

Psykologi

Kilde 1: Hjælp til traumatiserede flygtninge

Denne kilde er et uddrag fra artiklen ”Hjælp til traumatiserede flygtninge” fra Psykolog Nyt 2006, nummer 23, side 16-22. Uddraget er fra side 18-22. I denne artikel, skrevet af Peter Berliner, lektor i psykologi på Københavns Universitet, diskuteres hvordan og hvornår terapi kan være en god måde at hjælpe overleverne af folkedrab på og hvornår de snarere har brug for social støtte og at komme i gang med livet igen. Begge synspunkter er yderpunkter – i langt de fleste tilfælde vil det handle om en balance mellem dem.

I den første del af artiklen beskrives en undersøgelse af, at terapi har en gunstig effekt på overleverne fra jordskælv. Den tilbudte behandling er meget kort og målrettet. Spørgsmålet er, om en sådan behandlingsform også kan bruges på folkedrabs-overleverne. Dernæst beskrives et såkaldt ”community-baseret” tiltag for at støtte folkedrabs-overleverne i Rwanda. Spørgsmålet er nu, hvor meget dette ligner – eller ikke ligner – behandlingen af jordskælvsoverleverne? Kan der drages sammenligninger? Hvor er de to tiltag ens og hvor er de forskellige? Kan de inspirere hinanden? Og endelig rejser fremgangsmåden i Rwanda et spørgsmål om, hvorvidt mennesker, der har været på hver sin side i folkedrabet – altså ofre og udøvere (eller passive tilskuere) kan være i samme gruppe? Hvis de ikke kan, hvordan skal man så skabe forsoning? Og hvis de kan, hvad kræver det så for at fungere?

Efter jordskælvet

Der har gennem en årrække været et øget fokus på psykosociale konsekvenser af naturkatastrofer, menneskeskabte katastrofer, såsom krig og politisk organiseret vold. Der er også en accept af, at den indsats, der gøres for at støtte personer, der er udsat for disse katastrofer, må være billig og effektiv, for at hjælpen når ud til flest muligt. Dette skyldes ikke alene, at katastrofer jo per definition rammer et meget stort antal mennesker, men også at disse mennesker i mange tilfælde befinder sig i tredjeverdenslande med begrænsede ressourcer. I dag er det endvidere et krav, at indsatsens effekt skal kunne dokumenteres, så indsatsen kan blive evidensbaseret. Der er i dag gode eksempler på sådan indsats.

I Tyrkiet undersøgte den internationalt kendte traumeforsker Basoglu¹ effekten af et program, der bestod i en to timers udredning samt én times terapi for ofre for jordskælvet i 1999.

I terapien blev de første ti minutter brugt til at formulere patientens væsentligste symptomer. Disse omfattede som oftest frygt for nye jordskælv, passivitet (undgåelse af aktiviteter) på grund af denne frygt, genoplevelser og anspændthed. De næste 30 minutter handlede om at forklare ideen i behandlingen, nemlig at frygt og undgåelse *kan* overvindes – dette blev metaforisk fremstillet gennem en personificering af frygten som en fjende, der nærmede sig én. Enten kan man kæmpe imod, eller også kan man overgive sig til denne fjende. Hvis man bruger en undgåelsesadfærd, overgiver man sig – og dette vil føre til øget frygt og hjælpeløshed på sigt.

Denne forståelse syntes at vække umiddelbar genklang hos patienterne. De sidste 20 minutter af timen bestod i at finde frem til de fire vigtigste områder, hvor en undgåelsesadfærd kunne ændres. Hvis fx patienten isolerede sig i sit hjem og selv fandt, at dette var et problem, skulle det ændres ved faktisk at gå ud af hjemmet. Hvis patienten ikke kunne sove i mørke, skulle han slukke lyset og overvinde frygten. Der blev lagt en plan for dette, og sessionen sluttede med, at

terapeuten igen gjorde opmærksom på, at patienten ikke ville modtage mere terapi, men ville blive interviewet om resultaterne efter 6 uger, 12 uger og 24 uger – samt igen i et opfølgingsinterview et-to år efter sessionen.

Kriteriet for deltagelse var, at personen led af PTSD. Der blev screenet et stort antal personer i et bestemt område, hvorved det viste sig at 43 % havde PTSD. En gruppe af disse blev tilfældigt udvalgt og udredt gennem anvendelse af en lang række testredskaber. Gruppen blev delt, således at 31 personer modtog den ene times intervention (som beskrevet ovenfor) og 28 personer blev sat på en venteliste. Disse modtog så behandlingen efter 6 uger. Begge grupper blev undersøgt igen, 6 uger efter at den første gruppe havde modtaget sessionen.

Der viste sig her at være stor forskel på, hvordan deltagerne i grupperne havde det: Ifølge testen havde 54,8 % i den behandlede gruppe fået det bedre eller meget bedre imod 14,3 % af personerne på ventelisten.

Forbedringerne i ventelistegruppen var især markante for fire personer. Disse blev senere interviewet om, hvad dette kunne skyldes. To svarede, at de ved at blive udredt var blevet klar over, at deres frygtundgåelsesadfærd var et symptom – som de derefter begyndte at udfordre og ændre ved at sætte sig i de situationer, som de netop frygtede, idet de opdagede, at dette hjalp. To andre blev af livsomstændighederne tvunget til at forandre deres adfærd, fx ved at flytte. Derved blev de nødt til at udfordre deres frygt- og undgåelsesadfærd.

Virkelig interessant var det, at forbedringerne i den behandlede gruppe fortsatte med at finde sted, således at 6 uger efter behandlingen rapporterede 43 % af patienterne, at de havde fået det en smule bedre, 33 % at de havde fået det meget bedre, og 16 % at de havde fået det særdeles meget bedre. Ved vurdering et-to år efter rapporterede 7 %, at de havde fået det en smule bedre, 38 % at de havde fået det meget bedre, og hele 45 % at de havde fået det særdeles meget bedre.

Det særligt tankevækkende er, at Basoglu viser, at denne interventionsform kan anvendes i en situation, hvor hele den tidligere livsverden er brudt sammen, som det kan ske ved jordskælv, når man bliver flygtning, eller når ens land hærges af krig.

Han forklarer effekten af interventionen med, at selve den idé at kæmpe imod frygten og forsøge at kontrollere den er noget, der giver mening for de fleste. Det handler om at skabe mod i stedet for at give efter for frygten. At give efter fører til undgåelsesadfærd, der igen fører til hjælpeløshed og ødelæggelse af muligheden for at deltage i aktiviteter og sociale relationer (hvis man ikke tør forlade sit hjem, ikke tør gå på arbejde, ikke tør være sammen med andre etc.). Så i stedet for hjælpeløshed sættes kontrol. Behandlingen retter sig derfor mod aktivt at søge at kontrollere frygten. At genvinde kontrol bare én gang er nok til at opleve, at det kan lade sig gøre. Basoglu skriver, at interventionen handler om at installere mod og håb – som det også gøres blandt soldater og politiske aktivister.

Afslutningsvis nævnes det i artiklen, at denne behandlingsform netop kan være særligt velegnet til at støtte mennesker i situationer med massetraumatisering. Dette skyldes, at den er kosteffektiv (og i sig selv særdeles billig), samt at den kan udføres af professionelle med en kort træning i den, og at den endvidere vil kunne formidles via selvhjælpsmanualer.

Røde Kors' Asylafdeling offentliggjorde for nogle år siden en undersøgelse, der viste, at 16 timers terapi, der drejede sig om at handle anderledes over for konkrete situationer i dagligdagen – især i sociale situationer – gav en forbedring af de behandlede asylansørgeres oplevelse af at have mere kontrol over dele af deres liv (i tråd med Basoglus resultater)².

Projekt i Rwanda

Ervin Staub, der er en internationalt anerkendt forsker, beskriver et projekt udført af lokale socialarbejdere og ledere i Rwanda³. Formålet med projektet er at bidrage til forsoning og helbredelse for overlevende efter folkedrabet i 1994, hvor over 700.000 personer blev dræbt. Ideen

er, at forsoning og healing kan indgå som komponenter i den udviklingsindsats, der allerede finder sted. Underviserne fik et 9-dages træningskursus, der satte dem i stand til at gennemføre programmet. Træningen bestod i en vekselvirkning mellem oplæg, diskussioner og øvelser.

Man definerede traumatisering som en tilstand, hvor mennesker oplever sig som sårbare over for angreb, lever i frygt og har mistet tilliden til andre mennesker. Derfor er behandling eller *healing* tæt knyttet til forsoning, fordi tilliden og sikkerheden derved kan øges. De to grupper, tutsier og hutuer, lever jo stadig side om side efter folkedrabet.

Træningen omfattede viden om og praktisk kunnen inden for fem områder: 1) Viden om folkedrab. 2) Viden om virkningen af traumatisering og voldelig undertrykkelse – og mulige veje til helbredelse. 3) Viden om grundlæggende, menneskelige psykiske behov. 4) Refleksion over lidelsesfulde oplevelser. 5) Viden om, hvordan de professionelle selv kunne påvirkes af mødet med traumatiserede mennesker.

Underviserne gennemførte efter træningen en række forløb med grupper af overlevende i forskellige egne af Rwanda. Sideløbende blev der gennemført andre forløb, der kunne fungere som sammenligningsgrundlag. Det var også muligt i lokalsamfundene at interviewe og teste et antal mennesker, der ikke deltog i gruppeforløb.

Man talte om den integrerede tilgang (det, træningen handlede om), den traditionelle tilgang (andre typer forløb, der blev gennemført) og kontrolgruppen uden tilbud. Hver gruppe mødtes to gange om ugen a to timer i tre uger, altså samlet 12 timer.

I alt 12 grupper blev undersøgt. Deltagerne udfyldte to test ved gruppeforløbets begyndelse, lige efter dets afslutning og to måneder efter. Resultaterne viste en markant forskel på grupper med hensyn til resultater. De integrerede grupper udviste et klart fald i traumerelaterede symptomer og en øget positiv holdning til forsoning. De andre grupper viste ikke disse resultater.

Staub's undersøgelse, der bruger en anerkendt forskningsmetode, viser, at en bevidst indsats i form af et psykoedukativt program på 12 timer for grupper med fra 11 til 24 medlemmer, varetaget af lokale professionelle og frivillige, kan udvirke en reduktion af symptomer og fremme åbenhed over for forsoning.

Staub's tilgangsvinkel er interessant, da den indbygger en effektforskning i et program, der i øvrigt indbygges i allerede igangværende aktiviteter og derfor har en høj grad af bæredygtighed. I dialogformen og det at bruge lokale undervisere er der en tydelig lokal forankring og dermed en realistisk forståelse af de faktiske vilkår for støtte- og udviklingsindsats i postkonfliktområder i den tredje verden. Ressourcerne er begrænsede, og de skal bruges med størst mulig effekt.

¹ Basoglu, M., Salcioglu, E., Livanou, M., Kalender, D. & Acar, Gönül (2005). Single-Session Behavioral Treatment of Earthquake-Related Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Waiting List Controlled Trial. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 18 (1), 1-11.

² Berliner, P., Bovbjerg, A.K., Wiking, M. & Mikkelsen, E.M. (2004). Psychotherapeutic treatment of torture survivors - brief therapy for asylum seeking traumatised refugees at the Danish Red Cross. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. 8, 85-96.

³ Staub, E., Pearlman, A. L., Gubin, A. & Hagengimana, A. (2005). Healing, reconciliation, forgiving and the prevention of violence after genocide or mass killing: an intervention and its experimental evaluation in Rwanda. *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol.24, No.3, 297-334.