

Bemötande av extremt traumatiserade flyktingar

Hans Peter Söndergaard

En "extremt traumatiserad flykting" är inte enbart extremt traumatiserad och flykting. Det är en individ som har en bakgrund, har genomgått ett trauma, har undergått en migrationsprocess, befinner sig i assimilation, och som bär med sig en bank av erfarenheter och en kultur.

I mötet med denna individ behöver man i lika stor omfattning kunskaper om kultur, individ, neurobiologi och motöverföringsanalys.

Ett synsätt presenteras som försök att integrera specifika kunskapsområden till en helhetssyn på den ofta livslånga anpassnings- och läkningsprocess. Detta medför en förskjutning av tyngdpunkten ifrån en definitiv behandling till ett bemötande under en i bästa fall livslång bearbetnings- och läkningsprocess, där behandlingsinsatser anpassas till patientens upplevda behov.

Hans Peter Söndergaard är psykiater och psykoterapeut och verksam vid Centrum för tortyrskadediagnostik, Karolinska Sjukhuset.

I dagens Sverige är en väsentlig del av befolkningen invandrare. Inom denna grupp finns det några som har en bakgrund av politiskt våld, krig eller andra extrema upplevelser, som är ovanligare hos svenskar.

Kunskapen om extrem traumatisering har ökat exponentiellt under de senaste 20 åren. Den medicinska, psykoanalytiska och psykologiska forskningen har förfogat över stora populationer, som har utsatts för kända och väldefinierade traumata. Samtidigt finns i tilltagande grad en begreppsapparat som har gjort det möjligt att skapa hypoteser och testa dem.

Denna forskning, som har uppstått i mötet mellan psykoanalytikers erfarenheter av överlevande från koncentrationsläger, amerikanska militärpsykiaters vånda över Vietnam-veteraner och de formuleringar, som Pierre Janet, Freud och andra teoretiker lämnade till följande generationer att fundera över, allt detta har strålat samman i ett forsknings- och kunskapsfält. Den kunskap vi har hjälper oss främst i diagnostiken, men även när det gäller bemötande och terapi.

Ett extremt trauma ger upphov till skräck, fruktan el-

ler hjälplöshet och därmed till dissociativa eller katonilikt liknande tillstånd, och lämnar spår efter sig i form av inträngande återkommande minnesbilder i vaket tillstånd, i sömnen som monotona mardrömmar eller under dissociativa tillstånd i form av förvrängda fragmentariska minnesbilder, eller som beteendefragment, kroppsliga sensationer eller starka affekter (1,2).

När en individs historia består av en uppväxt, som är mer eller mindre normal, en händelse, som är mer eller mindre traumatiserande, en migrationsprocess, som är mer eller mindre påfrestande och ett kulturmöte, som kan avlöpa på olika sätt, så är det min erfarenhet, att behandlaren har en inneboende benägenhet att först tänka på vilka motiv patienten har, vilken kultur patienten har, sedan vad det är för fel på patienten och till slut i bästa fall tänka på att vi står inför en människa, som blivit född, har föräldrar, har en historia, har blivit präglad på olika sätt av sin kultur och av sitt liv, som kort sagt fanns innan denna person dök upp i Sverige.

Det finns väldigt få medicinska tillstånd som inte diagnostiseras på anamnesen. Som Osler sade för länge sedan: "Listen to the patient, he tries to tell you the diagnosis". När läkaren sedan vill vara säker, ofta i ett differentialdiagnostiskt val, så gör han en fysikalisk undersökning, tar prov eller ställer en fråga till.

Migration kan vara en belastning. Vi vet också att det är en belastning att inte ha ett socialt nätverk. Dessa belastningsfaktorer är på samma gång specifika och ospecifika, specifika såtillvida att de innebär att individen kan uppleva övergivenhet och reagera på samma sätt som vid varje annan situation som innebär övergivenhet. Ospecifik såtillvida att dylika reaktioner kan uppkomma i många andra mänskliga sammanhang. Ju bättre nätverk, ju mindre skada av sociala påfrestningar, är en slutsats som man kan dra av forskningen på området, och som självfallet har stor betydelse för behandlingen.

Transkulturell psykiatri är ett annat kunskapsfält av

Den kunskap vi har hjälper oss främst i diagnostiken, men även när det gäller bemötande och terapi

Den viktigaste kunskapsbasen, när det gäller traumatiserade individer är PTSD-begreppet

betydelse. För mig framstår det emellertid som viktigt att forskning i transkulturell psykiatri hittills har hjälpt oss att förstå, i första hand, hur en kultur hjälper en individ att hantera påfrestningar, i andra hand att förklara hur påfrestningen utformas till en sjukdomsbild (3), men föga när det gäller hur ett trauma som skulle leda till att vem som helst skulle få symptom, uttrycker sig kliniskt.

Den viktigaste kunskapsbasen, när det gäller traumatiserade individer är PTSD-begreppet. PTSD (post-traumatic stress disorder (4)) är helt enkelt en uppräkningslista av vilka symptom som vanligtvis förekommer hos en individ som har upplevt ett extremt trauma. I senaste versionen av denna diagnosmanual krävs att individen, förutom att uppvisa karakteristiska reaktioner under traumat, har svårt att fungera socialt till följd av symptomen. Denna modifikation har tillkommit eftersom man numera vet att många människor, som utvisar de karakteristiska besvärerna, ändå fungerar bra socialt. Dessa individer utmärks av att de trots sina symptom har en tillvaro som de upplever som meningsfull, intakta sociala nätverk etc.

Diagnostik och terapeutisk takt

Hur kan man identifiera en människa som har undergått ett extremt trauma? Ett problem är att patienten sällan kommer till mottagningen och berättar om sitt trauma. Det vanliga är att individen somatiserar, är håglös och har diffusa symptom.

Extrem traumatisering ger regelbundet upphov till PTSD (5), men individer som fyller diagnoskriterierna kan bete sig olika kliniskt. Dominerande i bilden kan vara plågsamma "flash-back" upplevelser, och då är det svårt att feldiagnosticera om man känner till syndromet. Det kan dock lika gärna vara frågan om avskärnings-tillstånd, som leder tanken till psykos eller tillstånd präglade av alexitymi eller somatisering (6).

Patienter med psykosomatiska symptom är "besvärsliga", somatikern upplever dem som krångliga, och psykiatern finner lätt att de saknar gängse symptom på psykisk sjukdom och dessutom verkar vara icke-verbala.

Sperry, som upptäckte de olika funktionerna i högra och vänstra hjärnhalvan, har formulerat termen "Inner

conscious experience" (7). Tankeinhållet är väsentligt, associationskedjor, inre bilder, känslor och förnimmelser.

I diagnostik kan man formulera frågan så här: "Om du inte har något särskilt för dig, vad brukar du tänka på då?", "Den här smärtan, vad får den dig att tänka på?" eller, ifall patienten har haft en oförklarlig reaktion "Iden situationen, vad fanns det för bilder, tankar, känslor hos dig?. Detta leder ofta till en kedja av associationer, som kan leda diagnostiken vidare.

Den vanligaste manifestationen av PTSD är sömnproblem: patienten kan vid förfrågan berätta om dålig sömn, ofta med rädsla för mardrömmar eller förekomst av mardrömmar. I ett senare skede, 2-5 år efter, kanske patienten vaknar utan några hågkomster, men med en känsla av rädsla eller irritation. Om patienten kan berätta om innehållet i mardrömmen, kan man fråga: "Den här mardrömmen, har den någon likhet med vad du själv har upplevt?"

Andra symptom som tillhör återupplevande, kan manifestera sig som starka affekter vid konfrontationer med stimuli som påminner. Stimuli kan till exempel vara TV-program, som visar nyheter från krigshärddar eller nyårsfyrverkerier! Eller patienten kan undergå förvirringstillstånd, där han/hon inte i efterhand vet vad som har hänt, men varit försjunken i återupplevande eller betett sig som om händelsen återupprepas. Det senare kan ibland inträffa i mötet med vårdpersonal som lätt ställer "frågor som känns som förhör", eller i anslutning till medicinska undersökningar. Ofta inträffar en "trigger", ett stimulus som påminner om traumat, utan förvarning och utlöser starka affektreaktioner, avskärningsreaktioner eller dissociation. Patienten reagerar som om traumat återupprepas med beteenden, affekter, sensationer eller tankar (2).

I andra situationer kan man möta patienter som drar sig undan och där bilden domineras av fobiska symptom eller somatisering som är svåra att begripa sig på. Samtidigt vill patienten utvisa alexitymi ibland i extrem grad. Enligt min erfarenhet gäller "Sperrys regel" att fokusera på tankeinhållet även här. Dock bör man observera att i denna fas av sjukdomen är försvar såsom förnekande utpräglade och den relevanta informationen svår att få fram.

Men i bemötandet har man att hantera ett annat problem, en patient med diffus olustkänsla, som undviker alla situationer som kan väcka ytterligare olust och som till slut undviker livet och därmed läkande möten med andra människor.

Fysiologiska reaktioner

Dysfori

I D-clustret i PTSD-kriterierna finner man symptom som påminner om generaliserad ångest-syndrom. Men man finner även specifika symptom såsom "acoustic startle" - benägenhet att hoppa till vid plötsliga oväntade ljud - som hör ihop med ljudkänslighet och huvudvärk. Aggressivitet i alla dess former är också ett vanligt problem.

Dissociation

Experterna är överens om att individer som utvecklar PTSD, under själva den traumatiska processen bör ha känt antingen fruktan, skräck eller hjälplöshet. Detta innebär att patienten i den akuta fasen bör ha haft dissociativa symptom. Med andra ord, om en patient uppvisar dissociativa eller "hysteriska" symptom, är det adekvat att undersöka om det samtidigt föreligger PTSD.

Dissociativa tillstånd innebär att patientens minnen har en annan form än vanligt, eftersom de grundas och återkommer under förändrade medvetandetillstånd. En patient som desperat hade sökt hjälp för "oral galvanism", kunde berätta om att han i pressade situationer kände det som strömstötter i tänderna, och vid ett tillfälle mindes han att han hade torterats med elektricitet mot tänderna. Man så kan inträngande minnesbilder ha konkreta uttryck, som är svåra att tolka om man inte tar hänsyn till den språkliga formuleringsförmågan är "avstängd" (1,8). Det kan även behövas kännedom om tortyrmeter för att behandlaren skall vara i stånd att tolka symptomen.

Smärta

Smärtproblematik är ett omfattande och diffust problemkomplex. Symptomet smärta kan vara ett uttryck för kroppsminnen som i exemplet ovan, psykosomatiska tillstånd eller skador som har sitt ursprung i tortyr.

Narcissism

En tumregel i omgänget med traumatiserade patienter är att "kränkta människor är narcissistiska". Narcissism är en krånglig term för något enkelt, att patienten är lättkränkt och lätt kränker oss. Förnedring, hjälplöshet eller skräck medför bland annat en sårbarhet i självbilden, som behöver kompenseras. "All humans are narcissistic to the degree that it preserves the need for meaning, continuity and coherence", som en författare på området har uttryckt saken (9).

Hur reagerar vi på traumatiserade patienter?

När vi nu i bästa fall har fått utrymme i vår tanke för att vår patient/klient har en traumatisk bakgrund som skulle kunna förklara ett visst symptom eller beteende, så är det viktigt att för en stund fokusera på vad denna tanke gör med oss.

Min första patient med tortyrbakgrund, som jag ställde en direkt fråga till efter 4(!) års kontakt, förklarade att han inte kunde tänka sig att berätta för mig eftersom jag (då) var så ung. Jag tror hans hänsynfullhet inte bara berodde på hans eget undvikande utan även på mitt, jag borde ju kunnat räkna ut det själv. Den adekvata informationen hade funnits i dagstidningar...

En kollega (Manuel Fernandes, föredrag 1991) har beskrivit ett exempel då en allmänläkare som har gjort ett bra behandlingsarbete med en patient, plötsligt inser att hans patient har varit utsatt för tortyr. Allmänläkaren tyckte nu att hans patient måste remitteras till en expert. Patienten hamnade nu på en väntelista, när han äntligen kom fram till specialistresursen konstaterades att allmänläkaren gjort ett bra jobb och att man inte hade så mycket att tillägga i dagsläget.

Hur kom sig detta? för det första är det så att ett mycket svårt trauma väcker en föreställning om en mycket omfattande behandling. Om man frågar patienten visar det sig ofta att patientens krav är måttfulla. Om man i stället ställer sig frågan, i mötet med det obegripliga eller överväldigande, vad detta gör med en själv, förstår man så småningom att i stället för måttlösa krav så innebär situationen en fråga om man kan göra något som kan vara till hjälp. Men vägen dit är lång och ett nyckelord här är motöverföring.

Motöverföring är en psykologisk term som syftar till terapeutens irrationella reaktioner i mötet med patienten. Motöverföring kan vara typisk för patientens problematik och utgör då en värdefull information. Det är möjligt att redovisa alla tänkbara reaktioner, men några intressanta studier visar att vanmakt, rädsla, skuld, överidentifikation, raseri och somatisering är vanligt förekommande mönster (10).

Man talar även om "vicarious traumatization" (11), att terapeuten blir traumatiserad av patientens berättelse.

Andra tänkbara reaktioner kallar jag för "pornogra-

Motöverföring är en psykologisk term som syftar till terapeutens irrationella reaktioner i mötet med patienten

fisk nyfikenhet", förnekande av traumat, eller rent av sadistiska impulser mot den förnedrade. Med andra ord, att man blir upphetsad av patientens berättelse, distanserar sig eller mobbar patienten/klienten på grund av egna primitiva sadistiska impulser. Man kan också bli överbeskyddande och glömma patientens faktiska resurser. Denna katalog är oändlig, men det väsentliga här är att ha utrymme i sitt tänkande för att man reagerar och att ens reaktioner kanske inte alla gånger är en positiv och förtroendeskapande upplevelse för patienten som kan vara överkänslig för dessa reaktioner.

Dessa motöverföringsreaktioner kan man också iaktta när man försöker remittera patienter till fortsatt behandling på psykiatriska sektorsmottagningar.

Här bör jag först tala om, att det mesta inom psykiatri som fungerar bra inte gör något väsen av sig och inte märks, men det finns några reaktioner inför våra patienter som jag tycker är anmärkningsvärda:

"Att inte medikalisera politiskt våld" kallar jag en motöverföringsreaktion, som innebär att vår patient går miste om en relevant medicinsk behandling.

Det är här på sin plats att konstatera, att alla svårt traumatiserade patienter, förutom PTSD, också har fibromyalgi och gastrit/ulcuster och en del andra tänkbara åkommor (12,13). De kan faktiskt behöva lite väl vald "medikalisering".

"Det här kan vi inte" är en annan motöverföringspräglad inställning till patientgruppen. Det finns idag ingen ursäkt för att inte besitta baskunskaper på området. Kan det vara så att bakom detta döljer sig en stor rädsla, en aningslöshet, okunskap, xenofobi eller rent av rasism? "Inte vårt bord". I dagens Sverige finns enligt en konservativ uppskattning 20 000 individer med PTSD. Endast en minoritet har fått adekvat diagnos, samtidigt som det antagligen är en av de stora sjukdomsgrupperna inom psykiatri. Patienterna kan finnas som besvärliga psykosomatiker inom allmänmedicinen, som våldsverkare inom kriminalvården eller som oklara insufficiens-tillstånd inom allmänpsykiatri.

"Det har något med kulturen att göra...", det transkulturella misstaget.

Katharsis/härbärgering

En patient som har gått igenom ett beteendeterapeutiskt behandlingsprogram, sade att "there was too much flooding and too little swapping up" (14). Han citerades av en förespråkare för en beteendeterapeutisk modell som bygger på att patienten nödvändigtvis måste gå igenom traumat, och att de överväldigande känslorna släcks

("extinction") vid upprepning. Man o att det fanns en övertro på katharsis, "Att få det ur sig", i förhållande till en annan väsentlig faktor, nämligen empati, containing och ett "hållande" förhållningssätt.

Balansgången mellan "katharsis" och "containing" i behandlingen av PTSD är en fråga som kommer att förbli aktuell under lång tid framöver. Det är viktigt att tänka på att patienten har skadats i sin förmåga till att känna tillit, samtidigt som patienten behöver förstå att reaktioner här och nu, till exempel en stark negativ överföring på en behandlare som "ställer frågor som en förhørsledare" kan vara ett uttryck för att patientens psykiska tillstånd är dominerad av flash-backs, att han är indränkt i emotionella minnesbilder, så han inte kan hålla isär det förflutna och nuet.

Lättnaden som jag har sett, när en patient har vågat berätta om något outhärdligt, måste ställas mot paniken, översvämningen, förlamningen eller förvirringen som kan utlösas om man för tidigt går in på traumat, innan man har etablerat en ömsesidig förståelse.

Enkla grepp

Det finns enkla behandlingsåtgärder som är begränsade till sin ambition men som likväl kan vara av stor betydelse för patienten.

De-briefing innebär att man i nära anslutning till ett trauma låter den drabbade gå igenom det inträffade genom att först berätta vad som faktiskt hände, vad individen upplevde, kände etc. De-briefing är en procedur som kan ta många timmar i anspråk. Syftet är att hindra att patienten "läser sig" vid en sjuklig förklaringsmodell, exempelvis skuld, och att ta emot de relevanta känslor som uppstår när man törs tala om traumat med en annan människa. De-briefing sker med fördel i grupp, där de utsatta kan lära sig av varandras reaktioner. Syftet är att förebygga patologiska reaktioner som på längre sikt skulle kunna leda till kronifiering. Efter branden i tunnelbanestationen "Kings Cross" i London tycktes det som den enda positiva faktorn av betydelse för hur överlevande senare mådde, vara om individen hade haft möjlighet att prata med en annan människa omedelbart efter traumat (15). Senare har författarna modererat sina åsikter något (16).

De-briefing sker med fördel i grupp där de utsatta kan lära sig av varandras reaktioner

Den typiska tortyr- eller traumaskadade patienten plågas av upplevelser som ständigt interfererar med normalt fungerande

De-briefing i ett senare skede är teoretiskt annorlunda eftersom patientens bild av sig själv och världen redan har hunnit förändras.

Normalisering

En väsentlig metod är "normalisering" (17). Man kan efter att ha samlat tillräcklig diagnostisk information för att ställa PTSD-diagnosen med gott samvete och med en hög grad av vetenskaplig stringens meddela patienten att "dina besvär och reaktioner är precis som vem som helst skulle känna i ditt ställe". Detta utlöser lättnad i många fall. Detta innebär också att man får tillfälle att diskutera andra problem som är vanliga. Det kan gälla dysfori, sömnproblem, missbruk, dissociativa symptom, koncentrationsstörningar etc. Det kan också gälla att välja begränsade behandlingsmål. Man kan också peka på att besvären kan självläka på sikt, men innebär en ökad sårbarhet, även den långsiktig.

För mig (12) innebär normaliseringsprincipen att man satsar mer på att få patienten att komma vid behov än på att lösa alla problem här och nu.

Man kan förmedla att starka emotionella reaktioner sannolikt går att förstå, och därmed skapa struktur i en situation, som av patienten upplevs som kaotisk och innebär en rädsla för galenskap och sammanbrott. Dessa reaktioner uppträder ofta när något avspjälkat minne "flyter upp" till medvetandeytan.

Den typiska tortyr- eller traumaskadade patienten plågas av upplevelser som ständigt interfererar med normalt fungerande. Det kan gälla PTSD-symptom, smärta eller symptom som dissociation, tvångsfenomen eller annan co-morbiditet. Individens är - och upplever sig - som sårbar.

Om ett nytt - mer vardagligt - trauma inträffar så upplever patienten inte nödvändigtvis en normal reaktion, till exempel sorg eller typisk krisreaktion, utan kan återfå alla PTSD-symptomen. Det som normalt skulle visa sig som drömmar om dagens händelser blir i stället mar-drömmar om ett tortyrtrauma, som patienten inte har upplevt på fem eller tio år. Samtidigt återkommer alla ursprungliga reaktionsmönster med starka primitiva affekter såsom rädsla, smärta, skam eller vrede.

Å andra sidan har alla faktorer, som ökar känslan av autonomi motsatt effekt. Ju mer upplevd autonomi, ju mindre PTSD-symptom, ju mindre handikapp. Därför blir en generell handlingsprincip att medverka till ökad autonomi.

Insiktsterapi

En patient med PTSD kan behöva insiktsterapi under vissa förhållanden. Ett våldsamt trauma har även en personlig innebörd. Denna innebörd kan ligga fördold i omedvetna reaktioner eller associationsmönster (17).

Eftersom sofistikerad tortyr¹ är en aktivitet som utnyttjar affekter som skam, skuld eller rädsla för kroppsskada, så ingriper den vanligtvis i exempelvis barn-domsupplevelser eller -fantasier, som har format individen, eller utnyttjar kulturella föreställningar. Som exempel kan nämnas rädsla för kroppsskada eller sexuell förnedring. Det är här viktigt att förstå att tortyr med syfte att förinta individen som social varelse alltid fortsätter tills man har hittat den svaga punkten hos just den personen och uppnått det tillståndet som leder till PTSD (18) dvs att olika individer med olika bakgrund och personlighet kan få samma symptom.

Okonventionella behandlingsmetoder

Kroppen talar sitt eget språk, och ofta vill patienten presentera ett kroppsligt symptom. Därmed blir sjukgymnaster, kroppspsykoterapeuter och allmänläkare ofta den första som möter patienten. Förmåga att tolka kroppsspråket blir en viktig faktor i behandlingen.

PTSD-symptom kan vara svårtillgängliga för konventionell behandling. Många behandlingsmetoder är icke-verbala, bygger på värdet att samla en grupp med liknande problematik eller på patientens egna upplevda behov (19). Dessa metoder har sannolikt en effekt som har sitt ursprung i att behandlingen tar sin utgångspunkt i metoder som inte kräver att patienten kan verbalisera; använder gruppen som instrument; harmonierar med patientens egna upplevda behov eller rent av består av att vidmakthålla en relation utan att skrämja patienten.

"Doctor shopping"

Många patienter som upplever en mångfald av besvär oroar sig ständigt för kroppsliga symptom. De behöver

¹ "sofistikerad tortyr" syftar till tortyr som inte lämnar några kroppsliga spår efter sig och utnyttjar medicinska eller psykologiska kunskaper.

få reda på att besvären inte är uttryck för en farlig sjukdom och har god effekt av sin "doctor shopping". Tolerans för detta behov är en avgörande faktor för ett gott behandlingsresultat.

Farmakologi

De farmakologiska studier som hittills föreligger kan sammanfattas i att antidepressiva läkemedel har en måttlig effekt, som emellertid kan vara värdefull. Verkningsmekanismen tycks vara en annan än vid depression, och behandlingen bör pågå under lång tid. Andra läkemedel kan bli aktuella i speciella situationer (12).

Asylfasen som belastning

Det finns många individer som efter att ha gått igenom ett svårt trauma i sitt ursprungsland söker asyl i västvärlden. De har nu funnits länge i asylprocessen, och deras idealisering av västvärlden har förbytt i en bitter insikt i att de är en belastning, myndigheterna har vid flera tillfällen uttalat att de saknar trovärdighet etc. Detta innebär möjligtvis, att den ursprungliga förtröstan - att det någonstans finns respekt för mänskliga rättigheter - har förbytt i en desillusionering som bör ha negativa konsekvenser för förmågan till läkning på lång sikt.

Vad kan man hjälpa till med; kampen mot patientens föreställningar

Anledningen till att jag använder mig av uttrycket "kampen mot patientens föreställningar" är att man kan stå inför en patient som upplever sig själv som skadad, beroende av andra, utan förmåga att hitta lösningar och utlämnad till en oförstående och likgiltig omgivning.

Alla ovannämnda synsätt och behandlingsmetoder kan göra nytta i mötet med patienten. Men jag har ib-

Förutsättningen är att känna till alla ovanstående synsätt, göra sin egen syntes och till slut våga se patienten som han är och låta denna individ komma till tals och få välja sin egen väg mot läkning

land en känsla av att det som kan göra nytta är när man som behandlare lyckats skala bort alla sina fördomar, sin rädsla och andra försvar, förkasta alla invanda förklaringsmodeller och till slut finnas till hands för patienten, om aldrig så kort stund. Kanske det kullkastar alla patientens föreställningar om att det är omöjligt att gå vidare och i stället känns som en ny början.

Men förutsättningen är nog att känna till alla ovanstående synsätt, göra sin egen syntes och till slut våga se patienten som han är och låta denna individ komma till tals och få välja sin egen väg mot läkning.

REFERENSER

1. *Laub D, Auerhahn N*: Knowing and not knowing massive psychic trauma: Forms of traumatic memory. *Int J Psycho-Anal*, 1993;74:287-302.
3. *Kleinman A*: Patients and Healers in The Context of Culture. University of California Press 1980.
5. *Basoglu M et al*: Psychological Effects of Torture: A Comparison of Tortured With Nontortured Political Activists in Turkey. *Am J Psychiatry* 1994;151:176-81.
6. *Krystal H*: Integration and Self-healing. Affect, Trauma, Alexitymia. Hillside, New Jersey. The Analytic Press, 1988.
10. *Danieli Y*: Psychoterapists' Participation in the Conspiracy of Silence about the Holocaust. *Psychoanalytic Psychology* 1984; 1(1):23-42.
12. *Söndergaard HP*: Traumatisk Stress. Läkartidningen, 1993.
17. *Lindy J*: Focal Psychoanalytic Therapy of Posttraumatic Stress Disorder. In Wilson J, Raphael B (Eds): *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. Plenum Press N Y 1993.
18. *Apitzsch H*: Tortyrens psykologi. *Psykisk hälsa* 1991 (4)4.