

# Alternativ behandling af traumatiserede flygtninge

- et litteraturstudie om erfaringer og evidens

Kandidatspeciale i medicin ved Københavns Universitet

Maria Rosenbeck Møller

KU-brugernavn: mzx893

30. maj 2014

## Indholdsfortegnelse

Resumé.....	2
Introduktion.....	3
Materialer og metoder.....	4
Resultater.....	7
Diskussion.....	13
Konklusion.....	19
Referencer.....	20

## Resumé

**Introduction.** Traumatized refugees often suffer from burdensome mental illnesses such as PTSD, major depression and chronic pain. Treatment is complicated and many have prolonged, even chronic illness. The purpose of this study is to examine the existing literature regarding alternative treatment of traumatized refugees to investigate experiences and evidence in this field.

**Methods.** Five electronic databases were searched between February and May 2014. References from included studies were examined manually. Included were quantitative and qualitative studies, casestudies and other anecdotal evidence. Excluded were bookchapters, essays, journalist articles and dissertations. Also excluded were studies regarding children.

**Results.** 23 publications were found. 6 quantitative, 2 qualitative, the rest casestudies and other anecdotal evidence. Most publications concerns alternative treatment as complementary to conventional treatment.

**Conclusion.** Alternative treatment contains many promising aspects in the treatment of traumatized refugees. Few studies concerning Transcendental Meditation show effect on PTSD symptoms. However the evidence in the area is limited and no big randomized trials exist. Clarification of effect needs further study.

## Introduktion

Ifølge United Nations High Commissioner for Refugees udgjorde verdens flygtningepopulation i 2012 10,5 mio. mennesker(1). Hertil kommer et endnu større antal internt fordrevne personer og asylansøgere, som endnu ikke har opnået flygtningestatus(1). Disse mennesker har som følge af krig og andre katastrofer været udsat for svære traumer, har mistet familie og venner, mange har været udsat for tortur. En stor del lider i høj grad af både fysiske og psykiske følger, såsom PTSD (25 % - 83 % (2, 3)), kronisk smerte (78 % (4, 5)) og depressiv sindsstemning (60 %-66 % (4, 6)). Udover de traumer flygtninge har oplevet før og under flugten, er der for mange også betydelige post-migrations faktorer, såsom lav socioøkonomisk status, arbejdsløshed, identitetstab, diskrimination og isolation, som bidrager yderligere til at vedligeholde psykisk belastning hos disse mennesker(7, 8).

Behandlingen af traumatiserede flygtninge rummer store udfordringer. Foruden de mange traumer og belastninger, denne gruppe er udsat for, kan også sproglige og kulturelle barrierer yderligere komplicere behandlingssituationen(7). I den vestlige verden består standard behandlingen til denne gruppe ofte af psykoterapi, nogle gange i en multidisciplinær setting i kombination med eksempelvis farmakoterapi, fysioterapi og socialrådgivning. Langtidseffekten er endnu ikke kendt, og en stor del af traumatiserede flygtninge forbliver formentligt kronisk syge trods behandling(7, 9, 10).

Der er således grund til stadig at udforske behandlingsmuligheder. Et område, som ikke hidtil har fået meget opmærksomhed i litteraturen, er brugen af alternativ behandling af traumatiserede flygtninge(4). Flere studier angiver, at der formentlig er et stort brug af alternative behandlingsmodaliteter (ABM) blandt denne gruppe (4, 11-13). De modaliteter, som i den vestlige verden opfattes som alternative, er måske for nogle flygtninge velkendte metoder til at fremme sundhed og psykisk velvære(12). En række forfattere fremhæver kvaliteten af at inddrage sådanne velkendte metoder i behandlingen(14-19). Man kunne derfor forestille sig, at ABM kunne være et nærliggende og godt supplement i behandlingen af denne komplekse patientgruppe med langvarige sygdomsforløb. Formålet med nærværende studie er at afsøge den eksisterende litteratur vedrørende alternativ behandling af traumatiserede flygtninge med henblik på at undersøge erfaringer og evidens på området.

## Materialer og metoder

### Definitioner

FN's flygtningekonvention af 1951 beskriver, at en flygtning er en person, der som følge af velbegrunder frygt for forfølgelse på grund af sin race, religion, nationalitet, sit tilhørsforhold til en særlig social gruppe eller sine politiske anskuelser, befinder sig uden for det land, i hvilket han har statsborgerret, og som ikke er i stand til – eller på grund af en sådan frygt ikke ønsker – at søge dette lands beskyttelse(20). Internt fordrevne personer har måttet flygte fra deres hjem, ofte grundet samme årsager som flygtninge, såsom krig, vold og undertrykkelse af menneskerettigheder, men disse mennesker opholder sig stadig indenfor hjemlandets grænser(1). Asylansøgere anser sig selv som flygtninge, men har endnu ikke opnået juridisk status som værende dette(1). Der er mange ligheder mellem flygtninge og grupperne internt fordrevne personer og asylansøgere med hensyn til eksempelvis oplevede traumer, tab og en ny, ukontrollerbar livssituation. I forhold til internt fordrevne er der dog den betydelige forskel, at internt fordrevne ikke (endnu) står overfor de problemer, det medfører at skulle integreres i et nyt land. Trods dette forbehold vurderes det, at eventuelle publikationer vedrørende grupperne internt fordrevne personer og asylansøgere kan bidrage med relevant information om nærværende emne, hvorfor sådanne publikationer også er inkluderet i dette studie under afgrænsningen ”flygtning”. Fokus er dog flygtninge efter førstnævnte definition.

Definitionen af alternativ behandling varierer mellem landegrænser. I Danmark defineres det, ifølge Sundhedsstyrelses Råd for Alternativ Behandling, som værende behandlingsformer udført af behandlere, der ikke er autoriserede sundhedspersoner, samt behandling udført af autoriserede sundhedspersoner, men som er baseret på metoder, der hovedsagligt bruges uden for sundhedsvæsenet, hvor behandlingen skal kunne udføres af personer uden sundhedsfaglig autorisation(21). I denne opgave bruges denne danske definition af alternativ behandling.

### Data og selektionskriterier

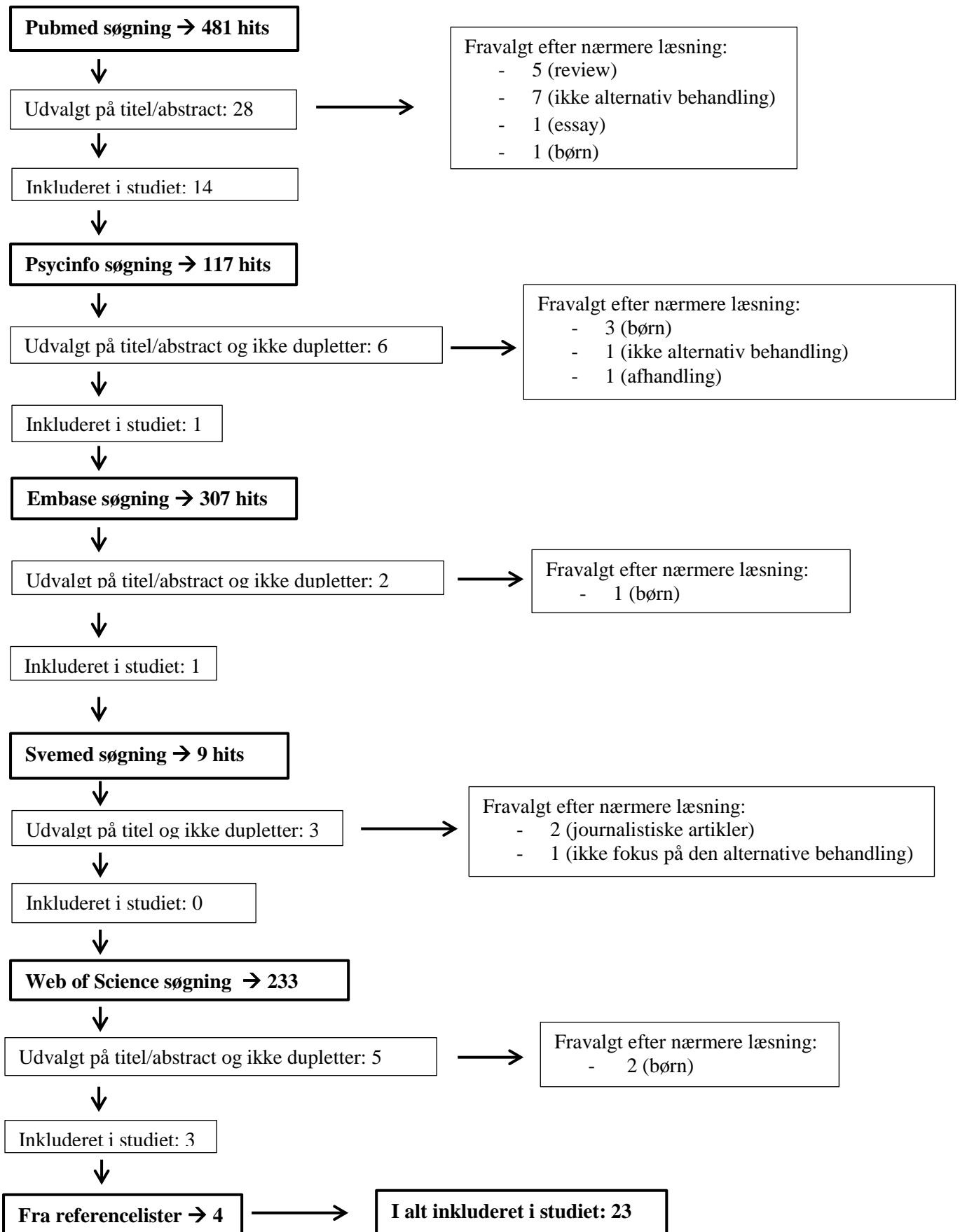
Litteratursøgning foregik fra 13/2 2014 til 15/5 2014, hvor følgende fem databaser successivt undersøgte: Pubmed, Embase, Psycinfo, Svemed samt Web of Science. Pubmed søgningen kørte kontinuerligt med opdatering ved fund af nye artikler. Slutteligt blev referencelister fra de inkluderede studier gennemgået manuelt med henblik på at finde eventuelle relevante publikationer, som ikke var fundet ved den oprindelige litteratursøgning. Til søgningen anvendtes følgende

søgeord: "refugees" og "torture" (MeSH), samt "refugee", "torture survivor" og "asylum seeker" (all fields) i kombination med "complementary therapies" (MeSH) samt, "alternative therapy", "traditional medicine", "spirituality", "meditation", "music therapy", "dance therapy", "art therapy", "acupuncture", "yoga", "massage", "aromatherapy", "homeopathy", "religion", "herbal", "prayer" og "mind-body" (all fields). MeSH-termer anvendtes kun i Pubmed. Artikler blev udvalgt på baggrund af titel og abstract. Nogle blev fravalgt efter fuldttekstslæsning, da de alligevel ikke levede op til selektionskriterierne. Se figur 1.

Inkluderet i dette litteraturstudie er publikationer omhandlende alternativ behandling af traumatiserede flygtninge, både alene eller i kombination med konventionel behandling, dvs. som komplementær behandling. Fokus i dette studie er behandlingen af unge og voksne flygtninge, hvorfor artikler omhandlende børn ikke er inkluderet. Kvantitative og kvalitative studier, case-beskrivelser samt anden anekdotisk evidens er inkluderet. Ekskluderet er oversigtsartikler, bogkapitler, essays, journalistiske artikler og afhandlinger.

I litteraturen og forskningen opdeles alternativ behandling ofte efter dens fokus i følgende fire kategorier(12, 22): krop-sind, biologisk baserede processer, berøring og manuel manipulation af kroppen, energi baseret behandling samt hele medicinske systemer, som indeholder elementer fra alle fire kategorier(12). I det følgende vil de fundne publikationer i dette studie blive gennemgået efter denne kategorisering. Det drejer sig om artikler indenfor følgende emner: Hele medicinske systemer: akupunktur. Krop-sind: meditation, dans/bevægelses terapi (DBT), Qigong og T'ai Chi, kreative kunst terapier, musik terapi samt ceremonier. Biologisk baserede processer samt berøring og manuel manipulation af kroppen: massage, urtemedicin, kosttilskud. Energibaseret behandling: Reiki(12). Kreative kunst terapier er i den læste litteratur ikke inddelt efter nogen af ovenstående kategorier. De placeres i dette studie under kategorien krop-sind, da de, i overensstemmelse med andre modaliteter i denne gruppe, er interventioner, som fokuserer på brugen af tanker og krop til at påvirke sundheden.

**Figur 1.** Flow diagram over selektionsproces



## Resultater

For en oversigt over de inkluderede publikationer se tabel 1. (Bilag 1).

### Hele medicinske systemer

#### Akupunktur

Highfield et al. beskriver deres erfaringer med akupunktur til flygtninge tilknyttet et sundhedscenter i Boston(5). Behandling bestod af akupunktur samt andre traditionelle kinesiske modaliteter, såsom cupping og massage, tilpasset den enkelte. 50 flygtninge med kronisk smerte behandlede gennemsnitligt 8,5 gange. Smerte målte ved hvert besøg på en numerisk skala fra 1-10 eller med Wong-Baker Faces Scale. Data på smerteskalaer, patienthistorier, juridisk status og tortur/traume historik indsamledes retrospektivt fra patienternes elektroniske journaler og suppleredes med interviews om behandlingen. Studiet opgiver resultater for smerteændring fra første til sidste besøg. Der findes reduktion hos 56 %, øgning hos 24 %, ingen forskel hos 8 % og manglende data for 12 %. Slutteligt beskrives tre cases. Der blev ikke observeret bivirkninger.

En anden artikel beskriver første erfaringer fra en nyetableret akupunkturklinik i Boston, oprettet i tillæg til eksisterende sundhedsmæssig og social behandling(2). Behandlingsprotokol planlagdes individualiseret ud fra traditionelle kinesiske diagnoser. 16 patienter, alle diagnosticeret med PTSD, behandlede med i alt 111 behandlinger. Studiet angiver betydelig reduktion af PTSD symptomer hos 14 ud af 16 patienter uden observerede bivirkninger. Der beskrives to cases. Resultaterne er baseret udelukkende på kliniske observationer.

Thought Field Therapy (TFT) indeholder elementer af akupunktur, og et studie omhandlende dette er derfor medtaget her(3). Studiet foregik i et lokalsamfund omkring en skole i Californien. Lokalt udvalgte trænede i TFT og var ansvarlige for rekruttering samt terapi. Studiepopulation (n=61) bestod af børn og voksne og både flygtninge samt latinamerikanere, som ikke juridisk set havde flygtningestatus, inkluderedes. PTSD symptomer målte med selvrapporterings- instrumentet Post-traumatic Stress Disorder Checklist- Civilian (PCL-C) eller PCL-Child før og 30 dage efter behandling. Antal TFT sessioner er ikke beskrevet. 31 deltog i post-test vurderingen, og årsag til bortfald angives at være høj mobilitet samt ”manglende forståelse af behandlingsprotokollen”. Resultaterne viser signifikant reduktion i symptom score på gennemsnitligt 21,45 point for 29 deltagere, som ved præ-test havde symptom score på over 40. Reduktionen er signifikant i alle tre



subgrupper af PCL-C (angst, undgåelse og hyper-vigilant). 79 % af deltagerne rapporterede signifikant forbedring i hyppighed og intensitet af deres oprindelige traumatiske stress symptomer.

## **Krop-sind terapier**

### Meditation

Rees et al. har undersøgt effekten af Transcendental Meditation (TM) på PTSD symptomer i to studier(23, 24). Der anvendtes certificerede afrikanske TM undervisere og instruktion efter et standardiseret format med efterfølgende ugentlige follow-up gruppemøder. Studiepopulation bestod af traumatiserede congolesiske flygtninge, opholdende sig i Uganda i midlertidig husning. Inden instruktion i TM gik initial randomisering tabt grundet stort bortfald fra TM gruppen (n=30). Herefter blev de 21 tilbageværende i TM gruppen matchet med 21 fra en forsinket- start gruppe på alder, køn og baseline PCL-C score. Disse 42 dannede grundlag for det første studie(23). PCL-C udfyldtes ved baseline, 30 og 135 dages follow-up. Test- administratorer var blindede for gruppemedlemskab. Resultatet af dette studie viser signifikant fald i PLC-C score i interventionsgruppen på gennemsnitligt 36 point ved 30 dages follow- up og 38,7 point ved 135 dages follow- up fra en baseline score på gennemsnitligt 65,2. Forsinket- start gruppen viser ingen reduktion i symptomscore.

Det andet studie undersøger umiddelbar effekt af TM 10 dage efter instruktion(24). 11 flygtninge fra forsinket- start gruppen, som ikke var blevet matchet i det tidligere studie, lærte TM. PCL-C var blevet udfyldt ved baseline, 30 og 90 dage, hvorefter flygtningene lærte TM og blev gen-testet 10 og 30 dage herefter. De fungerede derfor som egne kontroller. Resultaterne viser en gennemsnitlig øgning i symptomscore i løbet af de første 90 dage fra 68,5 til 77,9 point. Efter instruktion i TM findes en signifikant reduktion af scoren til 48,0 point efter 10 dage og 35,3 point efter 30 dage. Der blev ikke observeret bivirkninger ved interventionen.

Hinton et al. beskriver i en række artikler erfaringer med deres behandling ”kulturelt adapteret-kognitiv adfærds terapi” (engelsk: CA-CBT) (18, 25-27). Behandlingen består af 14 sessioner og yoga og mindfulness meditation implementeres i hver session(18). I én artikel argumenteres for den terapeutiske værdi af loving-kindness (en mindfulness-teknik), og den kliniske brug illustreres ved en case-beskrivelse af en traumatiseret cambodiansk ældre kvinde(25). Der opgives ingen data. I en anden artikel beskrives anvendelsen af accepterings- og mindfulness- teknikker, eksempler på adaptation til forskellige kulturelle grupper beskrives, og slutteligt illustreres behandlingen ved

casebeskrivelser af en latinamerikansk og en cambodiansk kvinde(26). Der beskrives signifikant reduktion af PCL-C score ved endt behandling med et fald fra hhv. 75 – 40 point og 67 – 36 point. I den første case angives vedligeholdelse af bedringen ved 1 års follow-up. Et tidligere studie undersøger effekten af CA-CBT på bl.a. følelsesmæssig regulation og PTSD symptomer hos 24 traumatiserede cambodianske flygtninge med farmakologisk behandlingsresistent PTSD(27). Patienter randomiseredes til 12 ugers CA-CBT eller en forsinket- start gruppe modtagende sædvanlig behandling bestående af støttende psykoterapi samt psykofarmaka. Resultater målt ved start, efter 12 ugers behandling af interventionsgruppen samt efter 12 ugers behandling hos forsinket- start gruppen, vurderet ved en selvudviklet ”emotion regulation scale” samt Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS), viser signifikant forskel mellem de to grupper efter 12 ugers behandling hos interventionsgruppen. Der er ikke forskel på grupperne ved start eller efter forsinket-start gruppen også har modtaget 12 ugers behandling. Studiet måler endvidere effekt på det, forfatterne kalder ”ortostatisk panikanfald”, som ikke vil blive nærmere beskrevet her. På de psykometriske parametre beskrivende dette findes dog også signifikant effekt.

#### Dans/bevægelsesterapi (DBT)

Harris beskriver erfaringer med brugen af DBT hos afrikanske unge traumatiseret af krig og tortur(17). I en intervention i USA havde forfatteren 18 gruppesessioner, fordelt over et skoleår, med uledsagede unge sydsudanske flygtninge i alderen 13-25 år. Sessioner bestod i traditionel dans, sang og trommen uden et fastlagt program. Forfatteren beskriver god tilslutning til programmet. Der opgives ingen data. Fra Sierra Leone beskrives tre DBT grupper. En gruppe med 6 kvinder på 16-17 år og en gruppe med 8 mandlige torturoverlevende i alderen 23-24 år modtog 9 sessioner på ugentlig basis. Resultater viser fald i symptomer på hyper-vigilance, undgåelse, angst og depression fra start af programmet til 3 måneder efter på baggrund af deltagernes selvrapportering. Målinger er ikke beskrevet nærmere. Den sidste gruppe bestod af 12 mandlige tidligere børnesoldater, omkring 18 år, som modtog 16 sessioner og slutteligt opførte et skuespil for lokalsamfundet. Et semistruktureret interview (ikke beskrevet hvilket) anvendtes til at kvantificere symptomer på bl.a. angst, aggressiv adfærd, depression samt posttraumatisk stress, med follow-up ved en, tre, seks og 12 måneder. Der beskrives betydeligt og kontinuerligt fald i de målte symptomer. Disse resultater beskrives ikke nærmere, og der opgives ingen data.

Et casestudie omhandler brugen af integreret dans- og samtaleterapi i et multidisciplinært behandlingscenter for traumatiserede flygtninge i München(8). Der beskrives en case fra et

gruppeterapiforløb samt to cases fra individuelle behandlingsforløb. Et andet casestudie omhandler brugen af bevægelsesterapi hos en 35 årig afrikansk kvindelig torturoverlever bosat i England(28). Forfatteren beskriver et toårigt behandlingsforløb, hvor hun både fungerede som kvindens socialrådgiver og terapeut med initialt ugentlige sessioner. Bevægelsesterapi i form af kropslig symbolisering af kvindens følelser beskrives. Et tredje casestudie beskriver et forløb med en 38 årig afrikansk kvindelig torturoverlever, flygtet til USA (29). Terapi foregik over seks måneder med ugentlige sessioner, 19 i alt. Individuelt tilpassede bevægelsesøvelser og kvindens psykiske udvikling beskrives. Der opgives ingen objektive data i studierne.

### Qigong og T'ai Chi

Qigong og T'ai Chi er traditionelle kinesiske medicinske metoder og består af bevægelsesmønstre kombineret med et meditativt aspekt(6). Et studie beskriver brugen af Qigong og T'ai Chi som supplement til konventionel psykoterapi i behandling af traumatiserede flygtninge og torturoverlever ved et tortur-behandlingscenter i Boston. Qigong og T'ai Chi øvelser implementeredes 10-15 minutter før og efter en times psykoterapi med en psykiater, samt udførtes af deltagerne i hjemmet ca. 3-4 gange ugentligt. Fire torturoverlever modtog behandling gennem et år. De fire cases beskrives kort. Der observeres ikke bivirkninger eller komplikationer. Der opgives ingen kvantitative eller kvalitative data.

### Kreativ kunst terapi

En artikel beskriver brugen af kreativ kunst over en fem års periode som supplement i behandlingen af bosniske flygtninge i Chicago(30). Modaliteter var tegning, maling, skulpturering samt håndarbejde, og deltagere var over 55 år fordelt i mande- og kvindegrupper. Grupper mødtes ugentligt i 1½ time sammen med tolk og terapeut (forfatteren). Forløb med to mandegrupper samt en bedstemorgruppe beskrives. Der opgives ingen data.

I "Healing Images" beskrives en workshop kombinerende digital fotografi og gruppeterapi i behandlingen af torturoverlever tilknyttet organisationen "Advocates for Survivors of Torture and Trauma" i USA(31). Deltagere undervistes i brug af digitale kameraer og tog fotografier, de identificerede sig med, som efterfølgende drøftedes i grupper sammen med terapeut og fotograf. 30 torturoverlever inkluderedes og mødtes ugentligt i sessioner på to til tre timer i grupper på fire til seks. Det initiale program varede 14 måneder, hvorefter kvalitativ information indhentedes fra tidligere deltagere samt fra ASTT- personale via interviews, e-mails og diskussion. På baggrund af

denne information beskriver artiklen en, trods til tider sporadisk fremmøde, meget positiv respons fra deltagerne. Artiklen inddrager en række citater fra klienterne. Der opgives ingen mål eller data.

Stepakoff et al. beskriver i to artikler deres arbejde med traumatiserede flygtninge fra Liberia og Sierra Leone, bosat i flygtningelejre i Guinea(32, 33). Behandling kombinerede støttende gruppeterapi og traditionel healing og inkluderede uddannelse af lokale terapeuter (ressourcestærke flygtninge, kaldet PSA'er). Det foregik i fire flygtningelejre, hver servicerende ca. 300 flygtninge pr. år. PSA'er udførte psykosocial vurdering ved indtagelse samt 1, 3, 6 og 12 måneder derefter, omhandlende depressions-, angst- og posttraumatisk stress symptomer, somatiske klager samt vurdering af social støtte, interpersonelle forhold og evne til at deltage i vigtige daglige aktiviteter. Scoringsinstrument er ikke oplyst. Grupper bestod af 9-10 klienter, og forløb bestod i omkring 10 ugentlige sessioner af ca. to timer. Traditionelle vest-afrikanske modaliteter var forskellige ritualer, symboler, traditionel historiefortælling, trommen, rytmisk klappen og sang. Andre kreative elementer var tegning, brevskrivning, drama og DBT. I evaluering af programmet beskrives, at statistisk analyse viser signifikant og betydningsfuld reduktion i traumesymptomer samt øgning af social støtte og daglig funktion under og efter gruppeterapien(32). Der opgives ingen kvantitative data.

### Musikterapi

Et kvalitativt studie omhandler brugen af musikterapi hos unge flygtninge. Artiklen beskriver et program på 25 gruppesessioner med 9 unge nordkoreanske flygtninge fra en alternativ skole for flygtninge i Sydkorea(34). Partcipanter var mellem 18 og 24 år, og 30 % af disse diagnosticeret med PTSD hos en psykiater (resten havde nægtet undersøgelse). Aktiviteter omfattede sang, tekstanalyse, sangskrivning, improvisation og lytning ved brug af, for deltagerne, velkendt musik. Studiets fokus er de psykologiske temaer, der viste sig blandt de unge under forløbet, og følgende fem temaer findes: undgåelse, mistillid, ensomhed, tabsfølelse og frygt. Det beskrives, at programmet medvirkede til at øge social støtte og reducere psykologiske symptomer samt adfærdsproblemer blandt de unge. Disse konklusioner er baseret på forfatterens observationer.

### Ceremonier

I Testimonial Therapy (TT) fortæller patienten sin historie – giver vidnesbyrd – om de uretfærdigheder, som er begået imod ham/hende over for en interviewer. Agger et al. har i to studier undersøgt virkningen af at kombinere TT med meditation og spirituelle overleveringsceremonier

blandt torturoverleverere i Asien(14, 35). Vidnesbyrd optages af lokalt uddannede over 2 sessioner. Herefter afholdes en offentlig overleveringsceremoni, hvor vidnesbyrdet oplæses, og torturofrene æres. Der integreres elementer fra den specifikke kultur og religion i ceremonierne, og modaliteter såsom sang, dans og religiøse renselsesritualer anvendes. I det første studie inkluderedes 23 torturoverleverere tilknyttet en lokal menneskeretsorganisation (PVCHR) i Indien(14). Der implementeredes 10 minutters mindfulness før eller efter vidnesbyrds-sessionerne. Monitorering og evaluering blev dannet på grundlag af et spørgeskema ud fra WHO's Five- Well-being Index (WHO-5), International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), samt spørgsmål fra et standardiseret spørgeskema, som allerede var i brug ved PVCHR. Vurdering foregik inden interventionen samt ved follow-up en til to måneder efter. Resultater viser bedring på WHO-5 score for næsten alle deltagerne (præ- gennemsnit = 7,7; post- gennemsnit = 14,9) og en mindre ændring på ICF. Resultaterne er ikke statistisk signifikante. Det andet studie beskriver ceremonier i Indien, Sri Lanka, Cambodia og Filippinerne, hvor i alt 245 torturoverleverere deltog i i alt 43 ceremonier i tidsrummet 2008 til 2010(35). I dette studie opgives ingen data. Forfatteren beskriver overordnet stor tilfredshed blandt overleverne, især med ceremonierne.

### **Biologisk baserede processer samt berøring og manuel manipulation af kroppen**

Singer beskriver et integreret behandlingstilbud med psykoterapi og alternativ terapi, bestående af naturopati, urtemedicin, kosttilskud, diæter og massage, fra et behandlingscenter for torturofre i Australien(19). Studiet beskriver, på baggrund af to kvalitative undersøgelser, psykoterapeuters og klienters perspektiver på den tilbudte alternative behandling. Tre områder, som både psykoterapeuter og klienter finder positive, fremhæves: relationen, kulturel genkendelighed samt adressering af somatiske symptomer. Studiet beskriver med illustrerende citater en positiv respons på den alternative behandling blandt både klienter og psykoterapeuter. Der opgives igen data.

### **Energi baseret behandling**

Der er fundet et case-studie med brugen af Reiki som komplement til sædvanlig behandling af torturoverleverere i et rehabiliteringscenter for torturofre i Sarajevo(36). Reiki er baseret på energi-teorier og fungerer ved, at terapeuten lægger hånden på forskellige steder af klientens krop afhængig af klientens historie og symptomer. Forfatteren beskriver to cases, begge midaldrende kvinder, som behandles gennem hhv. 3 og 4 måneder. Antal gange og længden af sessioner beskrives ikke nærmere. Der opgives ingen kvantitative eller kvalitative data.

## Diskussion

Der er i dette litteraturstudie fundet 23 publikationer omhandlende alternativ behandling af unge og voksne traumatiserede flygtninge; 6 kvantitative (3, 5, 14, 23, 24, 27), 2 kvalitative (19, 34), de resterende casestudier eller anden anekdotisk evidens. En bred vifte af forskellige ABM berøres, med flest publikationer omhandlende brugen af krop-sind terapier, herunder især meditation (n=6) og DBT (n=4). Hovedparten beskriver interventioner med ABM som komplementær behandling, og for de resterende studier (3, 17, 23, 24, 34) angives ikke, om patienterne modtog anden behandling. Resultaterne fra dette studie siger derfor hovedsageligt noget om ABM som komplementær behandling. Publikationerne omhandler meget forskelligartede grupper bl.a. mht. alder, hjemland og aktuel situation. Nogle forsøg er udført i flygtningelejre eller i de lande, hvor torturofrene stammer fra, og kan derfor ikke umiddelbart overføres til en vestlig behandlingssituation.

Studierne om TM finder interessante resultater(23, 24). Styrker ved studierne er blinding af test-administratorerne, kontrolgrupper, anvendelsen af en intervention, som er standardiseret på verdensplan og derfor mulig at anvende i andre settings, samt anvendelsen af et valideret måleinstrument. Begrænsninger i studierne er især de små populationer (n=42 og n=11). Den initiale randomisering mindsker risikoen for ukendte systematiske forskelle mellem de to grupper, men bortfaldet fra TM-gruppen medfører en vis usikkerhed. Bortfaldet skete dog inden instruktion i TM, og har derfor næppe noget med selve interventionen at gøre. Forfatterne angiver, som årsag til bortfaldet, at deltagere fik udleveret mad og sæbe efter hver testning, og nogle kan derfor have deltaget i baseline-testning med henblik på at få udleveret dette, selvom de ikke kunne deltage i selve interventionen. Herudover angives, at deltagere kan have responderet mere positivt på PCL-C i interventionsgruppen for at behage underviserne. Compliance blev ikke systematisk vurderet. I det sidste studie(24) meldte deltagerne sig selv til behandlingen, og det kan derfor have været en særlig motiveret gruppe, hvilket kan have øget de signifikante fund. Ovenstående begrænsninger synes dog ikke at kunne forklare hele den effekt, som ses af behandlingen, hvorfor det synes sandsynligt, at TM har medført en reel symptomreduktion i disse grupper.

Styrker ved studiet om CA-CBT er randomisering, blinding af test-administrator, samt anvendelsen af kontrolgruppe(27). Begrænsninger ved studiet er en lille studiepopulation (n=24), den ene scoringsskala (emotion regulation scale) er ikke standardiseret eller valideret udenfor en cambodiansk population, og der anvendes en ikke-standardiseret behandlingsmanual udviklet af gruppen selv. Ovenstående begrænser studiets eksterne validitet. Behandleren i

interventionsgruppen talte flydende cambodiansk, hvilket kan have medført bias, men da studiet viser signifikante resultater på alle målte psykometriske parametre, har interventionen formentlig haft en reel effekt i denne gruppe. Dog kan det ikke adskilles, hvor meget af effekten som kan tilskrives de alternative elementer i behandlingen, og hvor meget der må tilskrives den kognitive terapi.

Resultaterne vedrørende akupunkturs effekt på smerte må vurderes med et vist forbehold, da forfatterne angiver kulturelle problemer med forståelsen af smerteskalaerne samt mangel på et validt måleinstrument til smertevurdering blandt flygtninge(5). Endvidere er der manglende data for en del af patienterne (12 %), der er ingen kontrolgruppe i studiet, og der beskrives ikke blinding.

I studiet om TFT findes også visse forhold, som begrænser resultaternes validitet(3). Deltagere blev rekrutteret til studiet af behandlere, så det kan have været en særlig selekteret gruppe. Endvidere medfører det store bortfald inden post-test målingen (fra 61 ved præ-test til 31 ved post-test) en vis usikkerhed. Herudover medfører bortfaldet en resterende forholdsvis lille studiepopulation (n=31). Der beskrives ingen blinding i studiet, og der er ingen kontrolgruppe. Der optages ingen data på deltagerne om eksempelvis anden modtagen behandling under interventionen.

I studiet vedrørende kombination af TT og spirituelle ceremonier til behandling af torturofre beskrives en interessant bedring, men resultater er ikke signifikante og baseres på en lille studiepopulation (n=23)(14). Deltagere blev selekteret til behandlingen ud af en gruppe på 80 flygtninge tilknyttet PVCHR, så her kan der igen være tale om en særlig selekteret gruppe. Terapeuter foretog evaluering sammen med deltagerne, og studiet er således ikke blindet. Der er ingen kontrolgruppe. Interventionen udførtes efter et program specifikt udviklet og tilpasset til den lokale setting, og der lægges et stort arbejde i at adaptere ceremonierne til deltageres kultur. Resultater og intervention kan således ikke umiddelbart overføres til andre, herunder vestlige, settings.

Resten af publikationerne er enten case-beskrivelser af enkelte personer eller anden anekdotisk evidens uden objektive data. I enkelte af disse angives fald i målte symptomer, men da måleinstrument eller data ikke opgives, kan disse resultater ikke umiddelbart vurderes(17, 32). Publikationerne bidrager med relevant information og erfaring på området, men vil uvægerligt være farvet af forfatternes subjektive holdninger og må derfor vurderes i lyset af dette. Da ABM kræver

deltagernes aktive medvirken, gælder for samtlige studier, at interventionsgrupper ikke har været blindede, hvilket medfører risiko for placeboeffekt på de fundne resultater.

Overordnet findes kun begyndende evidens for en enkelt ABM, nemlig TM. Studierne på dette område viser interessante resultater, som kunne berettige nærmere undersøgelse i større randomiserede, kontrollerede forsøg. Studierne med CA-CBT taler også for en effekt af meditation (her mindfulness-meditation), dog i integreret form med CBT.

De mange positive erfaringer i andre publikationer fortjener opmærksomhed, selvom de ikke bidrager med decideret evidens. Det må bemærkes, at der heller ikke er evidens for modaliteternes manglende effekt, og ydermere er effekten af konventionel behandling heller ikke markant(7, 9, 10). I litteraturen findes en række hypoteser og argumenter for, hvorfor ABM kunne være et godt supplement i behandlingen af traumatiserede flygtninge. Dette vil blive berørt i det følgende.

Et gennemgående begreb er ”kulturel følsomhed”, og mange forfattere fremhæver kvaliteten af, at en behandling er kulturelt følsom, dvs. inddrager elementer, der er i tråd med patientens kultur (14-16, 18, 19, 32). Der er stor forskel i sygdomsforståelse mellem forskellige kulturer verden over, ikke mindst mellem vestlig, individualiseret kultur og kollektivistiske, spirituelle kulturer, som en del traumatiserede flygtninge kommer fra(14). Denne kulturelle kløft kan udgøre en behandlingsbarriere(37). Flere forfattere fremhæver religiøsitet og spiritualitet som vigtige coping-strategier blandt flygtninge, der måske overses i vestlig behandling(14, 38, 39). For nogle kulturer er samtaleterapi og medicin ikke velkendte metoder til psykisk bedring(5, 15, 38). En kvalitet ved ABM er, at de indeholder elementer, der er genkendelige for mange patienter som veje til sundhed og helbredelse (16), hvilket øger disse terapiers kulturelle følsomhed. Implementering af disse i behandling kunne derfor formentlig øge tilgængelighed, compliance og dermed effekt for mange. Dog må det pointeres, at flygtninge i vestlige behandlingscentre består af en meget blandet gruppe, og for nogle vil vestlig samtaleterapi og medicinsk behandling være at foretrække. Hvad der er kulturelt følsomt for én gruppe, er det ikke nødvendigvis for en anden. Trods den tværkulturelle anvendelighed, som fremhæves for mange ABM, lægges i flere studier vægt på, at behandlingen bør tilrettelægges helt specifikt efter den kultur, som klienterne kommer fra i den enkelte situation, for at opnå optimal effekt (8, 37). Det vil derfor kræve et vist forarbejde at tillære sig grundig viden om eksempelvis traditioner, musik, dans og tro for den kultur, som ens patienter kommer fra, før man kan implementere disse behandlingsmodaliteter på en fordelagtig og kulturelt følsom måde.



Til forskel fra samtaleterapi er mange ABM non-verbale terapier, som ikke nødvendiggør megen kommunikation(4, 16). Dette er en nævneværdig kvalitet, da det mindsker den sproglige barriere, som ellers kan stå i vejen for behandling. Ydermere kunne dette måske medføre, at afhængighed af tolke, hvilket er en helt anden og også komplicerende faktor i behandlingen af flygtninge, mindskes. Herudover skal for de kreative terapier fremhæves det positive ved processen med at fremstille et produkt - dans, musik, fotografi eller håndværk. Udover at give mulighed for at udtrykke følelser, som er svære at verbalisere, giver det ifølge nogle forfattere også mulighed for oplevelsen af selvudvikling og kontrol(30, 31). Dette er betydningsfuldt, da mange flygtninge lever i en verden uden megen indflydelse på egen skæbne. Dog vil det ganske sikkert ikke være alle flygtninge, som har lyst til eller er psykisk stabile til at engagere sig i kreative projekter, hvilket uden tvivl begrænser disse modaliteters anvendelighed.

For modaliteter som eksempelvis meditation er der den særlige fordel, at patienten efter tillæring fremover kan udføre dette alene uden behov for at følge en terapi(4). Det har herved mulighed for at blive en vedvarende behandling, som klienten selv kan styre og anvende ved behov. Dette er en vigtig kvalitet i betragtning af traumatiserede flygtnings ofte langvarige sygdomsforløb. Dog vil det formentlig kun være særligt motiverede, som tager teknikken til sig og anvender det livslangt.

ABM er generelt billige og fleksible interventioner, som ikke kræver mange ressourcer og kan tilpasses efter mange forskellige situationer og grupper(4, 16). Flere studier beskriver succes med anvendelsen af lokalt uddannet personale (23, 32, 35), en mulighed som både øger fleksibilitet, mindsker pris samt bidrager til bred anvendelighed også i ressourcefattige områder. Det vil dog uundgåeligt være en udgift for vestlige behandlingscentre at implementere disse behandlinger, hvor de ikke har været i forvejen. Det kræver uddannet personale og en struktur, som især i begyndelsen vil kræve ekstra ressourcer og udgifter, anselige udfordringer, når man ikke kender effekten af den implementerede behandling. Endvidere vil det være vigtigt at følge behandlingen tæt og monitorere eventuelle bivirkninger, hvis der implementeres behandlinger, som udføres af ikke klinisk uddannet personale.

ABM beskrives dog generelt som non-invasive og stort set bivirkningsfrie behandlinger(2, 5, 23), hvilket er en betydelig fordel. Men kun i få studier specificeres, at der ikke er observeret bivirkninger, og ingen af de fundne studier oplyser, hvordan observation for bivirkninger er foretaget. Trods den umiddelbare sikkerhed ved ABM bør der derfor udvises forsigtighed og for eksempel ved de kreative terapier påpeges, at alle modaliteter, som kan fremkalde stærke følelser,

ikke bør indføres uden et tæt samarbejde mellem kreative terapeuter og erfarne klinikere(16). Ved eksempelvis meditation kan der – ligesom ved psykoterapi generelt - ikke udelukkes risiko for re-traumatisering(15). Desuden vil nogle patienter formentlig være for syge til overhovedet at udføre meditation, som jo kræver en vis ro. Også ved de modaliteter, som har fokus på kroppen – DBT, akupunktur, massage – bør der udvises ekstra opmærksomhed på, at den kropslige berøring eller aktivitet ikke medfører re-traumatisering af eksempelvis torturofre, hvor kroppen er en integreret del af traumet(29). Dette vil formentlig for nogle patienter begrænse disse modaliteters anvendelighed.

På den anden side er netop fokus på kroppen i behandlingen en betydelig fordel (16, 19, 29). Behandling af kronisk smerte og somatisering er kompliceret(4), og effekt af konventionel behandling på dette område er ikke vel undersøgt(7). Åbenhed overfor behandlingsmodaliteter, som kunne medføre bedring på disse parametre, synes fornuftigt.

Et kernepunkt i den læste litteratur er betydningen af, at behandling fokuserer på social støtte og herved reduktion af den isolation, som præger mange flygtninge og måske medvirker til vedligeholdelse af psykisk sygdom (8, 9, 17, 30). Flygtninge lever i en fremmed verden og mange har mistet meget undervejs – familie, venner, kultur og måske egen identitet. Socioøkonomiske problemer, arbejdsløshed, sproglige og kulturelle vanskeligheder er dagligdag for mange. I en række artikler betones, at ABM interventioner, som ofte foregår i grupper, øger fællesskab og sammenhørighed for de medvirkende og herved bidrager til at mindske isolation(14, 17, 30, 32, 34). Om dette er reelle effekter eller forfatterens positive udlægning er uvist, men uanset fremstår isolation og sociale problemstillinger som meget vigtige elementer at adressere i behandlingen, om det er ved konventionelle eller alternative metoder. Dette ligger dog også på et politisk niveau, som er ude af behandlernes hænder.

Slutteligt skal fremhæves en problemstilling ved behandlingen af traumatiserede flygtninge. Denne omhandler den vestlige diagnostik og de vestlige scoringsskalaers validitet, når det kommer til vurdering af psykisk tilstand hos mennesker, som kommer fra andre kulturer og dermed har helt anderledes forståelse af sygdom og sundhed((14, 38, 40)). Dette er et problem for forskning og vurdering af behandlingseffekt indenfor denne gruppe, både ved ABM, men også helt generelt.

Der er betydelige begrænsninger ved dette litteraturstudie. Relevante databaser, som Alternative Health Watch og Ethnic News Watch, er ikke gennemført. Titler, abstracts og referencelister er gennemgået af en enkelt person, og det kan ikke afvises, at relevant litteratur er blevet overset. Endvidere kunne enkelte artikler ikke fremskaffes. Der er ikke søgt efter upubliceret litteratur, og publikationsbias kan derfor ikke udelukkes. I den forbindelse skal nævnes, at dette er et begrænset fagområde, og flere store artikler er skrevet af de samme grupper, hvilket medfører en relativ stor indflydelse af disse forfatteres holdninger. Afgrænsningen af alternativ behandling varierer fra land til land, og selvom der i dette studie er anvendt en klar definition, er grænsen flydende. Dette bidrager yderligere til, at relevant litteratur kan være blevet overset.

## **Konklusion**

Traumatiserede flygtninge er en sårbar gruppe plaget af tunge og svært tolerable psykiske symptomer. Enhver behandling, som kan hjælpe disse mennesker, er ønskværdig. Litteraturen vedrørende alternativ behandling af traumatiserede flygtninge er meget begrænset. Der er hovedsageligt tale om afgrænsede forsøg og anekdotisk evidens. Inden for et enkelt område, Transcendental Meditation, er der fundet signifikante resultater, som kunne være interessante at undersøge nærmere. Evidensen er fortsat beskednen, og samlet er effekten af ABM af traumatiserede flygtninge relativt uafklaret. Dog beskrives mange positive erfaringer, som er værd at notere sig, og alternativ behandling kan formentlig være et godt supplement til konventionel behandling. Der er behov for mere omfattende undersøgelser, randomiserede forsøg med fokus på bl.a. effekt (kort- og langtids), bivirkninger, behandlingsintensitet, varighed, uddannelse af personale, økonomi, valide måleinstrumenter, før potentialet i disse behandlinger kan afklares nærmere.

## Referenceliste

1. UNHCR - UNHCR Statistical Yearbook 2012, 12th edition. Available at: <http://www.unhcr.org/52a7213b9.html>. Accessed 14-04-2014, 2014.
2. Pease M, Sollom R, Wayne P. Acupuncture for refugees with posttraumatic stress disorder: initial experiences establishing a community clinic. *Explore* 2009;5(1):51-4.
3. Folkes CE. Thought field therapy and trauma recovery. *International journal of emergency mental health* 2002;4(2):99-103.
4. Longacre M, Silver-Highfield E, Lama P, Grodin M. Complementary and alternative medicine in the treatment of refugees and survivors of torture: a review and proposal for action. *Torture : quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture* 2012;22(1):38-57.
5. Highfield ES, Lama P, Grodin MA, Kaptchuk TJ, Crosby SS. Acupuncture and traditional Chinese medicine for survivors of torture and refugee trauma: a descriptive report. *Journal of immigrant and minority health / Center for Minority Public Health* 2012;14(3):433-40.
6. Grodin MA, Piwowarczyk L, Fulker D, Bazazi AR, Saper RB. Treating survivors of torture and refugee trauma: a preliminary case series using qigong and t'ai chi. *Journal of alternative and complementary medicine* 2008;14(7):801-6.
7. Palic S, Elklit A. Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder in adult refugees: a systematic review of prospective treatment outcome studies and a critique. *Journal of affective disorders* 2011;131(1-3):8-23.
8. Koch SC, Weidinger-von der Recke B. Traumatised refugees: An integrated dance and verbal therapy approach. *The Arts in Psychotherapy* 2009;36(5):289-96.
9. Carlsson JM, Olsen DR, Mortensen EL, Kastrup M. Mental Health and Health-Related Quality of Life, A 10-Year Follow-Up of Tortured Refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2006;194(10):725-31.
10. Carlsson JM, Olsen DR, Kastrup M, Mortensen EL. Late Mental Health Changes in Tortured Refugees in Multidisciplinary Treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2010;198(11):824-8.
11. Berthold SM, Wong EC, Schell TL, Marshall GN, Elliott MN, Takeuchi D et al. U.S. Cambodian refugees' use of complementary and alternative medicine for mental health problems. *Psychiatric services (Washington, DC)* 2007;58(9):1212-8.
12. MacDuff S, Grodin MA, Gardiner P. The use of complementary and alternative medicine among refugees: a systematic review. *Journal of immigrant and minority health / Center for Minority Public Health* 2011;13(3):585-99.
13. Buchwald D, Panwala S, Hooton TM. Use of Traditional Health Practices by Southeast Asian Refugees in a Primary Care Clinic. *The western journal of medicine* 1992;156:507-11.
14. Agger I, Raghuvanshi L, Shabana S, Polatin P, Laursen LK. Testimonial therapy. A pilot project to improve psychological wellbeing among survivors of torture in India. *Torture : quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture* 2009;19(3):204-17.
15. Benedict AL, Mancini L, Grodin MA. Struggling to meditate: Contextualising integrated treatment of traumatized Tibetan refugee monks. *Mental Health, Religion and Culture* 2009;12(5):485-99.
16. Gray AE. Expressive arts therapies: working with survivors of torture. *Torture : quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture* 2011;21(1):39-47.
17. Harris DA. Dance/movement therapy approaches to fostering resilience and recovery among African adolescent torture survivors. *Torture : quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture* 2007;17(2):134-55.
18. Hinton DE, Rivera EI, Hofmann SG, Barlow DH, Otto MW. Adapting CBT for traumatized refugees and ethnic minority patients: examples from culturally adapted CBT (CA-CBT). *Transcultural psychiatry* 2012;49(2):340-65.

19. Singer J, Adams J. The Place of Complementary Therapies in an Integrated Model of Refugee Health Care: Counsellors' and Refugee Clients' Perspectives. *Journal of Refugee Studies* 2011;24(2):351-75.
20. UNHCR - Refugees. Available at: <http://www.unhcr.org/pages/49c3646c125.html>. Accessed 14-04-2014, 2014.
21. ViFABs definition af alternativ behandling - Videns- og Forskningscenter for Alternativ Behandling(VIFAB).Availableat: <http://www.srab.dk/alternativ+behandling/hvad+er+alternativ+behandling-c7-/vifabs+definition>. Accessed 14-04-2014, 2014.
22. Kategorisering af alternative behandlingsformer - Videns- og Forskningscenter for Alternativ Behandling(VIFAB).Availableat: <http://www.srab.dk/alternativ+behandling/hvad+er+alternativ+behandling-c7-/kategorisering+af+alternative+behandlingsformer>. Accessed 14-04-2014, 4014.
23. Rees B, Travis F, Shapiro D, Chant R. Reduction in posttraumatic stress symptoms in Congolese refugees practicing transcendental meditation. *Journal of traumatic stress* 2013;26(2):295-8.
24. Rees B, Travis F, Shapiro D, Chant R. Significant reductions in posttraumatic stress symptoms in Congolese refugees within 10 days of Transcendental Meditation practice. *Journal of traumatic stress* 2014;27(1):112-5.
25. Hinton DE, Ojserkis RA, Jalal B, Peou S, Hofmann SG. Loving-kindness in the treatment of traumatized refugees and minority groups: a typology of mindfulness and the nodal network model of affect and affect regulation. *Journal of clinical psychology* 2013;69(8):817-28.
26. Hinton DE, Pich V, Hofmann SG, Otto MW. Acceptance and Mindfulness Techniques as Applied to Refugee and Ethnic Minority Populations With PTSD: Examples From "Culturally Adapted CBT". *Cognitive and Behavioral Practice* 2013;20:33-46.
27. Hinton DE, Hofmann SG, Pollack MH, Otto MW. Mechanisms of efficacy of CBT for Cambodian refugees with PTSD: improvement in emotion regulation and orthostatic blood pressure response. *CNS neuroscience & therapeutics* 2009;15(3):255-63.
28. Callaghan K. Movement psychotherapy with adult survivors of political torture and organized violence. *The Arts in Psychotherapy* 1993;20:411-21.
29. Gray AE. The Body Remembers: Dance/Movement Therapy with an Adult Survivor of Torture. *American Journal of Dance Therapy* 2001;23(1).
30. Baker BA. Art Speaks in Healing Survivors of War. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* 2006;12(1-2):183-98.
31. Goodsmith L. Beyond where it started: a look at the "Healing Images" experience. *Torture : quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture* 2007;17(3):222-32.
32. Stepakoff S, Hubbard J, Katoh M, Falk E, Mikulu JB, Nkhoma P, Omagwa Y. Trauma Healing in Refugee Camps in Guinea: A Psychosocial Program for Liberian and Sierra Leonean Survivors of Torture and War. *American Psychologist* 2006:921-32.
33. Stepakoff S. The Healing Power of Symbolization in the Aftermath of Massive War Atrocities: Examples From Liberian and Sierra Leonean Survivors. *Journal of Humanistic Psychology* 2007;47(3):400-12.
34. Choi CM. A pilot analysis of the psychological themes found during the CARING at Columbia-- Music Therapy program with refugee adolescents from North Korea. *Journal of music therapy* 2010;47(4):380-407.
35. Agger I, Igreja V, Kiehle R, Polatin P. Testimony ceremonies in Asia: integrating spirituality in testimonial therapy for torture survivors in India, Sri Lanka, Cambodia, and the Philippines. *Transcultural psychiatry* 2012;49(3-4):568-89.
36. Kennedy P. Working with survivors of torture in Sarajevo with Reiki. *Complementary therapies in nursing & midwifery* 2001;7(1):4-7.
37. Jones C, Baker F, Day T. From healing rituals to music therapy: bridging the cultural divide between therapist and young Sudanese refugees. *The Arts in Psychotherapy* 2004;31(2):89-100.
38. Elsass P, Carlsson J, Husum K. Spirituality as coping in Tibetan torture survivors. *Ugeskrift for laeger* 2010;172(2):137-40.

39. Khawaja NG, White KM, Schweitzer R, Greenslade J. Difficulties and Coping Strategies of Sudanese Refugees: A Qualitative Approach. *Transcultural psychiatry* 2008;45(3):489-512.
40. Elsass P, Carlsson J, Jespersen K, Phuntsok K. Questioning western assessment of trauma among Tibetan torture survivors. A quantitative assessment study with comments from Buddhist Lamas. *Torture : quarterly journal on rehabilitation of torture victims and prevention of torture* 2009;19(3):194-203.