

transkulturell psykiatri

KLINISKA RIKTLINJER FÖR UTREDNING OCH BEHANDLING

Huvudredaktör
Sofie Bäärnhelm

SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN

© 2018 Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia Fortbildning AB
ISBN 978-91-

Redaktör: Bibbi Fagerström
Omslag och grafisk form: Catharina Ekström
Omslagsfoto:

Första upplagan, första tryckningen

Tryck:

Tryckt på miljövänligt framställt papper.

KOPIERINGSFÖRBUD! Mångfaldigande av innehållet i denna bok, helt eller delvis, är enligt lag om upphovsrätt förbjudet utan medgivande av förlaget, Gothia Fortbildning AB, Stockholm. Förbudet avser såväl text som illustrationer och gäller varje form av mångfaldigande.

Gothia Fortbildning
Box 22543, 104 22 Stockholm
Kundservice 08-462 26 70
info@gothiafortbildning.se
www.gothiafortbildning.se

Innehåll

FÖRFATTARPRESANTATION	9
FÖRORD	11
FÖRORD VICE ORDFÖRANDE OCH ORDFÖRANDE SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN 13	
Referenser	14
ALLMÄNNA KVALITETSINDIKATORER TILL TRANSKULTURELL PSYKIATRISK VÅRD	17
1. INTRODUKTION TILL ÄMNET TRANSKULTURELL PSYKIATRI <i>SOFIE BÄÄRNHIELM</i>	18
Kultur och psykopatologi	18
Vad betraktas som psykisk sjukdom?	19
Psykiatriska symtom, uttryck och förståelse	20
Referenser	21
2. INTERKULTURELL KOMMUNIKATION <i>SOFIE BÄÄRNHIELM</i>	22
Lidandebegrepp	23
Kunskaper om sjukvården	24
Känsloreaktioner – motöverföring	25
Referenser	26
3. TOLKANVÄNDNING <i>MARIA SUNDVALL</i>	27
Några goda regler inför tolkanvändning	27
Hur kan tolkverksamheten organiseras?	29
Referenser	30
4. TRANSKULTURELL PSYKIATRISK DIAGNOSTIK <i>SOFIE BÄÄRNHIELM</i>	31
Det anamnetiska samtalet	32
Skattningsskalor	33
Kulturformuleringsintervjun i DSM-5	34
Bedömning av funktionsnivå	35
Autonomi och ett delat beslutsfattande vid vårdplanering	35
Referenser	37
5. TRANSKULTURELLA ASPEKTER PÅ SJUKDOMSTILLSTÅND <i>SOFIE BÄÄRNHIELM</i>	38
Depressiva syndrom	38
Flyktingar – en riskgrupp för depression	40
Transkulturella aspekter vid behandling	41
Ångestsyndrom	42
Flyktingar – en riskgrupp för ångestsjukdomar	44
Transkulturella aspekter vid behandling	44
Posttraumatiskt stressyndrom	45
Bipolära syndrom	47
Transkulturella aspekter på behandling	48
Personlighetsyndrom	48
Referenser	52

6. PSYKOS MARIA SUNDVALL	54
Ökad risk att insjukna i psykos	54
Kulturella aspekter av diagnostik.....	54
Sjukdomsförklaringar och hjälpsökandebeteende.....	56
Syn på utredning, behandling och rehabilitering.....	57
Familjens roll.....	58
Referenser	61
7. UTVECKLINGSRELATERADE KOGNITIVA FUNKTIONSNEDSÄTTNINGAR	
LENA NYLANDER	64
Adhd	65
ASD	65
ID	66
Diagnostik av Adhd, ASD och ID	67
Differentialdiagnostik.....	68
Samtidig sjukdom	69
Uppföljning och behandling	70
Referenser	71
8. POSTTRAUMATISK STRESS	
HANS PETER SØNDERGAARD OCH KERSTIN BERGH JOHANNESSEN	72
Inledning.....	72
Sjukdomsbilden	73
Dissociation i samband med PTSD	79
Vad menas med dissociation?.....	79
Ett traumaspektrum.....	80
Förekomst och orsak.....	81
Förekomst av dissociativa störningar.....	82
Sjukdomsutveckling	83
Patofysiologi vid PTSD	84
Diagnostik – strukturerad intervju.....	84
Symtom- och funktionsskattning – självskattningsinstrument.....	86
Psykosocialt stöd och Psykologisk Första Hjälp, PFH	88
Psykoanalytisk behandling.....	89
Behandling av vuxna	89
Behandling av barn och ungdomar.....	91
Andra metoder	92
Farmakologisk behandling av PTSD	93
Behandling av samsjuklighet och komplex PTSD	95
Behandling av dissociativa störningar.....	97
Uppföljning.....	98
Kognition	98
Behandling av traumatiserade flyktingar.....	101
Ospecifik stress	102
Vårdprocess	102
Kvalitetsindikatorer och kvalitetsregister.....	103
Referenser	104

9. DOKUMENTATION AV TORTYRSKADOR HANS PETER SØNDERGAARD	111
Psykiatrisk bedömning vid uppgifter om tortyr eller jämförbar förföljelse.....	113
Sammanfattande utlåtande.....	113
Referenser.....	114
10. MIGRATION, KULTUR, INTEGRATION OCH PSYKISK HÄLSA INGVAR KARLSSON	115
Ackulturation – betydelse för psykisk sjukdom.....	116
Mångkultur – mångfald.....	119
Referenser.....	121
11. SVERIGES NATIONELLA MINORITETER- KULTURKONFLIKTER OCH UTSATTHET	
INGVAR KARLSSON	122
Judar.....	123
Psykisk ohälsa i den judiska folkgruppen i Sverige.....	123
Romer.....	124
Psykisk hälsa hos romer.....	126
Samer.....	126
Psykisk hälsa bland samer.....	129
Sverigefinnar.....	131
Psykisk ohälsa hos Sverigefinnar.....	132
Tornedalingar.....	132
Psykisk ohälsa hos Tornedingar.....	132
Särskilda rättigheter för de nationella minoriteterna.....	132
Referenser.....	134
12. PSYKISK HÄLSA HOS UTRIKESFÖDDA I SVERIGE	
– EPIDEMIOLOGISKA ASPEKTER ANNA-CLARA HOLLANDER	136
Hälsans sociala bestämningsfaktorer.....	136
Utrikesfödda i Sverige.....	137
Hälsans sociala bestämningsfaktorer hos utrikesfödda.....	139
Förekomst av psykisk ohälsa hos utrikesfödda.....	139
Möjliga förklaringar till skillnader.....	141
Referenser.....	144
13. SALUTOGENES, RESILIENS OCH COPING MARIA SUNDEVALL	147
Salutogenes.....	147
Resiliens.....	147
Coping.....	148
Referenser.....	149
14. MIGRATION, ÅLDRADE OCH PSYKISK SJUKDOM INGVAR KARLSSON	150
Depression och PTSD.....	151
Diagnostik av PTSD i hög ålder.....	153
Demens efter migration.....	154
Referenser.....	155
15. TRANSKULTURELL LÄKEMEDELSMETABOLISM LEIF BERTILSSON	157
Förekomst av långsamma och snabba metaboliserare.....	159
Referenser.....	162

16. PSYKOTERAPI I ETT TRANSKULTURELLT PERSPEKTIV FARZAD PAKZAD	163
Migrationsrelaterad psykisk ohälsa och psykoterapi	163
Psykoterapi med nyanlända flyktingar	164
Olika perspektiv på behandling beroende på problematik och patientens behov	165
Psykoterapimetoder vid PTSD	166
EMDR.....	167
Psykoimaginativ terapi	168
Narrative Exposure Therapy (NET).....	169
Interpersonell psykoterapi	169
Val av terapimetod	170
Metoder inriktade på familjer och grupper.....	171
Psykoedukativa insatser	171
Gruppterapi	172
Metodanpassning i transkulturella terapier	173
Språk och tolk i terapi.....	173
Somatiska symtom som uttryck för psykisk smärta	175
Fasspecifik traumaterapi	175
Traumamedveten omsorg.....	176
Existentiella perspektiv och affektreglering vid traumabehandling	177
Överföring och motöverföring i traumaterapi	178
Att uttrycka sorg eller saknad efter en förlust.....	179
Förväntningar på terapeuten kopplade till samhällsstrukturen.....	180
Några kliniska reflektioner.....	181
Referenser	183
17. SUICIDALITET MARIA SUNDVALL	185
Bedömning av asylsökande	185
Riktlinjer och verktyg för förbättrad bedömning.....	186
Referenser	190
18. HEDERSRELATERAT VÅLD OCH FÖRTRYCK INGVAR KARLSSON	192
Bakgrund till hederstraditioner	192
HBTQ-problematik och hederskonflikter.....	195
Psykisk påverkan av hedersförtryck och våld	196
Resursenheter	197
Referenser	198
19. ENSAMKOMMANDE BARN SOM BLIR UNGA VUXNA	
– ETT PERSPEKTIV FRÅN BUP KARIMA ASSEL OCH BJÖRN RAMEL	199
Inledning.....	199
Att söka asyl utan vårdnadshavare.....	200
Epidemiologi.....	203
Bemötande inom psykiatri.....	204
Diagnostik och bedömning	205
Referenser	218

20. ETT RESPEKTFULLT BEMÖTANDE – OM MÄNSKLIGA RÄTTIGHETER OCH ETIK	
<i>ELIS ENVALL</i>	222
Mänskliga rättigheter	223
Mänskliga rättigheter i vården	224
Värden och centrala rättigheter	224
Rätten till bästa möjliga hälsa	225
Vårdbehov kontra rättigheter	227
Medicinsk etik	230
Medicinsk etik och mänskliga rättigheter – två sidor av samma mynt	234
Människorättsbaserad transkulturell psykiatri	236
Referenser	239
21. UTBILDNING OCH VIDAREUTBILDNING AV PERSONAL MARIA SUNDVALL	241
Hur bör utbildningen i transkulturell psykiatri för psykiatrer se ut?	244
Tips om utbildningar	245
Referenser	246

Svenska Psykiatriska Föreningen har utformat kliniska riktlinjer för en rad psykiatriska områden:

- Schizofreni och schizofreniliknande tillstånd nr 1
- Förstämmningssjukdomar* nr 2
- Ångestsyndrom* nr 3
- Alkoholproblem nr 4
- Självordsnära patienter nr 5
- Tvångsvård nr 6
- Äldrepsykiatri nr 7
- Ätstörningar nr 8
- Personlighetsstörningar nr 9
- Att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom pdf www.svenskpsykiatri.se
- Schizofreni nr 10
- Äldrepsykiatri nr 11
- Suicidnära patienter nr 12
- Psykiatrisk tvångsvård nr 13
- Bipolär sjukdom nr 14
- ECT nr 15
- Ätstörningar nr 16
- Personlighetssyndrom nr 17
- Transkulturell psykiatri nr 18

**) under revidering*

Författarpresentation

Huvudredaktör

SOFIE BÄÄRNHIELM, med.dr, överläkare och enhetschef, Transkulturellt Centrum, Stockholms läns landsting.

Arbetsgrupp

KARIMA ASSEL, barn- och ungdomspsykiater och överläkare Transkulturellt Centrum, sammankallande för arbetsgruppen för asyl- och flyktingfrågor inom Svenska Föreningen för Barn- och Ungdomspsykiatri, anknuten till forskargruppen Epidemiology of Mental Health (EPIOMH), Institutionen för Folkhälsovetenskap vid Karolinska Institutet.

KERSTIN BERGH JOHANNESSEN, leg. psykolog och med.dr, Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, Institutionen för neurovetenskap, Uppsala universitet.

LEIF BERTILSSON, professor emeritus vid Karolinska Institutet, Avdelningen för klinisk farmakologi, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge.

ELIS ENVALL, socionom, konsult, tidigare vid Socialstyrelsen och Migrationsverket.

ANNA-CLARA HOLLANDER, med.dr., leg. psykolog och postdoktor, Institutionen för Folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet.

INGVAR KARLSSON, docent och överläkare, Tina-mottagningen, Billdal, Sahlgrenska Akademin, Institutionen för neurovetenskap och fysiologi, Göteborgs universitet.

LENA NYALANDER, överläkare och med.dr, Vo Vuxenpsykiatri, Lund/Gillbergcentrum, Göteborg.

FARZAD PAKZAD, leg. psykolog, leg. psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi och certifierad EMDR-terapeut, Kris- och traumamottagningen vid Närhälsan i Göteborg samt verksam vid projekt KIPA, Kompetenshöjande insatser för personal på asylboenden vid Kunskapsstöd för psykisk hälsa vid Västra Götalandsregionen.

BJÖRN RAMEL, specialist i barn- och ungdomspsykiatri och överläkare, Teamet för krigs- och tortyrskadade, Malmö, BUP Skåne.

MARIA SUNDVALL, psykiater, Transkulturellt Centrum, Stockholms läns landsting.

HANS PETER SØNDERGAARD, specialistläkare i psykiatri och docent, f.d. chefsöverläkare, Kris- och traumacentrum.

Svenska Psykiatriska Föreningens ansvarige för riktlinjearbeten

DAN GOTHEFORS

Förord

VICE ORDFÖRANDE OCH ORDFÖRANDE SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN

Det är med stor glädje och stolthet som Svenska Psykiatriska Föreningen presenterar resultatet av ännu ett gediget riktlinjearbete: *Transkulturell psykiatri – kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Syftet med våra riktlinjer är att erbjuda alla som är yrkesverksamma inom psykiatrin en gemensam kunskapsbas som kan bidra till fortsatt utveckling av det kliniska arbetet. Vårt mångkulturella samhälle bjuder på många utmaningar, men också på möjligheter och vårt förhållningssätt till våra nyanlända medmänniskor spelar roll för hur deras tillvaro kommer att gestalta sig. Riktlinjerna bygger på en genomgång av tillgänglig litteratur och samtliga författare bidrar också med sin kliniska erfarenhet genom fallbeskrivningar och konkreta behandlingsrekommendationer som vi tror kommer att uppskattas av läsaren.

När Svenska Psykiatriska Föreningens styrelse i februari 2015 gav uppdraget för det här riktlinjearbetet till arbetsgruppen visste vi inte att flyktingkrisen 2015 skulle komma att gå till historien som en av de mest omfattande humanitära katastroferna i modern tid. Den har påverkat Sverige och övriga Europa genom stängda gränser, ansträngda relationer mellan länder och ifrågasättande av våra mest grundläggande samhällsvärderingar. Utifrån dagens samhällsklimat är kapitlet om yrkesetik och rådande konventioner för mänskliga rättigheter därför mycket välbehövligt.

Varje patientmöte är ett kulturmöte, där viktiga nycklar till förståelse för patientens situation bygger på nyfikenhet och respekt. Om vi blir bättre på att möta människor med annan bakgrund, kultur och kontext än vår egen blir vi bättre på att möta alla människor. De inledande kapitlen om interkulturell kommunikation, tolkanvändning och transkulturell psykiatrisk diagnostik åskådliggör ämnets komplexitet och ger en stadig grund för att utveckla ett professionellt förhållningssätt. Att försöka förstå verkligheten ur en annan människas perspektiv genom att se individen i sitt sammanhang och synliggöra och mobilisera individens egna resurser är inte bara utmanande och spännande – det är nödvändigt. Inom psykiatrin är ett sådant förhållningssätt extra viktigt, eftersom indi-

videns unika egenskaper och förutsättningar påverkar såväl bedömning som handläggning.

Många olika psykiatriska sjukdomstillstånd och funktionsnedsättningar har fått utrymme i riktlinjerna, men även ett antal relevanta fysiologiska tillstånd, som exempelvis åldrande, övergång till vuxenlivet och hälsfaktorer som resiliens och coping. Ett särskilt kapitel är dedikerat till posttraumatiskt stress, PTSD, en allvarlig och underbehandlad sjukdom som orsakar stort lidande och där kunskap om tillståndet behöver spridas så att fler får tillgång till effektiv behandling.

Dessa riktlinjer harmoniserar väl med Svenska Psykiatriska Föreningens vision, som är ”helhetssyn och samverkan”. Vi vill passa på att tacka huvudredaktör Sofie Bäärnhielm och övriga medförfattare i arbetsgruppen för deras viktiga insats som har resulterat i angelägna riktlinjer som kommer att vara till stor hjälp för alla som arbetar inom psykiatrin, men som också kan läsas med behållning av andra professionella aktörer som möter och intresserar sig för människor ur ett transkulturellt perspektiv.

Alessandra Hedlund

VICE ORDFÖRANDE SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN

Ullakarin Nyberg

ORDFÖRANDE SVENSKA PSYKIATRISKA FÖRENINGEN

Förord

Dessa riktlinjer i transkulturell psykiatri är ett bidrag till god psykiatrisk vård i det mångkulturella samhället. För flyktingar med erfarenheter av svåra trauman kan en välfungerande vård bidra till att minska konsekvenser av posttraumatisk stress. Psykisk hälsa är en förutsättning för en välfungerande integration i ett nytt samhälle. Riktlinjerna är utarbetade på uppdrag av Svenska Psykiatriska Föreningen och lyfter fram kulturella och kontextuella faktorerers betydelse för psykiatrisk diagnostik, vård och behandling. Riktlinjerna bygger på vetenskaplig evidens och kliniska erfarenheter. I riktlinjerna beskrivs hur migration kan påverka den psykiska hälsan, kulturell variation vid psykopatologi, interkulturell kommunikation, variation i läkemedelsmetabolism, att arbeta med tolk samt suicidriskbedömning. Diagnostik och behandling av nyanlända flyktingar och posttraumatisk stress har fått ett särskilt stort utrymme och följs av ett kapitel om tortyrskadeutredningar. Ett kapitel tar upp mänskliga rättigheter och om grunden för vår yrkesetik.

I första hand vänder sig riktlinjerna till personal som arbetar inom vuxenpsykiatri samt äldrepsykiatri, men de är i viss mån tillämpliga för vårdpersonal i barn- och ungdomspsykiatri och första linjens psykiatri i primärvården. Vad gäller barn- och ungdomspsykiatriska frågor är fokus på ensamkommande flyktingbarn som blir vuxna. För benämning av och kriterier för psykiatriska sjukdomstillstånd refereras, där annat inte anges, till termer och kriterier i DSM-5 (APA 2013, APA 2016).

Riktlinjerna innehåller kommentarer till transkulturella aspekter för ett urval av de psykiatriska diagnoserna. Riktlinjerna syftar till att:

- Bidra till en jämlik och god psykiatrisk vård för hela befolkningen.
- Medverka till en ökad kunskap om kulturella faktorerers betydelse vid psykiatrisk diagnostik samt vård och behandling.
- Medverka till en ökad kunskap om och en förbättrad behandling av posttraumatisk stress med fokus på flyktingar som utsatts för svåra trauman.

- Medverka till en hög etisk standard i den psykiatriska vården.
- Delge kunskaper om internationella konventioners betydelse för vård och behandling.
- Bidra till en god tillgänglighet av psykiatrisk vård för patienter med en invandrar-, flykting- eller minoritetsbakgrund.
- Motverka all form av diskriminering i psykiatrisk vård.
- Bidra till att patienter och anhöriga känner en delaktighet i vården.
- Underlätta samarbete med andra aktörer.

Förhoppningsvis bidrar riktlinjerna till att möta det behov av kunskapsutveckling som beskrivits vad gäller traumavård, posttraumatisk stress och transkulturell psykiatri (Socialstyrelsen, 2016).

För värdefulla synpunkter på riktlinjerna tackar arbetsgruppen Dan Gothefors, ansvarig för Svenska Psykiatriska föreningens riktlinjearbete, Hans Ågren, professor emeritus och Lars Jacobsson, professor emeritus.

Sofie Bäärnhielm

HUVUDREDAKTÖR

Referenser

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA, American Psychiatric Association. APA 2015 (Mini på Svenska).

Socialstyrelsen (2016). Hälsa- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända. Slutrapport oktober 2016.

Socialstyrelsen (2016). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. Remissversion.

FAKTARUTA 1

- **Flykting:** är enligt svensk lag den som har beviljats uppehållstillstånd enligt FN:s flyktingkonvention, det vill säga har välgrundade skäl att vara rädd för förföljelse och inte kan återvända till sitt hemland på grund av etnicitet, nationalitet, religiös eller politisk uppfattning, kön, sexuell läggning eller tillhörighet till viss samhällsgrupp.
- **Skyddsbehövande:** är enligt svensk lag den som inte uppfyller flyktingkriterierna, men ändå är i behov av skydd; en person som har lämnat sitt hemland och inte vill återvända dit därför att hen har anledning att vara rädd för till exempel dödsstraff eller tortyr, behöver skydd på grund av krig eller andra svåra motsättningar i landet, inte kan återvända till sitt hemland på grund av miljökatastrof.
- Det finns två sätt att komma i fråga för status som flykting eller skyddsökande: kvotflykting eller asylsökande.
- **Kvotflykting:** är en utländsk medborgare som före resan till Sverige fått uppehållstillstånd inom den flyktingkvot som regeringen fastställt. Resan är organiserad och betald av migrationsverket.
- **Asylsökande:** är den som vid gränsen eller i Sverige söker asyl, det vill säga ansöker om att få uppehållstillstånd genom att åberopa flykting- eller skyddsökandestatus.
- **Papperslös, inklusive gömd flykting:** är en person som saknar uppehålls- eller arbetstillstånd eller inte har visum. Papperslösa är ibland före detta asylsökande som fått avslag men valt att stanna genom att "gå under jorden". (Källa: www.scb.se och www.migrationsverket.se.)
- **Som flykting enligt Genèvekonventionen** om flyktingars rättsliga ställning och 1967 års protokoll om flyktingars rättsliga ställning anses den person som:
"... i anledning av välgrundad fruktan för förföljelse på grund av ras, religion, nationalitet, tillhörighet till viss samhällsgrupp eller politisk åskådning befinner sig utanför det land, vari han är medborgare, samt är ur stånd att eller på grund av sådan fruktan, som nyss sagts, icke önskar att begagna sig av sagda lands skydd, eller den som, utan att vara medborgare i något land, till följd av händelser som förut sagts befinner sig utanför det land, vari han tidigare haft sin vanliga vistelseort, samt är ur stånd att eller på grund av sådan fruktan, som nyss sagts, icke önskar återvända dit."
(FN:s flyktingkommissarie, 1996, kapitel I, Artikel 1.)

Allmänna kvalitetsindikatorer till transkulturell psykiatrisk vård

Syfte med kvalitetsindikatorerna är att mäta mål som syftar till jämlik vård, kvalitet i vården samt tillgång till vård för hela befolkningen.

Kvalitetsindikatorer:

- Att antalet patienter med en migrationsbakgrund (född i annat land eller två föräldrar födda i ett annat land) i lokala psykiatriska verksamheter motsvarar befolkningen i upptagningsområden.
- Att patienter där tolk används får motsvarande behandlingsinsatser som patienter där tolk inte används.
- Att asylsökande och papperslösa personer får uppföljning efter suicidförsök i samma uträkning som svenskfödda.
- Användning av självskattningsformulär vid utvärdering av behandling (se kapitel 8 "Posttraumatisk stress") i samma uträkning för patienter med en migrationsbakgrund som för svenskfödda.
- Att patienter med migrationsbakgrund inte har stående ordinationer av bensodiazepiner i högre uträkning än övriga patienter.
- Att dokumenterade nätverksmöten kring patienter och med vårdgrannar förekommer i samma uträkning för patienter med en migrationsbakgrund som för svenskfödda.

1. Introduktion till ämnet transkulturell psykiatri

SOFIE BÄÄRNHIELM

Kultur och psykopatologi

Transkulturell psykiatri handlar om betydelsen av kulturella faktorer vid psykiatrisk diagnostik, vård och behandling samt forskning. Transkulturell psykiatri handlar även om hur migration och svåra traumatiska händelser kan påverka den psykiska hälsan. Kunskaper i transkulturell psykiatri kan bidra till en individuellt anpassad behandling och till god psykiatrisk vård i ett mångkulturellt samhälle (Bäärnhjelm, 2014). Centralt i transkulturell psykiatri är att försöka förstå och tolka psykisk sjukdom i mötet med patienter med en annan kulturell bakgrund och att vara intresserad av hur patienter och anhöriga förstår och tolkar symtom och besvär.

Kultur är ett abstrakt begrepp som används med många olika innebörder. Ibland syftar kultur på musik, teater eller konst. När kulturbegreppet används i psykiatrisk teori relaterar det till hur människor på olika sätt kan skapa mening av upplevelser, känslor och omvärld. Meningsskapandet påverkas av individuella erfarenheter men också av kulturellt och socialt färgade referensramar av att skapa förståelse. Kulturen kan beskrivas som ett raster mot vilket sjukdom, besvär, funktionsnedsättning och behandling upplevs och förstås (Bäärnhjelm, 2014).

I inledningen till DSM-5 ges kultur betydelsen av att fungera som ett ramverk mot vilket erfarenheter och symtomuttryck, tecken

och diagnostiska kriterier tolkas. Senare i DSM-5 definieras kultur som inlärd kunskapsystem, begrepp, regler och vanor som överförs mellan generationer. I kulturbegreppet inkluderas språk, religion, andlighet, familjestrukturer, stadier i livscykel, ceremonier, ritualer, vanor och moraliska och rättsliga traditioner. I DSM-5 påtalas att kulturer är öppna dynamiska system som oavbrutet förändras och att de flesta människor numera möter många olika kulturer. Vidare poängteras att det är viktigt att varken generalisera, skapa förenklade stereotyper eller att övervärdera betydelsen av kultur. Vi får inte utgå från att personer är på ett visst sätt på grund av sin bakgrund och inte heller ge slarviga förenklade förklaringar som hänvisar till kultur.

Vi är alla kulturbärare påverkade av vårt sociala, kulturella och historiska sammanhang. Egna traditioner, normer och värderingar blir ofta synliga först i mötet med det som är annorlunda. Med ett självreflekterande förhållningssätt underlättas förståelse av hur man själv, som individ och yrkesperson, påverkas av omgivande sociala och kulturella traditioner. I mötet med patienter med annorlunda uttrycksätt, förklaringar, normer och förväntningar ställs värden inför nya frågor. Detta kan bidra till en förståelse av hur vi påverkas av vårt kulturella, sociala och historiska sammanhang och med det underlätta en förståelse av det initialt till synes främmande.

Vad betraktas som psykisk sjukdom?

Uppfattningar om vad som är friskt och sjukt kan variera och skifta mellan individer men också mellan sociala och kulturella sammanhang samt tidsepoker. Vad som betraktas som psykisk sjukdom definieras utifrån normer som är kulturellt och socialt definierade. Den enskilde individens synsätt påverkas av traditioner, värderingar och normer i omgivningen men också av familj och anhöriga (APA, 2013). I inledningen till DSM-5 finns ett särskilt kapitel om kulturella aspekter vid psykisk sjukdom (APA 2013, s. 14-15). I kapitlet tas upp att bedömning av när ett beteende anses som problematiskt och avvikande är socialt och kulturellt påverkat. Olika synsätt innebär att toleransnivån för beteende kan skilja sig åt. I ett sammanhang kan det finnas en hög tolerans för att en person har perioder av nedsatt funktionsförmåga. I ett annat sammanhang kan det finnas en förväntan om en ständigt hög funktionsförmåga. Variation i

synsätt påverkar när och hur en individ söker hjälp, men också när och hur personer i omgivningen reagerar på beteendeförändringar och avvikelser.

Hur starkt stigmat är runt psykisk sjukdom påverkar hjälpsökande men också vad som betraktas som socialt acceptabelt att prata om i vården. När psykisk sjukdom är mycket stigmatiserad kan det vara lättare att söka hjälp för de somatiska aspekterna av psykiatriska sjukdomstillstånd, som till exempel smärta, trötthet eller orkeslöshet, än för emotionella, psykologiska och psykiatriska besvär.

Psykiatriska symptom, uttryck och förståelse

Olika språk erbjuder olika ord och begrepp för att förmedla psykisk ohälsa. Såväl ord som bildspråk kan variera och är inte alltid synonyma mellan språk. Förutom de rent språkliga skillnaderna påverkar kulturella och sociala faktorer vad vi noterar och uppmärksammar vid symptom och funktionsförändringar. Olika ord och uttryck kan användas för att kommunicera samma känsla och fysiologiska upplevelse. Vid depression kan en person främst notera emotionella aspekter som nedstämdhet, skuld och sorgsenhet. En annan person kan i första hand uppmärksamma kroppsliga signaler som trötthet, orkeslöshet eller smärta. Vad individen uppmärksammar påverkar i sin tur både kommunikation till omgivning och den egna förståelsen.

Själva begreppet psykisk sjukdom bygger på en tudelning av kropp och psyke. Historiskt kan denna dualism spåras tillbaka redan till filosofin i antikens Grekland. Uppdelningen förtydligades under den europeiska upplysningstiden. Traditionen av att skilja mellan kropp och psyke, eller kropp och själ, har således djupa idéhistoriska rötter i Västeuropa. Dualismen har påverkat utvecklingen av det psykiatriska kunskapsfältet och organisationen av vården. Andra delar av världen har stått under inflytande av andra idéhistoriska traditioner (Bäärnhielm, 2014). Globalt har olika medicinska och kulturella traditioner haft en betydelse för hur lokala förståelsemodeller för sjukdom utvecklats men också språkbruk och traditioner för att hjälpa. Medicinska traditioner utanför västvärlden utgår ofta från en helhetssyn och inte en dualistisk syn av att skilja på kropp och själ.

Även om människor påverkas av traditioner i omgivningen så sker denna påverkan på olika sätt. Våra personliga erfarenheter skiljer sig och i dagens alltmer globaliserade samhälle står vi under in-

flytande av en rad olika traditioner och kunskapsfält. Även om kultur och sammanhang påverkar människor så kan en individ aldrig tillskrivas en uppfattning utifrån grupptillhörighet. Kollektiva föreställningar, idéer, normer, uppfattningar och språkbruk påverkar enskilda individer på olika sätt. Därför behöver betydelsen av kultur och kontext utforskas på ett individualiserat sätt. Självreflektion underlättar utforskande och förståelse av andra perspektiv.

Att tänka på:

- Kulturella faktorer kan påverka hur psykiatriska symtom uttrycks och förstås.
- Hur kultur och kontext påverkar är individuellt.
- Ingen individ kan tillskrivas uppfattningar utifrån social eller kulturell bakgrund.
- Var intresserad av patientens egen sjukdomsförståelse.
- Självreflektion kan bidra till förståelse av den andre.

Referenser

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA, American Psychiatric Association. APA 2015.

Bäärnhielm, S. (2014). *Transkulturell psykiatri*. Stockholm: Natur & Kultur.

2. Interkulturell kommunikation

SOFIE BÄÄRNHIELM

Kommunikation i vården syftar till att överföra information (Fossum, 2013). Termen interkulturell kommunikation avser situationen att de som möts har olika kulturella bakgrunder. Hur bristande kommunikation kan få allvarliga konsekvenser visas i en studie där dödlighet vid graviditet jämförs mellan utlands- och svenskfödda kvinnor. Brister i vården och kommunikationsproblem hade större betydelse för de utlandsfödda än för de svenskfödda kvinnorna (Esscher m.fl., 2016). God interkulturell kommunikation blir ett sätt att överbrygga skillnader och skapa vägar till en gemensam förståelse.

Språket är ett grundverktyg för kommunikation. I mångkulturella vårdmiljöer möts olika språk. Olika språk har olika ord, uttryck och metaforer för samma inre känsla och upplevelse. Ibland kan det behövas längre beskrivningar på ett språk än på ett annat för att översätta ett begrepp. Flera språk saknar exempelvis en direkt motsvarighet till ordet ångest. Däremot är känslan av ångest universell och kan beskrivas på flera olika sätt. Det kan vara de kroppsliga upplevelserna av ångest som noteras och kommuniceras till omgivningen, som tryck över bröstet, trångt i bröstet, andnöd, pirningar i benen eller en känsla av att vara på väg att svimma. De emotionella aspekterna av ångest kan kläs i ord som rädsla eller oro. Marie Åsberg och Björn Mårtensson (2009, s. 308) uttrycker det som att ”De ord som betecknar nedstämdhet, sorgsenhet, betryckthet, ångest, ångslan, ilska och andra emotioner kan inte utan vidare översättas från ett språk till ett annat, eftersom begreppen ofta används olika,

och de förväntade och acceptabla uttrycken för psykisk smärta skiljer sig mellan kulturer.”

Den icke-verbala kommunikationen kan överföra mycket viktig information, särskilt i patientmöten där ett gemensamt språk saknas. Hur smärta kan användas som en förevändning för att söka hjälp för existentiella problem visar Kristian Svenberg (2011) en avhandling om somaliska flyktingpatienters möte med vården. Svenberg pekar på behovet av att sjukvården har breda förklaringsmodeller som inkluderar mänskliga dilemman och lyfter fram värdet av dialogen för att tolka och förstå det specifikt mänskliga och personliga.

Lidandebegrepp

Lidandebegrepp, eller som det kallas på engelska ”idioms of distress”, exemplifierar hur ord och uttryck för psykisk ohälsa påverkas av lokala traditioner och villkor (Bäärnhielm, 2014). I DSM-5 finns en särskild lista över kulturella lidandebegrepp och kulturellt färgade förklaringsmodeller. Listan täcker enbart in lidandebegrepp som dokumenterats i forskning. Några exempel på kulturella lidandebegrepp omnämnda i DSM-5 är ”Kufungisia” (att tänka för mycket) som används i språket Shona i Zimbabwe som ett sätt att kommunicera psykisk ohälsa, påtala relationsproblem, upprörande tankar och oro. Intressant är att man i äldre kinesisk medicin har haft en liknande benämning för en sjukdomsalstrande faktor, nämligen silü, (”att tänka för mycket”). Ett annat exempel är ”nervios” som är ett vanligt sätt att bland latinamerikaner förmedla en känsla av sårbarhet för svåra och stressfulla livsomständigheter.

Andra exempel på kulturellt färgade lidandebegrepp finns i en rapport om psykisk hälsa hos syriska flyktingar av FN:s flyktingorgan UNHCR (2015). I Syrien har lidande traditionellt setts som en normal del av livet och inget att söka medicinsk eller psykiatrisk hjälp för, annat än om det är gravt handikappande. Begrepp som ”psykisk hälsa” eller ”psykologiskt välmående ” (well-being), förstås i allmänhet inte eller så ges de en negativ betydelse (UNHCR, 2015). Indirekta uttryck som ”jag är trött” eller ”mitt psyke är trött” används för att kommunicera psykisk ohälsa i kontakt med vården. I rapporten beskrivs att det är vanligt att bland syriska flyktingar kommunicera psykiska besvär som fysiska och att de flesta lidandebegrepp på arabiska (syrisk dialekt) inte skiljer mellan kroppslig-

ga upplevelser och psykologiska problem. Kropp och själ är traditionellt sammanfogade i gemensamma förklaringsmodeller. Risken att dessa lidandebegrepp och förklaringsmodeller misstolkas påtals och likaså risken för att religiöst färgade uttryck feltolkas som psykotiska symtom (UNHCR, 2015). Vid suicidstankar kan stigma kring psykisk sjukdom bidra till en diffus och indirekt kommunikation med uttryck som en önskan att inte vakna upp.

Kunskaper om sjukvården

Patienters kunskaper om och förväntningar på vården påverkar kommunikationen. En nyanländ flykting kan ha en mycket begränsad kunskap om hur psykiatrisk vård fungerar i Sverige och vad det går att få för hjälp. Det kan vara okänt att svåra trauman kan påverka hälsan och att hjälp går att få. Kontakten med vården startar ofta med kroppsliga symtombeskrivningar. Ett exempel:

Nadim, en 26 årig man, flykting från Syrien, sänds till en psykiatrisk öppenvårdsmottagning för bedömning med frågeställningen PTSD, depression, eller personlighetsyndrom? Nadim har arbetat som rörmokare i sitt hemland. Han har bott 1,5 år i Sverige och går på SFI (Svenska för invandrare). Nadim lär sig snabbt svenska. Efter besked om att hans mor och en yngre syster dött i en bombattack i hemstaden förändras Nadim. Han glömmer den svenska han lärt sig och lär sig inget nytt. Han kan inte koncentrera sig. Han somnar på SFI-lektionerna och blir utan anledning arg och irriterad på andra i klassrummet. En SFI-lärare reagerar och förmår Nadim att söka hjälp på vårdcentralen.

På vårdcentralen berättar Nadim om huvudvärk, sömnsvårigheter, trötthet och nacksmärta. Prover visar ett något för högt blodsocker. Nadim ber att få sluta läsa svenska då han inget lär sig. Spontant berättar han inget om sin bakgrund eller vad som nyligen hänt hans familj. Nadim antar att det är de kroppsliga besvären han kan få hjälp för. Han remitteras till den psykiatriska mottagningen, men ville inte gå dit. Han protesterar och säger att han inte "är galen". En äldre kusin är med Nadim på vårdcentralen. Kusinen, som bott 15 år i Sverige, tar resolut med Nadim till den psykiatriska mottagningen.

På den psykiatriska öppenvårdsmottagningen är Nadim än mer fåordig, men bekräftar det som står i remissen. Efter två besök, ett vänligt bemötande och tålmodiga frågor från psykiatrikern berättar Nadim om sorgen över sin mor och syster, sin skuld över att ha läm-

nat dem och själv överlevt, om minnen och ständigt återkommande mardrömmar om bombanfall i hemstaden, sin flykt, hur han sett barn drunkna utan att kunna hjälpa dem och hur illa han for på sin väg genom Europa. Nadim vet inte att hans svåra erfarenheter kan påverka hans hälsa eller att det går att få hjälp. När Nadim får en förklaring till sina besvär blir han lättad och börjar känna hopp inför framtiden. Han tar tacksamt emot hjälp.

Förutom språk, förväntningar och kunskaper påverkas interkulturell kommunikation av en rad andra faktorer. Synen på till vem och hur man lämpligen förmedlar besvär och behov av hjälp kan variera. För många är det framför allt familjen man vänder sig till, för en del är det en religiös företrädare och för andra är det sjukvården. Även ålder kan ha en betydelse. En äldre person kan laddas med klokhet och respekt men också betraktas som en som inget kan begripa.

Känsloreaktioner – motöverföring

Det transkulturella mötet kan väcka starka känslor hos både patient och behandlare. Det kan handla om att inte känna sig förstörd eller att det är svårt att förstå. Patienter som lever i mycket svåra sociala situationer kan hos behandlare väcka känslor av hopplöshet. Patienter och anhöriga med normer och värderingar som ter sig främmande eller felaktiga kan väcka känslor av indignation och upprördhet hos behandlare. Känsloreaktionerna kan påverka såväl kommunikation som förmågan att hantera och handlägga. Denna typ av känsloreaktioner kallas inom psykodynamisk teoribildning för motöverföring, det vill säga känslor som väcks hos terapeuten i mötet med patienten.

Att reflektera över hur man själv reagerar och vilka känslor som väcks kan göra det lättare att sortera och se hur de egna reaktionerna riskerar att påverka ens handlande. Oreflekterade känsloreaktioner kan leda till såväl avståndstagande som överengagemang, men också till en försämrad förmåga att använda sin professionella kompetens och sitt omdöme. Kollegor på arbetsplatsen är ett värdefullt stöd för att reflektera över sina egna känslor. Möjlighet till handledning kring patientärenden är en annan viktig källa till reflektion över egna reaktioner.

1. Var uppmärksam på att ord och uttryck kan ha olika betydelser.
2. Reflektera över egna känsloreaktioner.

Referenser

- Bäärnhielm, S. (2014). *Transkulturell psykiatri*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Esscher, A., Binder-Finnema, P., Bødker, B. m.fl. (2014). Suboptimal care and maternal mortality among foreign-born women in Sweden: maternal death audit with application of the 'migration three delays' model. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 14: 141. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/141>.
- Fossum, B. (2013). *Kommunikation, samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Svenberg, K. (2011). *Mötet mellan patienten och läkaren. Erfarenheter hos somaliska flyktingar och läkare under utbildning*. Avhandling, Göteborgs universitet.
- UNHCR (2015). Culture, Context and Mental Health and Psychosocial Well-being of Syrians. A Review for Mental Health and Psychosocial Support Staff Working with Syrians Affected by Armed Conflict. Geneva: UNHCR.
- Åsberg, M. & Mårtensson, B. (2009). Förstämningssyndrom (s. 305-334). I J. Herlofson, L. Ekselius, L-G. Lundh, A. Lundin. B. Mårtensson. & M. Åsberg (red.) (2009). *Psykiatri*. Lund: Studentlitteratur.

3. Tolkanvändning

MARIA SUNDVALL

Språkskillnaderna nämns ofta som den största barriären i vårdmötet med patienter av annan kulturell bakgrund. Vi tänker oss oftast då att det handlar om ren översättning och att tolkanvändning är lösning på problemet. Men språksvårigheter i mötet mellan behandlare och patient handlar även om det faktum att ord och begrepp är svåröversatta mellan olika språk (Bäärnhielm, 2007; Sundvall & Bäärnhielm, 2013), att kunskapen om medicinsk-psykiatriska begrepp beror av utbildningsnivå och att även icke-verbal kommunikation kan ha kulturella variationer. Kommunikationsproblem av det slaget löses inte genom tolkar – ytterst handlar det om att vårdgivaren har ansvar för samtalet och för att förvissa sig om att hen och personen har förstått varandra (Entrena, 2007). Om ett begrepp som ”depression” är svåröversatt måste behandlaren hitta enklare sätt att förklara det på.

I Sverige förekommer i dag tolkning på närmare 200 olika språk och dialekter. Personer som inte behärskar svenska språket har rätt till kostnadsfri tolkservice i kontakten med myndigheter och offentlig service. Personer utan anknytning till Sverige får dock själva betala kostnader för tolk.

Några goda regler inför tolkanvändning

3. Ta reda på exakt vilket språk och vilken dialekt det gäller.
4. Fråga om patientens önskemål om kön på tolken.
5. Efterfråga auktoriserad sjukvårdstolk (men var medveten om att sådana tolkar inte finns på alla språk).

6. Boka samma tolk för samma patient, särskilt vid en längre samtalskontakt. Det underlättar för patienten att få det nödvändiga förtroendet för tolken – och för dig.
7. Förklara noga för patient och familj varför det inte är lämpligt att använda anhöriga som tolkar. Dels kan de inte förväntas översätta lika professionellt som en tolk, dels har de också egna behov i kontakt med vården som glöms bort ifall de också ska tolka.
8. Använd aldrig barn som tolk. Det är att lägga en alltför stor börda på dem.

Socialstyrelsens broschyr *Att samtala genom tolk – en kort vägledning (laddas ner från www.socialstyrelsen.se)* innehåller samlad enkel information för vårdgivare.

Kammarkollegiet som auktoriserar tolkar ger ut föreskrifter om god tolksed. I det ingår att tolken inte ska vara jävig, har tystnadsplikt, ska förhålla sig neutralt och opartiskt, ska översätta ordagrant och inte lägga in egna kommentarer eller värderingar. I översättningen använder tolken jagform (Kammarkollegiet, 2016). Det är viktigt att vårdpersonalen ger tolken utrymme att förklara sin roll för patienten i början av samtalet.

Vårdpersonalen har ansvar för samtalet och även om enskilda tolkar kan ha brister har vårdpersonalen möjligheter att förbättra förutsättningarna för samtalet. För att möjliggöra en god tolkning är det ofta lämpligt att förbereda tolken före samtalet, särskilt om det handlar om en komplicerad utredning. Beskriv för tolken vilka formuleringar som måste översättas exakt och kontrollera också om det är möjligt. Det kan också vara lämpligt att gå igenom samtalet med tolken efteråt, för att kontrollera att allt blivit rätt uppfattat. Det är viktigt att förklara för patienten varför vi gör det. Undvik ett alltför brett berättande under samtalet, försök formulera distinkta frågor och korta meningar.

Många psykoterapeuter tvekar om det är möjligt att använda tolk i terapi. I en uppsats intervjuades kognitiva psykoterapeuter, som menade att de med kunskap och erfarenhet kunde se fler möjligheter än svårigheter. De betonade vikten av tolkkontinuitet och att tolken socialiserades i arbetsmetoden. En nackdel var att språkliga nyanser kunde gå förlorade, men det sågs å andra sidan som en fördel att tempo i samtalet blev långsammare (Grabos & Hagström, 2006).

Samtal i psykiatri, där patienter berättar om svåra upplevelser

eller visar tecken på svåra störningar, kan vara mycket krävande för tolken som ibland dessutom känner bördan av att vara den ende som förstår patienten. Det finns rapporter om risker för sekundär traumatisering och empatitrötthet för tolkar (Durehed, 2016). Även om samtalet ska underordnas patientens behov, kan det vara bra att uppmärksamma tolkens situation efteråt och höra om hen har tillräckligt stöd i sin egen organisation.

I en del länder förekommer ”kulturtolkar” som deltar i möten med vården och andra myndigheter. Dessa personer som ibland också kallas ”link workers” eller ”cultural brokers” översätter inte (bara) mellan olika språk utan mellan olika kulturella meningssystem (Bäärnhielm, 2007).

Hur kan tolkverksamheten organiseras?

- Vårdgivare bör kräva hög kvalitet i upphandlingar av tolkar. Det finns en brist på auktoriserade tolkar och sjukvårdstolkar på flertalet språk som tolkas i vården, men så välutbildade tolkar som möjligt bör upphandlas.
- De flesta vårdgivare föredrar kontakttolk i rummet, men det blir allt vanligare med telefontolk, inte minst mot bakgrund av den stora tolkbristen. Patienter föredrar ibland telefontolk av sekretesskäl. Med övning är det inte svårare att använda telefontolk.
- Flera mottagningar med hög andel utrikesfödda patienter har valt att anställa fast tolk på det språk som är lokalt dominerande. Det har flera fördelar, eftersom tolkar och behandlare lär känna varandra bättre och kan klargöra språkliga problem lättare. Det kan också leda till bättre arbetsvillkor för tolkar, vilket av många bedöms som angeläget (Durehed, 2016; Fatahi, Mattsson & Hellström, 2012).
- Vid Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade i Göteborg infördes 2016 rutiner för tolkanvändning som förutom allmänna regler innebär årliga möten mellan tolkar och tolkanvändare, att en skala för empatitrötthet – den känslomässiga utmattning som kan drabba personer i människonära yrken – finns att tillgå för tolkanvändare och tolk och att tolken erbjuds material med information om psykiatriska tillstånd och behandlingsmetoder som används på centret (Durehed, 2016).

Att tänka på:

- Ta upp på din enhet hur ni så långt möjligt kan säkra att patienterna får det tolkstöd som är nödvändigt för att den språkliga kommunikationen ska fungera smidigt.
- Läs de riktlinjer och rekommendationer som vi återgivit i det här avsnittet och diskutera tillsammans i personalgruppen.
- Ett tips är att ordna en gemensam utbildning i att samtala med tolk.

Referenser

- Bäärnhielm, S. (2007). Möten i den mångkulturella vården. I Fossum, B. (red.) *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården*, s. 287–307. Lund: Studentlitteratur.
- Durehed, S. (2016). *Jag påverkas av det min mun säger*. Uppsats, psykotraumalogi 15 hp. Uppsala: Uppsala universitet.
- Entrena, E. (2007). Att kommunicera med hjälp av tolk. I Fossum, B. (red.) *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården*, s. 309–327. Lund: Studentlitteratur.
- Fatahi, N., Mattsson, B. & Hellström, M. (2012). Viktigt att stärka tolkens status i sjukvårdsteamet. *Läkartidningen*, 109(22): 1096–98.
- Grabos, M. & Hagström, M. (2006). *Psykoterasi med tolk. Möjligheter – svårigheter*. Examenssuppsats. Stockholm: Svenska institutet för kognitiv psykoterasi.
- Kammarkollegiet. (2016). *Kammarkollegiets tolkföreskrifter. KAMFS2016:4*. Hämtade från Kammarkollegiets hemsida <http://www.kammarkollegiet.se/sites/default/files/Kammarkollegiets%20tolkf%C3%B6reskrifter%202017.pdf>.
- Sundvall, M. & Bäärnhielm, S. (2013). Att översätta det svåröversatta. *Psykisk hälsa* 54(4): 17–22.

4. Transkulturell psykiatrisk diagnostik

SOFIE BÄÄRNHIELM

Psykiatriska diagnoser har en central roll för planering av vård och behandling. Diagnoserna speglar aktuell medicinsk kunskap och synsätt. Hur diagnoser definierats och avgränsats är kulturellt påverkat och rotat i en västerländsk idéhistoria (Åsberg & Mårtensson, 2009). DSM-5 bygger på deskriptiva kriterier för olika sjukdomstillstånd, men har samtidigt en allmän definition av psykisk sjukdom som innefattar att individen har störningar som påverkar områden som kognition, känsloreglering och beteenden, men också att det oftast finns påtagliga besvär eller en funktionsnedsättning. Vidare inkluderas i definitionen vikten av att göra skillnad mellan psykisk sjukdom och ett kulturellt sanktionerat svar på stress.

I den psykiatriska diagnostiska situationen tar vi ställning till om symtom på psykisk sjukdom finns eller saknas och till svårighetsgrad av symtom. Psykiatrisk diagnostik är en komplicerad process av att tolka det som patienten, närstående eller andra i sin tur tolkat kring upplevelser och beteenden. Den transkulturella diagnostiska situationen innebär många gånger särskilda problem med att tolka annorlunda beskrivningar av besvär, problem och beteenden. Svårigheter och missförstånd kan leda till feldiagnostisering med såväl över- som underdiagnostisering av psykisk sjukdom. Detta riskerar att leda till felaktig eller utebliven vård. De diagnostiska svårigheterna är särskilt tydliga i mötet med nyanlända flyktingar och invandrare (Adeponle m.fl., 2012). För den som migrerar tar det tid att lära känna och ta till sig uttryck och förståelsemodeller i det nya samhället.

De flesta diagnostiska situationer är, i någon mån, transkulturella. Lekmannen har sällan samma begrepps- och referensvärld som den professionelle. I det moderna samhället förändras snabbt ordval, uttrycksätt och uppfattningar, vilket gör att ålderskillnader mellan patient och behandlare kan innebära påtagliga skillnader i kulturella och sociala referenser. I det globaliserade samhället lever människor i olika sociala och kulturella grupperingar och sammanhang. Uttrycksätt och tankesätt kan delas i en grupp men inte alltid utanför gruppen. Med samma ord och uttrycksätt kan vi mena olika saker. Kulturella aspekter handlar således inte bara om helt skilda språkliga, kulturella, sociala eller geografiska bakgrunder.

Diagnostik av patienter med en flyktingbakgrund inkluderar ett intresse kring svårigheter före migration, under migration och under etableringen i det svenska samhället (Kirmayer m.fl., 2011). Se vidare kapitel 8 "Posttraumatisk stress".

Det anamnetiska samtalet

Det anamnetiska samtalet är en central kunskapskälla vid psykiatrisk diagnostik. Herlofson (2009) beskriver det professionella psykiatriska samtalet som ett möte mellan patientens berättelse och yrkespersonens sakkunskap och att detta på många sätt är ett möte mellan skilda världar. Vid diagnostik kan vi ställa direkta frågor om symtom utifrån hur symtombeskrivningar är formulerade i psykiatriska diagnoshandböcker. Vi måste också anpassa oss till patienters lekmannaspråk som kan vara mer eller mindre bekant för den som diagnostiserar. Frågor direkt inriktade på symtom är för en del patienter lättförståeliga och enkla att besvara. För andra kan direkta symtomfrågor vara mer eller mindre svårförståeliga, särskilt för den som är van att uttrycka sig på ett annorlunda sätt. En fråga tydligt och snävt inriktad på symtom kan ibland uppfattas som ryckt ur ett sammanhang och vara svår att besvara.

Öppna frågor stimulerar patienten att berätta om sin sjukdom och tankar kring denna. I berättelsen kan patienten använda sina ord, förmedla vad han eller hon tycker är viktigt och sin förståelse. Behandlaren tolkar sedan berättelsen utifrån medicinska kunskaper och erfarenheter (Lewis-Fernández, 2016). Sjukdomsberättelsen ger den som lyssnar möjlighet att ställa följdfrågor kring problembeskrivningar, misstänkta symtom och besvär. Patientens berättelse

och följdfrågor kan för den som diagnostiserar underlätta att ringa in symtom och funktionsnedsättningar.

Vid transkulturell diagnostik är det ofta mycket värdefullt att inkludera anhöriga. De kan både bidra med anamnestisk information och vara nyckelpersoner till att skapa fungerande behandlingsallianser. En kombination av öppna och riktade frågor kan vara till hjälp för att ringa in symtom och en korrekt diagnos.

Skattningsskalor

Skattningsskalor används som hjälpmedel för att identifiera, värdera och gradera symtom och funktionspåverkan. Med stöd av skattningsskalor kan vi förfina diagnostiska bedömningar. Det kan vara svårt att använda skattningsskalor i transkulturella diagnostiska situationer. I skattningsskalor fyller patient, eller närstående, i svar till fördefinierade kategorier. Detta kan fungera på ett enkelt och utmärkt sätt för patienter, särskilt för dem som delar sätt att konceptualisera besvär och problem med hur de är formulerade i skattningsskalorna. När patienten inte delar sätt att konceptualisera är det svårare att svara. Svaren kan till och med ge felaktig information. Problemen är särskilt påtagliga när vi använder skattningsskalor på svenska för patienter som har en begränsad förståelse av det svenska språket.

Inom forskning används begreppet validering av skattningsskalor, det vill säga de undersöks och värderas utifrån om de mäter vad de är tänkta att mäta. Inom transkulturell forskning används begreppet kulturell validitet. Det syftar på att när en skattningsskala, eller ett instrument, avsett att mäta psykologiska eller emotionella aspekter används i transkulturella situationer behöver den kulturellt färgade förståelsen överensstämma med vad som är syftet med mätningen – att betydelsen av frågor, värderingar eller skattningar har samma kulturellt och socialt färgade innebörd. Vid en språklig översättning behöver den meningsbärande betydelsen av ord och begrepp överensstämma. Vid diagnostik kan skalor och instrument aldrig ersätta det anamnestiska samtalet, men vid optimala förutsättningar underlättas förståelse. Skattningsskalor som används i transkulturella situationer bör vara kulturellt validerade, men vi måste ändå alltid reflektera över om de fungerar och mäter det som de är avsedda att mäta i mötet med den enskilde patienten.

Kulturformuleringsintervjun i DSM-5

I DSM-5 har en särskild intervju inkluderats med syfte att underlätta förståelse av kulturella och kontextuella faktorer vid psykiatrisk diagnostik. Intervjun, kallad kulturformuleringsintervjun (KFI), kan användas i mötet med alla patienter, vi är ju som tidigare beskrivits alla kulturbärare. KFI kan användas som ett komplement till den övriga diagnostiken och är särskilt användbar i transkulturella situationer, vid svårigheter att värdera symtom, svårighetsgrad, funktionsnedsättning samt vid behandlingsproblem. Intervjun bygger på ett personcentrerat och öppet utforskande av vad kultur och kontext betyder för den enskilde personen i den aktuella sjukdomssituationen (Bäärnhielm, 2014; Lewis-Fernández, m.fl., 2015). KFI har rötter i etnografins utforskande av människors livsvärld och syftar till att närma sig kultur och kontext på ett icke generaliserande eller stereotyperande sätt. KFI är ett stöd i att utforska vad patienters lidaspråk betyder och patienters förklaringsmodeller till sjukdom. Däremot kan KFI aldrig ersätta det anamnestiska samtalet utan är enbart ett komplement i en diagnostisk utredning.

KFI innehåller 16 frågor som handlar om hur personen själv definierar sitt problem, ser på orsak, möjligt stöd och belastningsfaktorer; egen uppfattning kring betydelse av bakgrund och kulturell identitet; sjukdomshantering; tidigare hjälpsökande; hinder för vård; aktuellt hjälpsökande och önskad hjälp samt relationen med behandlaren (Lewis-Fernández m.fl., 2015). Intervjun är översatt till svenska och kan kostnadsfritt laddas ned från www.pilgrimpress.se. För situationer då det behövs mer information finns ytterligare intervjuer att använda. En intervju riktar sig till närstående och andra så kallade kompletterande intervjuer utforskar samma områden som KFI, fast mer på djupet. En annan intervju har förslag på frågor att ställa för att få veta mer om patientens egna förklaringsmodeller till sjukdom. En intervju kan användas som stöd för frågor kring migration, flykt och svåra trauman. Ytterligare en intervju riktar sig till särskilda grupper som äldre och barn och ungdomar. De kompletterande intervjuerna finns att ladda ned gratis från APA:s hemsida och kommer att översättas till Svenska och finnas tillgängliga på www.pilgrimpress.se. KFI kan vara ett stöd i att vid transkulturell psykiatrisk diagnostik identifiera sjukdomstillstånd och särskilja sjukdom från psykosocialt relaterade stressreaktioner.

Bedömning av funktionsnivå

Psykiatrisk bedömning inkluderar en värdering av hur aktuella besvär påverkar patienters funktionsnivå. WHO har tagit fram ett användbart instrument, WHODAS 2.0, att använda vid bedömning av funktionsnedsättningar. WHODAS 2.0 har översatts till flera språk och har inkluderats och rekommenderats i DSM-5. På svenska finns instrumentet att ladda ned gratis från www.pilgrimpress.se. Vid bedömning av funktionsnivå och funktionsnedsättningar behöver hänsyn tas till patientens sociala och kulturella miljö och hur förväntningar på funktionsnivå ser ut i personens omgivning. Som ett komplement till WHODAS 2.0 finns en särskild kompletterande kulturformuleringsintervju inriktad på att värdera kulturella och sociala aspekter vid bedömning av funktionsnivåer (Deshpande, m.fl., 2016). När patienter är ovana att klä känslomässiga besvär i psykologiska eller psykiatriska termer är bedömning av funktionsnivån ett särskilt värdefullt komplement.

Autonomi och ett delat beslutsfattande vid vårdplanering

Betydelsen av patientens delaktighet i vården har det senaste decenniet gått som en röd tråd i utvecklingen av den kliniska psykiatriska vården. Vikten av information till patient och närstående och utrymme till ett delat beslutsfattande poängteras allt tydligare i riktlinjer och beslutsunderlag. I den transkulturella situationen behöver information anpassas till patienters språk och förkunskaper.

Hälsolitteracitet är ett begrepp som används för att beskriva i vad mån patienter kan fatta grundade och ändamålsenliga beslut kring sin hälsa. Hälsolitteracitet handlar om i vilken utsträckning en person har förmåga att ta emot, bearbeta och förstå grundläggande hälsoinformation för att kunna fatta ändamålsenliga beslut (Selden, 2000). Personer med en lägre hälsolitteracitet har svårigheter med att ta del av medicinsk information, vilket påverkar både hälsa och behandlingsutfall. Vissa grupper i befolkningen har ofta en lägre hälsolitteracitet än andra grupper. En lägre hälsolitteracitet är vanligt i grupper av äldre, lågutbildade, nyanlända invandrare och migranter utan god språkkunskap i det nya landets officiella språk (WHO, 2013).

Vid vårdplanering behöver konsekvenser av låg hälsolitteracitet

överbryggas så att patienter och närstående förstår olika behandlingsförslag. När behandlare förstår hur patient och närstående förstår sina problem är det lättare att förklara olika behandlingsförslag. Det är inte bara det enskilda patientmötet som kan bidra till en gemensam förståelse och att överbrygga låg hälsolitteracitet. Det kommer alltmer medicinsk information på olika språk som kan göras lättillgänglig på avdelningar och mottagningar. I en del landsting har även nya yrkesgrupper som hälsokommunikatörer etablerats. Dessa möter nyanlända flyktingar och andra migranter med behov. De har information om hälso- och sjukvårdsfrågor i dialogform på modersmål på arenor i och utanför vården (www.transkulturelltcentrum.se).

I den tidigare nämnda UNHCR-rapporten (2015) om psykisk hälsa hos syriska flyktingar lyfts fram hur viktigt det är att de syriska flyktingarna känner att de har möjlighet till autonomi och ett delat beslutsfattande i behandlingssituationer och en möjlighet att påverka sin vård. Ett delat beslutsfattande är särskilt värdefullt för flyktingarna, då de är i en situation av att på många vis ha förlorat kontrollen över sitt liv. De har förlorat anhöriga, vänner, grannar, arbete, sitt land och med det mycket av sin identitet. Den möjlighet som finns för individen att ta kontroll över och påverka sitt liv är viktig. Autonomi och delat beslutsfattande är självklart lika viktigt för flyktingar från andra länder.

Att tänka på:

- Vid psykiatrisk diagnostik, var intresserad av betydelsen av kultur och kontext utifrån ett individualiserat perspektiv.
- Stereotypisera inte.
- Använd inte kultur som en förenklad förklaring.
- När skattningsskalor används, reflektera över om de fungerar och mäter det som de är avsedda att mäta.
- Använd gärna öppna frågor vilka stimulerar till ett berättande.
- Vinnlägg dig om ett delat beslutsfattande.

Referenser

- Adeponle, A. B., Thombs, B. D., Groleau, D., Jarvis, E., & Kirmayer, L. J. (2012). Using the Cultural Formulation to Resolve Uncertainty in Diagnoses of Psychosis Among Ethnoculturally Diverse patients. *Psychiatric Services*, 63(2): 147–153.
- Bäärnhielm, S. (2014). *Transkulturell psykiatri*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Deshpande, S. N., Bhatia, T., Nimgaonkar, V. L. & Bäärnhielm, S. (2016) Supplementary Module 2: Level of Functioning Supplement to the Cultural Formulation Interview (s. 86–94). I R. Lewis-Fernandez, N. Aggarwal, L. Hinton, D. Hinton & L. J. Kirmayer (red.) *DSM-5 Handbook on the Cultural Formulation Interview*. USA Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Herlofson, J. (2009). Psykiatrisk klassifikation och diagnostik. (s. 117–124). I Herlofson, J., Ekselius, L., Lundh, L-G., Lundin, A., Mårtensson, B., & Åsberg, M. (red.) *Psykiatri. Lund: Studentlitteratur*.
- Kirmayer, L. J., Narasian, L., Munoz, m.fl. (2011). Canadian Guidelines for Immigrant Health. Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMJ*, 2011, E959–E967. doi:10.1503/cmj.090292.
- Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N. K., Bäärnhielm, S., Rohlf, H., Kirmayer, L. J., Weiss, M. G., Jadhav, S., Hinton, L., Alarcón, R. D., Bhugra, D., Groen, S., van Dijk, R., Qureshi, A., Collazos, F., Rousseau, C., Caballero, L., Ramos, M. & Lu, F. (2014). Culture and psychiatric evaluation: Operationalizing cultural formulation for DSM-5. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 77(2): 130–154.
- Selden, C. (2000). National Library of Medicine (U.S.). Reference Section. Health literacy. I *Current bibliographies in medicine 2000-1*. U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Library of Medicine, Reference Section.
- WHO (2013). *Health literacy – The solid facts*. Geneva: World Health Organization.
- Åsberg, M. & Mårtensson, B. (2009). Förstämningssyndrom (s. 305–334). I J. Herlofson, L. Ekselius, L-G. Lundh, A. Lundin. B. Mårtensson. & M. Åsberg (red.) (2009). *Psykiatri. Lund: Studentlitteratur*.

5. Transkulturella aspekter på sjukdomstillstånd

SOFIE BÄÄRNHIELM

Depressiva syndrom

Depressionssjukdomar är vanliga över hela världen men förekomst, symtomuttryck och förståelse varierar (Bäärnhjelm, 2014). I DSM-5 används begreppet depressiva syndrom. Detta innefattar flera olika sjukdomstillstånd med en gemensam kärna av påverkad sinnesstämning i form av nedstämdhet, tomhet, irritabilitet samt somatiska och kognitiva förändringar som påtagligt försämrar funktionsförmågan. Betydelsen av transkulturella aspekter vid depressiva syndrom illustreras här med egentlig depression som prototyp.

Till kriterierna för en egentlig depression hör att symtom funnits under minst en tvåveckorsperiod och inneburit en förändring av personens tillstånd i form av nedstämdhet eller minskat intresse och glädje. I många språk saknas en direkt motsvarighet till begreppet depression (Åsberg & Mårtensson, 2009). Däremot kan närliggande medicinska och folkliga termer ringa in ungefär vad som menas med depressionsbegreppet. I Kina används begreppet neurasteni med en betydelse som på många sätt motsvarar ordet depression (Kleinman, 1982). I syrisk arabiska förmedlas depression ofta med ord om sorg, grubbla, förmörkad sinnesstämning i kombination med värk och en rad oförklarade somatisk symptom (UNHCR, 2015).

Det är vanligt att depressioner inte identifieras och upptäcks i

primärvården. De finns data som talar för att det är en särskilt stor risk att missa depressioner hos patienter med en etnisk minoritetsbakgrund (Prady, m.fl., 2016). Sett i ett globalt perspektiv kommuniceras depressiva besvär ofta med kroppsliga symtom, vilka även är en del av det depressiva syndromet. Att förkroppsliga depressionsymtom bidrar till att de lätt missas i primärvården. Sömnsvårigheter och energiförlust är vanliga sätt att presentera en depression på. Ett exempel:

Iwona, 42 år, söker företagsläkaren på grund av trötthet, sömnsvårigheter och problem med att orka med sitt stressiga arbete som kontrollör och två små livliga barn. Efter att en somatisk utredning gjorts får Iwona träffa en psykolog. I detta samtal framkommer att Iwona normalt inte har några svårigheter varken med arbetet eller barnen. Sedan några månader har hon alltmer tappat orken. Iwona brukar vara en aktiv person men kommer sig inte längre för att göra saker. Hon lagar mat till barnen men äter knappt något själv. Barnen har blivit besvärliga, oroliga och allt bråkigare. Iwona vaknar tidigt på morgonen men orkar knappt gå upp ur sängen. På arbetet har hon allt svårare att läsa siffror och börjar känna panik inför årets halvårsbokslut. På en direkt fråga bekräftar Iwona att hon känner sig väldigt ledsen. Hon är tyngd och sorgsen utan att se någon egentlig orsak.

Iwona får besked om att hon har en depression. Iwona tycker inte om att använda ordet depression, hon tycker att det låter väldigt allvarligt. När hon var barn hade en moster något som kallades för depression. Mostern var under flera år inlagd på mentalsjukhus och tog livet av sig vid en sjukhuspermission. Iwona tar tacksamt emot hjälp för en depression men vill inte att de står depression på några papper eller sjukintyg. Inte heller vill hon att det används i samtal med sambon eller familjen.

Iwona, i exemplet ovan, kände till begreppet depression, men betydelsen hon gav det var oklar, närmast en mycket farlig och invalidiserande psykisk sjukdom. För patienter kan det vara som för Iwona att psykiatriska begrepp, som exempelvis depression, laddas med en betydelse av en farlig stigmatiserande sjukdom eller att begreppen är okända. Oklarhet i innebörd av psykiatriska begrepp kan vara särskilt påtaglig i mötet med patienter med låg utbildning, begränsade kunskaper i svenska eller som nyligen kommit till Sverige.

Flyktingar – en riskgrupp för depression

Migranter, särskilt flyktingar, är en riskgrupp för att utveckla såväl depressions- som ångestsjukdomar. Studier i västländer har visat en högre förekomst av depression hos flyktingar än hos den inhemska födda befolkningen (Fazel m.fl., 2005), men även en högre förekomst hos flyktingar jämfört med arbetskraftsinvandrare (Lindert m.fl., 2009). Den förhöjda depressionsrisken hos flyktingar kvarstår även efter flera år i det nya landet.

Hur hög förekomsten av depression är har varierat mellan olika studier, men i så kallade höginkomstländer beräknas mellan 8–25 procent av flyktingar lida av en depression (Ikram & Stronks, 2016). Traumatiska faktorer före migration har betydelse men också post-migrationsstress. Låg socioekonomisk status (arbetslöshet, låg inkomst, dålig kunskap i det nya landets språk, dåligt socialt stöd) efter migration ökar risken för depression (Bogic m.fl., 2015). Den sociala osäkerheten av att ha ett tidsbegränsat uppehållstillstånd innebär en ökad risk att insjukna i depressions- och ångestsjukdomar (Bogic m.fl., 2012). Även svenska studier visar att flyktingar är en utsatt riskgrupp (Hollander, 2013; Hollander m.fl., 2011; 2013), se vidare kapitel 12 ”Psykisk hälsa hos utrikesfödda i Sverige”. Det är en hög samsjuklighet mellan depression och PTSD (se kapitel 8 ”Posttraumatisk stress”).

I en studie från Röda Korsets högskola (Tinghög m.fl., 2016) undersöktes förekomst av psykisk ohälsa i Sverige bland nyanlända flyktingar från Eritrea, Syrien och Somalia. I studien kartlades även förekomst av erfarenhet av traumatiska händelser, post-migratorisk stress och socialt stöd. Bland nyanlända flyktingar från Syrien med uppehållstillstånd hade var tredje en påtaglig depressions- eller ångestproblematik och över 60 procent upplevde ett svagt socialt stöd. Bland de asylsökande från Eritrea och Somalia upplevde 70 procent ett svagt socialt stöd. Bland de syriska flyktingarna var psykisk ohälsa vanligare bland individer med ett svagt socialt stöd, betydande post-migratorisk stress samt de som varit med om tortyr. Särskilt utbredd var den psykiska ohälsan bland medelålders kvinnor från Syrien.

Transkulturella aspekter vid behandling

För behandling av depression i transkulturella situationer gäller samma riktlinjer som för andra patienter, men det finns en del aspekter som är värdefulla att tänka på. När patienter har en annorlunda sjukdomssyn eller en låg hälsolitteracitet är det särskilt viktigt med psykoedukativa insatser. Detta kan göra det lättare för patient och anhöriga att förstå vad sjukdomstillståndet innebär och att kunna ta ställning till behandlingsförslag. Ett delat beslutsfattande underlättas av att behandlare i sin tur har kunskap om patientens sjukdomssyn. Kulturformuleringsintervjuns 16 frågor kan vara ett stöd till att få kunskap om patientens sjukdomssyn och synsätt. Informationsmaterial på modersmål är en värdefull hjälp för såväl patient som anhöriga.

Socialstyrelsen rekommenderar i *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom (remissförslag 2016) KBT* som första handsval vid lindrig till medelsvår depression hos vuxna. Precis som ordet depression kan vara mer eller mindre känt, eller laddat med annorlunda betydelser, kan KBT vara såväl okänt som verka främmande och underligt. Själva idén att det kan vara till hjälp att prata om problem och svårigheter med en främmande person i sjukvården kan framstå som konstig. I denna typ av situation behöver patient och anhöriga få information om hur behandlingen går till och vad den kan bidra med. Hur psykoterapi kan anpassas kulturellt finns att läsa i kapitel 16 ”Psykoterapi i ett transkulturellt perspektiv”.

Vid läkemedelsbehandling är det viktigt att tänka på att läkemedelsmetabolism kan variera (se kapitel 15 ”Transkulturell läkemedelsmetabolism”). Också vid läkemedelsbehandling kan psykoedukativa insatser bidra till en god följsamhet.

Då ett svagt socialt stöd har betydelse för psykisk ohälsa för flyktingar och asylsökande är det värdefullt med insatser som har ett resiliensperspektiv (Tinghög m.fl., 2016). Med detta menas att stärka och mobilisera sårbara och utsatta individers egna resurser. För flyktingar och asylsökande kan det till exempel handla om att stödja en ökad delaktighet i samhället utifrån möjligheter i den lokala miljön.

Familj och anhöriga har ofta en central betydelse för behandlingsföljsamhet. För att få kännedom om patienters personliga styrkor, om sociala resurser och svårigheter kan frågor från kulturfor-

muleringens kompletterande intervjuer vara till nytta. Exempelvis frågor om socialt nätverk, psykosociala stressfaktorer och vilka bemästringsstrategier och resurser som finns tillgängliga för individen. Då sociala och ekonomiska faktorer kan ha betydelse för risken att utveckla en depression är det till hjälp att vid behandlingsplanering se vilka faktorer för den enskilde individen som är möjliga att påverka.

Att tänka på:

- En depression kan uttryckas på många olika sätt, ofta med somatiskt symtom som värk, trötthet eller energilöshet.
- Var intresserad av patientens egna benämningar av besvär och sjukdomssyn.
- Inkludera om möjligt anhöriga i behandlingen.
- Psykoedukativa insatser kan bidra till en god behandlingsföljksamhet.
- Flyktingar är en riskgrupp för depression.
- Depression och PTSD har en hög samsjuklighet.
- Läkemedelsmetabolism kan variera, se kapitel 15 ”Transkulturell läkemedelsmetabolism”.
- Vid diagnostik och behandling var uppmärksam på psykosociala riskfaktorer och möjligt stöd.
- Ett resiliensorienterat förhållningsätt är särskilt viktigt i mötet med individer från socialt utsatta och sårbara grupper.

Ångestsyndrom

Ångestsjukdomar är vanliga över hela världen men förekomst, uttryck och förståelse varierar. I DSM-5 används begreppet ångestsyndrom. Detta innefattar flera olika sjukdomstillstånd med en gemensam kärna av överdriven rädsla och beteendeförändringar relaterade till ångest. Rädsla syftar på det känslomässiga svaret på upplevt eller överhängande hot medan ångest är förväntan på ett framtida hot (DSM-5, 2013). Samtidigt som begreppen rädsla och ångest överlappar varandra är de åtskilda. Det finns alltså en begriplig och omedelbar ”anledning” till rädsla, men inte till ångest.

Det finns flera språk som saknar en uppdelningen mellan ångest och rädsla. Inte heller alla kulturella och medicinska traditioner skiljer mellan ångest och rädsla och ibland inte heller mellan kropp och psyke eller kropp och själ. Språkliga och idéhistoriska skillnader påverkar hur folkliga medicinska termer formats, men också hur människor tänker och förstår ångestsymtom (Bäärnhielm, 2014). Även om inte alla språk har ett ord som direkt motsvarar känslan av ångest är ångestupplevelsen universell och går med det att känna igen och tala om även vid skillnader i språk och tankesätt (se kapitel 2 "Interkulturell kommunikation"). Patienter kan förmedla besvär av ångest genom konkreta beskrivningar av kroppsliga eller känslomässiga reaktioner men också med olika uttrycksätt och metaforer.

Ångestsyndrom är vanligare bland kvinnor och vissa grupper, som unga vuxna personer med kroniska sjukdomar, men studier visar även skillnader i förekomst mellan kontinenter. Högst är förekomsten i USA och Schweiz och lägst i asiatiska länder som Korea och Pakistan (Bremes m.fl., 2016). Forskning kring ångestsyndrom har främst bedrivits i Nordamerika och Europa. Det finns en brist på forskning från låginkomstländer. Med mer framtida forskning från länder utanför Nordamerika och Europa kan bilden av förekomst komma att förändras, särskilt om forskningen beaktar kulturell variation i uttryck av ångestsjukdomar.

I DSM-5 finns kommentarer kring kulturell variation i uttryck och förståelse av olika ångestsyndrom. För generaliserat ångestsyndrom tas upp att det finns påtagliga kulturellt färgade skillnader. I vissa kulturer är det framför allt de kroppsliga symtomen som presenteras och i andra de kognitiva. För paniksyndrom och panikattacker beskrivs i DSM-5 hur det globalt finns en rad olika folkliga uttrycksätt och förståelsemodeller. I dessa är det ofta de kroppsliga reaktionerna på ångest som uppmärksammas. Ett exempel på ett folkligt begrepp är "ataque de nervios" som används i delar av Latinamerika och som delvis motsvarar kriterierna för paniksyndrom. Ångest kan också förmedlas i termer som refererar till hjärtat eller till rädsla (Bäärnhielm & Ekblad, 2000; UNHCR, 2015). Ångest kan uttryckas på många andra olika sätt, ett exempel:

Några dagar efter att Hürriyet sett ett segelflygplan kraschlanda får hon en tjock klump i halsen. Hon får allt svårare att andas och blir orolig att något ska hända familjens tre barn. Hürriyet vågar inte längre låta barnen gå ut och leka. När maken är sen från arbetet blir hon helt svettig, skakar i kroppen och är övertygad om att han dött på hemvägen. När han kliver in genom ytterdörren bär inte längre benen för Hürriyet. Hon ramlar ihop på hallgolvet. Med stöd av maken söker Hürriyet hjälp på en akutmottagning. Där beskriver hon sina besvär som att det är svårt att andas, en klump i halsen, trångt i halsen, att hon nästan svimmat och hon lätt blir rädd. Hon känner sig lättskrämmd och tror sig vara på väg att dö.

Flyktingar – en riskgrupp för ångestsjukdomar

Migranter och särskilt flyktingar har en ökad risk för ångestsjukdomar. Studier i västländer har visat en högre förekomst av ångestsjukdomar hos flyktingar än den inhemskt födda befolkningen (Fazel m.fl., 2005), men även en högre förekomst jämfört med arbetskraftsinvandrare (Lindert m.fl., 2009). I den senare studien inkluderades PTSD bland ångestsjukdomar. Både traumatiska händelser före migration och postmigrationsstress har betydelse. Flyktingars ökade risk för att insjukna i ångestsjukdomar kvarstår även efter flera år i det nya landet (Bogic m.fl., 2015). Den social osäkerhet av att ha ett tidsbegränsat uppehållstillstånd innebär en ökad risk att insjukna i depressions- och ångestsyndrom (Bogic m.fl., 2012).

I den tidigare nämnda studien från Röda Korsets högskola (Tinghög m.fl., 2016) undersöktes förekomst av psykisk ohälsa i Sverige bland nyanlända flyktingar från Eritrea, Syrien och Somalia. I studien kartlades även förekomst av erfarenhet av traumatiska händelser, post-migratorisk stress och svagt socialt stöd. Bland nyanlända flyktingar från Syrien med uppehållstillstånd hade var tredje person en påtaglig depressions- eller ångestproblematik och över 60 procent upplevde ett svagt socialt stöd.

Transkulturella aspekter vid behandling

När patienter inte har ord för ångest, när orden är annorlunda eller främst syftar på kroppsliga besvär är det viktigt att medicinska förklaringar och termer introduceras med känslighet och respekt för patientens uppfattningar och synsätt. I dessa situationer, precis

som vid andra sjukdomstillstånd, underlättas dialogen av kunskap om patientens sjukdomssyn och tankesätt. I detta är kulturformuleringsintervjuns 16 frågor till nytta och ofta också den kompletterande intervjun om förklaringsmodeller.

Att tänka på:

- Ångestsjukdomar är universella.
- Ordet ångest finns inte på alla språk.
- Ångest kan uttryckas på många olika sätt, som till exempel i termer av rädsla, hjärtbesvär, trångt i bröstet eller andra kroppsliga symtom.
- Var intresserad av patientens egna benämningar av besvär och sjukdomssyn.
- Inkludera om möjligt anhöriga i behandlingen.
- Psykoedukativa insatser kan bidra till en god behandlingsföljksamhet.
- Flyktingar är en riskgrupp för ångestsjukdomar.
- Läkemedelsmetabolism kan variera, se kapitel 15 ”Transkulturell läkemedelsmetabolism”.
- Vid diagnostik och behandling var uppmärksam på psyko*sociala riskfaktorer och möjligt stöd.
- Ett resiliensorienterat förhållningsätt är särskilt viktigt i mötet med individer från socialt utsatta och sårbara grupper.

Posttraumatiskt stressyndrom

Posttraumatiskt stressyndrom beskrivs utförligt i ett separat kapitel (kapitel 8). Här följer enbart några kommentarer kring PTSD och kulturell variation. I DSM-5 (APA, 2013) påtalas att såväl insjuknande i PTSD som svårighetsgrad kan skilja sig mellan kulturella grupper. Detta då typ av trauma kan skilja sig (exempelvis folk-mord, koncentrationsläger, tortyr) men också vilken mening, vilken betydelse som ges till traumatiska händelser. Vidare tas upp att det sociokulturella sammanhanget har en betydelse för symptomutveckling, som till exempel svårigheten med att leva i ett postkonfliktområde och befinna sig i samma sammanhang som obesträffade

förövare, en situation som kan bidra till lättväckt ilska. Migrationsstress kan förstärka symtomutveckling. Flyktingar är en riskgrupp för PTSD och därmed sammanhängande samsjuklighet.

För PTSD finns en kulturell variation i hur symtom uttrycks avseende undvikande, mardrömmar och somatiska symtom (APA, 2013). Som för andra psykiatriska sjukdomstillstånd finns olika språkliga uttryck, metaforer och folkliga lidandebegrepp med vilka posttraumatiska symtom förmedlas. Dessa har ofta färgats av den höga samsjuklighet som finns mellan PTSD och andra psykiatriska sjukdomstillstånd. Exempelvis kan panikattacker vara framträdande hos patienter från Kambodja och Latinamerika beroende på likheter med folkliga termer för paniklikande tillstånd.

Personer som inte har kunskap om att svåra trauman kan påverka den psykiska hälsan, eller som inte är vana vid att uttrycka sig i psykologiska termer, kan kommunicera tecken på PTSD främst med kroppsliga ord som huvudvärk och smärta. I en UNHCR-rapport om psykisk hälsa hos flyktingar från Somalia (Cavallera m.fl., 2016) beskrivs att i Somalia har det traditionellt inte gjorts någon uppdelning mellan kropp, själ och ande utan dessa områden har setts som en helhet. På somaliska saknas ord som motsvarar PTSD eller betecknar extrem stress. Tillståndet har snarast setts som sorg och inte som ett psykiatriskt problem. Berättelser om mardrömmar och minnen från exempelvis krigsupplevelser kan vara indikationer på PTSD-symtom.

Att tänka på:

- Svåra trauman kan ges olika betydelser.
- Patienter kan sakna kunskaper om att svåra trauman kan påverka den psykiska hälsan.
- Flyktingar är en riskgrupp för PTSD.
- Symtom på PTSD kan kommuniceras på olika sätt.
- Ofta kommuniceras PTSD-symtom i kroppsliga termer.

Bipolära syndrom

Bipolära syndrom karaktäriseras av återkommande episoder av förhöjt stämningstillstånd och aktivitetsnivå, manier eller lindriga manier (hypomanier). I de flesta fall växlar perioder av förhöjt stämningstillstånd med episoder av depressioner. De bipolära sjukdomarna klassificeras i undergrupper. En av dessa är bipolär I, en annan är bipolär II. Bipolär I innebär förekomst av en manisk episod. Denna kan ha föregåtts av hypomana episoder eller egentliga depressionsepisoder. Bipolär II innebär förekomst av en hypoman episod och/eller tidigare depressionsepisod. Där finns oftast förekomst av längre eller kortvarigare depressiva perioder. Dessa riktlinjer i transkulturell psykiatri begränsas till att beakta kulturella aspekter vid bipolära syndrom. För övrigt hänvisas till Svenska Psykiatriska Föreningens kliniska riktlinjer för bipolär sjukdom (SPF, 2014) (<http://www.svenskpsykiatri.se/spfs-kliniska-riktlinjer/>). Dessa riktlinjer inleds med en beskrivning av bipolärbegreppet, historik, etiologi och avgränsningar och behandlar utförligt diagnostik, farmakologisk behandling, psykologisk behandling, graviditetsaspekter och organisation av bipolärvård.

Internationellt ser förekomsten av bipolära syndrom ut att vara relativt konstant (Weissman, m.fl., 1996). Det finns i dag inga data som tyder på att flyktingar har en högre risk för bipolära syndrom än andra grupper. I DSM-5 konstateras att de finns lite information kring kulturella skillnader i hur bipolärt syndrom typ I uttrycks. Som en möjlig orsak tas upp att diagnostiska instrument ofta är översättningar från engelska utan transkulturell validering (DSM-5). I en översiktsartikel om bipolära syndrom i arabvärlden konstateras att det finns en brist på forskning men att befintlig data visar på en förekomst som motsvarar andra delar av världen (Kronfol m.fl., 2015). Vissa skillnader konstateras, som att maniska episoder tycks förekomma oftare i arabvärlden och att det där är vanligare att patienter med bipolära syndrom har föräldrar som är släkt med varandra än friska kontroller.

I transkulturella situationer kan det finnas svårigheter med att värdera såväl depressionssymtom som hypomana episoder och ibland även maniska episoder. Det kan vara svårt att avgöra om en person är nedstämd eller inte, särskilt i situationer av att personen själv eller omgivningen tolkar känslor av nedstämdhet som tecken

på personlig mognad eller eftersträvansvärt personligt djup (Bäärnhielm, 2014). Bedömning av om en person är hypoman underlättas av kunskap om vad patientens omgivning har för förväntningar på ett normalt beteende. För svåra maniska episoder finns en risk att misstolka manin som tecken på en psykossjukdom.

Transkulturella aspekter på behandling

Vid behandling av bipolära syndrom i transkulturella situationer gäller samma riktlinjer som för alla andra patienter. Precis som vid övriga sjukdomstillstånd är det viktigt att vinnlägga sig om att både patient och närstående har kunskaper om vad sjukdomstillståndet innebär och hur behandlingen fungerar.

Inför den muslimska fastemånaden ramadan kan en diskussion med patienten kring vikten av att inte avbryta medicineringen, men också betydelsen av en regelbunden dygnsrytm bidra till förbättrad följsamhet av medicinering och behandling. Om fastemånaden infaller under sommaren kan fastan påverka dygnsrytmen och med det risken för återinsjuknande. I diskussionen är anhöriga viktiga resurspersoner. I Järvapsykiatri i Rinkeby har man löst detta genom att bjuda in imamer till mottagningen i samband med ramadan. Imamerna kan föra en dialog kring värdet av medicinering och en normal dygnsrytm.

Att tänka på:

- Vi bedömning av hypomani, utforska omgivningens referenser kring normalt beteende.
- Psykoedukativa insatser kan bidra till en god behandlingsföljsamhet.
- Läkemedelsmetabolism kan variera, se kapitel 15 ”Transkulturell läkemedelsmetabolism”.

Personlighetssyndrom

De generella diagnostiska kriterierna för personlighetssyndrom innefattar varaktiga mönster av inre upplevelser och beteenden som är påtagligt avvikande från vad som är förväntat i personens socio-kulturella miljö (APA, 2013). Mönstret innefattar minst två områden avseende kognitioner, effektivitet (rimlighet i känslor), mel-

lanmänsklig funktionsförmåga och impuls kontroll. Dessa riktlinjer i transkulturell psykiatri begränsas till att beakta kulturella aspekter vid personlighets syndrom. För övrigt hänvisas till Svenska Psykiatriska Föreningens riktlinjer om personlighets syndrom (SPF, 2017).

För att värdera beteenden och personlighets drag behövs kunskaper om normer och traditioner i patientens kulturella och sociala referensvärld (APA, 2013). Beteenden som i ett sammanhang är socialt acceptabla och förväntade kan ses som oacceptabla i ett annat (Paris & Lis, 2012). Ett exempel på hur beteenden kan tolkas på olika sätt:

Hussein ringer till den psykiatriska mottagningen för att få hjälp med sin dotter Emma, snart 21 år. Emma är uppvuxen i en Göteborgsförort. När Emma var knappt två år skildes föräldrarna. De första sju åren bodde Emma växelvis hos sin mamma Anna-Leena och sin pappa och hans nya familj. När Emma är sju år får Hussein ensam vårdnad på grund mammans och styvpappans alkoholproblem. I gymnasiet hoppar Emma av skolan och flyttar till Norge. Emma flyttar runt i Norge och har kortvariga jobb på olika platser. Hon har sporadisk kontakt med föräldrar och småsyskon. Hussein är mycket orolig för Emma medan Anna-Leena ser det som ett tecken på att dottern är på väg att växa upp och frigöra sig. Efter ett allvarligt självmordsförsök lämnar Emma Norge och flyttar hem till modern, som nu separerat från den tidigare sambon. Emma får en del kortvariga arbeten men som alla avslutas då hon hamnar i konflikter. Emma och hennes pojkvän umgås i gäng med mycket hasch och en del kriminalitet.

Plötsligt bryter Emma med pojkvännen och gifter sig, utan familjens kännedom, med en flera år äldre man. Emma ändrar helt livsstil. Hon börjar gå till en liten lokal moské och klär sig i hijab. Emma bryter kontakten med sin pappa då hon tycker att han brister i sin tro. Hussein blir allt oroligare över dottern medan Anna-Leena känner sig lugn och tänker att dottern äntligen hittat en trygg och stabil punkt i tillvaron. Hussein tar kontakt med den lokala psykiatriska mottagningen då han tror att Emma mår mycket dåligt och är på väg att dras in i extremistiska grupper. Hussein uppfattar dotterns beteende som oroande, avvikande och socialt oacceptabelt.

Forskning kring kultur och personlighetssyndrom är än så länge begränsad (Ryder m.fl., 2015). Studier från USA har visat skillnader i förekomst av personlighetssyndrom mellan etnokulturella grupper och att minoritetsgrupper fått mindre vård (Ryder m.fl., 2015). Forskarna Paris och Lis (2012) påpekar att historiskt har psykiatriska sjukdomar presenterats med en varierande symtombild. Vad det gäller borderline personlighetssyndrom menar de att det kan finnas en bred ospecifik sårbarhet, men att symtombilden kan påverkas av kultur och sociala trender och villkor. Kulturell och social variationen kan bidra till svårigheter med att tolka symtom och värdera svårighetsgrad i den kliniska situationen.

I DSM-5 (2013) tas upp att det är viktigt att inte blanda ihop personlighetssyndrom med svårigheter i samband med migration. Vidare att inte tolka annorlunda kulturella vanor, normer, religion eller värderingar som tecken på personlighetssyndrom. I samband med transkulturell diagnostik poängteras värdet av att få kompletterande information från personer som känner till patientens kulturella bakgrund. I DSM-5 finns kommentarer kring kulturell variation i anslutning till de specifika personlighetssyndromen. För paranoid personlighetssyndrom lyfts fram att personer från minoritetsgrupper, invandrare och flyktingar kan visa ett psykologiskt motstånd i kontakt med personer från majoritetssamhället. Detta kan i sin tur leda till reaktioner hos behandlare och en cirkel av misstro. Detta får inte misstolkas som paranoidt personlighetssyndrom. Vad gäller schizoidt personlighetssyndrom tas upp att personer från vissa kulturella bakgrunder ibland har en interpersonell stil som lätt kan misstolkas som schizoid. För schizotypt personlighetssyndrom påtalas att religiösa och kulturella föreställningar riskerar att misstolkas som schizotypa. Exempel på detta är voodoo, tungomålstalande, shamanism, onda ögat eller olika magiska föreställningar.

För antisocialt personlighetssyndrom beskrivs i DSM-5 att det finns en koppling till låg socioekonomisk status. För personer i utsatta miljöer kan antisociala strategier fungera som överlevnadsstrategier och inte behöva vara en psykiatrisk störning. För borderline personlighetssyndrom påtalas att identitetsproblem, särskilt vid missbruk, kan te sig som symtom vid borderline-formen av personlighetssyndrom. För histrioniskt personlighetssyndrom poängteras att normer för interpersonellt beteende varierar mellan kulturella

traditioner. För såväl ängsligt som osjälvständigt personlighetssyndrom tas upp att värderingar kring beroende och närhet är kulturellt färgade (APA, 2013).

För behandling av psykologiska behandlingsmetoder vid personlighetssyndrom tas i Svenska Psykiatriska Föreningens riktlinjer (SPF, 2017) upp vikten av att terapier bygger på teoretiska modeller som är delade av alla i ett team och som även patienter kan förstå. Avseende framtida utvecklingsbehov lyfts värdet av medskapande mellan yrkesperson, patient och närstående fram. Vad gäller transkulturella aspekter kring behandling av personlighetssyndrom finns ännu inte mycket forskning eller metodutveckling.

Att tänka på:

- Vid diagnostik av personlighetssyndrom värdera beteenden med hänsyn till normer i patientens sociala och kulturella referensvärld.

Referenser

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA, American Psychiatric Association. APA 2015 (Mini på Svenska).
- Bogic, M., Ajducovic D., Bremner, S. m.fl. (2012). Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *Br J Psych*, 200: 216–223, doi: 10.1192/bjp.bp.110.084764.
- Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 15: 29, doi: 10.1186/s12914-015-0064-9.
- Bäärnhielm, S. (2014). *Transkulturell psykiatri*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Bäärnhielm, S., & Ekblad, S. (2000). Turkish migrant women encountering health care in Stockholm. A qualitative study of somatization and illness meaning. *Culture Medicine and Psychiatry*, 24: 431–52.
- Cavallera, V, Reggi, M., Abdi, S., Jinnah, Z., Kivelenge, J., Warsame, A. M., Yusuf, A. M., & Ventevogel, P. (2016). Culture, context and mental health of Somali refugees: a primer for staff working in mental health and psychosocial support programmes. Geneva, United Nations High Commissioner for Refugees.
- Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorders in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*, 365: 1309–1314.
- Hollander, A. C. (2013). Social inequalities in mental health and mortality among refugees and other immigrants to Sweden: epidemiological studies of register data. Avhandling, Karolinska Institutet.
- Hollander, A. C., Bruce, D., Burstrom, B. & Ekblad, S. (2011). Gender-related mental-health differences between refugees and non-refugee immigrants – A cross-sectional register-based study. *BMC Public Health*, 11(1): 180.
- Hollander, A. C., Bruce, D., Burström, B. & Ekblad S. (2013). The association between immigrant subgroup and poor mental health: a population-based register study. *J Nerv Ment Dis*. 201(8): 645–52. doi: 10.1097/NMD.0b013e31829dbd64.
- Ikram, U. & Stronks, K. (2016). Preserving and Improving the Mental Health of Refugees and Asylum Seekers. A literature Review for the Health Council of the Netherlands. Department of Public Health. Academic Medical Centre, University of Amsterdam.
- Kleinman, A. (1982). Neurasthenia and depression: A study of somatization and culture in China. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 117–190.
- Kronfol, Z., Zakaria Khalil, M., Kumar, P. m.fl. (2015). Bipolar disorder in the Arab world: a critical review. *Ann. N-Y. Acad. Sci* 1345: 59–66.

- Lindert, J., von Ehrenstainen, O. S., Priebe, S., Mielck, A. & Brähler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 69: 246–257.
- Paris, J. & Lis, E. (2012). Can sociocultural and historical mechanisms influence the development of borderline personality disorder? *Transcultural Psychiatry*, 50(1): 140–151.
- Prady, S. L., Picett, K. E., Petherick, E. S. m.fl. (2016). Evaluation of ethnic disparities in detection of depression and anxiety in primary care during the maternal period: combined analysis of routine and cohort data. *British Journal of Psychiatry*, 208: 453–461. doi: 10.1192/bj.bp114.158832.
- Remes, O., Brayne, C., van der Linde R. & Lafortune L. (2016). A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain and Behaviour*, doi:10.1002/brb3.497(1of33).
- Ryder, A. G., Sunohara, M. & Kirmayer, L. J. (2015). Culture and personality disorder: from a fragmented literature to a contextually grounded alternative. *Curr Opin Psychiatry*, 28: 40–45.
- Socialstyrelsen (2016). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångest-syndrom. Stöd för styrning och ledning. Remissversion.
- Svenska Psykiatriska Föreningen (2014). *Bipolär sjukdom. Kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Stockholm: Gothia Fortbildning. <http://www.svenskpsykiatri.se/spfs-kliniska-riktlinjer/>.
- Svenska Psykiatriska Föreningen (2016). *Personlighetsyndrom. Kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Stockholm: Gothia Fortbildning. <http://www.svenskpsykiatri.se/spfs-kliniska-riktlinjer/>.
- Tinghög, P., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E. m.fl. (2016). *Nyanlända och asylsökande i Sverige. En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor. Röda Korsets Högskolas rapportserie 2016:1*.
- UNHCR (2015). *Culture, Context and Mental Health and Psychosocial Well-being of Syrians. A Review for Mental Health and Psychosocial Support Staff Working with Syrians Affected by Armed Conflict*. Geneva: UNHCR
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J. m.fl. (1996). Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder. *JAMA*, 276: 293–299.
- Åsberg, M. & Mårtensson, B. (2009). Förstämningssyndrom (s. 305–334). I J. Herlofson, L. Ekselius, L-G. Lundh, A. Lundin, B. Mårtensson. & M. Åsberg (red.) (2009). *Psykiatri. Lund: Studentlitteratur*.

6. Psykos

MARIA SUNDVALL

Ökad risk att insjukna i psykos

Det faktum att studier pekar på en ökad risk att insjukna i psykos och schizofreni för personer med migrationsbakgrund och flyktingar (se kapitel 12 ”Psyisk hälsa hos utrikesfödda i Sverige – epidemiologiska aspekter”) har lett till ett ökat intresse för psykosociala faktorerens betydelse. Frågan har också väckts om faktorer i vårdbemötet kan bidra till skillnaden (Socialstyrelsen, 2013).

För kliniker är det viktigt att känna till den ökade risken och frågan om riskfaktorer, men framför allt är det angeläget att fundera igenom hur vården kan förbättra bemötande och behandling av personer med migrationsbakgrund.

Kulturella aspekter av diagnostik

Att höra röster ansågs allmänt tidigare som ett tydligt psykotiskt symptom och ledde nästan alltid till läkemedelsbehandling. De senaste trettio åren har kunskapen om hörselhallucinationer som en internalisering av dissociativa upplevelser ökat. Det kan till exempel handla om att patienten hör förövarens röst i huvudet eller att hen ser syner (Moskowitz, Schäfer & Dorahy, 2008). Dissociativa processer med fragmentering av upplevelser, fantasibenägenhet och sviktande affektreglering är normala i barns utveckling (Carlson, Yates & Sroufe, 2009). Olika psykiatriska symptom inklusive hallucinationer och vanföreställningar beskrivs allt oftare som dimensionella, det vill säga att de kan existera på en glidande skala i en befolkning (van Os, Hanssen, Bijl & Ravelli, 2000).

Flera studier har visat att om man tar hänsyn till kulturella aspekter är det färre patienter som får psykosdiagnos (Zandi et al., 2010; Myers, 2011; Adeponle, Thombs, Groleau, Jarvis & Kirmayer, 2012). Patienten kan ha svårt att berätta om sina livserfarenheter och klinikern kan ha svårt att föreställa sig dessa (Kirmayer, 2003). Minnen av eller rädsla för förföljelse riskerar att uppfattas som psykotiska symtom. Zandi tar som exempel muslimers upplevelse av att vara misstänkliggjorda i dagens värld, något som av vårdpersonal kan uppfattas som vanföreställningar (Zandi et al., 2008).

DSM-5 betonar att vanföreställningar måste bedömas utifrån individens kulturella och religiösa bakgrund och att innehållet i vanföreställningar varierar mellan kulturer. Föreställningar som kan tyckas vara vanföreställningar i en kultur, till exempel att vara utsatt för häxeri, kan vara vanliga i en annan kultur. Syn- eller hörselhallucinationer med religiöst innehåll kan vara en normal del av den religiösa erfarenheten i en del kulturer (American Psychiatric Association, 2013). Det finns en risk att behandlares föreställningar om kulturellt färgade drogvanor leder till att de inte utforskar och identifierar missbruksrelaterade problem (Zandi et al., 2008).

Dissociativa upplevelser anses vara vanligare i kulturer där det finns en kulturellt accepterad erfarenhet av trance-upplevelser i samband med religiösa ritualer och det riskerar att uppfattas som psykos av vårdpersonal (Spiegel et al., 2011).

Här följer ett exempel på hur behandlare måste hantera såväl information om migrationserfarenheter och kulturella föreställningar som olika diagnostiska överväganden, vilka kan växla över tid:

Dureid, en 30-årig man från Syrien, kommer in till akutmottagningen sedan han hotat en busschaufför med kniv. Hans syster som deltar på bedömningssamtalet berättar att hon och Dureid kom till Sverige för tre år sedan och fick uppehållstillstånd. Dureid har klarat SFI ganska bra och börjat leta jobb. För några veckor sedan förändrades han dock. Han har dragit sig undan mer och inte velat gå ut. Vid något tillfälle har hon hört honom tala för sig själv och ibland har han verkat upprörd och nästan aggressiv. Dureid själv säger inte mycket vid samtalet, han är svår att få kontakt med och börjar efter en stund att tala om djinner. Läkaren skriver vårdintyg och han läggs in på avdelning.

Dureid får sömnmedel till kvällen och sover större delen av natten. Vid samtal nästa dag berättar han att han för några veckor sedan på gatan fick syn på en man från hemlandet som han igenkände som den man som dödade hans bror och hotade honom själv till livet. Han beskriver hur han blev tilltagande rädd efter den händelsen och så småningom även började höra röster.

Dureid skrivs ut med sömnmedicin och en låg dos neuroleptika som det dock snart visar sig att han inte tar. Han har fortsatt svårt att ta sig ut hemifrån och är svår att nå i öppenvårdskontakt. Det händer ofta i samtal att han stelnar till och får en glasartad blick samtidigt som han verkar oerhört rädd. Behandlarna lyckas sällan nå fram till honom då och det slutar ofta med att han avbryter samtalet.

Efter en tid tycks dock rädslan ha minskat något och det framkommer att han umgås med en del vänner från hemlandet. En dag meddelar han att han ska börja på praktik genom Arbetsförmedlingen. Behandlarna känner en oro för hur han ska klara det, men det visar sig att det går bra.

För behandlarna blev det i början av vårdkontakten viktigt att utforska vad som var psykotiska besvär, vad som var kulturella uttryck som inte behövde vara uttryck för sjukdom och vad som var traumarelaterade besvär. När de psykosociala effekterna av traumat och de dissociativa besvären med tiden alltmer framstod som centrala, blev det en utmaning för behandlarna att kunna bedöma och stödja Dureid i att stärka sin dagliga funktionsnivå.

Sjukdomsförklaringar och hjälpsökande beteende

En lång period av obehandlad psykos, DUP (Duration of untreated psychosis), har visat sig ha samband med sämre prognos (Marshall et al., 2005). Mot den bakgrunden betonar Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreni-liknande tillstånd* (2011) liksom förslaget till uppdaterade riktlinjer (2017) vikten av tidig intervention vid nydebuterade psykotiska symtom.

I några internationella studier har personer som migrerat visat sig ha längre DUP medan etnicitet inte har visat något tydligt samband (Nerhus et al., 2015; Boonstra et al., 2012; Anderson, Flora, Archie, Morgan & McKenzie, 2014b). Det har diskuterats om stigma mot psykisk sjukdom, okunskap om sjukvårdssystemet och

språkbarriärer kan förklara skillnaderna (Nerhus et al, 2015; Boonstra, et al, 2012). Migranter och personer från etniska minoriteter har också andra vägar in i vården och kommer oftare in med polis och får tvångsvård (Anderson, Flora, Archie, Morgan & McKenzie, 2014a; Boonstra et al., 2012).

Stigma har ett samband med vilken förklaringsmodell man ger till psykisk sjukdom. Studier har visat att personer med psykos utvecklar egna subjektiva sjukdomsförklaringar och kan dra nytta av dem för att bemästra sin situation. Såväl lekmän som personer med psykos tycks oftare ha psykosociala eller andliga förklaringar än biogenetiska. Både biogenetiska och en del andliga förklaringar tycks kunna leda till ökat stigma (Carter, Read, Pyle & Morrison, 2016).

Sjukdomsförklaringar kan också leda till att man söker alternativ hjälp, till exempel hos religiösa vårdgivare eller hos ”traditional healers”, som kanske behandlar med örtmediciner. Det kan fördröja vårdsökandet men också påverka tilliten till vårdgivaren inom psykiatri.

Syn på utredning, behandling och rehabilitering

När patienter med migrationsbakgrund kommer till vården kan språksvårigheter leda till svårigheter att bygga en terapeutisk allians. De flesta språk har ord för att uttrycka psykiskt dåligt mående även om det i många kulturer uttrycks med termer som inkluderar kroppsliga symtom, vilket kan bli svårt att uppfatta för den västerländske klinikern (Hassan et al., 2015). Däremot kan mer specifika termer som depression, psykos och ångest vara svåra att översätta och det kan saknas termer i det talade folkspråket.

Enligt Socialstyrelsens rapport (2013) skiljer sig läkemedelsanvändningen vid psykos beroende på födelseregion. Endast kring hälften av männen som var födda i Afrika, EU27 och Nordamerika hämtade ut antipsykotiska läkemedel som förskrivits av läkare under det fjärde året efter diagnos. För män födda i Sverige var motsvarande siffra 69 procent. Socialstyrelsen menar att skillnaden kan bero på att de inte ordinerats medicin i samma utsträckning, men också på att de väljer att inte hämta ut läkemedel. Detta i sin tur skulle kunna bero på att de fått sämre information eller att de är mer skeptiska till läkemedel. Det är känt att läkemedelstraditioner och syn på konventionella läkemedel varierar. Patienter som vän-

tar sig en snabb effekt av läkemedel och som inte fått noggrann information om läkemedlets förväntade effekt kan också bli besvikna och avbryta behandlingen.

Riktlinjer rekommenderar psykopedagogisk utbildning om sjukdom till patienter, helst tillsammans med anhöriga, liksom social färdighetsträning och aktivitetsträning (Socialstyrelsen, 2011; Socialstyrelsen, 2017; Svenska Psykiatriska Föreningen, 2009). Sådana insatser är ofta okända och kanske inte begripliga för den som inte känner till svensk vård. Traditionella uppfattningar om vikten av att vila även vid psykisk sjukdom och om lämpliga aktiviteter i olika åldrar och för män respektive kvinnor kan göra det svårt att nå fram till bra behandlingsplaner (Pooremamali, Persson & Eklund, 2011).

Patienter och särskilt familjer uttrycker ibland att svenska tvångsvårdslagar är svårbegripliga. Sveriges Kommuner och Landsting har publicerat broschyren *Psykiatrisk tvångsvård – information till dig som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård* på olika språk (2014). Men informationen bör också ges muntligt, i dialog med patienten och familjen och utifrån deras frågeställningar.

Familjens roll

Familjemönster skiljer sig mellan olika kulturer, klasser och generationer och har utvecklats historiskt. Inom samhällsvetenskaperna talar man ofta om kollektivistiska respektive individualistiska kulturer. Enligt den indelningen skulle kollektivistiska kulturer vara mer grupporienterade och betona närgruppens betydelse för att ge socialt stöd, resurser och trygghet. Individualistiska kulturer betonar i högre grad individens självständighet och autonomi (Pooremamali, 2012). Det svenska samhället brukar anges som ett av de mer individualistiska samhällena i världen.

Det finns skäl att vara försiktig med den typen av indelningar och inte generalisera i förhållande till personer vi möter som patienter och anhöriga. Inte desto mindre har många som arbetar i psykosvården en erfarenhet av att familjer med migrationsbakgrund tackar nej till exempelvis boendestöd eller samlat boende för sin anhörige och att det är svårt att motivera dem för anhörigutbildning.

I ett forskningsprojekt undersöktes patienternas, familjernas och personalens uppfattningar om psykosvård. Familjerna beskrev där hur de tog ansvar för sin sjuke familjemedlem, att olika förklarings-

modeller för psykos kunde leda till konflikter inom familjen och att de påverkades negativt av stigmatiserande uppfattningar om psykos i den egna kulturen. De hade svårt att lita på den professionella sekretessen och var frågande inför användning av tvångsvård. De väntade sig inte att personalen skulle ha någon speciell kunskap om deras kultur, men de önskade ett gott samarbete i jämlika termer med personal som skulle ta sig tid att tala med dem (Hultsjö, Berterö & Hjelm, 2009).

Forskning har visat att ett familjeklimat med hög nivå av det som kallas EE, (expressed emotions), kan öka risken för återfall i psykos (Vaughn & Leff, 1976). Det är framför allt två komponenter av EE som visat sig ha ett sådant samband, nämligen emotionellt överengagemang och kritisk hållning. Begreppet har emellertid ifrågasatts och det har visat sig i senare studier att familjeklimatet spelar roll, men att det sannolikt finns kulturella variationer. Till exempel tycks dimensionen överengagemang inte ha samband med återfall i samma grad i olika kontexter (Singh, Harley & Suhail, 2013; Lopez et al., 2004). Det avgörande är hur familjens medlemmar själva upplever klimatet och om de får stöd från sina familjemedlemmar.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer om psykosociala insatser vid schizofreni (2011) liksom i förslaget till uppdaterade riktlinjer (2017) betonas vikten av familjeinterventioner och psykopedagogiska insatser mot anhöriga. Det finns skäl att reflektera över hur sådan utbildning utformas så att patientens och familjens egna erfarenheter och föreställningar blir hörda och så att mötet blir jämlikt och inte skuldbeläggande. Kulturformuleringsintervjun i DSM-5 innehåller frågor som vänder sig till anhöriga och omvårdnadspersoner och som kan vara ett underlag för att stärka relationen till patientens anhöriga.

FAKTARUTA 2

Erfarenheter av familjearbete i psykosvård

Ett team för nyinsjuknade i psykos i Södertälje mötte patienter och anhöriga med migrationsbakgrund. De anhöriga beskrev i många fall att de tidigare inte haft kunskap om psykisk ohälsa och om psykiatri i hemlandet. När deras anhörige insjuknat hade de flesta sökt vårdcentral eller psykiatri direkt, även om det ibland var konfliktfyllt i familjen. De beskrev att de bara kunde tala om sjukdomen med den närmaste familjen – och inte ens med släkten som de annars hade tät kontakt med. Inte heller kunde de tala med kyrkliga företrädare, även om de var religiöst utövande. Många uttryckte uppfattningen att hela familjen skulle drabbas om det kom ut att någon familjemedlem hade psykiska besvär, och ibland ville de avstå från tolk av det skälet.

Det bästa mötet med vården blev när teamet gjorde hembesök. Det uppfattades som mindre skrämmande än heldygnsvården och det gav tid att lära känna vårdgivarna och få förtroende för dem. Samtalen i psykiatri hade för flera patienter och deras familjer inneburit att de för första gången talat med varandra om psykiska besvär och trauman.

Personalen uppfattade att de ofta fick arbeta mer än med svenskfödda familjer för att få deras tillit. På gott och ont sågs de som företrädare för och blev ibland den enda länken till det svenska samhället och de mötte ibland en rädsla för att tidigare erfarenheter av diskriminering skulle upprepas. Genom att teammedlemmarna var flexibla och gav tid och engagemang upplevde de att det skapades ett starkt samarbetsklimat med familjerna. Det hände att familjer uttryckte en förväntan på en stark läkarauktoritet och teamläkaren riskerade att uppfattas som svag ifall hen inte gav tillräckligt tydliga direktiv. Likaså fanns det ibland förväntningar om att teamet skulle ta ställning i familjekonflikter och det blev en balansgång att respektera allas röster och inte ta ställning. (Teman från uppföljningsintervjuer gjorda av psykolog Margit Wallsten och överläkare Maria Sundvall. Se även Sundvall, 2011.)

FAKTARUTA 3

Så kan psykiatri nå ut till fler

Sedan flera år deltar personal från den psykiatriska öppenvården i Järvapsykiatri regelbundet på öppna kvällsmöten med hälsoinformation som Somaliska hälso teamet ordnar för grupper av somalitalande personer på Järvafältet i nordvästra Stockholm. Där kan de i informella former berätta om psykisk ohälsa och om vägar till vården.

Personalens intryck är att de på detta sätt når anhöriga som tidigare inte vetat var de ska söka hjälp och att det lett till att fler somalier sökt sig till mottagningen. (Svenska Dagbladet, 2008.)

Att tänka på:

- Var inte för snabb med psykosdiagnosen.
- Utforska symtomen tillsammans med patienten och dennes närstående. Ett tips är att använda de öppna frågorna i kulturformuleringsintervjun i DSM-5 och att inte bara undersöka symtomens förekomst utan även deras innebörd.
- Kom ihåg att rösthörande och ovanliga föreställningar inte behöver vara tecken på psykos. Ha dissociativa besvär i åtanke.
- Använd tolk och gå igenom bakgrunden till alla insatser noga i samtalet. Ta inte för givet att patienten eller familjen har kunskap om psykisk hälsa eller psykiatrisk vård. Redovisa dina resonemang.
- Undvik enkelriktad undervisning om sjukdom i psykoedukationen. Börja med att efterfråga patientens och anhörigas egna föreställningar och för sedan en dialog där ett brett spektrum av biopsykosociala och kulturella förklaringar kan belysas.
- Håll kontakten med familjerna även om de avvisar vårdens förslag till insatser. Det hjälper anhöriga att klara en ibland tung börda och kan leda till en fruktbar allians på sikt.

Referenser

- Adeponle, A. B., Thombs, B. D., Groleau, D., Jarvis, E. & Kirmayer, L. J. (2012). *Psychiatric Services*, 63(2): 147–53. doi: 10.1176/appi.ps.201100280.
- American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5th ed.) Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Anderson, K. K., Flora, N., Archie, S., Morgan, C. & McKenzie, K. (2014a). A meta-analysis of ethnic differences in pathways to care at the first episode of psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130(4): 257–68. doi: 10.1111/acps.12254.
- Anderson, K. K., Flora, N., Archie, S., Morgan, C. & McKenzie, K. (2014b). Race, ethnicity, and the duration of untreated psychosis: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(7): 1161–74. doi: 10.1007/s00127-013-0786-8.
- Boonstra, N., Sterk, B., Wunderink, L., Sytema, S., De Haan, L. & Wiersma, D. (2012). Association of treatment delay, migration and urbanicity in psychosis. *European psychiatry*, 27(7): 500–5. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.05.001.

- Carlson, E. A., Yates, T. M. & Sroufe, L. A. (2009). Development of dissociation and development of the self. I Dell, O'Neill & Somer. *Dissociation and the dissociative disorders*. New York: Routledge.
- Carter, L., Read, J., Pyle, M. & Morrison, A. P. (2016). The impact of causal explanations on outcome in people experiencing psychosis: A systematic review. *Clinical psychology & psychotherapy*. doi: 10.1002/cpp.2002. [Epub ahead of print].
- Hassan, G., Kirmayer, L. J., Mekki-Berrada A., Quosh, C., el Chammay, R., Deville-Stoetzel, J.B., Ventevogel, P. (2015). Culture, Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians: A Review for Mental Health and Psychosocial Support staff working with Syrians Affected by Armed Conflict. Genève: UNHCR.
- Hultsjö, S., Berterö, C. & Hjelm, K. (2009). Foreign-born and Swedish-born families' perceptions of psychosis care. *International journal of mental health nursing*, 18(1): 62-71. doi: 10.1111/j.1447-0349.2008.00587.x.
- Kirmayer, L. J. (2003). Failures of imagination: The refugee's narrative in psychiatry. *Anthropological medicine*, 10(2): 167-85. doi: 10.1080/1364847032000122843.
- López, S. R, Hipke, K. N., Polo, A. J., Jenkins, J. H., Karno, M., Vaughn, C. & Snyder, K. S. (2004). Aug; Ethnicity, expressed emotion, attributions, and course of schizophrenia: family warmth matters. *Journal of abnormal psychology*, 113(3): 428-39.
- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P. & Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Archives of general psychiatry*, 62(9): 975-83.
- Moskowitz, A., Schäfer, I. & Dorahy, M. J. (red.) (2008). *Psychosis, trauma and dissociation. Emerging perspectives on severe psychopathology*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Myers, N. L. (2011). Update: schizophrenia across cultures. *Current Psychiatry Reports*, 13(4): 305-311.
- Nerhus, M., Berg, A. O., Haram, M., Kvitland, L. R., Andreassen, O. A. & Melle, I. (2015). Migrant background and ethnic minority status as predictors for duration of untreated psychosis. *Early intervention in psychiatry*, 9(1): 61-5. doi: 10.1111/eip.12106.
- Pooremamali, P., Persson, D. & Eklund, M. (2011). Occupational therapists' experience of working with immigrant clients in mental health care. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 18(2): 109-121. doi: 10.3109/11038121003649789.
- Pooremamali, P. (2012). Culture, occupation and occupational therapy in a mental health care context. The challenge of meeting the needs of Middle Eastern immigrants. Avhandling. Malmö högskola, Fakulteten för hälsa och samhälle, Malmö.

- Singh, S. P., Harley, K. & Suhail, K. (2013). Cultural specificity of emotional overinvolvement: a systematic review. *Schizophrenia Bulletin*, 39(2): 449–63. doi: 10.1093/schbul/sbr170.
- Socialstyrelsen (2011). *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2013). *Att ha schizofreni och vara utrikesfödd – insjuknande, vård och levnadsförhållanden hos invandrare jämfört med personer födda i Sverige*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2017). *Nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning. Remissversion*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., Dell, P. F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(12): E17–45. doi: 10.1002/da.20923.
- Sundvall, M. (2011). «Familjen kan aldrig släppa taget» – erfarenheter från familjearbete i ett psykosteam i mångkulturell miljö. *Fokus på familjen*, 39(3): 196–209.
- Svenska Dagbladet (2008). *I händerna på Gud och svensk psykiatri*. 26 november 2008.
- Svenska Psykiatriska Föreningen. (2009). *Schizofreni – kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Stockholm: Gothia Förlag.
- Van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R. V. & Ravelli, A. (2000). Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population? *Schizophrenia Research*, 45(1–2): 11–20.
- Vaughn, C. & Leff, J. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British journal of social and clinical psychology*, 15(2): 157–65.
- Zandi, T., Havenaar, J. M., Limburg-Okken, A. G., van Es, H., Sidali, S., Kadri, N., Kahn, R. S. (2008). The need for culture sensitive diagnostic procedures: a study among psychotic patients in Morocco. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(3): 244–50.
- Zandi, T., Havenaar, J. M., Smits, M., Limburg-Okken, A. G., van Es, H., Cahn, W., van den Brink, W. (2010). First contact incidence of psychotic disorders among native Dutch and Moroccan immigrants in the Netherlands: influence of diagnostic bias. *Schizophrenia Research*, 119(1–3): 27–33. doi: 10.1016/j.schres.2010.02.1059.

7. Utvecklingsrelaterade kognitiva funktionsnedsättningar

Lena Nylander

Med ovanstående benämning menas i första hand Adhd, autism (ASD) respektive intellektuell funktionsnedsättning (ID). Det gemensamma för dessa tillstånd är att de ger symtom alltifrån tidig barndom (för Adhd före 12 års ålder, för ASD respektive ID från förskoleålder) och att de innebär att vissa av individens kognitiva funktioner är varaktigt nedsatta jämfört med vad som är normalt för åldern. Med kognitiva funktioner menas de redskap individen har för att tillgodogöra sig information från omgivningen, tolka informationen och styra sitt beteende så att det blir ändamålsenligt, energisnålt och flexibelt. Diagnoserna ställs utifrån personens beteende (det vill säga resultatet av de kognitiva funktionsnedsättningarna), utvecklingsanamnesen (det vill säga förloppet med tidig debut och varaktighet) samt bedömning av aktuell kognitiv funktion (gäller särskilt ID). Även om man är överens om att dessa kognitiva funktionsnedsättningar har sin bakgrund i en medfödd eller tidigt förvärvad hjärndysfunktion känner man ännu inte till några biologiska markörer som kan användas diagnostiskt. Orsakerna är med all sannolikhet heterogena, även när det gäller samma diagnos.

Av ovanstående funktionsnedsättningar är Adhd ojämförligt vanligast bland vuxna patienter i psykiatrin (drygt 20 procent), medan personer med en utvecklingsstörning respektive ASD är ganska ovanliga (cirka 1 respektive 2–4 procent).

Adhd

Adhd innebär en utvecklingsrelaterad funktionsnedsättning när det gäller att styra sin uppmärksamhet och aktivitetsnivå. För diagnos krävs att funktionsnedsättningen är varaktig och påverkar negativt i olika miljöer. Den generella intellektuella nivån kan vara låg, medelmåttig eller hög, men testresultaten på till exempel WISC eller WAIS dras ner av de bristerna i uppmärksamhet och arbetsminne. Det är lättare att missa Adhd hos en person med hög begåvning, men också lätt att övertolka och ställa Adhd-diagnos hos personer med låg begåvning eller ID. Förmågan till uthållighet, uppmärksamhet och impuls kontroll måste ses i relation till personens övriga förmågor. I sociala sammanhang är en del personer med Adhd uppmärksamma och impulsiva, vilket felaktigt kan leda tanken till ASD.

Vuxna med Adhd drabbas inte sällan av psykisk ohälsa, till exempel depression, ångesttillstånd med mera. En del får problem med missbruk eller kriminalitet.

Det finns prevalensstudier av Adhd från många länder och oftast av skolbarn; prevalensen anses ligga kring 4–5 procent hos barn och är något lägre hos vuxna. Hos några av barnen med Adhd minskar symtomen alltså i tonåren och ger inte längre funktionshinder i vuxen ålder.

I en stor svensk studie var frekvensen av barns användning av medicin mot Adhd lägre i områden med hög andel immigranter, vilket skulle kunna tolkas som att barn i dessa områden i mindre utsträckning fick adekvat hjälp (Jablonska et al., 2016). Behandling av Adhd består av dels farmaka (framför allt centralstimulantia; andra alternativ finns), dels miljöanpassning för att underlätta informationsbearbetning och stötta de exekutiva funktioner som sviktar hos individen.

ASD

ASD innebär en utvecklingsrelaterad funktionsnedsättning när det gäller förmåga att kommunicera och fungera i sociala sammanhang, i kombination med bristande flexibilitet i intressen, uttrycksätt och aktiviteter och ofta avvikelser i uppfattning och tolkning av sinnesintryck. Personer med ASD har grundläggande svårigheter att uppfatta och använda helheter och sammanhang, vilket påverkar deras tolkning av information från omgivningen. Detta gäller sär-

skilt i sociala situationer, där sammanhangsförståelse är av största vikt. Den generella intellektuella nivån kan vara låg, medelmåttig eller i enstaka fall hög. ASD är vanligare på låga begåvningsnivåer och man har räknat med att cirka hälften av alla med medelsvår eller svår/djup ID har ASD. Särskilt bland personer som inte har samtidig ID är den så kallade kognitiva profilen ofta ojämn, till och med extremt ojämn, vilket kan leda till att personens förmågor både över- och underskattas.

Prevalensen av ASD (den övervägande delen av studier gäller barn) brukar uppskattas till 0,5–1 procent. ASD i kombination med ID visade sig vara vanligare bland barn som fötts av mödrar som migrerat från länder med låg socioekonomisk utvecklingsnivå, särskilt om migrationen skett kring tiden för graviditeten (Magnusson et al., 2014). I samma studie var ASD i kombination med normal begåvning mindre vanligt bland barn till mödrar i motsvarande situation, jämfört med icke-migrerade mödrar. Det finns studier som tyder på att symtomen kan minska hos ett mindre antal med ASD och normal begåvning, så att diagnosen inte längre kan ställas i vuxen ålder.

De autistiska symtomen låter sig inte påverkas av farmaka utan insatser till personer med autism inriktas i första hand på att underlätta informationsbearbetningen genom tydliggörande pedagogik och genom att på olika sätt kompensera för bristerna i sammanhangsförståelse. Insatserna måste givetvis utformas olika utifrån individens intellektuella och språkliga nivå.

ID

ID, eller personer med en utvecklingsstörning, definieras som en framtestad intellektuell nivå lägre än cirka 2 standarddeviationer under genomsnittet i befolkningen (i praktiken en intelligenskvot/IK på 70–75 eller lägre), vilken ger anpassningssvårigheter i det dagliga livet. Inom gruppen med ID brukar man tala om fyra nivåer: djup, svår, medelsvår och lindrig ID, med lägst prevalens för djup ID. Många med ID har andra samtidiga funktionsnedsättningar/ flerfunktionshinder, framför allt de med medelsvår, svår och djup ID. ASD är vanligt i dessa grupper, liksom att förmågan till ändamålsenlig styrning av uppmärksamhet och beteende är nedsatt i motsvarande grad som den intellektuella förmågan.

Funktionshindret hos personer med ID är ytterst varierande,

beroende på svårighetsgraden av den intellektuella funktionsnedsättningen och på eventuella samtidiga somatiska och psykiska problem. Väsentlig inverkan har givetvis givna eller uteblivna stödinsatser. Det är stor skillnad i förmågor mellan personer med svår/djup ID och personer med lindrig ID. De som är utåtriktade och har stort ordförråd blir ofta överskattade av sin omgivning, vilket kan ge stress och negativa reaktioner.

Prevalensen av ID är något osäker; det rör sig om 1–2 procent av befolkningen. Med adekvata stödinsatser kan vuxna med lindrig ID ofta leva ett liv med någon form av (skyddat) arbete, självständigt boende (med stöd) och relationer. Några bildar familj.

Diagnostik av Adhd, ASD och ID

Samtliga kan (och bör, i de flesta fall) diagnostiseras i barndomen, vilket nu för tiden oftast sker när det gäller barn som vuxit upp i Sverige, men inte kan förutsättas när det gäller personer med uppväxt utomlands. Eftersom kunskapen om dessa funktionsnedsättningar hos vuxna är tämligen ny finns en hel del vuxna som skulle ha nytta av diagnos för att få adekvata insatser – detta gäller framför allt förstås Adhd och ASD. ID är i regel tidigt misstänkt och diagnostiserad hos svenskfödda personer, men bland utlandsfödda är detta inte alltid fallet. ID kan vara bakgrund till att en vuxen exempelvis misslyckas med studier och arbete eller drabbas av ångest/depression.

Diagnostiken vilar i stor utsträckning, oavsett patientens ålder, på en noggrann utvecklingsanamnes. Man bör försöka få en intervju med någon som känt personen som barn. Man måste i dessa sammanhang försöka bilda sig en uppfattning om under vilka villkor personen har växt upp, hur skolgången har fungerat och vilka arbetstillfällen som har stått till buds. Personer med uppväxt i andra länder eller med flyktningbakgrund har kanske inte alls haft tillgång till undervisning, vilket kan ge låga resultat i vissa tester. I många länder är diagnoserna Adhd och ASD okända. ID, och även symtomen på Adhd eller ASD, kan i en del kulturer uppfattas som skamliga och kanske gör familjen försök att dölja svårigheterna. Det kan vara svårt att genomföra en utvecklingsanamnestisk intervju på grund av såväl språksvårigheter som problem med att förhålla sig till begrepp och beteenden. En del familjer (oavsett kulturell bakgrund) blir vana vid sin familjemedlems annorlunda beteende medan andra

har svårare att tolerera även små avvikelser från normen. En psykiatrisk diagnos kan uppfattas som en obehaglig märkning av både personen och familjen/slakten, samtidigt som man inte sällan har en stark tro på läkarens kunnskap och förmåga att hjälpa. Att få en diagnos som innebär en, troligen långvarig, funktionsnedsättning där samtidigt ingen medicinsk behandling finns (till exempel ASD eller ID) kan uppfattas som enbart negativt.

Diagnoskriterierna betecknar avvikelser i förhållande till vad som förväntas i den kulturella närmiljö där personen befinner sig. I all diagnostik, och särskilt när det som här gäller långvariga funktionsnedsättningar, är det en stor fördel om man kan få hjälp av personer med kunskap om personens sociala och kulturella miljö. Om inte sådana professionella finns att tillgå kan det finnas personer i patientens omgivning som (givetvis med patientens medgivande) kan hjälpa till. Vid begävningsstestning är det den testande psykologens ansvar att se till att bedömningen blir så riktig som möjligt och att språk och kultur påverkar resultaten så lite som möjligt.

När resultaten av bedömningen delges patienten (och förhoppningsvis närstående) måste man lägga stor vikt vid att se till att ge korrekt, begriplig information och se till att mottagarna har förstått. Diagnostik bör inte utföras som ensamarbete; det optimala utredningsteamet består av psykiater och psykolog.

Differentialdiagnostik

Att skilja Adhd, ASD respektive ID från andra psykiatriska tillstånd och sjukdomar kan vara svårt, särskilt som en utvecklingsrelaterad kognitiv funktionsnedsättning innebär en ökad sårbarhet för psykisk sjukdom. Många drabbas av ångest och depressioner eller andra både lindriga och svåra tillstånd. Posttraumatiskt stressyndrom, PTSD, kan symtommässigt likna (eller innebära) en kognitiv funktionsnedsättning, men har ju liksom annan psykisk sjukdom ett förlopp som skiljer den från de utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningarna. Koncentrationsstörningar och nedsatt social förmåga finns vid de flesta psykiska sjukdomar, åtminstone i det akuta skedet. Det finns även somatiska sjukdomar som man bör ha i minnet och som kan påverka kognitiva funktioner, till exempel brist-sjukdomar, epilepsi, infektioner som påverkar CNS, sköldkörtel-sjukdomar med flera.

När det gäller den psykiatriska differentialdiagnostiken är det alltså förloppet, eller utvecklingsanamnesen, som är utslagsgivande.

I ett transkulturellt perspektiv kan differentialdiagnostiken erbjuda särskilda svårigheter. Många gånger saknas anhöriga som kan bidra med barndomsanamnes. Ofta saknas kunskap om patientens bakgrund och det sammanhang han/hon bott och vuxit upp i. Om patienten inte riktigt behärskar svenska språket begränsar detta honom/henne i att uttrycka fullt ut det han/hon vill berätta. Språksvårigheter påverkar testresultat och bidrar till låga siffror. Det finns också olika uppfattningar och referensramar för olika fenomen utifrån olika kulturella bakgrunder.

Patienter som befunnit sig i traumatiska situationer kan utveckla och uppvisa olika rigida beteendemönster som liknar, men inte fyller kriterierna för, utvecklingsrelaterad funktionsnedsättning.

Patientens berättelse och den breda kliniska intervjun blir en viktig del i differentialdiagnostiken; hur patienten förstår och beskriver sin sjukdom, vilka bakomliggande faktorer som kan förknippas med den nuvarande situationen och symtomen. Att inse komplexiteten och att sätta kvantitativa såväl som kvalitativa testresultat samt symtomen i relation till patientens sociokulturella bakgrund, kontext och identitet kan ge oss kvalitativ information och en helhetsbild som är avgörande för differentialdiagnostiken.

Samtidig sjukdom

Som nämnts är samtidig psykisk sjukdom vanlig och ska behandlas på sedvanligt sätt, men med hänsyn tagen till funktionsnedsättningen (till exempel försiktighet med psykofarmakodosen till patienter med ASD eller ID: noggrant övervägande av lämpligheten och individualiserad anpassning av psykoterapeutiska metoder). Sårbarheten för PTSD kan antas vara ökad hos personer med kognitiv funktionsnedsättning. Utveckling av beroende/missbruk är särskilt vanligt vid Adhd. Psykossjukdom kan drabba personer med Adhd såväl som med ASD eller ID – i de senare grupperna har beskrivits en ökad prevalens jämfört med hela befolkningen.

Uppföljning och behandling

Symtomen vid Adhd kan minska påtagligt med farmakologisk behandling. Det brukar vara viktigt att närstående är väl informerade om medicinens effekt och biverkningar och att behandlingen sköts med god kontinuitet. Det är alltså viktigt att bygga en god relation till patienten och hans/hennes omgivning. På många håll erbjuds patient- och anhörigutbildning, som ju måste anpassas till deltagarnas språk- och kultursfär. Arbetsterapeutiska insatser för att underlätta i vardagen brukar behövas, och det kan vara en grannliga uppgift att komma in i personens hem och föreslå förändringar av rutiner. Behandlarna behöver förklara för patienten och närstående att behandling och insatser inte är en kur som ska bota personen utan är hjälpmedel som måste finnas kontinuerligt för att vederbörande ska kunna fungera optimalt.

På de flesta håll i Sverige har personer med ASD-diagnos tillgång till insatser från regional vuxenhabilitering. Även om man kan söka dit själv brukar det underlätta med en remiss där diagnosunderlag och behov beskrivs tydligt. Innan patienten remitteras är det ett ansvar för den som ställt diagnosen att informera om diagnosens betydelse och hur man kommit fram till den. Att skapa konsensus med patienten och hans/hennes närstående är väl använd tid. Om personen med ASD har behov av psykiatrisk behandling måste kontakten med psykiatrien kvarstå, med god kontinuitet (ASD innebär en särskild känslighet när det gäller förändringar och rutinbrott). ASD-diagnosen innebär också en rättighet att få de insatser som beskrivs i LSS-lagen, om man har behov av sådana insatser. Personen bör alltså hänvisas till kommunens LSS-handläggare för behovsbedömning om man tror att behov föreligger. För personer som inte är välbekanta med svensk lag och praxis bör innebörden av LSS och kommunens uppgifter beskrivas tydligt, till exempel att alla insatser är frivilliga och att man inte blir "inskriven". Ibland behövs en god man.

Personer med ID har samma rättigheter till vuxenhabilitering och LSS-insatser som beskrivs ovan. I Sverige blir man inte omtydligförklarad om man har ID, men man kan ha god hjälp av en god man, vilket bör förklaras tydligt och läkarintyg utfärdas vid behov. Psykiaterkontakten bör behållas om personen har behov av behandling mot psykisk ohälsa.

Att tänka på:

- ID är inte alltid diagnostiserad i barndomen hos utlandsfödda personer – det kan gälla även svåra former av ID.
- Tänk på Adhd, ID (eller svagbegåvning) eller ASD som bakgrund till behandlingsresistens vid depression/ångest/PTSD eller vid bristande förmåga till inläring/anpassning.
- Testningar måste anpassas språkligt och kulturellt till den testade personen.
- Försök få med kompetens om personens sociala och kulturella miljö i bedömningen av framför allt ASD eller ID – via patientens närstående eller professionella med kulturkompetens.
- Förklara procedurer och innebörd av diagnos – att uppnå konsensus kring diagnos med patient och närstående är väl använd tid.
- Tänk på att vad som anses vara acceptabelt och önskvärt beteende hos barn och ungdomar kan variera i olika kulturer. Egenskaper och färdigheter kanske bedöms utifrån vad som behövs för vanliga sysselsättningar i ursprungslandet, snarare än vad som behövs i en svensk skola.
- Tänk på att kognitiva funktionsnedsättningar/udda beteende kan vara skambelagt för hela familjen/släkten i den kultur patienten kommer ifrån.

Referenser

- Jablonska, B. et al. (2016). Neighborhood socioeconomic characteristics and utilization of ADHD medication in schoolchildren: A population multilevel study in Stockholm County. *J Atten Disord.* 2016 Apr 19. pii: 1087054716643257.
- Magnusson, C. et al. (2012). Migration and autism spectrum disorder: population-based study. *Br J Psychiatry* 201: 109-15.

8. Posttraumatisk stress

HANS PETER SØNDERGAARD OCH KERSTIN BERGH JOHANNESSEN

Inledning

Det är känt att många olika påfrestningar kan orsaka psykiska besvär i form av depression, ångesttillstånd och psykoser. Post-traumatiskt stressyndrom (PTSD) är dock det enda psykiska sjukdomstillstånd där psykiskt trauma ingår i diagnoskriterierna. Nedanstående text bygger dels på den vetenskapliga dokumentation som vi tagit del av, dels på mångåriga personliga kliniska erfarenheter av att arbeta med traumatiserade patienter.

Det finns flera definitioner av vad man menar med ett psykiskt trauma. En definition av psykiskt trauma är en skada mot psyket som uppstår som resultat av en extremt plågsam händelse. Traumat kan vara ett resultat av överväldigande stress som överträffar individens förmåga att hantera eller integrera de upplevelser, tankar eller känslor som händelsen aktiverar. Det kan handla om enstaka händelser eller upprepade händelser. Reaktionerna kan visa sig ganska snart efter händelsen, men kan också komma senare. PTSD är ett plågsamt tillstånd som kan leda till allvarliga långsiktiga negativa konsekvenser för individens förmåga att fungera i sin vardag. En del individer utvecklar besvär som inte helt uppfyller kriterierna för PTSD, så kallad subklinisk PTSD, vilket likafullt orsakar lidande och en försämrad livskvalitet.

Hur en person upplever en traumatisk händelse varierar. Männskor reagerar olika på samma händelse. Det betyder att inte alla människor som upplever en potentiellt traumatiserande händelse blir psykiskt traumatiserade. Skillnaden i reaktioner kan bero på

olika individuella förutsättningar och skyddande faktorer, som exempelvis bra tillgång till socialt stöd, vilket kan skapa förutsättningar för hur man kan hantera den traumatiska upplevelsen.

Sjukdomsbilden

PTSD definieras utifrån de diagnostiska kriterierna i ICD-systemet och DSM-5 (American Psychiatric Association, APA, 2013). Inför den kommande upplagan av ICD, ICD-11, föreslås särskilja två typer av PTSD, nämligen å ena sidan PTSD efter enstaka traumatiska händelser och å andra sidan PTSD efter upprepad eller långvarig traumatisering, så kallad komplex PTSD.

I DSM-5 systemet har man valt att inte inkludera komplex PTSD, men insikten att det finns svårare former av PTSD och att det finns en dissociativ undertyp har gjort att man i PTSD-diagnosen har inkluderat flera möjliga symtom jämfört med DSM IV, nämligen de som förekommer oftare vid komplex PTSD. I faktabrutan nedan beskrivs kriterierna för PTSD enligt DSM-5 med tillstånd av utgivaren (Pilgrim Press). Symptom med * markerar dem som ingår i diagnosen komplex PTSD i ICD-11.

FAKTARUTA 4

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) 309.81 (F43.1)

Obs: Följande kriterier avser vuxna, tonåringar och barn som är äldre än 6 år. För barn som är 6 år eller yngre, se motsvarande kriterier nedan.

- A.** Exponering för faktisk död eller livsfara, allvarlig skada eller sexuell våld på ett (eller fler) av följande sätt:
1. Själv utsatt för en eller flera traumatiska händelser.
 2. Själv bevittnat en eller flera sådana händelser där någon annan drabbats.
 3. Underrättats om att en traumatisk händelse drabbat en nära familjemedlem eller en nära vän. *Obs:* När det rör sig om faktisk död eller livsfara som drabbat en familjemedlem eller nära vän måste det ha rört sig om en våldsam händelse eller ett olycksfall.
 4. Vid upprepade tillfällen, eller under extrema omständigheter, exponerats för motbjudande företeelser vid en eller flera traumatiska händelser (till exempel först på plats att hantera mänskliga kvarlevor; utredare vid polisen som vid upprepade tillfällen konfronteras med detaljer kring övergrepp mot barn).

Obs: Kriterium A4 avser inte exponering via elektroniska media, television, film eller bilder, såvida inte den här exponeringen sker under tjänsteutövning.

B. Ett eller fler av följande påträngande symtom associerade med den traumatiska händelsen föreligger med debut efter att händelsen inträffat:

1. Återkommande, ofrivilliga, påträngande och plågsamma minnen av den traumatiska händelsen.

Obs: Hos barn som är äldre än 6 år kan teman eller aspekter av den traumatiska händelsen uttryckas i återkommande lekar.

1. Återkommande mardrömmar där innehållet och/eller affektläget i drömmen är kopplat till den traumatiska händelsen.

Obs: Hos barn kan mardrömmar förekomma utan att innehållet har tydlig koppling till händelsen.

1. Dissociativa reaktioner (till exempel flashback) där personen upplever det som om, eller handlar som om, den traumatiska händelsen upprepas på nytt. (Sådana reaktioner kan visa sig längs ett kontinuum, där det mest extrema uttrycket är att personen helt tappar kontakten med den pågående nusituationen.) **Obs:** Hos barn kan traumaspecifikt återupprepande förekomma under lek.

2. Intensiv eller utdragen psykisk plåga vid exponering för inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen.

3. Uttalade fysiologiska reaktioner på inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen.

C. Ständigt undvikande av stimuli associerade med den traumatiska händelsen, med debut efter att händelsen inträffat, vilket visar sig i ett, eller bägge, av följande:

1. Undviker, eller bemödar sig om att undvika, plågsamma minnen, tankar eller känslor om den traumatiska händelsen, eller som är nära associerade med händelsen.

2. Undviker, eller bemödar sig om att undvika, yttre omständigheter (personer, platser, samtal, aktiviteter, föremål, situationer) som framkallar plågsamma minnen, tankar eller känslor om den traumatiska händelsen, eller som är nära associerade med händelsen.

- D.** Negativa kognitiva förändringar och negativt förändrad sinnesstämning med koppling till den traumatiska händelsen, med debut eller försämring efter att den traumatiska händelsen inträffat, vilket visar sig i två (eller fler) av följande:
1. Oförmögen att minnas någon viktig aspekt av den traumatiska händelsen (beror på dissociativ amnesi och inte på andra faktorer som skallskada, alkohol eller droger).
 2. Ihållande och överdrivna negativa uppfattningar eller förväntningar på sig själv, andra eller världen (till exempel "jag är värdelös", "man kan inte lita på en enda människa", "världen är genomgående farlig", "hela mitt nervsystem är förstört för alltid"). *
 3. Ihållande, förvanskade tankar om orsaken till eller konsekvenserna av den traumatiska händelsen, vilket leder till att personen anklagar sig själv eller andra.
 4. Ihållande negativt känslotillstånd (till exempel rädsla, skräck, vrede, skuld eller skam).
 5. Klart minskat intresse för eller delaktighet i viktiga aktiviteter.
 6. Känsla av likgiltighet eller främlingskap inför andra människor.
 7. Ihållande oförmåga att uppleva positiva känslor (till exempel kan inte känna lycka, tillfredsställelse eller kärlek).
- E.** Markanta förändringar av personens stimulusreaktioner som en följd av den traumatiska händelsen, med debut eller försämring efter att den traumatiska händelsen inträffat, vilket visar sig i två (eller fler) av följande:
1. Irritabel och argsint (redan vid liten eller obefintlig provokation), vilket i typfallet visar sig i form av verbal eller fysisk aggressivitet mot människor eller föremål.*
 2. Hänsynslöst eller självdestruktivt beteende.*
 3. Överdrivet vaksam.
 4. Lättskrämd.
 5. Koncentrationssvårigheter.
 6. Sömnstörning (till exempel svårt att somna, täta uppvaknanden eller orolig sömn).
- F.** Varaktigheten av symtomen (kriterierna B, C, D och E) mer än 1 månad.
- G.** Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion socialt, i arbete eller inom andra viktiga funktionsområden.

- H.** Symtomen kan inte tillskrivas fysiologiska effekter av någon substans (till exempel läkemedel, alkohol) eller något annat medicinskt tillstånd.

Specificera form:

Med dissociativa symtom: Symtomen uppfyller kriterierna för posttraumatiskt stressyndrom. Som reaktion på stressorn upplever personen dessutom, ihållande eller återkommande, något av följande symtom:

1. **Depersonalisation:** Ihållande eller återkommande upplevelser av att känna sig avskild från sig själv, som en utomstående observatör av de egna psykologiska processerna eller den egna kroppen (till exempel känner sig som i en dröm; har överklighetskänslor inför sig själv eller sin kropp eller en känsla av att tiden går överkligt långsamt).
2. **Derealisation:** Ihållande eller återkommande känsla av att omvärlden är överklig (till exempel omgivningen upplevs som överklig, drömliknande, avlägsen eller förvanskad).

Obs: För att den här subklassifikationen ska vara tillämplig, ska de dissociativa symtomen inte kunna tillskrivas fysiologiska effekter av någon substans (till exempel blackout, beteende under alkoholfrus) eller något annat medicinskt tillstånd (till exempel komplexa, partiella epileptiska anfall).

Specificera om:

Med fördröjd debut: Anges om de diagnostiska kriterierna inte är helt uppfyllda förrän efter minst 6 månader efter händelsen (några symtom kan emellertid ha debuterat och visat sig tidigt i förloppet).

Posttraumatiskt stressyndrom hos barn 6 år eller yngre

- A.** För barn 6 år eller yngre, exponering för faktisk död eller livsfara, allvarlig skada eller sexuellt våld på ett (eller fler) av följande sätt:
1. Själv utsatt för en eller flera traumatiska händelser.
 2. Själv bevittnat en eller flera sådana händelser där någon annan drabbats, i synnerhet primära vårdnadshavare.
Obs: Att bevittna inkluderar inte händelser som betraktas via elektroniska media, television, film eller bilder.
 3. Underrättats om att en traumatisk händelse drabbat en förälder eller annan vårdnadshavare.
- B.** Ett eller fler av följande påträngande symtom associerade med den traumatiska händelsen föreligger med debut efter att händelsen inträffat:
1. Återkommande, ofrivilliga, påträngande och plågsamma minnen av den traumatiska händelsen.

Obs: Spontana och påträngande minnen behöver inte nödvändigtvis upplevas som plågsamma och kan komma till uttryck via återupprepning under lek.

2. Återkommande mardrömmar där innehållet och/eller affektläget i drömmen är kopplat till den traumatiska händelsen.

Obs: Det är inte alltid möjligt att säkerställa att det skrämmande innehållet har koppling till händelsen.

3. Dissociativa reaktioner (till exempel flashback) där barnet upplever det som om, eller handlar som om, den traumatiska händelsen upprepas på nytt. (Sådana reaktioner kan visa sig längs ett kontinuum, där det mest extrema uttrycket är att barnet helt tappar kontakten med den pågående nusetuationen.) Sådant traumaspecifikt återuppreparande kan förekomma under lek.
 4. Intensiv eller utdragen psykisk plåga vid exponering för inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen.
 5. Uttalade fysiologiska reaktioner inför sådant som påminner om den traumatiska händelsen.
- c.** Ett (eller fler) av följande symtom som antingen innebär ett ständigt undvikande av stimuli associerade med den traumatiska händelsen, eller negativa kognitiva förändringar och negativt förändrad sinnestämning med koppling till den traumatiska händelsen, måste föreligga, med debut eller försämring efter att händelsen inträffat:

STÄNDIGT UNDVIKANDE AV STIMULI

1. Undviker, eller bemödar sig om att undvika, aktiviteter, platser eller föremål som framkallar minnen av den traumatiska händelsen.
2. Undviker, eller bemödar sig om att undvika, personer, samtal eller mellanmännsliga situationer som framkallar minnen av den traumatiska händelsen.

NEGATIVA KOGNITIVA FÖRÄNDRINGAR

3. Tydligt ökad förekomst av negativa känslotillstånd (till exempel rädsla, skuld, ledsenhet, skam, förvirring).*
4. Klart minskat intresse för eller delaktighet i viktiga aktiviteter, inkluderat minskat intresse för lek.
5. Socialt tillbakadraget beteende.
6. Tydligt minskad förekomst av positiva känslouttryck.

- D.** Förändringar av barnets stimulusreaktioner som en följd av den traumatiska händelsen, med debut eller försämring efter att den traumatiska händelsen inträffat, vilket visar sig i två (eller fler) av följande:
1. Irritabel och argsint (redan vid liten eller obefintlig provokation), vilket i typfallet visar sig i form av verbal eller fysisk aggressivitet mot människor eller föremål (inkluderat extrema raseriutbrott).
 2. Överdrivet vaksam.
 3. Lättskrämd.
 4. Koncentrationssvårigheter.
 5. Sömnstörning (till exempel svårt att somna, täta uppvaknanden eller orolig sömn).
- E.** Varaktigheten av symtomen mer än 1 månad.
- F.** Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrade relationer till föräldrar, syskon, kamrater eller personer som utövar tillsyn, eller försämrat beteende i skolan.
- G.** Symtomen kan inte tillskrivas fysiologiska effekter av någon substans (till exempel läkemedel, alkohol) eller något annat medicinskt tillstånd.

Specifcera form:

Med dissociativa symtom: Symtomen uppfyller kriterierna för posttraumatiskt stressyndrom, och barnet upplever ihållande eller återkommande något av följande symtom:

1. Depersonalisation: Ihållande eller återkommande upplevelser av att känna sig avskild från sig själv, som en utomstående observatör av de egna psykologiska processerna eller den egna kroppen (till exempel känner sig som i en dröm; har överklighetskänslor inför sig själv eller sin kropp eller en känsla av att tiden går överkligt långsamt).
2. Derealisation: Ihållande eller återkommande känsla av att omvärlden är överklig (till exempel omgivningen upplevs som överklig, drömliknande, avlägsen eller förvanskad).

Obs: För att den här subklassifikationen ska vara tillämplig, ska de dissociativa symtomen inte kunna tillskrivas fysiologiska effekter av någon substans (till exempel blackout) eller något annat medicinskt tillstånd (till exempel komplexa, partiella epileptiska anfall).

Specifcera om:

Med fördröjd debut: Anges om de diagnostiska kriterierna inte är helt uppfyllda förrän efter minst 6 månader efter händelsen (några symtom kan emellertid ha debuterat och visat sig tidigt i förloppet).

Dissociation i samband med PTSD

Vid svårare former av traumatisering är det inte ovanligt att individen kan utveckla dissociativa symptom. Dissociativ amnesi och flash-backs räknas till exempel som dissociativa symptom, men även derealisation och depersonalisation hör dit.

Vad menas med dissociation?

Dissociation kan definieras på olika sätt. Vid slutet av 1800-talet använde psykologen Pierre Janet uttrycket *des-aggregation* (Van Der Hart & Dorahy, 2006) för att förtydliga att den normala integrativa funktionen av medvetandet var komprometterat vid så kallad hysteri, dåtidens term för dissociation. Dissociativa störningar utmärks av att de uppvisar olika kombinationer av amnesi, derealisation, depersonalisation, och en upplevelse hos individen av att bestå av olika inre delar som är i konflikt och som var för sig har en rudimentär jagkänsla.

Definitionen av dissociation enligt DSM-5 lyder: "En störning av de normala integrerade funktionerna av medvetande, minne, identitet och eller perception av omgivningen. Denna term är semantisk ospecifik men tillåter att man inkorporerar disparata fenomen" (DSM-5). Den pekar också på frånvaron av en i vanliga fall automatisk funktion, nämligen en ständigt pågående integration av minne, identitet och perceptioner som ett villkor för att uppfatta sig själv i kontinuitet med omgivningen och sitt eget liv, något som dissociativa patienter har svårt för (Spitzer et al., 2006).

Amnesi kan vara uttryck för enbart enkel minnesförlust – för omfattande för att förklaras av vanlig glömska – men kan också vara en manifestation av en mer omfattande dissociativ störning, då "vardagspersonen" inte minns att en annan del har varit aktiv. I och med att personen kan uppfatta andra delar som röster eller imperativa impulser kan dissociativa tillstånd vara differentialdiagnoser till psykoser. I DSM-5 definieras följande dissociativa syndrom: Dissociativ amnesi, depersonalisationssyndrom och dissociativ identitetsstörning (DID) samt dissociativ störning som inte uppfyller fullständiga kriterier för DID men har många drag av dissociation.

I ICD-systemet har somatoforma och pseudoneurologiska symptom en egen grupp under stressrelaterade syndrom tillsammans med dissociativa syndrom. Dessa somatoforma och pseudoneuro-

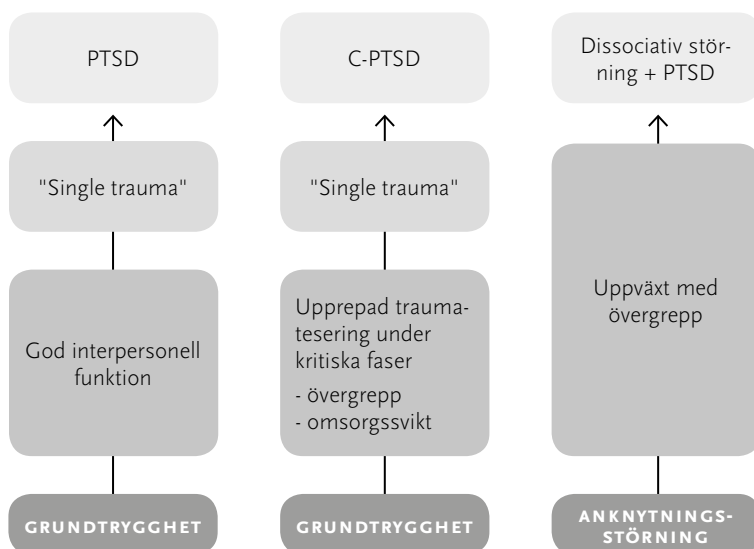
logiska syndrom är också kopplade till förhöjda nivåer av kumulativ traumatisering och omsorgssvikt (Taycan, Sar, Celik, & Erdogan-Taycan, 2014).

En del författare har betonat dissociation som ett kontinuum mellan normalt och patologiskt fungerande, där den mer normala formen av dissociation skulle vara förmågan att bli så absorberad av en film eller sysselsättning att man glömmet bort tid och rum, vilket är relativt normalt hos tonåringar. Ett annat exempel som kan betraktas som normalfenomen är barns låtsaskamrater vid en viss ålder, vilket inte är att betrakta som normalt om fenomenet fortsätter upp i åldrarna.

Dissociativa störningar är inte definitionsmässigt orsakade av trauma, men det finns en växande evidens att de orsakas av trauma tidigt i livet (Carlson, 2009; Ogawa, Sroufe, Weinfield, & Carlson, 1997). En riskfaktor tycks vidare vara bristen på en känslomässigt organiserad anknytning till föräldern tidigt i livet, nämligen den typen som kallas för desorganiserat anknytning (ibid.), något som visat sig associerat med höga självskattningar för dissociation i vuxen ålder. En metod att studera anknytning är via den strukturerade metoden Adult Attachment Interview (Steele, Steele, & Murphy, 2009).

Ett traumaspektrum

I praktiken kan man se ett spektrum av tillstånd från subklinisk PTSD, PTSD, till komplex PTSD och fall som visserligen uppfyller PTSD-diagnosen men där det också finns starka inslag av dissociation, ända till individer som enbart har dissociativa symptom (utan PTSD). Komplex PTSD med dissociativa symptom kan ibland misstas för psykos, vilket kan få allvarliga konsekvenser avseende den fortsatta behandlingen.



Figur 1. Schematisk modell av ett traumaspektrum med PTSD efter enstaka traumatiska händelser hos en välfungerande individ, efter långvarig tidigare traumatisering och vid anknytningsstörning med omfattande trauma (figur gjord av Hans Peter Søndergaard).

Förekomst och orsak

Prevalensen av PTSD är beroende på förekomsten av potentiellt traumatiserande händelser. Den första grupp där man observerade PTSD i stor skala var inom gruppen amerikanska Vietnamveteraner på 1970-talet, vilket ledde till att diagnosen inkluderades i DSM-3 år 1980. Sjukdomen har sedan kartlagts i stora befolkningsstudier och i många länder. Den står som en av de tio viktigaste orsakerna till sjukdagar inom gruppen nervsystemets sjukdomar i Europa (Alonso et al., 2004) och i de av världens länder där det går att genomföra populationsstudier (Alonso et al., 2011)

Potentiellt traumatiska händelser har visat sig vara vanligt förekommande, till exempel har befolkningsstudier i USA visat att ungefär hälften av befolkningen har varit med om minst en händelse av den typen. Förekomsten av PTSD är dock betydligt lägre.

I Sverige räknar man med att 6 procent av befolkningen uppfyller kriterier för PTSD (Frans, 2003). Sjukdomen är dubbelt så vanlig hos kvinnor och utlandsfödda, vilket kan hänföras till inslaget av flyktingar.

Det finns ännu inga stora befolkningsstudier av komplex PTSD, men enstaka studier i populationer med hög prevalens av PTSD visar att komplex PTSD utgör 25–50 procent av totala antalet fall, vilket är viktigt att beakta ur behandlingssynpunkt (se nedan).

Förekomst av dissociativa störningar

När det gäller förekomsten av dissociativa störningar är det i Sverige stor brist på epidemiologiska studier. I en unik studie av ungdomar (Nilsson & Svedin, 2006a; 2006b), framkom att ungdomar som hade en livshistoria med traumatisering visade mer dissociativa symptom än en jämförelsegrupp. Trots att alla studier visar att det finns en förekomst av dissociativa störningar i hela världen, oavsett kultur, diagnosticerades under 2011 endast 0,4 procent av slutenvårdspatienter i Sverige med en dissociativ störning.

Man får därför rikta blicken utomlands. Spitzer et al. (Spitzer et al., 2006) genomförde en studie i Tyskland bland friska kontroller, studenter och olika patientkategorier och kom fram till att prevalensen av allvarlig dissociation var 0,3–1,8 procent i normalbefolkning och 2,2–5,4 procent bland psykiatriska patienter. Patienter med patologisk dissociation finns inom såväl affektiva och somatoforma patientgrupper som hos patienter med ångest- eller med personlighetproblematik. I USA hittar man prevalenser på 2–3,3 procent (Waller & Ross, 1997) inom en normalbefolkning. Bland patienter som är ineliggande har man funnit 4,8 procent som uppfyller kriterier för dissociativ identitetsstörning; medan 15–20 procent uppfyllde kriterierna för övriga dissociativa störningar bland ineliggande patienter. I Schweiz fann man med noggrann diagnostik av en grupp kroniska och särskilt funktionsnedsatta patienter 25 procent som hade dissociativa störningar, vilket med ett undantag inte var känt sedan tidigare (Mueller, Moergeli, Assaloni, Schneider & Ruffer, 2007). I Israel har man hittat liknande mönster, 12–21 procent bland svåra patienter, där ingen tidigare hade misstänkt dissociativa störningar (Ginzburg, Somer, Tamarkin & Kramer, 2010).

Sjukdomsutveckling

Utvecklingen av PTSD och dissociativa störningar kan lättast beskrivas i termer av biologiska reaktioner på hot. Följande normala reaktioner på akuta hot är vanligt förekommande i olika skeden av sjukdomen; freeze (att stelna i orörlighet, med ökad utåtriktad uppmärksamhet, spända axlar, utan andning), kamp/flykt och ”spela död”-reflexen (Kozłowska, Walker, McLean & Carrive, 2015). Under kamp/flyktfasen förbereder kroppen sig på stor energiåtgång och adrenalin och kortisol höjs, hyperventilering uppstår lätt som en fylogenetiskt programmerad reaktion för att individen ska kunna göra sig av med stora mängder koldioxid. Slutligen, om hotet inte går över eller kan hanteras, kollapsar organismen i ett avstängt tillstånd som eventuellt upplevs ”utifrån”, som om det hände någon annan (extrem depersonalisation). Dessa reaktioner kan med en fortsatt (verklig eller upplevd hotsituation) kronifieras och ta över individen helt okontrollerat.

Efter en akut händelse går antingen reaktionerna över eller patienten utvecklar ett akut stresstillstånd präglad av dissociativa symptom såsom exempelvis intermittent minnesförlust, överklighetsupplevelser (derealisation) och störande minnesbilder som eventuellt kan vara fragmenterade till en sinnesmodalitet (det vill säga antingen lukt, ljud, bild eller kroppsupplevelser). Ofta utvecklas omfattande sömnstörning och mardrömmar, som tillsammans med undandragande och ökande undvikandereaktioner så småningom kan leda till ett fullt utvecklat PTSD.

Om patienten har exponerats för tidigare trauman i form av påfrestande händelser under känsliga utvecklingsfaser kan PTSD utlösas av en senare ospecifik stressor, även om de tidigare händelserna vid den aktuella tidpunkten inte utlöste PTSD. Det är detta som menas med fördröjd debut av PTSD.

En individ som kommer till behandling med PTSD-diagnos efter trauma kan också visa sig ha samtidigt förekommande dissociativ störning. Det kan då framkomma uppgifter om tidigare barnpsykiatriska symtom; exempelvis ”låtsas-kompisar” i större omfattning och under längre tid än det som är normalt och förväntat ur utvecklingspsykologisk synpunkt. Vidare kan det finnas episoder med amnesi eller pseudoneurologiska symtom som är stressutlösta.

Patofysiologi vid PTSD

Man kan sammanfatta forskningen med att det finns störningar i balansen mellan binjurbark (kortisol) och binjurmärghormoner-na (adrenalin etcetera). Lågdos dexametasonbelastning visar alltid ökad suppression vid PTSD och ett chaperonmolekyl (Yehuda et al., 2015) verkar kunna förklara detta. Samtidigt finns förhöjd arousal som visar sig som lättväckt irritabilitet, minnes- och koncentrationssvårigheter, överdriven vaksamhet och lättskrämdhet, sömnsvårigheter med mera. En minskad förekomst av benzodiazepinreceptorer (Bremner et al., 2004) indikerar lägre aktivitet i GABA-systemet.

En kraftigt störd återhämtning och nedsatt inlärningsförmåga brukar finnas så länge diagnosen är aktuell. En stor del av de morfologiska och funktionella studier av hjärnfunktionen som är gjorda visar på nedsatt hippocampusvolym och förhöjd aktivitet i amygdala, med nedsatt aktivitet i prefrontalkortex och nedsatt förmåga att inhibera amygdala. Personer med dissociativa störningar tycks ha ännu större reduktioner i hippocampusvolym än PTSD-patienter (Chalavi et al., 2015).

Studier där man har följt hippocampusvolym efter behandling visar i en del fall att volymen normaliseras, vilket stämmer väl med den kliniska erfarenheten att de kognitiva problemen vid PTSD är reversibla.

Diagnostik – strukturerad intervju

PTSD diagnosticeras med strukturerad diagnostik. För varje symptom undersöks patientens egen beskrivning. Om man misstänker PTSD kan man börja med några enkla screeningfrågor: hur nattsömnen fungerar, förekomst av mardrömmar, ångestdrivna tankar under dagtid och förekomst av koncentrationssvårigheter.

I frågeschemat MINI finns en PTSD-modul, och en uppdatering planeras som skiljer på enkel PTSD och komplex PTSD. Enligt planerna ska enkel PTSD (single-trauma PTSD) utmärkas av mardrömmar medan komplex PTSD innefattar fler inslag av personlighetsförändringar.

SCID för PTSD är motsvarande strukturerade diagnostik enligt DSM; för varje symptom säkerställs om symtomet är självupplevt och av klinisk betydelse.

En mer omfattande strukturerad intervju, Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) (Blake et al., 1995) har funnits sedan 1990. Denna intervju utmärks av en stor noggrannhet och specificerade skalsteg för allvarlighetsgrad av varje enskilt symtom. Således tillåter instrumentet både dimensionell (ja/nej) diagnostik och en detaljerad gradering, vilket innebär att instrumentet blir känsligt för förändringar. Metodiken är därför betydelsefull inom forskning, men också av mycket stort differentialdiagnostiskt värde, varför det kan vara viktigt för kliniker att lära sig metodiken. Såväl CAPS-IV som CAPS-5 (Weathers et al., 2013) är översatta till svenska. CAPS-5 kan rekvideras från Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri eller från Kris- och traumacentrum i Stockholm. En webbaserad utbildning för CAPS-5 är under planering (Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, 2017).

Diagnostik av dissociation kan med fördel ske med hjälp av SCID-D (Bowman, 2000; Steinberg, 2000.) som är översatt till svenska och kan rekvideras från Kris- och traumacentrum. SCID-D bedömer förekomsten av dissociativa symptom i fem olika moduler. För varje modul säkerställs att ett symptom är kliniskt signifikant och att man kan utesluta medicinska och eller neurologiska orsaker. I nästa steg har klinikern tillgång till ett antal fördjupningsmoduler vid behov, men dessa är endast avsedda för tveksamma situationer och maximalt två av dessa bör administreras om tveksamhet föreligger. Slutligen sammanställs intervjun med beaktande av kliniska observationer under intervjun. Följande diagnoser kan ställas: amnesi, depersonalisationssyndrom, dissociativ identitetsstörning och annan dissociativ störning (Dissociative Disorder Not Otherwise Specified, DDNOS).

För barn och tonåringar finns en enklare intervju, DIS-Q, som screenar för dissociation och som visat goda psykometriska egenskaper (Nilsson & Svedin, 2006b). Skalan kan fås via Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri.

Symtom- och funktionsskattning – självskattningsinstrument

Självskattningsinstrument är av stort värde för att bedöma patienter inom det psykotraumatologiska spektrat. Det är av vikt att screena för indikatorer på PTSD, komplex PTSD och samtidigt förekommande dissociation. Dessa störningar har dessutom en stor samsjuklighet, framför allt med depression och ångestsyndrom. Det är också viktigt att uppmärksamma eventuellt pågående beroende/missbruk. Slutligen kan screeningprocedurer, med adekvat uppföljning och utredning, vara ett bra redskap för att planera behandlingen.

Eftersom det finns så många olika skattningsinstrument med i princip samma syfte (och med en mycket hög korrelation) ska här endast principiella faktorer och några exempel beskrivas.

Traumaanamnes är viktig att undersöka av två skäl: ett frågeformulär som mäter förekomst av traumaexponering underlättar för patienten att förstå vad de åtföljande frågorna om PTSD syftar till. Detta är viktigt då det inte är självklart att patienten har kopplat sina symptom till traumaupplevelser. Vidare är det viktigt att undersöka grad av traumaexponering, eftersom det är stor skillnad på om individen är en vuxen välfungerande individ utan tidigare påfrestningar eller om denne har omfattande traumatisering bakom sig.

Life Event Checklist-5, LEC-5, (Weathers, Blake, Schnurr, Kaloupek, Marx & Keane, 2013) är ett vanligt förekommande formulär för att överblicka traumaanamnes.

Det finns också specifika formulär för att fånga upp omfattande barndomstrauma och tecken på komplex PTSD, till exempel SIDES (van der Kolk et al., 2005). Denna typ av formulär som frågar om mycket personliga upplevelser kan innebära en risk att "retraumatisera" patienten; det är alltså viktigt att hela tiden uppmärksamma hur patienter reagerar och vid behov avbryta och lugna.

PTSD skattas med exempelvis PCL-5, en checklista för PTSD enligt DSM-5 (Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr, 2013). Skalan har en godkänd svensk översättning (Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, 2014) och är under svensk normering. Skalan finns även att tillgå i en arabisk översättning från Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, gjord av Röda Korsets mottagning för. Om tiden inte tillåter strukturerad diagnostik är det viktigt att undersöka om patienten har förstått frågorna och kan ge konkreta

exempel på självupplevda symptom, då man vet att det är hög risk för överdiagnostik om man enbart förlitar sig på självskattning.

Förekomst av dissociativa störningar måste bedömas. Detta är angeläget, eftersom exponeringsbehandling av PTSD hos patienter med dissociativa störningar kan innebära en risk för att patienten, utan tillräcklig förberedelse, hamnar i psykisk obalans på grund av för hög stresspåfrestning. Ett problem är här att patienter med allvarliga dissociativa störningar, i den mån dessa uppmärksammas, riskerar att feldiagnosticeras som psykotiska. Patienter som har råkat ut för detta kan undvika att rapportera sina symptom, så det finns även ett latent problem med dissimulering.

En mycket använd självskattningsskala för dissociation är DES med 28 frågor som är validerad och normerad på svenska (Korlin, Edman & Nyback, 2007). Skalan lämpar sig som underlag för en strukturerad intervju. En delskala med sju frågor, DES Taxon (Waller & Ross, 1997)) fokuserar på symptom på allvarlig dissociativ störning.

En annan dissociationsskala, *Somatoform Dissociation Questionnaire*, (Nijenhuis, Spinhoven, van Dyck, van der Hart & Vanderlinden, 1997) bygger på att fråga om medicinskt oförklarade somatiska symptom som är vanligt förekommande vid dissociation (Nijenhuis, Spinhoven, van Dyck, van der Hart & Vanderlinden, 1996). Den finns i en version med 20 frågor och en kortversion med 5 frågor (SDQ-20 respektive SDQ-5). Enligt författarnas erfarenhet kan dessa skalor bäst administreras som intervju, då de lätt missuppfattas av patienterna. SDQ har en mycket god förmåga att identifiera personer som dissimulerar eller är omedvetna om en dissociativ störning. SDQ-20 finns översatt till ett flertal språk (www.enijenhuis.nl).

En självskattningsskala för att fånga upp effekter av upprepad traumatisering och komplex PTSD är Trauma Symptom Inventory, TSI-2, (Briere, 2011) som nyligen översatts och normerats till svenska förhållanden. Skalan har publicerats av Hogrefes förlag (Hogrefe, 2015). Skalan, som innehåller 12 delskalor, summeras i fyra övergripande faktorer med mått på traumatisering, dissociation, utåtagerande och riskbetenden samt självuppfattning och relationsförmåga. Skalan innehåller 136 frågor och bedöms trots sin längd vara relativt enkel att besvara.

Annan samtidigt förekommande psykopatologi: Sekundär depression till PTSD är vanlig och mer svårbehandlad än primär depres-

sion (Ballenger et al., 2000). Ångeststörningar är vanliga som samsjuklighet (Hensel-Dittmann et al., 2011). Beroendesjukdomar kan ha utvecklats före PTSD eller utvecklats som ångesthantering. Tyvärr ser man fortfarande patienter som har blivit benzodiazepinberoende på grund av felaktig behandling. Screeninginstrument för depression, ångeststörningar och beroende bör därför ingå i den kliniska bedömningen.

Behandling

Följande avsnitt kan ses som ett komplement till kapitel 16 ”Psyko-terapi i ett transkulturellt perspektiv”.

Psykosocialt stöd och Psykologisk Första Hjälp, PFH

Människor som traumatiserats kan behöva stöd av olika slag. Många gånger kan praktiskt sunt förnuft, bedömning av basala behov, praktiskt stöd och ett empatiskt förhållningssätt räcka långt. Alla som traumatiserats behöver inte professionell samtalshjälp.

PFH är en metod för akut krisstöd som är utvecklat i USA (Forbes et al., 2011) och som översatts till svenska (www.katastrofpsykiatri.uu.se). Syftet med PFH är att minska omedelbara effekter av traumatiska händelser och att stödja adaptiva funktioner på kort och lång sikt. Metoden kan enkelt tillämpas vid exempelvis katastrofsituationer. PFH följer principer för stöd i akutfas (Hobfoll et al., 2007), nämligen att erbjuda praktisk omsorg och stöd som inte är påträngande. I PFH ingår följande teman:

- bedöma behov och besvär
- hjälpa människor med deras basala behov (till exempel mat, vatten, information)
- lyssna på människor men inte pressa dem att berätta
- trygga människor och hjälpa dem att känna lugn
- hjälpa människor med att få tillgång till information, service och socialt stöd
- skydda människor från ytterligare skada.

Psykoterapeutisk behandling

Under senare år har ett antal internationella riktlinjer publicerats avseende rekommenderade traumafokuserade metoder för behandling av PTSD (Bisson, Roberts, Andrew & Cooper, 2013; National Institute of Clinical Excellence, 2005; Foa, Keane & Cohen, 2009). En av de senare riktlinjerna publicerades av Världshälsoorganisationen, WHO, 2013 för behandling av depression och ångest, inklusive PTSD (WHO, 2013).

Idén bakom många traumafokuserade behandlingsmodeller är att få symtom att minska genom att underlätta en avbetingning av rädsloreaktioner, genom bearbetning av traumatiska minnen, genom att ändra irrationella uppfattningar av hot och genom att övervinna undvikandebeteenden (Nickerson, Bryant, Silove & Steel, 2011). En förändring i synsättet på behandling av PTSD har utvecklats över tid, från att ha varit mer beteendeterapeutiskt orienterad med fokus på exponering för att övervinna undvikande och utsläcka rädsla till att i allt högre utsträckning lyfta fram kognitiva komponenter i enlighet med tankar om hur informationsbearbetning sker av traumatiska upplevelser (Bisson et al., 2013).

Behandling av vuxna

Flera effektiva behandlingsmetoder framhålls (Bisson et al., 2013; Cusack, 2015), exempelvis Prolonged Exposure (PE), Cognitive processing therapy (CPT), Cognitive therapy, KBT-blandade metoder, Narrative exposure therapy (NET) och Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Skillnaden i effektivitet mellan dessa metoder har inte kunnat påvisas och samtliga dessa metoder är dokumenterat effektiva (Bisson et al., 2013; Cusack, 2015).

Kognitiv beteendeterapi

Kognitiv beteendeterapi grundar sig på principer om inläring och betingning och/eller kognitiv teori. Exponering, kognitiv omstrukturering och hanteringsförmåga ingår som regel i dessa terapier. De flesta behandlingstyperna omfattar 8–12 sessioner om 60–90 minuter. Tre vanliga typer terapiformer beskrivs nedan:

Exponeringsbaserade terapier (Foa, 2011), som Prolonged Exposure innebär att patienten exponeras för ett störande stimulus som är relaterat till traumaupplevelsen, antingen imaginativt och/eller

in vivo. Syftet är att släcka ut den betingade ångestresponsen som aktiveras av det traumatiska stimuli så att patienten på så vis övervinner undvikandebeteenden inför situationer som aktiverar rädsla.

Cognitive processing therapy omfattar psykoedukation, en skriven berättelse om den traumatiska händelsen och kognitiv omstrukturering, som uppmärksammar hur traumat har påverkat patientens uppfattningar och tankar om sig själv och händelsen (Resick & Schnicke, 1992). Behandlingen utgår från idén att negativa känslomässiga reaktioner kan interferera med känslomässiga och kognitiva processer förknippade med det traumatiska minnet, vilket kan leda till traumasymtom.

Cognitive therapy (Ehlers & Clark, 2000) utgår från en kognitiv modell att en persons uppfattning om en situation påverkar dennes känslomässiga reaktion på situationen. Behandlingen fokuserar därför på att hjälpa personen att identifiera förvrängda tankar och att modifiera existerande uppfattningar så att man lättare kan hantera och förändra problematiskt beteende.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR, (Shapiro, 1989; Shapiro & Maxfield, 2002) är en integrativ terapimetod, delvis besläktad med traumafokuserad KBT, där patienten efter initial psykoedukation och träning i att hantera starka känslor får fokusera på den traumatiska händelsen efter att ha identifierat associerade negativa uppfattningar om sig själv samt känslor och fysiska förnimmelser som är associerat till det traumatiska minnet.

Samtidigt med fokuseringen stimuleras patienten att röra ögonen växelvis till höger och vänster under cirka 20 sekunder. Efter att patienten rapporterat de tankar eller förnimmelser som uppkommit under stimuleringen fortsätter stimuleringen på samma vis tills patienten rapporterar att traumaminnet inte längre är störande. Minnet länkas i stället till en tidigare identifierad önskad positiv självuppfattning under fortsatt bilateral stimulering. De saccadiska ögonrörelserna tycks kunna påverka arbetsminnet och ändra orienteringsresponsen, vilket minskar den emotionella arousalnivån och underlättar för personen att bearbeta sitt traumaminne (Jeffries & Davis, 2012; Lee & Cuijpers, 2013). Behandlingen omfattar vanligen 8–12 sessioner om 60–90 minuter.

EMDR kan som metod ha vissa fördelar vid behandling av traumatiserade flyktingar. EMDR är mindre beroende av språk jämfört andra terapiformer och kräver inte ordgrann redogörelse av detaljer, detaljerad traumaberättelse eller hemläxor (Schubert, Lee, de Araujo & Butler, 2016)

Narrative exposure therapy

Narrative exposure therapy, NET, beskrivs som en standardiserad korttidsterapi som baseras på principen för exponeringsterapi och som är anpassad till de behov som patienter med kris- och tortyrupplevelser kan ha. Metoden baseras även på idén om att patienten får göra ett slags vittnesbörd genom att göra en berättelse över sitt liv från födelsen till nutid och samtidigt fokusera på de traumatiska erfarenheterna (Hensel-Dittmann et al., 2011; Neuner, Schauer, Klaschik, Karunakara & Elbert, 2004; Stenmark, Catani, Neuner, Elbert & Holen, 2013).

Metoden har med framgång tillämpats bland annat i en grupp ugandiska barnsoldater (Ertl, Pfeiffer, Schauer, Elbert & Neuner, 2011) samt hos flyktingar och asylsökande (Stenmark et al., 2013; Stenmark, Guzey, Elbert & Holen, 2014).

Behandling av barn och ungdomar

För barn och ungdomar är traumafokuserad KBT, TF-KBT, den i dag bäst validerade behandlingsmetoden. TF-KBT för barn är en strukturerad korttidsbehandling med specifik metodik, som inte ska sammanblandas med det mer generella samlingsbegreppet traumafokuserad kognitiv beteendeterapi för vuxna. TF-KBT för barn integrerar komponenter av exponering, anknytningsteori, kognitiva och beteendeterapeutiska interventioner samt systemisk beteendeterapi (Lenz, Lenz & Hollenbaugh, 2015).

Även EMDR har i flera studier och utifrån klinisk erfarenhet visat god effektivitet vid behandling av barn och ungdomar (Dorsey et al., 2016; Field & Cottrell, 2011; Rodenburg, Benjamin, de Roos Meijer, & Stams, 2009) även om det vetenskapliga stödet inte är lika starkt som för TF-KBT. Behandling med EMDR har utprovats med goda resultat i politiskt instabila områden (Zaghrouh-Hodali, 2014).

Andra metoder

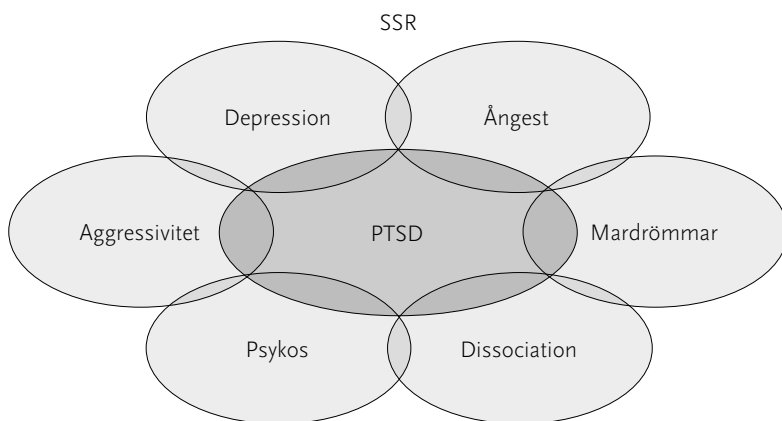
En tidigare välfungerande patient utan allvarlig samsjuklighet med PTSD efter en eller fler traumatiska händelser i vuxen ålder är relativt lätt att behandla med någon av ovanstående beskrivna metoder. Problemet är dock att endast omkring 50 procent tillfrisknar med dessa metoder. Hur man bäst kan hjälpa övriga är fortfarande inte helt klart (Bradley, Greene, Russ, Dutra & Westen, 2005). Vid kronisk, komplex eller kvarstående PTSD behöver andra strategier tillämpas. I en del fall kan en stödkontakt likafullt vara värdefull för en individ med kronisk PTSD för att underlätta en stabilisering och möjliggöra att symtom inte förvärras. Det finns även andra metoder som än så länge inte är evidensbaserade men som har som gemensam nämnare att underlätta affektreglering, skapa en tidslinje och som har inslag av exponering.

Under sista årtiondet har olika internetbaserade behandlingsprogram, framför allt med KBT-inriktning, utvecklats för PTSD. Olika studier antyder att programmen, som ofta innebär självhjälpssarbete med stöd av terapeut via telefonkonsultation, varit framgångsrika. Även appar för smarta telefoner har utvecklats under senare år, exempelvis PTSD Coach (Kuhn et al., 2014). PTSD Coach har översatts till svenska av Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri och håller på att utprövas (2017).

Spänningsproblematik och andra kroppsliga symtom, till exempel huvudvärk och annan värkproblematik, är inte ovanligt bland svårt traumatiserade patienter och kan ibland också vara kulturellt färgade. Vid behandling av patienter med uttalade muskelspänningar eller spänningsutlöst kroppslig smärta kan psykiatrisk sjukgymnastisk behandling eller olika modeller för kropppsyko-terapeutisk behandling utgöra alternativa eller kompletterande behandlingsalternativ. Yoga är en annan form av kompletterande behandlingsalternativ som tillämpats för behandling av PTSD (van der Kolk et al., 2014).

Farmakologisk behandling av PTSD

Farmakologisk behandling av PTSD är i dagsläget inte en behandlingsmetod som har visat någon större effektivitet. En metastudie nyligen visade på en effektstorlek (ES) om 0,23 för SSRI-preparat under sedvanlig uppföljningstid (Hoskins et al., 2015). Emellertid kan man inte bortse från att svåra PTSD-fall kan behöva omfattande psykofarmakologiska insatser. En erfarenhetsbaserad algoritm för farmakologisk behandling sammanfattar möjliga strategier.



Figur 2. Möjliga psykofarmakologiska behandlingsstrategier vid PTSD och samsjuklighet (figur gjord av Hans Peter Søndergaard).

Ett liknande synsätt på farmakologisk behandling av PTSD har beskrivits av Raskind (Raskind, 2009) som också tänker i termer av målsymtom. Han beskriver att de flesta läkemedel som har visat en effekt vid PTSD har en gemensam faktor, nämligen alfa-adrenerga receptorantagonism (ibid.).

Viktiga att tänka på:

Behandling under lång tid med SSRI tenderar att ge symtomminskning och normalisering av hippocampusvolym (Bremner & Vermetten, 2004). SSRI är de enda läkemedel som är tillräcklig beforskade (Bisson, 2013).

Men den viktigaste angreppspunkten vid PTSD – farmakologisk eller ej – är att dämpa hyperreaktivitet i amygdala och det här som andra läkemedel eventuellt kan bidra, ofta med den gemensamma nämnaren antagonism på alfareceptornivå.

Eftersom det ofta förekommer samsjuklighet i form av depression eller ångest som motiverar farmakologisk behandling av PTSD-patienter kan även andra antidepressiva bli aktuella. Det är här viktigt att beakta att individer med PTSD oftast har starkt förhöjd arousal och att valet av antidepressiv behandling bör ta detta i beaktande. Således kan medel med uttalat aktiverande profil, som venlafaxin och duloxetin, leda till ökade arousal-symtom. Det finns inga publicerade studier av SNRI-preparat vid PTSD. En jämförande studie mellan venlafaxin och sertralin för flyktingar med PTSD har till exempel visat att sertralin-gruppen hade ett bättre utfall (Sonne, Carlsson, Bech & Elklit, 2016).

Mianserin vid PTSD med sömnproblem

Under senare delen av 1980-talet återregistrerades mianserin (Tolvon) för att det vid en studie i England hade visat sig vara förknippat med oväntat få självmord. Många observerade att medicinen hade en oväntat gynnsam effekt på PTSD, men tillverkaren avstod från att engagera sig då de ansåg att deras nypatenterade mirtazapin var i princip samma medicin, vilket emotsägs av erfarna kliniker när det gäller PTSD. Mianserin har en gynnsam effekt vid sömnstörningar, vilket visar sig även vid låga doser.

Propranolol vid aggressivitet

Propranolol är en betablockerare som passerar blod-hjärn-barriären och därför inte längre används inom cardiologi. Propranolol kan övervägas – till och med i mycket hög dosering – vid svår aggressivitetsproblematik, exempelvis när patienten inte vågar gå ut på grund av risk för att ”triggas” och explodera vid banala irriteringsmoment.

Prazosin mot mardrömmar

Prazosin är en alfa-blockerande blodtrycksmedicin som även den utmönstrades på grund av biverkningar i form av ortostatisk blodtrycksfall. Prazosin, till exempel som Minipress (Pfizer), i försiktigt upptrappande dosering är entydigt effektivt vid mardrömmar vid PTSD (evidensgrupp A) i en slutdos om 5–10 mg till natten. Tyvärr är prazosin inte ett registrerat läkemedel och man måste därför söka licens vid Läkemedelsverket.

I ovanstående kortfattade redovisning av forskningsläget vad gäller farmakologisk behandling av PTSD och/eller samsjuklighet nämns inte benzodiazepiner (bz). Enligt riktlinjer från ISTSS har bz ingen plats i behandlingen av PTSD (Foa et al., 2009).

Personer som fick bz på akuten efter en terroristattack hade större sannolikhet att utveckla PTSD än personer som fick placebo. Även andra farmakologiska metoder att hindra PTSD har svagt stöd, med undantag av hydrocortison (Amos, Stein & Ipser, 2014). Studier har visat att patienter med PTSD har färre benzodiazepinreceptorer i hjärnan (Bremner et al., 2000), vilket innebär att de behöver högre doser för att få effekt, med medföljande ökad risk för dålig impuls-kontroll och kognitiv påverkan. Vidare tycks patienter med PTSD ha lägre aktivitet i GABA-systemet ((Moller, Backstrom, Nyberg, Sondergaard & Helstrom, 2016) än kontroller.

För att undvika risk för beroendeutveckling kan vid behov alternativa läkemedel vara Alimetazin, prometasin och liknande läkemedel.

Sammanfattningsvis, som det borde ha framgått ovan, är farmakologiska behandlingsmetoder vid PTSD *per se* föga framgångsrika. Man kan nästan konceptualisera PTSD-patientens möte med en psykiater som en risksituation, där patienten förutom bagatellisering av symtomen även riskerar att få ytterligare en medicin ordinerad, för att läkaren ska kunna känna att denne har bidragit med åtnämnelse något.

Behandling av samsjuklighet och komplex PTSD

I okomplicerade fall (single-trauma PTSD) kan man relativt direkt erbjuda någon typ av traumafokuserad behandling. Man kan förvänta sig behandlingseffekter av psykologiska metoder med ES (effect size) om 1–2, som är enastående effektivt.

En vanlig samsjuklighet vid PTSD är dock depression. Det kan därför vara av stor betydelse att behandla depression innan patienten kan förväntas engagera sig i PTSD-behandling. Förekommer samtidig depression kan denna behöva uppmärksammas innan behandlingen blir mer traumafokuserad. Behandling av samsjuklighet kan vara förutsättningen för att lyckas med PTSD-behandling och kan ibland kräva samverkan mellan olika specialistverksamheter som till exempel smärtrehab eller beroendevård.

För behandling av komplex PTSD finns ännu inte några givna

evidensbaserade behandlingsmetoder. Komplex PTSD är vanligt hos traumatiserade flyktingar med erfarenhet av krig, tortyr, fördrivning och förluster av anhöriga. Förutom de klassiska symtomen invaderande plågsamma minnen, undvikande och överspändhet beskrivs komplex PTSD också av svårigheter med impulskontroll, med att hantera starka känslor, problem med relationer och av negativa uppfattningar om sig själv och andra. Den allmänna principen vid PTSD-behandling att arbeta i tre faser, stabilisering, traumabehandling och integrering av uppnådd förändring i vardagstillvaron, gäller även vid komplex PTSD, men där förespråkare menar att stabiliseringsfasen behöver vara mer omfattande (Cloitre, Garvert, Brewin, Bryant & Maercker, 2013), vilket dock andra författare har ifrågasatt (De Jongh, Resick, Zoellner & van Minnen, 2016).

Även om kroniska och långvariga fall med sämre prognos är mer vanliga är det sällan som man inte kan bidra med meningsfulla åtgärder. Vid National Center for PTSD i USA har man utvecklat en stegvis KBT-orienterad modell för komplex PTSD, STAIR, som hittills har visat sig lovande. Modellen bygger på att utveckla coping-tekniker före traumafokus (Cloitre et al., 2014).

Förutom EMDR och/eller PE är det viktigt att patienten kan få hjälp med:

- psykoedukation om PTSD och traumareaktioner
- att hantera och reglera starka negativa affekter.

De senare består ofta av metoder som har framtagits inom DBT, alltså träning i mindfulness, men också andningsträning, biofeedback och till exempel EFT (Emotional Freedom Techniques) kan användas. Metoderna kan även tillämpas i ett ”skolformat”, vilket inte ska förväxlas med gruppterapi. I ett skolformat ska inte individuella traumafarenheter diskuteras i gruppen. Olika självhjälptekniker presenteras med den evidens som föreligger, men också som något som individen får testa och bedöma. Begränsningen i dessa metoder ligger dock i de kraftigt nedsatta minnesfunktioner som vidlåder patienter med kronisk PTSD. Det är därför viktigt att patienterna kan gå en sådan kurs i flera omgångar vid behov.

Behandling av dissociativa störningar

Dissociativa störningar diagnosticeras sällan och det har funnits skepsis angående deras existens och praktiska betydelse (Brand, 2014). Följaktligen finns det inte heller så mycket forskning. Dock finns det behandlingsriktlinjer från International Society for the Study of Trauma and Dissociation (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011). Den viktigaste behandlingen är psykoterapi och syftet är att reducera undvikandet som är ett genomgående symptom. Undvikandet kan vara grundat i svårigheter med tillit, rädsla för anknytning till terapeuten och rädsla för traumatiska minnen.

Det finns ganska lite behandlingsforskning eftersom behandlingstiderna är långa. Detta är knappast förvånande, eftersom forskningen har visat att personer med dissociativ störning i genomsnitt har befunnit sig inom psykiatri i mer än tio år och med i genomsnitt sju olika felaktiga diagnoser (Putnam, Guroff, Silberman, Barban & Post, 1986). Det är troligt att patienterna har haft en diagnos inom psykosområdet eller inom det affektiva området. En studie från 2006, där man systematiskt diagnosticerade dissociativa störningar inom en psykiatrisk population, indikerade att hos endast få av patienterna med dissociativ störning som var aktuella inom psykiatri var den dissociativa störningen känd i förväg, oftast hade patienten åsatts andra diagnoser. Prevalensen dissociation var 29 procent, varav endast 5 procent var tidigare kända (Foote, Smolin, Kaplan, Legatt & Lipschitz, 2006).

Det finns i dagsläget ett underskott av legitimerade psykoterapeuter i Sverige med utbildning inom behandling av dissociativa störningar. Till det kommer att många fall inte blir upptäckta eller diagnosticerade. Om man skulle genomföra en screening bland kroniska vårdkrävande patienter och upptäcka att kanske 25 procent lider av en dissociativ störning finns det dock hopp. Med handledning och psykoedukation finns det mycket man kan göra och det finns relevanta program för såväl psykoterapeutiska interventioner som psykoedukation och färdighetsträning.

Vid en institution i Norge, Modum Bad, som är en nationell resurs bland annat för personer som har utsatts för incest, ville man utvärdera sitt behandlingsprogram. Under resans gång upptäckte man att en tidigare oförklarad del av patienternas patologi berodde

på dissociation. Uppföljningen visade att det befintliga multimodala behandlingsprogrammet hade goda effekter även på dissociativa symptom och att effekterna kvarstod vid uppföljning (Jepsen, Svagaard, Thelle, McCullough & Martinsen, 2009).

Uppföljning

Behandlingsuppföljning kan ske med samma självskattningsinstrument som används inledningsvis för screening. Även om dessa instrument har brister fungerar de bra på gruppnivå.

Om man vill vara säker i det enskilda fallet bör man använda strukturerad diagnostik.

Återfallsprofylax

Praktiska råd till patienter med framgångsrik behandling av PTSD är att hålla sig sysselsatta och att inte ge efter för tendenser till undvikande.

Det är också viktigt att patienter som står på läkemedel som bedöms ha varit till hjälp i det enskilda fallet inte slutar med dessa och sätter ut dessa endast under kontrollerade former och efter en längre tids besvärsfrihet (exempelvis 12 månader). Denna rekommendation bygger självfallet endast på klinisk erfarenhet.

Kognition

(MEDFÖRFATTARE INGVAR KARLSSON)

Patienter med uttalad PTSD uppvisar inte bara typiska PTSD-symtom utan också påtagliga minnesproblem och svårigheter att klara vardagen på grund av kognitiva svårigheter. De kognitiva bristerna vid PTSD har inte uppmärksammas på samma sätt som grundsymtomen på PTSD och har därför ofta förbisetts.

Minnes- och koncentrationssvårigheter ingår i kriterierna för PTSD som en del av uppvarningssymtomen i kluster F. Studier av soldater med PTSD jämfört med kontroller med samma exponering har visat tydliga problem med uppmärksamhet och inläring, både visuellt och auditivt (Vasterling, Brailey, Constans & Sutker, 1998; Vasterling et al., 2002).

Det har funnits en osäkerhet om kognitiv störning vid PTSD – det har inte funnits en klar koppling till traumat och i vissa studier har man inte kunnat verifiera en förändring. I en noggrann meta-

analys har Scott, Matt et al. visat, utifrån den samlade litteraturen, att PTSD är förenad med en påverkan på vissa kognitiva funktioner. Symtombilden vid PTSD har därför två olika sidor: klassiska PTSD-symtom och kognitiva symtom (Scott, Matt et al., 2015).

De kognitiva symtom som beskrivs vid PTSD är måttlig nedsättning av verbal inläring och minne, arbetsminne, uppmärksamhet och mental snabbhet, något mindre nedsättning av exekutiva förmågor, språk, visuell inläring och minne samt visuo-spatial förmåga. Olika studier har funnit olika grad av störning, från ingen störning till mycket kraftig störning hos personer med krigstrauman från Bosnien (Koso & Hansen, 2006).

Den kliniska erfarenheten visar att den kognitiva störningen kommer långt senare än PTSD-symtomen, ungefär 2-3 år senare. Lång tid med svåra symtom leder uppenbart till en hjärnpåverkan med kognitiv störning. Sjukdomsbilden liknar den vid utmattningssyndrom och symtomässigt går det inte att skilja dessa två grupper åt. Vad som ligger bakom nedsättningen av kognitiv förmåga är inte klarlagt och hur långvarig stress leder till en påverkan på hjärnan vid PTSD är oklart.

Den kognitiva nedsättningen vid PTSD märks mycket lite i ett vanligt samtal. De språkliga funktionerna är oftast obetydligt påverkade och även en grav nedsättning kan finnas utan att det märks i ett kliniskt samtal. Vid direkta frågor berättar personen om nedsatt minne, svårigheter att klara en komplicerad uppgift, en påtaglig stresskänslighet med mera. En neuropsykologisk testning av minne och exekutiva förmågor fångar sjukdomsbilden. I Mini-Mental Test finns oftast endast en viss påverkan på minnesfunktioner och svårigheter vid 100-7 upprepat.

Diagnosen fås preliminärt av kombinationen PTSD och en kognitiv störning som kommit efter traumatiseringen. En neuropsykologisk undersökning kan vara av värde men är inte nödvändig i typiska fall. Ibland skapar de kognitiva svårigheterna en misstanke på demenssjukdom. Symtombilden skiljer sig dock från den som finns vid Alzheimers sjukdom men kan likna en vaskulär demens genom att symtomen fluktuerar. Till skillnad från demenssjukdom är den kognitiva nedsättningen inte progressiv utan funktionen bibehålls på ungefär samma nivå. Vid frontotemporal är däremot demens är omdömet helt bibehållet. Symtombilden har vissa likheter med ADHD och är inte möjlig att skilja från ADHD i en neu-

ropsykologisk testning. ADHD är dock en sjukdom som startar i barndomen medan kognitiv störning vid PTSD startar efter ett svårt trauma.

De kognitiva bristerna påverkar oftast personen påtagligt. Det finns uttalade svårigheter att lära sig svenska, det finns stora koncentrationssvårigheter och svårigheter att minnas tider, återbesök och dagliga sysslor. Personen blir disträ, har svårt att skapa strukturer och få vardagen att fungera. Vid svår störning kan personen bli tagen för snatteri genom att glömma att betala i en affär. Forskningen har visat att flyktingar med PTSD jämfört med traumaexponerade kontroller utan PTSD (Johnsen, Kanagaratnam & Asbjornsen, 2008; Kanagaratnam & Asbjornsen, 2007) glömmet ordserier snabbare. Klinisk erfarenhet visar att flyktingar med PTSD klagar över svårigheter att lära sig språket: ”när jag sitter i klassrummet förstår jag allt, men nästa dag minns jag ingenting”, vilket är väl förenligt med oförmåga att hålla kvar en figur i minnet under kort tid trots jämförbar utbildningsnivå och allmän IQ (Emdad & Sondergaard, 2005; Sondergaard & Theorell, 2004b). När man studerade språkinläring på Svenska för invandrare (SFI) under ett år fanns det en tendens till sämre resultat vid PTSD jämfört med friska kontroller. Symtombelastningen *över tid* var avgörande för resultatet ($R^2 = -0,24$), medan effekten av närvarotimmar var försumbar i jämförelse ($R^2 = 0,02$) (Sondergaard & Theorell, 2004b). Samsjuklighet i depression, ångest och dissociation hade ingen signifikant effekt.

Den kognitiva störningen vid PTSD är långvarig och förändras endast lite över tid. Det finns ingen specifik behandling. Likheten med utmattningssyndrom finns även vad beträffar behandling: endast genom att minska all yttre och inre stress kan en långsam förbättring ske. Stressen kan bestå av yttre faktorer men också av inre, i form av obehandlad svår sjukdomsbild. Fysisk aktivitet kan förväntas bidra till en förbättring. Den bör vara av typ konditionsträning cirka 3 ggr/vecka helst 45 minuter per gång. Det finns indikationer på att PTSD efter den första tiden har låga nivåer av BDNF (brain derived neurotrophic factor) (Deppermann, Storchak et al., 2014) och dessa kan höjas av fysisk aktivitet (Aldard & Cotman, 2004).

Behandling av traumatiserade flyktingar

Asylprocess och traumabearbetning behöver inte vara ett hinder, men många traumatiserade flyktingar får inte tillgång till de traumafokuserade behandlingsmetoder som finns utan ofta används interventioner av allmän karaktär. Som framkommer av olika utvärderingsstudier går gängse evidensbaserade traumafokuserade behandlingsmetoder bra att tillämpa (ter Heide, 2016), även om man behöver ta hänsyn till en kulturell anpassning (Nickerson et al., 2011). Bland flyktingar förekommer inte sällan en hög andel som har utvecklat PTSD. Antagandet att många lider av komplex PTSD har inte helt kunnat verifieras (ter Heide, 2016), men däremot är det ett observandum att många flyktingar med PTSD, förutom traumaerfarenheter i närtid, också har erfarenheter av barndomstrauma. Erfarenhetsmässigt är komplex PTSD och dissociativa tillstånd vanliga psykiska symtom bland människor som flytt från sina ursprungsländer efter svåra upplevelser av tortyr, våldtäkter, förluster och exploatering och av att ha blivit utsatta, inte minst för livsfarliga transporter. Andra har en benägenhet att uttrycka sina känslomässiga besvär genom kroppsliga symtom, vilket är kopplat till alexitymi (Sondergaard & Theorell, 2004a). Männskor från många delar av världen uttrycker ofta sina psykiska problem via kroppsliga symtom, se vidare kapitel 5. Somatiska besvär kan ofta vara tecken på odiagnostiserad posttraumatisk stress. Ett vanligt somatiskt symtom är exempelvis gastrit.

Många flyktingar har en stark känsla av maktlöshet som de kan uppfatta som rent kroppsligt förankrad och som kan utgöra ett mycket centralt traumasymtom. Till detta kan komma en upplevelse av social isolering i det nya värdlandet, vilket kan leda till att PTSD-symtomen förvärras. Det är därför av stor betydelse att redan från början utforma interventioner som så mycket som möjligt utgår från personens mest påträngande behov och mål. Fördrivna och extremt traumatiserade individer kan behöva få berätta om sina livserfarenheter och skapa en berättelse av detta, samtidigt som man hjälper dem att stärka sin identitet och sina mänskliga rättigheter.

Flyktingskap kan upplevas stigmatiserade, vilket kan innebära en upplevelse av nedvärdering, isolering, och skam. Detta kan medföra ett motstånd mot att söka och acceptera hjälp. Därför kan ett grundläggande förhållningssätt i behandlingsarbete vara att använda ett en-

kelt språk som minskar risken för att uppleva psykiska problem som skamliga. Patienter behöver höra att deras reaktioner är vanliga och att man har ”normala” reaktioner på extremt negativa livshändelser.

Ospecifik stress

Det är känt att PTSD kan debutera efter ospecifika påfrestningar som aktiverar tidigare traumatiska händelser och att pågående stressorer kan försämra tillståndet. Hos nyanlända flyktingar kan försämring av PTSD utlösas av övermäktiga krav eller en ohanterlig livssituation (Söndergaard, 2001). Detta gäller naturligtvis inte enbart flyktingar; även inom andra områden har det visats att kringfaktorer har betydelse för symtombelastning. Hos poliser i Holland har man exempelvis visat att symtombelastningen av PTSD över tid påverkas framför allt av arbetsledningens kvalitet.

Avlastning för stress är alltså av betydelse. Halvtidssjukskrivning rekommenderas framför heltidssjukskrivning. Detta så att patienten kan behålla funktionsförmågan, samtidigt som arbets- eller skolsituationen behöver anpassas till individens nedsatta copingförmåga.

Vårdprocess

Behandlingen av PTSD innefattar hela spektrat från omhändertagande efter kris till stöd av kroniska, terapiresistenta patienter med omfattande svårigheter och komorbiditet.

Många individer med posttraumatisk stressproblematik återfinns i primärvården. Eftersom primärvården utgör första linjens psykiatri är det därför av stor vikt att kunskap finns för att kunna bedöma och ge adekvat behandling till de patienter som har behov därav samt att kunna remittera vidare till specialistpsykiatrin när de egna resurserna inte räcker till.

Först och främst måste det finnas kompetens för att behandla PTSD. Denna kompetens har som grund kunskap om hur man utreder patienter med PTSD och särskiljer enkel PTSD, komplex PTSD och eventuella dissociativa syndrom.

Kompetens inom effektiva psykologiska behandlingsmetoder, både traumafokuserade och stabiliserande, är nödvändig såväl inom primärvård som inom psykiatri.

Om patienten är en person som har fungerat hittills och som har enstaka traumatiska händelser i vuxen ålder är uppgiften rela-

tivt överskådlig och prognosen god. Denna person kan behandlas i första linjens psykiatri med personal som har adekvat traumaterapiutbildning eller på specialistmottagning.

Personer med komplex PTSD har ofta behov av övriga vårdinsatser samtidigt. För att behandla dessa patienter behövs medicinsk och psykiatrisk specialistkompetens inom organisationen, både för farmakologiska interventioner och för samverkan med andra specialister.

För patienter med långvarig kronisk PTSD och associerade sociala problem krävs en samverkan. Att inte vara förankrad i lokala vårdkedjor när man har komplexa behov kan vara till nackdel för dessa patienter. De ersättningsmodeller som tillämpas i dagens sjukvård tenderar att minska incitamentet för lokal samverkan. Dessa patienter kan ofta behöva ett omhändertagande lokalt där det finns samverkan mellan psykiatri, primärvård och socialtjänst för att bli så stabila att de är i stånd av delta i specialiserad behandling.

Kvalitetsindikatorer och kvalitetsregister

Indikatorer på behandlingseffekt kan självklart vara patienternas självskattning av PTSD och samsjuklighet före och efter behandling samt vid senare uppföljning. Fördelen med självskattningsmått är att de inte påverkas av behandlarens *bias och att individkaraktäristika försvinner på gruppnivå*.

Samtidigt är det naturligtvis viktigt att även faktorer som återgång till arbete, suicid och andra svåra komplikationer uppmärksammas.

Att tänka på:

- Undersök förekomst av tidigare livshändelser i samband med anamnesupptagning och bedömning.
- Beakta kulturella aspekter i bedömning av symtom.
- Ha en medvetenhet om att problem kan vara förknippade med skam och skuld känslor.
- Beakta möjligheten av dissociativ problematik.
- Utveckla kompetens i traumafokuserade behandlingsmetoder.
- Undvik benzodiazepinbehandling.
- Egen handledning rekommenderas för att minska risken för sekundär traumatisering och empatiutmattning.

Referenser

- Aldard, P. A. & Cotman, C. W. (2004). Voluntary exercise protects against stress-induced decreases in brain-derived neurotrophic factor protein expression. *Neuroscience* 124(4): 985–92.
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., Russo, L. J., G. V., J. Almansa, S. Arbabzadeh-Bouchez, J. Autonell, M. Bernal, M. A. Buist-Bouwman, M. Codony, A. Domingo-Salvany, M. Ferrer, S. S. Joo, M. Martínez-Alonso, H., Matschinger, F., Mazzi, Z., Morgan, P., Morosini, C., Palacín, B., et al. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Volume 109*: 21–27.
- Alonso, J., Petukhova, M., Vilagut, G., Chatterji, S., Heeringa, S., Ustun, T. B. & Kessler, R. C. (2011). Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health surveys. *Mol Psychiatry*, 16(12): 1234–1246. doi: 10.1038/mp.2010.101
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic Criteria for DSM-5*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Amos, T., Stein, D. J. & Ipser, J. C. (2014). Pharmacological interventions for preventing post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*(7), CD006239. doi: 10.1002/14651858.CD006239.pub2.
- Ballenger, J. C., Davidson, J. R., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Foa, E. B., Kessler, R. C. & Shalev, A. Y. (2000). Consensus statement on posttraumatic stress disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry*, 61 Suppl 5: 60–66.
- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M. & Cooper, R. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane database of systematic reviews*, 12, CD003388. doi: 10.1002/14651858.CD003388.pub4.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S. & Keane, T. M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *J Trauma Stress*, 8(1): 75–90.
- Bowman, E. S. & Coons, P. M. (2000). The differential diagnosis of epilepsy, pseudoseizures, dissociative identity disorder, and dissociative disorder not otherwise specified. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64(2): 164–180. Hämtad från <http://ezproxy.its.uu.se/login?url=http://search.proquest.com.ezproxy.its.uu.se/docview/200487503?accountid=14715> website.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry*, 162(2): 214–227. doi: 162/2/214 [pii] 10.1176/appi.ajp.162.2.214.
- Brand, B. L., Loewenstein, R. J. & Spiegel, D. (2014). Dispelling myths about dissociative identity disorder treatment: An empirically based approach. *Psychiatry*, 77(2): 169–189. doi: doi:http://dx.doi.org.ezproxy.its.uu.se/101521psyc2014772169.

- Bremner, J. D., Innis, R. B., Southwick, S. M., Staib, L., Zoghbi, S., & Charney, D. S. (2000). Decreased benzodiazepine receptor binding in prefrontal cortex in combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*, 157(7): 1120-1126. doi: 10.1176/appi.ajp.157.7.1120.
- Bremner, J. D. & Vermetten, E. (2004). Neuroanatomical changes associated with pharmacotherapy in posttraumatic stress disorder. *Ann NY Acad Sci*, 1032: 154-157. doi: 10.1196/annals.1314.012.
- Briere, J. (2011). TSI-2. *Trauma Symptom Inventory-2. Professional Manual*. Psychological Assessment Resources (PAR).
- Carlson, E. A., Egeland, B. & Sroufe, L. A. (2009). A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Development and psychopathology*, 21(4): 1311-1334. doi: doi:http://dx.doi.org.ezproxy.its.uu.se/10.1017/S0954579409990174.
- Chalavi, S., Vissia, E. M., Giesen, M. E., Nijenhuis, E. R., Draijer, N., Cole, J. H. & Reinders, A. A. (2015). Abnormal hippocampal morphology in dissociative identity disorder and post-traumatic stress disorder correlates with childhood trauma and dissociative symptoms. *Hum Brain Mapp*, 36(5): 1692-1704. doi: 10.1002/hbm.22730.
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A. & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *Eur J Psychotraumatol*, 4. doi: 10.3402/ejpt.v4i0.20706
- Cloitre, M., Henn-Haase, C., Herman, J. L., Jackson, C., Kaslow, N., Klein, C. & Petkova, E. (2014). A multi-site single-blind clinical study to compare the effects of STAIR Narrative Therapy to treatment as usual among women with PTSD in public sector mental health settings: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15: 197. doi: 10.1186/1745-6215-15-197.
- Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., Feltner, C., Brownley, K. A., Olmsted, K. R., Greenblatt, A., Weil, A. & Gaynes, B. N. (2015). Psychological Treatments for Adults with Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. doi: doi: 10.1016/j.cpr.2015.10.003.
- De Jongh, A., Resick, P. A., Zoellner, L. A. & van Minnen, A. (2016). Critical Analysis Of The Current Treatment Guidelines For Complex Ptsd In Adults. *Depress Anxiety*, 33(5): 359-369. doi: 10.1002/da.22469.
- Deppermann, S., H. Storchak et al. (2014). "Stress-induced neuroplasticity: (mal) adaptation to adverse life events in patients with PTSD--a critical overview". *Neuroscience* 283: 166-77.
- Dorsey, S., McLaughlin, K. A., Kerns, S. E., Harrison, J. P., Lambert, H. K., Briggs, E. C. & Amaya-Jackson, L. (2016). Evidence Base Update for Psychosocial Treatments for Children and Adolescents Exposed to Traumatic Events. *J Clin Child Adolesc Psychol*: 1-28. doi: 10.1080/15374416.2016.1220309.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*, 38(4): 319-345.

- Emdad, R. & Sondergaard, H. P. (2005). Impaired memory and general intelligence related to severity and duration of patients' disease in Type A posttraumatic stress disorder. *Behav Med*, 31(2): 73-84. doi: 10.3200/BMED.31.2.73-86.
- Ertl, V., Pfeiffer, A., Schauer, E., Elbert, T. & Neuner, F. (2011). Community-implemented trauma therapy for former child soldiers in Northern Uganda: a randomized controlled trial. *JAMA*, 306(5): 503-512. doi: 10.1001/jama.2011.1060.
- Field, A. & Cottrell, D. (2011). Eye movement desensitization and reprocessing as a therapeutic intervention for traumatized children and adolescents: a systematic review of the evidence for family therapists. *Journal of family therapy*, 33(4): 374-388. doi: 10.1111/j.1467-6427.2011.00548.x.
- Foa, E., Keane, T., Friedman, M. J. F. & Cohen, J. (2009). Effective Treatments for PTSD. Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (2 ed.). New York: Guilford Press.
- Foa, E. B. (2011). Prolonged exposure therapy: past, present, and future. *Depress Anxiety*, 28(12): 1043-1047. doi: 10.1002/da.20907.
- Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M. E. & Lipschitz, D. (2006). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*, 163(4): 623-629. doi: 10.1176/appi.ajp.163.4.623.
- Forbes, D., Lewis, V., Varker, T., Phelps, A., O'Donnell, M., Wade, D. J. & Creamer, M. (2011). Psychological first aid following trauma: implementation and evaluation framework for high-risk organizations. *Psychiatry*, 74(3): 224-239. doi: 10.1521/psyc.2011.74.3.224.
- Frans, Ö. (2003). *Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in the General Population*. (Ph. D). Uppsala: Uppsala universitet.
- Ginzburg, K., Somer, E., Tamarkin, G. & Kramer, L. (2010). Clandestine psychopathology: unrecognized dissociative disorders in inpatient psychiatry. *J Nerv Ment Dis*, 198(5): 378-381. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181da4d65.
- Hensel-Dittmann, D., Schauer, M., Ruf, M., Catani, C., Odenwald, M., Elbert, T. & Neuner, F. (2011). Treatment of traumatized victims of war and torture: a randomized controlled comparison of narrative exposure therapy and stress inoculation training. *Psychother Psychosom*, 80(6): 345-352. doi: 10.1159/000327253.
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J. & Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry*, 70(4): 283-315; discussion 316-269.
- Hoskins, M., Pearce, J., Bethell, A., Dankova, L., Barbui, C., Tol, W. A. & Bisson, J. I. (2015). Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 206(2): 93-100. doi: 10.1192/bjp.bp.114.148551.
- Hougen, H. P. (1988). "Physical and psychological sequelae to torture. A controlled clinical study of exiled asylum applicants". *Forensic Sci Int* 39(1): 5-11.
- International Society for the, Society for the Study of Trauma and Dissociation, S. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third

- revision: summary version. *Journal of trauma & dissociation*, 12(2): 188–212. doi: 10.1080/15299732.2011.537248. (2011).
- Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision: summary version. *Journal of trauma & dissociation*, 12(2): 188–212. doi: 10.1080/15299732.2011.537248.
- Jeffries, F. W. & Davis, P. (2012). What is the Role of Eye Movements in Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)? A Review. *Behav Cogn Psychother*. 1–11. doi: 10.1017/S1352465812000793.
- Jepsen, E. K., Svagaard, T., Thelle, M. I., McCullough, L. & Martinsen, E. W. (2009). Inpatient treatment for adult survivors of childhood sexual abuse: a preliminary outcome study. *J Trauma Dissociation*, 10(3): 315–333. doi: 10.1080/15299730902956812.
- Johnsen, G. E., Kanagaratnam, P. & Asbjornsen, A. E. (2008). Memory impairments in posttraumatic stress disorder are related to depression. *J Anxiety Disord*, 22(3): 464–474. doi: 10.1016/j.janxdis.2007.04.007.
- Kanagaratnam, P. & Asbjornsen, A. E. (2007). Executive deficits in chronic PTSD related to political violence. *J Anxiety Disord*, 21(4): 510–525. doi: 10.1016/j.janxdis.2006.06.008.
- Korlin, D., Edman, G. & Nyback, H. (2007). Reliability and validity of a Swedish version of the Dissociative Experiences Scale (DES-II). *Nord J Psychiatry*, 61(2): 126–142. doi: 10.1080/08039480701226112.
- Koso, M. & Hansen, S. (2006). “Executive function and memory in posttraumatic stress disorder: a study of Bosnian war veterans”. *Eur Psychiatry* 21(3): 167–73.
- Kozłowska, K., Walker, P., McLean, L. & Carrive, P. (2015). Fear and the Defense Cascade. *Harvard review of psychiatry*, 23(4): 263–287. doi: 10.1097/HRP.000000000000065.
- Kuhn, E., Greene, C., Hoffman, J., Nguyen, T., Wald, L., Schmidt, J. & Ruzek, J. (2014). Preliminary evaluation of PTSD Coach, a smartphone app for post-traumatic stress symptoms. *Mil Med*, 179(1): 12–18. doi: 10.7205/MILMED-D-13-00271.
- Lee, C. W. & Cuijpers, P. (2013). A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 44(2): 231–239. doi: 10.1016/j.jbtep.2012.11.001.
- Lenz, A. S., Lenz, A. S. & Hollenbaugh, K. M. (2015). Meta-Analysis of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Treating PTSD and Co-occurring Depression Among Children and Adolescents. *Counseling outcome research and evaluation*, 6(1): 18–32. doi: 10.1177/2150137815573790.
- Moller, A. T., Backstrom, T., Nyberg, S., Sondergaard, H. P. & Helstrom, L. (2016). Women with PTSD have a changed sensitivity to GABA-A receptor active substances. *Psychopharmacology (Berl)*, 233(11): 2025–2033. doi: 10.1007/s00213-014-3776-y.
- Mueller, C., Moergeli, H., Assaloni, H., Schneider, R. & Rufer, M. (2007). Dissociative disorders among chronic and severely impaired psychiatric outpatients. *Psychopathology*, 40(6): 470–471. doi: 10.1159/000108129.

- National Institute of Clinical Excellence.(NICE) (2005). *The management of post-traumatic stress disorder in adults in primary, secondary and community care. Clinical guideline 26*. (ISBN 1-84257-922-3). Hämtad från <http://www.nice.org.uk>.
- Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U. & Elbert, T. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an african refugee settlement. *J Consult Clin Psychol*, 72(4): 579-587. doi: 10.1037/0022-006X.72.4.579.
- Nickerson, A., Bryant, R. A., Silove, D. & Steel, Z. (2011). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clin Psychol Rev*, 31(3): 399-417. doi: 10.1016/j.cpr.2010.10.004.
- Nijenhuis, E. R., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O. & Vanderlinden, J. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *J Nerv Ment Dis*, 184(11): 688-694.
- Nijenhuis, E. R., Spinhoven, P., van Dyck, R., van der Hart, O. & Vanderlinden, J. (1997). The development of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scand*, 96(5): 311-318.
- Nilsson, D. & Svedin, C. G. (2006a). Dissociation among Swedish adolescents and the connection to trauma: an evaluation of the Swedish version of Adolescent Dissociative Experience Scale. *J Nerv Ment Dis*, 194(9): 684-689. doi: 10.1097/01.nmd.0000235774.08690.dc.
- Nilsson, D. & Svedin, C. G. (2006b). Evaluation of the Swedish version of Dissociation Questionnaire (DIS-Q), Dis-Q-Sweden, among adolescents. *J Trauma Dissociation*, 7(3): 65-89. doi: 10.1300/J229v07n03_05.
- Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfield, N. S. & Carlson, E. A. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and psychopathology*, 9(4): 855-879.
- Putnam, F. W., Guroff, J. J., Silberman, E. K., Barban, L. & Post, R. M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: review of 100 recent cases. *J Clin Psychiatry*, 47(6) 285-293.
- Raskind, M. (2009). Pharmacologic Treatment of PTSD. I T. Kean., J. S. Shiromani J. E. LeDoux (red.) *Post-traumatic Stress disorder. Basic Science and Clinical Practice* (s. 335-361). New York: Humana Press, Springer.
- Resick, P. A. & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *J Consult Clin Psychol*, 60(5): 748-756.
- Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A. M. & Stams, G. J. (2009). Efficacy of EMDR in children: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 29(7): 599-606. doi: 10.1016/j.cpr.2009.06.008.
- Schubert, S. J., Lee, C. W., de Araujo, G. & Butler, S. R. (2016). The Effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy to Treat Symptoms Following Trauma in Timor Leste. *J Trauma Stress*, 29(2): 141-148. doi: 10.1002/jts.22084.

- Scott, J. C., G. E. Matt et al. (2015). A quantitative meta-analysis of neurocognitive functioning in posttraumatic stress disorder. *Psychol Bull* 141(1): 105–40.
- Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: a new treatment for post-traumatic stress disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 20(3): 211–217.
- Shapiro, F. & Maxfield, L. (2002). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): information processing in the treatment of trauma. *J Clin Psychol*, 58(8): 933–946. doi: 10.1002/jclp.10068.
- Sonne, C., Carlsson, J., Bech, P. & Elklit, A. (2016). Treatment of trauma-affected refugees with venlafaxine versus sertraline combined with psychotherapy – a randomised study. *BMC Psychiatry*, 16(1). doi: 10.1186/s12888-016-1081-5.
- Spitzer, C., Barnow, S., Grabe, H. J., Klauer, T., Stieglitz, R. D., Schneider, W. & Freyberger, H. J. (2006). Frequency, clinical and demographic correlates of pathological dissociation in Europe. *J Trauma Dissociation*, 7(1): 51–62. doi: 10.1300/J229v07n01_05
- Steele, H., Steele, M. & Murphy, A. (2009). Use of the Adult Attachment Interview to measure process and change in psychotherapy. *Psychotherapy research*, 19(6): 633–643. doi: 10.1080/10503300802609698.
- Steinberg, M. (2000). Advances in the clinical assessment of dissociation: The SCID-D-R. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64(2): 146–163. Hämtad från <http://ezproxy.its.uu.se/login?url=http://search.proquest.com.ezproxy.its.uu.se/docview/200527187?accountid=14715> website.
- Stenmark, H., Catani, C., Neuner, F., Elbert, T. & Holen, A. (2013). Treating PTSD in refugees and asylum seekers within the general health care system. A randomized controlled multicenter study. *Behav Res Ther*, 51(10): 641–647. doi: 10.1016/j.brat.2013.07.002.
- Stenmark, H., Guzey, I. C., Elbert, T. & Holen, A. (2014). Gender and offender status predicting treatment success in refugees and asylum seekers with PTSD. *Eur J Psychotraumatol*, 5. doi: 10.3402/ejpt.v5.20803.
- Søndergaard, H. P., Ekblad, S. & Theorell, T. (2001). Self-reported life event patterns and their relation to health among recently resettled iraqi and kurdish refugees in sweden. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(12): 838–845. doi: 10.1097/00005053-200112000-00005.
- Søndergaard, H. P. & Theorell, T. (2004a). Alexithymia, emotions and PTSD; findings from a longitudinal study of refugees. *Nord J Psychiatry*, 58(3): 185–191. doi: 10.1080/08039480410006214.
- Søndergaard, H. P. & Theorell, T. (2004b). Language acquisition in relation to cumulative posttraumatic stress disorder symptom load over time in a sample of re-settled refugees. *Psychother Psychosom*, 73(5): 320–323. doi: 10.1159/000078849.
- Taycan, O., Sar, V., Celik, C. & Erdogan-Taycan, S. (2014). Trauma-related psychiatric comorbidity of somatization disorder among women in eastern Turkey. *Compr Psychiatry*, 55(8): 1837–1846. doi: 10.1016/j.comppsych.2014.08.052.
- ter Heide, F. J. J. M., Trudy M., Kleber, Rolf J. (2016). Complex PTSD

- and phased treatment in refugees: a debate piece. *European Journal of Psychotraumatology*, (feb. 2016). doi: <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v7.28687>.
- Van Der Hart, O. & Dorahy, M. (2006). Pierre Janet and the Concept of Dissociation. *The American journal of psychiatry*, 163(9): 1646–1646. doi: 10.1176/appi.ajp.163.9.1646-a.
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., Spinazzola, J., van der Kolk, B. & Resick, P. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *J Trauma Stress*, 18(5): 389–399.
- van der Kolk, B. A., Stone, L., West, J., Rhodes, A., Emerson, D., Suvak, M. & Spinazzola, J. (2014). Yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry*, 75(6): e559–565. doi: 10.4088/JCP.13mo8561.
- Vasterling, J. J., Brailey, K., Constans, J. I. & Sutker, P. B. (1998). Attention and memory dysfunction in posttraumatic stress disorder. *Neuropsychology*, 12(1): 125–133.
- Vasterling, J. J., Duke, L. M., Brailey, K., Constans, J. I., Allain, A. N., Jr. & Sutker, P. B. (2002). Attention, learning, and memory performances and intellectual resources in Vietnam veterans: PTSD and no disorder comparisons. *Neuropsychology*, 16(1): 5–14.
- Waller, N. G. & Ross, C. A. (1997). The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: taxometric and behavior genetic findings. *J Abnorm Psychol*, 106(4): 499–510.
- Weathers, F., Blake, D., Schnurr, P., Kaloupek, D., Marx, B. & Keane, T. (2013). The clinician-administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5). *Interview available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov*.
- Weathers, F., Blake, Schnurr, P., Kaloupek, Marx & Keane, T. (2013). The Life Event Scale (LEC). The National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov.
- Weathers, F., Litz, B., Keane, T., Palmieri, T., Marx, B. P. & Schnurr, P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). The National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov.
- World Health Organization (2013). Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. Geneva: WHO.
- Yehuda, R., Daskalakis, N. P., Bierer, L. M., Bader, H. N., Klengel, T., Holsboer, F. & Binder, E. B. (2015). Holocaust Exposure Induced Intergenerational Effects on FKBP5 Methylation. *Biol Psychiatry*. doi: 10.1016/j.biopsych.2015.08.005.
- Zaghrou-Hodali, M. (2014). Humanitarian Work Using EMDR in Palestine and the Arab World. *Journal of EMDR practice and research*, 8(4): 248.
- Andra lästips
- van der Kolk (2014). The body keeps the score. Mind, brain and body in the transformation of trauma. Allen Lane: Penguin Books.

9. Dokumentation av tortyrskador

HANS PETER SØNDERGAARD

Flyktingar som söker asyl ska få sina asylskäl bedömda dels utifrån FN:s förklaring om mänskliga rättigheter (1947), dels utifrån Konventionen mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning, den senare ratificerad av Sverige 1985. Tortyr kan definieras som smärta eller lidande som tillfogas en person för att framtvunga en bekännelse eller i syfte att straffa eller förnedra en person. För att handlingen ska uppfylla kraven enligt tortyrkonventionen ska den dessutom utföras av en statlig instans.

Enligt tortyrkonventionen har alla som utsatts för tortyr rätt till vård, dels för att utreda om påstådd tortyr kan ha skett, dels för behandling. Vården ska vara kostnadsfri för patienten. Dessutom innebär konventionen att personer som har utfört tortyr eller jämförbara brott mot mänskliga rättigheter ska kunna ställas inför domstol i alla länder som har ratificerat konventionen.

Angående dokumentation av tortyrskador citeras ofta Istanbulprotokollet (Iacopino, Ozkalipci & Schlar, 1999) som ett standardiserat sätt att utföra tortyrskadedokumentation. En viktig rättsmedicinsk referens är även O. Vedel Rasmussens *Medical Aspects of UN Convention against Torture* (Rasmussen, 2006). Hur en tortyrskadeutredning bör utföras har beskrivits på svenska i S. Jakobsson, *Efter tortyren* (Jakobsson, 1993). Omfattande erfarenhet av tortyrskadedokumentation finns i Sverige (Edston, 1999; 2009; Edston & Olsson, 2007; Forsman & Edston, 2000; Moisander & Edston, 2003).

Psykiska följdtilstånd efter tortyr är mycket vanliga, främst

PTSD, men även andra diagnoser är aktuella. Därför är en psykiatrisk bedömning viktig ur bevisvärderingssynpunkt, men även bedöma aktuella hälsotillstånd och behandlingsbehov.

I praktiken kan tortyr (eller jämförbara omständigheter) variera från sofistikerade metoder (exempelvis farmakologisk tortyr, el-tortyr eller falaka, piskning eller slag under fotsulorna, som ofta är svåra att påvisa med rättsmedicinska metoder) till svåra mutilerande metoder som lämnar tydliga spår efter sig.

Teoretisk sett kan tortyr ha skett helt utan några spår på kroppen och enbart PTSD eller annan psykiatrisk symptomatologi. Detta är dock mindre vanligt.

Bedömningen av huruvida tortyr har förekommit kan alltså kräva åtminstone en rättsmedicinsk och en psykiatrisk utredning som vid behov kan kompletteras med ytterliga utredningar.

Vid den rättsmedicinska utredningen ingår anamnesen, hur exploranden beskriver händelser och läkningsförlopp av kroppsskador. Vidare kroppsundersökning och sedan eventuella kompletterande undersökningar. Kompletterande undersökningar kan vara allt från röntgen till toxikologi, till exempel hur man kan påvisa gamla eventuellt felläkta frakturer, atrofi av underhudsfett efter falaka eller arsenik eller thallium i hudbiopsier efter mordförsök med gift.

Psykiatrisk undersökning handlar ofta om att diagnosticera PTSD eller annan stressrelaterad psykopatologi. Som ett minimum bör patienten utredas med strukturerad diagnostik för PTSD och suicidriskbedömning, men annan psykopatologi kan självklart också förekomma.

I nästa steg är det av vikt att bedöma om undersökningsfynden är förenliga med berättelsen (hur exploranden återger händelseförlopp och fysiska och psykiska konsekvenser), vilket har betydelse för trovärdighet. Vidare vad eventuella diagnoser/skador innebär för individen. Slutligen är jurister naturligtvis intresserade av vilket bevisvärde undersökningsresultatet kan ha. Hur man kan sammanställa undersökningsresultaten beskrivs i (Iacopino et al., 1999).

Psykiatrisk bedömning vid uppgifter om tortyr eller jämförbar förföljelse

Anamnes: Om exploranden har långvarig traumatisering kan det finnas svårigheter att berätta. Dessa kan visa sig som perseveration, det vill säga att patienten ”tar om” samma sak hela tiden men aldrig kommer fram till slutet av berättelsen. Det kan hända att patienten kanske får flash-backs eller starka återupplevelanden, vilket leder till minskad aktivitet i språkcentret (Rauch et al., 1996). Hjärnskada till följd av misshandel kan innebära delvis minnesförlust. *Nota bene:* Vid medvetlöshet av medicinska orsaker (förgiftning, hjärnskakning etcetera) uppkommer inte PTSD eftersom det inte finns defekt inlagrade traumatiska minnesbilder.

Dessa fenomen, tillsammans med psykisk stumhet som ju är vanligt förekommande vid PTSD, kan innebära att man som undersökare blir förvirrad och skeptisk.

Vissa händelser kan vara så skambelagda att det blir svårt för patienten att berätta. Till exempel sexuella övergrepp, att ha angivit andra under tortyr eller att ha varit förövare.

Sammanfattande utlåtande

Efter en rättsmedicinsk och psykologisk/psykiatrisk undersökning kan resultaten sammanställas. I sammanfattningen presenteras slutsatsen av undersökningarna var för sig och vid sammantagen bedömning. Det senare är speciellt viktigt i de fall där den rättsmedicinska och den psykiatriska bedömningen inte är entydiga. Det är också viktigt att beskriva behandlingsbehov och även prognosen ifall exploranden utvisas.

I vissa länder har staten tagit på sig uppgiften att dokumentera tortyr hos asylsökande, som det krävs i tortyrkonventionen. I andra situationer sker det i privat regi, till exempel av frivilliga på Medical Foundation i London. I Sverige har dessa utredningar i många år utförts av Kris- och traumacentrum i Stockholm eller genom Röda Korset.

I princip kan alla läkare utföra dessa undersökningar om man följer de riktlinjer som allmänt gäller för rättsmedicinska undersökningar och utfärdande av intyg i allmänhet. En god idé är då att sätta sig in i de rutiner som beskrivs i referenserna 1–3 nedan.

Referenser

- Edston, E. (1999). [Bodily evidence can reveal torture. 5-year experience of torture documentation]. *Lakartidningen*, 96(6): 628-631.
- Edston, E. (2009). The epidemiology of falanga – incidence among Swedish asylum seekers. *Torture*, 19(1), 27-32.
- Edston, E. & Olsson, C. (2007). Female victims of torture. *J Forensic Leg Med*, 14(6): 368-373. doi:10.1016/j.jflm.2006.12.014.
- Forsman, L. & Edston, E. (2000). Medicolegal certificates in investigations of asylum applications. *J Med Ethics*, 26(4): 289.
- Iacopino, V., Ozkalipci, O. & Schlar, C. (1999). The Istanbul Protocol: international standards for the effective investigation and documentation of torture and ill treatment. *Lancet*, 354(9184): 1117.
- Jakobsson, S. (1993). *CTD:s Årsbok. Efter tortyren*: Stockholm: Liber utbildning.
- Moisander, P. A. & Edston, E. (2003). Torture and its sequel – a comparison between victims from six countries. *Forensic Sci Int*, 137(2-3): 133-140.
- Rasmussen, O. V. (1990). Medical aspects of torture. Chapter VIII. Medical involvement in the practice of torture Chapter IX. Medical profession against torture. *Dan Med Bull*, 37(Suppl. 1): 43-50.
- Rasmussen, O. V. (2006). The medical aspects of the UN Convention against Torture. *Torture*, 16(1): 58-64.
- Rauch, S. L., van der Kolk, B. A., Fislser, R. E., Alpert, N. M., Orr, S. P., Savage, C. R. & Pitman, R. K. (1996). A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. *Arch Gen Psychiatry*, 53(5): 380-387.

10. Migration, kultur, integration och psykisk hälsa

INGVAR KARLSSON

Migration innebär att en individ, ensam eller med sin familj, flyttar från hemorten till en helt annan miljö. Orsaken till flytten kan vara krig och förföljelse men också ett hopp om en bättre framtid. Migration till Sverige har ägt rum från olika områden under historisk tid. Kulturer har oftast smält samman till att bli det som är den kultur vi i dag ser i Sverige.

Att flytta från en kultur till en annan kan leda till migrationsstress, med en rad stressreaktioner som påverkar den psykiska hälsan. Kirmayer, Narasiah m.fl. (2011) delar upp migrationsstressen i tre delar: premigrationsstress, migrationsstress och postmigrationsstress. Krig och förföljelse skapar trauman som kan leda till posttraumatiskt stressyndrom, vilket medför att personen som redan från början har en psykisk sjukdomsbild kan förvärras av nya trauman.

Migration medför att personen lämnar sin bakgrund, ofta också sin kultur, sitt språk och sina släktingar för en oviss framtid. Det skapar en sorg vars storlek varierar mellan olika individer beroende på individuella och kulturella orsaker. Detta kan för många leda till en längtan tillbaka, ofta till något som inte längre existerar. Ofrivillig migration i form av flykt är ofta särskilt problematisk och kan innebära många svåra trauman. Flykten kan vara mycket farofylld och medföra hot om livet – trauman som adderas till tidigare upplevelser och kan förvärra eller skapa posttraumatiskt stressyndrom.

Den säkerhet som man letar efter i det nya landet skapar initialt ett lugn. Att söka asyl innebär en lång osäker väntan som gradvis ökar stress och som gradvis försämrar den psykiska hälsan. Migra-

tionsstressen kan medföra svårigheter och umbäranden, vilka leder till förstärkning av tidigare trauman och medför ökad risk för psykisk sjuklighet. En risk som ökar med en lång väntan på asyl. Osäkerhet om möjlighet till uppehållstillstånd leder till en gradvis accentuering av symtom på posttraumatiskt stressyndrom (Roth, Ekblad m.fl., 2006). Tillfälligt uppehållstillstånd kan skapa en långvarig osäkerhet med risk för ytterligare försämring.

Ett uppehållstillstånd skapar en stor lättnad men innebär också att nya svårigheter kommer. Att lära sig att leva i ett nytt land med ett okänt språk och en annan kultur är en lång och svår process som inte är utan problem.

Begreppet kultur har ingen heltäckande definition som beskriver alla aspekter. Det kan definieras som ”den kunskap som är delad och som knyter ihop människor i ett samhälle” (Bhugra & Becker, 2005). LaFromboise, Coleman m.fl. (1993) beskriver kulturell kompetens som att en individ har en stark identitet, kunskap om föreställningar och värden i kulturen. Vidare att personen kan hantera känslomässiga processer i kulturen, kommunicera fullt ut på språket i den kulturella gruppen, fungera socialt på ett acceptabelt sätt, upprätthålla aktiva sociala relationer i gruppen och kan förhålla sig till interinstitutionella strukturer i gruppen.

Ackulturation – betydelse för psykisk sjukdom

För den som migrerat innebär det en gradvis process att förhålla sig till och tillägna sig kulturen i ett nytt samhälle och att den nya kulturen finns parallellt med den gamla. Denna process kallas *ackulturation* och innebär en gradvis inlärning men också en förändring hos individen. Även i majoritetssamhället blir det nödvändigt att på något sätt förhålla sig till nya kulturer som åtföljer migration till landet.

Det finns enligt (Sam & Berry, 2010) tre viktiga psykologiska aspekter på ackulturation: vilka förändringar som sker, hur individer förändras och hur personer adapterar sig till nya förhållanden. En viktig aspekt är de strategier som enskilda individer använder och som påverkar anpassning och utfall av den enskildes ackulturation. Ett viktigt begrepp är ackulturationsstress, det vill säga den psykiska påfrestning som en enskild individ upplever av att leva i en för personen ny kulturmiljö. Begreppet ackulturationsstress inkluderas

i det mer omfattande begreppet migrationsstress, där inte bara de kulturella faktorerna berörs utan också andra aspekter vid migration som kan påverka psykisk hälsa. Den mesta forskningen berör ackulturationsstress.

Flera studier har visat att personer som migrerat, som initialt hade låg psykisk sjuklighet, under mångårig postmigrationsstress får en ökad psykisk sjuklighet (Kirmayer, Narasiah m.fl., 2011), vilket tyder på att ackulturationsstress ökar risk för psykisk ohälsa. Ackulturationsstressen kan skapas av faktorer som diskriminering och den främmande kulturella miljön på boendeplassen, även om närvaro av andra från samma kultur minskar problemen. Faktorer som om migrationen har varit frivillig eller påtvingad påverkar också grad av ackulturationsstress (Bhugra, 2005). Socialt stöd kan minska risk för psykisk ohälsa (se vidare kapitel 12 "Psykisk hälsa hos utrikesfödda i Sverige – epidemiologiska aspekter").

Sam & Berry (2010) har beskrivit fyra olika reaktionssätt vid ackulturation:

- *Assimilering* är när en person försöker att helt integrera sig i den nya kulturen och fullständigt lämna den egna kultursfären.
- *Separation* beskriver personer som inte vill anpassa sig till den nya kulturen utan så långt det är möjligt bevarar det tidigare tänkesättet. Man vill leva som man gjorde tidigare och söker sig till personer med samma bakgrund och tänkesätt.
- *Marginalisering* beskriver personer som har lämnat sin tidigare kultur men inte kunnat anpassa sig till majoritetskulturen.
- *Integration* beskriver personer som bibehåller en identitet i sin gamla kultur men som också skapar en identitet i den nya kultursfären. Personen kan då fungera såväl i sin gamla kultur som i den nya

Dessa reaktionssätt innebär en huvudinriktning hos den enskilde individens sätt att förhålla sig till den nya kulturen. Varje reaktionssätt medför specifika problem. En assimilation kan ses som önskvärd, men leder till en förlust av tidigare liv och kultur – en förlust som kan skapa en långvarig sorgereaktion framför allt vid en påtvingad migration.

Personer som reagerar med separation har självklart svårt att anpassa sig till en ny kultur. Det skapar en rigiditet och leder ofta till

konflikter i familj eller mot samhället, vars värderingar man inte accepterar. Konflikterna kan röra sig om aspekter som hedersproblematik, religion, familjemönster med mera. I en familj finns ofta olika reaktionssätt: ungdomar har en benägenhet att formas mer av majoritetssamhället medan en far oftare håller fast vid patriarkala strukturer, vilket skapar inomfamiljära motsättningar.

Personer som marginaliseras och som tappar kulturellt sammanhang både i den ursprungliga kulturen och i majoritetskulturen har stor risk för psykisk ohälsa. Det finns också risk för att en sådan person söker sig till en gängkultur eller på annat sätt söker en identitet på ett icke accepterat sätt.

LaFromboise, Coleman m.fl. (1993) beskriver noggrant processen att bli bikulturell, det vill säga att bibehålla en identitet i den gamla kulturen men också kunna ha en identitet i majoritetssamhället. Det finns uppenbara positiva effekter av detta förhållningssätt. Vissa beskriver detta som att ta vara på det bästa i båda samhällena. Det fordrar dock att den enskilde individen väljer när specifika aspekter är oförenliga.

De olika reaktionssätten är inte totalt skilda. En person kan i vissa aspekter bibehålla en ursprunglig kultur, exempelvis vad avser religion, men vara helt integrerad vad avser andra aspekter. Det samhälle en person kommer ifrån och det samhälle personen migrerat till påverkar den psykiska hälsan (Bhugra, 2005). Individualistiska länder, som exempelvis Sverige, har andra förhållningssätt mellan människor jämfört med kollektivistiska länder i Asien eller länder med en utvecklad klanstruktur.

Vid sidan av annan psykisk problematik är således också sättet att förhålla sig till majoritetskulturen viktig för att förstå en psykisk sjukdomsbild. Också vid psykoterapeutiskt arbete är detta en viktig grund – att stötta en person i ackulturationsprocessen kan vara viktigt för att ändra låsta tankestrukturer.

Ackulturationsforskningen har kritiserats av Rudmin (2009) för att inte vara tillräckligt vetenskapligt stringent. Han lyfter fram de vaga kriterier som finns och de svårigheter som finns att mäta ett så svärdefinierat begrep som förändringar av grundläggande kulturella värderingar. Rudmin lyfter fram betydelse av motivation hos den enskilde, inlärningsaspekter vid ackulturation samt förändringar hos den enskilde individen som viktiga aspekter för processen.

Att flytta från en kultur till en annan innebär att en person gradvis blir varse de kulturskillnader som finns och tar ställning till hur personen ska förhålla sig till dessa. Att ändra tankesätt kan vara svårt. Den gamla kulturen kan vara fast knuten till identiteten. Förändringsbenägenhet påverkas av en rad olika faktorer som ålder, kön och sociala kontakter i majoritetskulturen och den egna kulturen. Att acceptera svenska kulturella värderingar kan medföra en påverkan på självbilden när gamla förhållningssätt, som till exempel kvinnors frihet, inte accepteras. Hedersproblematiken är ett exempel på en konfliktsituation mellan olika traditioner och värderingar.

För att förstå migrationsproblematiken är det nödvändigt att se den från olika perspektiv. Hur man ska förhålla sig till kulturkonflikter går oftast att lösa, men det kan även bli ett etiskt dilemma och vara svårt att lösa på ett för alla parter acceptabelt sätt.

Mångkultur – mångfald

Begreppen mångkultur och mångfald används ofta i debatten men de är dåligt definierade. Begreppet mångfald har alltmer ersatt mångkultur, utan att en grundläggande definition har gjorts. I ett land med många olika kulturer som finns vid sidan av varandra kan det finnas olika värderingar och olika sätt att leva. Romernas kultur, som sedan 500 år funnits parallellt med det svenska majoritetssamhällets, är ett exempel. I andra länder har olika kulturer kunnat existera vid sidan av varandra. Om skillnader i kultur omfattar olika rättsbegrepp skapas problem – i ett land måste lagstiftningen vara lika för alla. Kulturer där hedersbegreppet är överordnat lagen kan till exempel inte accepteras i Sverige.

Begreppet kultur är mångfasetterat och kan omfatta kulturella traditioner i olika invandrade grupper, svenska minoritetsgrupper, grupper utifrån sexuell läggning och religiösa riktningar men även andra grupper. Sverige är i dag ett land präglat av etnisk och kulturell mångfald. Här bor människor från mer än 150 länder. Närmare en miljon är födda utomlands. Ytterligare cirka 800 000 personer är födda i Sverige men har minst en förälder med rötter i ett annat land. Detta har medfört att det finns betydande kulturella skillnader mellan olika grupper.

Sverige har tidigare försökt – men bara delvis lyckats – att assimilera andra kulturer in i den svenska. Detta har lång tradition och

har drabbat de grupper som utgör de accepterade svenska minoriteterna (se kapitel 11 ”Sveriges nationella minoriteter – kulturkonflikter och utsatthet). Denna strävan har skapat problem som fortfarande påverkar de som utsatts för denna så kallade försvenskning. I dag är den politiska målsättningen integration, vilket förutsätter någon form av anpassning både från minoritetsgruppen och majoritetssamhället. Målsättningen är inte assimilering utan syftar till att bibehålla en mångfald genom exempelvis hemspråksundervisning. Vi ser varierande grad av integrering där olika individer har mycket olika grad av anpassning till den svenska majoritetskulturen.

En förståelse för patienters kulturellt färgade uttryck underlättas av en viss kunskap om och ett intresse för patientens kultur, synsätt och värderingar. Detta är viktigt i psykiatrisk vård då patienters sjukdomssymptom och sjukdomsbegrepp påverkas av olika kulturella traditioner.

Strävan efter en individuellt baserad förståelse för betydelsen av kulturella faktorer är därför viktig i sjukvårdens möte med patienter från olika kulturella sammanhang. Detta är nödvändigt för att kunna ge en likvärdig vård till människor oavsett bakgrund.

Att tänka på:

- En persons kulturella bakgrund formar stor del av tankar och föreställningar.
- Synen på psykisk sjukdom och de symptom som upplevs påverkas av en persons kulturella bakgrund.
- Att lära sig leva i en ny kultur påverkar en person i grunden och kan skapa en psykisk belastning.
- Det är viktigt att vara medveten om de kulturella skillnader som finns i mötet med en person.
- Varje människa ska mötas med respekt utifrån sin bakgrund.

Referenser

- Bhugra, D. (2005). Cultural identities and cultural congruency: a new model for evaluating mental distress in immigrants. *Acta Psychiatr Scand* 111(2): 84-93.
- Bhugra, D. & Becker, M. A. (2005). Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World Psychiatry* 4(1): 18-24.
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L. et al. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ* 183(12): E959-67.
- Koçtürk-Runefors, T. (1991). *En fråga om beder: turkiska kvinnor hemma och utomlands*. Stockholm: Tiden.
- Kuo, B. C. (2014). Coping, acculturation, and psychological adaptation among migrants: a theoretical and empirical review and synthesis of the literature. *Health Psychol Behav Med* 2(1): 16-33.
- LaFromboise, T., Coleman, H. L. et al. (1993). Psychological impact of biculturalism: evidence and theory. *Psychol Bull* 114(3): 395-412.
- Roth, G., Ekblad, S. et al. (2006). A longitudinal study of PTSD in a sample of adult mass-evacuated Kosovars, some of whom returned to their home country. *Eur Psychiatry* 21(3): 152-9.
- Rudmin, F. (2009). Constructs, measurements and models of acculturation and acculturative stress. *Int J Intercultural Relations* 33: 106-123.
- Sam, D. L. & Berry, J. W. (2010). Acculturation: When Individuals and Groups of Different Cultural Backgrounds Meet. *Perspect Psychol Sci* 5(4): 472-81.

II. Sveriges nationella minoriteter- kultur- konflikter och utsatthet

INGVAR KARLSSON

Sverige erkände 1999 de fem olika nationella minoritetsgrupperna judar, romer, samer (som även är ett urfolk), Sverigefinnar och tornedalingar. Minoritetsspråk är jiddisch, romani chib, samiska, finska och meänkieli. Gemensamt för minoritetsgrupperna är att de har befolkat Sverige under lång tid samt att de utgör grupper med en uttalad samhörighet och kultur. Sedan 2000 har samiska, meänkieli och finska officiellt kunnat användas hos förvaltningsmyndigheter och i domstolar. Rättigheterna har dock varit begränsade till ett fåtal kommuner. Bland de nationella minoriteterna har den samiska en särställning som ett ursprungsfolk.

Minoriteterna har alla sin egen historia, sin kultur, sitt språk och sin utsatthet. Deras kultur har sedan mycket lång tid varit i kontakt med den svenska men alltid haft en svag ställning. Trots tidvis ett aktivt ”försvenskande” har minoriteterna sökt behålla sin egen kultur och sitt språk men självklart påverkats av majoritetskulturen och den utveckling som skett i samhället i övrigt.

Den psykiska hälsan i minoritetsgrupper har varit föremål för en Statlig utredning av Folkhälsoinstitutet Hur mår Sveriges nationella minoriteter, 2010, där det framkommer att kartläggningen indikerade bland annat att den samiska befolkningen har sämre eller mycket sämre hälsa än motsvarande grupper i övriga samhället. Minoritetsgrupperna har i stor utsträckning psykisk hälsa som är

sämre än majoritetsbefolkningen. 2015 genomförde sametinget på regeringens uppdrag en kartläggning av den samiska befolkningens psykosociala hälsa. Resultaten där har mynnat ut i en statlig utredning för att ytterligare kartlägga samers psykiska hälsa och som ska vara klar 2020. Det konstateras att ”för att förbättra den och minska hälsoklyftorna behöver vi kunskap och strategier för att se inom vilka områden hälso- och sjukvården kan utvecklas och anpassas till den samiska befolkningens behov”.

Judar

Kung Gustav III tillät 1775 Aaron Isaac av Mecklenburg att bosätta sig i Stockholm. För att göra det möjligt att efterfölja de judiska religiösa föreskrifterna vid gudstjänst – vilket kräver 10 vuxna män – tilläts han även att ytterligare medföra några judiska familjer in i landet. Samma år förklarades Marstrand, utanför Göteborg, Porto Franco (frihamn) och alla utlänningar, även judar, tilläts bosätta sig på ön. 1782 tilläts judar officiellt att bosätta sig i Stockholm, Göteborg och Norrköping och några år senare även i Karlskrona.

1873 erhöll judar fullständiga medborgerliga rättigheter. De första judiska grupperna immigrerade till Sverige huvudsakligen från Danmark och Tyskland. Invandringen ökade genom de judeföljelser (pogromer) som sattes i gång i det tsarryska riket för att avleda missnöjet med förhållandena i landet, men även judar från Baltikum och Polen kom till Sverige. Den största invandringsvågen pågick åren 1895–1905.

Under de följande fyrtio åren kom endast ett litet antal judar hit. Trots de svåra förföljelserna i Nazityskland fick förhållandevis få tyska judar inresetillstånd till Sverige. Efter andra världskriget kom ett antal överlevande från förföljelserna i Nazityskland till Sverige.

Psykisk ohälsa i den judiska folkgruppen i Sverige

Det finns ingen svensk forskning som visat att tillhörighet till den judiska minoritetsgruppen i Sverige skulle påverka på den psykiska hälsan. Judar som invandrat från länder där de varit diskriminerade kan dock ha uttalad påverkan på psykisk hälsa med depression, ångest och sömnstörning. Liknande bild rapporteras från Tyskland hos judar som emigrerat efter Sovjetunionens fall (Ullmann, Barthel m.fl., 2013) och som var tredje generationen efter dem som över-

levt förföljelserna under andra världskriget, men som också själva upplevt antisemitism. Sannolikt har den diskriminering de utsatts för lett till psykiska symtom.

Bland judarna som upplevt diskriminering och koncentrationsläger i Tyskland före och under andra världskriget fanns en stor andel med uttalade psykiska sjukdomssymtom med ångest, depressivitet och symtom på posttraumatiskt stressyndrom. Också vid hög ålder kvarstår psykisk ohälsa (Stessman, Cohen m.fl., 2008). Denna grupp är i dag mycket liten. Barn till denna grupp i Norge har inte visat ökad psykisk ohälsa (Schwartz, Dohrenwend m.fl., 1994), vilket talar för att överföring av trauman från föräldrar till barn inte har gett upphov till sjukdomssymtom.

Romer

Romer har sitt ursprung i Indien. Under 1000-talets första decennier invaderades Sind och Punjab i nuvarande Indien och Pakistan av ghaznaviderna, ett muslimskt folk av turkiskt ursprung från nuvarande östra Afghanistan. Romerna motstod de muslimska anfällen och lyckades fly. Via Persien, Armenien och Bysantinska riket tog de sig så småningom till Europa. Romernas ankomst till Europa brukar beräknas till omkring år 1300. Först noterades de på Kreta, senare spreds de över hela Europa. Mot slutet av medeltiden fanns de i Tyskland.

Romerna har under de tusen år de varit på vandring på ett exceptionellt sätt kunna bibehålla både språk och egen kultur. De har rört sig i små grupper och sällan blivit bofasta. Det har ofta skapats spänningar mellan majoritetsbefolkningen och romerna, trots att dessa ofta utnyttjades för sin hantverkskunskap. I Valakien och Moldavien (i nuvarande Rumänien och Moldavien) blev romerna förslavade på 1300-talet. De levde under slaveri fram till 1864.

Första noteringen om romer i Sverige var 1512. Det är osäkert varifrån dessa kom. Att nya sällskap kom titt och tätt framgår av de ideliga ingripandena mot zigenare från myndigheternas sida. Gustav Vasa betraktade dem som förrädare. Motstånd mot romer ledde till den första allmänna zigenarförordningen i Sverige, vilken utfärdades av förmyndarregeringen den 28 juli 1637. I sin hårdhet och okänslighet är den sannolikt enastående i svensk rättshistoria. Där stadgas att alla män ska hängas, medan kvinnor och barn ska för-

visas ur landet före den 8 november 1637. Skulle någon påträffas efter detta datum var det tillåtet för landshövdingen, befallningsmän och ståthållare att döda alla utan process och rättegång. Denna förordning medförde att många romer utvandrade från Sverige. En grupp kom till Finland som då var en del av Sverige, den så kallade östra riksdelen.

Språkgrupper

Romani chib är den officiella benämningen på romernas språk. Språket är indoeuropeiskt, tillhör den indoariska gruppen och är släkt med hindi. Romani chib har påverkats av de majoritetsspråk som finns i de områden där romerna vistats. Basorden har i stor utsträckning bibehållits medan grammatiken är mer påverkad. Det finns cirka 60 olika dialekter av romani chib. Skillnaderna är så stora att man inte förstår varandra mellan olika språkgrupper.

Skillnader i de olika dialekterna medför att vid användning av tolk är det nödvändigt att tolken använder korrekt dialekt.

Diskriminering i Sverige under 1900-talet

Diskrimineringen av romer i Sverige har ställts samman i en vitbok *Den mörka och okända historien*, Arbetsmarknadsdepartementet, 2014. Ett sammandrag av vitboken görs här för att visa den diskriminering som romer utsatts för under 1900-talet och som utgör bakgrunden till romers syn på det svenska samhället.

1900-talets vetenskapliga synsätt med diagnoser, socialmedicinska-, psykologiska och antropologiska underlag om romer har många gånger bidragit till att såväl förstärka som vidmakthålla en negativ syn på romer. Marginaliseringsprocesser påverkade gruppens villkor. Kartläggningar av myndigheter har spelat en inte obetydlig roll i framväxten av de fördomar mot romer som lever vidare än i dag. Gemensamt för många av dessa kartläggningar är att de har byggt upp och bekräftat, snarare än utmanat, fientliga och stereotypa föreställningar om romer. Genomgången av politiska motiv och åtgärder under första hälften av 1950-talet visar att registreringar, steriliseringar, omhändertaganden av barn, fördrivning och vägran att mantalsskriva romer såväl motiverades som verkställdes utifrån antagandena att romer skulle utrotas, de var oönskade och åtgärderna skulle försvåra romers tillvaro. Politiska åtgärder har så-

ledes inte utmanat eller sökt förändra den ojämlika relation som har funnits mellan romer och majoritetsbefolkningen. Just uppfattningen att romer inte var en del av samhället tjänade dessutom som motiv till att det krävdes hårdare åtgärder mot romer.

Ett annat tema under hela 1900-talet var att flera av åtgärderna har tagit sin utgångspunkt i att romer själva har skuld till sin egen situation. Skulden till att kommuner inte mantalsskrev romer hänfördes många gånger till en föreställning om att romers tillvaro var självvald.

Romers erfarenheter av diskriminering i dag visar att negativa föreställningar om gruppen alltjämt fortlever och inte på allvar har ifrågasatts.

Psykisk hälsa hos romer

Det finns mycket liten kunskap om psykisk hälsa hos romer i Sverige. I en pilotstudie fann (Hassler & Eklund, 2012) stark indikation på påverkan av marginalisering och exklusion från majoritetsbefolkningen. Den låga självuppfattade hälsan bedömde författarna utgjorde en stor hälsorisk.

I en undersökning i Grekland (Vorvolakos, Samakouri m.fl., 2012) fann författarna indikationer på sämre psykiskt hälsostatus i en rad psykiatriska symtom, men resultaten får bedömas något osäkra. I en spansk undersökning var romska kvinnor mer deprimerade och hade högre alkoholkonsumtion. I en undersökning av romska barn i Rumänien och Bulgarien hade de romska barnen sämre psykisk hälsa i en rad parametrar. I en stor översiktsartikel om romers hälsa (Cook, Wayne m.fl., 2013) redogjordes inte för några artiklar om den psykiska hälsan.

Sammanfattningsvis fanns indikationer på sämre kroppslig hälsa och en högre mortalitet.

Samer

Samer är ett urfolk som funnits i sitt område ”Sápmi”, som omfattar norra delar av Sverige, Norge, Finland och Kolahalvön i Ryssland. I Sverige sträcker sig området med samisk befolkning från Treriksröset till norra Dalarna. Den samiska befolkningen har i stor utsträckning levt av renen, som naturligt vandrat mellan skogsområden på vintern och fjällområden på sommaren. Vildrenen finns i dag inte i Sverige, men samerna har utnyttjat renens naturliga vandrings-

mönster och vissa samebyar har flyttat från Bottniska viken på vintern till öar utanför norska kusten på sommaren. Det finns också samer som levt på fiske, både i sötvatten och vid norska kusten. Samerna som följt renens vandringar har inte kunnat vara bofasta utan flyttat mellan sommar- och vinterområden.

Ingen vet med säkerhet varifrån den samiska befolkningen har kommit. Sannolikt har de invandrat efter istiden österifrån, men delar av samerna, sydsamer, kan ha invandrat söderifrån. Språkmässigt är de samiska språken/dialekterna finsk-ugriska närmast släkt med finskan men har släktskap med andra finsk-ugriska språk.

Samerna beskrevs för första gången på 800-talet. Samer har haft kontakt med svenskar och norrmän sedan tidigt och under medeltiden fanns reguljära handelsförbindelser men också skatteuttag. Skatt betalades till Sverige men ibland också till Norge/Danmark och även till Ryssland. Gränserna i norra Skandinavien fastställdes först i mitten av 1700-talet. Gustav Vasa och senare Carl IX ökade skatteuttaget, vilket fick till följd att samerna fick ändra sitt levnadssätt från renjakt och fiske till tamrensskötsel. Samerna har fritt kunnat vandra mellan Sverige och Norge – detta fastställdes rättsligt 1751. Senare har gränspassagen till Norge gradvis reglerats och svenska samer i norr kan i dag inte som förr vandra med renen till norska kusten.

När Finland 1809 blev ett ryskt storfurstendöme uppstod problem för samerna med den nya nationsgränsen. Gränsen till Ryssland stängdes helt 1889. Detta fick till följd att många samer på finska sidan kom över till Sverige. Den kraftiga ansamlingen av ren som detta medförde ledde till tvångsflyttningar av samiska familjer till sydligare områden.

Kulturkonflikter

Samerna har upplevt kulturkonflikter dels från officiellt håll i majoritetssamhället (staten), dels från kyrkan och enskilda människor. Under medeltiden krävde staten/staterna skatt. Detta ökade från 1600-talet och kunde vara betungande, vilket krävde en mer intensiv renskötsel.

Under slutet av 1870-talet startade mer uttalade rasistiska tendenser mot den samiska befolkningen. Dessa rasistiska tankar kom till uttryck också i nya författningar och i den skolpolitik som antogs 1913. I norr byggdes även särskilda hushållskåtor som på 1940-talet

ersattes av internat. I praktiken var undervisningsspråket svenska. Undervisning i samiska förekom inte, men samiska kunde användas som ett "hjälpsspråk" i undervisningen om läraren kunde samiska.

Vistelse i undermåliga hushållskåtor eller i internat, undervisning på svenska, vilket för många var ett främmande språk, påtvingande av svenska kulturvärderingar till barn som togs från föräldrarna bidrog till många svåra trauman. Till dessa svårigheter bidrog den aga som ibland var regel i skolorna.

Det trauma som skolgången medförde var många gånger mycket svårt och kunde i praktiken leda till symtom som kan liknas vid posttraumatiskt stressyndrom. Många föräldrar har på grund av detta vägrat att lära sina barn samiska, för att inte barnen ska uppleva samma svåra trauman som de själva i skolan. I och med att barnen var inackorderade skapades också trauman av att bli skild från föräldrarna och hemmet under månader.

Konflikter om landrättigheter

Den samiska identiteten är starkt kopplad till den yttre miljön. Som nomadiserande folk finns i den samiska kulturen inte ett ägande av landet. Sedan 1700-talet har svenska nybyggare gradvis flyttat in i samiska områden. Detta ökade under 1800-talet. Under 1900-talet har en ökad exploatering skett med järnvägar, vägar, gruvor och framför allt vattenkraftsbyggen. Rätten till vinterbetesland, som är avgörande för möjlighet att kunna bibehålla en renhjord, har ifrågasatts i stora områden.

Tre stora rättsfall har belyst detta: skattefjällsmålet, vinterbetesrätt i Härjedalen och Nordmalingsmålet. Skattefjällsmålet förlorade samerna, men domstolen klargjorde att det fanns en samisk rätt till markutnyttjande för renar. I Härjedalen kunde samerna inte hävda sin rätt till vinterbete. Den rättsprocessen ledde till en ökad motsättning mellan samer och svenskar. I Nordmalingsmålet vann samerna.

Andra problem är småviltsjakten, som svenska staten i riksdagsbeslut 1992 tog ifrån samerna. Detta blev en viktig symbolfråga för samerna – i ett mål 2016 fick en sameby tillbaka denna rätt. Staten accepterar dock inte domen utan har överklagat.

Intrång i Sápmi, med åtföljande svårigheter för renbete, och ifrågasättande av de samiska rättigheterna utgör ett hot mot det traditionella samiska levnadssättet.

Andra konfliktområden

ILO-konventionen nummer 169 om urfolk har inte ratificerats av Sverige. Konventionen skapar inga nya markrättigheter, men ställer krav på att de markrättigheter som finns ska erkännas och respekteras samt att samernas renskötselrätt respekteras på motsvarande sätt som andra markrättigheter i Sverige. Detta är en viktig samisk fråga och visar att Sverige inte vill ge samerna de rättigheter som de enligt FN borde ha som urfolk.

I svensk lagstiftning är det endast samer som är medlemmar i en sameby som har särskilda rättigheter. Samer som inte är renskötande saknar dessa rättigheter. Detta har skapat en skiljelinje mellan dem som är renskötande och dem som är utanför.

Den samiska befolkningen under lång tid och på olika sätt utsatts för en diskriminering och aktiv försvenskning. Motsättningarna mellan den samiska befolkningen och den svenska kvarstår fortfarande.

Kränkningar lever kvar i minnet under mycket lång tid.

Samekultur

Det samiska levnadssättet – i nära relation till fjäll och natur – är en del av den samiska kulturen. I den finns också den samiska traditionen, berättelser, språk och sätt att vara mot varandra. Musiken, jojk, är en ursprunglig musikform som förmedlar både tankar och känslor till en person eller ett objekt.

Dessa värden är för många samer viktiga och en del av den egna identiteten. Den samiska identiteten uttrycks starkare än nationsidentiteten.

Att bli försvenskad har betytt att behöva lämna en del av den samiska identiteten.

Psykisk hälsa bland samer

Det finns en del nordisk och svensk forskning kring psykisk hälsa bland den samiska befolkningen. Bland ungdomar har visats ett samband mellan depression/ångest och etnisk identitet, upplevd diskriminering och språkförlust. Dessa faktorer kan förstås som konsekvenser av kolonial historia och förtryck av den samiska befolkningen. (Bals, Turi et al., 2010). Kulturella faktorer och upplevd egenförmåga minskar symtom (Omma, Jacobsson m.fl., 2012). I en svensk studie fann Omma och Petersen (2015) att majoriteten av

samiska ungdomar hade en god psykisk hälsa. Däremot hade hälften upplevt negativa upplevelser på grund av sin samiska identitet och denna var negativ associerad med vissa aspekter av psykisk hälsa. Många unga ser en stor osäkerhet kring möjligheter att i framtiden kunna leva i en samisk kultur som renskötare. Framtiden som same är inte lätt. Att bli renskötare innebär många, ibland omöjliga, drömmar och förhållanden. De äldre lyfter fram att renskötare är ett privilegierat yrke, men som också innehåller mycket som är omöjligt och orättvist och som de inte kan påverka. Det innebär att bita i det sura äpplet eller att misslyckas (Kaiser, Ruong m.fl., 2013).

I en jämförande studie visade den samiska gruppen en högre grad av depression och ångest än en ickesamisk referensgrupp. De högsta värdena för depression och ångest fanns hos samiska män. Arbetsrelaterad stress var associerad med ångest och depression i den samiska gruppen (Kaiser, Sjolander m.fl., 2010). Det annorlunda mönstret, att samiska män har högre grad av depression än kvinnorna, är anmärkningsvärt och talar för att yttre faktorer påverkar männen mer än kvinnorna. Kunskapen om depression och ångest hos samer är dock begränsad.

Urbefolkningar i arktiska områden har hög dödlighet i självmord. Den högsta självmordsfrekvensen finns på Grönland (Broderstad, Eliassen m.fl., 2011). Självmordsfrekvensen är lägre bland samer men är ändå högre än bland majoritetsbefolkningar. Bland samer anges självmordsfrekvensen vara 17 procent högre än bland majoritetsbefolkningen. I norra Finland var den 250 procent högre (Young, Revich m.fl., 2015). Bland samer i Nordnorge har självmordsfrekvensen på 1980-talet varit så hög att det föranlett speciella program (Kvernmo 1995). När bakgrundsfaktorer som depression/ångest reducerades fann Kvernmo och Rosenvinge (2009) dock ingen ökad självmordsfrekvens. Omma, Sandlund med flera (2013) fann hos ungdomar en ökad frekvens självmordstankar och menar att etnicitetsbaserade faktorer låg bakom.

I Sverige är självmordsfrekvensen störst i det södra området av Sápmi (Sjolander, 2011), områden där konflikterna med majoritetsbefolkningen varit som störst. Stoor, Kaiser med flera (2015) fann i en kvalitativ studie fyra teman kopplade till suicidtankar: samer slåss för sin kultur och renskötarna är i mitten av den striden, självmord som en konsekvens av att samer förlorar sin identitet, be-

skrivning av självmord som ”en skogsbrand i sameområdet” och svårigheter att få adekvat hjälp som same. Tillsammans talar detta för att de kulturkonflikter som framför allt samiska renskötande män upplever är kopplade till en ökad självmordsrisk, faktorer som är vanliga i den samiska befolkningen (Bals, Turi m.fl., 2010). Silviken och Kvernmo (2007) rapporterar att bland unga finns stora likheter i bakgrundsfaktorer bakom självmordsförsök, som självmordstankar, depression och ångest, men hos den samiska gruppen finns också faktorer som att avvika från kulturella normer, alkoholintoxikation och överbeskyddande föräldrar.

Kaiser och Nordstrom med flera (2011) undersökte alkoholdrickande bland renskötande samer. Samerna hade inte högre riskfyllt drickande än majoritetsbefolkningen. Hos män med depression fanns ökad risk men inte hos kvinnor med depression. Hos samiska ungdomar var också riskfyllt drickande inte högre än hos majoritetsbefolkningen (Omma & Sandlund, 2015), men etnicitetsbaserade faktorer skapade en ökad risk.

Sammantaget finns hos den samiska befolkningen en risk för psykisk ohälsa orsakad av etnicitetsbaserade faktorer. Detta inkluderar ett tryck från majoritetssamhället, vilket lett till en ökad risk för självmord. Sannolikt finns även en ökad risk för depression och ångest, men kunskapen är härvidlag begränsad. Alkoholberoende tycks inte vara ökat utom vid psykisk ohälsa.

Sverigefinnar

Den största invandringsgruppen till Sverige har historiskt varit arbetskraftsinvandring från Finland. Fram till 1809, då Finland var en del av Sverige, har det alltid funnits migration mellan Sverige och Finland i båda riktningarna. Efter 1967 kom en stor grupp finländare till Sverige, cirka 400 000, många återvände dock senare till Finland. Sverigefinnar har dock blivit en mycket stor grupp som i stor utsträckning bevarat språk och kultur. Antalet Sverigefinnar (som har minst en förälder som är född i Finland) har beräknats till cirka 500 000 varav hälften är finskspråkiga.

En annan grupp utgjorde de finska barn som under krigsåren 1939–1944 förflyttades till svensk mark. 80 000 finska barn placerades i svenska fosterfamiljer. Drygt 7 000 av dessa barn kom att stanna permanent i Sverige. Flytten och återflytten var ofta känslomässigt traumatisk.

Psykisk ohälsa hos Sverigefinnar

Andersson (2011) fann att 37 procent av de finska krigsbarnen uppfyllde diagnosen posttraumatisk stress medan Santavirta och Santavirta med flera (2015) inte fann belägg för en ökad psykisk ohälsa. Klinisk erfarenhet visar att på individnivå kan finnas uttalade psykiska symtom.

Jan Sundquist (1994) anger att finska arbetarinvandrare inte uppvisade en förhöjd psykisk sjuklighet, medan Westman och Martelin med flera (2008) anger att finska invandrade kvinnor hade något ökad frekvens upplevd psykisk ohälsa. Finska invandrare uppvisar hög självmordstendens (Hjern & Allebeck, 2002) jämfört med andra invandrargrupper och framför allt andra generationens finska invandrare har en hög frekvens suicid.

Tornedalingar

Tornedalingar talar meänkieli och de har historiskt inte invandrat till Sverige. I freden 1809 kom de att skiljas från Finland och den finska gemenskapen. Meänkieli är språkmässigt mycket likt finskan, men har vissa skillnader både grammatiskt och ordmässigt.

Meänkielitalande i Tornedalen upplevde samma språkliga diskriminering som samer, där det 1880–1958 var förbjudet att tala sitt modersmål i skolan.

Psykisk ohälsa hos Tornedalingar

Den diskriminering som meänkielitalande barn utsatts för har sannolikt påverkat skolbarnen, men det saknas forskning om hur (Winsa, 2005).

Att lyfta fram ett minoritetsspråk som meänkieli hos tornedalingar kan vara positivt för det psykiska välbefinnandet (Kunnas, 2003).

Särskilda rättigheter för de nationella minoriteterna

De språk som utgör nationella minoritetsspråk i Sverige är samiska (alla former), finska, meänkieli, jiddisch och romani chib (alla former). Dessa språk omfattas av Sveriges ratifikation av den europeiska stadgan om landsdels- eller minoritetsspråk.

Förutom i lagen (2009:724) om nationella minoriteter och minoritetsspråk anges dessa språk i språklagen (2009:600, 7 §), som trädde i kraft den 1 juli 2009. I språklagen anges att det allmänna har ett sär-

skilt ansvar för att skydda och främja de nationella minoritetsspråken (8 §). Den som tillhör en nationell minoritet ska ges möjlighet att lära sig, utveckla och använda minoritetsspråket (15 §).

Det allmänna ansvarar för att den enskilde ges tillgång till sitt minoritetsspråk (15 §).

Samiska, finska och meänkieli kan användas både muntligt och skriftligt i kontakten med en förvaltningsmyndighet som har ett geografiskt verksamhetsområde som sammanfaller med minoritetsspråkets förvaltningsområde.

Myndigheterna är skyldiga att ge ett muntligt svar och den som saknar juridiskt biträde kan få en skriftlig översättning

Att tänka på

- Personer som tillhör någon minoritet kan, trots att de tycks tillhöra majoritetssamhället, ha en annan kulturell och språklig bakgrund.
- Personer från minoritetsgrupper eller deras anhöriga kan ha upplevt svåra trauman i förhållande till det svenska samhället.
- Personer från minoritetsgrupper kan ha en psykisk ohälsa som är relaterad till deras kulturella bakgrund och erfarenhet som minoritetsgrupp.

Vidareläsning

Bo Andersson, Bo Claesson, Karl Larsson & Rolf Sjölin (red.) (2013). *Samer, om Nordmalingdomen och om ett urfolks rättigheter och identitet*. Sandared: Recito Förlag AB.

Kenneth Hyltenstam (red.) (1999). *Sveriges sju inhemska språk*. Lund: Studentlitteratur.

Daniel Lindmark & Olle Sundström (red.) (2016). *De historiska relationerna mellan Svenska kyrkan och samerna*. Skellefteå: Artos och Norma Bokförlag AB.

Daniel Lindmark & Olle Sundström (red.) (2017). *Samerna och Svenska kyrkan, underlag för ett försoningsarbete*. Möklinta: Gidlunds förlag.

Petter Stoor (2016). *Kunskapsöversikt om samers psykosociala ohälsa*. (www.sametinget.se/106217).

Referenser

- Andersson, P. (2011). Post-traumatic stress symptoms linked to hidden Holocaust trauma among adult Finnish evacuees separated from their parents as children in World War II, 1939-1945: a case-control study. *Int Psychogeriatr* 23(4): 654-61.
- Bals, M. & Turi, A. L. et al. (2010). Internalization symptoms, perceived discrimination, and ethnic identity in indigenous Sami and non-Sami youth in Arctic Norway. *Ethn Health* 15(2): 165-79.
- Broderstad, A. R. & Eliassen, B. M. et al. (2011). Prevalence of self-reported suicidal thoughts in SLiCA. The Survey of Living Condition in the Arctic (SLiCA). *Glob Health Action* 4.
- Cook, B. & Wayne, G. F. et al. (2013). Revisiting the evidence on health and health care disparities among the Roma: a systematic review 2003-2012. *Int J Public Health* 58(6): 885-911.
- Hassler, S. & Eklund, L. (2012). Sense of coherence and self-reported health among Roma people in Sweden – a pilot study. *Int J Circumpolar Health* 71(0): 1-6.
- Hjern, A. & Allebeck, P. (2002). Suicide in first- and second-generation immigrants in Sweden: a comparative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 37(9): 423-9.
- Kaiser, N. & Nordstrom, A. et al. (2011). Hazardous drinking and drinking patterns among the reindeer-herding Sami population in Sweden. *Subst Use Misuse* 46(10): 1318-27.
- Kaiser, N. & Ruong, T. et al. (2013). Experiences of being a young male Sami reindeer herder: a qualitative study in perspective of mental health. *Int J Circumpolar Health* 72: 20926.
- Kaiser, N. & Sjolander, P. et al. (2010). Depression and anxiety in the reindeer-herding Sami population of Sweden. *Int J Circumpolar Health* 69(4): 383-93.
- Kunnas, N. (2003). Revitalization of minority languages as a way to promote well-being in the North. *Int J Circumpolar Health* 62(4): 410-22.
- Kvernmo, S. (1995). Preventive health programs among Sami adolescents in a Sami community. *Arctic Med Res* 54 Suppl 1: 107-12.
- Kvernmo, S. & Rosenvinge, J. H. (2009). "Self-mutilation and suicidal behaviour in Sami and Norwegian adolescents: prevalence and correlates." *Int J Circumpolar Health* 68(3): 235-48.
- Omna, L. & Jacobsson, L. H. et al. (2012). The health of young Swedish Sami with special reference to mental health. *Int J Circumpolar Health* 71: 18381.
- Omna, L. & Sandlund, M. (2015). Alcohol use in young indigenous Sami in Sweden. *Nord J Psychiatry* 69(8): 621-8.
- Omna, L. & Sandlund, M. et al. (2013). Suicidal expressions in young Swedish Sami, a cross-sectional study. *Int J Circumpolar Health* 72.

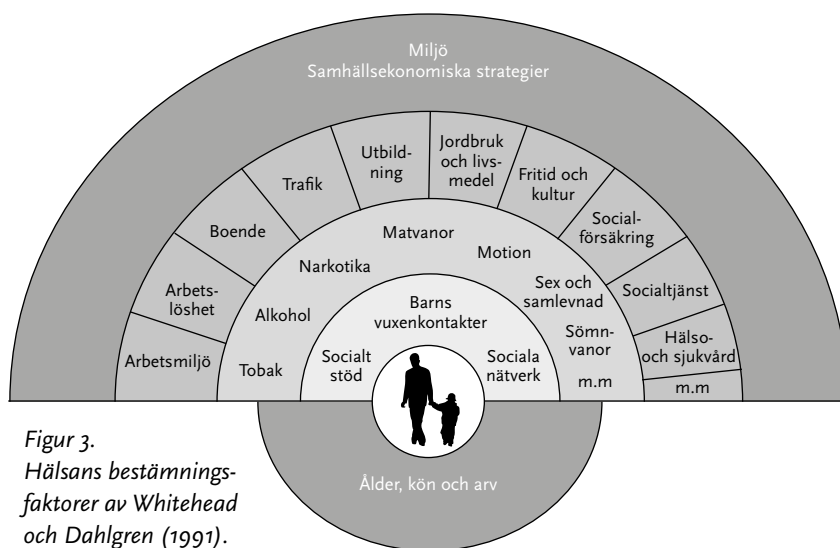
- Omma, L. & Petersen, S. (2015). Health-related quality of life in indigenous Sami schoolchildren in Sweden. *Acta Paediatr* 104(1): 75-83.
- Santavirta, T. & Santavirta, N. et al. (2015). Long term mental health outcomes of Finnish children evacuated to Swedish families during the second world war and their non-evacuated siblings: cohort study. *BMJ* 350: g7753.
- Schwartz, S. & Dohrenwend, B. P. et al. (1994). Nongenetic familial transmission of psychiatric disorders? Evidence from children of Holocaust survivors. *J Health Soc Behav* 35(4): 385-402.
- Silviken, A. & Kvernmo, S. (2007). Suicide attempts among indigenous Sami adolescents and majority peers in Arctic Norway: prevalence and associated risk factors. *J Adolesc* 30(4): 613-26.
- Sjolander, P. (2011). What is known about the health and living conditions of the indigenous people of northern Scandinavia, the Sami? *Glob Health Action* 4.
- Stessman, J. & Cohen, A. et al. (2008). Holocaust survivors in old age: the Jerusalem Longitudinal Study. *J Am Geriatr Soc* 56(3): 470-7.
- Stoor, J. P. & Kaiser, N. et al. (2015). "We are like lemmings": making sense of the cultural meaning(s) of suicide among the indigenous Sami in Sweden. *Int J Circumpolar Health* 74: 27669.
- Sundquist, J. (1994). Refugees, labour migrants and psychological distress. A population-based study of 338 Latin-American refugees, 161 south European and 396 Finnish labour migrants, and 996 Swedish age-, sex- and education-matched controls. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 29(1): 20-4.
- Ullmann, E. & Barthel, A. et al. (2013). Increased rate of depression and psychosomatic symptoms in Jewish migrants from the post-Soviet-Union to Germany in the 3rd generation after the Shoa. *Transl Psychiatry* 3: e241.
- Westman, J. & Martelin, T. et al. (2008). Migration and self-rated health: a comparison between Finns living in Sweden and Finns living in Finland. *Scand J Public Health* 36(7): 698-705.
- Winsa, B. (2005). Language policies: instruments in cultural development and well-being. *Int J Circumpolar Health* 64(2): 170-83.
- Vorvolakos, T. & Samakouri, M. et al. (2012). Sociodemographic and clinical characteristics of Roma and non-Roma psychiatric outpatients in Greece. *Ethn Health* 17(1-2): 161-9.
- Young, T. K. & Revich, B. et al. (2015). Suicide in circumpolar regions: an introduction and overview. *Int J Circumpolar Health* 74: 27349.

12. Psykisk hälsa hos utrikesfödda i Sverige – epidemiologiska aspekter

ANNA-CLARA HOLLANDER

Hälsans sociala bestämningsfaktorer

Människors hälsa och sjukdomar brukar tillskrivas individuella faktorer som livsstil, personlighetsdrag eller genetik. Samtidigt har läkare, sjuksköterskor och socialarbetare länge uppmärksammat kopplingen mellan strukturella faktorer, som till exempel fattigdom, och hälsa. Samhällsfaktorernas inverkan på hälsa började studeras systematiskt i mitten av 1970-talet (*The Black report*, 1990; Graham, 2007), men motsvarande studier av psykisk hälsa har fått vänta ännu längre (Compton, Shim & American Psychiatric Publishing, 2015). Studier med ett strukturellt perspektiv på hälsa fokuserar ofta på *hälsans sociala bestämningsfaktorer*. Det finns många sätt att beskriva dem, bland annat med Whitehead och Dahlgrens (1991) modell i form av en solfjäder (Whitehead & Dahlgren, 1991), se figur 3. Strukturella faktorer påverkar allas hälsa men om de strukturella faktorerna (både risk- och skyddsfaktorer) fördelas ojämnt mellan grupper skapas ojämlikheter i hälsa.



Figur 3.
Hälsans bestämningsfaktorer av Whitehead och Dahlgren (1991).

Utrikesfödda i Sverige

Definitioner och terminologi

Sverige har ett antal etniska minoritetsgrupper. Dessa består bland annat av de fem erkända nationella minoriteterna (samer, judar, romer, sverigefinnar och tornedalingar), men även av utrikesfödda och deras barn. Fokus nedan är på de två sistnämnda grupperna.

För att beskriva personer som är födda utanför Sveriges gränser som sedan flyttat och bosatt sig i Sverige använder Statistiska Centralbyrån (SCB) numera termen *utrikes födda*. Termen är inte särskilt elegant men då den har en tydlig definition, och används av SCB, så kommer gruppen nedan att kallas utrikesfödda.

Utrikesfödda i Sverige

Sveriges befolkning bestod 2017 av ungefär 16 procent utrikesfödda och 13 procent barn till en eller två utrikesfödda personer (Statistiska Centralbyrån, SCB, 2016). Utrikesfödda i Sverige är i gott sällskap – om alla i världen som hade lämnat sitt land för ett annat skulle etablera en egen stat så skulle det vara världens femte mest befolkade (UN DESA, 2008).

Det finns många olika grupper av utrikesfödda i Sverige. De största grupperna är personer som kommer för att arbeta, vanligen

EU- eller EES-medborgare, men numera kan även personer från andra länder få visum för att arbeta i Sverige. Ytterligare stora grupper av utrikesfödda är personer som har familjeanknytning till Sverige (make/maka eller föräldrar) eller personer som sökt skydd här.

Flyktingar i Sverige

FN:s flyktingorgan (UNHCR) beräknade att det fanns 21,6 miljoner flyktingar i världen 2015 (eller 65,3 miljoner om man räknar människor som är tvingats fly sitt hem, men stannat inom sitt land, UNHCR). Nedan är en beskrivning av asylsökande och flyktingar i Sverige:

Asylsökande är en utländsk medborgare som tagit sig till Sverige och begärt skydd, men som ännu inte fått sin ansökan slutligt prövad av Migrationsverket och/eller migrationsdomstol. Om en asylsökandes ansökan blir godkänd och personen får uppehållstillstånd i Sverige så har svenska utlänningslagen olika kategorier av skyddsbehövande. En är *konventionsflyktingar* och är de personer som uppfyller kraven i FN:s flyktingkonvention och därmed känner en ”välgrundad fruktan för förföljelse på grund av sin politiska eller religiösa övertygelse eller på grund av ras, kön, nationalitet, sexuell läggning eller för att de tillhör en viss folkgrupp”. En annan är *skyddsbehövande*, vilket är personer som hotas av dödsstraff, tortyr eller annan förnedrande behandling eller som civilperson löper allvarlig risk att skadas på grund av väpnad konflikt, andra svåra motsättningar i hemlandet eller allvarliga övergrepp eller som inte kan återvända hem på grund av miljökatastrof. Nedan kommer dock begreppet *flykting* att användas både för konventionsflyktingar och för skyddsbehövande, eftersom båda har fått uppehållstillstånd i Sverige på grund av deras behov av skydd. Alla flyktingar har inte varit asylsökande i Sverige. *Kvotflyktingar* är personer som regeringen/riksdagen tilldelar medel för Migrationsverket att överföra till Sverige på grund av behov av skydd (både konventionsflyktingar och skyddsbehövande) och dessa har uppehållstillstånd i Sverige redan från start.

Nyanlända är ett begrepp som använts allt oftare. Det är inte ett lika väldefinierat begrepp som exempelvis flykting, men används om personer som under de senaste åren kommit till Sverige och beviljats uppehållstillstånd och inbegriper alla sorters flyktingar och deras familjer.

Hälsans sociala bestämningsfaktorer hos utrikesfödda

Utrikesföddas hälsa påverkas inte bara av de generella bestämningsfaktorerna (se ovan) utan även av faktorer som fanns i hemlandet (premigrationer) och under själva migrationen samt av faktorer i det nya landet som specifikt gäller utrikesfödda (postmigrationer) (Bäärnhielm & Hollander, 2015; Hollander, 2013), för en schematisk beskrivning av detta, se figur 4.

- *Premigrationsfaktorer* är faktorer i ursprungslandet, till exempel den socioekonomiska situationen i hemlandet och eventuella flyktingerfarenheter.
- *Migrationserfarenheter* är faktorer som uppstår under själva flykten.
- *Postmigrationsfaktorer* är faktorer i det nya landet som är specifika för utrikesfödda personer, som språkkunskaper, tid i det nya landet, ackulturation (när en individ tar till sig ett nytt samhälles normer och beteendemönster), statusförlust och så vidare
- *Generella sociala bestämningsfaktorer* är desamma som för alla människor även om vissa är extra viktiga för utrikesföddas hälsa, till exempel diskriminering.

Förekomst av psykisk ohälsa hos utrikesfödda

Hur mår utrikesfödda i Sverige och deras barn psykiskt? Frågan är inte helt enkel att besvara av flera skäl. Ett skäl är att det endast finns få tillförlitliga epidemiologiska studier av utrikesfödda i Sverige. Detta då större befolkningsstudier ofta har en alltför låg andel utrikesfödda som deltar för att dra några säkra slutsatser. Ett annat skäl är att även om det fanns större epidemiologiska studier så vore gruppen för heterogen vad gäller ursprungsland och tid i Sverige för att ge entydigt svar.

Av de mindre studier som gjorts fokuserar många på en specifik grupp eller enbart på personer som vårdats i psykiatri, vilket tillför information vad gäller den specifika gruppen eller tillståndet, men innebär att resultatet inte kan anses ge en helhetsbild.

Nedan är en sammanfattning av epidemiologiska studier som på ett eller annat sätt beskriver generella risker för olika psykiatriska sjukdomstillstånd bland utrikesfödda.

Depression och ångest

I USA har utrikesfödda inte högre risk för ångest och depression än infödda, även om det varierar med ursprungsland och ålder (Breslau, Borges, Hagar, Tancredi & Gilman, 2009). Studier i Europa visar olika resultat, men med en tonvikt på studier där utrikesfödda har högre risk för affektiva sjukdomar än majoritetsbefolkningen (Breslau et al., 2009; Missinne & Bracke, 2012; Swinnen & Selten, 2007). Vad gäller förekomst av posttraumatiskt stressyndrom, PTSD, så kommer det att beröras mer utförligt i kapitel 8 "Posttraumatisk stress". Flyktingar är en grupp som sticker ut på grund av höga risker för depression, ångest och PTSD (Hollander, Bruce, Burstrom & Ekblad, 2013; Tinghög, Arwidson, Sigvarsdotter, Malm & Sa-boonchi, 2016). I en rapport från Röda Korsets högskola från 2016 redovisar forskare resultaten från en tvärsnittsstudie av 1 215 nyanlända från Syrien med permanent uppehållstillstånd som blivit kommunmottagna mellan åren 2011 och 2013 i Sverige (Tinghög et al., 2016). I studien ingår också ytterligare 173 asylsökande från Syrien, Eritrea och Somalia på ett asylboende i västra Sverige.

Resultaten visar att den psykiska bland de undersökta flyktingarna är mycket utbredd. Bland nyanlända från Syrien hade var tredje en högst påtaglig depressions- eller ångestproblematik, detta samtidigt som 30 procent uppger symtom som stämmer överens med PTSD. En hög grad av studiedeltagare angav att de varit utsatta för någon typ av traumatisk händelse i sitt tidigare hemland eller under sin tid på flykt och 30 procent av de nyanlända från Syrien angav att de blivit utsatta för tortyr.

Psykosjukdom

Studier i Sverige och andra länder har samstämmigt visat att *utrikesfödda och deras barn har en betydligt högre risk för psykosjukdom jämfört med majoritetsbefolkningen* (Bourque, van der Ven & Malla, 2011; Cantor-Graae & Selten, 2005). De höga riskerna kan inte förklaras med selektion, det vill säga att personer med risk för psykos har ökad sannolikhet att migrera eller att feldiagnostiseras (Selten, Cantor-Graae, Slaets & Kahn, 2002; Selten & Hoek, 2008).

Risken för icke-affektiv psykos är dessutom signifikant högre hos flyktingar än hos andra utrikesfödda från samma regioner som flyktingarna (Hollander et al., 2016). Även grupper från Afrika söder om Sahara verkar ha en särskilt förhöjd risk (Hollander et al., 2016).

Suicid och suicidförsök

Strukturella riskfaktorer, som låg inkomst och arbetslöshet, är riskfaktorer för suicid (Andres & Halicioglu, 2010) och därför skulle man kunna tro att utrikesfödda hade en överrisk vad gäller suicid, men så är inte fallet (Spallek et al., 2015). I Danmark har utrikesfödda tvärtom en lägre risk än majoritetsbefolkningen (Norredam, Olsbjerg, Petersen, Laursen & Krasnik, 2012). Även i svenska studier har många grupper av utrikesfödda också lägre risk än svenskfödda (Di Thiene, Alexanderson, Tinghog, La Torre & Mittendorfer-Rutz, 2015).

Utrikesfödda i Europa gör dock generellt sätt fler suicidförsök än infödda (Bursztein Lipsicas, 2012) och flyktingar verkar ha en högre risk för självmordsförsök än övriga utrikesfödda (Jankovic et al., 2012).

Barn till utrikesfödda

Enligt en befolkningsstudie i Danmark så har personer med två utrikesfödda föräldrar i Danmark ingen ökad risk att ha haft kontakt med psykiatrin, men har ändå en ökad risk för psykosjukdomar (Cantor-Graae & Pedersen, 2013). Enligt samma danska studie var det så att det var skillnad mellan att ha en eller två utrikesfödda föräldrar. Det var högre risk att ha haft kontakt med psykiatrin för personer vars ena förälder var utrikesfödd än när båda var det och att ha en utrikesfödd far innebar den högsta risken.

Barn till utrikesfödda i Sverige har en högre suicidrisk än svenskfödda barn med svenskfödda föräldrar, men detta förklaras av socioekonomiska faktorer (Di Thiene et al., 2015). Barn med utrikesfödda föräldrar har en ökad risk för autism med en utvecklingsstörning enligt en omfattande svensk studie (Magnusson et al., 2012). Risken ökade ju närmare i tid föräldramigrationen och födelsen var. Föräldrarnas ålder, inkomst eller obstetriska komplikationer kunde inte förklara detta.

Möjliga förklaringar till skillnader

Vilka förklaringar kan det finnas till att utrikesfödda ibland löper högre, ibland lägre och ibland har samma risker för psykisk ohälsa som den svenska majoritetsbefolkningen? Förklaringen tycks återfinnas bland de redan beskrivna premigrationsfaktorerna, migrationsfaktorerna, postmigrationsfaktorerna och de generella sociala bestämningsfaktorerna.

Utrikesföddas högre risk för CMD (common mental disorders, det vill säga depressions-ångestsyndrom med flera) kan delvis förklaras med de generella sociala bestämningsfaktorerna för psykisk hälsa, eftersom social utsatthet (till exempel arbetslöshet, låg inkomst eller utbildning) är en tydlig riskfaktor för depression (Elovainio et al., 2012). Social utsatthet är en riskfaktor för alla, men social utsatthet är vanligare bland utrikesfödda än bland svenskfödda, särskilt de första åren (Statistiska Centralbyrån, SCB, 2016). Utrikesfödda kvinnor i Sverige hade exempelvis den högsta relativa risken att vårdas på sjukhus på grund av depression efter att ha drabbats av arbetslöshet (Hollander, Bruce, Ekberg, Burstrom & Ekblad, 2013). Att flyktingar löper högre risk än jämförbara grupper vad gäller CMD har delvis att göra med premigration och migrationsfaktorer. I en studie från 2012 med flyktingar från Balkan till Tyskland, England och Italien verkar krigsrelaterade faktorer vara kopplade till posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) medan postmigrationsfaktorer verkar vara kopplade till depression, ångest och beroendesjukdomar (Bogic et al., 2012).

Vad gäller psykos så är bland annat undernäring under graviditet, social utsatthet och traumatiska livshändelser omgivningsfaktorer som är innebär en ökad risk för psykos (Picchioni & Murray, 2007). Dessa pre- och postmigrationsfaktorer är vanligare bland utlandsfödda. Migration är också en av de största riskfaktorerna för icke-affektiv psykos inklusive schizofreni (Bourque et al., 2011; Cantor-Graae & Selten, 2005; Picchioni & Murray, 2007) i hela befolkningen.

Vad gäller utrikesföddas lägre risk för suicid, trots den större sociala utsattheten, torde kulturella skillnader spela en stor roll, eftersom det finns tydliga skillnader beroende på ursprungsland (Spallek et al., 2015). Det verkar som om utrikesfödda ”tar med sig” sin risk från hemlandet till Sverige (det vill säga personer som kommer från länder med låga suicidtal har lägre risker än svenskfödda och vice versa) i alla fall de första åren (Spallek et al., 2015).

Det finns också andra faktorer att ta hänsyn till. Svenska studier visar att kvinnor verkar särskilt påverkade av premigrationstrauman (Hollander, Bruce, Burstrom & Ekblad, 2011; Tingshög et al., 2016). En viktig riskfaktor för all sorts psykisk ohälsa, som är särskilt viktig att tänka på vad gäller utrikesfödda, är rasism och diskriminering (Paradies et al., 2015; Veling et al., 2007).

Faktorer som kan anses skydda mot psykisk ohälsa skiljer sig inte mellan utrikes- och inrikesfödda. Grundpelare i detta är en ordnad tillvaro, med arbete eller utbildning för vuxna, och förskola och skola för barn och ungdomar. Ytterligare faktorer är närhet till familj och/eller annat socialt skydds nät (återförening med familj är förstås centralt i detta). I Röda Korsets rapport från 2016 var det över 60 procent av de nyanlända och asylsökande från Syrien som svarat på ett sätt som indikerade att de hade ett svagt socialt stöd (Tinghög et al., 2016).

Trots att många utrikesfödda löper högre risk för psykisk ohälsa finns det många indikationer på att utrikesfödda konsumerar mindre psykiatrisk vård än svenskfödda särskilt de första åren i Sverige, vilket är ett problem i sig eftersom det innebär att personer i behov av vård kommer in för sent, något som kan försvåra behandling och läkning.

Sammanfattningsvis har utrikesfödda, särskilt flyktingar, en högre risk för psykisk ohälsa och en förklaring till detta kan sökas såväl bland premigrationsfaktorer som bland migrations- och postmigrationsfaktorer.

Att tänka på:

För att kunna möta psykisk ohälsa hos utrikesfödda är det viktigt att undersöka hur strukturella faktorer påverkar den psykiska ohälsan. Detta kan bland annat inbegripa samverkan med andra aktörer gällande arbete och utbildning, men även att fokusera på det sociala skydds nätet. Specifika råd är att:

- Fråga om sociala faktorer; som boendeförhållande, trygghet i bostadsområdet, utbildning och arbete.
- Fråga om det sociala skydds nätet i Sverige och i hemlandet. Om hela det sociala skydds nätet finns i hemlandet är det värdefullt att undersöka hur kontakten upprätthålls och om det går att bryta isoleringen och ta kontakt med det lokala samhället med hjälp av till exempel frivilligorganisationer.
- Vid kontakt med nyanlända, samarbeta med arbetsförmedlingen för en fungerande integrationsplan.

Referenser

- Andres, A. R. & Halicioglu, F. (2010). Determinants of suicides in Denmark: evidence from time series data. *Health Policy*, 98(2-3): 263-269.
- Bogic, M., Ajdukovic, D., Bremner, S., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A. et al. (2012). Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *Br J Psychiatry*, 200(3): 216-223.
- Bourque, F., van der Ven, E. & Malla, A. (2011). A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychological Medicine*, 41(5): 897-910.
- Breslau, J., Borges, G., Hagar, Y., Tancredi, D. & Gilman, S. (2009). Immigration to the USA and risk for mood and anxiety disorders: variation by origin and age at immigration. *Psychol Med*, 39(7): 1117-1127.
- Bursztejn Lipsicas, C. (2012). *Suicide attempts among immigrants in Europe*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Bäärnhielm, S. & Hollander, A. C. (2015). Kunskap om kulturella aspekter av hälsa är nyckel till jämlik vård. *Läkartidningen*, 112.
- Cantor-Graae, E. & Selten, J. P. (2005). Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry*, 162(1): 12-24.
- Cantor-Graae, E. & Pedersen, C. B. (2013). Full spectrum of psychiatric disorders related to foreign migration: a Danish population-based cohort study. *JAMA Psychiatry*, 70(4): 427-435.
- Compton, M. T., Shim, R. S. & American Psychiatric Publishing. (2015). *The social determinants of mental health* (First edition, ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Di Thiene, D., Alexanderson, K., Tinghog, P., La Torre, G. & Mittendorfer-Rutz, E. (2015). Suicide among first-generation and second-generation immigrants in Sweden: association with labour market marginalisation and morbidity. *J Epidemiol Community Health*, 69(5): 467-473.
- Elovainio, M., Pulkki-Raback, L., Jokela, M., Kivimaki, M., Hintsanen, M., Hintsanen, T. et al. (2012). Socioeconomic status and the development of depressive symptoms from childhood to adulthood: a longitudinal analysis across 27 years of follow-up in the Young Finns study. *Soc Sci Med*, 74(6): 923-929.
- Graham, H. (2007). *Unequal lives: health and socioeconomic inequalities*. Maidenhead: Open University Press.
- Hollander, A.-C. (2013a). Social inequalities in mental health and mortality among refugees and other immigrants to Sweden: epidemiological studies of register data [Dissertation]. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Hollander, A. C. (2013). Social inequalities in mental health and mortality among refugees and other immigrants to Sweden – epidemiological studies of register data. *Glob Health Action*, 6.
- Hollander, A. C., Bruce, D., Burstrom, B. & Ekblad, S. (2011). Gender-related

- mental health differences between refugees and non-refugee immigrants – a cross-sectional register-based study. *BMC Public Health*, 11: 180.
- Hollander, A. C., Bruce, D., Burstrom, B. & Ekblad, S. (2013). The association between immigrant subgroup and poor mental health: a population-based register study. *J Nerv Ment Dis*, 201(8): 645–652.
- Hollander, A. C., Bruce, D., Ekberg, J., Burstrom, B., & Ekblad, S. (2013). Hospitalisation for depressive disorder following unemployment – differentials by gender and immigrant status: a population-based cohort study in Sweden. *J Epidemiol Community Health* (8): 645–52.
- Hollander, A. C., Dal, H., Lewis, G., Magnusson, C., Kirkbride, J. B. & Dalman, C. (2016). Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ*, 352, i1030.
- Jankovic, J., Bremner, S., Bogic, M., Lecic-Tosevski, D., Ajdukovic, D., Franciskovic, T. et al. (2012). Trauma and suicidality in war affected communities. *Eur Psychiatry* (8): 514–20.
- Magnusson, C., Rai, D., Goodman, A., Lundberg, M., Idring, S., Svensson, A. et al. (2012). Migration and autism spectrum disorder: population-based study. *Br J Psychiatry*, 201: 109–115.
- Missinne, S., & Bracke, P. (2012). Depressive symptoms among immigrants and ethnic minorities: a population based study in 23 European countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47(1): 97–109.
- Norredam, M., Olsbjerg, M., Petersen, J. H., Laursen, B. & Krasnik, A. (2012). Are there differences in injury mortality among refugees and immigrants compared with native-born? *Inj Prev. Apr*; 19(2): 100–5. doi: 10.1136/injuryprev-2012-040336.
- Paradies, Y., Ben, J., Denson, N., Elias, A., Priest, N., Pieterse, A. et al. (2015). Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*, 10(9): e0138511.
- Picchioni, M. M. & Murray, R. M. (2007). Schizophrenia. *BMJ*, 335(7610): 91–95.
- Selten, J. P., Cantor-Graae, E., Slaets, J. & Kahn, R. S. (2002). Odegaard's selection hypothesis revisited: schizophrenia in Surinamese immigrants to The Netherlands. *Am J Psychiatry*, 159(4): 669–671.
- Selten, J. P. & Hoek, H. (2008). Does misdiagnosis explain the schizophrenia epidemic among immigrants from developing countries to Western Europe? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(12): 937–939.
- Spallek, J., Reeske, A., Norredam, M., Nielsen, S. S., Lehnhardt, J. & Razum, O. (2015). Suicide among immigrants in Europe – a systematic literature review. *Eur J Public Health*, 25(1): 63–71.
- Statistiska Centralbyrån (SCB) (2016). www.scb.se. Hämtad 20161130.
- Swinen, S. G. & Selten, J. P. (2007). Mood disorders and migration: meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 190: 6–10.

- The Black report (1990). *BMJ*, 301(6752): 608–609.
- Tinghög, P., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E., Malm, A. & Saboonchi, F. (2016). *Nyanlända och asylsökande i Sverige – en studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor*. Stockholm: Röda Korsets högskola.
- UN DESA (2008). World Population Prospects, The 2008 Revision, Highlights.
- UNHCR. UNHCR website <http://www.unhcr.org/> Hämtad maj 7, 2015.
- Veling, W., Selten, J. P., Susser, E., Laan, W., Mackenbach, J. P. & Hoek, H. W. (2007). Discrimination and the incidence of psychotic disorders among ethnic minorities in The Netherlands. *International Journal of Epidemiology*, 36(4): 761–768.
- Whitehead, M. & Dahlgren, G. (1991). What can be done about inequalities in health? *Lancet*, 338(8774): 1059–1063.

13. Salutogenes, resiliens och coping

Maria Sundvall

Vad hjälper människor att hålla sig friska? Alternativt att gå vidare i livet efter svårigheter och psykisk ohälsa? Det finns ett ökat intresse i forskning och bland behandlare i vården för salutogena (hälsofrämjande) snarare än patogena (sjukdomsframkallande) faktorer.

När det gäller gruppen flyktingar finns på motsvarande sätt ett ökat intresse av att förstå vilka faktorer som kan hjälpa dem att komma vidare trots tidigare svåra erfarenheter och aktuella påfrestningar i det nya landet.

Salutogenes

Begreppet *salutogenes* lanserades i medicinen av den israeliske sociologen Aaron Antonovsky. Han konstruerade begreppet KASAM (känsla av sammanhang) som en beskrivning av de faktorer som gjorde att en del överlevande från koncentrationslägren kunde bevara en god psykisk hälsa.

Att världen upplevs som meningsfull, begriplig och hanterbar är faktorer som stärker KASAM (Antonovsky, 1991).

Resiliens

Ett annat begrepp som allt oftare används är *resiliens*. I materialtekniken är resiliensen ett mått på den energi en fjäder, som pressats ihop så mycket det går utan att den förstörs, frigör när den stud-sar tillbaka. För dem som forskar om biologisk hållbarhet handlar resiliens om ett systems kapacitet att hantera svårigheter och fort-

sätta att utvecklas. Det handlar om både motståndskraft och anpassningsförmåga. Ytterst gäller det en insikt om att människor och natur är så ömsesidigt beroende och starkt sammankopplade att de bör uppfattas som ett sammanvävt socialekologiskt system (www.stockholmresilience.org).

Teorier om resiliens har funnits i barnpsykologin sedan 1970-talet. Begreppet ”maskrosbarn” hör samman med den forskningen. Precis som när det gäller biosfärens resiliens handlar det om samspelen mellan människa och miljö. Det handlar inte om att människor har vissa fasta egenskaper utan om processer (Rutter, 2012). Resiliens har beskrivits som beroende av ett samspel mellan individens egenskaper (god självkänsla), egenskaper hos den närmaste omgivningen (goda relationer i familjen) och egenskaper i den vidare omvärlden (tillgång till föreningsliv, vänner och arbetskamrater) (www.psykologiguiden.se).

Coping

Med *coping* menas de strategier och de förhållningssätt personer använder för att hantera stress. Coping kan ingå som en del i resiliens.

En holländsk studie visade att svårigheter efter migrationen, bland annat i form av lång asyltid och oro för familjen, hade samband med såväl psykisk hälsa som livskvalitet (Laban, Gernaat, Komproe, van der Tweel & De Jong, 2005). Det blev utgångspunkten för forskare och behandlare vid ett psykiatriskt center i norra Nederländerna att bygga ”resiliensorienterade behandlingar och strategier”. De menar att när man arbetar med asylsökande och flyktingar, som ofta har många, komplexa och långvariga problem, är det viktigt att stärka resiliens för att främja den naturliga läkningsprocessen och för att förhindra känslor av hjälplöshet hos de vårdanställda.

I behandlingsarbetet utforskar och använder de sig av patientens olika källor till resiliens:

- biologiska resurser som träning, stresshantering och kroppskänedom
- psykologiska resurser som positiva emotioner, självkänsla, acceptans, coping och att betyda något för andra

- sociala resurser som social gemenskap, familjerelationer, socialt stöd från ett vidare nätverk och meningsfulla aktiviteter
- kulturella resurser som kulturell identitet, ackulturation och språkkunskaper samt
- religiösa/andliga resurser som individens egna erfarenheter av vad som ger mening, eventuella ritualer och kollektiva erfarenheter (Laban, Hurulean & Attia, 2009).

Att tänka på:

- Hur kan psykiatriska behandlare införliva tänkande kring resiliens i sitt patientarbete så att det verkligen påverkar vårdens utformning?
- Hur kan psykiatriska behandlare införliva tänkande kring resiliens utan att bli överväldigade av kraven på helhetstänkande?

Referenser

- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och kultur.*
- Laban, C. J., Gernaat, H. B., Komproe, I. H., van der Tweel, I. & De Jong, J. T. (2005). Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Journal of nervous and mental disease, 193(12): 825-32.*
- Laban, C. J., Hurulean, E. & Attia, A. (2009). Treatment of asylum seekers: Resilience-oriented therapy and strategies (ROTS): Implications of study results into clinical practice. I de Joop, J. & Colijn, S. (red.), *Handboek Culturele Psychiatrie en Psychotherapie (s. 127-146). Utrecht: De Tijdstroom.*
- Rutter, M. Resilience as a dynamic concept. (2012). *Development and Psychopathology, 24(2): 335-44.* doi: 10.1017/S0954579412000028.

14. Migration, åldrande och psykisk sjukdom

INGVAR KARLSSON

Åldrandet medför oftast förändringar i psykiska funktioner. Den mentala flexibiliteten minskar, psykiska processer går långsammare och risk för kognitiv försämring ökar med stigande ålder. Psykisk sjukdom i åldrandet tycks dock inte vara relaterad till etnicitet, men väl till multisjuklighet och ensamhet (Verhagen, Ros m.fl. 2014). Det sociala nätverket har betydelse för den psykiska hälsan i hög ålder. Personer som invandrat får ofta försämringar i det sociala nätverket. Kim, Sangalang m.fl. (2012) betonar vikten av att skapa nätverk för att stödja äldre invandrare. Även det sätt som en psykisk sjukdom upplevs på är kulturellt påverkad och symtom av depressiv sjukdom uttrycks olika i olika kulturer (Jang, Kwag m.fl., 2010). Erfarenhetsmässigt är detta ett problem hos äldre. Det är också viktigt att beakta att diagnostiska kriterier inte är kulturellt anpassade. Detta påverkar speciellt äldre, vilkas kulturella identitet oftast är mer präglad av det tidigare hemlandet än den är hos yngre. Försämrad mental flexibilitet och påverkan på kognitiva funktioner leder också till att den ursprungliga kulturen lyfts fram mer och mer. Språkproblem är här ett ytterligare problem hos nyinflyttade äldre, som på grund av bristande språkkunskaper har svårt att tillägna sig och förstå den svenska kulturen.

Psykisk sjukdom hos äldre måste ses i ljuset av den kultur och den sociala situation som personen lever i. Generellt är kulturen hos den äldre personen också i Sverige mer präglad av en tidigare livsperiod. Äldre är på det sättet påverkade av andra kulturella traditioner än vad dagens unga är. Yngre personer med en invandrarbakgrund kan vara

väsentligt mer integrerade till svenska förhållanden än vad deras föräldrar och speciellt far- eller morföräldrar är. Detta kan leda till uttalade kulturkonflikter inom en familj med en migrationsbakgrund.

Personer som flyttar till annat land i hög ålder har en speciell situation. Shemirani och O'Connor (2006) har studerat iranska kvinnor och resultaten tyder på att individuella aspekter, såväl migrationsfaktorer som den sociala situationen i det nya landet, har betydelse för anpassning. Wong, Yoo m.fl. (2006) framhåller värdet av att bli bikulturell för att kunna anpassa sig i en ny kultur.

Synen på äldre kan variera mellan olika kulturella traditioner. En gammal person har i många andra kulturer en betydligt högre status än i dagens svenska samhälle. Dessa skilda synsätt på äldres sociala status kan leda till olika förhållningssätt gentemot äldre.

Synen på de äldres behov av hjälp och stöd kan te sig annorlunda för den som är van vid andra kulturella och sociala referensramar. Synen på äldre påverkar ofta starkt en önskan att ta hand om dem i hemmet, trots ett stort omvårdnadsbehov.

Depression och PTSD

Kulturell och social bakgrund påverkar förekomst av depression hos äldre. I en amerikansk studie framkom att japanska migranter som var mer anpassade till amerikans kultur hade en högre förekomst av depression än de som hade bibehållit sin japanska kultur (Harada, Takeshita m.fl., 2012). Kinesiska invandrare i USA hade däremot en lägre förekomst av depression än en kontrollgrupp i Kina (Wu, Chi m.fl., 2010). Kim, Sangalang m.fl. (2012) framhåller betydelsen av psykosocialt stöd, vilket har visat minska förekomst av depression hos koreanska invandrare i USA. Högre förekomst av depression, och andra psykiska sjukdomar som PTSD, kan självklart förväntas hos traumatiserade äldre personer. Kuo, Chong m.fl. (2008) har visat att depression är vanligt hos invandrare och associerat med kön, hur länge sedan en migration ägde rum, anpassning till nya landet, fysisk hälsa, kontakt med barn och familj samt socialt stöd.

Psykisk sjukdom som depression kan dock förväntas vara minst lika hög i hög ålder som under vuxet liv. De diagnostiska problemen ökar, framför allt hos personer som inte kan kommunicera utan tolk. Hur depressionssymptom lyfts fram hos äldre påverkas kulturellt (Jang, Kwag m.fl., 2010). Diagnos av psykisk sjukdom bör därför baseras på grundläggande symtom och förändring över tid.

Vid depression kan symtom som oförmåga att uppleva glädje, typisk dygnsrytm med morgonaccentuering och nytillkommen ångest vara vägledande.

PTSD kan hos äldre vara nydebuterad eller ha debuterat tidigare i livet (för en översikt se Hiskey, Luckie m.fl., 2008; Lapp, Agbokou m.fl., 2011). Äldre tycks inte skilja sig från yngre vad gäller risk att utveckla PTSD efter trauma (Kohn, Levav m.fl., 2005; Rintamaki, Weaver m.fl., 2009). PTSD som debuterat i yngre år kan fortsätta som kronisk sjukdom in i åldrandet. Vanligtvis minskar dock symtomintensiteten efter traumat för att ibland till synes försvinna helt. PTSD kan då uppenbarligen fortsätta som en subklinisk sjukdom under årtionden för att återkomma vid åldrandet (Hiskey, Luckie m.fl., 2008).

Pensionering är associerad med återkomst eller försämring av PTSD (Schnurr, Lunney m.fl., 2005). Arbete är en viktig strategi för att minska återupplevanden – den som har PTSD har en tendens att arbeta både mer intensivt och längre än vanlig arbetstid. En pensionering innebär att denna strategi bortfaller och är sannolikt en av förklaringarna till återkomst av PTSD-symtom. Liknande problem uppstår vid arbetslöshet eller hos den som drabbas av invalidiserande sjukdom. Nya trauman kan också leda såväl till PTSD-problematik som till en återkomst av en tidigare sjukdom (Bramsen, van der Ploeg m.fl., 2006). När traumat innebär en retraumatisering blir konsekvenserna mycket allvarliga. Svår kroppslig sjukdom, som hjärtinfarkt eller annan livshotande sjukdom, kan skapa retraumatisering och leda till återkomst av PTSD-symtom. Neurologisk sjukdom (Grossman, Levin m.fl., 2004) och demenssjukdomar kan leda till att PTSD-problematik återkommer (Mittal, Torres m.fl., 2001). Bortfall av minnen från senare år vid svår demens kan också förstärka en PTSD-problematik.

En återkomst av svåra PTSD-symtom hos en person som fungerat som frisk under många år kan i praktiken vara svår att uppfatta på rätt sätt i kliniken och det finns risk för feldiagnos. Symtomen är dock typiska med återupplevanden, mardrömmar och en hög ångestnivå. Ett adekvat omhändertagande och adekvat behandling fordrar en fullständig förståelse för sjukdomen och bakgrunden. Det är dock svårare att påverka PTSD med psykoterapi när traumat ligger många årtionden tillbaka.

Symtombilden vid PTSD i hög ålder är i princip samma som i yngre år. Dock finns en tendens att presentera fler somatiska symtom (Owens, Baker m.fl., 2005). Det kan också finnas dissociativa symtom (Yehuda, Elkin m.fl., 1996) som också kan omfatta psykotiska symtom.

PTSD i hög ålder är ofta associerad med kognitiv störning. Jämfört med icke traumatiserade eller traumatiserade utan PTSD finns en minskad inlärningsförmåga (Schuitevoerder, Rosen m.fl., 2013), men också minskad mental snabbhet och sämre exekutiva funktioner. Det finns rapporter som tyder på en snabbare försämring av minnesförmåga under åldrandet hos personer med PTSD jämfört med personer utan PTSD, vilket indikerar att en aktiv PTSD-problematik leder till en påverkan på hjärnan i hög ålder.

Diagnostik av PTSD i hög ålder

Det kan vara svårt att diagnosticera PTSD i hög ålder. Det bakomliggande traumat kan ligga långt tillbaka i tiden och är ibland inte ens känt av anhöriga. Symtom som ångest, depression eller psykotiska symptom kan dominera och leda tankarna till annan diagnos. Kroppsliga symptom, inkluderande värkproblematik, kan föra tankarna bort från en psykisk sjukdomsbild.

Misstanke om PTSD finns vid mardrömmar eller svåra sömnproblem med nattlig ångest och uttalad ångest dagtid. Återupplevanden av trauman är viktigt för diagnos men kan vara svårt att få fram. Om personen kommer från länder där det funnits krig eller förföljelse ökar sannolikhet för en PTSD-diagnos. Var försiktigt med att tala om innehållet i eventuella återkommande tankar – den ångest som är förknippad med traumat kan vara betydande och medföra svårigheter att fortsätta ett kliniskt samtal. Om stark ångest kommer fram när man börjar prata om trauman talar det för en PTSD-diagnos.

Ett samtal om PTSD-misstanke hos en äldre person fordrar en god kontakt med personen och att samtalet förs på ett sätt som skapar trygghet och respekt. Den slutliga diagnosen fås när ett svårt trauma kan verifieras och typiska symtom kan fås fram. Detta kan ta tid och fordra flera samtal. Man kan behöva ge en symptomatisk behandling vid uttalade symtom innan en säker diagnos finns.

Hos personer med kända trauman blir diagnosen lättare och man kan där fokusera på specifika frågor om sjukdomen.

Demens efter migration

Bristande språkkunskaper gör det svårt att genomföra en kognitiv testning av personer från andra kulturer (Low, Harrison m.fl., 2012). Risk finns för att underskatta kognitiva funktioner och överdiagnosticera demenssjukdom. Skolutbildning utgör också en viktig faktor vid testning, exempelvis med MMSE (Mini Mental State Examination) (Nielsen, Vogel m.fl., 2012), där utbildningens längd visade sig korrelera till resultaten. Detta är viktigt vid tolkning av resultaten. Även vid svårare demens har kultur och språk stor betydelse för bedömning av kognitiv funktionsförmåga (Ekman, Wahlin m.fl., 1993). Att diagnosticera en kognitiv störning hos personer med annan kultur innebär svårigheter. Anamnes blir därför viktig, både från personen själv och från anhöriga. Vid osäkerhet kan misstanke på diagnosen Alzheimers sjukdom verifieras med lumbalpunktion. Datortomografi och MR-undersökning blir också viktiga diagnostiska hjälpmedel.

Risken för kognitiv störning hos personer med migrationsbakgrund är förhållandevis hög. Långvarigt PTSD-syndrom brukar leda till påverkan på minne och exekutiva funktioner (Schuitevoerder, Rosen m.fl., 2013). Yaffe, Vittinghoff m.fl., 2010 rapporterar en fördubbling av frekvensen demens hos krigsveteraner med PTSD. Även diagnosen Alzheimers sjukdom ökar hos personer med PTSD (Meziab, Kirby m.fl., 2014). Sperling, Kreil m.fl., 2011 rapporterar hög förekomst av vaskulär demens hos personer som överlevt koncentrationsläger under andra världskriget.

Att tänka på:

- Äldre personer med en annan kulturell bakgrund har en hög frekvens psykisk ohälsa.
- Symtombild påverkas både av åldersrelaterade faktorer och av bakomliggande kultur.
- Språk och kulturskillnader försvårar diagnostik av posttraumatiskt stressyndrom som kan återkomma vid åldrandet, trots att symtomen varit borta under mycket lång tid

Referenser

- Bramsen, I. & van der Ploeg, H. M. m.fl. (2006). Posttraumatic stress in aging World War II survivors after a fireworks disaster: a controlled prospective study. *J Trauma Stress* 19(2): 291-300.
- Ekman, S. L. & Wahlin, T. B. m.fl. (1993). Relationship between bilingual demented immigrants and bilingual/monolingual caregivers. *Int J Aging Hum Dev* 37(1): 37-54.
- Grossman, A. B. & Levin, B. E. m.fl. (2004). PTSD symptoms and onset of neurologic disease in elderly trauma survivors. *J Clin Exp Neuropsychol* 26(5): 698-705.
- Harada, N. & Takeshita, J. m.fl. (2012). Does cultural assimilation influence prevalence and presentation of depressive symptoms in older Japanese American men? The Honolulu-Asia aging study. *Am J Geriatr Psychiatry* 20(4): 337-45.
- Hiskey, S. & Luckie, M. m.fl. (2008). The emergence of posttraumatic distress in later life: a review. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 21(4): 232-41.
- Jang, Y. & Kwag, K. H. m.fl. (2010). Not saying I am happy does not mean I am not: cultural influences on responses to positive affect items in the CES-D. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 65(6): 684-90.
- Kim, B. J. & Sangalang, C. C. m.fl. (2012). Effects of acculturation and social network support on depression among elderly Korean immigrants. *Aging Ment Health* 16(6): 787-94.
- Kohn, R. & Levav, I. m.fl. (2005). Prevalence, risk factors and aging vulnerability for psychopathology following a natural disaster in a developing country. *Int J Geriatr Psychiatry* 20(9): 835-41.
- Kuo, B. C. & Chong, V. m.fl. (2008). Depression and its psychosocial correlates among older Asian immigrants in North America: a critical review of two decades' research. *J Aging Health* 20(6): 615-52.
- Lapp, L. K. & Agbokou, C. m.fl. (2011). PTSD in the elderly: the interaction between trauma and aging. *Int Psychogeriatr* 23(6): 858-68.
- Low, L. F. & Harrison, F. m.fl. (2012). Can mild cognitive impairment be accurately diagnosed in english speakers from linguistic minorities? Results from the Sydney Memory and Ageing study. *Am J Geriatr Psychiatry* 20(10): 866-77.
- Meziab, O. & Kirby, K. A. m.fl. (2014). Prisoner of war status, posttraumatic stress disorder, and dementia in older veterans. *Alzheimers Dement* 10(3 Suppl): 236-41.
- Mittal, D. & Torres, R. m.fl. (2001). Worsening of post-traumatic stress disorder symptoms with cognitive decline: case series. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 14(1): 17-20.
- Nielsen, T. R. & Vogel, A. m.fl. (2012). Cognitive testing in non-demented Turkish immigrants – comparison of the RUDAS and the MMSE. *Scand J Psychol* 53(6): 455-60.

- Owens, G. P. & Baker, D. G. m.fl. (2005). Review of assessment and treatment of PTSD among elderly American armed forces veterans. *Int J Geriatr Psychiatry* 20(12): 1118–30.
- Rintamaki, L. S. & Weaver, F. M. m.fl. (2009). Persistence of traumatic memories in World War II prisoners of war. *J Am Geriatr Soc* 57(12): 2257–62.
- Schnurr, P. P. & Lunney, C. A. m.fl. (2005). A longitudinal study of retirement in older male veterans. *J Consult Clin Psychol* 73(3): 561–6.
- Schuitevoerder, S. & Rosen, J. W. m.fl. (2013). A meta-analysis of cognitive functioning in older adults with PTSD. *J Anxiety Disord* 27(6): 550–8.
- Shemirani, F. S. & O'Connor, D. L. (2006). Ageing in a foreign country: voices of Iranian women ageing in Canada. *J Women Aging* 18(2): 73–90.
- Sperling, W. & Kreil, S. K. m.fl. (2011). Posttraumatic stress disorder and dementia in Holocaust survivors. *J Nerv Ment Dis* 199(3): 196–8.
- Verhagen, I. & Ros, W. J. m.fl. (2014). Ethnicity does not account for differences in the health-related quality of life of Turkish, Moroccan, and Moluccan elderly in the Netherlands. *Health Qual Life Outcomes* 12: 138.
- Wong, S. T. & Yoo, G. J. m.fl. (2006). The changing meaning of family support among older Chinese and Korean immigrants. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 61(1): 4–9.
- Wu, B. & Chi, I. m.fl. (2010). Depressive symptoms and health problems among Chinese immigrant elders in the US and Chinese elders in China. *Aging Ment Health* 14(6): 695–704.
- Yaffe, K. & Vittinghoff, E. m.fl. (2010). Posttraumatic stress disorder and risk of dementia among US veterans. *Arch Gen Psychiatry* 67(6): 608–13.
- Yehuda, R. & Elkin, A. m.fl. (1996). Dissociation in aging Holocaust survivors. *Am J Psychiatry* 153(7): 935–40.

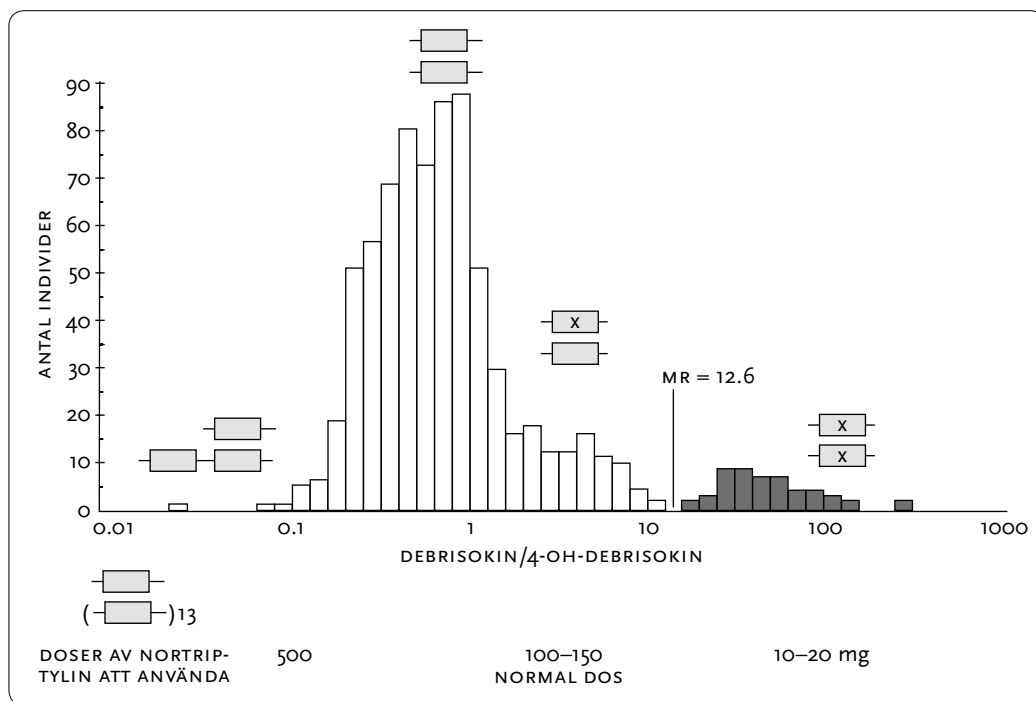
15. Transkulturell läkemedelsmetabolism

LEIF BERTILSSON

Med nedanstående text har jag velat ge exempel på två läkemedelsmetaboliserande enzymer, CYP₂D6 och CYP₂C₁₉, där påtagliga skillnader i aktivitet förekommer hos olika populationer. Dessa skillnader beror ofta på olikheter i den genetiska uppsättningen, men kan också bero på olika kulturella seder, till exempel olika matvanor eller som vi visat med användningen av Khat – en psykostimulerande växt som tuggas ibland annat Etiopien. Jag vill även betona att metabolismen inte bara kan variera mellan populationer utan också inom en population. I den svenska befolkningen (se figur 5) varierar debrisoquin/4-OH-debrisoquinkvoten från 0.02 till 200 det vill säga cirka 10 000-faldigt, vilket motsvarar en 100-faldig variation i CYP₂D6-aktiviteten hos dessa 757 svenskar. Detta i sin tur motsvarar en 50-faldig variation i dygnsdosen av nortriptylin (10–500 mg, se figur 5) och andra läkemedel som metaboliseras av CYP₂D6.

Läkemedel som utövar sin effekt i hjärnan måste vara fettlösliga för att kunna passera blod-hjärnbarriären in till centrala nervsystemet. Sådana läkemedel måste metaboliseras i huvudsak i levern, men också i mag-tarm kanalen, till vattenlösliga metaboliter som kan utsöndras i urin via njurarna. Det viktigaste läkemedelsmetaboliserande systemet är cytokrom P₄₅₀ (CYP)-familjen. Inom denna familj metaboliserar CYP₂D6-enzymet många viktiga läkemedel, till exempel antidepressiva och neuroleptika (se översiktsartiklarna av Bertilsson m.fl., 2002 och av The & Bertilsson, 2012).

CYP₂D6 polymorfin (polymorfi = många former) upptäcktes på 1970-talet samtidigt i England och i Tyskland med olika läkemedel. Figur 5 visar resultat från 757 friska svenskar som fått en låg dos av markörläkemedlet debrisoquin före sänggående. I natturinen analyserades debrisoquin och dess 4-hydroxymetabolit (från Bertilsson m.fl., 2002). Cirka 7 procent av denna befolkning hade hög metabolkvot det vill säga debrisoquin/metabolit (eng. metabolic ratio = MR > 12). Denna grupp kallas långsamma (eng. poor) hydroxylörerare (PM) och har två muterade CYP₂D6-gener (en från mamma och en från pappa). Resterande del av befolkningen, 93 procent, tillhör fenotypen snabba (eng. extensive) metaboliserare (EM) med en eller två funktionella CYP₂D6 alleler och lägre MR (< 12). Hos svenskar är den vanligaste muterade CYP₂D6 allelen *4 och de flesta PM har genotypen CYP₂D6*4/*4.



Figur 5. Fördelning av debrisoquin/4-hydroxydebrisoquin kvoten i natturin efter en 10 mg dos av debrisoquin givet före sänggående till 757 friska svenska försökspersoner. CYP₂D6 genotyper visas, där ett kryss ska beteckna att en mutation föreligger. Doser av nortriptylin i förhållande till fenotyp/genotyp visas också (från Bertilsson m.fl., 2002).

FALLRAPPORT 1

En 69 årig kvinna behandlades på sjukhus för moderat till svår depression med nortriptylin i en dos av 75 mg dagligen. Två dagar efter start av behandlingen klagade hon över yrsel (Bertilsson m.fl., 1982). Efter ytterligare 6 dagar klagade hon över tilltagande trötthet och förvirring. Låg omsättning av nortriptylin misstänktes och blod togs för läkemedelsanalys och dosen av nortriptylin sänktes till 25 mg per dag. Plasmakoncentrationen av nortriptylin efter 8 dagar av behandling med 75 mg dagligen var 1 300 nanomol/L (rekommenderad konc. 200–600 nanomol/L). Koncentrationen vid dagliga dosen 25 mg var 742 nanomol/L. När dosen sänktes ytterligare till 20 mg till natten hade patienten inga biverkningar och hon tillfrisknade utmärkt (Bertilsson m.fl., 1982). Senare när patienten slutat ta nortriptylin, fenotypades hon med debrisoquin och hon hade ett MR = 43 och klassificerades som PM (jämför figur 5).

Förekomst av långsamma och snabba metaboliserare

Frekvensen av PM varierar från en population till en annan, från 7 procent hos européer till 1 procent hos asiater (se Bertilsson m.fl., 2002; The & Bertilsson, 2012). Denna lägre frekvens hos asiater beror på att de saknar nästan helt *4 allelen. I stället har asiater en allel *10, som visserligen uttrycker enzymet CYP_{2D6}, men dess aktivitet är låg. Asiater har därför i allmänhet lägre CYP_{2D6}-aktivitet än européer. CYP_{2D6}*10 allelen är mycket frekvent bland kineser, koreaner, japaner och malaysiska kineser. I Zimbabwe har påvisats CYP_{2D6}*17, en Afrikaspecifik allel, som uttrycker ett enzym med lägre aktivitet än det normala. Globalt finns det alltså 3 populations-specifika alleler: *4, *10 och *17 i Europa, Asien och Afrika, respektive (se Bertilsson m.fl., 2002 och The & Bertilsson, 2012 för översikt).

FALLRAPPORT 2

Vi beskrev 1985 (Bertilsson m.fl.) en svensk kvinnlig patient med depression, som förskrevs höga doser 300–500 mg dagligen av det antidepressiva nortriptylin (normala doser 100–200 mg per dag). Hon hade en medelplasmanivå av 291 nanomol/L på en daglig dos av 300 mg (terapeutisk nivå 200–600 nanomol/L). Plasmanivån av metaboliten (okonjugerat 10-hydroxy-nortriptylin) var 10 gånger högre än nortriptylin hos denna patient, vilket är mycket högre än hos andra patienter. Denna patient hade ett MR = 0.07 vid fenotypning med debrisoquin och hon klassificerades som ultrasnabb metaboliserare. Detta var ett av de lägsta MR vi sett i den svenska populationen (figur 5).

När vi upptäckte fenotypen ultrasnabb metabolism hade vi ingen aning om den bakomliggande molekylära förklaringen till fenomenet. Åtta år senare, 1993, (Bertilsson m.fl. och Johansson m.fl.) kunde vi visa att den ultrasnabba patienten hade en CYP₂D6 genduplikation och därmed 3 funktionella gener. Inom Europa föreligger en nord-syd gradient med 1 procent av svenskar och hela 7–10 procent av spanjorer som har en CYP₂D6 genduplikation (se Bertilsson m.fl., 2002 och The & Bertilsson, 2012). Hela 20 procent av saudiaraber (McLellan m.fl., 1997) – intressant eftersom flyktingar från mellanöstern kommer från detta område till Sverige – och 29 procent av mörkhyade etiopier har en sådan duplikation (Aklillu m.fl., 1996). Trots att var tredje etiopier har en genduplikation är de anmärkningsvärt nog inte ultrasnabba metabolisera av debrisoquin och andra CYP₂D6-läkemedel. Etiopier som bor i Stockholm och har en genduplikation är ultrasnabba metabolisera. Det finns alltså en väsentlig skillnad mellan etiopier som bor i sitt hemland och de som bor i Sverige. En mycket trolig anledning till denna skillnad är en omgivningsfaktor, till exempel föda, som är olika i dessa länder. Vi har nyligen funnit att tuggande av Khat kan hämma CYP₂D6 (Bededa m.fl., 2015). Khat-tuggande i Etiopien gör att personer med genduplikation inte har ultrasnabb metabolism. Detta visar att kulturella skillnader, som exempelvis Khat-tuggande, kan påverka metabolism av många viktiga läkemedel. Khat finns i någon mån i Sverige men är inte lika tillgängligt som i Etiopien, där det tuggas av 80–90 procent av männen och av en mindre del av kvinnorna (Bededa m.fl., 2015). Vi har här två fenomen som varierar globalt: Frekvens av CYP₂D6 genduplikation och användning av Khat.

CYP₂D6-aktiviteten är av betydelse för behandling med många läkemedel, exempelvis psykofarmaka. Det är viktigt att komma ihåg att dosering av sådana läkemedel kan vara i behov av att individualiseras. Det kan vara av intresse att notera att detta CYP-enzym även kan ha betydelse för personlighet (Bertilsson m.fl., 1989) och suicidalitet (Zackrisson m.fl., 2010). CYP₂D6 finns i låg aktivitet i hjärnan och tycks kunna metabolisera kroppsegna substanser, till exempel bildningen av serotonin (Bertilsson, 2010). Ytterligare forskning krävs för att vi ska förstå dessa samband.

Förutom CYP₂D6 finns ett annat polymorft enzym, CYP₂C₁₉, som metaboliserar antidepressiva, till exempel citalopram och clo-

mipramin (Shimoda m.fl., 1999). I Europa finns 3 procent PM av markörläkemedlet omeprazol och i Asien hela 20 procent. Denna frekvensskillnad beror på att allelen *3 bara finns i Asien utöver *2, som finns över hela världen. Läkemedel som metaboliseras av CYP_{2C19} ges ofta i lägre doser till asiater än till européer. Inom varje befolkning behöver doserna individualiseras.

Att tänka på om patienter inte svarar optimalt på läkemedelsbehandling:

- Om du är tveksam om patienten behandlas med för låg eller för hög dos, analysera läkemedlet (och eventuellt metaboliter) i patientens blod.
- Om läkemedelsanalys inte ger dig tillräcklig vägledning att välja rätt dos, så kan patientens genotyp bestämmas: Är patienten långsam metaboliserare (två muterade gener) eller ultrasnabb metaboliserare (fler än två fungerade gener)? Helblod tas och sänds till Karolinska universitetslaboratoriet i Huddinge, där DNA isoleras från vita blodkroppar och genotypen analyseras.

Referenser

- Aklillu, E., Persson, I., Bertilsson, L., Johansson, I., Rodrigues, F. & Ingelman-Sundberg, M. (1996). Frequent distribution of ultrarapid metabolizers of debrisoquine in an ethiopian population carrying duplicated and multiduplicated functional CYP2D6 alleles. *J Pharmacol Exp Ther* 1996:278: 441-446.
- Bededa, W., deAndres, F., Engidawork, E., Pohanka, A., Beck, O., Bertilsson, L., Llerena, A. & Aklillu, E. (2015). The psychostimulant Khat (*Catha edulis*) inhibits CYP2D6 enzyme activity in humans. *J Clin Psychopharmacol* 2015:35: 694-699.
- Bertilsson, L. (2010). CYP2D6, serotonin, and suicide – a relationship? *Clin Pharmacol Ther* 2010:88: 304-305.
- Bertilsson, L., Mellstrom, B., Sjoqvist, F., Martensson, B. & Asberg, M. (1981). Slow hydroxylation of nortriptyline and concomitant poor debrisoquine hydroxylation. clinical implications. *Lancet* 1981:1: 560-561.
- Bertilsson, L., Aberg-Wistedt, A., Gustafsson, L. L. & Nordin, C. (1985). Extremely rapid hydroxylation of debrisoquine. A case report with implication for treatment with nortriptyline and other tricyclic antidepressants. *Ther Drug Monit* 1985:7: 478-480.
- Bertilsson, L., Alm, C., de las Carreras, C., Widen, J., Edman, G. & Schalling, D. (1989). Debrisoquine hydroxylation polymorphism and personality. *Lancet* 1989:1: 555.
- Bertilsson, L., Dahl, M. L., Sjoqvist, F., Aberg-Wistedt, A., Humble, M., Johansson, I., Lundqvist, E. & Ingelman-Sundberg, M. (1993). Molecular basis for rational megaprescribing in ultrarapid hydroxylators of debrisoquine. *Lancet* 1993:341: 63.
- Bertilsson, L., Dahl, M. L., Dalen, P. & AL-Sjurbaji, A. (2002). Molecular genetics of CYP2D6: Clinical relevance with focus on psychotropic drugs. *Br J Clin Pharmacol* 2002:53: 111-122.
- Johansson, I., Lundqvist, E., Bertilsson, L., Dahl, M. L., Sjoqvist, F. & Ingelman-Sundberg, M. (1993). Inherited amplification of an active gene in the cytochrome P450 CYP2D locus as a cause of ultrarapid metabolism of debrisoquine. *Proc Natl Acad Sci USA* 1993:90: 11825-11829.
- McLellan, R. A., Oscarson, M., Seidegard, J. E., Evans, D. A. P. & Ingelman-Sundberg, M. (1997). Frequent occurrence of CYP2D6 gene duplication in Saudi Arabians. *Pharmacogenetics* 1997:7: 187-191.
- Shimoda, K., Jerling, M., Bottiger, Y., Yasuda, S. & Bertilsson, L. (1999). Pronounced differences in disposition of clomipramine between Japanese and Swedish patients. *J Clin Psychopharmacol* 1999:19: 393-400.
- The, L. K. & Bertilsson, L. (2012). Pharmacogenomics of CYP2D6: Molecular genetics, interethnic differences and clinical importance. *Drug Metab Pharmacokin* 2012:27: 55-67.
- Zackrisson, A. L., Lindblom, B. & Ahlner, J. (2010). High frequency of occurrence of CYP2D6 gene duplication/multiplication indicating ultrarapid metabolism among suicide cases. *Clin Pharmacol Ther* 2010:88: 954-959.

16. Psykoterapi i ett transkulturellt perspektiv

FARZAD PAKZAD

Migrationsrelaterad psykisk ohälsa och psykoterapi

Kapitlet bygger till stor del på kliniska erfarenheter av psykoterapeutiskt behandlingsarbete med människor med migrationsrelaterad psykisk ohälsa.

Migrationsrelaterad stress kan under vissa omständigheter vara så påfrestande att individen utvecklar behandlingskrävande psykisk ohälsa. Individer insjuknar ofta under asylprocessen även om de tidigare har klarat av mycket svåra omständigheter till synes utan större problem. Många uppvisar depression, ångest eller utvecklar PTSD efter tidigare trauma. Individers anpassningsprocess i ett nytt sammanhang tar olika lång tid, ser olika ut och påverkar hälsa och levnadsomständigheter. Stressreaktioner kan ha samband med bakgrundsfaktorer eller med det man bär med sig av erfarenheter, bland annat vad man har gått igenom under resan till Sverige. Erfarenheter från resan kan ibland visa sig utgöra den svåraste delen i individens livshistoria. Detta kan påverka det psykoterapeutiska arbetet med människor som har lämnat sin hemvist.

Patienter med en migrationsrelaterad psykisk ohälsa kan växla i sitt hälsotillstånd. Omständigheter i patientens liv utanför terapins ramar kan försvåra en redan pågående livskris. Exempel på sådana situationer är händelseutvecklingen i krig och vad det innebär för familjemedlemmar och släktingar i hemlandet, vilket ställer till oro eller när vardagsproblem kräver det mesta av patientens uppmärksamhet. Vid migration ska individen, utöver allt annat i livet som

äventyrar stabilitet och en känsla av trygghet och förutsägbarhet, dessutom orientera sig i en ny livsmiljö och anpassa sig till ett liv i Sverige. Ett liv som kan vara rätt annorlunda än det man hade lärt sig att hantera tidigare. Anpassningssvårigheter kan i sig utgöra en riskfaktor för att utveckla psykisk ohälsa.

Migrationsrelaterad psykisk ohälsa kan ha kopplingar till annat än enskilt överväldigande händelser som att ha varit utsatt för förföljelse eller att ha bevittnat krig eller våld. Relationssvårigheter eller svåra upplevelser i barndomen kan också påverka personen negativt. Anpassningsprocessen är av stor betydelse för individens upplevelse av att vara delaktig i en meningsfull samverkan med sin omgivning. Faktorer som personlighet, temperament, anknytningsmönster, begåvningsnivå och annan funktionsnivå är lika aktuella här som bland andra grupper. En skillnad är att migranten dessutom börjar ett nytt socialt liv och måste orientera sig i ett nytt sammanhang.

Forskning på nyanlända flyktingar har visat att de pågående livshändelser som skattas som mest negativa är oro för anhöriga utanför Sverige, manifestationer av fientlighet mot flyktingar, svårigheter att orientera sig och överväldigande krav i vardagen. Vidare har man observerat att höga symtombelastningar av PTSD-symtom (men inte ångest och depression) är kopplat till sämre inlärningsförmåga vad gäller svenska för invandrare (SFI). Dyliga faktorer kan förklara att personer som tidigare har orkat hantera sin situation överstiger tröskeln för diagnoser. Att få veta att vissa av besvären är normala med tanke på omständigheterna kan reducera risken för modlöshet och depression, samtidigt som individen måste stödjas i att fungera i befintligt skick och förstå att det gäller att fortsätta att försöka.

Det är viktigt att tänka på hur olika faktorer samspelar med varandra i patientens liv och påverkar hans livssituation i dag samtidigt som man försöker skilja mellan de specifikt individuella faktorerna, sociokulturellt präglade normer och migrationsrelaterad stress.

Psykoterapi med nyanlända flyktingar

En relevant fråga är om det är meningsfullt att bedriva psykoterapi med flyktingar och migranter. Upplevda hinder på vägen kan vara svårigheter att förstå varandra då man inte delar samma referensramar, men även att patientens livssituation inte är tillräckligt stabil för att sätta i gång en bearbetning. Psykoterapi följer generell

samma principer oavsett kulturell bakgrund hos både patient och terapeut. Däremot kan det finnas nyansskillnader och aspekter, exempelvis kring förståelsen av kulturella referensramar och sätt att uttrycka psykisk smärta, som kan påverka terapin i vissa avseenden och därför är värda att undersöka. Ett känt exempel på detta är föreställningen att många migranter bär med sig ett normsystem baserat på den utvidgade familjestrukturen som primärt stödsystem, vilket kan prägla synen på auktoriteter och även förhållandet mellan individen och gemenskapen. Ofta görs en skillnad mellan så kallade individcentrerade och kollektivistiska samhällsstrukturer. I behandlingen kan man med tiden observera hur individens nätverk och stödsystem stämmer överens med denna bild.

Nyanlända flyktingar har i princip att handskas med uppgiften att komma in i ett nytt sammanhang samtidigt som de kämpar med att bringa ordning och stabilitet i livet som av olika anledningar kan ha varit i gungning den senaste tiden. Orsakerna bakom komplikationer i denna process kan vara alltifrån stress i samband med flykten, anpassningssvårigheter, livskris, psykiska sjukdomar till trauma-relaterade symptom/PTSD. Behovet av stabilitet och en fungerande och meningsfull vardag, å ena sidan och å andra sidan faktorer som motverkar detta påverkar i hög grad det terapeutiska arbetet.

Olika perspektiv på behandling beroende på problematik och patientens behov

Det finns skäl att beakta olikheter i patienters egna strategier för att bemästra sina upplevelser på egen hand, vilket förstås sätter sin prägel på det fortsatta arbetet i terapin. Det finns de som vill ”lägga locket på” det svåra de har varit med om och gå vidare i livet. Det fungerar kanske bra länge eller till en viss gräns där det kan hända något nytt som ger upphov till kriser som väcker de gamla upplevelserna till liv igen. Det är inte heller ovanligt att patienter initialt berättar summariskt om utvalda delar av den traumatiska erfarenheten för att senare i terapin beröra ämnet i förbigående, exempelvis i termer av ”... ja du vet ... det där som hänt mig ... eller ... det jag berättat om för dig ...” Den terapeutiska bearbetningen får då en ”hackig karaktär” trots försök att hålla kontinuiteten. Undvikandet och det vagt uttryckta hör ju till PTSD-problematiken.

Det finns andra som inte så lätt kan lägga locket på, på grund av

att deras smärtsamma minnen gör sig påminda och stör deras vardag och mående i sådan grad att symtomen avsevärt begränsar aktiviteter och relationer. Dissociativa tillstånd förekommer liksom en splittrad självupplevelse som gör det svårt att landa i sig själv och börja orientera sig mot omvärlden. I dessa fall är det viktigt att få professionell hjälp med att genomföra en traumabehandling efter en stabiliseringsperiod. Det krävs klinisk erfarenhet hos terapeuten för att avgöra när det är bäst att förstärka patientens egna bemästringsstrategier och när det är dags med bearbetning av smärtsamma erfarenheter. Patienter brukar vara relativt tydliga med vad de vill eller vad de klarar av för tillfället och detta gör ju att schablonartade behandlingsprogram är i otakt med patientens behov och resurser. Graden av stabilitet i det psykiska måendet och vardagen, patientens reflektions- och verbaliseringsförmåga och upplevelse av ett sammanhållet själv liksom beredskapen att arbeta med sina upplevelser är av avgörande betydelse i sammanhanget. Beredskapen att arbeta med sina smärtsamma erfarenheter på ett uttalat sätt sammanfaller många gånger med en upplevelse av att den sociala situationen och livsomständigheterna överlag är någorlunda stabiliserade och förutsägbara. En del omvärldsfaktorer utanför behandlingens ramar, som en pågående stresskälla, kan samtidigt påverka behandlingen. Exempel på sådant som upprätthåller eller förstärker symtomen är pågående stridigheter i hemlandet eller att en familjemedlem befinner sig i en svår situation.

Psykoterapimetoder vid PTSD

Att ha tillgång till olika behandlingsalternativ och att kunna ha olika perspektiv vid olika situationer underlättar för framsteg i patienters tillfrisknande. En del patienter är tydliga med sitt behov av att berätta och bearbeta det de har varit med om, vilket indikerar att det narrativa perspektivet är att föredra i dessa fall. För patienter med klart begränsade och definierade stressframkallande traumatiska minnesbilder är EMDR, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, eller en exponeringsmetod enligt den kognitiva modellen att föredra. På senare tid har det utvecklats alltfler exponeringsbaserade traumaterapier som bygger på emotionell bearbetningsteori som exempelvis PE, prolonged exposure. Teorin utgår ifrån att ångest, liksom PTSD, reflekterar patologiska rädslostruk-

turer där associationer mellan olika element inte korrekt avspeglar verkligheten (se också kapitel 8 om PTSD). Man arbetar med att skapa nya associationer i stället för att modifiera de gamla och patienten introduceras i imaginativ exponering som tillsammans med terapeuten bearbetar det traumatiska minnet (Bragesjö, 2014). Exponering vid KBT-behandling av trauma sker i två olika varianter; föreställningsmässig exponering och exponering in vivo. I båda fallen konfronteras patienten med den traumatiska erfarenheten eller det hen undviker tills obehaget/ängesten minskar, vilket i sin tur minskar även flykt- och undvikandebeteendet.

Forskning pågår inom fältet och nya behandlingsmetoder, en del med inslag från de gamla, dyker upp. Neurofeedback är en behandlingsform under utveckling, där man med hjälp av tekniska medel som EEG-mätning kopplad till datorskärm kan observera och självreglera hyper- och hypoarousal (Johansson & Duberg, 2016)

EMDR

EMDR är en standardiserad traumafokuserad behandlingsmetod som utgår från en modell för hur upplevelser och erfarenheter bearbetas i psyket, den så kallade AIP-modellen (Adaptive Information Processing Model) (Shapiro & Maxfield, 2002). AIP-modellen postulerar att individer har ett inbyggt system för informationsbearbetning. I normalfallet blir erfarenheter bearbetade och lagrade på ett adaptivt sätt. Minnesnätverk länkar tankar, bilder, känslor och kroppsliga förnimmelser med dessa erfarenheter. Ny information infogas i befintliga minnesnätverk. När en individ utsätts för en traumatisk upplevelse blir informationsbearbetningen störd och ny information kan inte på ett adekvat sätt länkas in i mer adaptiv information som finns i minnesnätverket. Upplevelsen blir alltså inte bearbetad. I stället blir de traumatiska erfarenheterna lagrade obearbetade och isolerade tillsammans med associerade tankar, förnimmelser och känslor. Yttre stimuli som påminner om traumat kan trigga reaktioner och bilder från traumat och ge upphov till plågsamma återupplevanden och kroppsliga reaktioner. Om minnen förblir obearbetade kan de utgöra basen för PTSD-symptom. EMDR stimulerar en bearbetning av de traumatiska minnena och den bilaterala stimuleringen tycks kunna underlätta denna process så att minnet av den traumatiska upplevelsen kan förändras till ett adaptivt integrerat minne.

Det finns många olika terapiformer vid PTSD som är väldokumenterade. Gemensamt är att de innefattar att möta traumat i form av exponering. Prolonged exposure, EMDR och narrativ exponeringsterapi har alla en stor effect size (ES), men endast 50 procent tillfrisknar (Bradley, 2005). Det finns därför anledning att uppmärksamma andra positiva och negativa faktorer som påverkar hälsoutveckling hos flyktingar eller andra marginaliserade grupper.

Psykoimaginativ terapi

I psykoimaginativ terapi (Sato, 1995) utgår man från att det går att påverka den smärtsamma upplevelsen av ett trauma på ett bildmässigt sätt. Genom att patienten försätts i ett mildt förändrat medvetandetilstånd får hen tillgång till inre bilder. Med dessa som redskap, till exempel upplevelsen av en trygg plats, kan man närma sig traumat och ge det en annan innebörd genom att använda sig av tidigare positiva upplevelser eller fantasier. Psykoimaginativa behandlingsmetoder har vuxit fram ur olika terapeutiska traditioner, främst klinisk hypnos, och har olika benämningar: psykoterapi genom bilder eller dagdrömsteknik, symboldrama, uttrycksterapier etcetera. Visualisering av den bild man har valt att arbeta med följs av att rikta in sig på vissa aspekter eller detaljer eller på att gå in i känslan den väcker. Förtroendet till terapeuten och till processen är viktigt under förloppet. Ofta arbetar man genom att initiera ett så kallat FMT, förändrat medvetandetilstånd, vilket underlättar traumabearbetningen.

”Guided imagery” är en metod för att komma närmare dessa bilder på ett mer varsamt sätt, genom att föreställa sig och projicera traumabilden på en skärm som om det händer någon annan. Härvid används den hypnosterapeutiska interventionen som medför att upplevandet under ett förändrat medvetandetilstånd lätt delas i ett observerande och ett förnimmande själv. Resursbilder eller resursupplevelser är positiva erfarenheter i livet som kan hjälpa patienten i bearbetning av svåra traumabilder som en motvikt. Efter ett tag försvinner skärmen och patienten börjar prata i jagform under förutsättningen att man lyckats etablera en optimal terapeutisk relation.

Self-reparenting, en hypnosbaserad Ego State-teknik, innebär att *dagens jag* tar hand om och tröstar det *traumatiserade jaget*. Man kan be patienten att visualisera ett liv utan de aktuella symtomen. Fokus är trots svårigheter på patientens resurser och lösningar i si-

tuationen, den så kallade lösningscentrerade modellen. Mirakelfrågan: ”Om det sker ett mirakel i natt hur kommer då din morgondag att se ut?” bygger på Milton Ericksons formuleringar om att människor själva, snarare än terapeuten, sitter inne med lösningar på sina frågor (Erickson et. al., 1976). Terapeuten blir då en följeslagare som sätter den läkande processen i rörelse.

Narrative Exposure Therapy (NET)

Narrative Exposure Therapy (NET) är en annan metod för att behandla PTSD. NET bygger på teorin att traumatiska minnen har två olika aspekter, affektiva och kognitiva (Schauer, 2011). För att förstå och bearbeta minnet av en traumatisk händelse konstruerar patienten, med hjälp av terapeuten, en kronologisk berättelse om sin livshistoria med fokus på traumatiska upplevelser. De fragmentariska upplevelserna sätts ihop till en sammanhängande berättelse. Terapeutens empatiska förståelse, aktiva lyssnande, närvaro och odelade uppmärksamhet är viktiga komponenter i terapin. Terapeuten frågar i detalj om känslor, kognitioner och sensationer och patienten uppmanas att återuppleva dessa utan att förlora sin förankring i ”här och nu”. Terapeuten länkar dessa upplevelser och erfarenheter till faktiska händelser i tid och rum för att en integration av dem, ett meningsskapande, ska underlättas.

Vid slutet av behandlingen arbetar man med att skapa ett sorts självbiografi eller livshistoria med syfte att reflektera över patientens liv som helhet och främja en känsla av personlig integritet.

Interpersonell psykoterapi

Interpersonell psykoterapi (IPT) är en psykoterapeutisk metod som syftar till att arbeta med problem i mänskliga relationer, dels hur de medverkar till att orsaka psykisk stress, dels hur psykiska problem påverkar relationer till andra. Traumarelaterade tillstånd brukar bland annat ha en negativ påverkan på individens förmåga att upprätthålla eller ingå relationer.

Metoden utvecklades i början av 1980-talet för behandling av depression och har sedan anpassats för att behandla PTSD och olika ångesttillstånd.

Val av terapimetod

Indikationer på val av metod varierar beroende på hur lidandet eller den migrationsrelaterade stressen uttrycks och beroende på hur patienten reagerar samt hur hen svarar på en viss behandlingsmetod. På grund av komplexiteten i symtombilden vid migrationsrelaterad psykisk ohälsa samt de individuella faktorerna är sambandet mellan diagnostik och val av psykoterapeutisk behandlingsmetod inte alltid självklart speciellt när behandlingsalternativen är flera. Patientens försvarsstruktur, grad av stabilitet i vardagen, kognitiv och känslomässig kapacitet för att arbeta med ett traumaminne samt symtomens art och intensitet är exempel på faktorer som påverkar behandlingsperspektiv och val av metod. I vilket fall bör man individanpassa terapin och ibland beakta flera aspekter i planeringen för att uppnå optimal effekt.

Det är viktigt att terapeuten är förtrogen med sin metod och kan förmedla en känsla av förankring i behandlingsarbetet. I en del terapier där patienten har svårt att hantera starka känslor och reaktioner kan man initialt arbeta med affektreglering genom att tillsammans öva stabiliseringstekniker för att sedan gå vidare med bearbetning av den psykiska smärtan. Det händer också att en viss metod eller ett visst perspektiv visar sig mer ändamålsenligt när man har kommit längre in i behandlingen.

FALLPRESENTATION 1

En patient i 30-årsålder hade varit med om en traumatisk båtresa över Medelhavet och överlevt mot alla odds. Han dissocierade kraftigt under de inledande samtalen och led av svåra nattliga mardrömmar och flashbacks dagtid. Dessa utlöstes ofta av vistelse i stängda utrymmen med hög ljudnivå, som påminde om båtresan med många medflyktingar i en liten båt och det ständiga brusset från havet, eller när han var nära vatten. Efter att ha berättat om sin flykt och sina symtom kom vi överens om att börja med EMDR. I efterhand visade det sig att exponering genom att närma sig vattendrag i närheten av mottagningen under ett par sessioner var en bättre behandlingsmetod för att kunna klara av svåra återupplevelanden och börja röra sig nära vatten utan större obehag.

Mannen hade svårt att klara av den bilaterala stimuleringen under EMDR som ökade obehaget och översteg hans toleransfönster, det vill säga det intervall av anspänning som var hanterbart för honom. Vi kunde förstås ha valt att arbeta med stabiliseringstekniker under en längre period för att därefter fortsätta med EMDR-behandlingen, men han var

helt nöjd med det vi hade gjort. Att acceptera patientens bedömning av graden av hjälpbehov och i vilka avseenden hen önskar behandling är att respektera personens självbestämmande.

Det händer att patienten vill ha hjälp i valda delar av sin symtombild och vill klara av resten på egen hand. Från terapeutens sida är en hållning att vara beredd på att ta emot allt av relevans som patienten vill dela med sig dock väsentlig.

Metoder inriktade på familjer och grupper

I vissa terapier framkommer att en person belastar hela familjestrukturen extra med sin problematik, vilket kan skapa en kris i familjelivet och för patienten som redan är tyngd av sin egen problematik. Det går att under ett begränsat antal gånger och definierade ramar hålla familjesamtal om den aktuella frågan i par eller i familjeform. Det kan visa sig vara ett bra sätt att minska patientens stress inför att fokusera på de egna frågorna.

Samarbete kring patienten mellan terapeuten, sociala myndigheter och övriga vårdgivare kan förekomma, vilket präglar behandlingsarbetet med människor med omfattande psykosociala hjälpbehov.

Psykoedukativa insatser

En betydande andel av behandling av flyktingar kan ske i grupper i form av gruppterapier eller så kallade psykoedukativa insatser i stabiliseringssyfte. I grupperna kan deltagarna få information om vanligt förekommande reaktioner vid migration. Psykoedukation kan ge information om sjukdomar och riskfaktorer och höja kunskapsnivån och medvetenheten bland deltagarna. Detta kan minska stress och främja copingsstrategierna och hälsan hos deltagarna. Till skillnad från gruppterapier försöker man undvika beröring av traumaminnen här för att inte destabilisera deltagarna.

Psykoedukativa inslag kan tillämpas även i individuella terapier speciellt i början. I och med att de kroppsliga symtomen ges en form behöver patienten inte lika ihärdigt uppehålla sig på symtomnivå (Moe, 2016).

Gruppterapi

I gruppterapi är fokus inställt på att behandla traumatiska erfarenheter med hjälp av gruppterapeuter. Detta kräver mer förberedelser samt längre professionell erfarenhet hos terapeuterna än vid psyko-educativa insatser, med tanke på djupet och intensiteten i de ämnen som tas upp samt mera komplicerade grupprocesser. Gruppaktiviteter kan också tillämpas efter traumabearbetningen i syfte att hjälpa deltagarna att orientera sig i sin omgivning och som ett slags återupprättelse efter svåra erfarenheter under migrationsprocessen/flykten eller som ett steg mot integrering i det nya samhället. De olika formerna av gruppbehandling kan ha olika målsättningar i en process av återhämtning, exempelvis stabilisering, traumaterapi och integration. Dessa kan samtidigt mer eller mindre sammanfalla med det stadium i återhämtning och integration i samhället som individen befinner sig i.

Gruppbehandlingar som är av stödjande karaktär och i form av uttryckande terapier har enligt Pålsson (1995) större förutsättningar att lyckas än de med primärt traumaterapeutiskt syfte. Att ha varit utsatt för mänsklig ondska gör att man har låg tillit till andra människor. De andra deltagarnas ångest och förluster kan dessutom påminna om de egna, vilket kan försvåra att skapa sin egen trygghet. Ett externaliserat tema, till exempel i färg, form eller rörelse, så kallad uttryckande konstterapi (Gerge m.fl, 2010) kan ge en känsla av mening med att träffas i grupp och inge mer trygghet. Grupp-sammansättningen bör vara genomtänkt vad gäller urvalskriterier på så sätt att den inger en känsla av trygghet och bjuder in till aktivt deltagande, detta gäller även syftet och metoden. Terapeuten har att handskas med avstånd och närhet, trygghet och hot, variabler att balansera mellan. Urvalskriterierna blir viktiga i det avseendet. Det gäller att se på exilens villkor och den egna livshistorien i ett här- och nuperspektiv. Gruppbehandling är en tidsbegränsad konstruktion och alla har ett ansvar för att den ska kännas meningsfull. Rutiner och ritualer får en given plats i sammankomsterna för att förstärka sammanhållningen. Avslutningen är ett dramatiskt och existentiellt laddat kapitel att handskas med, då den trygghet som gruppen har skapat tillsammans går mot sin slut.

Metodanpassning i transkulturella terapier

Med allt större medvetenhet om kulturella variationer i uttryck för psykisk smärta utvecklas även metoder för att anpassa innehåll i behandling och behandlingsprotokollen utifrån olika patientgruppers behov. Detta utifrån de diagnostiska överväganden som gjorts. Att introducera kulturformuleringsintervjun i DSM-5 diagnossystem är ett exempel där 16 specifika frågor ställs till patienten och lika många till närstående om patienten före den symtominriktade diagnostiska intervjun. Det kan hjälpa behandlare att ge akt på kulturella nyanser i patientens bakgrund för att få en mera nyanserad diagnostik.

Behandlare kan ibland uppleva att patienten inte riktigt förstår poängen med behandlingen. Processen att bygga upp en allians kan vara beroende av en anpassning av manualen/metoden till patientens behov. Ansträngningar har gjorts inom KBT-rörelsen för att ta fram anpassade behandlingsprotokoll till individuella behov och olika patientgrupper, exempelvis genom justeringar i grundmanualerna. Rathod m.fl. (2015) påpekar att en ökad förståelse för kulturell bakgrund, normer, traditioner och föreställningar förbättrar terapeutens förmåga att engagera sin klient och att utforma skräddarsydda interventioner som passar patienten. Både terapeutens och klientens uppfattningar och värderingar kan utgöra hinder under terapin. För att motverka det kan terapeuten försöka nå ut till patienten i ett tidigt stadium, erbjuda stöd och arbeta med familjen. Under den initiala fasen, där terapins målformulering utformas, bör terapeuten anpassa sig till klientens kulturella förväntningar och behov. Kulturanpassad internetbaserad KBT på olika språk bör erbjudas till asylsökande med psykiska besvär enligt rapport från SKL, Sveriges Kommuner och Landsting (2016), samtidigt som insatserna måste förstärkas även på specialistnivå.

Språk och tolk i terapi

Att arbeta med tolk i terapi kan innebära anpassning av kommunikationen i ett trepartssamtal men även en viss anpassning av behandlingsmetoden. En del patienter med kort vistelse i Sverige brukar titta mest på tolken under samtalet oavsett hur man arrangerar stolplaceringen i rummet, vilket ökar tolkens deltagande roll i kommunikationen generellt. Det krävs en del arbete för att åter-

föra kommunikationen till främst en dialog mellan patienten och terapeuten. Tolken återfår då sin språkrörposition i stället för en mera deltagande position. Terapeuten får vara innovativ här för att göra det bästa av situationen då den språkliga och den känslomässiga kommunikationen samt kroppsspråket går via fler kanaler än i en terapi utan tolk. Samarbete med tolken kräver både professionalitet och tillit. Att kunna förmedla begrepp som stress, ångest, depression, sorg etcetera, som uttrycks olika beroende på kultur och språk, är en utmaning för tolken och terapeuten (se vidare kapitel 3 "Tolkanvändning"). Det kan vara svårt att hitta en ordagrann motsvarighet mellan språken. Viktigast är att begreppens innehåll förmedlas i dess helhet så gott det går. Trots svårigheter är psykoterapi inte bara möjlig utan också meningsfull med en tolk i rummet. Det händer att tolkens reaktioner spelar in i samspelet, vilket ofta går att hantera såvida de inte överskuggar terapins fokus på patienten. Tolken kan behöva avlastande samtal efter en terapisession alternativt handledning, individuellt eller i grupp.

Utifrån ett patientperspektiv visar en undersökning (Cabrejas, 2011) att användningen av ett sekundärt språk i psykoterapi hos tvåspråkiga patienter är av underordnad betydelse om än inte oviktig för den terapeutiska processen. Valet av behandlingsspråk verkar vara underordnat andra variabler, bland annat förmågan att skapa en fungerande allians, patientens förhållande till sina olika språk samt andra kontextuella faktorer utanför terapirummet. Den interpersonella dimensionen berör en grundläggande aspekt i allt psykoterapeutiskt arbete: relationen mellan terapeut och patient, den så kallade alliansen. Alliansen påverkas av ickeverbala, verbala, imaginära och strukturella aspekter av kommunikationen och inverkar på patientens upplevelse av vad en god terapeut är. Det som terapeuten säger, gör och förmedlar förstås och införlivas i patientens inre. Terapeuten tillskrivs olika förmodade eller faktiska egenskaper som bidrar till (eller hindrar) en god kontakt och den grundläggande trygghet som behövs för det förtroendefulla mötet och det fria samtalet.

Somatiska symtom som uttryck för psykisk smärta

Ett ofta återkommande tema vid transkulturell psykoterapi är hur man kan förstå och handskas med olika former av somatisering, förkroppsligande, av psykisk smärta. Vaga smärtor i kroppen, med otydlig beskrivning eller svårdefinierbara orsakssamband, kan vara tecken på bristande uttrycksförmåga, men även på att man ännu inte är i stånd att uttrycka negativa känslor som förtvivlan genom mentalisering eller verbalisering. Den upplevda psykiska smärtan kan vara så överväldigande eller svårintegrerad att den ännu inte i sin helhet kan symboliseras med ord. Delar av smärtan kan uttryckas med somatiska symtom. Det gäller att handskas med detta varsamt och gradvis, att inte avfärda dem för snabbt eller betrakta dem som enbart patologiska i bemärkelsen icke meningsbärande som ska behandlas bort. Detta kan även visa sig hänga samman med att man på ett eller annat sätt ännu inte hunnit sätta sig in i de rådande kulturella normerna för att uttrycka psykisk smärta med de ord som professionella inom vård kan tolka adekvat. Psykisk smärta kan då uttryckas som smärtor i kroppen, inte sällan där det redan tidigare finns en smärtupplevelse eller skada.

I väntan på att individen hittar adekvata symboliska uttrycksformer kan terapeuten betrakta de somatiska symtomen som meningsbärande. Att betrakta de somatiska uttrycken för emotionellt lidande som ett "lidandespråk" anses vara vanligt förekommande eller normalt i vissa kulturer. Hjärtat förekommer i många uttryck om lidande eller sorg i orienten och återspeglas bland annat i musik och poesi. "Lidandets språk" kan tolkas som "symtomspråk" inom vård och behandling.

Fasspecifik traumaterapi

Tre stadier brukar urskiljas vid traumaterapi: stabilisering, traumabearbetning och integration – återupprättande av kontroll/normal social tillhörighet (Herman, 1992; Gerge, 2010). Mer om detta finns i kapitel 8 "Posttraumatisk stress". I psykoterapeutiskt arbete med människor som flytt undan krig eller andra svåra förhållanden är stabilisering ofta nödvändig före traumabearbetningen. Detta sammanfaller för individen vanligen med en period av försök till anpassning till sin omgivning. Stabiliseringen kan visa sig som den mest krävande delen eller merparten av en terapiprocess. Patienter

med större nätverk av sociala kontakter och kapacitet att sysselsätta sig kommer lättare in i sammanhang som skänker dem en känsla av egenkontroll och medför mindre behov av terapin. ”Frigörelsen” går lättare för dem som med tiden skaffar sig alternativa sociala arenor och andra trygga platser än vården, vilket i sin tur underlättar för framsteg i behandlingen. Att terapeuten har kunskaper om migrations psykosociala följder liksom vad förluster av olika slag innebär, exempelvis av social position, är till stor nytta i sammanhanget. Pedagogiska moment i början av terapin med information kring vanliga reaktioner vid migrationsrelaterad stress eller traumarelaterade tillstånd avlastar patienten, främjar en normaliserad självuppfattning, stärker den terapeutiska alliansen samt påverkar det fortsatta arbetet i positiv riktning.

I takt med den egna utvecklingen i integrationsprocessen kommer patienten successivt att anpassa sina kulturellt präglade uttrycksformer för psykiskt lidande till för omgivningen mer lättförståeliga sådana. Ibland är de kulturella skillnaderna i kontakten inte så stora eller begränsande som man kan tro om behandlaren är öppen för att förstå andra sätt att uttrycka sig.

Traumamedveten omsorg

Begreppet traumamedveten omsorg har kommit att präglade synen på ett gott omhändertagande av ensamkommande flyktingbarn, där det i första hand behövs en trygg miljö att landa och växa i. Viktigt är även möjligheten till goda och tillitsfulla relationer med vuxna och andra betydelsefulla människor i vardagen/omgivningen. Att lära sig strategier för att hantera svåra känslor och/eller impulser är viktigt för att känna en stabil grund att stå på och att ta sats ifrån för att orientera sig i sitt nya liv. Detta skapar förutsättningar för att de som har symtom beroende på traumatiska erfarenheter ska börja med en bearbetning.

Förutsägbarhet, en viss trygghet i vardagen gällande de grundläggande biologiska och sociala behoven, är en förutsättning för att kunna känna sig tillräckligt stabil för att ta tag i problem på en djupare nivå.

FALLPRESENTATION 2

En kvinna i 40-års ålder som varit i Sverige i över fyra år innan hon genom socialtjänsten sökte vård på mottagningen. Kvinnan bar på fysiska och psykiska skador efter svår misshandel och övergrepp under uppväxten och från stridigheterna i sitt hemland. Hon led av en djup oro och förtvivlan över familjens bedrövliga situation här i Sverige. Kvinnan hade även koncentrationssvårigheter och dissocierade, blev okontaktbar på gränsen till att svimma av, under de första bedömningssamtalen. Psykosomatiska symtom som "ont i hjärtat" och återkommande svimningsanfall förekom i vardagen. Maken hade funktionsnedsättningar och var inte till någon hjälp när det gällde att ta hand om parets minderåriga barn. Familjen bodde på ett vandrarhem tillsammans med andra familjer. Bostadssituationen skapade många problem och konflikter.

Parallellt med en medicinsk behandling initierades en psykologisk behandling. Det visade sig dock att kvinnan inte orkade gå in på sin egen historia utan prioriterade familjens situation, speciellt bostadsproblemet och de dagliga bekymren där det behövdes hjälp från myndigheter. Dessa hjälpinsatser hade av olika anledningar, som att familjen hade flyttat runt, inte riktigt startat. Genom att ta kontakter och engagera olika aktörer satte terapeuten i gång ett fruktbart nätverksarbete kring familjen varefter det ordnade sig med akuta behov av bostad, barnomsorg, skolgång samt habiliteringsinsatser för maken. Detta avlastade patienten så att hon kunde vända blicken mot sina egna behov av terapeutisk behandling.

Vändningen för henne kom efter en viss tidpunkt, vilkens innebörd kan beskrivas som att "hon såg sig tillräckligt hållen" för att börja se sig själv och prioritera sina egna behov. Det är naturligtvis inga gynnsamma förutsättningar när patienten har akuta vardagsproblem i familjelivet att prioritera framför sitt behov av traumaterapi.

Existentiella perspektiv och affektreglering vid traumabehandling

Den psykologiska kärnan i ett psykiskt trauma är maktlösheten och att banden till andra människor klipps av. Därför kännetecknas tillfrisknandet av att återställa självbestämmandet och att nya band skapas (Herman, 1992). Traumabehandling kan beskrivas som att genomgå en process, vilkens slutstadium kännetecknas av att kunna minnas det som hände i det förflutna, inse och acceptera följderna av det, integrera den erfarenheten i sitt psyke samt kunna gå vidare i livet utan större lidande eller svårigheter i vardagsfunktioner. Detta kan ske genom mentalisering och verbalisering av den smärtsamma erfarenheten, ofta genom en berättelse – narrativ, i syfte att integrera den överväldigande erfarenheten i livshistorien.

För patienter som söker förklaringar i transcendentala eller andliga termer kan ett existentiellt perspektiv ibland vara särskilt viktigt. Terapeuten behöver vara beredd på att möta de existentiella dimensionerna och acceptera att patienten använder trossystemens referensramar och symbolik som möjliga förklaringsmodeller för att handskas med överväldigande erfarenheter. Speciellt om förluster har varit stora på det personliga planet kan sökande av mening för det meningslösa våldet, eller de svåra övergrepp man varit utsatt för, i transcendentala termer fungera som ett effektivt skydd mot psykisk smärta.

En faktor som kan främja behandling är om det funnits ett mönster av grundtrygghet i patientens liv innan traumat inträffade att falla tillbaka på. Uppväxtförhållandena påverkar hur individen ser på sina utsikter att se framåt i sin återhämtningsprocess (O'connor, 2016). Det kan hända att andra faktorer/förhållanden än ett identifierat svårt trauma i livet upplevts som "det värsta". Det händer också att patienten låter bli att ta upp de mest traumatiserande delarna av sin berättelse, exempelvis om de väcker skam eller skuld. Det gäller att vara varsam när man närmar sig ämnen som sexuell tortyr. Människor som har haft en tro på sina ideal, kämpat för dem och menar att deras kamp har varit meningsfull eller gjort skillnad har generellt sett större utsikter till återhämtning.

Överföring och motöverföring i traumaterapi

Det finns en risk att omedvetna föreställningar och stereotypiseringar hos både terapeut och patient gör att de inte berör frågan om det aktuella vårdbehovet (Bäärnhielm, 2014). En viss självkänedom om de egna reaktionerna hos terapeuten främjar behandlingen. Alliansens avgörande betydelse under behandlingen och beredskapen att bemöta patienten med empati kräver att terapeuten har en förståelse för sina egna reaktioner. Rädsla för att beröra traumat eller att väcka mer ångest än vad man kan hantera kan ligga bakom vissa reaktionsmönster. I terapin behöver terapeuten beakta både patientens överföringssignaler och de egna motöverföringarna.

Exempel på överföringsmönster i traumaterapier är projektiv identifikation, överanpassad positiv överföring, negativ överföring – där förövaren på ett symboliskt plan är närvarande i rummet. Att ta emot och hantera narcissistisk belöning, att bli idealiserad och

älskade eller hatad, att bli föremål för intensiva känslor hör till dessa terapier. Att terapeuten lyckats hantera överföringar kan bidra till en djupare läkningsprocess.

Att uttrycka sorg eller saknad efter en förlust

Ett tema i psykoterapi med transkulturella förtecken är att uppmärksamma hur sorg kan komma till uttryck hos människor i olika kulturer. Sättet att uttrycka förlust eller saknad av en betydelsefull person går ibland att härleda till kulturellt färgade symboler och metaforer. Den verkningsfulla mekanismen i en sorgprocess är i princip att tillgodose det allmänmänskliga behovet av att få tröst eller att åstadkomma en viss distans till den smärtsamma upplevelse som en slutgiltig separation i grunden innebär. Det går att särskilja vissa mönster kring sorg. Exempelvis kan sorg i vissa kulturer uttryckas genom att gråta tillsammans med andra efterlevande i en rituell ceremoni för att uttrycka den förtvivlan som kännetecknar chockfasen strax efter ett dödsfall. Detta är en mäktig upplevelse som inger en känsla av tillhörighet och att få dela den smärtsamma erfarenheten med andra gör det lättare att stå ut. Det lättar samtidigt på bördan av den existentiella ensamheten inför döden som kommit skrämmande nära.

Ett annat exempel är hur i vissa delar av världen olika former av konst, främst poesi eller vemodig musik, uttrycker saknad efter en förlust av ett barn eller en annan älskad person. Detta kan observeras även i samband med fördröjd sorg och har en bearbetningseffekt långt efter förlusten. Detta kan betraktas som ett tecken på att den drabbade nu har lämnat chock- och förnekandefasen bakom sig och bearbetar sorgen som ett vedertaget faktum för att kunna röra sig sakta framåt, ur sorgen mot en omorientering i livet utan den bortgångna vid sin sida. Kulturella normer kan sanktionera detta som legitima uttryck för lojalitet mot och kärlek till den saknade personen och inte som patologiska uttryck för att ha fastnat i sorgprocessen. I terapin är en viss medvetenhet om liknande uttryck i patientens ursprungskultur eller deras verkningsmekanismer av värde.

Gyllensvärd (2015) skriver om det svåra med att hitta en balans i livet för att effektivt kunna ta sig igenom ett sorgearbete, när flyktingar som bär på traumatiska minnen samtidigt har en ovisst framtid gällande sitt uppehållstillstånd. Speciellt svårt blir det när det inte går att få ett riktigt avslut – när man inte vet hur det har

gått för en förlorad anhörig. För att kunna integrera en förlust i sin livshistoria, i ett helhetsperspektiv, behövs ett avslut som går att acceptera. Att få distans till förlusten, tillskriva den en mening och ta med erfarenheten in i framtiden.

Förväntningar på terapeuten kopplade till samhällsstrukturen

Förväntningar på en terapeut kan i vissa fall ha kopplingar till synen på samhället och maktstrukturer. Synen på myndighetsutövning och tillitsgrad till offentligheten kan vara annorlunda för en del nyanlända, särskilt för dem som kommer från länder där relationen mellan befolkningen och etablissemangen varit mindre tillitsfull än i Sverige. Patienten kan gå till behandlaren med en förväntning att hen ska kunna ta emot, lyssna på vad man har för problem och erbjuda en lösning, en bot. Den auktoritetsställning patienten tillskriver sin behandlare har bland annat baksidan att bli besviken när problem inte "fixas" relativt snabbt. Denna föreställning krockar med det faktum att psykoterapi kräver aktivt deltagande från båda parter och ofta en kraftansträngning från patienten för att arbeta med svåra känslor.

I takt med integrering i det nya samhället kommer ofta de individuella kulturellt präglade normerna och förväntningarna alltmer i samklang med de allmänt delade referensramarna hos befolkningen i övrigt. Skillnader relaterade till de vedertagna normer som en individ bär med sig in i terapin kommer att möta den terapeutiska kulturens jämställdhetsideal och intersubjektivitet oavsett behandlingsmetod. I det perspektivet får även språkkunskaper eller så kallad kulturkompetens en annan betydelse. Visst kan ett gemensamt språk eller en gemensam kulturell bakgrund underlätta kommunikationen i vissa avseenden, men den utvidgade referensramen och beredskapen att förstå en annan människa är, enligt författarens erfarenhet, över lag av större betydelse för en positiv utveckling i en terapi med transkulturella förtecken. Det har förekommit kritik mot begreppet kulturkompetens i den bemärkelsen att diskussioner eller information kring olika traditioner och deras värderingar snarare riskerar att leda till stereotypisering av patientgrupper. Det man i stället skulle kunna göra vore att uppmuntra vårdgivarnas reflexivitet, att våga kritiskt granska sin roll, sina tankar och sina värderingar i transkulturella möten.

Några kliniska reflektioner

Den spontana självläkningsprocessen hos traumatiserade människor är en viktig faktor att beakta i deras återhämtning över lag, men den kan också betraktas som en viktig part i alliansen under behandlingens gång mot symtomen. Den bör beaktas och förstärkas parallellt med traumabearbetningen. Patientens egna resurser och aktiviteter samt grupp- och sociala aktiviteter i ett salutogent eller normaliserande perspektiv främjar och påskyndar det spontana tillfrisknandet.

En del patienter med traumatiska erfarenheter i sin bakgrund tenderar att hålla obehagliga känslor kopplade till de smärtsamma minnena borta genom att jämt hålla sig sysselsatta med andra saker. Risken ökar då att symtomen tar andra vägar och uttrycks på svår-tolkade sätt. De behöver hjälp med att stanna upp och se sambanden innan krisen blir svår att hantera eller den drabbar fler områden i livet. Det gäller att hitta andra strategier än överaktivitet som ett försvar mot de traumatiska minnena.

Genom ett ”inifrånperspektiv” kan terapeuten föreställa sig vad en viss händelse kan ha betytt i patientens liv och hur den kan ha påverkat hans fortsatta liv, självbild och drömmar. Därifrån är det lättare att bygga upp en allians för att gå in i traumabearbetningen och så småningom skapa en förståelse och en berättelse om det som hände. Omvärldskunskaper om exempelvis de rådande omständigheterna i patientens livsmiljö vid händelserna kan också förstärka hans tillit till terapin. Om sådana kunskaper inte finns i önskad grad hos terapeuten kan intresse och öppenhet förmedlas eller formuleras genom frågor liknande: ”Jag är inte bevandrad i din kultur men vill gärna förstå hur man tänker kring ...” etcetera.

Att närma sig känsliga områden i terapin kräver en balansgång och en realistisk bedömning av det möjliga. När det är relativt stabilt och patienten visar tillräckligt med beredskap och jagstyrka kan terapeuten ta upp känsliga områden. När det däremot inte är stabilt och i fråga om speciellt laddade områden som kan väcka starkt obehag eller skam ska terapeuten vara något mera avvaktande och arbeta längre med stabiliseringsprocessen och trygghetsskapande. Samtidigt bör terapeuten markera sin beredskap att ta emot allt som patienten vill dela med sig av i sin livshistoria. Det är då patienten som får avgörandet hur, i vilken omfattning och när det är dags att ta upp dessa ämnen. En viss utlösande faktor kan väcka de

traumatiska upplevelserna till liv efter en period av relativt lugn och patientens bemästringsstrategier inte längre fungerar, varken i fråga om den ursprungliga erfarenheten eller den sekundära krisen, vilket kan sätta fart på terapin.

Det händer att patienter skiftar i sättet att kommunicera sitt känslotillstånd – konkret eller symboliskt, somatiskt eller verbalt, demonstrativt eller nedtonat etcetera. Det gäller för terapeuten att vara flexibel, följa uttrycken och kommunicera på samma nivå i stunden.

Ett helhetsgrepp i transkulturella terapier kräver ett gott teamarbete på grund av patienternas mångbottnade behov. Kommunikationen och samverkan mellan olika professioner i teamet och med andra viktiga aktörer i ärendet har en djupgående effekt på terapin och patientens fortsatta tillfrisknande. Människor brukar känna av när de är väl omhändertagna, vilket bland annat kan påverkas av organisationens klimat och ramar. Ett positivt samarbetsklimat främjar dialogen mellan behandlarkollegor och minimerar risken för att parallellprocesser får en alltför negativ påverkan på den gemensamma uppgiften, speciellt när de vardagliga problemen i patientens liv är stora. Det finns en risk att terapeuten identifierar sig med en enskild aspekt av problematiken på bekostnad av helheten, vilket kan äventyra hela behandlingen. Därför behövs organisatoriskt stöd och teamhandledning utöver yrkesspecifik handledning.

Det är vanligt att erfarna terapeuter, vilka är skolade och välförankrade i en viss metod, med tiden blir varse att de utan att specifikt uppmärksammat eller närmare studerat en viss aspekt av en annan metod anammat och tillämpat den intuitivt. Det är förmodligen därför det kommer alltfler integrativa terapimetoder med inspiration och influenser från flera håll. Även metoder utan tydliga föregående influenser kan visa sig vara användbara av terapeuter från olika inriktningar. En djup förankring i en terapimetod behöver inte innebära en definitiv gränsdragning mot eller ett förnekande av andra metoders användningsbarhet i specifika behandlingsområden.

Att tänka på:

- Behandlingsarbete med nyanlända flyktingar kräver förståelse för patienters psykosociala svårigheter och flexibilitet i val av perspektiv och metod.
- Var uppmärksam på patienters resurser och förmågor.
- Förmedla att det är möjligt att förstå varandra trots skilda kulturella ramar, uttrycksätt och språkbarriärer.
- Att acceptera patientens bedömning av graden av hjälpbehov och i vilka avseenden hen önskar behandling är att respektera personens självbestämmande.
- Trots svårigheter är psykoterapi inte bara möjlig utan också meningsfull med en tolk.
- Förutsägbarhet, en viss trygghet i vardagen gällande de grundläggande biologiska och sociala behoven, är en förutsättning för att kunna känna sig tillräckligt stabil för att ta tag i problem på en djupare nivå.

Referenser

- Bragesjö, M. (2014). Prolonged exposure -en effektiv metod vid PTSD och samsjuklighet. *PsykologTidningen: nr.9: 26-29.*
- Bäärnhielm, S. (2014). *Transkulturell psykiatri*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Cabrejas, M. (2011). *Bilingualism i psykoterapi- ett patientperspektiv*. Psykoterapeutprogrammet, examensarbete: Göteborgs universitet, Psykologiska institutionen.
- Erickson, M. H., Rossi, E. L. & Rossi, S. I. (1976). *Hypnotics Realities*. New York: Irvington.
- Gerge, A. (2010). Trauma: Psykoterapi vid posttraumatisk och dissociativ problematik. Ludvika: Dualis.
- Gerge, A., Ranch, M. & Rudstam, G. (2010). *Kreativt gestaltande psykoterapi*. Stockholm: Insidan förlag.
- Gyllenswärd, G. (2015). *En bro till framtiden: om förlust, sorg och bearbetning*. Stockholm: Libris.
- Jeffries, F. W. & Davis, P. (2013). What is the role of eye movements in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for post-traumatic stress disorder (PTSD)? A review. *Behav Cogn Psychother*, 41(3): 290-300. doi: 10.1017/S1352465812000793.

- Johansson Metso, F. & Duberg, K. (2016). *Kan neurofeedback minska PTSD-symtom hos svårt traumatiserade flyktingar?* Pilotstudie vid: Röda Korsets Center för torterade flyktingar, Stockholm.
- Lee, C. & Cuijpers, P. (2013). A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 44(2): 231–239. doi: 10.1016/j.jbtep.2012.11.001.
- Lewis-Herman, J. (1992). *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books. I svensk översättning (2007). *Trauma och tillfrisknande*. Göteborgs PsykoterapiInstitut.
- Moe, S. (2016). *Psykoeducation vid PTSD*. *Tidskriften Psykoterapi*: nr. 1: 35–37.
- O'Connor, B. (2016). *Du kunde ha varit jag: berättelser och ögonblicksbilder från samtal med traumatiserade flyktingar*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Pålsson, J. (1995). Gruppbehandling av traumatiserade flyktingar. I A. Hjern (red.) *Diagnostik och behandling av traumatiserade flyktingar*, s. 210–218. Lund: Studentlitteratur.
- Rathod, S. et al. (2015). *Cultural Adaptation of CBT for Serious Mental Illness – A Guide for Training and Practice*. MA: John Wiley & Sons, Ltd.
- Sato, R. (1995). Bilder som förföljer, bilder som befriar: psykoimaginativ terapi med traumatiserade flyktingar. I A. Hjern (red.) *Diagnostik och behandling av traumatiserade flyktingar*, s. 189–209. Lund: Studentlitteratur.
- Schauer, M., Neuner, F. & Elbert T. (2011). *Narrative Exposure Therapy: A short Term Treatment For Traumatic Stress Disorders* (2nd edition). Cambridge, MA: Hogrefe Publishing.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2nd Ed.) New York: The Guilford Press.
- Shapiro, F. & Maxfield, L. (2002). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): information processing in the treatment of trauma. *J Clin Psychol*, 58(8): 933–946. doi: 10.1002/jclp.10068.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: The Guilford Press.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2016). *Positiv hälsoutveckling för asylsökande och nyanlända*. Slutrapport förstudie, 2016.

17. Suicidalitet

MARIA SUNDVALL

Att bedöma suicidalitet är alltid en känslig och svår uppgift som fordrar att klinikern lyckas skapa ett förtroendefullt möte för att kunna göra en omsorgsfull klinisk värdering (Salander Renberg et al., 2013). När vi möter och ska bedöma personer som har en migrationsbakgrund eller där kliniker och patient har skilda kulturella bakgrunder kan uppgiften te sig ännu svårare.

Om patienten har språksvårigheter eller okunskap om och bristande tilltro till vården kan det bli ett hinder för att samtala om suicidtankar och suicidplaner. Stigma och religiösa tabun kring psykisk sjukdom i allmänhet och suicid i synnerhet kan göra det svårt att söka hjälp och att vara öppen om sina suicidtankar i vårdmötet.

Bedömning av asylsökande

Att möta asylsökande med suicidalt beteende är att möta personer som befinner sig i en särskilt utsatt situation. Asylsökande har ofta erfarenheter och omständigheter som är kända riskfaktorer för suicid, som ensamhet och separation från viktiga personer i nätverket och tidigare trauman, särskilt tortyr. Därtill kommer att själva asylprocessen är en stressor som kan leda till suicidalt beteende (Goosen et al., 2011; Staehr & Munk-Andersen, 2006).

Det finns studier som tyder på att asylsökande har en högre risk för suicid och suicidförsök än befolkningen i allmänhet, men det finns variationer med hänsyn till ursprungsregion och kön (Goosen et al., 2011; Staehr & Munk-Andersen, 2006). Asylsökandes psykiska hälsa har i flera studier visat sig påverkas negativt av förhållanden efter migration, som lång asyltid, oro för familjen i hemlandet,

tillfälliga uppehållstillstånd och förvarstagning (Laban, Gernaat, Komproe, van der Tweel & De Jong, 2005; Steel et al., 2006).

Det juridiska sammanhanget påverkar också behandlarna i psykiatri, som kan ha svårt att frigöra sig från känslan av att suicidförsöket endast är relaterat till asylsituationen och som dessutom känner sig pressade av patientens begäran om intyg till Migrationsverket. Det finns då en risk att behandlarna uppfattar suicidförsöket som ”mindre allvarligt”.

Till detta bidrar föreställningen, som länge dominerat inom psykiatri, att självmord så gott som alltid är en följd av psykisk sjukdom, vanligen depression. En vanlig siffra som angivits är att 90 procent av alla suicid är relaterade till psykisk sjukdom, men på senare tid har det kommit studier som visat lägre siffror i till exempel kinesiska och indiska populationer (Mann, 2002; Phillips et al., 2002; Radhakrishnan & Andrade, 2012). WHO betonar i sin senaste rapport *Preventing suicide* (2014) att suicid överallt i världen kan vara en handling relaterad till ”djup olycklighet” utan samband med psykisk sjukdom.

Riktlinjer och verktyg för förbättrad bedömning

För att kunna möta dessa svårigheter i bedömningen kan klinikern ha nytta av nyare internationella riktlinjer för suicidprevention, vilka betonar vikten av att åstadkomma ett mer jämlikt bemötande. Enligt den så kallade Aeschigruppens riktlinjer är klinikerns uppgift att tillsammans med patienten nå fram till en gemensam förståelse för patientens suicidalitet. Intervjun ska utgå från patientens egen berättelse och målet ska vara att engagera patienten i en terapeutisk relation (Beskow & Nyberg, 2016).

Kulturformuleringsintervjun i DSM-5 kan vara ett annat hjälpmedel. De öppna frågorna i intervjun och i tilläggsmodulerna syftar just till att nå fram till patientens egen berättelse. I riktlinjer för användning av intervjun betonas att frågor om religion, andlighet och moraliska faktorer – som sällan förekommer i vanliga kliniska intervjuer – är särskilt viktiga i bedömningen av suicidalitet, eftersom religion kan spela en roll för den enskildes ställningstagande till självmord (American Psychiatric Association, 2016).

Svenska Psykiatriska Föreningens riktlinjer betonar vikten av en noggrann uppföljning efter suicidförsök (Salander Renberg et

al., 2013). Bursztein Lipsicas med flera (2014) visade att invandrare från icke-europeiska länder mer sällan fick uppföljning efter suicidförsök och att de fick uppföljning på en psykiatriskt mindre specialiserad nivå jämfört med den inhemska befolkningen. En svensk studie av asylsökande som vårdats i psykiatrisk akutvård efter självmordsförsök visade att de, jämfört med en kontrollgrupp med svenskt personnummer, fick uppföljning på psykiatriskt mindre specialiserad nivå, trots att de hade riskfaktorer, sjukhistoria och symtombilder som var likvärdiga – eller svårare, i de asylsökande kvinnornas fall (Sundvall, Tidemalm, Titelman, Runeson & Bäårnhjelm, 2015). Att säkerställa uppföljningen är av avgörande vikt för att garantera jämlik vård.

Det är viktigt att vården gör ansträngningar för att nå jämlik vård av personer med suicidal problematik. Det handlar om att vårdpersonal får uppdaterad information om rätten till vård för olika migrantgrupper, att tolktillgången säkras, men också om att utbildning ges i att utforska patientens egen berättelse, inklusive kulturella och sociala faktorer.

Samverkan mellan olika vårdinstanser och mellan vården och andra myndigheter, som till exempel socialtjänsten, framhålls som särskilt viktig när det gäller personer med suicidal problematik. Anhöriga ska också erbjudas delaktighet och stöd (Salander Renberg m.fl.). För asylsökande som ofta har många myndighetskontakter utan kontinuitet är det en utmanande uppgift. Ensamkommande ungdomar som saknar dagligt stöd av sitt ursprungliga sociala nätverk är särskilt utsatta. De möter många myndighetspersoner – gode män, boendepersonal, lärare – som inte har vårdutbildning, men som konfronteras med uttryck för svårt psykiskt lidande. Detta har inte minst aktualiserats i beskrivningar av den så kallade ”avslagskrisen” – den psykiska försämring som ses hos asylsökande som efter ofta lång tids ovisshet i asylprocessen får negativa besked. Psykiatrin bör erbjuda lättillgängliga bedömningar samt möjlighet till rådfrågning och konsultation för de myndighetspersoner som är närmast de asylsökande.

FAKTARUTA 5. EXEMPEL PÅ OLIKA UTTRYCK FÖR SUICIDALITET

"Jag önskar att jag kunde somna och inte vakna upp."

Det är ett exempel på hur en person från Syrien skulle kunna uttrycka självmordstankar. Stigma och rädsla för social utstötning och för juridiska konsekvenser kan göra att hen inte tar upp självmord direkt. Hen kan också uttrycka en önskan att Gud ska ta hens liv.

Kliniker får rådet att först bygga upp en förtroendefull relation och närma sig ämnet med öppnare frågor:

"Önskar du ibland att Gud skulle låta dig dö? I sådana situationer har det ibland hänt att människor tänker på att ta sitt eget liv – har det hänt dig?"

(Baserat på Hassan et al., 2015.)

FAKTARUTA 6. SUICIDAL I VÄRLDEN OCH I MIGRATION

Suicidal i världen skiljer sig kraftigt mellan länder. Det kan förklaras med sociala och kulturella omständigheter, men det är också viktigt att komma ihåg att graden av stigma kring suicid varierar och att statistiken av det skälet kan bli otillförlitlig.

Forskningen tyder på att den som migrerar tar med sig suicidrisken från hemlandet (Westman, Sundquist, Johansson, Johansson & Sundquist, 2006; Ratkowska & De Leo, 2013). I en europeisk studie ökade risken för suicidförsök under migrationen, så att de flesta migrantgrupperna hade högre risk för suicidförsök än såväl hemlandets som värdlandets befolkning (Bursztein Lipsicas et al., 2012). Kvinnor i vissa invandrargrupper och etniska minoriteter har ökad risk för suicid och för suicidförsök (Bhugra et al., 2011; Bursztein Lipsicas et al., 2013). I Sverige visade en studie tre gånger förhöjd risk för självmordsförsök för unga kvinnor som invandrat från utomeuropeiska länder (Kosidou et al., 2012).

Den ökade risken för suicid och suicidförsök relaterat till migration förklaras ofta med den stress som migrationen innebär inklusive förluster av nätverk, diskriminering, alienation och marginalisering i det nya samhället. Våld i hemmet och sexuella övergrepp har framkommit som riskfaktorer för kvinnor med migrationsbakgrund eller från etniska minoriteter. Det är välkända riskfaktorer i alla kulturer, men kanske blir de särskilt pålägsamma för invandrarkvinnor som inte vågar berätta om eller anmäla om övergreppen av rädsla för att bli utvisade (van Bergen & Heredia Montesinos, 2015).

Att tänka på:

- Kom ihåg att bedömning av suicidalitet visserligen förutsätter god psykiatrisk diagnostik, men inte kan reduceras till det. Människor kan välja att ta sitt liv i en krissituation utan samband med psykisk sjukdom.
- Asylsökandes suicidalitet ska således inte underskattas med hänvisning till asylsituationen.
- Sträva efter en öppen reflektion i personalgruppen och säkra att det finns handledning för att hantera svåra situationer.
- Säkra att organisationen ger mandat och tid för att skriva ordentliga intyg när patienten och/eller dennes ombud begär det – slarviga intyg kan göra skada.
- Se samtalet med den suicidnära patienten som ett tillfälle att utveckla en gemensam förståelse. Använd öppna frågor och be-
möda dig om att inta en icke-värderande och stödjande attityd. Eftersträva att nå patientens egen berättelse och ifrågasätt dina egna föreställningar om vem som kan tänkas begå självmord. Aeschigruppens riktlinjer och kulturformuleringsintervjun i DSM-5 kan vara vägledande i samtalet.

Webbplatser med material om suicid och suicidprevention

Folkhälsomyndigheten har en hemsida om suicidprevention: www.folkhalsomyndigheten.se/suicidprevention

NASP, Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa, samlar suicidstatistik, bedriver forskning och ordnar utbildningar kring suicid: www.ki.se/nasp

Föreningen Mind ger utbildningar om psykisk ohälsa och bedriver den så kallade Självmordslinjen, där personer med självmordstankar kan ringa, chatta eller maila med Minds volontärer:
www.mind.se

Internationella forskare och kliniker i den så kallade Aeschi-arbetsgruppen har utarbetat riktlinjer för kliniker om mötet med den suicidala patienten: www.aeschiconference.unibe.ch

Referenser

- American Psychiatric Association (2016). *DSM-5 handbook on the cultural formulation interview*. (1:a upplagan.), s. 93. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Beskow, J. & Nyberg, U. (2016). *Läkartidningen*, 113, DW6H.
- Bhugra, D., Gupta, S., Bhui, K., Craig, T., Dogra, N., Ingleby, J. D., Tribe, R. (2011). WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psychiatry*, 10(1): 2-10.
- Bursztejn Lipsicas, C., Mäkinen, I. H., Apter, A., De Leo, D., Kerkhof, A., Lönnqvist, J., Wasserman, D. (2012). Attempted suicide among immigrants in European countries: an international perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(2): 241-51. doi: 10.1007/s00127-010-0336-6.
- Bursztejn Lipsicas, C., Mäkinen, I. H., Wasserman, D., Apter, A., Kerkhof, A., Michel, K., Schmidtke, A. (2013). Gender distribution of suicide attempts among immigrant groups in European countries – an international perspective. *European journal of public health*, 23(2): 279-84. doi: 10.1093/eurpub/ckso29.
- Bursztejn Lipsicas, C., Mäkinen, I. H., Wasserman, D., Apter, A., Bobes, J., Kerkhof, A., Schmidtke, A. (2014). Immigration and recommended care after a suicide attempt in Europe: equity or bias? *European journal of public health*, 24(1): 63-5. doi: 10.1093/eurpub/ckto90.
- Goosen, S., Kunst, A. E., Stronks, K., van Oostrum, I. E., Uitenbroek, D. G. & Kerkhof, A. J. (2011). Suicide death and hospital-treated suicidal behaviour in asylum seekers in the Netherlands: a national registry-based study. *BMC Public Health*, 11: 484.
- Hassan, G., Kirmayer, L. J., Mekki-Berrada A., Quosh, C., el Chammay, R., Deville-Stoetzel, J. B., Ventevogel, P. (2015). Culture, Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians: A Review for Mental Health and Psychosocial Support staff working with Syrians Affected by Armed Conflict. Genève: UNHCR.
- Kosidou, K., Hellner-Gumpert, C., Fredlund, P., Dalman, C., Hallqvist, J., Isacsson, G. & Magnusson, C. (2012). Immigration, transition into adult life and social adversity in relation to psychological distress and suicide attempts among young adults. *PLoS One*, 7(10): e46284. doi: 10.1371/journal.pone.0046284.
- Laban, C. J., Gernaat, H. B., Komproe, I. H., van der Tweel, I. & De Jong, J. T. (2005). Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Journal of nervous and mental disease*, 193(12): 825-32.
- Mann, J. J. (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide. *Annals of internal medicine* 136(4): 302-11.
- Phillips, M. R., Yang, G., Zhang, Y., Wang, L., Ji, H. & Zhou, M. (2002). Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet*, 360(9347): 1728-36.

- Radhakrishnan, R. & Andrade, C. (2012). Suicide: an Indian perspective. *Indian Journal of Psychiatry* 54: 304-319.
- Ratkowska, K. A. & De Leo, D. (2013). Suicide in immigrants: An overview. *Open journal of medical psychology*, 2: 124-33.
- Salander Renberg, E., Sunnquist, C., Westrin, Å., Waern, M., Jokinen, J. & Runeson, B. (2013). *Suicidnära. patienter – kliniska riktlinjer för utredning och vård*, s. 12-13, 44 ff, 50, 61. Stockholm: Svenska Psykiatriska Föreningen och Gothia Fortbildning.
- Staehr, M. & Munk-Andersen, E. (2006). Selvmord og selvmordsadfærd blandt asylansøgere i Danmark i perioden 2001-2003. En retrospektiv undersøgelse. *Ugeskrift Laeger*, 168(17): 1650-1653.
- Steel, Z., Silove, D., Brooks, R., Momartin, S., Alzuhairi, B. & Susljik, I. (2006). Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *British Journal of Psychiatry*, 188(1): 58-64. doi: 10.1192/bjp.bp.104.007864
- Sundvall, M., Tidemalm, D. H., Titelman, D. E., Runeson, B. & Bäärnhielm, S. (2015). Assessment and treatment of asylum seekers after a suicide attempt: a comparative study of people registered at mental health services in a Swedish location. *BMC Psychiatry* 15: 235. doi: 10.1186/s12888-015-0613-8.
- Van Bergen, D. D. & Heredia Montesinos, A. (2015). Female immigrants and suicidal behavior: the role of gender-related stressors. I van Bergen, Heredia Montesinos & Schouler-Ocak (red.). *Suicidal behavior of immigrants and ethnic minorities in Europe*. Göttingen: Hogrefe.
- Westman, J., Sundquist, J., Johansson, L. M., Johansson, S. E. & Sundquist, K. (2006). Country of birth and suicide: a follow-up study of a national cohort in Sweden. *Archives of suicide research*, 10(3): 239-48.
- World Health Organization (2014). *Preventing suicide. A global imperative*, s. 53. Hämtad från hemsida http://apps.who.int/iris/bitstream/am/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1. Genève: World Health Organization.

18. Hedersrelaterat våld och förtryck

INGVAR KARLSSON

Hedersnormer och hedersrelaterat förtryck och våld är ofta strakt kopplade till kontroll av kvinnors sexualitet. Familjens och släktens heder anses hänga samman med hur kvinnorna och flickorna beter sig. Även pojkar, män och HBTQ-personer utsätts för hedersrelaterat våld och förtryck. Kontroll, förtryck och våld utövas av föräldrar, bröder och släktingar, men även av andra som tillhör gruppen. Den som drabbas av hedersrelaterad kontroll eller hedersrelaterat våld eller förtryck reagerar många gånger med stressymptom och psykisk ohälsa.

Bakgrund till hederstraditioner

Hur samhällen är uppbyggda varierar och många är organiserade på ett annat sätt än det svenska. I en del samhällen är grupp-tillhörigheter som klan, släkt och familj centrala. I vissa länder, där statens roll av att skydda medborgarna har havererat, som till exempel Somalia, Jemen och Libyen, är det främst klanen som styr men som också ger de enskilda människorna skydd.

Klanen definierar vad som är tillåtet och förbjudet. Att bryta mot dess normer leder till negativa reaktioner. Heder och skam har stor betydelse för den enskilda människans handlande. Dessa normer finns mer eller mindre uttalade också i släktens och familjers värderingar.

I klansamhällen har den enskilde begränsade individuella friheter, det är guppens värderingar som i hög utsträckning styr indivi-

den. Individens förväntas följa de gemensamma värderingarna och detta kan starkt påverka individens handlingar. En annan viktig aspekt är den patriarkala familjestrukturen. Mannen är överhuvud och kvinnan underordnad. Söner har en högre ställning än döttrar. Äldste sonen förväntas ta över familjeansvaret om fadern faller ifrån. Det finns också en stor respekt för de äldre som de yngre förväntas leva upp till.

Den hederskultur som finns i Sverige kommer huvudsakligen genom migration från länder i Mellanöstern och Nordafrika. I hedersstraditioner finns starka patriarkala strukturer och kvinnor har ofta inte samma rättigheter som män. Våld mot kvinnor är vanligt förekommande. Liknande problematik, med socialt accepterat våld mot kvinnor, finns också i länder i södra Asien, där det finns både starka patriarkala strukturer och utbrett våld mot kvinnor inklusive kvinnomisshandel, sexuellt våld och hedersrelaterade mord (Niaz, 2003). Där finns länder med nationella lagar som tillåter kvinnodiskriminering och traditioner uppmuntrar att våld inte rapporteras.

I klansamhällen styrs förhållandet till kvinnor i stor utsträckning av hedersbegreppet. Motsatsen till heder är skam. När en person drar på sig skam påverkas inte bara individen eller familjen utan även släkt och klan. De negativa reaktionerna gentemot avvikelser från det förväntade beteendet är mycket starka och kan tvinga individer att agera som klanen förväntar för "hederns skull".

Kontroll över kvinnans sexualitet är en grundläggande del av hedersproblematiken. Kvinnan måste kunna bevisa att hon är oskuld vid giftermålet. Detta medför att kvinnan kontrolleras från tidig ålder så att inte minsta misstanke ska finnas att hon gjort något som inte kan accepteras. Kvinnan isoleras från andra män än familjens – hon får inte träffa andra män. I vissa områden, framför allt i Afrikas horn, utförs kvinnlig omskärelse som ett sätt att kontrollera att kvinnan inte haft sexuellt umgänge innan bröllopsnatten. Barnåktenskap och annat tvångsgifte kan ibland vara ett sätt att säkerställa familjens heder genom att på detta sätt se till att sexualiteten bara äger rum inom ett åktenskap. Om en kvinna bryter mot familjens heder kan det krävas att hon straffas, i värsta fall med döden. Detta blir då en handling som planeras och där familjen deltar. Söner, men även mödrar, förväntas delta i bestraffningen av sin dotter eller syster.

Männen har större frihet än kvinnorna, men blir bundna av att tvingas utföra hedersrelaterade handlingar. De förväntas delta i de

handlingar som krävs för att familjens heder ska återställas. Söner tvingas att vakta på sina systrar och meddela om de gör något otillåtet. Om så är nödvändigt måste de delta i bestraffningar. Om inte riskeras familjens och klanens heder.

Många gånger används patriarkala tolkningar av islam som argument för hedersrelaterade handlingar. Vissa fundamentalistiska muslimska riktningar hävdar att hedersbegrepp har en religiös grund. Detta har medfört att hedersproblematik har associerats med muslimsk tro. Det är dock viktigt att påpeka att hedersrelaterade traditioner och handlingar också finns inom vissa kristna grupperingar, bland annat i Mellanöstern och Nordafrika. Hedersbegreppet är i första hand inte religiöst utan bör ses som en del av kulturella historiska traditioner, men som en del försöker rättfärdiggöra genom att hänvisa till tolkningar av religionen.

Liknande hedersrelaterade tankegångar har historiskt funnits i Sverige. I 1734 års lag bestraffades "horsbrott" med böter eller fängelse, eventuellt med spöstraff. Om en gift man begick "horsbrott" med en gift kvinna straffades båda med döden. I Sverige har således staten stått för straff av "hedersbrott".

De kulturella traditioner och normer som personer för med sig till Sverige från områden med en hederskultur förändras inte automatiskt när en person kommer hit. Åsikterna förändras inte av själva flytten utan i kontakt med och dialog kring det nya samhällets normer och värderingar. I denna ackulturationsprocess kan förändringar av normer och värderingar ske. I vilken grad och hur detta sker är beroende av den kultur och de åsikter den enskilde haft i hemlandet, integration i det svenska samhällets värderingar och den kontakt som finns med det omgivande samhället. Faktorer som språkinläring och sociala kontakter med samhället utanför den egna familjen är betydelsefulla för hur ackulturationsprocessen utvecklas (se kapitlet 10 "Migration, kultur, integration och psykisk hälsa") En del av dem som migrerar kan hålla kvar åsikter om familjens heder på samma sätt som de skulle gjort i hemlandet. Ibland kan värderingar till och med konserveras mer än bland dem som lever kvar i sitt forna hemland. Fasthållande vid gamla värderingar sker framför allt i segregerade och marginaliserade miljöer och har bidragit till att det finns problem med hederstänkande i Sverige.

I en familj kan finnas olika grader av integration. Ofta håller de

äldre kvar åsikter från hemlandet medan ungdomar har större förståelse för nya normer, värderingar och tankesätt. Ungdomarna kan leva i en svensk kulturmiljö med kamrater, skola och arbete, men tvingas tänka om i hemmiljön. Skolmiljö och kamratkontakter kan skapa andra förutsättningar för ungdomar än för deras föräldrar att ta till sig normer, värderingar, livsstil och möjligheter i det nya samhället. För kvinnor kan klädsel vara en markör för traditioner och tillhörighet. Familjer kan ställa krav på kvinnor och flickor att ha vissa kläder och att bära slöja. Det har kommit allt fler beskrivningar från segregerade förortsområden av hur klädnormer numera inte bara betraktas som en angelägenhet för familjen utan även för det omgivande samhället. Kvinnor med exempelvis för korta kjolar riskerar tillsägelser och delar av det offentliga rummet görs till manliga utrymmen. Detta sker genom tillsägelser och trakasserier av kvinnor som anses tillhöra gruppen. Hedersnormer gör även att framför allt kvinnors personliga frihet begränsas i val av umgänge. De kan begränsa möjligheten att välja äktenskapspartner, vilket kan ske genom motstånd inom familjen och risk för tvångsgifte.

HBTQ-problematik och hederskonflikter

Ungdomar som är öppet homosexuella kan utgöra ett mycket allvarligt hot mot familjens heder. De flesta som inte är heterosexuella väljer att leva dolt, smyger med sin relation och lever ett dubbelliv för att undvika repressalier från familjen och fördömanden och uteslutning från omgivningen.

Som homosexuell, bisexuell, trans- eller queerperson har man genom att inte leva enligt heteronormen brutit mot hederskodexen som finns i många familjer och grupper och därmed påfört skam på gruppen. Därför kan man som HBTQ-person utsättas för familjens och gruppens bestraffningar för sin sexualitet eller köns-tillhörighet.

Unga hbtq-personer som utsätts för hedersförtryck har svårare att få hjälp än heterosexuella ungdomar. Det visar en rapport från RFSL:s ungdomsförbund, som menar att det behövs kompetens i dessa frågor hos dem som arbetar med utsatta ungdomarna.

Psykisk påverkan av hedersförtryck och våld

Den som är utsatt för hedersproblematik blir berövad sin personliga frihet och tvingas underordna sig familjens, släktens och klans syn på hur man bör leva. Konsekvenser för den som bryter mot detta kan bli skam, uteslutning, fysiskt och psykiskt våld och i värsta fall döden. Att inte följa familjens normer leder till skuld känslor – något som används medvetet för att tvinga människor att följa familjens önskningsar.

Hedersrelaterat våld och förtryck skapar problem för den drabbade att bo kvar i familjen. Men att lämna familjen skapar också svårigheter. För den som kan fly familjen blir konsekvenserna ofta en total brytning och en isolering – en konsekvens som är mycket stor i en relationsbaserad kultur. Ibland behövs en skyddad identitet, men till priset av en ständig rädsla att bli upptäckt. Skyddad identitet kan ske på tre olika sätt:

- Personuppgifter skyddas genom att en markering för särskild sekretessprövning (sekretessmarkering) förs in i folkbokförings-systemet.
- Man kan även få bli ”kvarskrivna” på den gamla orten vid en flytt. Som adress i registret anges i sådana fall adressen till Skattekontoret på den gamla orten. Den faktiska adressen förvaras manuellt på Skatteverket.
- Det finns också möjlighet att i vissa fall skapa ”en ny identitet”.

Hedersrelaterat förtryck och våld kan leda till olika former av stressreaktioner och psykisk ohälsa. Många drabbade reagerar med främst oro och ångest, men följden kan även bli depressivitet. Vid våldshandlingar skapar trauman risk för utveckling av posttraumatiskt stressyndrom. Ibland behövs en skyddad identitet, vilket kan skapa ett nytt trauma i det att man måste lämna familjen helt. Denna isolering kan vara mycket plågsam och det förstärks i relationsbaserade kulturer.

Att stödja personer med hedersrelaterade problem fordrar en uppmärksamhet på den sociala situationen och en lyhördhet för att problematiken kan kommuniceras med olika, ibland diffusa, såväl somatiska som psykiatriska symtom. Sekretessbehovet är mycket stort. Det är viktigt att känna sig trygg och säker i kontakten. Alizadeh, Hylander m.fl. (2010) beskriver att det finns behov av en platt-

form där hemligheterna kan yppas på ett säkert sätt, att ångestnivån bedöms och att vara medveten om att för den som berättar hemligheter kan finnas en risk för obehagliga konsekvenser. Konflikterna är ofta svårlösta. Det kan vara svårt att hjälpa ungdomar och skydda dem från våld, när man är förhindrad att kontakta familjen (Alizadeh, Tornkvist et al., 2011).

Stöd till personer som drabbats av psykisk ohälsa på grund av hedersrelaterat förtryck och våld underlättas av samarbete mellan olika lokala myndigheter som sjukvård, socialtjänst, skola och polis. Upparbetade samarbetsfunktioner kan vara till hjälp för att kunna stödja och hjälpa enskilda personer.

Att tänka på:

- Hedersrelaterat våld och förtryck är en realitet för en del personer.
- Diffusa somatiska eller psykiatriska symtom kan vara signaler på en hedersrelaterad problematik.
- Var intresserad av patienters sociala situation och ställ vid behov frågor kring hedersrelaterad kontroll, förtryck, våld och hot.
- Upparbeta samarbete med andra lokala myndigheter kring hedersrelaterade frågor.

Resursenheter

Länsstyrelsen Östergötland har sedan 2005 haft ett nationellt uppdrag från regeringen att förebygga hedersrelaterat våld.

Origo är ett resurscentrum mot hedersrelaterat våld och förtryck i Stockholms län som bidrar med kunskap till dem som drabbats och till dem som arbetar med unga. Origo är ett samarbete mellan Stockholms läns landsting, de olika kommunerna i Stockholm och polisen. Origo är tillgängligt för rådgivning.

Länkar för mer information

- Origo: www.origostockholm.se.
- RFSL Rådgivningen Skåne arbetar med frågor kring hedersproblematik, särskilt för unga hbtq-personer: www.rfslskane.se.
- RFSU arbetar med sexualupplysning innefattar heder: www.rfsu.se.

- ROKS, Riksorganisationen för kvinnojourer i Sverige, ger stöd och skydd åt kvinnor och barn som utsatts för våld i nära relationer: www.roks.se.
- Somaya är en ideell förening som är specialiserad på att skydda och stärka personer som utsatts för hedersrelaterat våld och förtryck: www.somaya.se.
- Terrafem är en ideell organisation som arbetar för kvinnors och flickors rätt att leva utan mäns våld och dominans. De har en rikstäckande jourtelefon för kvinnor med utländsk härkomst: www.terrafem.org.
- TRIS, Tjers rätt i samhället, arbetar med hedersrelaterat våld och förtryck och har en särskild kunskap kring att möta ungdomar med en intellektuell funktionsnedsättning www.tris.se.
- Tjejjouren är ett stöd för unga tjejer och för hela tjejjoursrörelsen: www.tjejjouren.se.
- Varken hora eller kuvad vänder sig till unga kvinnor och tonårsflickor: www.varkenhoraellerkuvad.se
- Länsstyrelsen i Östergötland: www.hedersfortryck.se.

Referenser

- Alizadeh, V. & Hylander, I. et al. (2010). Counselling young immigrant women worried about problems related to the protection of 'family honour' – from the perspective of midwives and counsellors at youth health clinics. *Scand J Caring Sci* 24(1): 32–40.
- Alizadeh, V. & Tornkvist, L. et al. (2011). Counselling teenage girls on problems related to the 'protection of family honour' from the perspective of school nurses and counsellors. *Health Soc Care Community* 19(5): 476–84.
- Douki, S. & Nacef, F. et al. (2003). Violence against women in Arab and Islamic countries. *Arch Womens Ment Health* 6(3): 165–71.
- Niaz, U. (2003). Violence against women in South Asian countries. *Arch Womens Ment Health* 6(3): 173–84.

19. Ensamkommande barn som blir unga vuxna – ett perspektiv från BUP

KARIMA ASSEL OCH BJÖRN RAMEL

Inledning

Begreppet ensamkommande barn avser normalt personer under 18 år som sökt asyl i ett land utan föräldrar eller annan vårdnadshavare. I den anglosaxiska litteraturen förekommer olika termer för ensamkommande barn på flykt; *unaccompanied minors (UM)*, *unaccompanied refugee minors (URM)* och *unaccompanied (or separated) asylum-seeking children (UASC)*. URM-begreppet utgår från Genèvekonventionens definition av en flykting och avser vanligtvis barn som beviljats asyl, medan UASC hänvisar till en pågående asylprocess. I denna text används begreppet ensamkommande barn oavsett asylstatus och inkluderar även barn som lever i en papperslös situation eller som gömda. Litteraturen om ensamkommande barn rör främst barn under 18 år och mindre dem som hunnit bli myndiga.

Att barn söker skydd utan sina föräldrar i andra länder på grund av krig, förföljelse eller andra svåra omständigheter är ingen ny företeelse, men på senare år har det skett en ökning globalt. Enligt UNHCR sökte 75 000 ensamkommande barn asyl i 70 länder under 2016 (UNHCR, 2017). Siffrorna är dock osäkra. Vissa barn som flytt söker aldrig asyl och saknas därmed i statistiken. Sverige hör till de länder där flest ensamkommande barn sökt asyl och

även här har det skett en kraftig ökning: från cirka 350 till 35 000 barn år 2000 respektive 2015. Sedan ändringar i asyllagstiftningen 2016 har antalet asylsökningar från ensamkommande barn minskat markant. Pojkar från Afghanistan utgör den största gruppen av ensamkommande barn på flykt till Sverige sedan millennieskiftet, men många barn har också kommit från Syrien, Somalia, Eritrea och Irak. Flickor har varit i klar minoritet men andelen har ökat det senaste året.

Ensamkommande barn är ingen homogen grupp. Ålder, skolbakgrund, traumaexponering, eventuell kontakt med familj, var man befinner sig i asylprocess samt nätverk i Sverige är några faktorer av betydelse för barnets situation och förutsättningar.

Orsakerna till att ensamkommande barn kommer i kontakt med barnpsykiatri är många och olika, till exempel sömnsvårigheter, oro, nedstämdhet, självskadande och utmanande/utagerande beteende. Kris och suicidnära beteende, till exempel i samband med negativa besked i asylprocessen, är inte ovanligt och kan föranleda akuta bedömningar.

Barn på flykt med föräldrar eller annan vårdnadshavare beskrivs inte i denna text. En del erfarenheter talar dock för att det psykiatriska vårdbehovet hos dessa barn uppmärksammas mindre än ensamkommande barns. Detta understryker vikten av att vuxenpsykiatri är vaksam på situationen för barn till vuxna flyktingar som söker psykiatrisk hjälp.

Att söka asyl utan vårdnadshavare

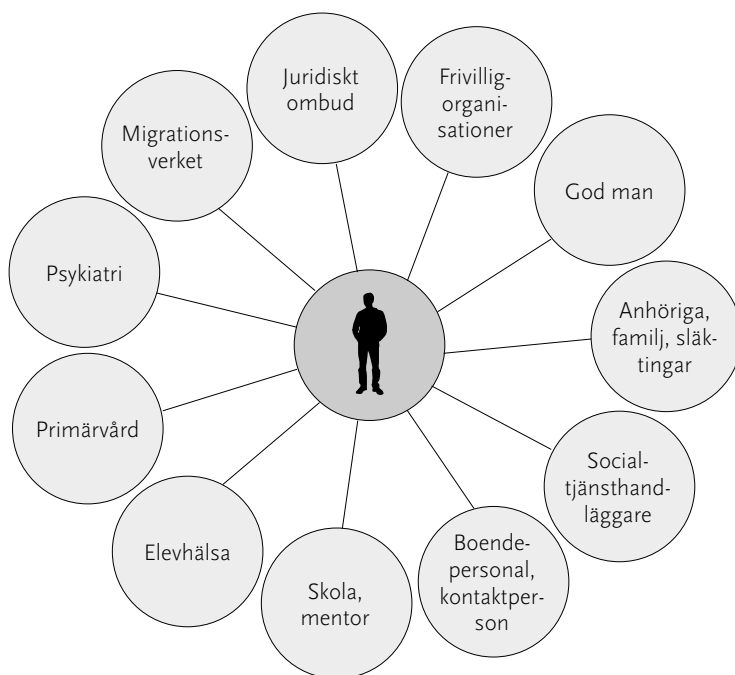
Runt ett asylsökande ensamkommande barn finns flera aktörer som agerar utifrån skiftande målsättningar och regelverk. Det leder emellanåt till en otydlig ansvarsfördelning och, ur barnets perspektiv, oklarhet och förvirring. Omflyttningar avseende boende är mer regel än undantag: tillfälligt transitboende vid ankomsten, nytt boende vid kommunplacering och ett tredje vid beviljat uppehållstillstånd. 18-årsdagen kan medföra flytt till ytterligare ett boende.

Upprepade omflyttningar med byte av boendepersonal, kamrater, lärare och kanske behandlingskontakter kan undergräva barnets känsla av sammanhang och trygghet. Ett annat problem är bristfällig information om hur asylprocessen går till och om barnets rättigheter (Barnombudsmannen, 2016).

Socialtjänsten har det övergripande ansvaret för att barnet får gynnsamma uppväxtförhållanden, utredning av lämplig placeringsform och för själva placeringen. Alla ensamkommande flyktingbarn ska tilldelas en god man som ska fungera som ”spindel i nätet” och företräda barnet i vårdnadshavares och förmyndares ställe. God man ska bland annat sköta kontakter med det juridiska ombudet, se till att barnet får en fungerande skolgång och säkerställa tillgång till sjukvård. God mans engagemang och delaktighet i vårdkontakter kan variera.

Asylsökande barn har rätt till hälso- och sjukvård på samma sätt som barn folkbokförda i Sverige. De har också rätt till utbildning, dock gäller inte skolplikt. Skolplats ska erbjudas inom en månad, men tyvärr får många vänta längre och bristen på sysselsättning försämrar ofta den psykiska hälsan. Rätten till utbildning gäller även om ett utvisningsbeslut fattats. För att kunna gå gymnasieskola behöver utbildningen ha påbörjats före 18-årsdagen, men det finns inget som hindrar kommunen från att erbjuda plats även efter 18 år.

Huvudaktörerna i ensamkommande barns nätverk presenteras i figur 6 nedan.



Figur 6. Aktörer i ensamkommande barns nätverk (figur skapad av Zara Bohlin).

Boendeformer

Det finns flera boendeformer med varierande omsorgsnivå. Familjehem är vanligen endast aktuellt för yngre barn då tillgången varit knapp. Äldre ensamkommande barn placeras framför allt på Hem för vård eller boende (HVB) eller på stödboenden. På HVB ska det finnas tillgång till personal dygnet runt de tider barnet vistas där. Stödboenden är en tredje boendeform med mindre stöd än HVB, riktad till barn och unga mellan 16–20 år.

I dagligt tal används ibland andra namn på boenden, ofta med koppling till var barnet befinner sig i asylprocessen. Ett HVB för barn som ännu inte blivit kommunplacerade kan kallas ”transit-boende” och boende för barn med permanent uppehållstillstånd ”PUT-boende”.

Papperslösa och gömda barn

En del ensamkommande barn på flykt stannar i Sverige efter avslag. Andra försvinner innan eller under asylprocessen. Oavsett så förlorar dessa barn mycket av samhällets stödjande nätverk och lever ofta under mycket utsatta omständigheter. En del hamnar på gatan i riskmiljöer med droger och olika former av exploatering (Leander, 2016). Det finns inga säkra siffror på hur många ensamkommande barn som utsätts för människohandel.

Barn som lever som papperslösa eller gömda har fram till 18-årsdagen rätt till vård enligt samma villkor som barn bosatta i Sverige. De har också rätt till skolgång. Rätt och möjlighet för gymnasieskola är densamma som för asylsökande barn.

18-årsdagen

18-årsdagen, det vill säga att fylla 18 år eller att bli uppskriven i ålder, innebär flera förändringar av livsvillkoren som kan medföra stark oro och försämra den psykiska hälsan. Möjligheterna att få asyl minskar och ett ordnat mottagande i ursprungslandet är inte längre en förutsättning för utvisning. Utsikten till återförening med föräldrar reduceras. Stödet från god man upphör i de allra flesta fall samtidigt som ungdomen många gånger omedelbart måste flytta från HVB till Migrationsverkets förläggningar för vuxna, där omsorgen är lägre än på HVB. Det kan dessutom innebära en flytt till en annan del av landet.

Tillgången till vård inskränks – men omfattar fortfarande betydligt vidare insatser än endast akut vård. För fördjupning, se vidare kapitel 20.

Epidemiologi

Ensamkommande barn på flykt är definitionsmässigt separerade från föräldrar eller annan vårdnadshavare. Jämfört med barn som kommer med familj och barn som inte är flyktingar har de upplevt fler traumatiska och svåra händelser (Bean et al., 2007) inklusive krigsupplevelser, anhörigs död, fysiska och sexuella övergrepp eller förlust av nära anhöriga/föräldrar. Asylprocessen är också en känd riskfaktor för psykiska problem (Fazel et al., 2012; Jakobsen et al., 2017). Utifrån detta är ensamkommande barn en sårbar grupp. Omvänt kan barn som flyr utan vårdnadshavare i någon mån vara selekterade utifrån resurser och motståndskraft: alla har inte samma förutsättningar att klara en strapatsrik och farofylld resa genom olika världsdelar. På den svenska arbetsmarknaden tycks ensamkommande också klara sig bättre än flyktingbarn med familj (Celikaksoy & Wadensjö, 2015).

Ett flertal studier, de flesta av tvärsnittskaraktär och baserade på självskattningar, indikerar en hög men varierande grad av psykisk ohälsa och beteendeproblematik. Studierna är gjorda i olika länder med skiftande juridiska asylregler och på olika populationer som vistats olika länge i landet, vilket försvårar jämförelser och generalisering. Andelen med PTSD-symtom hamnar ofta mellan 20 och 50 procent, medan siffrorna för depression och ångest är lite lägre (Unterhitzberger et al., 2015; Vervliet et al., 2013). I en färsk svensk studie var andelen asylsökande ensamkommande barn med misstänkt PTSD 76 procent (Salari et al., 2017).

En studie baserad på strukturerade kliniska intervjuer (CIDI, Composite International Diagnostic Interview) fann att 41,9 procent hade en psykiatrisk diagnos efter ankomst till Norge, främst PTSD (30,6 procent), följt av depression (9,4 procent), agorafobi (4,4 procent) och GAD (3,8 procent) (Jakobsen et al., 2014).

Utbredningen av komplex PTSD (se faktaruta 7) bland ensamkommande flyktingbarn är okänd. Klinisk erfarenhet, liksom det faktum att många är multipelt traumatiserade i unga år, talar för att det är vanligt.

I longitudinella undersökningar som följt barnen uppemot två år såg man en bestående psykisk ohälsa på gruppnivå (Bean et al., 2007; Vervliet et al., 2013; Jakobsen et al., 2017). Den samlade bördan av svåra händelser före ankomst, stressorer i ankomstlandet och omfattningen på stöd/omsorg i boendet är några faktorer som kan påverka förloppet.

Bemötande inom psykiatri

Då många ensamkommande barn och unga vuxna på flykt saknar tidigare erfarenheter av psykiatri och kanske inte själva initierat kontakten är det bra att förklara sammanhanget, bakgrunden till besöket och vad psykiatri kan erbjuda. Att beskriva psykiatris roll i förhållande till andra aktörer som socialtjänst, god man, boendet, vårdcentral och Migrationsverket – vem gör och hjälper till med vad – är ofta hjälpsamt, liksom att övergripande förklara sekretessen.

Bemötandet bör präglas av empati, nyfikenhet, trygghet och förståelse för livsvillkoren. Ensamkommande ungdomar berättar själva att de vill bli sedda som vilka tonåringar som helst (Hosseini, 2017).

Uteblivande och avhopp från behandling beskrivs emellanåt som ett vanligt problem bland ensamkommande i psykiatri. Det kan ha flera orsaker, däribland brister i bemötandet och otillräcklig kunskap hos personal om juridiska och sociala aspekter av att vara barn på flykt.

FAKTARUTA 7. NÅGRA TIPS TILL KLINIKERN:

Berätta vad du vet om bakgrunden till besöket när ni ses första gången. Gör klart att barnet avgör vad hen vill berätta och när, inte minst vad gäller traumatiska upplevelser. Många har blivit utfrågade om sin historia i andra sammanhang och kan reagera på en förhörslig utfrågning.

Använd om möjligt genomgående en och samma tolk som patienten känner förtroende för.

Oro eller rädsla hos barnet att uppfattas som ”tokig” på grund av starka känslor eller beteenden hen inte känner igen hos sig själv är inte ovanligt. Psykoedukation om vad trauma och svår stress kan medföra, det vill säga att normalisera, kan då vara lämpligt. Vikten av att validera upplevelser och känslor inför svåra upplevelser, in-

klusive påfrestningar relaterade till asyl- och migrationsprocessen, kan knappast överdrivas.

Känslor av skam och skuld kan begränsa barnets vilja att berätta om traumatiska händelser. Andra faktorer som kan göra patienten återhållsam är stigma kring psykisk sjukdom och att man är obekant med psykiatri samt erfarenheter av eller rädsla för diskriminering.

Vid dissociativ problematik och svårigheter med affektreglering är varsamhet kring trauma extra viktigt, eftersom ett oförsiktigt närmande kan trigga kraftiga reaktioner och minska patientens vilja att komma tillbaka. Frågor om sömn och mardrömmar kan vara ett lämpligt sätt att komma in på eventuella återupplevanden och traumaanamnes.

Många barn vill helst tala om problem de upplever här och nu, om asylprocessen, situationen på boendet, skola, god man, oro för familjen i hemlandet med mera. Att adressera dessa frågor stärker allians, följsamhet och möjligheten att genomföra psykoterapeutiska interventioner.

Bland personal och i samhället i stort förekommer ibland negativa attityder av olika slag mot ensamkommande barn som grupp, exempelvis att patienternas svårigheter egentligen inte är av psykiatrisk natur och att de överdriver eller manipulerar. Förutfattade meningar och grupptänkande som står i vägen för individuella bedömningar kan leda till diskriminering och felaktiga åtgärder. För att främja en professionell hållning och undvika splittring i personalgruppen kan reflekterande samtal i grupp vara hjälpsamt.

Diagnostik och bedömning

En utmaning i den diagnostiska processen är att det i regel saknas uppgifter från förälder om utvecklingsanamnes, anknytningsmönster och hereditet. Möjligheten att kontakta föräldrar eller vuxna närstående utomlands via telefon eller videosamtal ska dock inte förbises. Patientens beskrivning av symtom och funktionsnivå bör kompletteras med uppgifter från vuxna som finns runt patienten – kontaktperson på boendet, god man, socialtjänst, lärare med flera. Ett observandum är dock att dessa personer inte sällan förbiser eller underskattar svårigheter som barnen har (Bean et al., 2006).

Frågor om exposition för svåra händelser och trauma ska rutin-

mässigt göras under bedömningsfasen och kan behöva upprepas senare i förloppet när alliansen är bättre. Har symtomen uppstått eller förvärrats efter den eller de svåra händelserna?

Utöver PTSD är depression och ångeststörningar sannolikt de vanligaste psykiatriska tillstånden. Andra diagnoser kan självfallet förekomma, enskilt eller som samsjuklighet, däribland psykos, neuropsykiatriska tillstånd, personlighets- och beteendestörningar.

En mängd faktorer kan påverka hur symtomen uttrycks, som pågående stress, tonårsrelaterade identitetsfrågor, ålder, stigma, tankar kring vad som avgör asylprocessen och rädsla att information hamnar hos Migrationsverket.

Det finns forskning som talar för att psykiatrisk problematik är underdiagnosticerad hos barn och unga i minoritetsgrupper. En studie från barnpsykiatri i Nederländerna fann att barn och ungdomar med minst en utrikesfödd förälder i högre grad fick ospecifika problemformuleringar, och i lägre grad DSM-diagnoser, jämfört med barn vars bägge föräldrar var födda i landet. Författarna uttrycker en risk att behandlare ger svårigheter olika betydelse utifrån socioekonomiska faktorer eller etnicitet (de Haan et al., 2014).

Å andra sidan finns även en risk för överdiagnostik. Exposition för svår stress och trauma behöver till exempel inte ge besvär av sjukdomsvalör.

Livslinje är ett bra redskap för att få fram ett tydligare förlopp och duration för symtomen och deras relation till stress och traumaexposition. Bedömning av riskbeteende, suicidalitet och funktionsnivå ska göras. Kartläggning av styrkor och svagheter är ofta värdefullt. Vanligen krävs flera samtal för en diagnostisk bedömning.

Svårigheter i skolan, med sviktande koncentration och minnesfunktion som del av posttraumatisk eller aktuell stress och depression, är vanligt. Vid allvarigare problem med inlärning kan misstankar om intellektuell funktionsnedsättning och annan neuropsykiatrisk problematik uppstå. Utredning kan behövas för att kartlägga genesen. Tolkning av neurokognitiva testresultat ska dock göras med försiktighet, bland annat utifrån eventuella språksvårigheter, skolbakgrund och det faktum att vissa tester innehåller kulturbundna moment.

Saknas utvecklingsanamnes och det är vanskligt att avgöra om symtom är relaterade till underliggande störningar eller aktuella stressorer, till exempel ovisshet rörande asylansökan, krävs också för-

siktighet i diagnostiken. Samtidigt kan en alltför avvaktande hållning medföra att rätt insatser uteblir. Ibland är bästa sättet att hantera svårlösta frågor kring diagnostik att ompröva bedömningen över tid.

Posttraumatiskt stressyndrom

Karaktäristiska symtom vid PTSD är återupplevande och undvikande, men symtombilden kan skifta mycket och överlappa andra psykiatriska tillstånd. Symtomen är också relaterade till ålder och utvecklingsnivå. Bland annat kan återupplevanden vara mindre tydligt kopplade till traumahändelser hos yngre barn, samtidigt som minnesbilderna kan manifesteras sig i lek. DSM-5 har modifierat diagnoskriterierna för PTSD för barn sex år eller yngre. För äldre barn och ungdomar liknar PTSD-symtomen mer dem som ses hos vuxna.

Funktionsnedsättning och lidande vid posttraumatiska tillstånd hos barn kan variera över tid och är inte alltid tydligt diagnosrelaterat. Patienter med så kallad subklinisk PTSD (i litteraturen används ibland begreppet PTSS medan DSM-5 placerar dessa patienter i diagnosen anpassningsstörning) har till exempel inte nödvändigtvis högre funktion än de som uppfyller samtliga diagnoskriterier (Carrion et al., 2002). Eftersom forskning också visar att subklinisk PTSD profiterar av sedvanlig PTSD-behandling är det viktigt att dessa fall upptäcks.

Komorbiditet är vanligt. Inte minst förekommer depression parallellt, vanligtvis sekundärt till PTSD. Separationsångest och trots är vanligt hos de yngre barnen.

Dissociativa störningar kan vara svåra att upptäcka och kräver som regel specifika frågor. De bör täcka depersonalisations- och derealisationsupplevelser, men frågeformulär som i mer detalj kartlägger olika dissociationsuttryck kan vara bra att använda eller utgå ifrån (se avsnitt om formulär nedan).

Eftersom många ensamkommande barn på flykt upplevt multipla interpersonella trauman och svåra händelser, ibland krig och förföljelse, är det som kallas komplex PTSD (se faktaruta 8) inte ovanligt. Graden av komplexitet påverkar behandling, förlopp och prognos.

FAKTARUTA 8. KOMPLEX PTSD

Komplex PTSD är inte en etablerad diagnos, varken i DSM-5 eller ICD-10. Den förväntas bli det i ICD-11, samtidigt som DSM-5 adderat kriterier i PTSD-diagnosen som anses spegla vissa komplexa posttraumatiska manifestationer. Med reservation för den osäkerhet som råder kan komplex PTSD beskrivas som ett tillstånd med PTSD, inklusive svårigheter med relationer, affektreglering, identitet och beteende. Dissociativa symtom är vanligt liksom psykiatrisk samsjuklighet. I typiska fall har individer med komplex PTSD utsatts för utdragna, upprepade eller multipla typer av interpersonella trauman under uppväxten, det vill säga komplex traumatisering. Fångenskap/krigsupplevelser och otryggt anknytningsmönster nämns också som riskfaktorer.

Formulär och intervjuer för kartläggning av trauma, diagnostisk och behandlingsuppföljning

LYLES (Linköping Youth Lifetime Event Scale) och *Traumahändelser 23* är två av flera tänkbara instrument för systematisk kartläggning av traumaanamnes inklusive krig och flykt. Den senare är en vidareutveckling av *LYLES*.

CRIES 8 och 13 (Children's Revised Impact of Event Scale) är validerade och väl beprövade screeningsverktyg avseende PTSD. De finns översatta till flera språk (se Child and war foundation, www.childandwar.org) och är användbara för att följa förloppet och utvärdera behandlingsresultat.

PCL-5 (PTSD Check List) är ett formulär som följer och graderar PTSD-symtomkriterierna enligt DSM-5 och den finns i en svensk översättning. *PCL-5* är inte anpassat till barn och ungdomar men kan användas som stöd i bedömningen av äldre ungdomar.

TSCC (Trauma Symptom Checklist for Children) ett brett självskattningsformulär som mäter symtom på posttraumatisk stress, ångest, depression, ilska, dissociation och sexuella bekymmer, men också självskadebeteende och suicidalitet, i åldern 10–17 år.

Barn och ungdomsversionen av *CAPS*, *CAPS-CA-5* (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5, Child/Adolescent version) betraktas som *gold standard* och finns ännu inte i svensk översättning. Vuxenversionen beskrivs närmare i PTSD-kapitlet (kapitel 8).

A-DES (Adolescent Dissociativ Experiences Scale) och *DIS-Q* (The Dissociation Questionnaire) är självskattningsformulär i syfte

att screena för dissociativa symtom. DIS-Q kan användas på barn 13 år eller äldre.

RHS- 15 (Refugee health screener) är ett screeningverktyg för psykisk ohälsa hos flyktingar och är för närvarande under utprovning i Sverige.

Livslinje kan användas för att ge patient och behandlare bättre överblick över patientens livshistoria – när svåra händelser inträffade och symtom debuterade.

Semistrukturerade och strukturerade kliniska intervjuer, till exempel *K-SADS* och *MINI KID*.

Funktionsnivå kan graderas med olika skalor, till exempel C-GAS, Childrens global assessment scale.

KFI (kulturformuleringsintervjun) syftar till en bättre förståelse för patientens sociala och kulturella referensramar som stöd i diagnosen. För fördjupning, se kapitel 4 ”Transkulturell psykiatrisk diagnostik”. Beroende på barnets ålder kan huvudintervjun vara för abstrakt. *Fördjupande KFI-modulen riktad till äldre skolbarn och ungdomar* undersöker kulturella aspekter på övergången till vuxenålder och skillnader i referensramar mellan hemmet, skolan, och jämnåriga, vilka kan tänkas ha betydelse för de besvär man söker för. Även känsla av tillhörighet/av att vara annorlunda och hur den kulturella identiteten förändras över tid utforskas. I ett appendix finns frågor till föräldrar. KFI- modulerna riktade till ”Informants” samt till ”Care Givers” kan vara användbara i samtal med anhöriga, god man, kontaktperson och andra i nätverket.

Sömn

Sömnsvårigheter och mardrömmar är vanligt bland ensamkommande flyktingbarn och karakteristiskt för posttraumatisk stress. Sömnproblem kan föregå och förvärra psykiatrisk sjuklighet samt påverka barns utveckling negativt (Kovachy et al., 2013). Även efter adekvat behandling av PTSD kan sömnsvårigheter kvarstå. Sömnrubbingar bör därför tas på stort allvar och vid behov utredas. Sömnhygieniska råd och avspänningsövningar är ofta hjälpsamt och lämpligt som steg ett. Vid underliggande psykisk sjuklighet kan psykoterapeutiska eller farmakologiska interventioner mot denna även avhjälpa sömnproblemen.

Mardrömmar kan behandlas med olika specifika terapiformer,

varav Imagery rehearsal therapy (IRT) är en som testats i flera studier på vuxna med PTSD och rekommenderas av American Academy of Sleep Medicine (Aurora et al., 2010). Om ovanstående inte hjälper kan sömnläkemedel övervägas – eller tidigare om sömnsvårigheterna är allvarliga.

Somatik

En somatisk undersökning bör göras under bedömningsfasen. Sambanden mellan svåra händelser och trauma i barndomen och somatisk ohälsa i vuxenlivet är väl belagda (Felitti et al., 1998). Få publicerade undersökningar belyser den fysiska hälsan hos ensamkommande barn på flykt (Marquardt et al., 2015). En del av barnen har upplevt tortyr, tortyrliknande behandling och fångenskap. Att upptäcka och dokumentera skadorna är centralt av flera skäl, däribland i asylprocessen. Andra somatiska besvär som förekommer är dålig tandstatus, infektioner (bland annat TB och hepatit), d-vitaminbrist, värk och särskilt huvudvärk samt traumarelaterad sekundär enures. Självskadehandlingar behöver upptäckas och allvaret värderas. Tillstånd som hyperthyreoidism, migrän och katekolaminerga eller serotonerga tumörer kan ge symtom som liknar posttraumatisk stress.

Somatisk undersökning behöver hanteras med lyhördhet och respekt för barnet. Förklara hur den går till, syftet och fråga om det går bra att undersöka. Vill barnet ha tolken med i rummet? Någon annan vuxen som hen känner sig trygg med? Ofta är en noggrann somatisk undersökning uppskattad av patienten. Det visar att svårigheterna tas på allvar och kan stärka alliansen.

Riskbruk, skadligt bruk och beroende

Traumatiserade personer har en förhöjd risk att utveckla missbruk och beroende, vilket också gäller barn och kan komplicera behandlingen.

Missbruksproblem bland ensamkommande barn på flykt har uppmärksammats i media, men kunskaper om omfattningen och typ av missbruk är begränsade.

Stöd och behandling

Behandling och vårdnivå anpassas utifrån utredning, diagnostik, ålder och patientens preferenser. Ensamkommande barn med lindriga symtom på stress och lindrig funktionsnedsättning kan behandlas i primärvården. Medelsvåra och svåra fall – exempelvis PTSD – kräver i regel specialistpsykiatri eller högspecialiserad vård. I bedömningen av vårdnivå ska hänsyn också tas till sociala behov.

Övergången från BUP till vuxenpsykiatri är för de flesta patienter en kritisk fas i behandlingen. Inte minst för ensamkommande barn där 18-årsdagen kan vara extra omvälvande. Därför rekommenderas överlämningsmöten.

Vid samsjuklighet kan det vara en grannliga uppgift att prioritera vad som ska behandlas först. Flera psykoterapiformer vid PTSD, exempelvis TF-KBT och EMDR, har effekt även samsjuklig depressivitet och ångest.

Påfrestningar i vardagen som asylprocess och en instabil social situation försvårar ofta men är inget absolut hinder för traumabehandling vid PTSD. Framför allt är asylprocess inget skäl att avvakta eller avstå från behandling generellt. Individuella bedömningar måste göras och utifrån detta upprättas en anpassad vårdplan. Genom att se till helheten och till exempel adressera praktiska frågor som upptar och oroar vederbörande går det inte sällan att påbörja mer specifika behandlingsinsatser. Finns inga andra möjligheter är stödjande och stabiliserande terapi ofta indicerat. Vid misstanke om att barnet far illa ska orosanmälan till socialtjänsten göras.

Psykosocialt stöd

Trygghet, förutsägbarhet och stabilitet i vardagen främjar återhämtning vid posttraumatisk stress. Därför behöver de som möter och i vardagen ska hjälpa individer med posttraumatisk stress ha kunskap om och förståelse för hur symtomen kan yttra sig, att ungdomen kan ha svårt med tillit till andra och exempelvis reagera kraftigt på ”små” saker.

Samarbete med nätverket (god man, boendepersonal/familjehemsföräldrar, skolan, socialsekreterare, eventuella släktingar) är därför viktigt, liksom vid behov med vårdgrannar som elevhälsa och vårdcentral. Nätverksmöten kan kräva tid och ansträngning att få ihop men är i regel väl investerad tid.

Traumamedveten omsorg (TMO) används på vissa boenden och är en pedagogisk modell eller ett förhållningssätt som utgår från vad barn och ungdomar som upplevt svåra påfrestningar behöver i sin sociala kontext för att återhämta sig. Grundpelarna i TMO är trygghet, positiva relationer och adaptiva bemästrandestrategier.

Att understödja kontakt med släktingar och vänner både i Sverige och i andra länder, ”transnationella nätverk”, har också visat sig främja hälsa (Socialstyrelsen, 2013).

Stabilisering och psykoedukation

Vid posttraumatisk stress är stabilisering med hjälp av psykoedukation, känsloreglering och vid behov fokus på sådant som aktivering, kost, sömnhygien och andnings- respektive avspänningsövningar lämpligt att börja med. Detta är också en viktig fas innan traumabearbetande psykoterapi. Det finns erfarenhet av att stabilisering kan ges i grupp med ensamkommande barn, helst homogena avseende språk. En tänkbar metod som har begränsat vetenskapligt stöd, men nyligen undersökts i en mindre okontrollerad studie i Sverige är *Teaching Recovery Techniques* (Sarkadi et al., 2017).

För barn med allvarlig och komplex posttraumatisk problematik kan interventioner i grupp dock vara svårt. Vid komplex PTSD, då behandlaren får lägga mer tid på att bygga relation och stabilisera innan traumabearbetande behandling är möjlig, blir behandlingstiden ofta längre än vid PTSD.

Psykoedukation är självfallet viktigt även vid andra psykiatriska tillstånd än PTSD.

Psykoterapi vid PTSD

Psykoterapi med traumaexponering är stommen i behandling av PTSD hos barn och ungdomar. Enligt en Cochrane review finns evidens för att psykoterapi är effektivt, särskilt KBT-baserade metoder, för behandling av pediatrik PTSD upp emot en månad efter avslutad terapi (Gillies et al., 2012). Socialstyrelsen förordar KBT med traumaexponering och inkluderar under detta paraply KBT, TF-KBT (traumafokuserad kognitiv beteendeterapi), prolonged exposure och narrativ exponeringsterapi (Socialstyrelsen, 2016, remissversion).

Den mest studerade psykoterapin för barn med posttraumatisk

stress och PTSD är TF-KBT. (Socialstyrelsen 2016, remissversion). Denna manualbaserade behandling involverar vanligtvis föräldrar, men jämförbara resultat ses vid KBT utan föräldrar (Dorsey et al., 2016). Effektstorleken anges som medelstor till stor för PTSD jämfört med väntelista respektive aktiva kontroller och något lägre effektstorlek vid komorbid depression (Morina et al., 2016). Det finns stöd för att TF-KBT även lindrar subklinisk PTSD. Metoden kan tillämpas på ensamkommande flyktingbarn (Unterhitzberger et al., 2015). TF-KBT ges vanligen individuellt men har testats i gruppformat (Deblinger et al., 2016).

Eye movement desensitization and reprocessing, EMDR, är en behandlingsform som i klinisk praxis och vissa studier visat god effekt (Rodenburg, 2009). Den anses dock vetenskapligt mindre förankrad än KBT för barn och kan enligt Socialstyrelsens riktlinjer användas undantagsvis (Socialstyrelsen, 2016, remissversion).

Oavsett metod och teoretisk bakgrund används ofta fasspecifik uppbyggnad i en psykoterapeutisk behandling: 1) stabilisering inklusive psykoedukation, bemästrandestrategier och affektreglering, 2) traumabearbetning/exponering och 3) integrering. De olika faserna kan ta olika tid och behöva varvas utifrån symtombild.

Farmakologi

Val av psykofarmaka anpassas efter diagnostiken. Inga farmaka har för närvarande indikationen PTSD på barn och ungdomar. Läkemedel kan likväl bli aktuellt avseende PTSD-relaterade delsymtom som sömnsvårigheter (Keeshin et al., 2014; Wilkinson & Carrion, 2012) eller vid samsjuklighet.

En förutsättning för framgångsrik medicinering är att ge tydlig information om behandlingens syfte, förväntad effekt, tänkbara biverkningar, hur medicinen ska tas och så vidare.

En annan fråga för forskrivare är om patientens tillstånd och livssituation medger att hen själv, eller med stöd av närstående eller socialtjänst, kan hantera medicineringen. Kan hanteringen ske på ett säkert sätt är insatsen att betrakta som egenvård (SOSFS, 2009:6) och inte hälso- och sjukvård, enligt hälso- och sjukvårdslagen. Forskrivare ska dokumentera riskbedömningen och kommunicera med patient och personal/familjehem om villkoren för medicinering.

Många gånger finns ingen medicinskt utbildad personal knuten till HVB-hem. Personalomsättningen kan vara hög och erfarenheten och viljan att administrera farmaka variera. Om förskrivare bedömer att det finns en risk för skada vid egenvård blir ansvaret att hantera medicineringen hälso- och sjukvårdvårdens.

Det vetenskapliga underlaget för sömnmedicinering av barn är generellt svagt, liksom kunskaperna om långtidseffekter (Läkemedelsverket, 2015). Därför är sömnmedicin i regel ingen förstahandsåtgärd (sömnhygieniska råd och psykoterapi kommer först).

Några tänkbara läkemedel avseende delsymtom vid PTSD eller PTSD med samsjuklighet:

- När sömnmedicin ska användas är melatonin ofta ett lämpligt förstahandsmedel, särskilt vid insomni och störd dygnsrytm.
- Mirtazapin i låga doser är ett annat alternativ.
- Preparat som hydroxizin (Atarax), prometazin (Lergigan) eller propiomazin (Propavan) kan också övervägas, dock med risk för bland annat "hang-over" effekt, motoriska biverkningar och QT-förlängning.
- Benzodiazepiner ska undvikas på grund av risk för beroende. Undantagsvis kan zopiklon (Imovane) vara aktuellt under kort period.

FAKTARUTA 9. ALFA-ADRENERGA ANTAGONISTER

Vid svåra och funktionsnedsättande traumarelaterade mardrömmar som inte lindrats av andra och mer beprövade insatser kan alfa-adrenerga antagonisterna som prazosin övervägas. Preparatet kräver licensansökan och bör inte användas utanför den specialiserade psykiatrin.

Prazosin har FDA-godkännande som blodtryckssänkande på vuxna. Ett antal mindre RCT-studier på vuxna samt en metaanalys (George et al., 2016) har visat effekt även på sömnsvårigheter och traumarelaterade mardrömmar. Preparatet rekommenderas av *American Academy of Sleep Medicine* (Aurora et al., 2010). En opublicerad multicenterstudie rapporteras dock inte ha visat skillnad jämfört med placebo (Miller et al., 2017). Biverkningsprofilen inkluderar yrsel, huvudvärk och trötthet. En allvarlig, men sällsynt biverkning, är svimning vid första dos på 2 mg (Koola, 2014). På barn finns bara fallrapporter (7–16-års ålder) med startdos på 1 mg och vid behov upptrappning till 4 mg till natten (Akinsanya, 2017). Regelbundna blodtryckskontroller rekommenderas som uppföljning.

I enlighet med praxis och litteratur kan atypiska neuroleptika bland annat övervägas vid psykos, mani och aggressivt utagerande beteende efter vederbörlig utredning och i kombination med andra insatser. Preparatgruppen har ingen evidens för behandling av dissociativa symtom, men kan utifrån erfarenhet övervägas på denna indikation om symtomen är allvarliga. Risperidon är möjligen det mest lämpliga, eftersom öppna studier och fallstudier pekar på viss effekt vid PTSD (på grund av risk för allvarliga biverkningar ska neuroleptika användas med försiktighet på barn och ungdomar och följas upp noggrant (Läkemedelsverket, 2016).

Vid PTSD och framträdande komorbid depression eller ångest-syndrom som inte lindrats av traumafokuserad psykoterapi kan SSRI övervägas. Vid svår depression eller ångest som försvårar eller förhindrar psykoterapi kan SSRI vara motiverat tidigare i behandlingsförloppet.

Fysioterapi

Fysioterapi, däribland basal kroppskänedom, är en beprövad och kliniskt värdefull behandlingsmetod som kan ha god effekt vid exempelvis långvarig smärta, stressrelaterade besvär samt symtom som ångest, oro och nedstämdhet. Vid svåra dissociativa symtom, inklusive somatiserande dito, kan fysioterapi vara hjälpsamt.

Fysisk aktivitet har positiv effekt vid depression och tycks reducera symtom på PTSD och ångest.

Akuta bedömningar

Akuta bedömningar kan föranledas av kris och utagerande, självskadande eller suicidalt beteende i samband med belastningar, till exempel negativt besked i asylprocessen.

Dessa situationer kan vara tillspetsade, särskilt under jourtid. Ibland är polis eller ambulans på plats. Tolk på plats kan vara svårt att få tag på med kort varsel men går att få via telefon.

På senare tid har det inträffat flera suicid bland ensamkommande barn i Sverige. Kunskaperna om suicid i gruppen är i nuläget begränsade. Klart är att många faktorer som associeras med suicid och suicidförsök inte sällan är aktuella på individnivå: svåra händelser i barn-
domen, depression, PTSD, missbruk, manligt kön, isolering och brist på sammanhang samt självskadebeteende. Asylprocess är en stressor som kopplats till förhöjd suicidrisk bland män (Goosen et al., 2011).

En grundlig suicidriskbedömning inklusive kartläggning av risk- och skyddsfaktorer förutsätter god allians. En viktig del i bedömningen – men också i det suicidpreventiva arbetet – är att patienten känner sig förstörd, validerad och bemöts icke-värderande. Diagnostiska överväganden ingår i suicidriskbedömningen, i synnerhet om vårdintyg övervägs, men bör inte överskugga patientens möjlighet att presentera sin berättelse och skälen till att hen hamnat i den nuvarande situationen (Beskow & Nyberg, 2016).

Inte minst om negativt besked i asylprocessen föregått besöket kan berättelsen präglas av uppgivenhet, maktlöshet, ensamhet och desperation. Dessa känslor kan smitta och göra att klinikern inte uppmärksammar och stärker patientens bemästrandestrategier – alternativt att klinikern blir överdrivet ”hurtig” och prioriterar lösningsfokus på bekostnad av inlyssnande. Undersök hur patienten hanterat svåra situationer tidigare och vad som gjort livet värt att leva. Försök på ett realistiskt och balanserat sätt främja patientens hopp om att situationen och måendet kan förbättras och vad vården kan bistå med i det avseendet.

Sömnstörningar och ångest kan lindras med farmaka. Psykoedukation och erbjudande om snar uppföljning i öppenvården kan också peka framåt. Rita gärna en nätverkskarta och mobilisera stödpersoner för att lindra känslor av ensamhet. Intyg avseende psykisk ohälsa till Migrationsverket kan tas upp eller föreslås.

Om utvisning står i förgrunden kan i ett lugnare skede alternativa handlingsplaner vid avslag diskuteras. Går det att hitta en plan B? Vad skulle det innebära att återvända?

Om patienten inte behöver eller kan läggas in upprättas en säkerhetsplan. Kan boendet eller nätverket erbjuda extra tillsyn? Överenskommelse om telefonuppföljning nästa dag kan, om patienten ska hem, öka tryggheten hos alla parter.

Förlopp

Som nämnts tycks den psykisk ohälsan bland ensamkommande barn på flykt (på gruppnivå) bestå i åtminstone två år (Jakobsen et al., 2017). Vad som händer därefter är väsentligen oklart. För flyktingbarn som ankommer med familj finns uppföljningar på mellan sex och nio år som visar att symtombördan avtar (Montgomery, 2010).

Besked om uppehållstillstånd leder inte sällan till minskad stress och en förbättrad psykisk hälsa. Vissa väljer att avbryta behandlingen och vill blicka framåt. Givet de långsiktiga riskerna med obehandlad posttraumatisk stress och sårbarhet vid nya belastningar är ett avslut innan remission inte att rekommendera. Därtill kan uppehållstillstånd betyda nya utmaningar som gör att återhämtning försvåras eller att nya psykiatriska komplikationer uppstår (Johansson et al., 2009) och en del utvecklar PTSD först efter två år i det nya landet, så kallad *late onset PTSD* (Smid et al., 2011). På samma sätt kan familjeåterförening innebära att ungdomen och familjen under en period har behov av extra stöd. Familjedynamiken kan ha förändrats under tiden man levit separerad.

Vad som händer de barn som ankommit som ensamkommande och, efter avslag på asylansökan, återvänder till ursprungslandet finns det begränsad vetenskaplig kunskap om.

Att tänka på

- Komplettera anamnesen med uppgifter från vuxna som finns runt ungdomen.
- Tänk brett i diagnostiken.
- Involvera nätverket i behandlingen.
- Asylprocess kan försvåra men är inget hinder för behandling, inklusive tramafokuserad psykoterapi.
- Övergången från BUP till vuxenpsykiatri är för de flesta patienter en kritisk fas i behandlingen. Inte minst för ensamkommande barn där 18-årsdagen kan vara extra omvälvande. Därför rekommenderas överlämningsmöten.

Referenser

- Akinsanya, A., Marwaha, R. & Tampi, R. (2016). Prazosin in Children and Adolescents With Posttraumatic Stress Disorder Who Have Nightmares: A Systematic Review. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 37, 1. 10.1097/JCP.0000000000000638.
- Aurora, R. N., Auerbach, S. H., Bista, S. R., Casey, K. R., Chowdhuri, S., Karip-pot, A., Kristo, D. A., Lamm, C. I., Maganti, R. K., Morgenthaler, T. I., Ramar, K. & Zak, R. S. (2010). Best practice guide for the treatment of nightmare disorder in adults. *Journal of clinical sleep medicine, JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 6 (4): 389-401.
- Barnombudsmannen (2016). Barn på flykt. Barn och ungas röster om mottagandet av ensamkommande. Stockholm: Barnombudsmannen.
- Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E. & Spinhoven, P. (2007). Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195: 288-97. doi: 10.1097/01.nmd.0000243751.49499.93.
- Bean, T., Eurelings-Bontekoe, E., Mooijaart, Ab. & Spinhoven, P. (2006). Factors Associated with Mental Health Service Need and Utilization among Unaccompanied Refugee Adolescents. *Administration and policy in mental health*, 33: 342-55. 10.1007/s10488-006-0046-2.
- Beskow, J. & Nyberg, U. (2016). Suicidpreventionen kan bli evidensbaserad och effektiv Inifrån - i stället för utifrån perspektiv återupprättar patienten. *Läkartidningen*, 2016;113:DW6H
- Carrion, V., Weems, C., Ray, R. & L Reiss, A. (2002). Toward an Empirical Definition of Pediatric PTSD: The Phenomenology of PTSD Symptoms in Youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 41: 166-73. 10.1097/00004583-200202000-00010.
- Celikaksoy, A. & Wadensjö, E (2015). De ensamkommande flyktingbarnen och den svenska arbetsmarknaden. (Rapport 2015:2 ISSN 1654-1189.) Stockholm: The Stockholm University Linneaus Center for Integration Studies (SULCIS).
- Deblinger, E., Pollio, E. & Dorsey, S. (2015). Applying Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy in Group Format. *Child maltreatment*. 21. 10.1177/1077559515620668.
- Dorsey, S., McLaughlin, K. A., Kerns, S. E. U., Harrison, J. P., Lambert, H. K., Briggs, E. C., Amaya-Jackson, L. (2017). Evidence Base Update for Psychosocial Treatments for Children and Adolescents Exposed to Traumatic Events. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 46(3): 303-330. <http://doi.org/10.1080/15374416.2016.1220309>.
- Fazel, M., Reed, Ruth., Panter-Brick, C. & Stein, A. (2011). Mental health of displaced and refugee children resettled in high income countries: Risk and

- protective factors. *Lancet*, 379: 266–82. [10.1016/S0140-6736\(11\)60051-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60051-2).
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D. F., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventative Medicine*, 14(4): 245–258.
- George, K., Kebejian, L., Ruth L., Miller, C. & Himelhoch, S. (2016). Meta-Analysis of the Efficacy and Safety of Prazosin versus Placebo for the Treatment of Nightmares and Sleep Disturbances in Adults with Post-Traumatic Stress Disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*. 17. [10.1080/15299732.2016.1141150](https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1141150).
- Gillies, D., Taylor, F., Gray, C., O'Brien, L. & D'Abrew, Natalie. (2013). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents (Review). *Evidence-based child health: a Cochrane review journal*. 8: 1004–1116. [10.1002/ebch.1916](https://doi.org/10.1002/ebch.1916).
- Goosen, S., Kunst, A., Stronks, K., Oostrum, I., Uitenbroek, D. & Kerkhof, A. (2011). Suicide death and hospital-treated suicidal behaviour in asylum seekers in the Netherlands: A national registry-based study. *BMC public health*, 11: 484. [10.1186/1471-2458-11-484](https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-484).
- Haan de, A., Boon, A., Vermeiren, R. & Jong, de. J. (2014). Ethnic differences in DSM-classifications in youth mental health care practice. *International Journal of Culture and Mental Health*, 7. [10.1080/17542863.2013.789918](https://doi.org/10.1080/17542863.2013.789918).
- Hosseini, M. (2017). Ensamkommande flyktingbarns erfarenheter av flykten till Sverige samt deras upplevelser av att vara här i dag. En intervjustudie (Mastersuppsats). Göteborg: Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet. Tillgänglig: https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/52129/1/gupea_2077_52129_1.pdf
- Jakobsen, M., Meyer DeMott, M., Wentzel-Larsen, T. & Heir, T. (2017). The impact of the asylum process on mental health: A longitudinal study of unaccompanied refugee minors in Norway. *BMJ Open*, 7: e015157. [10.1136/bmjopen-2016-015157](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015157).
- Jakobsen, M., Demott, MAM. & Heir, T. (2014). Prevalence of Psychiatric Disorders Among Unaccompanied Asylum-Seeking Adolescents in Norway. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*, 2014, 10: 53–58. [doi:10.2174/1745017901410010053](https://doi.org/10.2174/1745017901410010053).
- Johansson, B. A., Asanovska, G., Edgren, J. & Jägervi, M. (2009). Upphållstillstånd kan ge psykiatriska komplikationer. *Läkartidningen*: 2009; 18.
- Keeshin, B. & Strawn, J. (2014). Psychological and Pharmacologic Treatment of Youth with Posttraumatic Stress Disorder: An Evidence-based Review. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 23: 399–411. [10.1016/j.chc.2013.12.002](https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.12.002).
- Koola, M. M., Varghese, S. P. & Fawcett, J. A. (2014). High-dose prazosin for the treatment of post-traumatic stress disorder. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 4(1): 43–47. <http://doi.org/10.1177/2045125313500982>

- Kovachy, B., O'Hara, R., Hawkins, N., Gershon, A., Primeau, M. M., Madej, J. & Carrion, V. (2013). Sleep Disturbance in Pediatric PTSD: Current Findings and Future Directions. *Journal of Clinical Sleep Medicine : JCSM : Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 9(5): 501-510. <http://doi.org/10.5664/jcsm.2678>
- Leander, P. (2016). De önskade. En rapport om de ensamkommande marockanska barnen i Sverige. Stockholm: Barnrättsbyrån.
- Läkemedelsverket (2015). *Sömnstörningar hos barn – kunskapsdokument*. (Information från Läkemedelsverket 2:2015). Stockholm: Läkemedelsverket.
- Läkemedelsverket (2016). Neuroleptika vid vissa barnpsykiatriska tillstånd hos barn och ungdomar – behandlingsrekommendation. (Information från Läkemedelsverket 2016; 27(4): 19-37). Stockholm: Läkemedelsverket.
- Marquardt, L., Krämer, A., Fischer, F. & Prüfer-Krämer, L. (2015). Health status and disease burden of unaccompanied asylum-seeking adolescents in Bielefeld, Germany: Cross-sectional pilot study. *Tropical Medicine & International Health*. 10.1111/tmi.12649.
- Miller, K., Brownlow, J.A., Woodward, S. & Gehrman, P. (2017). Sleep and Dreaming in Posttraumatic Stress Disorder. *Current Psychiatry Reports*. 19. 71. [10.1007/s11920-017-0827-1](http://doi.org/10.1007/s11920-017-0827-1).
- Montgomery, E. (2010). Trauma and resilience in young refugees: A 9-year follow-up study. *Development and Psychopathology*, 22(2): 477-489. doi:10.1017/S0954579410000180
- Morina, N., Koerssen, R. & Pollet, T. (2016). Interventions for children and adolescents with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Clinical Psychology Review*, 47: 41-54. [10.1016/j.cpr.2016.05.006](http://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.05.006).
- Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A. M. & Stams, G. J. (2009). Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(7): 599-606. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.008>.
- Salari, R., Malekian, C., Linck, L., Kristiansson, R. & Sarkadi, Anna. (2017). Screening for PTSD symptoms in unaccompanied refugee minors: A test of the CRIES-8 questionnaire in routine care. *Scandinavian journal of public health, Vol 45, Issue 6 2017*. 1403494817715516. [10.1177/1403494817715516](http://doi.org/10.1177/1403494817715516).
- Sarkadi, A., Ådahl, K., Stenvall, E., Ssegonja, R., Batti, H., Gavra, P., Fångström, K., & Salari, R. (2017). Teaching Recovery Techniques: evaluation of a group intervention for unaccompanied refugee minors with symptoms of PTSD in Sweden. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1093-9>.
- Smid, G., Lensvelt-Mulders, G., Knipscheer, J., Gersons, B. & Kleber, R. (2011). Late-Onset PTSD in Unaccompanied Refugee Minors: Exploring the Predictive Utility of Depression and Anxiety Symptoms. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*. 40: 742-55. [10.1080/15374416.2011.597083](http://doi.org/10.1080/15374416.2011.597083).

- Socialstyrelsen (2013). *Ensamkommande barns och ungas behov. En kartläggning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2016). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångest-syndrom – stöd för styrning och ledning, remissversion. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2009). SOSFS 2009:6 *Bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård*. (M och S) Föreskrifter. Socialstyrelsens föfattningssamling. Stockholm: Socialstyrelsen.
- UNHCR (2017). *Global trends – forced displacement in 2016*. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees.
- Unterhitzberger, J., Eberle-Sejari, R., Rassenhofer, M., Sukale, T., Rosner, R. & Goldbeck, L. (2015). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for unaccompanied refugee minors: A case series. *BMC Psychiatry*, 15. 10.1186/s12888-015-0645-0.
- Vervliet, M., Lammertyn, J., Broekaert, E. & Derluyn, I. Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. (2014). *Eur Child Adoles Psy*. 2014;23: 337-46. doi: 10.1007/s00787-013-0463-1.
- Wilkinson, J. & Carrion, V. (2012). Pharmacotherapy in Pediatric PTSD: A Developmentally-Focused Review of the Evidence. *Current Psychopharmacology*, 1: 252-270. 10.2174/2211556011201030252.

20. Ett respektfullt bemötande – om mänskliga rättigheter och etik

ELIS ENVALL

Rätten till ett värdigt bemötande, respekt för den enskildes integritet, att bli likabehandlad och rätten till delaktighet handlar ytterst om mänskliga rättigheter. Dessa värden utgör också grunden i yrkesetiken för olika professioner. Mänskliga rättigheter och rättighetsbaserat arbete tillför ett viktigt perspektiv i transkulturell psykiatri.

De mänskliga rättigheterna är ett sätt att formulera vad som krävs av staten i vid bemärkelse, omfattande alla delar av det allmänna, för att de som bor eller vistas i ett land ska kunna garanteras ett människovärdigt liv. Rättigheterna beskriver vad som inte får göras mot någon människa och vad som måste göras för varje människa. Alla människor har rätt att åtnjuta de mänskliga rättigheterna utan någon form av diskriminering (SOU, 2010:70).

Den medicinska etiken har en mycket lång historia som går flera tusen år tillbaka till Hippokrates (SMER, 2008). Etiska värden kan sammanfattas i följande: alla patienters lika värde; icke-diskriminering; patientens hälsa och vårdbehov i fokus; respekt för patienten och hans integritet; autonomi; rätt till information och delaktighet; tystnadsplikt och sekretess; personligt ansvar samt professionalitet och respekt för kollegor.

Mänskliga rättigheter

Mänskliga rättigheter är det system av internationella överenskommelser som fastställts av Förenta Nationerna (FN) respektive av Europarådet och EU. Utöver den allmänna förklaringen om de mänskliga rättigheterna (UDHR) som antogs av FN:s generalförsamling den 10 december 1948 har Sverige ratificerat ett antal konventioner¹ varav många har betydelse för psykiatrin och hälso- och sjukvården i stort. Statens ansvar för mänskliga rättigheter omfattar att *respektera, skydda* och *uppfylla* bland annat rätten till bästa möjliga hälsa för alla.

FN:s konventioner som har ratificerats av Sverige kan oftast inte tillämpas direkt i svensk domstol och annan myndighetsutövning utom i de delar som har omvandlats till svensk lag. Sverige är sedan 2009 bundet till Europeiska unionens stadga om grundläggande rättigheter. Europakonventionen, som Sverige tillträdde 1952, blev svensk lag i sin helhet år 1995.

FAKTARUTA 10. RELEVANTA FN-KONVENTIONER

- Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna (UDHR).
- Konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ICESCR).
- Konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter (ICCPR).
- Konventionen om avskaffande av alla former av rasdiskriminering (ICERD).
- Konventionen om avskaffande av all form av diskriminering av kvinnor (CEDAW).
- Konventionen mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (CAT).
- Konventionen om barnets rättigheter (CRC).
- Konventionen om skyddet av alla migrantarbetares och deras familjers rättigheter (ICRMW).
- Konventionen om skydd av personer med funktionsnedsättning (CRPD).

¹ 10 stycken FN-konventioner, 9 ILO-konventioner och 11 konventioner från Europarådet.

Sverige har genom att ratificera konventioner åtaganden i förhållande till andra stater som innebär att riksdagen och regeringen ska se till att den nationella lagstiftningen stämmer överens med konventionerna. Enligt principen om fördragskonform tolkning ska svensk rätt, så långt det är möjligt inom ramen för lagens ordalydelse, tolkas på ett sätt som är förenligt med Sveriges konventionsåtaganden. Principen om fördragskonform tolkning gäller alla företrädare för den offentliga makten (SOU, 2010:70).

Mänskliga rättigheter i vården

Hela området mänskliga rättigheter kan upplevas som krångligt, orealistiskt och fjärran från vårt dagliga arbete. Mänskliga rättigheter och rättighetsbaserat arbete kan också egentligen sägas vara väldigt enkelt. Det gäller bara att förstå och agera utifrån att alla människor är lika värda och att alla personer vi möter i vårt arbete är människor med lika värde och rättighet som vi själva.

Området ger upphov till diverse myter eller missförstånd, som att det inte berör oss i vårt demokratiska välfärdssamhälle och inte är mitt ansvar som anställd i vården eller omsorgen. Vi behöver väl bara följa lagarna och respektera våra patienter? Kan mänskliga rättigheter verkligen tillföra något mervärde till vårt arbete?

Mänskliga rättigheter kan dock tillföra ett viktigt perspektiv i arbetet inom hälso- och sjukvården. Människorättsvärden kommer ofta i konflikt med varandra och det kan uppstå svårhanterliga dilemman mellan olika rättigheter och flera lika giltiga etiska principer. I sådana situationer är det bra för den professionelle att kunna resonera, argumentera, tydliggöra och göra bedömningar utifrån kunskap om olika mänskliga rättigheter och hur de förhåller sig till varandra.

Värden och centrala rättigheter

Grundläggande värden för mänskliga rättigheter är liv, frihet, jämlikhet, icke-diskriminering, rättvisa, värdighet och integritet.

I den dagliga verksamheten handlar principen, uttryckt i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna (FN, 1948), artikel 1, om att alla är födda fria och lika i värde och rättigheter om *icke-diskriminering* och likvärdig behandling, vilket förutsätter hänsyn till individens unika behov och förutsättningar. Det handlar

även om likvärdighet i fördelning av resurser, lika möjligheter i hela vårdprocessen och likvärdig kvalitet på insatser. Att inte säkra likvärdig behandling riskerar att leda till diskriminering.

Rätten till liv syftar inte bara på förbud mot dödsstraff och annat uppsåtligt dödande. Ett människorättsbaserat medicinskt arbete inkluderar även rätten till liv. Rätt till akut sjukvård för papperslösa (PICUM 2007; SOU, 2011:48) och även tillgång till akutsjukvård (Potts, 2007) motiveras i rätten till liv. Rätten till liv har relevans även i förhållande till beslut om tvångsvård för personer med allvarlig psykisk störning enligt 3 § LPT, vid risk för suicid eller annans personliga säkerhet.

Rätten till information, samråd och delaktighet som beskrivs i diverse konventioner² regleras även i 2 b § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och i 3–5 kap. patientlagen (2014:821). Information, samråd och delaktighet hänger samman och är i vissa fall varandras förutsättningar. Det är till exempel en förutsättning för såväl samråd som ett aktivt deltagande att man har tillgång till information. Information syftar främst på rätten att söka och få information i tillgänglig form, både i fysisk mening och i en mer abstrakt betydelse, som kräver lyhördhet för människors identitet och förmågor, som allmänna kunskaper och språkkunskaper.

Med utgångspunkt i att de sociala bestämningsfaktorerna för hälsa spelar en avgörande roll för att uppnå bästa möjliga hälsa måste även övriga sociala och ekonomiska rättigheter respekteras, skyddas och uppfyllas för att rätten till bästa möjliga hälsa ska kunna uppfyllas.

Rätten till bästa möjliga hälsa

Rätten till hälsa betraktas, sedan andra världskrigets erfarenheter, som en av de grundläggande mänskliga rättigheterna och kom till uttryck redan år 1948 i FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna (UDHR).

Rätten till hälsa har också kommit att ingå i ett flertal viktiga konventioner, framför allt i FN:s konvention om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ICESCR), artikel 12: ”Konventionsstaterna erkänner rätten för var och en att åtnjuta bästa möjliga fysiska och psykiska hälsa ...”

² Se ruta om konventioner.

ESK-kommittén

FN:s kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter har, i egenskap av övervakningskommitté för FN:s ESK-konvention i en omfattande så kallad allmän kommentar beskrivit hur den bedömer att rätten till bästa möjliga hälsa för alla ska tolkas (General Comment No. 14).

Rätten till bästa möjliga hälsa för alla *gäller* alla individer inom statens jurisdiktion³, inklusive invandrare, flyktingar och andra utländska medborgare. De gäller också oberoende av om personen vistas i landet med nödvändigt tillstånd eller inte⁴.

Rätten till bästa möjliga hälsa inkluderar också frihet från bland annat godtycklig medicinsk behandling, medicinska experiment och forskning eller tvångssterilisering med mera. Likaså är rätten till sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) och friheter en viktig del av rätten till hälsa.

Centrala begrepp/definition – AAAQ

Vad *rätten till bästa uppnåeliga fysiska och psykiska hälsa* innebär utvecklas och förklaras i GC 14 utifrån begreppet AAAQ som innehåller fyra kriterier för vad som krävs av hälso- och sjukvårdssystemen:

- Availability = Tillgång
- Accessibility = Tillgänglighet
- Acceptability ≈ Godtagbarhet
- Quality = Kvalitet

Det måste finnas *tillgång* till (utbud av) fungerande hälso- och sjukvårdsinrättningar, i tillräcklig omfattning, med vårdinrättningar, varor och tjänster. Hälso- och sjukvården måste vara *tillgänglig* för alla – *utan diskriminering*. Inrättningar måste vara *fysiskt tillgängliga* för personer med funktionsnedsättning och inom räckhåll för alla även på landsbygden. Det krävs vidare *ekonomisk tillgänglighet* för alla – även för personer som inte har sjukvårdsförsäkring eller tillräckliga

³ Vanligen sammanfaller denna med en stats geografiska område.

⁴ (General Comment No. 14, § 34): "In particular, States are under the obligation to respect the right to health by, inter alia, refraining from denying and limiting equal access for all persons, including prisoners or detainees, minorities, asylum seekers and illegal immigrants, to preventive, curative and palliative health services; ..."

ekonomiska resurser samt *informationstillgänglighet*, vilket innebär att ha tillgång till information nödvändig för att kunna söka vård och förstå den information man får om sin egen vård och behandling. Hälso- och sjukvård måste bedrivas utifrån medicinska etiska principer och på ett kulturellt *godtagbart*, acceptabelt sätt, med respekt för individers, minoriteters och gruppers kultur och för individers olika behov. Vården ska bedrivas med god *kvalitet*, vetenskapligt och medicinskt, av medicinskt utbildad personal (General Comment No. 14).

FAKTARUTA 11. ETISKT ÖVERVÄGANDE

En ST-läkare i psykiatri får besked från sin överläkare att skriva ut en asylsökande deprimerad patient med motiveringen att hen "bara har rätt till akut vård". ST-läkaren är bekymrad över patientens mående och tror inte påståendet stämmer, men vill inte gärna skapa konflikt med överläkaren.

- Hur hantera? Etiska överväganden?
- Har ST-läkaren en skyldighet att informera sig själv om det faktiska rättsläget?
- Är valet att undvika att uppleva konflikt med överordnad etiskt försvarbart om det kan innebära att en patients rätt till mer än akut vård inte uppfylls?
- Är det etiskt mot mig själv som professionell inom vården?

Vårdbehov kontra rättigheter

Mänskliga rättigheter kan generellt sett definieras som de rättigheter utan vilka vi inte kan leva ett människovärdigt liv. Rättigheterna handlar om att fylla en rad grundläggande mänskliga behov (FN, 1994) som antas vara gemensamma för alla människor (Schneider, 2009). De grundläggande behoven har att göra med att vara människa och att kunna ta till vara sin fulla potential.

Alla upplevda behov är dock inte detsamma som mänskliga rättigheter. Behov är ett ord som uppmärksammar en nödvändighet – något som är viktigt för att något annat ska ske eller komma till stånd. Att fylla ett behov är ett medel att för uppnå ett mål (Ife, 2008).

Vårdbehov enligt lag – ”vård som inte kan anstå”

Syftet med den lagstiftning som styr den svenska hälso- och sjukvården är att tillförsäkra behövande personer en god vård och att den ska ges efter medicinskt behov, enligt de prioriteringsprinciper som gäller för vården och enligt vetenskap och beprövad erfarenhet (SOU, 2011:48).

År 2013 antogs en lag (2013:407) med särskilda bestämmelser om vård till vissa utlänningar som vistas i landet utan nödvändiga tillstånd, så kallade papperslösa. I lagen och propositionen anges att landsting vid behov ska erbjuda *akut vård* och behandling, *mödrakärvård*, *preventivmedelsrådgivning*, *vård vid abort*, *läkemedel* som omfattas av lagen om läkemedelsförmåner, *hjälpmedel* vid funktionshinder, *sjukresor* och *tolk* i samband med vårdtillfället samt ”vård som inte kan anstå”.

FAKTARUTA 12. ”VÅRD SOM INTE KAN ANSTÅ” HISTORISK UTVECKLING

- 1982 (prop. 1981/82:97) om hälso- och sjukvårdslag m.m.
– *utomlänspatienter och omedelbar vård*
- 1988 i migrationssammanhang, Socialstyrelsens Allmänna råd
Hälsövård för flyktingar och asylsökande.
– ”vård som kan anstå” är inte tillämpligt för asylsökandes situation
- 1990 Förordning (1990:927) om statlig ersättning för flyktingmottagande m.m.
- 1994 (prop. 1993/94:94) Mottagande av asylsökande m.m.
– *omedelbar vård och vård som inte kan anstå*
- 1995 Socialstyrelsens Allmänna råd: Hälso- och sjukvård för asylsökande och flyktingar,
– använder begreppet
- 1996 överenskommelse staten/Landstingsförbundet om åtaganden och ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande m.fl.
- 2008 lag (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.
- 2013 lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

”Vård som inte kan anstå” innebär vård och behandling som är *mer än omedelbar vård*, vård och behandling av sjukdomar och skador där även en *måttlig fördröjning kan innebära allvarliga följder för patienten*, vård som *kan motverka ett mer allvarligt sjukdomstillstånd*, vård för att *undvika mer omfattande vård* och behandling, vård för att *minska användningen av mer resurskrävande akuta* behandlingsåtgärder, vård som är *följdinsatser av vård som getts, inklusive psykiatrisk vård* (Prop. 2012/13:109, Socialstyrelsen, 2014).

FAKTARUTA 13. 2013 ÅRS LAG INNEBÄR ATT

- varje person som söker vård måste undersökas och vårdbehovet bedömas
- det ska avgöras om det är vårdbehov av något av följande:
 - mödrahälsovård
 - abort
 - preventivmedelsrådgivning.

Bedömning av behov av "vård som inte kan anstå"

- svårighetsgraden hos tillståndet och risken för allvarliga följder om vårdåtgärder inte ges relativt omgående
- ev. tortyrbakgrund m.m.
- risken för utveckling av allvarligt sjukdomstillstånd
- risken för att utebliven vård leder till mer omfattande behov av vård och behandling
- möjligheten att undvika mer resurskrävande akuta behandlingsåtgärder.

Tortyr och traumaskadade

Sverige har ratificerat och är således bunden av FN:s konvention mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. I artikel 14 i konventionen anges att konventionsstaterna ska ”säkerställa att offret för en tortyrhandling erhåller upprättelse ... och adekvat gottgörelse, varmed även förstås medel för ett så fullständigt återvinnande av hälsa som möjligt”. FN:s granskningskommitté för konventionen förtydligar i sin allmänna kommentar, nr 3, att tillämpningen av artikel 14 måste vara holistisk och inkludera medicinsk och psykologisk vård för att upp-

nå högsta möjliga funktionalitet, värdighet, självständighet och integration i samhället. Detta bör göras genom bedömning av patientens behov med stöd av manualen *Istanbulprotokollet (CAT/GC 3)*.

I propositionen till 2013-års lag (om vård för papperslösa, 2013:407) anges att personer med trauma- och tortyrskador särskilt ska uppmärksammas, genom att vård för personer med särskilda behov (tortyr, allvarliga övergrepp, trauma) bör bedömas särskilt omsorgsfullt.

Medicinsk etik

Etik är, som nämnts inom läkekonsten, ett centralt tema och har gett upphov till ingående diskussion och litteratur sedan flera tusen år. Ett stort antal principer har utvecklats och utgör verktyg för den etiska analysen. Fyra principer brukar anses som de centrala:

1. *Självbestämmandeprincipen*: Man bör få bestämma över sitt eget liv och sina egna handlingar under förutsättning att det inte kränker andras rätt till självbestämmande.
2. *Principen att inte skada*: Man bör inte skada, inte åstadkomma lidande i världen.
3. *Göra gott-principen*: Varje människa har en positiv förpliktelse att göra gott. Denna princip är inte identisk med den föregående, men de kompletterar varandra.
4. *Rättvis principen*: Man bör vara rättvis, vilket innebär att lika bör behandlas lika. Rättvis principen understryker att det vore oetiskt att särbehandla vissa grupper om det inte finns etiskt relevanta skillnader mellan dem. Alla människor i vårt land har lika rätt till vård oavsett ålder eller andra yttre omständigheter (SMER, Stockholm, 2008).

Dessa principer finns uttryckta i etiska regler och motsvarande, som Läkarförbundets etiska regler och International Council of Nurses etiska kod.

Det hävdas också att autonomiprincipen (självbestämmande) är den viktigaste och främsta av dessa fyra likar eftersom – förutsatt att den tillämpas lika för alla individer – autonomiprincipen är en integrerad del av de övriga principerna (Gillon, 2003).

Etisk plattform för prioriteringar

Riksdagen beslutade år 1997 om den etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Denna ska styra de prioriteringar som görs av politiker och ledning inom hälso- och sjukvården.

Prioriteringarna ska utgå från tre grundläggande etiska principer: *människovärdet, behov och solidaritet samt kostnadseffektivitet* (Socialstyrelsen, 2014).

Etik och lagstiftningen

Det är viktigt att även förstå att etik är ett personligt ansvar och inte kan eller ska underordnas lagstiftning i alla lägen. World Medical Association antog år 1981 den så kallade *Lissabondeklarationen* som bland annat anger att:

- Varje patient har, utan åtskillnad, rätt till lämplig medicinsk vård.
- Närhelst lagstiftning, regerings åtgärder eller annan administration eller institution förnekar en patient dessa rättigheter, bör läkare vidta lämpliga åtgärder för att säkerställa eller återupprätta dem.
- Patienten har rätt till en kontinuitet i vården ... Så länge fortsatt medicinsk vård är motiverad, får läkaren ej avbryta en behandling utan att ge patienten rimlig hjälp och erforderliga möjligheter att ordna vård på annat sätt.

Svenska Läkarsällskapets delegation för medicinsk etik tolkar detta som exempelvis att en läkare inte får medverka till en avvisning av (till exempel) ett sjukt barn utan att *personligen* (min kursivering) försäkra sig om en fortsatt vård i hemlandet (Engström, 2010).

Så är det inte alltid rätt att följa lagar och förordningar? Svenska Läkaresällskapets etikdelegation och Svensk sjuksköterskeförenings etiska råd konstaterade i mars 2017 i ett gemensamt uttalande att det inte är förenligt med god yrkesetik att läkare och sjuksköterskor medverkar till tvångsmedicinering när personer ska utvisas. ”Vi tar tydligt ställning mot att läkare och sjuksköterskor medverkar vid tvångsmedicinering av personer som ska transporteras före eller under avvisning/utvisning. All medicinering ska ske i samråd med personen i fråga och efter relevant och för personen begriplig information. Vi ser det som oförenligt med läkares och sjuksköterskors professionsetik att medverka vid tvångsmedicinering i dessa sammanhang” (Vårdfokus, 2017-03-17).

**FAKTARUTA 14. TRANSPORTABILITETSINTYG
– BARNLÄKARE OM SIN ROLL I TVÅNGSAVVISNING**

Hur kunde det bli så?

För att doktorer, sköterskor, sjukgymnaster, socialarbetare och UD-tjänstemän är kuggar i en lång rad händelser som var och en tycks oproblematiska och moraliskt neutrala. Vi ansvarar för enskilda och till synes oskyldiga, till och med humanitära, länkar i händelsekedjan. Varje del är rationell och moraliskt försvarbar. ... Helheten är omänsklig, men uppdelningen i moment, betonandet av teknik och yrkeskunskap, gör att vi slipper konfronteras med helheten. Vi förvandlar moraliska ställningstaganden till tekniska val. Behovet att ta ställning till moraliska frågor uppkommer över huvud taget aldrig.

Vi deltar i något som kallas den sociala produktionen av moralisk likgiltighet. ... På detta sätt har den "offentliga vården" kommit att ingå i den byråkratiska hanteringen av den reglerade invandringen. Uppdraget är till synes tekniskt. Vård och vetenskap, liksom tjänstemän, bör av tradition vara neutrala. Omänskligheten finns inte med från början

(Jeppsson, 2005)

Etik och språk

Då autonomiprincipen (självbestämmande) är den viktigaste och främsta av de etiska principerna är det ett grundläggande krav i all vård och myndighetsutövning att patienten erbjuds tolkning till ett språk som hen behärskar till fullo. Det får även anses vara ett krav att tolken som används är professionell för att tolkningen ska vara av fullgod kvalitet och för att säkra patientens självbestämmande och rätt till information – som hen förstår i alla delar.

FAKTARUTA 15. ETISKA ÖVERVÄGANDEN

- En patient som vårdas på psykiatrisk avdelning har diagnostiserats med en diagnos som i patientens kultur anses vara skamlig. Vid samtal med ansvarig läkare fungerar patientens nära släkting som tolk. Denne vägrar översätta den fastställda diagnosen – för att "skydda" patienten.
- Hur hantera? Etiska överväganden?

Bara tolkning av god kvalitet räcker dock inte alltid. Många olika faktorer påverkar kommunikationen mellan vårdpersonal och patient både vad gäller hur man framställer och hur patienten förstår vad som blir sagt. Detta gäller bland annat kulturella faktorer, som vad man uppfattar som lämpligt eller acceptabelt att man förmedlar till andra, det sociala sammanhanget, utbildning och språkbruk. Så är till exempel upplevelsen av ångest universell medan själva ordet ångest inte finns i alla språk. Därför kan ord som betecknar nedstämdhet, sorgsenhet, ångest, ilska och andra emotioner inte utan vidare översättas till alla språk.

Det är därför viktigt – både ur ett etiskt perspektiv och för att uppfylla patientens grundläggande rättighet till information och självbestämmande – att vårdpersonal anstränger sig att använda för patienten acceptabla uttryck för bland annat psykisk smärta (Mårtensson & Åsberg, 2016).

FAKTARUTA 16. JAG FÅR INTE VÄLJA VEM JAG VÅRDAR

... Jag har stöttat kvinnor som är nazister ... Jag har funnits vid sidan hos muslimska kvinnor, katolskt ortodoxa och hos kvinnor som är Jehovas vittne. Jag har förlöst kvinnor med HIV och hepatit C. ... Jag har vårdat kvinnor som lever gömda, kvinnor med skyddad identitet och kvinnor med funktionshinder ... Jag har tagit cellprov på kvinnor som livnärt sig på att sälja sex.

Jag har träffat unga och gamla, friska och sjuka. De som älskar livet och de som inget annat hellre vill än att dö. Jag har mött människor som ser på världen på samma sätt som jag och de som har en syn som radikalt går emot min egen.

När de kommer till mig i min yrkesroll bemöter jag dem alla med respekt och anser inte att jag har rätt att välja vem jag vill träffa eller vårda. ...

Jag vill inte prata religion, politisk övertygelse eller livsåskådning. Det är vars och ens ensak att tro på vad hen vill men som vårdpersonal måste du lämna det utanför sjukhusdörren när du går på ditt pass. Den som söker sig till mig, och alla mina kollegor i sjukvården, befinner sig i en utsatt position och ska inte ens behöva fundera över hur hen ska bli bemött. Respekt för patienten är något som ska genomsyra hela vårdkedjan. ...

(Malin Bergander, nattbarnmorska Östra sjukhuset, Göteborg, utdrag ur debattartikel, Expressen, 18 april 2017.)

Samvetsstress

Samvetet säger oss att en viss attityd eller handlingslinje är rätt eller fel. Om man hamnar i en situation där det uppstår en konflikt mellan det privata samvetet och den professionella övertygelsen kan man tala om samvetsstress.

Då kan man behöva justera antingen sin privata moral eller sin professionella (SMER, 2008).

Medicinsk etik och mänskliga rättigheter – två sidor av samma mynt

Men räcker det då inte bara med etik, vetenskap och professionalitet? Måste man verkligen komplicera det med mänskliga rättigheter också?

Etik och mänskliga rättigheter har olika inriktning, även om de kan sägas röra samma frågor. Den etiska frågan för den professionelle är: Gör jag rätt mot min patient? Etik handlar om hur den enskilde själv ska handla för att göra rätt eller göra gott mot andra i sin omgivning. Etiska frågeställningar handlar om att identifiera och ta ansvar. Vilka värden kan skapas eller äventyras beroende på hur jag gör? (Blennberger, 2005.) Vad innebär egentligen ”mänsklig” och vad är ett mänskligt samhälle? Vad innebär det att arbeta med människor i dagens samhälle? (Christoffersen, 2007.)

Mänskliga rättigheter handlar om vilka rättigheter patienten har och frågan för den medicinska personalen blir: Vilka rättigheter är aktuella i denna situation och hur ska jag uppfylla dessa? Överväganden kring mänskliga rättigheter är därmed riktade utåt, mot individens (patientens) rättigheter.

Etik och mänskliga rättigheter kan trots dessa skillnader ses som ”två sidor av samma mynt”. Det finns ingen motsättning i förhållandet utan en ömsesidig förstärkning. Länken mellan etik och mänskliga rättigheter ligger i att uppfyllandet av den enskildes rättigheter förutsätter ett etiskt handlande, samtidigt som det etiska handlandet innefattar värdet av mänskliga rättigheter (Ife, 2008).

FAKTARUTA 17. ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Ett barn har vårdats på psykiatrisk avdelning på grund av krisreaktion kopplad till utvisningshot. Barnet bedöms inte länge vara i behov av slutenvård och avdelningsöverläkaren avser att skriva ut barnet. Barn och föräldrar blir fullständigt förtvivalade och vägrar att lämna avdelningen. De har en inbokad biljett veckan efter för vidare utvisning till annat land enligt Dublinförordningen.

- Hur hantera? Etiska överväganden?

Bemötande

Länken mellan etik och mänskliga rättigheter blir tydlig i ett *respektfullt bemötande*. Förverkligandet av den enskildes mänskliga rättigheter förutsätter ett etiskt handlande från den medicinska personalens sida, liksom det omvänt blir tydligt att det etiska handlandet innefattar värdet av mänskliga rättigheter.

Ordet bemötande används både för att beskriva individuellt bemötande och samhällets kollektiva bemötande (SOU, 1999:21), det vill säga såväl samspel mellan personer som mer övergripande förhållandet mellan verksamheter och de personer som verksamhetens stöd och service är till för (SOU, 1997:170).

Även om man inte tänker på det i vardagen har ett respektfullt bemötande, som ofta tar sig uttryck i små åtbörder, att göra med de centrala människorättsvärdena, framför allt värdighet. Med ett människorättsbaserat synsätt kan ett respektfullt bemötande ses som en utkrävbar rättighet, i likhet med andra mer tydligt definierade och avgränsade rättigheter.

Bemötande handlar om den grundinställning som präglar mötet i direkta kontakter och i övrigt (Blennberger, 2005), men även synsätt som förmedlas i till exempel lagar och regelverk (SOU, 1999:21). Brister i bemötande kan vara allt från nästan omärkliga, men kanske djupt upplevda, kränkningar till påtagliga övergrepp. Det kan även handla om att enskilda sätts i svåra situationer på grund av hinder som verksamheter sätter upp eller förhåller sig till, till exempel när äldre i behov av omsorg inte ges möjlighet att flytta till en annan kommun (SOU, 1997:170). Bemötande har stor betydelse för brukares och medborgares upplevelse av värdighet, identitet och livskänsla.

Respekt framstår som grunden i bemötande (Blennberger, 2005)

och kan till och med ses som ett grundläggande villkor för övriga centrala människovärden. Respekt för den enskilde innebär att ta till vara personens värdighet, integritet, frihet, likvärdighet och förväntan på rättvisa.

Länken mellan etik och mänskliga rättigheter blir tydlig i ett respektfullt bemötande. Förverkligandet av den enskildes mänskliga rättigheter förutsätter ett etiskt handlande från socialarbetarens sida, liksom det omvänt blir tydligt att det etiska handlandet innefattar värdet av mänskliga rättigheter (Banks, 2001).

Människorättsbaserad transkulturell psykiatri

Men vad kan då personal verksamma inom transkulturell psykiatri göra för att tillägna sig rättighetsbaserade metoder och förhållnings-sätt, för att uppfylla de mänskliga rättigheterna och inte bara vetenskap och beprövad erfarenhet, lagar och den medicinska etikens krav?

Kunskap och medvetenhet om de mänskliga rättigheterna som individens rättigheter och det allmännas skyldigheter är viktiga för att de ska förverkligas och skyddas (SOU, 2010:70).

Rättvisa, jämställdhet och icke-diskriminering inom hälso- och sjukvården är grundläggande i såväl vår lagstiftning och i en demokrati som i ett människorättsbaserat arbete i alla delar av processen och i bemötandet.

FAKTARUTA 18. ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Ska man skriva remiss för någon som inte har rätt till vård (på lika villkor)?

Att säkerställa full respekt för mänskliga rättigheter förutsätter att ett människorättsperspektiv förankras i ordinarie verksamheter. *Kunskaper* om mänskliga rättigheter är då helt avgörande. Mänskliga rättigheter behöver *genomsyra* arbetets vardag och därmed också dess förutsättningar i form av strukturer, rutiner och övriga ramar. Ett rättighetsbaserat arbetssätt berör verksamheten på tre skilda men samverkande nivåer. För var och en av nivåerna ställer mänskliga rättigheter frågor och kräver svar (Backman, 2010):

- personlig eller individuell nivå
- praktik- eller organisationsnivå
- systemisk eller samhällsnivå.

MR-baserat arbete

Ett människorättsbaserat arbete innebär inte bara att resultatet blir rätt och behovet uppfyllt utan även hur detta genomförs (processen). Bemötande och respekt för människan är därför avgörande. Insyn och tillgång till information är ett annat viktigt kännetecken på människorättsbaserat arbete som även har stöd i lagstiftning, men som i sig utgör en mänsklig rättighet för den enskilda människan. Detsamma gäller kravet på deltagande eller medverkan i alla delar av processen. Det gäller också grupper som är berörda.

FAKTARUTA 19. SKYLDIGHETER UTIFRÅN LÄKARETIK

En underläkare möter efter en förändrad asylpolitik en allt större ström av suicidala asylsökande patienter på jouten.

- Hur hantera etiska överväganden? Skyldigheter utifrån läkareetik?

Ett människorättsbaserat arbete förutsätter respekt för kulturella skillnader och kunskap hos personalen om olika kulturer och om behov och rättigheter hos människor från skilda kulturer. Det innebär också att kunna hantera gränserna mellan mänskliga rättigheter och respekt för kulturella traditioner, där skadliga traditionella sedvänjor, som kvinnlig könsstympning är ett tydligt exempel (Socialstyrelsen, 2016; OHCHR, 1995).

God kvalitet i utförda insatser och tjänster är ett krav i ett människorättsbaserat arbete, vilket även förutsätter att det finns system för uppföljning och utvärdering av arbetet med relevanta indikatorer för såväl resultat som bemötande.

De enskilda patienterna har rätt att förvänta sig att det finns välfungerande system för ansvarsutkrävande. I ett människorättsbaserat medicinskt arbete är patienter och grupper av patienter informerade om sina rättigheter och om de procedurer som finns att använda för ansvarsutkrävande och utvärdering (Hunt & Backman, 2008).

För det medicinska arbetets del innebär det att den enskilda patienten bemöts med ett människorättsperspektiv, även om lagstiftningen i sig inte är en rättighetslagstiftning. Med människorättsperspektiv avses att de mänskliga rättigheterna uttryckligen används som styrande för verksamhet och insatser av olika slag. I ett människorättsbaserat arbete är centrala människorättsvär-

den kärnan i allt man gör⁵. När ett människorättsperspektiv används är således en utgångspunkt att de mänskliga rättigheterna har ett egenvärde.

FAKTARUTA 20. DET PERSONLIGA ANSVARET

På den individuella nivån kan jag först och främst intressera mig för frågor om mina patienters mänskliga rättigheter. Det krävs dock mer för att arbeta på ett människorättsbaserat sätt. Några förslag är:

- Studera och lär om mänskliga rättigheter.
- Pröva och träna att använda ett människorättsbaserat arbete.
- Inte enbart tala om behov utan också om rättigheter.
- Tala om mänskliga rättigheter – med kollegor, chefer och patienter och anhöriga.
- Undvika att inskränka patientens rätt att vara delaktig och själv formulera sina behov och önskemål genom tolkningsföreträde eller lokala riktlinjer.
- Fråga: Ser jag respektfullt bemötande som en utkrävbar rättighet?

På praktik- eller organisationsnivå, det vill säga det som rör vård och arbetsformer inom hälso- och sjukvården, kan jag diskutera bland andra följande frågor:

- Är våra insatser utformade i samråd med våra patienter?
- Är våra patienter generellt delaktiga i planering av sin vård och behandling?
- Är den information vi ger tillräcklig och tillgänglig för alla?
- Vad görs för att tillgodose full rättssäkerhet för våra patienter?
- Finns det handlingsplaner för mänskliga rättigheter?
- Finns det möjlighet att utvärdera vårt arbete ur ett människorättsperspektiv?

⁵ FN, 2003:38.

Referenser

- A Common Understanding of a Human rights Based Approach to Programming.* UN Development Group, Förenta Nationerna (2003) hämtad 2017-04-05. <https://undg.org/document/the-human-rights-based-approach-to-development-cooperation-towards-a-common-understanding-among-un-agencies/>
- Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna (1948). New York: Förenta nationerna.
- Backman, G. (2010). I Björngren Cuadra (red.) *Omvårdnad i mångkulturella rum. Frågor om kultur, etik och reflektion*. Lund: Studentlitteratur.
- Banks, S. (2001). *Ethics and Values in Social Work*. 4:e upplagan. Basingstoke, Storbritannien: Palgrave.
- Bemötande av äldre. Trygghet självbestämmandevärdighet*, Slutbetänkande av Utredningen om bemötande av äldre, Statens offentliga utredningar, SOU 1997:170.
- Blennerger, E. (2005). *Etik i socialpolitik och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Christoffersen, S. A. (2007) (red.) *Professionsetik*. Lund: Gleerups.
- Engström, I. (2010). Läkarsällskapet instämmer – med vissa tillägg. *Läkartidningen*, 107(34): 1941–2.
- Etik – en introduktion*, Etiska vägmarken nr 1, 3e upplagan, SMER, Stockholm, 2008.
- General Comment No. 14, Substantive issues arising in the implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No 14 (2000), The right to the highest attainable standard of health.: 11/08/2000, E/C.12/2000/4, CESCR General comment 14.
- Gillon, R. Ethics needs principles—four can encompass the rest—and respect for autonomy should be “first among equals” *Journal of Medical Ethics* 2003;29: 307–312., hämtad 20170331 från <http://jme.bmj.com/content/medethics/29/5/307.full.pdf>.
- Human Rights and Social Work. A Manual for Schools of Social Work and the Social Work Profession*. Professional Training Series No 1, UN Centre for Human Rights, IFSW och IASSW. New York och Geneve: Förenta Nationerna, 1994.
- Hunt, P., Backman, G. (2008). Health systems and the right to the highest attainable standard of health. *Health and Human Rights*, 2008, vol 10, no 1
- Hälsa- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd*, prop. 2012/13:109.
- Ife, J. (2008). *Human Rights and Social Work. Towards a Rights-Based Practice*. Revised Edition. Cambridge: Cambridge University Press.
- Implementation of article 14 by State Parties, General comment No. 3, (CAT/GC 3), FN 2012.
- Mårtensson, B. & Åsberg, M. (2016). *Förstämmingsyndrom*, i *Psykiatri*, rev. 2016, Herlofson, J. (red.) Lund: Studentlitteratur.

- Schneider, S. *Realising the UN Convention on the Rights of the Child in Social Work Practice*. 1st ENSACT Joint European Conference. Social Action in Europe: Different Legacies & Common Challenges?, Dubrovnik, 2009.
- Socialstyrelsen (2014). *Vård för papperslösa – vård som inte kan anstå, dokumentation och identifiering vid vård till personer som vistas i landet utan tillstånd*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2016). *Kvinnlig könsstympning – ett stöd för hälso- och sjukvårdens arbete*. Stockholm: Socialstyrelsen, ISBN 978-91-7555-392-4.
- SOU (1999:21). *Lindqvists nia – nio vägar att utveckla bemötandet*, Betänkande från Utredningen om bemötande av personer med funktionsnedsättning, Statens offentliga utredningar.
- SOU (2010:70). *Ny struktur för skydd av mänskliga rättigheter*. Slutbetänkande av Delegationen för mänskliga rättigheter i Sverige.
- SOU (2011:48). *Vård efter behov och på lika villkor – en mänsklig rättighet*. Betänkande av Utredningen om vård för papperslösa m.fl. Stockholm: Fritzes.
- The right to the highest attainable standard of health* (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), General Comment No. 14, Committee on economic, social and cultural rights, ECOSOC, Geneva, 2000.
- Tydligt nej till tvångsmedicinering*, Vårdfokus, 2017-03-17, hämtad 2017-03-31 från <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2017/mars/tydligt-nej-till-tvangsmedicinering/>.
- UN Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR), *Fact Sheet No. 23, Harmful Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children*, August 1995, No. 23, available at: <http://www.refworld.org/docid/479477410.html>, hämtad 27 april 2017.
- Undocumented Migrants have Rights. An Overview of the International Human Rights Framework., Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM), Bryssel, 2007.

21. Utbildning och vidareutbildning av personal

MARIA SUNDVALL

I takt med att samhället blivit mer mångkulturellt har man uppmärksammat att det saknas kunskap i vården om kulturella aspekter av vårdmötet. I perioder av ökad invandring av flyktingar med traumatiska erfarenheter och med en utsatt position i det svenska samhället har det även blivit tydligt att det fordras ökad kunskap i vården om trauma och migrationens effekter (Sveriges Kommuner och Landsting, 2017).

Men vilken kunskap är det som behövs? I flera länder, främst USA, har begreppet ”kulturkompetens” kommit att sammanfatta den utbildning man anser att vårdpersonalen behöver. Begreppet har kritiserats för att det riskerar att reducera kultur till en teknisk färdighet, eller för att presentera kulturella stereotypier eller falskt tillvita patienter egenskaper utifrån en antagen grupptillhörighet. Alternativa termer som har föreslagits är kulturell ödmjukhet, kulturell trygghet, kulturell känslighet eller kulturell lyhördhet (Bäarnhielm & Mösko, 2012).

Det fordras även en vidare kunskap hos vårdpersonal om sociala förhållanden och hur sociala bestämningsfaktorer påverkar hälsan. Den kanadensiske psykiatern Laurence Kirmayer har skrivit att klinikern behöver fantasi för att få berättelser att gå ihop. Fantasin provas av att patientens berättelser innehåller livsomständigheter utanför klinikerns egna erfarenheter (2003).

I svenska grundutbildningar för vårdpersonal tas transkulturella frågor endast upp i begränsad omfattning, och upplägget varierar

från lärosäte till lärosäte (Bäärnhielm & Mösko, 2012; Hadziabdic, Safipour, Bachrach-Lindström & Hultsjö, 2017).

I den senaste målbeskrivningen för ST-läkare ingår ett delmål om "Etik, mångfald och jämlikhet" för alla specialiteter. Den specialistkompetenta läkaren ska enligt detta mål "kunna bemöta människor som individer och med respekt oberoende av kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder" (Socialstyrelsen, 2015). Målet uppnås såväl genom klinisk tjänstgöring som genom kurser och man rekommenderar också deltagande i reflektionsgrupp.

När Socialstyrelsen 2016 publicerade en analys av hälso- och sjukvårdens och tandvårdens möjligheter att erbjuda god vård till asylsökande och nyanlända betonades behovet av utbildning med avseende på transkulturell kompetens och bemötande (Socialstyrelsen, 2016). Sveriges Kommuner och Landsting betonade i en rapport vikten av ett kunskapslyft kring följande teman: migrationsstress före, under och efter flykt, hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och unga, stöd och behandling samt vardagsnära utförande (Sveriges Kommuner och Landsting, 2017).

Transkulturellt Centrum, som är ett kunskapscentrum med uppdrag att ge utbildning, konsultation och handledning till vårdpersonal kring teman som rör migration och hälsa, har genom åren gjort flera kartläggningar av vårdpersonalens utbildningsbehov. Det har dels skett i form av organiserade brukarinventeringar med intervjuer med personal och chefer i vården, dels i form av systematiska förberedelser och uppföljningar av större utbildningar i form av fokusgruppsintervjuer och enkäter (Bäärnhielm, Edlund et al., 2014). I dessa kartläggningar har följande utbildningsönskemål återkommit:

- utbildning om trauma och att identifiera trauma i korta möten i akutvård eller vid hälsoundersökningar
- språkliga och kulturella aspekter av psykisk ohälsa, hjälpsökande och bemötande
- rätt till vård och regler kring denna
- intygsskrivning
- speciella grupper – till exempel ensamkommande ungdomars eller äldre migranternas – behov

- behandlingsbehov under asylprocessen inklusive bedömning av suicid, flyktingtillvarons faser, ”avslagskrisen” och behandlarens egna reaktioner och känslor
- samverkan med andra aktörer (inte enbart som en utbildningsinsats utan som en verksamhetsutveckling).

Från de breda personalgrupper utanför vården – boendepersonal, lärare, elevhälsan, socialtjänstens handläggare – som i dag möter flyktingar med psykisk ohälsa framförs framför allt behov av utbildning kring ensamkommande barns och ungdomars behov, kring bedömning av psykisk ohälsa och suicidalitet och resiliensstärkande bemötande i vardagen.

För att möta detta behov har utbildningar kring begreppet ”Traumamedveten omsorg” utvecklats. I Sverige är det främst Rädda Barnen som utvecklat introduktions- och fördjupningsutbildningar kring TMO, inspirerade av och i samarbete med den australienske psykologen Howard Bath.

Ett annat exempel på stöd till personal som deltar i omsorgen av nyanlända flyktingar är Västra Götalandsregionens beslut 2016 att erbjuda personal på asyl- och anläggningsboenden kompetenshöjande insatser i form av föreläsningar och konsultation.

Sveriges Kommuner och Landsting genomför sedan 2016 en bred satsning med statliga medel för att nationellt implementera resultat och arbetsmetoder för att stärka en positiv hälsoutveckling för asylsökande och nyanlända. Insatserna beskrivs i rapporten *Hälsa i Sverige* för asylsökande och nyanlända (2017). En rad utbildningar genomförs runt om i landet, ofta för blandade grupper från landstingsvården och kommunal omsorg.

Transkulturellt Centrum har utvecklat former för utbildning med starka inslag av personlig reflektion och interaktivitet med föreläsarna. Tidigare utvärderingar har visat på betydelsen av emotionella aspekter av inlärningen, vilka stärks av sådana inslag som patientdeltagande, personliga berättelser, fallpresentationer och tid för egen reflektion (Bäärnhielm, Edlund et al., 2014). Tidigare erfarenheter av att utbildningar har svårare att nå färdighetsmål än att påverka kunskaper och attityder har lett till att centret utvecklat praktiska kurser, med hemuppgifter mellan kurstillfällena, då deltagarna får tillämpa kunskaper i verkliga patientmöten (Sundvall, 2015).

Hur bör utbildningen i transkulturell psykiatri för psykiatrer se ut?

- I läkarutbildningen bör det ingå återkommande moment kring sociala förhållandens påverkan på hälsan, kulturella aspekter av sjukdomsuttryck och vårdmöte, språk och tolkning, psykotraumatologi samt etiska aspekter av vårdmötet. Det är angeläget att förankra kulturella aspekter, som intresset för alla patienters hela verklighet, inte som kunskap som enbart gäller migranter.
- I ST-utbildningen bör det utvecklas kurser om trauma samt kurser för att möta delmålet om ”Etik, mångfald och jämlikhet”. I den kliniska utbildningen bör det ingå erfarenhet av transkulturell psykiatri.
- Fortbildning av psykiatrer organiseras lämpligen med klinisknära innehåll, med till exempel fallbaserade seminarier utifrån deltagarnas egna erfarenheter och kurser i praktisk tillämpning av kulturformuleringsintervjun. När det gäller klinisknära frågeställningar är det ofta lämpligt att ordna gemensam utbildning för hela vårdteamet.
- All personal behöver ständigt uppdaterad information och vid behov utbildning om lagar som styr vården, samverkansaktörer inom andra myndigheter, nya regler vad gäller intyg och så vidare.

Tips om utbildningar

Här är några exempel på återkommande eller mer omfattande utbildningar och institutioner/organisationer som erbjuder utbildningar kring transkulturell psykiatri, migrationsrelaterad hälsa och trauma:

- SKL:s kunskapslyft ”Hälsa i Sverige för nyanlända och asylsökande” ordnar en rad utbildningar på olika håll i landet, <https://www.uppdragpsyiskhalsa.se/asylsokande-och-nyanlanda/>
- Rädda Barnen ordnar utbildningar på olika nivåer kring traumamedveten omsorg, <https://www.raddabarnen.se/vad-vi-gor/mer-om-vad-vi-gor/traumamedveten-omsorg/>
- Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, Uppsala universitet, ordnar en årlig, fristående kurs i psykotraumatologi, 15 hp.
- Kris- och traumacentrum i Stockholm erbjuder nationellt tillgängliga utbildningar, bland annat en årlig tvådagarskonferens om traumatisering.
- Vid Kunskapscentrum demenssjukdomar i Region Skåne finns Migrationsskolan som arbetar med att förbättra demensvården för personer födda utomlands och som bland annat ordnar webbutbildningar.
- Transkulturellt Centrum i Stockholms läns landsting ordnar i samarbete med Karolinska institutet en årlig utbildning i ”Transkulturell psykiatri – migration, psykisk ohälsa och trauma”, 7,5 hp. Transkulturellt Centrum erbjuder även webbutbildningar kring samma teman.
- I specialistutbildningen för ST-läkare i psykiatri och barn- och ungdomspsykiatri ordnas så kallade Metiskurser kring transkulturell psykiatri och kring trauma hos barn och unga, <http://www.metiskurser.se/>

Referenser

- Bäärnhielm, S. & Mösko, M. (2012). Cross-cultural training in mental health care - challenges and experiences from Sweden and Germany. *European Psychiatry*, 27 (Suppl 2): 70-5. doi: 10.1016/S0924-9338(12)75711-5.
- Bäärnhielm, S., Edlund, A. S., Ioannou, M. & Dahlin, M. (2014). Approaching the vulnerability of refugees: evaluation of cross-cultural psychiatric training of staff in mental health care and refugee reception in Sweden. *BMC medical education*, 14: 207. doi: 10.1186/1472-6920-14-207.
- Hadziabdic, E., Safipour, J., Bachrach-Lindström, M. & Hultsjö, S. (2016). Swedish version of measuring cultural awareness in nursing students: validity and reliability test. *BMC Nursing*, 15: 25. doi: 10.1186/s12912-016-0146-6.
- Kirmayer, L. J. (2003). Failures of imagination: The refugee's narrative in psychiatry. *Anthropological medicine*, 10(2): 167-85. doi: 10.1080/1364847032000122843.
- Socialstyrelsen (2015). *Läkarnas specialiseringstjänstgöring – målbeskrivningar 2015*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-4-5>.
- Socialstyrelsen (2016). *Hälsa- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända*. Slutrapport oktober 2016, s. 48. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20370/2016-10-13.pdf>.
- Sundvall, M. (2015). Kan man utbilda i "kulturell känslighet"? – erfarenheter från en metodutveckling i arbetsplatsanpassad utbildning. *Socialmedicinsk tidskrift*, 92(1): 63-69.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2017). *Hälsa i Sverige för asylsökande och nyanlända*. Slutrapport S2015/06414/FS, s. 11, s. 13. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtad från <https://skl.se/download/18.18efb8dc15a60e54b23a68f9/1488290534341/halsa-i-sverige-for-asylsokande-och-nyanlanda.pdf>.

