

# Spiritualitet som coping hos tibetanske torturoverlevende

Dr.med. Peter Elsass, ph.d. Jessica Carlsson & cand.psych. Kristian Husum

## RESUME

**INTRODUKTION:** Der rapporteres en positiv sammenhæng mellem spiritualitet og sundhed. Men denne viden benyttes sjældent i rehabiliteringsprojekter efter krig og katastrofer. The Tibetan Torture program i Indien er et eksempel på et sådan rehabiliteringsprojekt, der er støttet af Danida. Formålet med denne artikel er at give evidens for de tibetanske torturoverlevendes traumatisering og for deres brug af spiritualitet for at overkomme traumer.

**MATERIALE OG METODER:** Undersøgelsen bestod af et vurderingsstudie og et interventionsstudie. I alt 102 tibetanske torturoverlevende blev interviewet om deres brug af coping-strategier til at overkomme traumat. I alt 36 af disse overlevende modtog psykologisk rådgivning og både klienter og deres 16 professionelle sundhedsarbejdere blev interviewet efter behandlingen ved hjælp af åbne spørgsmål om, hvad der var hjælpsomt og ikkehjulpsomt.

**RESULTATER:** Torturoverlevende havde symptomer på svær traumatisering målt med *Hopkin's Symptom Checklist-25*, men i mindre omfang end torturoverlevende fra andre kulturer.

**KONKLUSION:** Resultaterne fra både vurderings- og interventionsstudiet understøtter, at de tibetanske torturoverlevende benytter tibetansk buddhisme som en vigtig coping-strategi. De fleste klienter udtrykte tilfredshed med rådgivningen, selv om den ikke favoriserede den politiske og spirituelle coping. Men brugen af de vestlige spørgeskemaer blev kritiseret af tibetanerne for at være for enkle.

Der er en stigende interesse for spiritualitets betydning for mental sundhed i den globaliserede verden. Internationale tidsskrifter som »International Journal of Religion and Mental Health« har som gennemgående tema, at religion har betydning for mental sundhed. Herhjemme har *Ausker et al* publiceret i Ugeskriftet om den religiøse oplevelse hos indlagte patienter [1].

Men i en dansk bistandssammenhæng har der kun været få initiativer, som eksplicit har haft fokus på spiritualitets og religions betydning for mental sundhed. Et af disse er det Danida-støttede interdisciplinære rehabiliteringsprogram, *Tibetan Torture Support Program* (TTSP). Som en udløber af dette projekt er der etableret forskningsaktiviteter i Center for Humanistisk Sundhedsforskning, Københavns Universitet. I forbindelse hermed har man bl.a. undersøgt, om spiritualitet hos tibetanske torturoverlevende har været et værn mod psykisk sygdom [2, 3]. I nærværende artikel ønsker vi at belyse i hvor stort omfang de tibetanske

torturoverlevende er traumatiserede, og i hvor høj grad spiritualitet og psykologisk rådgivning opleves som midler til at overkomme traumatiseringen.

## DET INTERDISCIPLINÆRE REHABILITERINGSPROGRAM TIBETAN TORTURE SUPPORT PROGRAM

I 1940 blev Tibet invaderet af Den kinesiske Folkerepublik. I alt 1,2 millioner tibetanere er døde som følge af krigshandlingerne, der omfattede fængslinger, arbejdslejre, henrettelser og hungersnød [4], og mere end 120.000 tibetanere har søgt tilflugt i Indien, Nepal og Bhutan [5, 6].

I 1996 etablerede Sundhedsministeriet i den tibetanske eksilregering det tværfaglige rehabiliteringsprogram TTSP, som inkluderede både den traditionelle tibetanske medicin og den moderne lægevidenskab. TTSP-programmet blev støttet af *Tibetan Danida Project* og *Tibetan IPSE/TPO Project*, således at det kunne tilbyde flygtningene gratis medicinsk behandling samt psykologisk og social hjælp.

Nærværende undersøgelse udspringer af TTSP-programmet og er blevet iværksat efter inspiration fra tre danske psykologers og en socialrådgivers kvalitetsfulde og kultursensitive arbejde.

## MATERIALE OG METODER

### Vurderingsundersøgelsen

De tibetanske torturoverlevende blev interviewet ved deres første besøg på rehabiliteringskontoret. Interviewet havde en varighed af ca. en time.

Inklusionskriteriet var, at flygtningene skulle have været udsat for tortur og have haft kontakt med TTSP fra 1. januar 1998 til 1. januar 2001. Alle, der indgik i undersøgelsen, skulle kunne læse og skrive tibetansk. Den undersøgte population er således ikke repræsentativ for den totale population, der har været udsat for tortur.

I alt 102 cases blev inkluderet i analysen (36 kvinder og 66 mænd, heraf 28 nonner, 38 munke og 36 lægfolk). I alt deltog 151 torturerede flygtninge i vurderingsinterviewet, men for 49 var de indhentede datasæt ukomplette enten på grund af mangelfuld administration eller på grund af manglende forståelse af undersøgelsens metoder hos de interviewede. Der var ingen statistiske forskelle mellem den inkluderede og den ekskluderede gruppe med hensyn til demografiske variable.

## ORIGINALARTIKEL

Københavns Universitet, Institut for Psykologi, og RCT, Rehabiliterings- og Forskningscenteret for Torturofre



Vurderingsinterviewet bestod af spørgsmål om demografiske data og om den organiserede vold i Tibet. Endvidere blev der optaget en kort livshistorie og spurgt om tilstedeværelsen af en række neuropsykologiske og psykologiske symptomer. Angst og depression blev identificeret ved hjælp af *Hopkin's Symptom Checklist-25* (HSCL-25).

Spørgsmål og scoringsskalaer var blevet oversat til tibetansk efter retningslinjer for udarbejdelsen af såkaldt »kulturfølsom vurdering« [2]. Interviewene og udfyldelsen af scoringsskalaerne blev udført af tibetanere, som talte engelsk og tibetansk og var ansat i eksilregeringens sundhedsministerium.

#### Interventionsundersøgelsen

Deltagerne var 16 tibetanske sundhedsprofessionelle og 32 af deres klienter. De sundhedsprofessionelle

havde deltaget i »TTSP workshop for trainers« i mindst seks uger. Hver professionel skulle udvælge to torturoverleverere, som havde gennemgået et rådgivningsforløb på mindst seks sessioner inden for det seneste år. Klienterne skulle repræsentere forskelligt udbytte. I alt blev 32 torturoverleverere udvalgt og interviewet med hjælp af en tolk. Interviewene blev optaget på bånd og transkriberet ordret.

Interviewene med torturoverlevererne var åbne og semistrukturerede. De omhandlede følgende emner: 1. Fortælling af livshistorien, fængslingen, flugten og eksilet. 2. *Coping*-strategier for at overkomme torturen og flugten. 3. Hjælpsomme og ikkehjælpsomme aspekter af rådgivningen. 4. Definition af mental sundhed.

Interviewene med de sundhedsprofessionelle omfattede besvarelser af, hvordan de opfattede klientens *coping*-strategier, og deres vurdering af, hvad der havde været hjælpsomt og ikkehjælpsomt for klienten.

#### Kvalitativ og kvantitativ analyse

I den kvalitative analyse blev hver enkelt interviewudskrift opdelt i meningsenheder ad modum *Glaser & Strauss* (1967). Ud fra en gennemgang af de første 20 og ti interviews, der var indsamlet i henholdsvis vurderings- og interventionsundersøgelsen, blev der udviklet en manual bestående af en liste af kategorier, der var baseret på indholdet i meningsenhederne. Derefter blev alle udskrifterne scoret efter manualen af to fra projektgruppen, som var enige i 82% af tilfældene.

Opgørelsen blev præsenteret i aktuelle tal og frekvenser. Der blev anvendt en dikotom præsentation, hvor kun en kategori blev benyttet til statistisk analyse, selv om den forekom flere gange i et interview.

Kruskal-Wallis-test blev benyttet til at undersøge forskelle i fordelinger af kvalitative variable. Spearman's rank-korrelationer blev benyttet til at vurdere bivariate associationer mellem kvantitative variable.

## RESULTATER

#### Vurderingsundersøgelsen

De undersøgte tibetanere havde været fængslet i gennemsnit 146 uger og havde alle været udsat for tortur, som spændte over metoder fra prygl og slag til mere sofistikerede teknikker som elektrisk og farmakologisk tortur (Tabel 1).

I Tabel 2 er det vist, hvorledes torturoverlevererne på HCL-25 scorede relativt højt på delskalaer for angst sammenlignet med scoringer på delskalaer for depression. Standard afskæringsværdier på HSCL-25 viste en population, som var mindre medtaget af den organiserede vold end de grupper fra andre kulturer,



TABEL 1

Torturoverleverernes udsættelse for organiseret vold (n = 102).

	Gennemsnit	Min.-maks.	Standardafvigelse
Længde af indespærring, uger	146,5	1-460	242,37
Antal torturmetoder	3,57	0-7	1,762
Længde af isolationsfængsling, uger	9,01	1-156	21,327



TABEL 2

*Hopkin's Symptom Checklist-25* (HSCL-25) (n = 102).

	Cronbachs alfa	Gennemsnit	Min.-maks.	Standard- afvigelse	> afskærings- værdi <sup>a</sup> , %
HSCL-25, total	0,86	1,83	1-3,15	0,50	51,1
HSCL-25, depression	0,82	1,76	1-3,44	0,56	39,0
HSCL-25, angst	0,78	1,94	1-3,30	0,56	61,1

a) Afskæringsværdi for *Hopkin's Symptom Checklist*: 1,75.



TABEL 3

Coping-strategier (n = 102).

»Hvordan klarede du at overleve torturen og dens følger?«	n
1. Politisk engagement	27
2. Udførelse af buddhistiske ritualer	36
3. Generel spirituel indstilling	18
4. At tvinge sig til at tænke positivt	12
5. Støtte fra familie og venner	5
6. Social støtte, arbejde og bolig	1
7. Psykologisk rådgivning	0
8. Anvendelsen af meditationsteknikker	0
9. Negativ holdning, hævn og vold	3

som skalaen har været afprøvet på (51,1% med en samlet score over afskæringsværdien, 61,1% med scorer over afskæringsværdien på delskalaen for angst og 39,0% over afskæringsværdien på delskalaen for depression).

Der blev fundet en dosis-respons-relation mellem omfanget af tortur og samlet score på HSCL-25 (Spearman's rank: 0,30,  $p < 0,01$  og 0,40,  $p < 0,01$ ). Men når populationen blev delt op i undergrupper efter uddannelse, netværk, religiøst tilhørsforhold (nonner/munke og lægmænd), blev der ikke fundet signifikante forskelle mellem grupperne på HSCL-25 score og heller ikke signifikante dosis-respons-relationer mellem omfanget af tortur og symptomer målt med HSCL-25.

I fordelingen af kategorierne for coping-strategier, der blev udledt af den kvalitative undersøgelse af interviewudskrifterne, ses hvorledes tibetanernes politiske og buddhistiske engagement blev nævnt hyppigst (Tabel 3). Men også udførelsen af buddhistiske ritualer som afsigelse af bønner blev ofte omtalt. Nogle nævnte nødvendigheden af at have en generel spirituel indstilling, som f.eks. medfølelse med torturbøddlerne og næstekærlighed til alle levende væsener. Andre omtalte nødvendigheden af at tvinge sig til at tænke positivt og af at være opmærksomt tilstedeværende (*»to have a sharp mind«*).

#### Interventionsundersøgelsen

Når de 32 klienter blev spurgt om, »hvad der var hjælpsomt«, blev politiske og spirituelle coping-strategier igen omtalt hyppigst (Tabel 4). Ingen af klienterne nævnte psykologisk rådgivning som en hjælp. De professionelle rådgivere nævnte derimod den psykologiske rådgivning og »at tænke positivt« signifikant hyppigere end deres klienter. Når parterne specifikt blev spurgt om, hvad der var hjælpsomt i den psykologiske rådgivning, blev forskellene mellem kli-



TABEL 4

Klienter og behandleres evaluering af rådgivningen (32 klienter, 16 professionelles evaluering af de 32 klienter).

Evaluering	Klienter, n	Professionelle, n	Statistisk signifikans <sup>a</sup>
<i>Generelt – mest hjælpsomt</i>			
1. Politisk engagement	10	2	**
2. Generelt spirituel indstilling	8	2	*
3. Udførelse af buddhistiske ritualer	5	2	
4. At tvinge sig til at tænke positivt	2	8	*
5. Støtte fra familie og venner	3	6	
6. Social støtte, arbejde og bolig	4	6	
7. Psykologisk rådgivning	0	6	**
8. Anvendelsen af meditationsteknikker	0	0	
9. Negativ holdning, hævn og vold	0	0	
<i>Rådgivning – mest hjælpsomt</i>			
1. Politisk engagement	0	0	
2. Generelt spirituel indstilling	2	0	
3. Udførelse af buddhistiske ritualer	6	2	
4. At tvinge sig til at tænke positivt	2	5	
5. Støtte fra familie og venner	3	5	
6. Social støtte, arbejde og bolig	17	7	**
7. Psykologisk rådgivning	2	9	*
8. Anvendelsen af meditationsteknikker	0	2	
9. Negativ holdning, hævn og vold	0	2	
<i>Mental sundhed – hvordan vil du definere?</i>			
1. Politisk engagement	7	5	
2. Generelt spirituel indstilling	12	10	
3. Udførelse af buddhistiske ritualer	6	5	
4. At tvinge sig til at tænke positivt	2	7	
5. Støtte fra familie og venner	2	2	
6. Social støtte, arbejde og bolig	0	2	
7. Psykologisk rådgivning	0	0	
8. Anvendelsen af meditationsteknikker	0	1	
9. Negativ holdning, hævn og vold	3	0	

a) Kruskal-Wallis-test. \*)  $p < 0,05$ . \*\*)  $p < 0,01$ .

enternes og de professionelles svar mindre udtalte. Det hyppigste svar hos torturoverleverne vedrørende rådgivningens hjælpsomme sider var tildelingen af arbejde og modtagelsen af finansiel og medicinsk hjælp.

I den nederste del af Tabel 4 vises, hvorledes politisk engagement og en generel spirituel indstilling hyppigst blev omtalt i de åbne interview, hvor klienter og sundhedsarbejdere skulle definere mental sundhed; her var der ingen signifikante forskelle mellem grupperne

#### DISKUSSION

Der eksisterer kun få empiriske undersøgelser af tibetanske torturoverleveres reaktion på traumer. De har bl.a. med anvendelse af scoringsskalaer vist, at

torturerede flygtninge har flere psykologiske symptomer end mindre traumatiserede flygtninge [7-11]. I to undersøgelser har man anvendt HCSL-25 og fundet stort set samme symptomforekomst som i nærværende undersøgelse [7, 9]. Men det er karakteristisk, at ingen af disse kvantitative undersøgelser er blevet suppleret med grundige og åbne interview af tibetanerne, og at resultaterne ikke sættes i en sammenhæng med begreber inden for tibetansk buddhisme.

Sammenfattende viste vores undersøgelse med brug af både kvalitative og kvantitative metoder, at spiritualitet gennemsyrede tibetanernes opfattelser af kriser og psykiske vanskeligheder. Det var karakteristisk, at de nævnte de politiske og spirituelle aspekter ved tibetansk buddhisme som deres vigtigste *coping*-strategier, og at metoder, som afspænding og kontemplation aldrig blev nævnt uden at blive sat ind i en buddhistisk sammenhæng. F.eks. blev meditation ikke omtalt som en metode til at slappe af og til at genvinde kontrollen sådan som i Vesten, men som et middel til at koncentrere sig om *Dalai Lama* og den buddhistiske lære.

De tibetanske torturoverleverer nævnte sjældent den psykologiske rådgivning som hjælpsom. Andre undersøgelser som f.eks. *Mercer et al (2005)* har ved hjælp af kvalitative analyser også omtalt tibetanernes forbehold over for psykologisk hjælp, men vores undersøgelse forholdt sig mere pragmatisk til dette ved at spørge både professionelle og klienter systematisk om, hvad der var hjælpsomt/ikkehjælpsomt ved rehabiliteringsforløbet.

Vi fandt, at tibetanerne havde en anden opfattelse af målet for psykologisk rådgivning, end vi har i Vesten. I vores åbne, semistrukturerede interview om mental sundhed nævnte tibetanerne aldrig fravær af symptomer, som f.eks. angst og depression, som en forudsætning for oplevelsen af sundhed og velvære. I stedet omtalte de spiritualitet som grundlaget for mental sundhed og som den vigtigste *coping*-strategi. De var kritiske over for vores opfattelser af symptomer på traumer og tortur og gav f.eks. udtryk for at vores scoringsskalaer og spørgeskemaer var alt for enkle [2, 12]. F.eks. sagde de, at spørgsmålene i HCSL-25 ikke dækkede de mange nuancerede opfattelser den buddhistiske lære havde af angst og depression. *Lama Pema Dodjee* udtalte, at det gav anledning til misforståelser, når vi ikke skelnede mellem »lidelse« og »fortvivelse«. »Vi tibetanere er lige så lidende som andre undertrykte folk, men vores fortvivelse er muligvis mindre« [3].

Østlig buddhisme og vestlig psykologisk rådgivning er komplekse emner, som ikke uden videre kan sammenstilles og integreres. En forståelse af spiritualitet som *coping*-strategi for traumatiserede tibetan-

ske flygtninge indebærer ikke bare en tværkulturel udveksling mellem religion og psykologi, men også en krydsning af politiske og kulturelle grænser. Det er således problemfyldt ved hjælp af vestlige interview og spørgeskemametoder at forsøge at besvare spørgsmålet om tibetanske buddhister lettere kommer over torturtraumer end andre grupper. Det var ganske vist et markant fund i vores undersøgelse, at et spirituelt engagement blev vurderet som en stor hjælp for rehabiliteringen efter tortur. Men da religion og spiritualitet er mere udbredte og synlige i Østen end i Vesten, har vi sjældent en god baggrund for at forstå deres betydning. Resultatet er, at de overses i den vestlige sundhedsforskning og alt for sjældent indplaceres i psykosocialt rehabiliteringsarbejde i bistandssammenhænge.

**KORRESPONDANCE:** *Peter Elsass*, Psykologisk Institut, Københavns Universitet, DK-1353 København K. E-mail: peter.elsass@psy.ku.dk

**ANTAGET:** 22. november 2009

**INTERESSEKONFLIKTER:** Ingen

**TAKSIGELSE:** Særlig tak til *Kalsang Phuntsok*, (Tibetan Torture Survivor Program (TTSP). The Department of Health, Central Tibetan Administration, Dharamasala, India) som i samarbejde med førsteforfatteren har forestået tilrettelæggelsen af dataindsamlingen.

#### LITTERATUR

1. Ausker N, la Cour P, Busch C et al. Danske patienter intensiverer eksistentielle tanker og religiøst liv. *Ugeskr Læger* 2005;170:1828-33.
2. Elsass P, Phuntsok K. Tibetans' coping mechanism following torture. An interview study of Tibetan torture survivors' use of coping mechanisms and how these were supported by western counselling. *Traumatology* 2008;15:3-15.
3. Elsass P, Carlsson J, Jespersen K et al. Questioning Western assessment of trauma among Tibetan torture survivors. A quantitative assessment study and the comments of Buddhist Lamas. *Torture, 2010* (i trykken).
4. Planning Council. Tibetan refugee community integrated development plan II 1995 – 2000. Dharamasala, Himachal Pradesh India Central Tibetan Administration of H.H. Dalai Lama, 1999.
5. Bhatia S, Dranyi T, Rowley D. A social and demographic study of Tibetan refugees in India. *Soc Sci Med* 2002;54:411-22.
6. Dolma S, Singh S, Leheld L et al. Dangerous journey: Documenting the experience of tibetan refugees. *Am J Pub Health* 2002;96:2061-6.
7. Holtz TH. Refugee trauma versus torture trauma: a retrospective controlled cohort study of Tibetan refugees. *J Ment Dis* 1998;186:24-34.
8. Terheggen MA, Stroebe MS, Kleber R et al. Western conceptualizations of Eastern experience: A cross-cultural study of traumatic stress reactions among Tibetan refugees in India. *J Traumatic Stress* 2001;14:391-403.
9. Crescenzi A, Ketzler E, Van Ommeren M et al. Effect of political imprisonment and trauma history on recent Tibetan refugees in India. *J Traumatic Stress* 2002;15:369-375.
10. Ketzler E, Crescenzi A. Addressing the psychosocial and mental health needs of Tibetan refugees in India. I: de Jong J (ed.) *Trauma, war and violence. Public mental health in socio-cultural context*. New York, Plenum 2002:79-101.
11. Mercer SW, Ager A, Ruwanpura E. Psychosocial distress of Tibetans in exile: Integration western interventions with traditional beliefs and practice. *Soc Sci Med* 2005;60:179-89.
12. Christopher MS, Christopher V, Charoensuk S. Assessing »Western« mindfulness among Thai Theravada Buddhist monks. *Mental Health, Religion & Culture* 2009;12:303-14.