliance repræsenterer utvivlsomt et af de grundlæggende områder i enhver model for terapi. En gennemgang af nyere terapiforskningslitteratur bekræfter, at dette fænomen har fået en bredere og mere central plads i løbet af de år, som er gået, siden den først blev beskrevet. (Sveaass 2002).

I de første samtaler med klienten forsøger terapeuten at vurdere de aktuelle vanskeligheder, som klienten kommer med. Målet er at få et overblik over situationen, som klienten oplever den nu, og hvornår problemerne begyndte, hvordan de har udviklet sig og hvordan de hænger sammen. Symptomer og livsproblemer listes. Terapeuten er opmærksom på at høre, hvor klienten udtrykker negative tanker, og eventuelt hvilke dysfunktionelle (basale) antagelser der ligger under disse.

Hos depressive klienter er det vigtigt at spørge til følelsen af håbløshed og vurdere, om klienten har selvmordstanker. I dette tilfælde må behandlingen rette sig mod dette som det første. Ud over psykoterapi kan medikamentel behandling være nødvendig.

Erfaringen på RCT er, at mange torturoverlevende har fantasier om døden. De kan give udtryk for, at døden synes at være den bedste løsning. Vi ser dog yderst sjældent selvmordsforsøg. Torturoverlevende i krise vil dog være i fare for at gennemføre et selvmord. Krisesituationerne kan opstå, når klienten får information om, at et nært familiemedlem er død eller myrdet, eller der arbejdes med følelsen af skyld over at have overlevet, hvor andre døde (Veer 1998).

Klienten og terapeuten drøfter problembeskrivelsen, som må være åben for klienten.

Problembeskrivelsen skal have form af en (foreløbig) hypotese. Den forandrer sig undervejs, når nye informationer kommer til. Beskrivelsen kan med fordel deles op i en »problemliste«, som klienten er enig i. Derefter undersøges symptomer/livsproblemerne. Klienten spørges om kritiske hændelser og om, hvornår han/hun sidst oplevede symptomet. Klienten opfordres til at beskrive denne situation så præcist og detaljeret som muligt. Detaljerne er med til at sætte ord på følelserne i episoden og få beskrivelsen så rummelig som mulig. Når episoden er klart fortalt, relaterer terapeut og klient den til de automatiske tanker, der opstår i forbindelse

med episoden. Terapeuten undersøger de følelser, som tanken bevirker og efterfølgende de reaktioner og fornemmelser i kroppen, som også knytter sig til episoden. Den kognitive model er integrativ og forbinder følelser, tanker (ideer), fysiske symptomer og adfærd (Oestrich, 2001).

Terapeut og klient sætter mål for livsproblemerne/symptomerne ved, at klienten definerer, hvordan han/hun gerne vil have det anderledes, og hvordan klientens problemer ville være anderledes, hvis behandlingen virkede. Målene, som sættes, kan ændres undervejs i forløbet, eller nogle kan helt falde væk og andre komme til.

Som tidligere nævnt må klienten vide, hvad terapeuten har til hensigt at gøre, så terapeuten forklarer arbejdsmåden og sikrer sig derved klientens accept omkring antal, varighed og hyppighed af samtalerne, fordi det er med til at give rolige og trygge rammer.

Det er ligeledes vigtigt at få klientens eventuelle forbehold om terapien frem. Terapeuten må invitere klienten til at fremkomme med tvivl og diskutere dem på en åben og respektfuld måde. Det understøtter en terapeutisk og god relation.

6.1.2 METODEN I PRAKSIS

Samtalerne indledes med, at terapeuten spørger, hvordan klienten har haft det siden sidst, eller om der er noget, klienten synes, terapeuten skal vide. Hvis klienten har haft en hjemmeopgave, drøftes, hvordan det er gået, og den gennemgås på et tidspunkt i samtalen. Dagsordenen for den enkelte samtale drøftes herefter med klienten. Ved uoverensstemmelser er det vigtigt, at fordele og ulemper ved de forskellige forslag kommer frem. Det giver yderligere information, som kan bruges og er frem for alt med til at sikre, at det, der tales om, giver mening for klienten.

Når dagsordenen for samtalen er »forhandlet« på plads, arbejder terapeut og klient med problemerne. Erfaringen viser, at torturoverlevere ofte lader terapeuten vælge dagsordenen og måske holder sin egen tilbage. Hvis terapeuten ikke er meget opmærksom på dette, risikerer man, at den dagsorden, som var vigtig for klienten, først kommer for en dag ved evalueringen af dagens samtale. Grunden til dette kan være, at klienterne ofte kommer fra kulturer, hvor det er almindeligt, at man lader 'eksperten' bestemme.

Et grundlæggende element i behandlingen er den såkaldte testning af de negative automatiske tanker. Spørgsmål om betydningen af disse fører klient og behandler længere »ned« i niveau til underlæggende formodninger og personlige skemataer (dysfunktionelle antagelser). Det kan være et møjsommeligt arbejde at nå ned under det første niveau og »afsløre« smertefulde antagelser. Terapeuten vurderer især med denne sårbare gruppe af klienter, hvornår og hvor langt man skal gå. Tanker og forestillinger er noget klienten normalt ikke deler automatisk, og klienten åbner kun døren, når han/hun er sikker på at blive mødt med respekt.

En klient, Rana, fortæller om engang, hun og hendes søster var på indkøb, og der var en person, som kom med en racistisk bemærkning. Ingen i butikken hjalp dem, og de måtte til sidst gå ud. Denne episode udløste tanken hos Rana *'jeg er en fiasko'*, og denne tanke arbejdede vi med i terapien, så hun kunne forstå, hvordan den var opstået, og kunne både 'teste' dens validitet og finde frem til de smertefulde følelser, som lå bag.

Torturoverlevende har ofte smertefulde depressive tanker og er præget af tristhed og lavt selvværd.

I kognitiv tænkning er det som tidligere beskrevet de underliggende (negative) formodninger, der er med til at opretholde depressionen og den triste tilstand. Terapeuten må være opmærksom på udsagn, som er udtryk for (negative) automatiske tanker, idet det er dem, der fører ind til de (negative) underliggende formodninger. Negative automatiske udsagn er, f.eks. når klienten siger: jeg vil helst være alene, eller jeg vil passe på ikke at relatere mig for meget til andre.

Den sokratiske dialog bruges med fordel i kognitiv metode. Med den udfordrer terapeuten vedholdende betydningen af klientens »negative« udsagn. Det handler om at gå på opdagelse frem for at finde endegyldige svar. Formålet er at finde hen til viden, som kan være med til at løse klientens problem. Her er nogle eksempler på sokratiske spørgsmål:

- Spørgsmål til udfordring af negative automatiske tanker kan være: hvad støtter denne ide? Når du siger sådan, bygger det så mere på dine følelser end på fakta?
- Spørgsmål til udfordring af negative underliggende formodninger kan være: hvad mener du er følgerne af den måde at tænke på? Hvad ville andre tænke i den situation?
- Spørgsmål, der omstrukturerer, kan være: kan du komme på en anden og mere positiv formulering? Hvad er det mest realistiske? Hvor meget tror du selv på dit udsagn, at du ikke er noget værd? Hvis du havde en ven i samme situation, ville du så også synes, at han ikke var noget værd?

Hjemmeopgaver er selvhjælpsopgaver og udføres mellem samtalerne. De skal hænge sammen med det, der arbejdes med i samtalerne. De skal være konkrete og klart formulerede for klienten, og klienten bruger mindst 10 minutter hver dag på at træne en positiv situation.

Når samtalen er slut, evaluerer terapeuten med klienten og spørger, hvad der var godt, om der var noget, terapeuten skulle have gjort anderledes, og

om der, noget vigtigt, som der ikke blev talt om. Hvis en baseline har været anvendt i samtalen, kan den bruges i evalueringen.

6.1.3 KRITIK AF DEN KOGNITIVE METODE

Den kognitive metode er til tider blevet kritiseret for at fokusere for meget på tanker og tankemønstre og for lidt på følelser. Torturoverleveren/klienten kommer til terapien med et ønske om at blive lyttet til og få støtte, samt have muligheden for at kunne udtrykke sine følelser omkring torturen eller andre problemstillinger. Kognitiv terapi tilbyder redskaber, som klienten kan bruge til at ændre tankemønstre, men det er ikke sikkert, torturoverleveren/klienten har brug for eller kan overskue at ændre sine tankemønstre. Klienten udtrykker følelser, som kan være ubehagelige, men som er normale og ikke dysfunktionelle, fordi disse er normale reaktioner på de hændelser, som klienten har haft. Det kan være, at klienten brug for at udtrykke disse uden at skulle analysere eller omstrukturere dem.

Desuden er det kognitive forløb meget struktureret med hjemmeopgaver og målsætninger, og for denne klientgruppe (torturoverlevende) kan dette virke mod hensigten og skabe et pres for klienten frem for et rum, hvor klienten kan være tryk.

Tidsrammen for terapien er kortere end den terapi, som har været brugt med torturoverlevende hidtil, og ulempen ved dette kan være, at klienten ikke har tid nok til at få den nødvendige tillid til terapeuten og aldrig når at bearbejde sine traumer fuldt ud.

På den anden side kan den kortere tidsramme hjælpe klienten til hurtigere at tage ansvar for sin egen situation og få redskaber til at kunne gøre noget aktivt for at forbedre sin livskvalitet. Desuden er det ikke bevist, at den terapeutiske alliance behøver et langvarigt forløb for at kunne etableres.

Et målrettet forløb kan hjælpe klienten til at overskue sin situation og sine problemer, og dette kan give håb, men det er muligt, at dette i sig selv kan være svært for klienter, som er overvældede af krav, som stilles til dem, eller af følelsen af, at der ikke er noget håb og derfor intet mål.

Men når vi bruger kognitiv terapi på RCT med denne klientgruppe, er det fordi vi ved, at kognitiv terapi har vist sig at være yderst effektivt i behandlingen af depression og angst, som jo er symptomer, som de fleste torturoverlevende har. Tankemønstrene, som medvirker til de depressive symptomer, kan være nødvendige at undersøge, før klienten kan få det bedre. Et struktureret forløb behøver ikke at være overvældende for klienten, men kan i stedet hjælpe klienten til ikke kun at arbejde med tankemønstre, men også til at finde støtte gennem strukturen, som terapien tilbyder.

6.2. Den narrative metode

Den narrative metode er kendetegnet ved at have en meget lille teori om det psykiske, idet udgangspunktet er, at mening skabes gennem sproget,

og at sproget findes mellem mennesker, hvilket betyder, at sproghandlinger retter sig til andre mennesker – det at blive hørt er således det, der giver mening til det sagte. Handlekraft opfattes som noget meget centralt i denne teori – og handlekraft er noget, man får ved at blive set og anerkendt som deltager (medmenneske) med fornuft og handlemuligheder (Cornett et al. 2002).

Selve metoden består i at lytte til beretninger (narrativer), der udvikles, og giver forskellige positioner og handlemuligheder (Crossley 2000). Terapeuten deltager aktivt i at forme, udfordre og forandre fortællingen – og bidrager også aktivt til at undersøge, hvorledes nye og andre fortællinger kan blive levende for klienten i form af anderledes handlinger end de problemdefinerede (Rosen & Kuehlwein 1996, Freedman & Combs 1996, Monk et al. 1997). Dette betyder, at symptomerne ses som muligheder ved siden af andre muligheder, og at man kan leve med symptomerne på mange forskellige måder, f.eks. ved at opbygge et bedre liv *med* symptomerne (se evt. Berliner et al. 2004).

I metoden indgår en meget stor respekt over for klienten – ud fra anerkendelse af, at enhver gør sit bedste for at have et godt liv (Milner & O’Byrne 2002). Oplevelser af skyld og skam over bestemte handlinger eller tanker genfortælles i dette perspektiv som en lovsang til de værdier, som klienten netop henviser til ved at opleve sig selv som skyldig eller skamfuld. Der er også en meget stor opmærksomhed på ikke at *psykologisere* politisk påførte problemer – som i det over for omtalte eksempel med en kvinde, der skulle aflevere sit lille barn til en bøddel i en fangelejr, og aldrig så det igen. Hun ønskede ikke at se sorgen over dette som et psykisk problem, men opfattede det helt reelt således, at hun døde som menneske i lige netop det øjeblik, hun gav barnet til bøddlen; hun opfattede det som stærkt uetisk at tale om patologisk sorg, idet det var en reel sorg over et faktisk forløb. I den narrative metode vil hendes sorg respekteres som en vedvarende hyldest til den glæde og ansvarlighed, hun havde over for sit barn (Langer 1997).

Metoden i narrativ terapi består i at:

- At lede efter undtagelser.
- At tale om fremtiden (blandt andet ved at bruge mirakelspørgsmålet).
- At spørge til ressourcer og mestring – og at undersøge omfanget og graden af problemer med henblik på at styrke der, hvor de ikke er.
- At udfordre den uniliniære fortælling gennem ændring af synsvinkler ved at formulere andre fortællinger om det samme.
- At invitere andre med – f.eks. familiemedlemmer.
- At bruge fortællinger, myter, metaforer – og at inddrage spirituelle, religiøse temaer.
- At tale om de spørgsmål i livet, som ingen har svarene på (f.eks. meningen med livet).
- At henvise til diskurser og handlerum, der er større end terapirummet.

- At fremme måder, hvorved man kan knytte sig til disse diskurser og handlerumsom deltager (spille musik for og sammen med andre, skrive digte og publicere dem) – at blive aktiv deltager.
- At ikke ville lave klienten – men mulighederne i livet – om.
- At normalisere – men fastholde det unikke i ethvert menneskes oplevelse.
- At bruge humor sammen med klienten.
- At finde mulige gode sider ved symptomerne.

Målet er at bidrage til at forandre (livs)verdenen – ikke blot at forstå (beskrive) den anderledes. I det følgende vil vi gennemgå disse metoder og kommentere dem kort.

At lede efter undtagelser består i at spørge klienten om situationer, hvor fx et symptom ikke er til stede. Hvis klienten klager over søvnproblemer, spørges der til, hvornår klienten sover. Der arbejdes således med de situationer, hvor klienten rent faktisk sover. Det undersøges, hvad der kendetegner disse situationer, og hvorledes de afskiller sig fra de situationer, hvor klienten ikke kan sove. Fokus lægges på situationerne, hvor søvnen faktisk kommer.

Hvis klienten taler om *at føle sig død indeni og føle sig kold*, spørges der til, hvornår denne oplevelse er mindst til stede. Dette vil i langt de fleste tilfælde lede hen til en samtale om, at problemet ikke er konstant og uforanderligt. I nogle tilfælde kan dette dog give problemer, idet klienten siger, at problemet er lige meget til stede hele tiden. I denne situation tales der om, hvornår klienten er mest opmærksom på det, og hvornår det har størst betydning i vedkommendes liv. Dernæst kan tales om undtagelser fra dette, hvilket vil sige situationer, hvor problemet da er mindre. Vægten lægges på, at undtagelserne sker i konkrete situationer og handlinger, og ikke blot optræder i sig selv.

At tale om fremtiden består i at fokusere på, hvor klienten ønsker at være henne med sit liv i løbet af nogle uger, nogle måneder eller nogle år. Der spørges til disse ønsker, og dernæst tales der om, hvorledes klienten selv aktivt kan medvirke til at forme fremtiden på den måde, der ønskes. At tale om fremtiden kan ofte involvere det såkaldte mirakelspørgsmål, der består i at spørge klienten om, hvorledes vedkommende ville handle anderledes, hvis problemerne eller symptomerne var væk (se de Shazer 1988).

Dette kan gøres ved at sige: hvis der skete et mirakel i løbet af natten, og klienten ikke måtte fortælle, at symptomerne på mirakuløs vis var væk, hvorledes ville andre da kunne se det på vedkommendes adfærd den næste dag.

Dette spørgsmål kan dog være ganske svært at anvende i samtaler med torturoverleverede, idet i hvert fald nogle af disse vil sige, at et sådant mirakel ikke sker. Eller de vil svare, at man kun kan håbe på, at et sådant

mirakel sker. At gå konkret ind i, hvorledes andre vil kunne se det, kan på denne måde være svært at komme til at tale om.

I andre tilfælde giver det god mening. En klient fortalte fx at hvis vi så ham komme gående ned ad gaden med en kæreste, så ville vi vide, at hans problemer var slut. En anden fortalte, at hvis dette mirakel skete, ville han lege mere med sine børn og tale pænt til dem i stedet for at skælde ud på dem.

Dernæst kan man tale om, hvorledes man aktivt kan begynde at iværksætte de handlinger, som man beskriver som det, miraklet ville give.

At spørge til ressourcer og mestring sker gennem en samtale om, hvad klienten synes, at han/hun er god til. Det kan ske i et livshistorisk perspektiv, hvor man kan tale om en situation i klientens fortid fx barndom eller ungdom, hvor vedkommende følte sig rigtig godt tilpas. At anlægge dette livshistoriske perspektiv for herved at genfinde en oplevelse af tilfredshed og velvære kan dog med torturoverlevende give bestemte vanskeligheder, idet den kan føre til, at torturoverleveren begynder at fortælle på en måde, der omfatter en negativ sammenligning af nutiden med fortiden. Dette kan låse samtalen fast i en negativ sammenligning. I denne situation kan man da undersøge, hvordan den fortalte historie lever videre – om ikke andet så som en erindring. Dette betyder, at den stadig findes et sted.

I andre tilfælde er det bedre at tale om ressourcer og mestring her og nu. Det handler om områder i klientens liv, hvor vedkommende synes, at det går bedre end på andre områder. Et eksempel er en klient, der klager sig over at være en dårlig far. Ved at spørge til, hvor mange procent ud af 100% vedkommende synes, at han er en dårlig far, kan man få en nuanceret af dette. Hvis klienten siger, at han er 80% en dårlig far, kan man begynde at tale om de sidste 20% og spørge til, hvad det så er, klienten gør i disse 20%.

Denne fokusering på ressourcer og mestring vil ofte føre til en mere munter samtaleform, idet klienten ofte vil fortælle historier, der sætter ham/hende i et fordelagtigt lys og ofte selv vil lave sjov med dette. Netop dette at få en vis humoristisk indfaldsvinkel ind i samtalen ser ud til at have en virkning, idet der da lettes på den ofte meget mismodige stemning ved samtalebegyndelse.

At henvise til fortællinger, der producerer et billede af klienten som ressourcefyldt og som i stand til at tage hånd om sin situation i konkrete tilfælde, kan dog også føre til, at klienten insisterer på at blive hørt på sin lidelse. I dette tilfælde må man respektfuldt netop lytte til lidelsen og give klienten sympati på netop dette og udtale sig anerkendende om, at den lidelse, som klienten fortæller om, er stor og netop må tages alvorligt. Men også her kan dette føre til, at man da begynder at tale om lidelsen som et udtryk for et ønske om noget andet. Selv lidelsen bliver også på denne måde til en understregning af de værdier, som klienten ønsker at have i sit liv.

At udfordre den enstrengede eller unilinære fortælling gennem anlægelse af forskellige andre synsvinkler på det, der fortælles om, kan ske ved at fremhæve andre aspekter end dem, som klienten fremhæver i det fortalte. Fx fortalte en torturoverlever, at han ikke flygtede fra fængslet på et tidspunkt, hvor der var mulighed for det. Dette gjorde han ikke, fordi han var bange for sanktioner senere hen, hvis han blev fanget igen. Han var samtidigt ked af at forlade de fanger, der pga. fysiske og psykiske problemer ikke kunne flygte. Han beskriver sin reaktion som en underlig mangel på handlekraft i situationen, men ved i terapien at vægte hans ønske om at hjælpe de fanger, der var for svage til at kunne flygte, bliver fortællingen til en fortælling om omsorg for andre og om et valg, der blev truffet på trods af de store omkostninger, som dette kunne have. Endnu en anden fortælling om dette er, at de fanger, der flygtede, stort set alle blev fanget igen og mishandlet på det groveste bagefter. Det var således en fornuftig disposition ikke at stikke af, da muligheden var der for det, set i lyset af de manglende muligheder for at slippe væk, idet fangerne i fængslet ikke vidste, hvor i landet de var placeret.

At invitere andre med ind i terapirummet kan bestå i, at klienten inviterer familiemedlemmer eller venner til at deltage i samtalerne. Formålet med dette er få nuanceret de fortællinger, som klienten kommer med. Der kan være tale om at invitere ægtefællen med, således at denne kan fortælle om andre aspekter i klientens liv, end klienten selv gør. I det hele taget er det at invitere andre med en måde at få nuanceret fortællingerne på.

Det kan også ske gennem symbolske scenarier, hvor man fx inviterer skæbnen med, hvis klienten gentagne gange henviser til denne. Man kan ligefrem forestille sig, at skæbnen sidder på en stol, og man kan tale om, hvad skæbnen mon ville svare i denne situation. Fx til en klient, der fortæller, at skæbnen altid vil ham det ondt, men som tidligere har fortalt, at han var meget lykkelig på sin bryllupsdag, hvor han blev gift med den pige, som han allerhelst ville giftes med. Hvis skæbnen skulle tale her, ville den antageligt minde ham om, at der også har været gode stunder. Denne form for eksternalisering kan bruges på forskellige måder.

Ved problemer i en familie kan man invitere familien med, eller man kan invitere familien med på en symbolsk måde, idet det undersøges, hvem i familien, der kunne have andre synspunkter på det, som klienten taler om. En klient fortalte, at hans familie var meget vred på ham af bestemte grunde, og at han derfor ikke kunne mødes med dem. Han blev da spurgt om, hvem i familien der var mest vred på ham, og hvem der var mindst vred på ham. Endvidere blev han spurgt om, hvad de forskellige personer ville sige til ham, hvis han spurgte dem om det emne, som han talte om. Der blev herved tegnet et meget nuanceret billede af hans familie, og familien som begreb blev på denne måde erstattet af et mangfoldigt billede af, hvad de forskellige ville sige til ham. Dette betød, at der blev åbnet for kommunikationsmuligheder ind i familien.

At bruge fortællinger, myter og metaforer foregår ved, at der i høj grad inddrages fortællinger i terapien. Dette kan være alt fra korte anekdotiske fortællinger til lange udredninger af myter eller fortællinger. Igennem brugen af disse undersøges, hvad de kan fortælle om ens muligheder i livet og om de værdier, som man kan fremme igennem bestemte former for handlinger og sproghandlinger. Fortællingerne vil i mange tilfælde omhandle spirituelle, religiøse temaer såsom fortællingen om Job, der blev ramt af en lang række ulykker uden at miste troen på Gud. Denne fortælling kan diskuteres og udlægges fra forskellige synsvinkler, og man kan tale om betydningen af denne fortælling med henblik på at undersøge ens eget liv.

Igennem dette henviser man til diskurser og til handlerum, der er større end terapirummet. I eksemplet var der tale om et religiøst tema, der trækker på en religiøs fortælling og på en diskurs, der deles af en lang række mennesker. Det er en fælles fortælling, der knytter mennesker sammen i bestemt forståelser. Man kan ligeledes henvide til diskurser omkring etik, politik, jura og i det hele taget filosofi og livsværdier. Disse emner har en organisering og betydning, der er større end den enkelte persons udlægning af dem. Det er fortællinger, der skabes i fællesskabet mellem mennesker og lever sit liv der, således at mennesker kan henvide til dem og anvende dem. Det kan også være diskurser om mænd og kvinders roller og funktioner, fx i familien, og disse diskurser kan inddrages, diskuteres og reformuleres i det terapeutiske rum. Men diskurserne kan ikke laves om alene i det terapeutiske rum, men man kan undersøge betydningen af dem for forskellige mulige handlinger, som man kan foretage over for dem.

Når man henviser til diskurser og handlerum, der er større end terapilo-kalet, kan man også tale om konkrete måder, hvorpå klienten kan knytte sig til disse på en praktisk måde. Det kan fx være ved at spille musik for og sammen med andre, skrive digte og publicere disse enten ved oplæsning eller i trykt form, at skrive breve til andre og at deltage som aktiv debattør i det offentlige rum. Dette er alle måder at blive aktiv deltager på i konkrete sammenhænge, hvorved man aktivt kan være med til at forme de fælles forståelser og værdier, der fx udtrykkes gennem musik, teater, digte og andre kulturprodukter. Man søger således at finde måder, hvorpå klienten kan blive en aktiv deltager i de handlerum, der kan skabes i fællesskab med andre i livet uden for terapien.

Dette handler om at skabe muligheder i stedet for at ville lave klienten om. Det handler om at finde de steder, hvor der kan handles anderledes, idet problemerne ikke ses som knyttet til klientens personlighed, men som knyttet til bestemt begrænsninger af muligheder i livet. Det er derfor vigtigt at gå ind og producere aktiv deltagelse i udformningen af disse muligheder, og dette betyder, at terapiens mål må findes uden for terapien i form af bedre og mere mangfoldige livsmuligheder. Målet er at forandre sin verden (sin livsverden) snarere end at forandre sig selv i en abstrakt forstand. Subjektivitet ses som handlemuligheder i konkrete sammen-

hænge, så målet er at forandre livsverdenen og ikke blot at beskrive den anderledes.

At knytte klienten til diskurser og handlesammenhænge, der er i vedkommendes liv, kan også ske gennem en fortælling om andre torturoverlevende. Hermed knyttes de individuelle symptomer og ressourcer til et større billede af, hvorledes tortur og organiseret vold kan påvirke mennesker. Gennem denne fortælling kan der ske en slags normalisering af de problemer, som klienten præsenterer. Klienterne vil meget ofte sige, at de føler sig forstået, når de hører om, hvorledes andre torturoverlevende har udtrykt problemerne og ressourcerne. Over for denne kategorisering og normalisering er det samtidig væsentligt at gøre opmærksom på, at ethvert menneskes livshistorie er unik, og at det netop derfor er vigtig at kunne udfolde denne (se evt. Plummer, 2001). Denne proces – hvor man normaliserer gennem henvisning til andre torturoverleverses udsagn og dermed siger, at der findes en form for fælles fortælling, som kunne kaldes for torturens sprog – kan give muligheder for netop at undersøge, hvorledes klienten kan bidrage til denne fortælling på en unik måde. Torturoverleveren bliver således ekspert i at kunne fortælle om torturen og om, hvad den gør ved mennesker. Dette kan være til hjælp for andre, ligesom beretningerne fra andre torturoverlevende nu kan være til hjælp for denne klient.

At finde mulige gode sider ved symptomerne kan være ganske svært som metode, men kan fx bestå i at omtale mareridt som en bestemt dialog, idet mareridtene ses som en vedvarende gøren opmærksom på noget bestemt. Dette bestemte kan være de værdier, som klienten har, og som netop gjorde torturen så frygtelig, fordi den udfordrede og ødelagde disse værdier. At mareridtene bliver ved med at være der betyder da, at værdierne også stadigvæk er til stede. På denne måde kan man anlægge en synsvinkel på mareridtene, hvor man ser disse som en lovsang til den menneskelighed og de værdier, som torturen netop forsøgte at ødelægge.

Afslutningsvis kan det opsummeres, at den narrative metode anskuer torturen som en handling, en menneskelig praksis, som har et ødelæggende formål. At fortælle andre fortællinger, der fremmer livslyst og livsglæde i stedet for en følelse af indre død og umenneskeliggørelse, er terapiens mål. Denne form for terapi er mere optaget af at undersøge funktionsniveauet i klienterne dagligdag, dvs. betydningen af bestemte fortællinger som baggrund for handlinger og sproghandlinger i praksis. Synsvinklen flytter sig væk fra symptomerne – dog uden at underkende den lidelse, der er i disse – og over på funktioner, hvilket igen fører til en undersøgelse af aktiviteter, dvs. handlinger i praksis i patientens liv. Disse handlinger sker i sammenhænge, og derfor bliver det vigtigt at medinddrage den sproglige, sociale og materielle livssituation for klienten.

Hassan havde voldsomme smerter på grund af den tortur, han havde været udsat for. Han fortalte om dette og begyndte pludseligt at synge

en sang om en massakre. Han havde skrevet en sang om denne massakre. Sangen endte med en linje om, at kun sten og jorden så, hvad der skete. Men netop ved at synge sangen gjorde han det muligt for andre også at se, hvad der skete.

Han havde sunget i radioen i sit hjemland, og han skrev sange og digte. Disse blev omdrejningen i samtalerne.

Hassan sang for medarbejderne og for gæster ved RCT, han var flere gange i tv, og han sendte digte til en avis. På denne måde blev hans lidelse omsat til sproglige handlinger i et socialt felt, der var langt større end terapirummet. Hans sange henvendte sig til andre og ville have dem til at tage stilling, at bevidne og forholde sig. På denne måde fik han handlemuligheder, idet han blev set som socialt betydningsfuld omkring formidlingen af sine oplevelser. Han skiftede position fra at være et symptomplaget offer til at være sanger med et budskab. Frem for at fokusere på hans symptomer, blev han set som digter og musiker, der kunne forholde sig til den tortur, han havde været udsat for, gennem digte og musik – på en måde, der henvendte sig til andre og inddrog disse i en forholden sig. Han bidrog aktivt til kampen mod tortur – og til den sociale transformation, der knytter sig til det.

6.2.1. Kritik af den Narrative metode

Den narrative metode fokuserer en del på det positive i klienten samt dennes ressourcer, men kan derved komme til ikke at lytte til klientens lidelsehistorie. Klienten har måske ikke brug for at se mulighederne i den aktuelle i situationen og kan derved måske opleve, at den sam-skaben af en fortælling, der finder sted mellem vedkommende, tolk og terapeut, ikke bliver genkendende over for lidelsestrykket. I nogle tilfælde kan en henvisning til diagnoserne, især vedrørende personlighedsforandringer efter katastrofeoplevelser, opfattes som beroligende. Som en torturoverlever sagde efter at have set diagnosen: *Hvem har skrevet den bog? Det er lige præcis sådan, jeg har det!* Og en anden sagde: *For første gang føler jeg mig forstået og genkendt i den beskrivelse!* På denne måde kan diagnosen have en betydning i samtalen – som en markering af, at torturoverleveren ikke er uden for det almindelige menneskelige samfund, men faktisk er genkendt og anerkendt som netop torturoverlever og som lidende medmenneske. I det narrative perspektiv ses diagnoser således i terapien som en henvisning til et dominerende narrativ, der positionerer den omtalte – på en måde, der kan give muligheder. På denne måde henvises der til kategoriseringer og beskrivelser, der hæver sig ud over den enkelte terapi-session og dialogen mellem klient og terapeut. På samme måde kan der henvises til metoder, der har været anvendt sammen med andre klienter, og det kan undersøges, om disse metoder giver mening i den aktuelle dialog.

Narrativ terapi kan med fordel anvendes med denne klientgruppe, som ofte har svært ved at skabe et billede af sig selv som kompetente og

handlekraftige. Torturoverleverens narrativer er ofte historier om at være hjemsogt af fortidens spøgelser – der er absolut reale – og som står i vejen for livsglæde og engagement i nutiden. Narrativ terapi søger en dialog med klienten, således at der kan skabes håb og en følelse af samhørighed med terapeuten, andre mennesker og den verden, der er uden for terapirummet. Dialogen søger at skabe muligheder – der kan blive til handlekraft i verden derude, hvis den forholder sig til andres ønsker og den aktuelle livssituation, dvs. til de politiske forhold, der skaber den livssammenhæng, man deler med andre.

7. Effekt og outcome

Ovenfor blev det nævnt, at der ikke foreligger egentlige effekt-studier af psykoterapi med torturoverleverere. Det betyder, at vi i høj grad mangler sådanne – idet behandlingen ellers blot vil tage afsæt i behandlernes ideer om, hvad der kunne virke. På RCT er der foretaget en gennemgang af et stort antal journaler med henblik på at se, hvor der beskrives et positivt outcome af terapien. Dette gælder, hvor klienten har oplevet en væsentlig forbedring af vedkommendes sociale situation (Berliner & Mogensen, 2004). Der er en igangværende forløbsundersøgelse og planlagt en sammenlignende undersøgelse af outcome for klienten ved tre centre – i Nottingham, Bern og København. Der er til dette formål udarbejdet et redskab, der omfatter spørgsmål til klient og til behandler – med udgangspunkt i de fortællinger, klienterne har præsenteret for terapeuterne ved RCT gennem tiden.

Da RCT i mange år har sikret et tilbud til de torturoverleverere, der anses for at være kronificerede, må målene for behandlingen, inklusive psykoterapien, være nuancerede, nemlig at bidrage til

- *Bedring og lindring*
- *Bevarelse af status quo-tilstanden, modarbejde en forværring af situationen*
- *Aktiv udsættelse af forværring af situationen*

8. Perspektiver

I denne artikel har vi beskrevet, hvorledes løsningsorienterede metoder kan anvendes i mødet med torturoverleverere. Pointen er, at løsningerne retter sig mod de aktuelle problemer, som torturoverlevererne fortæller om som de væsentligste, og at der rent faktisk udspringer handlemuligheder af samtalerne, således at der sker ændringer i den aktuelle livssituation.

Der vil ske en udvikling af dette perspektiv i rehabiliteringen, idet behandlingen er blevet kritiseret for blot at anvende allerede kendte metoder

på denne målgruppe. Denne kritik er berettiget og bør føre til en fortsat opmærksomhed på det specifikke i lidelser, der er intentionelt påført mennesker af andre mennesker. Dette er væsentligt, idet det viser, hvorledes disse lidelser er politisk bestemte. Det betyder, at det sundhedsfaglige blik i behandlingen må suppleres med et juridisk, et menneskeretligt, et spirituelt og et sociologisk perspektiv.

Den psykoterapeutiske behandling er blevet kritiseret for at se det mentale som forudsætningen for at kunne deltage i det sociale liv i samfundet, f.eks. gennem arbejde. Men vi ved alle sammen, at det ikke primært er den enkeltes mentale parathed, men arbejdsmarkedet, der udstikker mulighederne for at få et job. Det betyder, at den subjektivitet, vi ofte tilskriver personlighedspsykologiske forhold, i mange situationer er nærmere knyttet til handlekraft i vilkår, der er bestemt af økonomiske og sociale forhold. Man kan godt ønske at få et job, men handlekraften viser sig først i det øjeblik, arbejdsmarkedet faktisk muliggør dette. Denne forståelse ligger som grundlag for RCTs psykoterapeutiske arbejde – hvilket ikke mindst er informeret af vores samarbejde med partnerskaber i andre dele af verden og af samarbejdet med socialrådgiverne ved RCT.

Psykoterapi er blevet kritiseret for at ville »mentalisere« sociale problemer, samtidigt med at den vil klemme menneskers oplevelse af disse ind i på forhånd givne kategorier. Når man taler om dysfunktionelle tanke-systemer, kan man indskrive en forståelse af, at nogle tanker er bedre end andre. Og det betyder en social indskrivning af nogle aktører som mere vidende end andre. Det betyder endvidere, at vi allerede ved, hvad der er rigtigt, og hvad der er forkert mht. vores tanker, men hvad der er rigtigt og forkert er vel et etisk spørgsmål og dernæst et politisk omkring de konsekvenser for social retfærdighed/uretfærdighed, de forskellige synspunkter har. Dette kan ikke afgøres på forhånd, men kun gennem dialog og en undersøgelse af konsekvenser.

Endvidere er psykoterapi – herunder især psykodynamisk og kognitiv – blevet kritiseret for på forhånd at kende svarene. Man kategoriserer menneskers udsagn i på forhånd vedtagne kasser, hvilket synes at underkende historiens udvikling. Chomsky (1974) har fremsat en teori om, hvorledes det symbolske – eller diskursive – ganske vist indskriver en bestemt form for magt, men samtidigt er åbent, ufuldendt og nyskabende. I sproget kan vi til stadighed skabe nye sætninger, dvs. sætninger, der aldrig er sagt før. Antropologen Turner (1988) beskriver den samme proces som det, at mening skabes efterfølgende – mens udvikling skabes ud fra en intention, der afprøves i samspil med andres intentioner. Det er en forhandling i praksis. Et udsagn består ikke kun i sig selv, men i dets henvendelse til andre og dermed i positioneringen af disse og af én selv (Wertsch, 2002). I udsagn er der en vilje, en intention, et begær. Dette begær, dette håb om at kunne forme fremtiden, ses ikke i megen psykoterapi, der kategoriserer fortiden i på forhånd fastlagte kategorier og bedømmer klientens udtalelser ud fra på

forhånd vedtagne værdier. Dette betyder ikke, at f.eks. kognitiv terapi er uhensigtsmæssigt, men at den kan komme til at underkende det åbne i det symbolske univers. Den kan på den anden side kritiseres for heller ikke at se, hvorledes dysfunktionelle tanker er knyttet til dominerende narrativer i samfundet, snarere end til det enkelte menneskes fortolkning. Den kritiseres for at miste blik for, at begær altid er begær efter noget konkret, dvs. noget, der befinder sig i en historisk, konkret situation – og hvor adgangen til dette er bestemt af politiske beslutninger og økonomiske vilkår. For at vilje kan blive til handling, må man gå fra individniveauet til livsomstændighederne, herunder såvel community som samfund.

Pointen er her, at det symbolske er åbent, uden facitliste, og på vej. Der sker nyskabelser, som ingen kategorisering kan omfatte – uden at blive til en magt, der begrænser udviklingen ved på forhånd at ville presse den ind i gamle kategorier. Det skal dog siges, at målet i terapi jo netop er at frisætte fra den gentagelse, der kan være i gentagne mareridt (om det samme) og vedholdende gentagelse af torturen i symptomer, der genspiller denne i vedvarende repriser.

I udviklingen af psykoterapien vil vi gerne have fokus på det åbne i det symbolske, men vi vil også gerne have fokus på det reelle i menneskers livsomstændigheder. Dette kan være kroppen med dens smerter fra torturen; det kan være døden som livsvilkår; og det kan være den materielle livssituation, som den er beskrevet i form af den historiske udvikling, omfattende sociale, materielle og politiske forhold. Denne materielle situation, der kan være ganske ubønhørlig i sin ikke-verbale forhandling af muligheder, er det, som klienten eksisterer i, og som mulige løsninger skal skabes og udfolde sig i. Som nævnt får man først handlekraft, hvis det faktisk lykkes at kunne forhandle denne realitet på en måde, så man kan bidrage til den fælles forandring af den. Det er dér, rehabilitering bliver til social transformation, dvs. en fælles udvikling af livsvilkårene. Og problemet for mange torturoverlevende, der kommer til Danmark som flygtninge, er netop, at de ikke inviteres med til at skabe forandring.

Dette aspekt åbner for den sidste synsvinkel, der er væsentlig i det psykoterapeutiske projekt, nemlig det sociale. De andre er der og sætter muligheder og begrænsninger for subjektet. De andre lytter til fortællingen eller de lytter ikke. De andre lader torturoverleveren træde frem som helt, som medmenneske, som syg, som kronisk, osv. i en fortsat mangelstemmethed. Torturoverleveren er en social kategori, der kan formes og ændres gennem dialog, handling og forhandling. Det vil sige, at den måde, torturoverleveren udpeges på – og inviteres med/ikke inviteres med – i sociale aktiviteter, er meget væsentlig for terapiens outcome. Det er ikke muligt i et socialt vakuum at styrke klienten så meget, at vedkommende kan overkomme alle de materielle og sociale hindringer, der er for at blive ligeværdig deltager i samfundsudviklingen, og pludseligt skaffe sig et job, et godt sted at bo, sikkerhed for sin familie i hjemlandet og indflydelse på

samfundets udvikling. Det er derfor, at terapien må rette sig mod de aktuelle problemer, klienten har i sin dagligdag, og søge løsninger på disse. Og løsningerne kan ikke alene være verbale – udtalt i terapirummet – men må bringes med ud i den dagligdag, klienten ønsker at forme i en bestemt retning (eller dagligdagen må bringes med ind i rummet). Det er der, prøven skal stå – på om der kan opnås handlekraft i det faktiske materielle, diskursive og sociale felt.

LITTERATUR

- ALFORD & BECK, A.T. (1997): *The integrative power of cognitive therapy*. Guilford.
- AMNESTY INTERNATIONAL. (1973): *Torture in the Eighties*. USA Edition. A.I. Publication.
- AMNESTY INTERNATIONAL: (1997) Report 1997. Amnesty International Publications. USA.
- APITZCH, H. (1998): Posttraumatisk stress. I Jørgensen, U. & Mathiasen, S.S. (Eds.) *At overleve Vold – om psykisk traumatisering, mestring og behandling*. Århus: Klim.
- ARENAS, J. (1997): Organiseret vold, migration og interkulturel psykologi. I Arenas, J. (red.): *Interkulturel Psykologi*. København: Hans Reitzels Forlag.
- BARUDY, J (1989): A programme of mental health for political refugees: dealing with the invisible pain of political exile. *Social Science and Medicine*. 28.
- BECK, A.T. RUSH, A.J. SHAW, B.F. & EMERY, G. (1979): *Cognitive therapy of depression*. Guilford New York (Paperback edition: 1987).
- BECKER, R, HAIDARY, Z, KANG, V, MARIN, L, NGUYEN, T, PHRAXAYAVONG, V, RAMATHAN, N. (1990): The two-practitioner Model: Bicultural Workers in a Service for Torture and Trauma Survivors. In: Hosking, P. (ed.). *Hope after Horror: Helping Survivors of Torture and Trauma*. Sydney. Uniya. 1990.
- BECKER, D. (1995): The deficiency of the concept of posttraumatic stress disorder when dealing with victims of human rights violations. In: Kleber, R.J.; Figley, C.R.; Gersons, B.P.R. (eds.): *Beyond Trauma. Cultural and Societal Dynamics*. New York: Plenum Press.
- BERLINER, P, MIKKELSEN, E.N, BOVBJERG, A, WIKING, M. (2004): Psychotherapy treatment of torture survivors. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 8, (in print).
- BRONKHORST, D. (1995): Truth and Reconciliation. Obstacles and Opportunities for Human Rights. Amnesty International Dutch Section. Amsterdam 1995.
- CHARNEY, D.S, DEUTCH, A.Y, KRYSTAL, J.H. (1993): Psychobiological mechanisms of post-traumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*. 50. 294-305.
- CHOMSKY, N. (1974): *Sprog og bevidsthed*. København: Gyldendal.
- CORNETT, J.A, ULFELDT, B.W, HØFFDING REFBY, M. & BERLINER, P. (2002): Communityudvikling og -rehabilitering. CUR-metoden i psykotraumatologisk intervention. *Psyke & Logos*. Vol. 23 (1): 86-105.
- COMAZ-DIAZ, L., PADILLA, A.M., (1990): Counter transference in Working with Victims of Political Repression. *American Journal of Orthopsychiatry* 60:125-134.

- CROSSLEY, M. L. (2000): *Narrative Psychology – Self, Trauma and the Construction of Meaning*. Buckingham: Open University Press.
- CUNNINGHAM, M., and CUNNINGHAM, J. D. (1997): Patterns of Symptomatology and Patterns of Torture and Trauma Experiences in Resettled Refugees. *Australian and New Zealand Journal of psychiatry*. 31:555-565.
- DANSK FLYGTNINGEHJÆLP (2000): Dansk Flygtningehjælps Psykosociale Projekt. Traumatiserede Flygtninge. Kommunernes Brug af Behandlingstiltag. København: Dansk Flygtningehjælp.
- De SHAZER, S. (1988): *Clues – Investigating Solutions in Brief Therapy*. New York: W.W. Norton & Company.
- DOERR-ZEGERS, O, HARTMAN, L, LIRA, E, WEINSTEIN, E. (1992): Torture: Psychiatric sequelae and phenomenology. *Psychiatry*. 55:177-184.
- FOUCAULT, M. (1979): *Dicipline and Punishment. The Birth of the Prison*. Vintage Book. 33-34.
- FREEDMAN, J. & COMBS, G. (1996): *Narrative Therapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- GENEFKE, I. (2002): Chronic persistent pain in victims of torture. *Journal of Musculoskeletal Pain*. Vol. 10 (1/2). 229-259.
- HERMAN, J.L. (1995): *Trauma and Recovery*. BasicBooks. HarperCollins Publishers, USA.
- HORVATH-LINDBERG, J. (1988): Victims of Torture. The Swedish Experience. Chapter 4. Torture and the Infliction of Other Forms of Organized Violence. In: Miserez, D. (ed.). *Refugees – the Trauma of Exile. The Humanitarian Role of the Red Cross and Red Crescent*. Martinus Nihoff Publishers. 1988.
- HOUGAARD, E. (1997): *Kognitiv behandling af angst og panik. En vejledning for klienter og behandlere*. Dansk psykologisk Forlag.
- IRCT. (1997): Need for International Funding of rehabilitation Services for Torture Victims. *Torture*. 7:41-42.
- IRCT. (1998): Prevention Dimensions in Programmes for Torture Victims.
- IRCT. (1998): RCT Strategy for Rehabilitation Programmes for Torture Victims.
- JACOBSEN, L. & SMIDT-NIELSEN, K. (1996): *Torturoverlever – Traume og Rehabilitering*. København: IRCT
- KLEINMAN, A. (1986): *Social Origins of Distress and Disease. Depression, Neurasthenia, and Pain in Modern China*. New Haven & London: Yale University Press.
- KLEINMAN, A. (1997): Psychiatry's Global Challenge. *Scientific American*. March. 74-77.
- KEMP, P. (1985): Etisk livssyn og moralsk praksis. I *Medicinsk Etik*. FADL's Forlag.
- LANGER, L. L. (1997): The Alarmed Vision: Social Suffering and Holocaust Atrocity. I Kleinman, A. et al. (eds.) *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.
- LAVIK, N.J, HAUFF, E, SKRONDAL, A, SOLBERG, O. (1996): Mental disorder among refugees and the impact of persecution and exile: some findings from an outpatient population. *British Journal of Psychiatry*. 169. 726.732.
- LIFTON, R.J. (1980): The concept of the survivor. I J.E. Dimsdale ed., *Survivors, Victims and Perpetrators: Essays on the nazi Holocaust*. Washington: Hemisphere.
- LIRA, E, BAKER, D, CASTILLO, M. I. (1990): Psychotherapy with Victims of Political Repression in Chile: A Therapeutic and Political Challenge. In Gruschow, J., Hannibal, K., (eds.). *Health Services for the Treatment of Torture and Trauma Survivors*. American Association for the Advancement of Science (AAAS) Publication.
- LOUGHRY, M. (1990): Helping Each Other. Paraprofessional Work with Torture and trauma Survivors. In: Hosking P. (ed.). *Hope after Horror: Helping Survivors of Torture and Trauma*. Sydney. Uniya.

- MEZZICH, J. E, KIRMAYER, L. J, KLEINMAN, A. et al. (1999): The place of culture in DSM-IV. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol. 187:8, August. 457-464.
- MILNER, J. & O'BYRNE (2002): *Brief Counselling: Narratives and Solutions*. Houndmills: Palgrave.
- MOLLICA, RF. (1988): The Trauma History: The Psychiatric Care of Refugee Survivors of Violence and Torture. In Ochberg, F.M. (ed.). *Post Traumatic Therapy in Victims of Violence*. Brunner/Mazel, New York.
- MONK, G, WINSLADE, J, CROCKET, K. & EPSTON, D. (1997): *Narrative Therapy in Practice – The Archaeology of Hope*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- MONTGOMERY, C, FOLDSPANG, A (1994): A criterion-related validity of screening for exposure to torture. *Dan Med Bull*. 41. 588-91.
- ORELLANA, P. (1989): Violaciones a los Derechos Humanos e Información. Colección Documentos. Fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas. (FASIC). 163-166.
- OESTRICH, I. H. (2001): *Tankens Kraft. Kognitiv terapi i klinisk praksis*. Dansk psykologisk Forlag.
- PEDERSEN, D. (2002): Political violence, ethnic conflict, and contemporary wars: broad implications for health and social well-being. *Social Science & Medicine*. 55. 175-190.
- PLUMMER, K. (2001): *Documents of Life 2 – an Invitation to a Critical Humanism*. London; Sage.
- RCT. (2003): *Intern Handlingsplan 2004-2007*. Rehabiliterings- og Forskningscenter for Torturofre (RCT).
- REELER, A. P. (1994): Is Torture a Post Traumatic Stress Disorder. *Torture*. 59-63.
- REISBY, N. (1996): Klassifikation. I: Hemmingsen, R.; Parnas, J.; Sørensen, T. et a.: *Klinisk Psykiatri*. 587-634. København: Munksgaard.
- ROSEN, H. & KUEHLWEIN, K.T. (Eds.)(1996): *Constructing Realities. Meaning-Making Perspectives for Psychotherapists*. San Francisco; Jossey-Bass Publishers.
- SKINNER, D. (1997): Torture Survivors in the long term after liberation. *Torture*, 7(1), 4-8.
- SOLOMON, S. D. & JOHNSON, D. M. (2002): Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder: A practice-friendly review of outcome research. *Psychotherapy in Practice*. Vol. 58(8). 947-959.
- SOMNIER, E., and GENEFKKE, I. K. (1986): Psychotherapy for Victims of Torture. *British Journal of Psychiatry*, 149:323-329.
- SOMNIER, E., VESTI, P., KASTRUP, M., and GENEFKKE, I. K. (1992): Psychosocial Consequences of Torture: Current knowledge and evidence. In Basoglu, M., (ed.). *Torture and its Consequences . Current Treatments Approaches*. Cambridge University Press, Cambridge, UK.
- SOUTHWICK, S. M, BREMNER, D, KRYSAL, J. H, and CHARNEY, D. S. (1994): Psychobiologic Research in Post-Traumatic Stress Disorder *Psychiatric Clinic of North America*. 17:251-264.
- SUNDHEDSMINISTERIET (2001): *Rapport fra arbejdsgruppen om rehabilitering af traumatiserede flygtninge*. København. Ikke publiceret.
- SVEAASS, N. (2002): *Psykoterapeutisk allianse- generelle perspektiver og noen refleksjoner om allianse i en transkulturell terapirelasjon*. Nordisk Psykologi, 2002, 54 (1) 27-44.
- TURNER, V. (1988): *The Anthropology of Performance*. New York: PAJ Publications
- TURNER, S. & GORST-UNSWORTH, C. (1993): Psychosocial Sequelae of Torture. In Wilson, J. & Raphael, B. (eds.), *International Handbook of Traumatic Stress Syndrome*, New York.

- UNITED NATIONS (1984): Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. U.N. Doc. A/39/51.
- VEER, G, van der (1998): *Counselling and therapy with refugees and victims of trauma*. John Wiley and Sons.
- VESTI, P. & KASTRUP, M. (1992): Psychotherapy for torture survivors. In: Basoglu, M. (ed.). *Torture and its consequences: Current treatment approaches*. 348-362. Cambridge: Cambridge University Press.
- VESTI, P, SOMNIER, F. & KASTRUP, M. (1992): *Psychotherapy with torture survivors*. A report of practice from the Rehabilitation and Research Centre for Torture Victims (RCT), Copenhagen, Denmark.
- WERTSCH, J. (2002): The multivoicedness of Meaning. In Wetherell, Taylor & Yates (eds.) *Discourse Theory and Practice*. London: Sage.
- WHO.(1994): *WHO ICD-10, Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser*. Munksgaard.
- YOUNG, A. (1995): *The harmony of illusions. Invention post-traumatic stress disorder*. Princeton: Princeton University Press.
- YOUNG, A. (1997): Suffering and the origins of traumatic memory. In: Kleinman, A.; Das, V. & Lock, M. (eds.). *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.