

## TOLKNING I TERAPI: Problemer og kvalifikationskrav

Hanne Søndergaard, Helle Holmgren & Ask Elklit

*Med de stigende krav om integration af etniske minoriteter, er det vigtigt at formulere forventninger og krav til den del af det psykoterapeutiske rum, som tolkningen udgør. Formålet med artiklen er at beskrive væsentlige perspektiver på tolkning primært ud fra et behandlingsmæssigt synspunkt. Tolkens rolle ses som kulturformidleren, der skal bygge bro mellem de to kulturer, inden for en kontekst, der stiller en række betingelser af metode- og funktionsmæssig art. Der fokuseres på dynamikken i den triadiske relation, og især på de komplicerede overførings- og modoverføringsrelationer. Vanskelighederne ved neutralitet og objektivitet i en tværkulturel sammenhæng berøres ligesom kravene til sproglig kompetence, fagkundskab og personlige egenskaber specificeres. Den terapeutiske forfinelse og præcision i arbejdet med flygtninge er kun mulig, hvis der foregår en parallel udvikling og opkvalificering af tolkens arbejde.*

### Introduktion

Politiske og krigsmæssige situationer i flere dele af verden medvirker til, at fysisk og psykisk belastede flygtninge søger tilflugt i mange vestlige lande. Brændpunkterne i verden afspejles således i, hvor mange og hvilke flygtninge, der ansøger om asyl i et givet land på et bestemt tidspunkt.

At møde en fremmed kultur kan virke voldsomt, specielt hvis situationen er præget af ufrivillighed, som det oftest er tilfældet for flygtninge. Ud over at have været udsat for traumatiske oplevelser som f.eks. vold og forfølgelse, skal personen efterfølgende finde sig til rette i en anden kultur, hvilket kan føre til oplevelsen af et egentligt »kulturshok« (van der Veer, 1995). Personen oplever en indre konflikt mellem sine oprindelige normer og værdier og den nye kulturs normer og værdier. Denne konflikt forstærkes og vedligeholdes af, at personen ikke som vanligt er i stand til at løse problemerne gennem kommunikation med andre på grund af kulturelle og sproglige forskelle (ibid.).

---

Hanne Søndergaard er psykolog ved Alkoholrådgivningen i Århus Amt, Skanderborg Afd.

Helle Holmgren er psykolog ved Psykologisk & Pædagogisk Rådgivning i Blaaby, Blåvandshuk og Varde Kommuner.

Ask Elklit er professor i psykologi ved Psykologisk Institut, Aarhus Universitet.

Sammenstødet vil ofte være til stede ved mødet med vestlige behandlere. For mange flygtninge og indvandrere kan f.eks. psykoterapi virke fremmedartet; denne behandlingsform vil ofte være meget forskellig fra, hvad vedkommende kender og forventer af en behandler (Kinzie, 1981; Zachariae, 1987).

I nogle af de tidligere referencer om tolkebistand fra sidst i 1970'erne og først i 1980'erne ses diskussioner om, hvordan kommunikationsproblemer i forhold til flygtninge og indvandrere i bl.a. sundhedssystemet kan afhjælpes. Der har været en lang række forslag til løsning af disse problemer, hvoraf nogle kan synes meget omstændelige samt have lange udsigter. Dette kan f.eks. være forslag om, at behandlere påtager sig opgaven at lære klientens sprog, at flygtninge og indvandrere tilegner sig sproget i det pågældende land eller at flere tosprogede personer får uddannelse og ansættelse inden for det sociale system. De pågældende forfattere bl.a. (Acosta & Cristo, 1981; Baker, 1981; Nyberg, 1989; Peskett et al., 1982) er selv inde på, at disse målsætninger ikke umiddelbart er realistiske, ligesom de når frem til den konklusion, at kommunikationsproblemerne i første omgang må løses ved at gøre brug af tolk.

At behandlere skal tilegne sig klienternes sprog afvises som urealistisk dels i forhold til, at det ville være meget tidskrævende, dels ud fra den kendsgerning, at der ikke ville være tale om et enkelt fremmedsprog, men ofte mange forskellige (Baker, 1981; Jensen et al., 1989). Flere forfattere nævner, at sprogproblemerne på længere sigt måske kan afhjælpes ved, at flere tosprogede personer uddannes til f.eks. socialrådgivere, men at det ikke kan løse problemerne umiddelbart (bl.a. Amodeo et al., 1987; Baker, 1981; Gong-Guy et al., 1991; Jensen et al., 1989; Nyberg, 1989). Forslaget om at flygtninge og indvandrere i stedet skal lære deres nye hjemlands sprog, synes hensigtsmæssigt ikke mindst ud fra en integrationsmæssig betragtning. Der kan dog være forskellige faktorer, der vanskeliggør tilegnelsen af et nyt sprog såsom analfabetisme eller kun få års skolegang fra hjemlandet (Casino, 1988; Høvsgaard, 1994) samt traumatisering (Høvsgaard, 1994). Sprogtilegnelsen tager desuden tid, og selv om en person kan give faktuelle oplysninger på et andet sprog, er det ikke sikkert, at vedkommende er i stand til at udtrykke følelsesmæssige eller personlige informationer på dette sprog (Austveg, 1997).

Ikke kun sprogbarrieren mellem behandler og klient, men også kulturbarrieren kan, ifølge van der Veer (1995) være så stor, at det er nødvendigt at anvende en *tolk*. Tolkens sprog- og kulturformidlende funktion, kan være et væsentligt bidrag til at fremme en integration for flygtninge/indvandrere. En uprofessionel tolk kan derimod medvirke til det modsatte og hindre eller besværliggøre effektiv terapi og behandling (Galal & Galal, 1999).

Det stigende antal af flygtninge med forskellige baggrunde har således generelt øget efterspørgslen af kvalificerede tolke, og der stilles endvidere større krav til tolke end tidligere (Hamerik, 1988; Galal & Galal, 1999).

Hvilke krav skal tolke efterleve for at kunne betegnes som »kvalificerede« tolke? Svaret må nødvendigvis dels afhænge af, hvilke typer opgaver, tolke anvendes i, dels hvilke vanskeligheder man møder i de konkrete tolkesituationer i praksis.

Flere forfattere opstiller i litteraturen om tolkebistand retningslinjer for og forslag til, hvorledes den ideelle tolkning og tolkningssituation kan foregå på professionel og tilfredsstillende vis. I det følgende fremlægges et repræsentativt uddrag af nogle af perspektiverne på området samt nogle af de problemer, der eksisterer i forbindelse med anvendelsen af tolke, især i forhold til psykoterapeutiske samtaler, som er et af de nyere felter inden for tolkenes arbejdsområde. Med udgangspunkt heri vil vi søge at skabe overblik over, hvilke faglige og personlighedsmæssige kvalifikationer, tolke bør have for at man kan opnå de bedst mulige behandlings- og dermed integrationsmæssige resultater.

### **Hvad er god tolkning?**

Tolkning betragtes generelt som værende andet og mere end blot oversættelse af sprog. En lang række forfattere betoner vigtigheden af, at tolken, ud over at tolke de sproglige sammenhænge, samtidigt fungerer som *menings-* og *kulturformidler*.

### ***Menings- og kulturformidling***

Røkenes (1992a) definerer *kultur* som »en måde at forstå verden på«. Tolken som kulturformidler skal således i terapeutiske sammenhænge formidle parternes respektive verdensopfattelser, sådan at der kan skabes et meningsfuldt »terapeutisk rum«. Dermed oversætter tolken ikke kun sproglige budskaber, men også *meningen* i budskaberne, og dette gøres først og fremmest gennem et passende ordvalg, som bevarer meningen for den, som modtager budskabet. Tolken skal ikke forklare, men formidle dét, som afsenderen mener (ibid.). Ifølge Faust & Drickey (1986) skal tolken give en såkaldt »kulturel tolkning«. Hermed menes en oversættelse af, hvilke forventninger patienten har til konsultationen, samt hvilken betydning vedkommende tillægger symptomer, undersøgelser og behandling.

Tolken bliver med Habermas (i Røkenes, 1992a) en del af den hermeneutiske cirkel; en kommunikationsproces hvor den, som forstår, ikke kan skilles fra den eller det, som bliver forstået. At »forstå« vil sige, at man opfanger den kontekst, som meningen hører til i, og som den eksisterer i kraft af. I en tolkesituation bliver budskabet »filtreret« gennem tolkens forståelse af meningssammenhængen. Det indebærer, at tolkens egne følelser, erfaringer, værdier, holdninger og forventninger vil have en vis betydning for, hvad der bliver formidlet (Røkenes, 1995). Hvorvidt klienten og terapeuten forstår hinanden afhænger således dels af, om tolken har forståelse for

meningssammenhængen, og dels af tolkens evne til at formidle meningen med det sagte.

I et interview med en farsitalende tolk fra OASIS (Jørgensen, 1991a), betones vigtigheden af, at man som tolk, især inden for psykoterapi, kender nuancerne i forskellige begreber. For eksempel er der forskel på, om man siger »jeg er bange« eller »jeg er angst«, og på hvorvidt man siger »jeg er ked af det« eller »jeg er deprimeret«, hvilket kan have betydning for det psykoterapeutiske arbejde. Tolken skal her kunne oversætte de forskellige kulturelle »koder«, så det sagte bliver forståeligt og giver mening (ibid.).

Tribe (1999) anvender konsekvent betegnelsen »bicultural worker« i stedet for tolk, da denne betegnelse findes mere dækkende for det arbejde, der kræves af vedkommende. Tolken skal fungere som en bikulturel oversætter, idet vedkommende ikke kun skal oversætte de sproglige udtryk, men også skal hjælpe terapeuten til at forstå klientens kulturspecifikke (verbale såvel som non-verbale) udtryk (Musser-Granski & Carrillo, 1997; Vesti & Kastrup, 1992).

Ifølge Hammer & Baadsgaard (1992) samt Salinas & Hansen (1987) har tolken en to-vejs kulturformidlerrolle; formidling af egen kultur til behandleren og af behandlerens kultur til flygtningen. Der gives i den forbindelse udtryk for, at kulturel viden og indsigt er en nødvendighed for en vellykket behandling af flygtninge. Der er i det hele taget, ud over de her nævnte referencer, bred enighed blandt de øvrige forfattere om, at tolken skal påtage sig en aktiv formidlingsrolle, og at vedkommende skal være i stand til at kommunikere kulturforskellene ud til såvel klienten som til tolkebrugeren, for at tolkningen kan blive tilfredsstillende, og behandlingen skal kunne lykkes (Amodeo et al., 1997; Bentsen et al., 1988; Gong-Guy et al., 1991; Mirdal, 1988; Pentz-Møller & Hermansen, 1991a, 1991b; Stephenson, 1995).

Austveg (1997) er enig med ovennævnte forfattere i, at tolken skal have en kulturformidlende funktion. Hun skelner mellem tolken som *teknisk oversætter* og *kulturel brobygger* og påpeger ulemperne forbundet med anvendelsen af disse tolkningsmodeller i deres ekstreme form. Tolke, der fungerer som kulturelle brobyggere, kan i større udstrækning bruge sig selv, men er samtidig i risiko for at påtage sig ansvar, der overstiger deres faglige kompetence. Austveg (ibid.) foretrækker derfor en metode mellem de to yderpunkter. Tolkenes beføjelser afhænger bl.a. af, hvor godt tolk og tolkebruger kender hinanden.

Flere forfattere peger på de store kulturelle forskelle, der er mellem flygtninge fra Indokina og det amerikanske behandlingssystem. Flygtningenes kulturelle træk, religiøse overbevisninger samt opfattelsen af sundhed og sygdom er således væsensforskellige fra den vestlige medicin. For at eventuelle barrierer skal kunne overvindes er det en nødvendighed at anvende tolke. Dette er dog ingen garanti for, at der ikke kan opstå fejl i kommunikationen (Gong-Guy et al., 1991; Stephenson, 1995; Hoang & Erickson,

1985). Sidstnævnte giver flere eksempler på, hvordan en direkte oversættelse kan medføre misforståelser. For mange sydøstasiater er nyren f.eks. centrum for seksuel potens. Hvis der tales om, at en patient har »nyreproblemer«, kan det derfor opfattes som mindsket seksuel lyst eller problemer af anden seksuel art.

I forbindelse med kulturformidling diskuterer Rechtman (1997) nyere opfattelser inden for den medicinske antropologi. Mange antropologer har således gjort opmærksom på, at hvis tolkens rolle og kulturformidlende funktion ignorerer, vil klinikerens kulturelle baggrund kunne præge relationen mellem klient og behandler (Ong, 1995). I lighed med Kaufert (1990) finder Rechtman (ibid.), at tolkebrugerne må anerkende den store indflydelse, tolkene har på samtalen. Sidstnævnte er dog ikke enig med Kaufert i, at tolkens rolle skal forstærkes. Rechtman skriver således, at tolken ikke skal være i centrum på bekostning af patienten. Idet han henviser til Young (1990), pointerer han, at den terapeutiske relation skal fokusere på patienten og ikke kun på hans/hendes kulturelle forklaring, som den præsenteres af tolken.

### **Tolkemetoder**

Et andet centralt område i litteraturen er forskellige tolkemetoders indflydelse på resultatet af tolkningen. Der tales i den forbindelse især om *tolkestil* og *tolketeknik*, dvs. hvilken form for tolkning, der anbefales i de forskellige tolkesituationer.

Baker (1981) gør opmærksom på forskellen mellem *tolkning*, hvor tolken selv er til stede i lokalet og oversætter, hvad der bliver sagt mellem to eller flere personer, og *oversættelse*, hvor oversætteren arbejder med det skrevne materiale, og oversætter f.eks. dokumenter fra et sprog til et andet. Oversætteren skal kunne beherske begge sprog perfekt, idet fuldstændig nøjagtighed er afgørende. Den sproglige nøjagtighed er ikke helt så påkrævet for tolken, som dog skal være dygtig inden for begge sprog, men tolken skal tillige besidde veludviklede mellem menneskelige og empatiske evner.

Baker (ibid.) påpeger endvidere, at den enkelte tolks stil afhænger af personligheden, og at der således er lige så mange forskellige tilgange til tolkning, som der er tolke. De forskellige tilgange kan placeres på et kontinuum, hvor *ordret tolkning* er den ene yderlighed, og *uafhængig intervention* er den anden. I *den ordrette tolkning* blander tolken sig mindst muligt, og fungerer primært som et »talerør« mellem tolkebrugeren og klienten. Baker anfører, at denne metode kan være passende i nogle tilfælde, men at den nemt kan give anledning til misforståelser, og at der ofte vil være brug for at udvise en større sensitivitet over for klienten. I forhold til mere angstprovokerende emner må tolken være i stand til at vurdere, hvorvidt spørgsmål og udsagn evt. skal omformuleres, således at meningen formidles på en måde, der tager hensyn til kulturelle faktorer, så man undgår at true, støde eller skræmme klienten. (ibid.) I *den uafhængige intervention* dominerer tolken interviewet eller samtalen. Tolken bruger her sin egen bedømmelse i

arbejdet med klienten, og er selv en aktiv del af processen. Ved brug af denne metode er der stor risiko for, at der kan opstå misforståelser og forvirring, og metoden kræver stor tillid til tolkens kompetence, samt at tolken tidligere har udvist en fornuftig klinisk dømmekraft. Endvidere er det her en betingelse, at tolken har en fornemmelse for, hvilke situationer vedkommende selv kan håndtere og hvilke, der skal overlades til socialarbejderen/tolkebrugeren.

Baker (1981) anbefaler en tolkestil, der ligger et sted midt imellem de to ekstremer, ordret tolkning og uafhængig intervention. Stilen afhænger af klienten, omstændighederne, tolkens og tolkebrugers personligheder samt samarbejdsevner og -erfaringer. En af de situationer, hvor ordret tolkning er nødvendig, er i forhold til tolkning for hjerneskadede patienter (Dikengil et al., 1993). For at kunne diagnosticere sprog-, tale- og kommunikationsforstyrrelser samt udføre neuropsykologiske test er neuropsykologen afhængig af en ordret oversættelse af det, patienten siger. Uden en sådan opstår der nemt forvrængninger, og det bliver vanskeligt at differentiere mellem forskellige kommunikationsforstyrrelser. Tolkning for hjerneskadede patienter er en særlig vanskelig opgave for tolken, og ifølge Dikengil et al. (1993), mangler der litteratur på området. Det samme gør sig gældende ved fysioterapeutisk undersøgelse og behandling.

Flere forfattere (Westermeyer, 1990; Jensen et al., 1989; Elverdam 1991; Bentsen et al., 1988; Pentz-Møller & Hermansen, 1991a, 1991b) gør i lighed med Baker (1981) opmærksom på, at tolken ikke blot kan anskues som objektiv og neutral verbal oversætter. Mirdal (1988) siger i denne forbindelse kort og præcist:

»Thus to think of the interpreter as an objective, neutral channel, a computer which translates words from one language to another, is absurd« (p. 327).

En svensk undersøgelse (Nyberg, 1989) viser, at tolk og tolkebruger kan have forskellige opfattelser af og forventninger til tolkens rolle i samtalen. Hvor nogle terapeuter synes at fokusere på tolkens præcision i formidlingen, føler flere tolke et større behov for at formidle følelsesmæssige og kulturelle forhold på en mere indlevende og aktiv måde. Nyberg fremhæver som Baker ovenfor at der er tale om en balancegang herimellem.

Hvad angår egentlig *tolketekniske metoder* bliver især simultantolkning og konsekutiv/sekventiel tolkning beskrevet i flere kilder (Bentsen et al., 1988; Pentz-Møller & Hermansen, 1991a; Røkenes, 1992a, 1995; Udvalget vedrørende etniske minoriteter, Sundhedskomiteen, 1997; Westermeyer, 1990). *Simultantolkning* er oversættelse, der foregår samtidigt med den mundtlige fremlæggelse eller samtale på et andet sprog. Denne tolkningsmetode kræver, at tolken er fortrolig med klienten, og at klienten er god til at tale artikuleret og med en kontrolleret hastighed (Bentsen et al., 1988;

Pentz-Møller & Hermansen, 1991a). Westermeyer påpeger (1990), at selvom simultantolkning er mere tidsbesparende end den konsekutive tolkningsmetode, har den simultane tolkning en række ulemper, der er vigtige at tage i betragtning, før man vælger tolkningsmetode:

- Det er mere stressende for tolken med samtidig oversættelse
- Tolken bliver hurtigere trætt
- Der er større risiko for fejl, da oversættelsen skal gå meget hurtigt
- Der er mere fokus på den virkelighedsrefererende (konnotative) tolkning på bekostning af den associationsfrembringende (denotative) tolkning
- Metoden er mere krævende og stressende for kliniker

*Konsekutiv tolkning* vil således ofte være at foretrække. Ved konsekutiv tolkning oversættes der umiddelbart efter at det, som skal oversættes, er udtalt. Her er det vigtigt at understrege, at der kun må siges ganske få sætninger ad gangen, sådan at tolken ikke skal bruge mere energi på at huske, hvad der er blevet sagt end på at oversætte/tolke. Kommunikationen mellem parterne forekommer da hurtigere og mere direkte. Man opnår desuden en større sikkerhed for, at samtalen flyder, og at alt bliver oversat begge veje.

Røkenes (1992a) gør opmærksom på, at det ved den konsekutive tolkning kan være problematisk, hvis tolken føler det svært at afbryde en af parterne (f.eks. klientens talestrøm) for at være sikker på at kunne huske det sagte. Dette dilemma kan afhjælpes ved, at terapeuten er opmærksom herpå, og evt. giver tolken et signal om, at det er i orden at afbryde, og dermed tager ansvaret for afbrydelsen. I denne forbindelse skriver Schackman (1984), at tolken desuden skal kunne afbryde behandleren, hvis der f.eks. er ord eller begreber, som vedkommende ikke forstår, eller som ikke eksisterer på det andet sprog og derfor kræves omskrevet. Tolken skal også kunne afbryde samtalen, hvis vedkommende fornemmer, at kulturelle faktorer eller misforståelser hindrer kommunikationen mellem klient og behandler, eller at klienten giver et unøjagtigt svar. Eksempler på sidstnævnte kan være, at tolken mærker, at klienten ikke er glad, selvom vedkommende siger, at dette er tilfældet, eller at han/hun giver udtryk for at have forstået det, der er blevet sagt, mens tolken fornemmer det modsatte.

Ud over at kunne afbryde, skal tolken også have fornemmelse for, hvornår vedkommende skal tie. Ved psykoterapi er det vigtigt, at tolken ikke udfylder pauserne med snak, da disse »tomrum« anvendes som terapeutiske instrumenter (Arenas et al., 1987, i Lings, 1988). Tolken skal derfor tolke en pause med en pause; går klienten f.eks. i stå midt i en sætning eller tankerække, eller er der på andre måder pauser i samtalen, skal tolken forholde sig tavs, indtil klienten eller behandleren igen taler (Lings, 1988).

I tilfælde, hvor hvert spørgsmål fra tolkebrugereren fører til længere svar fra klienten, foreslår Reichelt & Sveaass (1992), at man lader tolken udforske samtalen selv. Tolken kan hér give korte oversættelser til terapeuten,

og få uddybende spørgsmål fra denne til at gå videre med. Forfatterne mener, at det er en god idé at veksle mellem sædvanlig tolkesamtale og tolkens egen udforskning, samt at etablere et signalsystem med tolken for, hvornår de forskellige metoder skal bruges.

Flere forfattere giver endvidere udtryk for, at det er en fordel, hvis tolken i visse situationer er i stand til at anvende alternative tolketeknikker såsom *hvisketolkning* og *resumétolkning*. Valg af tolketekniske metoder afhænger af situationen og de involverede parter, og bør ske i samråd med terapeuten, således at tolketeknikken kan tilpasses den overordnede målsætning for terapien (Bentsen et al., 1988; Pentz-Møller & Hermansen, 1991a; Røkenes, 1992a).

### **Forberedelse og samtale**

Dorfelt (1999) påpeger, at det er en fordel, hvis tolken og tolkebrugeren kender hinanden eller, at en kort briefing har fundet sted før undersøgelsen/samtalen. Bentsen et al. (1988) samt Pentz-Møller & Hermansen (1991a, 1991b) mener ligeledes, at tolken bør briefes før samtalen, for at være forberedt på, hvad vedkommende kan blive udsat for at høre og skulle tolke. En sådan briefing bør indeholde oplysninger om klientens baggrund og nuværende situation: nationalitet, alder, uddannelse, familieforhold, samt evt. anholdelse, fængsling og tortur. Herudover bør tolken vide, hvornår og hvordan klienten ankom til eksillandet, under hvilke omstændigheder vedkommende p.t. lever etc. Disse forfattere mener, at forsamlingen er en vigtig forudsætning for, at tolkningen kan blive god, samt at den mindsker risikoen for afbrydelser pga. uafklarede spørgsmål og lign. Tolk og klient bør forud for sessionen ligeledes udveksle nogle sætninger for at tilpasse sig hinandens sprogbud og temperament.

Bentsen et al. (1989) samt Genefke (1992) giver udtryk for, at tolkning i forhold til psykoterapi med torturofre kun kan være nyttig, hvis tolken:

- er den samme gennem hele terapiforløbet
- er anerkendt af klienten
- er af anden nationalitet, hvis klienten ikke stoler på sine landsmænd
- ikke er i familie eller venner med klienten

Hvad angår selve terapisesionen mener Jørgensen (1991b), at den gode tolkning opstår, når tolken er i stand til både at være til stede og at være aktivt tilbagetrukket. Dette styrker den direkte kontakt mellem terapeut og klient, og udføres, ifølge Jørgensen (*ibid.*) og Sande (1998), i praksis ved, at tolken:

- undgår at fastholde klientens blik, og søger at rette vedkommendes blik mod terapeuten
- taler i 1. person, altså direkte tale, når terapeut og klient gør det
- oversætter alt, hvad der bliver sagt



Ud over de første to af ovenstående punkter skriver Faust & Drickey (1986) ligeledes, at tolkebrugeren skal forvente lange samtaler mellem tolk og klient, men at vedkommende derimod ikke blot accepterer et »ja« eller »nej« som svar. Hvis dette sker, skal tolkebrugeren bede om en oversættelse af samtaleindholdet. I denne forbindelse er det dog vigtigt at være opmærksom på, at der er forskel på, hvor lang tid det tager at sige de samme ting på forskellige sprog (Muecke, 1983).

I overensstemmelse med ovenstående er Rechtman (1992) af den opfattelse, at oversættelse i 3. person forhindrer terapeuten i at komme i kontakt med patientens psykologiske virkelighed og frie associationer. Tolkning i 1. person kan derimod forbedre kontakten mellem terapeut og klient, og oversættelsen vil være tættere på patientens indre virkelighed samt have en fremmede virkning på overførings- og modoverføringsrelationerne (Rechtman, 1997). At tale i 1. person kræver tilvænning men gør samtidig samtalen mere personlig (Austveg, 1997). Schackman (1984) skriver, at tolkebrugere må prøve sig frem og derved finde den stil, som man finder mest naturlig.

Ovenstående viser, at der er mange betingelser, der skal være opfyldt, for at tolkningen kan forløbe tilfredsstillende og karakteriseres som god. Dette stiller store krav til såvel tolk som tolkebruger. Westermeyer (1990) foreslår, at tosprogede klinikere burde prøve at tolke, idet man da dels øger forståelsen og empatien for tolken, og dels lærer at tale på en måde, som letter tolkens oversættelse.

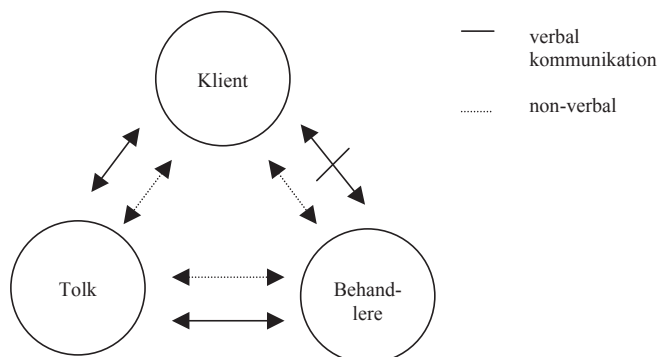
## **Tolkens tilstedeværelse: Problemer og dynamikker**

### ***Triaden***

Flere forfattere beskæftiger sig med, hvordan tolkens tilstedeværelse påvirker dynamikken i en samtale- eller terapisisituation. Westermeyer (1990) skriver, at arbejdet med tolk i psykiatrien giver to ekstra relationer ud over kliniker-patient relationen; hhv. relationen mellem kliniker-tolk og patient-tolk. Herved sker der en tredobling af mulige kilder til kommunikationsproblemer og -fejl, eller med andre ord: denne kliniker-tolk-patient triade er »200% mere kompleks end læge-patient dyaden«.

Baker & Briggs (1975) beskriver det ideelle 3-parts kommunikationsmønster som et, hvor »communication and emotional exchange flow readily and easily between the three participants« (p. 33). Dette illustreres i en model (figur 1), som viser, at kun den verbale kommunikation mellem klient og behandler er hindret pga. forskellige sprog (ibid.). Kulturelle forskelle i kropssprog kan dog føre til, at behandleren misforstår klientens non-verbale adfærd (Cascino, 1988; Schackman, 1984) eller omvendt (Cascino, 1988), og såvel Schackman (1984) som Baker & Briggs (1975) gør opmærksom

på, at en oversættelse af den non-verbale kommunikation kan være nødvendig.



Figur1: Det ideelle kommunikationsmønster.

Efter Baker & Briggs, 1975.

Ud fra en lignende model skriver Faust & Drickey (1986) i lighed med Amodio et al. (1997), at trekanten også kan ses som nogle dyader eller kommunikationspartnere. Dyaderne indeholder forskellige roller, som kan ændres, hvorved kommunikationen forbedres eller forringes. Samtidig repræsenterer de et skift i autoriteten; patienten søger f.eks. råd hos en medicinsk ekspert, men må hovedsageligt kommunikere med en tolk. Afhængig af de to parter rolledefinitioner kan magten derfor skifte fra behandleren til tolken. Med trekanten som forståelsesmodel, kan behandleren ifølge forfatterne udvikle en stil, der dels forbedrer interaktionen med tolken og patienten, dels skaber en fælles virkelighed for de implicerede parter.

Baker & Briggs (1975) beskriver desuden flere almindeligt forekommende afvigelser fra dette ideal, bl.a.: tolken overidentificerer sig med klienten og mister derved sin objektivitet; der sker en overidentifikation mellem tolken og behandleren; tolken dominerer situationen og begrænser/forvrænger den information, han/hun videregiver til behandleren; klienten kan af f.eks. religiøse eller politiske årsager ikke acceptere tolken.

I to artikler fra henholdsvis 1992 (a) og 1995 gør Røkenes opmærksom på, at det kræver tilvænnning for såvel klient som behandler at bruge tolk. For behandleren kan det være forbundet med usikkerhed, at en ekstra person er i rummet; dels kan det medføre et præstationspres, hvor vedkommende bliver fristet til at demonstrere sine færdigheder over for tolken, dels kan det være vanskeligt for terapeuten at vide, hvad der sker samt at styre processen på grund af den øgede kompleksitet. Ud over at være fleksibel i forhold til metoder skal vedkommende således tage hensyn til langt flere

variabler i sit arbejde med at analysere, forstå og styre terapiprocessen (ibid.). Austveg (1997) skriver tilsvarende at sundhedspersonalets modstand mod at bruge tolk netop kan skyldes fornemmelsen af at miste kontrollen samt et vist ubehag forbundet med, at en tredje person overværer deres arbejde.

Flere forfattere påpeger, at tolkebrugeren har det overordnede ansvar for samtalen (Amodeo et al., 1997; Austveg, 1997; Lindbom-Jacobson, 1988; Rechtman, 1997; Røkenes, 1992a; Schackman, 1984; Udvalget vedrørende etniske minoriteter, Sundhedskomiteen, 1997). Selv om tolkens tilbagemeldinger vedrørende dennes oplevelser under terapien er vigtige for terapeutens arbejde, er tolken ikke co-terapeut; terapeuten alene har det fulde behandlingsansvar (Lindbom-Jacobson, 1988).

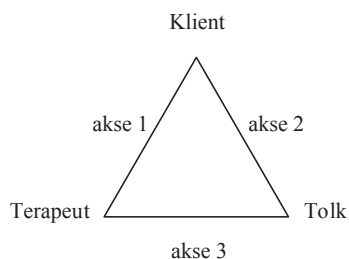
### ***Psykoterapi via tolk: Dyader i triaden – overføring og modoverføring***

Tekster med *psykoterapeutiske* indfaldsvinkler beskriver de specielle problemer, der er forbundet med anvendelsen af tolke i psykoterapi (Acosta & Cristo, 1981; Jørgensen, 1991a, 1991b, 1992; Lindbom-Jakobson, 1988, 1992a; Mirdal, 1988; Røkenes, 1992a, 1992b, 1995; BZFO-rapporten, 1999). At foretage terapi via tolk er kompliceret, og der er uenighed om, hvorvidt det overhovedet er muligt. I Jørgensen (1991b) finder man indledningsvist en gennemgang af forskellige erfaringer med terapi via tolk. Lindbom-Jakobsen (1988, 1992) understreger tillige, at vanskelighederne må overvindes, således at sprogproblemer ikke udelukker nogle mennesker fra psykoterapeutisk behandling.

I psykoterapi, hvor klient og terapeut har et fælles sprog, arbejdes der med overføringer og modoverføringer mellem hhv. klienten og terapeuten. Når antallet af relationer som nævnt udvides med tolkens tilstedeværelse, kan tolken i lighed med terapeuten komme til at fungere som overføringsobjekt for klientens forestillinger og fantasier, og kan opleve modoverføringsreaktioner i forhold til klienten (Jørgensen, 1991b; 1992). Forholdets kompleksitet illustreres af følgende citat fra BZFO-rapporten (1999):

»Together the patient, therapist, and interpreter form a relationship system ... in which each develops conscious and unconscious feelings, value judgements, thoughts, and phantasies towards the other two that are not only reactions to the individuals as they are now and to the present situation, but can also be influenced by older relational forms stemming from their respective earlier lives, which affect the nature of the transference/countertransference matrix« (p. 22-23).

I lighed hermed beskriver Söderlind (1988, i Jørgensen, 1991b, 1992), hvordan overføringen af følelser i terapi med tolk vil foregå via tre akser i en trekant, jf. figur 2:



Figur 2: Overføringen af følelser i terapi med tolk.  
Efter Söderlind (1988, i Jørgensen, 1991b, 1992)

Langs akse 1 figur 2 foregår en overføring og modoverføring mellem klienten og terapeuten. Disse er, ifølge Söderlind (ibid.), baseret på den non-verbale kommunikation mellem de to parter svarende til den non-verbale relation i dyadisk psykoterapi. Akse 2 illustrerer forholdet mellem klienten og tolken. I terapisisituationen har terapeuten ikke umiddelbart adgang til disse reaktioner (ibid.) og må derfor tage udgangspunkt i de reaktioner og følelser, klienten vækker i terapeuten selv, og derudfra gøre sig forestillinger om tolkens modoverføringer. En efterbearbejdning med tolken efter terapi-sessionen er derfor nødvendig (Lindbom-Jakobson, 1988).

Kommunikationen mellem terapeut og tolk, dvs. akse 3 i figuren, er således overordentlig vigtig for, at terapi via tolk kan lade sig gøre. Ud over at terapeuten får kendskab til tolkens oplevelser under terapien, får de to parter mulighed for at diskutere deres indbyrdes samarbejde. Lindbom-Jakobson (1988) gør opmærksom på, at terapeuten også vil opleve modoverføringsreaktioner i forhold til tolken i terapien, men at denne ikke skal »fortolke på tolken«. Reaktionerne skal derimod håndteres som åbne, kollegiale diskussioner mellem samarbejdspartnere.

Tolken må ligeledes være i stand til at skelne sine egne følelser fra klientens, hvorfor et vist kendskab til psykoterapi er en forudsætning.<sup>1</sup> Er tolken ikke bevidst om klientens overføringsreaktioner, kan førstnævnte ubevidst reagere herpå ved f.eks. at anvende et aggressivt tonefald, foretage fordrejninger af eller udeladelser i tolkningen etc. (Söderlind, 1988, i Jørgensen, 1991b, 1992). Ud over at tolken således bør forberedes på overføringer og modoverføringer (Røkenes, 1992a), er det vigtigt, at vedkommende efterfølgende får hjælp til at bearbejde sine følelser (Lindbom-Jakobson, 1988). Dette er særlig vigtigt i arbejdet med ofre for tortur eller andre voldsomme traumer; som ofte udløser ekstreme former for modoverføringer (BZFO-rapporten, 1999).

1 Nogle forfattere nævner endvidere, at det evt. ville være ønskeligt, om tolken selv havde været i terapi (f.eks. BZFO-rapporten, 1999). Hvilke krav der ellers stilles til tolken, berøres senere.

Acosta & Cristo (1981) nævner nogle tankevækkende konsekvenser af et skift i patientens overføring fra terapeuten til tolken. Hvis terapeuten tager et sådant skift ilde op, kan det resultere i, at patienten afsluttes tidligere eller henvises videre, at sessionerne afkortes, patienten får mere medicin eller en uengageret behandling.

Hanel (1997; BZFO-rapporten, 1999) viser i nogle illustrative casebeskrivelser, hvordan tolkens personlighed, nationalitet, etniske baggrund samt personlige historie kan påvirke triaden og dermed den terapeutiske proces i såvel positiv som negativ retning. F.eks. havde det, at en tysk tolk, ikke var vant til at håndtere sine egne følelser, en meget forstyrrende indvirkning på terapien. Når der opstod pauser i samtalen, eller patienten gav udtryk for sine følelser, sad tolken uroligt på stolen, gav sig til at pudse briller etc. I et andet eksempel var en kvindelig tolk særdeles imponeret over den mandlige terapeut. Hun begyndte at fortælle ham sin livshistorie og kom med små gaver samtidig med, at hun indtog en misbilligende holdning over for patienten i terapissessionerne. Det viste sig senere, at tolken havde »set« patienten som sin bror, med hvem hun havde kæmpet om faderens/terapeutens opmærksomhed.

Mirdal (1988) beskriver ligeledes, hvordan tolkens personlige konflikter og problemer kan påvirke kommunikationen og dermed den terapeutiske proces. Således fremhæves betydningen af tolkens egen integrationsproces i tilfælde, hvor tolken selv er flygtning eller indvandrer. En sådan proces er ikke lineær, og for de flestes vedkommende vil fokus skifte mellem de to kulturer livet igennem. Hvor i processen, tolken befinder sig, vil få betydning for, hvordan patientens problemer opfattes og præsenteres for terapeuten og dermed for terapeutens vurdering af patienten (Mirdal, 1988).

Endnu en væsentligt problematik ved anvendelsen af tolk i psykoterapi er, at triaden kan fremme regression (Lindbom-Jakobson, 1988, 1992a; Mirdal, 1987 og Söderlind, 1988, begge i Jørgensen, 1991b). Lindbom-Jakobson (1988, 1992) skriver herom, at triaden dels kan minde tidligere fanger og torturofre om forhørsituationer<sup>2</sup>, dels give patienten påmindelser om barndommens infantile positioner i forholdet til forældrene. Der er specielt tale om præødipale aspekter af personligheden, hvilket viser sig ved, at patienten på den ene side føler sig udsat og magtesløs, og på den anden side har et vist håb om, at behandlingen kan være en hjælp. Magtesløsheden kan resultere i, at vedkommende reagerer med vrede samt sætter spørgsmålstegn ved terapiens rammer. En tolk med samme etniske baggrund som patienten kan f.eks. opfattes som upålidelig af politiske årsager. I starten af et

---

2 I forhørsituationer er der ofte flere forhørsledere til stede på samme tid. Disse kan påtage sig henholdsvis en god og en ond rolle, hvilket fremmer regressionen og får fanger til at føle sig hjælpeløs og underkaste sig. I terapisisituationen kan terapeutens og tolkens neutralitet bevirke, at patientens tidligere følelser af rædsel, forfølgelse etc. vækkes til live. (Lindbom-Jakobson, 1988).

terapiforløb kan dette problem løses ved, at tolken udskiftes, idet patienten ifølge Lindbom-Jakobson endnu ikke er klar til at reflektere over sin egen anpart i terapisituationen, og fordi terapeuten ofte ikke har tilstrækkelig viden om tolken til at kunne afgøre, hvorvidt patientens kritik er berettiget.

Regressionen bevirker endvidere, ifølge bl.a. Jørgensen (1991b, 1992), at patienten anvender splitting over for terapeuten og tolken. Had, aggressioner og en følelse af forladthed projiceres over i den ene part, mens den anden tillægges positive kvaliteter. Ofte er der tale om en vekselvirkning mellem, hvem klienten oplever som henholdsvis god og ond (ibid.). Bevidstheden om disse mekanismer er en vigtig information for terapeuten, der som nævnt ikke har direkte adgang til patient-tolk relationen under selve terapisessionen. Giver patienten udtryk for følelser i forhold til den ene af parterne, kan terapeuten have en formodning om, at den modsatte part tillægges komplementære følelser (Lindbom-Jakobson, 1988, 1992a).

### ***Tolkens rolle: balancen mellem neutralitet og objektivitet***

For at undgå disse overførings- og splittingsmekanismer, må rollefordelingen mellem tolk og behandler være tydelig, og begge skal opretholde neutraliteten. Sidstnævnte kan især være vanskeligt for tolken, da klienten ofte vil søge at danne en alliance med denne. Indikationer herfor kan være, at klienten henvender sig direkte til tolken i terapien, omtaler terapeuten i 3. person eller kommer med bemærkninger om terapeuten, som ikke må oversættes. (Jørgensen, 1991b). Er klient og tolk landsmænd, øges sandsynligheden for, at klienten søger personlig kontakt med tolken ud fra opfattelsen, at »ingen andre forstår mig« (Pentz-Møller & Hermansen, 1991b). Det kan dog også være et forsøg på at mindske usikkerheden i den uvante terapisituation (Mirdal, 1988).

Fordelen ved et godt forhold mellem klient og tolk kan være, at klienten fastholdes i terapien (ibid.). For at terapien skal lykkes, er det imidlertid nødvendigt, at forholdet er af professionel art, og det er, ifølge Mirdal (1988), terapeutens opgave at hjælpe tolken med at sætte professionelle grænser. I denne forbindelse kommer flere forfattere med forslag til, hvordan tolkens neutralitet kan opretholdes eller styrkes. Dette kan f.eks. ske via den rent fysiske placering i lokalet. Således har både Haenel (1997), Lings (1988) og Westermeyer (1990) erfaring for, at den bedste placering er i en trekant med samme afstand mellem de tre parter. Austveg (1997) mener, at denne setting især er anvendelig, når behandler og tolk ikke kender hinanden, idet alle parter da kan skabe øjenkontakt. Westermeyer (1990) påpeger dog, at nogle terapeuter foretrækker, at enten tolk eller terapeut sidder forskudt fra de andre to, hvorved henholdsvis forholdet patient-terapeut eller patient-tolk sættes i forgrunden. Andre mener, at tolken aldrig må placeres tættest ved behandleren (Lings, 1988), fordi styrken i magtforholdet mellem behandler og klient ligger på behandlerens side (Niska, 1986, i Lings, 1988). For klienter, der af forskellige årsager har en særlig svag udgangsposition (f.eks.

flygtninge i krise), kan det at sidde ved siden af tolken, dog virke balance- og tryghedsskabende (ibid.).

Yderligere foranstaltninger til sikring af tolkens neutralitet stemmer overens med de tidligere nævnte retningslinjer for god tolkning (oversættelse i 1. person; øjenkontakt mellem terapeut og klient (Jørgensen, 1991b; Pentz-Møller & Hermansen, 1991b); undgåelse af samtale mellem tolk og klient forud for terapien; samt at tolken ikke påtager sig andre opgaver for klienten end tolkning (Røkenes, 1992a). Hvis tolken udfører andre opgaver for klienten, bør det ifølge Bentsen et al. (1988) i det mindste ikke ske, uden at tolken har rådført sig med behandleren først.

Et specielt problem vedrørende tolkens neutralitet ses i små samfund, hvor der kun er en enkelt tolk inden for en bestemt etnisk gruppe. Her vil tolken ofte kende flygtningefamilierne personligt. Problemet kan eventuelt løses ved at betale omkostningerne ved at få en anden tolk udefra eller ved, at tolken begrænser sin kontakt til familierne i terapiforløbet (Angel & Hjern, 1992).

At det kan være problematisk for tolken at have flere forskellige roller, fremgår af Sandes artikel (1998) om tolke fra det nordlige Norge. Ud over at skulle tolke for klienten arbejder nogle af de norske tolke ligeledes som miljøarbejdere på asylcentre, mens nogle yderligere har en tredje funktion som undervisere i modersmålet. Tolkene oplever, at klienten ofte forventer, at tolken er vedkommendes ven. Lever tolken ikke op til disse forventninger, kan reaktionen være mistro, ligesom vedkommende kan blive beskyldt for at være »blevet norsk« (»going Norwegian«), hvis denne har norske venner (ibid.).

Fra et gestaltterapeutisk perspektiv skriver Møller & Svendsen (1992), at tolkens tilstedeværelse altid vil påvirke og påvirkes af den terapeutiske proces, hvorfor neutralitet umuliggøres. I modsætning til mange andre er disse forfattere desuden af den opfattelse, at i tilfælde, hvor tolken åbenlyst reagerer på klientens historie, skal dette konfronteres i terapien. Formålet er at give klienten mulighed for at reagere herpå og dermed teste sine forestillinger og fantasier. Omvendt kan klienten også reagere på tolken, hvilket ligeledes tages op. Der arbejdes således med realiteten i nu'et (ibid.). Forfatterne giver et eksempel fra praksis, hvor klienten, en statsløs palæstinenser, taler nedsettende om ægyptere til den ægyptiske tolk. Terapeuten tager dette op ved at spørge ind til, hvordan klienten har det med denne konkrete tolk. Klienten vedbliver at skælde ud på ægyptere generelt, og tolken reagerer med at stille sig hen til vinduet. Efter en gentagelse af spørgsmålet om den specifikke tolk, accepterer klienten dog tolken (Møller & Svendsen, 1992). Resultatet kunne også have været, at enten klienten eller tolken ønskede at afbryde samarbejdet. For forfatterne er det imidlertid centralt, at problematikken behandles åbent for ikke at skade den terapeutiske proces (ibid.).

Ud over at det kan være en nødvendighed at anvende tolk, kan det også være berigende. Som kulturformidler mellem terapeut og klient er tolken

en uvurderlig støtte (Amodeo et al., 1997; Jørgensen, 1991b). Selvom spontaniteten kan gå tabt ved en tolket samtale (BZFO-rapporten, 1999), kan terapeuten på den anden side benytte de tidsrum, hvor tolken taler med klienten, til at observere klient-tolk forholdet og parternes non-verbale kommunikation. Det giver endvidere terapeuten tid til refleksion (Westermeyer, 1990, 1991). Tilsvarende skriver Angel & Hjern (1992), at tolkning for nyankomne flygtningefamilier giver tolkebrugeren tid og rum til at iagttage samspillet i familien.

### **Krav til tolkens evner og kvalifikationer**

Uanset forskellige foci, behandler meget af litteraturen spørgsmålet om, hvilke krav der kan stilles til en tolk. Cox (1976) og Söder-Lauenstein (1988) opsummerer hele spektret af krav, faglige såvel som personlighedsmæssige. Disse vedrører følgende forhold:

- Tolkenes sproglige evner inden for de respektive sprog.
- Tolkenes evne til at formidle kulturelle forskelle mellem klient og behandler.
- Kendskab til bestemte fagområder og den dertil knyttede terminologi.
- Tolkenes evner til at opretholde den nødvendige neutralitet og afstand.
- Personlig modenhed samt positiv, tillidsfuld, empatisk og etisk korrekt optræden.

Cox (1976) hævder, at hvis disse krav er opfyldt, vil anvendelse af tolk ligefrem kunne være en fordel i terapi. I det følgende belyses ovennævnte kategorier nærmere.

#### ***Tolkenes sproglige kapacitet***

De fleste artikler, der omhandler tolkenes sproglige evner, vurderer at tolkning ved interviews og samtaler med, samt behandling af flygtninge, er en fagligt vanskelig opgave. Årsager hertil kan være, at klienten udtrykker sig uklart og usammenhængende om særdeles følsomme og følelsesladede emner, eller at de behandlede emner berører tolken personligt og således forstyrrer koncentrationen om det rent sproglige. Kilder, der tager disse emner op, er Baker (1981), Bentsen et al. (1988), Cox (1976), Jørgensen (1991a, 1991b), McIvor (1994), Pentz-Møller & Hermansen (1991a, 1991b), Røkenes (1995), Söder-Lauenstein (1988), Vesti & Kastrup (1995) samt Westermeyer (1990).

Størstedelen af ovennævnte kilder nævner, at tolken skal beherske begge sprog såvel mundtligt som skriftligt. Især Bentsen et al. (1988) og Pentz-Møller & Hermansen (1991a, 1991b), samt Saeideh Varastefar (i Holdhus & Langgaard, 1996), der alle har et tolkefagligt udgangspunkt, betoner kra-



vene til tolkens beherskelse af begge sprog og til at kunne udføre såvel konsekutiv- som simultantolkning. Her beskrives arbejdet som professionelt krævende, hvilket stiller krav om et højt tolkefagligt uddannelsesniveau. Nogle forfattere lægger mere vægt på mundtlige sprogkundskaber end skriftlige. Et eksempel er Schackman (1988), der mener, at tolken skal kunne tale sproget flydende, mens krav til vedkommendes læse- og skrivefærdigheder afhænger af det konkrete job.

Ifølge Cascino (1988) kunne tolke tidligere optages på Københavns kommunes tolkeliste, såfremt de kunne rimeligt dansk og havde lidt erfaring som tolk. Kravene blev dog skærpet i midten af 1980'erne, således at tolke, med interesse for at komme i betragtning, nu skal ansøge skriftligt og derefter vurderes i en samtale i Indvandreradgivningen. Endelig foretages en vurdering af sproglige dansk kundskaber (ibid.). Cascino (ibid.) påpeger dog, at der for modersmålet ikke er tilstrækkelige ressourcer til afprøvning af færdigheder eller gennemførelse af en decideret optagelsesprøve.

### ***Krav om kulturformidling***

Som tidligere beskrevet understreger mange forfattere, at tolken ud over at skulle fungere som oversætter også skal formidle mening hen over kulturforskellen mellem klient og tolkebruger. Heraf følger, at tolken skal have et indgående kendskab til såvel tolkebrugerens som klientens kultur. Derudover skal tolken løbende orientere sig om udviklingen i samfundsmæssige, politiske og sproglige forhold i begge lande eller kulturkredse. Dette understreges af såvel forfattere med et tolkefagligt udgangspunkt (Bentsen et al., 1988; Pentz-Møller & Hermansen, 1991a, 1991b) som af repræsentanter fra behandlerens side (Jørgensen, 1991b; McIvor, 1994; Røkenes, 1992a, 1995; Schumacher, 1978). Carol (1992) ekspliciterer desuden, at tolken både må have viden og erfaringer/oplevelser fra begge kulturer. Kravet om indsigt i klientens kultur formuleres og vægtes dog forskelligt alt efter, om der er tale om tolke med rod i modtagerlandet (Bentsen et al., 1988; Pentz-Møller & Hermansen, 1991a, 1991b) eller i klientens hjemland. Sammenfald i nationalitet er dog ingen garanti for kulturel samhørighed mellem klient og tolk. F.eks. kan en inder af høj kaste ifølge Baker & Briggs (1975) vanskeligt tolke for en inder af lav kaste, på trods af national og sproglig overensstemmelse. Tolken skal have en høj social position inden for vedkommendes oprindelige kultur og være veluddannet (Kinzie, 1986), men må ikke fordømme folk fra andre sociale klasser eller af anden politisk observans (Baker, 1981).

Schackman (1984) fremfører, at tolken må kunne sætte sig ud over racistisk betonedede fordomme såvel mod som fra personer med en anden baggrund. Endvidere påpeger Baker (1981), at den udenlandske tolk bør være veltilpasset i eksillandet, således at vedkommende kan fungere som rollemodel for klienten. Tolken må dog ikke fornægte sin egen baggrund, og skal kunne acceptere klienter, der ikke er så tilpassede den nye kultur som vedkommende selv.

Behandlingssystemet/tolkebrugeren skal kunne bruge tolken som en slags kulturkonsulent også uden for selve sessionen (Kinzie, 1981, 1986). Specielt kan dette være konstruktivt i tilfælde, hvor behandleren har behov for at forstå, hvorvidt patientens adfærd er normal/acceptabel i den kultur, vedkommende kommer fra, eller der er tale om en sygdomsrelateret adfærd (ibid.). Samtidig er det, ifølge Faust & Drickey (1986), tolkens opgave at gøre rede for vestlig medicin over for patienter fra andre kulturer. Også Cascino (1988) ser tolkens kulturformidlende rolle fra et lidt andet perspektiv, idet hun skriver, at tolken kan vejlede tolkebrugeren i, hvordan denne skal/ikke skal opføre sig i forhold til klienter fra en given kultur. Eksempler herpå kan være normer for påklædning og fysisk kontakt mellem kønnene.

### ***Tolkens faglige indsigt og kendskab til fagterminologi***

Tolkarbejdet kan bl.a. vanskeliggøres af, at behandleren anvender fagterminologi. Denne kan enten være af psykologisk/lægefaglig art eller knyttet til et specielt fænomen f.eks. torturteknik. Således må tolken nødvendigvis kunne beherske en sådan terminologi (Bentzen et al., 1988; Christensen & Tived, 1992; Cox, 1976; Dorfelt, 1999; Hervada, 1986; Jørgensen, 1991b; Pentz-Møller & Hermansen, 1991a, 1991b; Røkenes, 1995). Ovennævnte forfattere peger især på følgende områder:

- Anatomi, fysiologi og patologi
- Medicin
- Psykologi og psykiatri
- Det danske sociale system
- Torturformer

Der anbefales en løbende opkvalificering af tolkene inden for disse områder. Kravene om faglig *indsigt* kan dog gå dybere end kendskab til faglig terminologi. BZFO-rapporten (1999) nævner, at direkte, helst personligt erfarede, kendskab til psykoterapi kan være en forudsætning for god tolkning i terapeutiske samtaler. Westermeyer (1990) mener, at tolke, anvendt i psykiatrien, må have et indgående kendskab til medicinsk terminologi og det kliniske miljø generelt. Endvidere kan en forudgående uddannelse som f.eks. sygeplejerske være en væsentlig kvalitet. I forbindelse med terapi nævner Angel & Hjern (1992), at tolken ud over at have kundskaber i psykologi og psykiatri, ligeledes må besidde en viden om forskellige behandlingsmetoder.

### ***Krav om opretholdelse af neutralitet og afstand***

Kravet til at tolken skal kunne opretholde neutralitet og afstand til klienten finder i litteraturen flere begrundelser:

- Det skal undgås, at tolken kommer til at spille en for afgørende rolle i processen

- Det kan sikre, at den ucensurerede mening transmitteres mellem klient og terapeut
- Det kan være en mekanisme, der beskytter tolken mod at involvere sig personligt.

(Baker, 1981; Baker & Briggs, 1975; Bentsen et al., 1988; Dorfelt, 1999; Hervada, 1986; Holdhus & Langaard, 1996; Lindbom-Jacobsen, 1988; Pentz-Møller & Hermansen, 1991a, 1991b; Söder-Lauenstein, 1988).

Flere forfattere (bl.a. Amodeo et al., 1997; Garcia-Peltoniemi, 1988; Gong-Guy et al., 1991; Jørgensen, 1991b; Røkenes, 1995; Stephenson, 1995; Vesti & Kastrup, 1995) påpeger det væsentlige i, at tolken lægger *familiemæssig* og *personlig* afstand til klienten. Især bør venner og familiemedlemmer aldrig anvendes som tolke i forbindelse med personlige og følsomme emner (f.eks. terapi). Vesti og Kastrup (1995) fremhæver desuden, at tortur-overleverere ikke er velegnede som tolke.

Med inspiration i etikregler for bl.a. sygeplejersker og læger (bl.a. International Council of Nurses, 1974; Den Almindelige Danske Lægeforening, 1986; begge i Lings, 1988), stiller Lings et forslag om, at tolkene aflægger et løfte tilsvarende det, man gør inden for mange andre professioner. Et sådant *tolkeløfte* kunne enten være obligatorisk eller indgå i et sæt tolkeetiske regler. Endvidere skulle konkrete anvisninger på konsekvenserne af brud på de etiske regler angives. Ud over at skulle overholde sin tavshedspligt, kunne tolken f.eks. forpligte sig til at optræde ansvarsbevidst og højne sit faglige niveau gennem dygtiggørelse. Endvidere bør tolken have ret til personlig sikkerhed, herunder frihed for trusler og mishandling. (Lings, 1988). Endelig foreslår Lings (ibid.), at reglerne bør omfatte, at tolken ikke dækker over andre tolke, der optræder uetisk i arbejdsmæssig sammenhæng, samt at vedkommende hverken billiger eller deltager i torturudøvelse eller andre former for umenneskelig eller nedværdigende behandling.

### **Krav til personlige kvaliteter**

Lidt i kontrast til kravet om afstand og neutralitet står kravene til en lang række personlige egenskaber hos tolken. Mange (positivt ladede) personlige egenskaber oplistes i litteraturen, men følgende går igen: *Modenhed* (Garcia-Peltoniemi & Egli, 1988; Hamerik, 1988; Holdhus & Langaard, 1996; Kinzie, 1986; Lindbom-Jacobsen, 1988; Lings, 1988; Peskett et al., 1982; Sørup, 1990; Udvalget vedr. etniske minoriteter, Sundhedskomiteen, 1997; Vesti & Kastrup, 1995; Westermeyer, 1991), *følelsesmæssig autonomi* (Baker, 1981; Kinzie, 1986; Lindbom-Jacobsen, 1988; Røkenes, 1992a, 1995), *empati og intuitiv forståelse* (Baker, 1981; Bentsen et al., 1988; Jørgensen, 1991b; Kinzie, 1981; Pentz-Møller, 1991a, 1991b; Peskett et al., 1982), *tålmodighed* (Røkenes, 1995), *intelligens* (Amodeo et al., 1997; Kinzie, 1986; Peskett et al., 1982), *fleksibilitet* (Baker, 1981; Røkenes, 1992a, 1995) samt *humor* (Schackman, 1984).

Disse egenskaber vægtes betydeligt i ovennævnte kilder, men uddybes sjældent. Baker (1981) ekspliciterer dog sine krav til tolkens personlige egenskaber, idet tolken skal være et behageligt og socialt menneske, der bør have »... compassion for people, freedom from serious emotional problems, dedication, and an enjoyment of working with people« (ibid. p. 396). Tolken skal derudover være i stand til at etablere en god kontakt til klienten, have en åben og tryghedsskabende udstråling og i det hele taget have et menneskeligt overskud (Baker, 1981; Carol, 1992; Cox, 1976; Hervada, 1986). Kinzie (1986) vægter, at tolken er accepterende, følsom, varm, rolig og tillidsfuld, og Schackman (1988), at tolken har forståelse og sensitivitet for andre menneskers behov og problemer.

Med udgangspunkt i erfaringer fra RCT supplerer Vesti & Kastrup (1995) ovenstående med, at tolken bør være i ligevægt og have en stabil baggrund pga. det store pres, som arbejdet indebærer (Røkenes, 1992a; Vesti & Kastrup, 1995). Hvad angår tolkning for torturofre understreges det, at tolken må have taget personlig stilling til tortur som fænomen. En tolk som ikke entydigt tager afstand fra tortur, eller som forholder sig neutral, vil ikke være i stand til at etablere et tillidsforhold til klienten (Bentsen et al., 1988; Freer, 1993; Pentz-Møller & Hermansen, 1991a, 1991b; Vesti & Kastrup, 1995).

Schackman (1984) og Lings (1988) fremsætter desuden nogle krav til tolken, der rækker lidt ud over de nævnte. Schackman (1984) skriver således, at tolken skal have selvtilid og styrke til at kunne modstå pres fra begge sider. Derudover vægtes tolkens samarbejdsevne, evne til konflikthåndtering og til at kunne tage initiativ og intervenere, når det er passende. Tolken må endvidere erkende og acceptere begrænsninger (ibid.). Lings (1988) udvider kravet til samarbejdsevne til også at indeholde tværfaglighed. Endvidere skal tolken kunne sige fra, hvis denne bliver bedt om at tolke i situationer, der enten er i modstrid med vedkommendes samvittighed eller overskrider dennes faglige og følelsesmæssige kompetence (Ibid.). Endelig skal tolken formå at påpege faktorer, der besværliggør dennes arbejde over for tolkebrugeren (Lings, 1988).

## Afslutning

Der stilles således omfattende og forskelligartede krav af såvel sproglig, tolketeknisk som personlighedsmæssig art til personer, der ønsker at tolke i terapi. Dertil kommer fordringen om en ajourført viden om og formidling af den samfundsmæssige og politiske udvikling i begge kulturkredse samt om en faglig indsigt i indholdet af tolkesituationen, som kan vedrøre mange forskellige fagområder.

Dette omfattende spektrum af krav til tolkene er i praksis svære at honorere, fordi det står i modstrid med de begrænsede muligheder, tolkene har

for at dygtiggøre sig. Der synes således ikke at være tilstrækkelig opmærksomhed på, at tolkens baggrund kan adskille sig markant fra den pågældende kultur, vedkommende tolker i, og at tolkens tolkearbejde begrænses heraf. Tolk og tolkebrugers forskelligeartede erfaringer med, traditioner for og forventninger til forskellige behandlingskulturer kan ligeledes medvirke til misforståelser og forstyrrelse af den terapeutiske proces.

De omfattende krav, der stilles til den gode tolk, står i stærk kontrast til disses generelle arbejdsvilkår. Der er mange belastende faktorer forbundet med arbejdet som tolk, der både kan påvirke tolken umiddelbart i de konkrete arbejdsituationer, men også på længere sigt. Stressende arbejdsbetingelser, rollekonflikter, modoverføringsreaktioner, risiko for retraumatisering, vikarierende traumatisering og udbrændthed er blot nogle af disse. Endelig er der en tendens til at devaluere tolke og disses funktion. Mange føler en egentlig mangel på respekt for og anerkendelse af deres arbejdsindsats.

Dermed må der tilsvarende stilles krav til de institutioner, der anvender tolke, om at bidrage til at imødekomme behov for *faglig uddannelse og opkvalificering* af tolkene. Overordnet er dette en statslig opgave, men institutionerne må deltage i realiseringen heraf. Endvidere må der skabes de nødvendige rammer for tolkene med mulighed for *personlig udvikling* i form af bl.a. supervision og terapikurser. Endelig må man i høj grad udvise *respekt for tolkens arbejde og funktion*; dette såvel i den overordnede holdning på behandlingsinstitutionen, som i konkrete foranstaltninger som f.eks. ordentlig aflønning samt gode muligheder for før- og efterbearbejdning af tolkede samtaler.

Enhver institution, der anvender tolke bør regelmæssigt vurdere deres brug af tolke for at videreudvikle og forfine denne centrale del af deres behandling. Ved imødekommelse og anerkendelse af tolkes evner og behov, skabes der bedst mulig grobund for at kunne udvinde de faglige, kulturelle, sociale og personlige berigelser, som tolke kan tilføre behandlere og disses institutioner.

Det er imidlertid ikke kun tolkene, der har brug for uddannelse og opkvalificering. Mange tolkebrugere har ikke den tilstrækkelige erfaring og viden i forhold til at anvende tolk, hvilket er utilfredsstillende for alle parter. Man kunne således forestille sig en påkrævet videreuddannelse af det faglige personale, der anvender tolke i deres arbejde.

## LITTERATURLISTE

- ACOSTA, F.X. & CRISTO, M.H. (1981): Development of a bilingual interpreter program: An alternative model for Spanish-speaking services. *Professional Psychology*, 12, 474-481.
- AMODEO, M., GRIGG-SAITO, C. & ROBB, N. (1997): Working with foreign language interpreters: Guidelines for substance abuse clinicians and human service practitioners. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 15, (4), 75-87.
- ANGEL, B. & HJERN, A. (1992): *Att möta flyktingbarn och deras familjer*. Lund: Student litteratur.
- AUSTVEG, B. (1997): *Sundhedssektoren og indvandrere: Mangfoldighed, sundhed og sygdom*. København: Hans Reitzels Forlag.
- BAKER, N.G. (1981): Social work through an interpreter. *Social Work*, 391-397.
- BAKER, R. & BRIGGS, J. (1975): Working with interpreters in social work practice. *Australian Social Work*, 28, (4), 31-37.
- BENTSEN, E.-M., HERMANSEN, A., KNUDSEN, I.H. & PENTZ-MØLLER, V. (1988): *Interpretation in the rehabilitation of torture victims*. København: IRCT.
- BZFO (1999): Jahresbericht. Berlin: Behandlungszentrum für Folteropfer.
- CAROL, E.M. (1992): Interpreting information: Health care communication among family nurse practitioners, interpreters, and Cambodian refugee patients. *Dissertation Abstracts International*, 57, (7B), 3525.
- CASCINO, H.R. (1988): Indvanderrådgivning gennem tolk. I K.K. LINGS (ed.): *Dynamisk tolkning: En analyse af tolkning på indvandrer- og flygtningområdet med særlig vægt på social- og sundhedssektoren*. København: Specialpædagogisk Forlag.
- CHRISTENSEN, K. & TIVED, L. (1992): Torturofre – en ny patientgruppe. *Danske Fysioterapeuter*, 12, 5-6.
- COX, J.L. (1976): Psychiatric assessment and the immigrant patient. *British Journal of Hospital Medicine*, 16, 38-40.
- DIKENGIL, A., JONES, G. & BYRNE, M.B. (1993): Orientation of foreign language interpreters working with brain-injured patients. *Journal of Cognitive Rehabilitation*, 11, (4), 10-14.
- DORFELT, A. (1999): Examination technique and reporting of the examination of torture victims. *Torture*, 9, (1), 12-14.
- ELVERDAM, B. (1991): *Fra tradition til institution: Muslimske indvandrerkvinders møde med dansk hospital og praksislæge*. Århus: Statens Humanistiske Forskningsråd.
- FAUST, S. & DRICKEY, R. (1986): Working with interpreters. *Journal of Family Practice*, 22, 131-138.
- FREER, R. (1993): *Spirit is stronger than force: how torture affects the individual and the community*. Victoria: Victorian Foundation for Survivors of Torture.
- GALAL, L.P. & GALAL, E. (1999): *Goddag mand økseskaft. Samtale gennem tolk*. København: Mellempøkeligt Samvirke.
- GARCIA-PELTONIEMI, R.E. & EGLI, E. (1988): Refugee mental health: Guidelines for working with interpreters. Prepared for the National Institute of Mental Health's Refugee Assistance Program – Mental Health Technical Assistance Center of the University of Minn.
- GENEFKE, I. (1992): *Torture: a threat to democracy, a challenge to psychiatry*. København. Conference: Annual Meeting of the American Psychiatric Association (145th, Washington).
- GONG-GUY, E., CRAVENS, R.B. & PATTERSON, T.E. (1991): Clinical issues in mental health service delivery to refugees. *American Psychologist*, 46, 642-648.
- HAENEL, F. (1997): Aspects and problems associated with the use of interpreters in psychotherapy of victims of torture. *Torture*, 7, 68-71.

- HAMERIK, N. (1988): Tolkeuddannelse i Danmark. I K.L. LINGS (ed.): *Dynamisk tolkning. En analyse af tolkning på indvandrere- og flygtningeområdet med særlig vægt på social- og sundhedssektoren*. København: Specialpædagogisk Forlag.
- HAMMER, J. & BAADSGAARD, I. (1992): Vold i hverdagen: Revalideringsarbejde med flygtninge. *Danske fysioterapeuter*, 12, 9-11.
- HERVADA, L.A. (1986): Psykoterapi genom tolk? *Tolkningsperspektiv*, 2, 4-5.
- HOANG, G.N. & ERICKSON, R.V. (1985): Cultural barriers to effective medical care among Indochinese patients. *Annual Review of Medicine*, 36, 229-239.
- HOLDHUS, V. & LANGAARD, K. (1996): Når tolk er til stede – intervju med tolk Sa-eideh Varastefar. I: K. LANGAARD, H.J. CHRISTIE, V. HOLDHUS (eds.): *Interkulturell behandling. Erfaringer fra møte med innvandrere- og flyktningfamilier i barne- og ungdomspsykiatrien*. Oslo: Kommuneforlaget.
- HØVSGAARD, M. (1994): Goddag mand-økseskaft! I: G. LYAGER (ed.): *Indvandre – flygtninge*. Sundhedsplejersken, TEMA, no. 3. Fredericia: Faglig sammenslutning af sundhedsplejersker.
- JENSEN, S.B., LARSEN, B.Ø., THORUP, M., LEROY, B., SCHAUMBURG, E., BLOCH, M., JENSEN, E. & ANDERSSON, J.-E. (1989): Det transkulturelle møde via tolk i det terapeutiske rum. *Ugeskrift for Læger*, 151, 398-399.
- JØRGENSEN, U. (1991a): Interview med Mozzafar Ghahreman – farsitolk i Oasis. *Matrix*, 8, (2), 3-12.
- JØRGENSEN, U. (1991b): Anvendelse af tolk i psykoterapi. *Matrix*, 8, (2), 13-37.
- JØRGENSEN, U. (1992): Klient, terapeut, tolketriaden set ud fra en psykodynamisk referenceramme. København: CEPAR: *Kultur, flygtning og psykoterapi*.
- KATZENELSON, B. (1994): *Homo Socius. Socialpsykologisk grundbog*. København: Gyldendal.
- KAUFERT, J. (1990): Sociological and anthropological perspectives on the impact of interpreters on clinician/client communication. *Santé, Culture, Health*, 7, 209-235.
- KINZIE, J.D. (1981): Evaluation and psychotherapy of Indochinese refugee patients. *American Journal of Psychotherapy*, 35, 251-261.
- KINZIE, J.D. (1986): The establishment of outpatient mental health services for Southeast Asian refugees. I: C.L. WILLIAMS, J. WESTERMEYER (eds.) et al.: *Refugee mental health in resettlement countries*. The series in clinical and community psychology. Washington, DC, USA: Hemisphere Publishing.
- LINDBOM-JAKOBSON, M. (1988): Att arbeta med tolk i psykoterapi på psykoanalytisk grund. Erfarenheter från RKC. *Psykisk Hälsa*, 29, 57-64.
- LINDBOM-JAKOBSON, M. (1992): Överförings- og motöverföringsaspekter i psykoterapi med tolk: den terapeutiska »triaden«. *Linjer*, 1, 5-7.
- LINGS, K.K. (1988): *Dynamisk tolkning: En analyse af tolkning på indvandrere- og flygtningeområdet med særlig vægt på social- og sundhedssektoren*. København: Specialpædagogisk Forlag.
- MCIVOR, R.J. (1994): Making the most of interpreters. *British Journal of Psychiatry*, 165, 268.
- MIRDAL, G. (1988): The interpreter in cross-cultural therapy. *International Migration*, 26, 327-334.
- MUECKE, M.A. (1983): Caring for Southeast Asian refugee patients in the USA. *American Journal of Public Health*, 73, 431-438.
- MUSSER-GRANSKI, J. & CARRILLO, D.F. (1997): The use of bilingual, bicultural paraprofessionals in mental health services: issues for hiring, training, and supervision. *Community Mental Health Journal*, 33, 51-60.
- MØLLER, S. & SVENDSEN, G. (1992): Klient, behandler, tolketriaden set ud fra en gestaltterapeutisk referenceramme. København: CEPAR: *Kultur, flygtning og psykoterapi*.

- NYBERG, E. (1989): *Psykoterapi över språkgränser: Om samarbetet mellan psykoterapeut och tolk i behandlingsarbete med barnfamiljer*. Stockholm: Omsorgsnämnden. Stockholms Läns Landsting.
- ONG, A. (1995): Making the biopolitical subject: Cambodian immigrants, refugee medicine and cultural citizenship in California. *Social Science and Medicine*, 40, 1243-1257.
- PENTZ-MØLLER, V. & HERMANSEN, A. (1991a): Interpretation as part of the rehabilitation. Part I. *Torture*, 1, (1), 9-12.
- PENTZ-MØLLER, V. & HERMANSEN, A. (1991b): Interpretation as part of rehabilitation. Part II. *Torture*, 1, (2), 5-6.
- PESKETT, C., STRAUSS, A., COGLIN, D. & HABERSCHON, R. (1982): Breaking the language barrier. *Health and Social Service Journal*, 500-501.
- PRICE, J. (1975): Foreign language interpreting in psychiatric practice. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 9, 263-267.
- PRINCE, I. (1989): Abstracts and reviews. *Transcultural psychiatric research review*, 26, 27-29.
- RECHTMAN, R. (1992): L'intraduisible culturel en psychiatrie. *L'Evolution Psychiatrique*, 57, 347-365.
- RECHTMAN, R. (1997): Transcultural psychotherapy with Cambodian refugees in Paris. *Transcultural Psychiatry*, 34, 359-375.
- REICHEL, S. & SVEAASS, N. (1992): Hvordan skapa meningsfylte samtaler med flyktningefamiljer og deres omgivelser? København: CEPAR: *Kultur, flyktning og psykoterapi*.
- RØKENES, O.H. (1992a): Når terapeuten trenger tolk – hva trenger tolken? Tolkens rolle og reaksjoner ved tolking i psykologisk behandling. *Linjer*, 2, (2), 3-7.
- RØKENES, O.H. (1992b): Tolkens behov ved psykoterapitolkning. København: CEPAR: *Kultur, flyktning og psykoterapi*.
- RØKENES, O.H. (1995): Bruk av tolk i psykologisk arbeid med flyktninger og fremmedspråklige. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 32, (8), 727-735.
- SALINAS, P. & HANSEN, K. (1987): *Et års arbejde på psykologisk rådgivning for flygtninge i Århus*. Århus: Psykologisk Rådgivning for Flygtninge og Indvandrere.
- SANDE, H. (1998): Supervision of refugee interpreters: 5 years of experience from Northern Norway. *Nordic Journal of Psychiatry*, 52, 403-409.
- SCHACKMAN, J. (1984): *The right to be understood: A handbook on working with, employing, and training community interpreters*. Cambridge: National Extension College.
- SCHACKMAN, J. (1988). – p. 16.
- SCHUMACHER, B. (1978): Stor angst og fremmed syn på sykdom bak dramatisk symptom-presentasjon: Erfaringer fra helseservice for innvandrere i Oslo. *Nordisk Medicin*, 93, 254-257.
- STEPHENSON, P.H. (1995): Vietnamese refugees in Victoria, B.C.: an overview to immigrant and refugee health care in a medium-sized Canadian urban centre. *Social Science and Medicine*, 40, 1631-42.
- SÖDER-LAUENSTEIN, U.-S. (1988): Att vara tolk i psykiatriska och psykoterapeutiska sammanhang. *Psykologtidningen*, 12, 7.
- SØRUP, D. (1990): Uddannelsen gav tolkene en bedre status: SAMSPIL på besøg i Hålsingborgs tolkebureau. *Samspil*, 7, (8), 8-9.
- TRIBE, R. (1999): Bridging the gap or damming the flow? Some observations on using interpreters/bicultural workers when working with refugee clients, many of whom have been tortured. *British Journal of Medical Psychology*, 72, 567-576.
- UDVALGET VEDRØRENDE ETNISCHE MINORITETER, SUNDHEDSKOMITEEN, ALI, F., DYHR, L., EGE, P., HANSEN, C.C., HAWA, A., HERTZ, S., SHAHEEN, F. & SKYLV, G. (1997): Brug tolk. *Ugeskrift for Læger*, 159, (5), 633-635.



- VAN DER VEER, G. (1995): *Rådgivning og terapi med flygtninge. Psykologiske problemer hos ofre for krig, tortur og undertrykkelse*. København: Hans Reitzels Forlag.
- VESTI, P. & KASTRUP, M. (1992): Psychotherapy for torture survivors. I: M. Basoglu (ed.): *Torture and its consequences: Current treatment approaches*. Cambridge University Press.
- VESTI, P. & KASTRUP, M. (1995): Treatment of torture survivors: psychosocial and somatic aspects. I J.R. FREEDY & HOBFOLL, S.E. (eds.): *Traumatic stress: from theory to practice*. New York: Plenum Press.
- WESTERMEYER, J. (1990): Working with an interpreter in psychiatric assessment and treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 745-749.
- WESTERMEYER, J. (1991): Clinical considerations in cross-cultural diagnosis. I: F.E. Atkinson (ed.): *Treatment of torture: readings and references: a collection*. Canada. (Artiklen er et genoptryk af: WESTERMEYER, J. (1987): Clinical considerations in cross-cultural diagnosis. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 120-125.
- YOUNG, A. (1990): (Mis)applying medical anthropology in multicultural settings. *Santé, Culture, Health*, 7, 197-208..
- ZACHARIAE, B. (1987): Psykoterapi og kulturforskel. Nogle erfaringer med psykoterapi af iranske flygtninge. *Nordisk Psykologi*, 39, 28-42.