

Traumatiska belastningar hos vuxna flyktingar:

När ohälsan tiger still – eller talar bruten svenska



En stor del av flyktingarna i Sverige har traumatiska erfarenheter som orsak till psykisk och psykosomatisk ohälsa. Den verkliga frekvensen är svår att fastställa på grund av metodproblem i transkulturell psykiatrik och psykologisk forskning. Underdiagnostik är vanligt förekommande i klinisk verksamhet. Artikelförfattarna redovisar och diskuterar relevansen av föreliggande svenska och internationella data samt ger förslag till hur epidemiologiska studier inom området kan förbättras i framtiden.

Att flyktingar ofta har en traumatisk bakgrund i sitt hemland och under flykten är implicit i termen flykting. Detta har dock på något sätt ofta kommit bort i den allmänna debatten. När flyktingarna väl kommit till Sverige är de nämligen politiskt och byråkratiskt sett invandrare och i denna egenskap föremål för utbildnings- och arbetsmarknadspolitiska åtgärder. Idag visar skolan (Svenska för invandrare, SFI) sällan förståelse för bakgrunden till inlärningsproblemen.

Flyktingarna blir också föremål för skarpt dikotomiserade politiska debatter och bereder mottagarlandet stora bryderier. Deras livsvillkor är ofta pro-

blematiska. Marginalisering, bidragsberoende och bristande integration är förhållanden som ofta lyfts fram i debatten.

Frågan om introduktion av flyktingar i Sverige idag har nyligen behandlats i en rapport från Statens Invandrarverk, där ca 400 undersökningar av olika aspekter av flyktingmottagandet i Sverige, såsom introduktion, integration, språkinläring och hälsosituation, sammanställts och analyserats [1]. Av rapporten framkommer bl a att ett schablonartat omhändertagande och en bristande medvetenhet om hälsoproblem orsakade av tidigare traumatisering kan leda till otillfredsställande situationer när det gäller planering och resursutnyttjande, hälsoutveckling för individer och i konsekvens av detta bristande integration.

I betänkandet »Lika möjligheter» (SOU 1997:82) [2] framhålls att många nyanlända har hälsoproblem, att eventuella hälsoproblem skall uppmärksammas tidigt och att vid behov initiativ skall tas till rehabiliterande insatser.

I betänkandet föreslås en lag om introduktionsprogram för vissa nyanlända invandrare. I §5 föreskrivs att kommunerna skall uppmärksamma nyanlända invandrades hälsoproblem och vid behov ta initiativ till rehabiliterande insatser.

Vi kan dock inte undgå att göra den kritiska reflektionen att utredningen inte tillräckligt betonar att mottagandet även handlar om oss, inte bara om det annorlunda, dvs nyanlända flyktingar. I utredningen saknar vi således förslag till:

1. Lokala policyprogram för samarbete mellan flyktingmottagandet i kommunen, primärvården och psykiatrien, inklusive arbete med tillämpandet av mänskliga rättigheter.

2. Behovet av integrering av mångkulturell kunskap i vårdutbildningar (läkare, psykologer, socionomer, sköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter m fl) och kontinuerlig kompetenshöjning för personal i mottagningsssystemet om traumans effekter på hälsan.

3. Vikten av långsiktig forskning som bör prioriteras på lokal, nationell och internationell nivå.

SERIE Mångkulturell vård

Detta är fjärde avsnittet i serien mångkulturell vård. De tidigare har varit införda i nr 10/98, 11/98 och 12/98.

Rädsla för diagnostik

Traumatiska belastningar är entydigt en orsak till psykiatrisk och psykosomatisk ohälsa, och kan förklara en viktig del av problemen under integrationsprocessen. Det har därför ett egenvärde att skapa sig en uppfattning om förekomsten av traumatiska belastningar i flyktinggruppen.

Detta är viktigt inte enbart ur humanitär och medicinsk synvinkel utan är också av stor betydelse för att sjukvårdens resurser används på ett effektivt sätt; med andra ord att man diagnostiserar och behandlar rätt åkomma.

Diagnostiken av följd tillstånd till traumatiska belastningar hindras av många psykologiska och sociala faktorer, både hos den drabbade och hos behandlare. »Du kan få det på dig!» är en välfunnen metafor som en kollega har myntat. Rädslan att stigmatisera eller bli stigmatiserad är ett annat hinder.

Det största hindret är dock att kunskapen om det posttraumatiska stressyndromets, PTSD (se tidigare artiklar i Läkartidningen), mångfaldiga psykiska och psykosomatiska manifestationer fortfarande inte vunnit den spridning som skulle behövas för att identifiera detta syndrom. Syndromet är den vanligaste manifestationen av följderna till extremt trauma och leder ofta till diffusa eller svårtolkade somatiska symtom.

Men den absolut viktigaste orsaken till att förekomsten av PTSD i befolkningen är okänd är emellertid att diagnosen först i och med ICD-10 finns med i WHO:s diagnosregister. En stor del av i dag aktiva läkare saknar därför utbildning om problemområdet.

Svensk epidemiologi

Redan 1988 konstaterade Nordström och Persson att fängelse och tortyr var vanliga orsaker till psykiska och somatiska symtom hos flyktingar, och de efterfrågade en epidemiologisk studie i

Författare

HANS PETER SÖNDERGAARD

överläkare, Centrum för tortyr- och traumaskadade (CTD), Stockholm, och avdelningen för stressforskning, Karolinska institutet, Stockholm

SOLVIG EKBLAD

enhetschef, Enheten för invandramiljö och hälsa, Statens institut för psykosocial miljömedicin (IPM), Stockholm; docent i transkulturell psykologi vid Karolinska institutet, Stockholm.

Sverige [3]. De redovisade sina egna försök att kartlägga traumatiska belastningar och att de då stött på problem i form av att frågor kring dessa händelser var provocerande.

De uppskattade dock att 40 procent av flyktingarna vid en rutinhälsokontroll på den dåvarande mottagningen vid Roslagstulls sjukhus i Stockholm uppgett att de varit utsatta för tortyr eller suttit fängslade.

Fortfarande finns ingen god epidemiologisk studie angående förekomsten av PTSD i Sverige. Man får dock anta att större delen av fallen förekommer i flyktingpopulationen.

I en longitudinell studie 1985–1986 jämförde Kjellin och medarbetare [4] 79 flyktingar med 311 Västeråsbor i samma åldersintervall med syftet att öka kunskapen om flyktingarnas hälsotillstånd och vårdbehov. En större andel flyktingar ansåg sig må sämre än sina jämnåriga svenskar. Både män och kvinnor bland flyktingar uppgav fler symtom än svenskarna samt sökte nästan dubbelt så mycket vård.

Symtombilden hade inte förändrats vid en uppföljning 1991, med undantag för att kvinnorna hade försämrats vad gäller somatiska eller psykosomatiska symtom. Enligt forskarna har dessa hälsoskillnader, som varierar med flyktingarnas kön, ålder, civilstånd och språkkunskap, att göra med flyktingarnas arbetsförhållanden och levnadsvillkor i vårt land och inte med deras kulturella bakgrund.

Inte överrepresenterade

I en studie från en psykiatrisk sektor i Stockholm av akutfall som sökte på psykiatriska akutmottagningen vid Karolinska sjukhuset visade flyktingar och invandrare ingen överrepresentation i eller överutnyttjande av psykiatri [5]. Ett anmärkningsvärt bifynd var att alkoholrelaterade syndrom var sporadiska hos flyktingar och utomnordiska invandrare. Al-Baldawi har dock rapporterat ett stort inslag av missbruk av rökheroin bland personer från Mellanöstern vid en narkomanvårdsklinik och varnat för möjligheten av ett dolt missbruk [6].

Ferrada-Noli [7] visar i sin avhandling att självmordsbenägenheten är större bland PTSD-patienter än i övriga befolkningen, och att det finns skillnad mellan invandrare och svenskar beträffande när på året störst respektive minst antal självmord begås. Han har också pekat på bristande statistikrutiner när det gäller självmord bland asylsökande.

I Stockholms län kommunplacerades år 1995 sammanlagt 2 503 flyktingar och anhöriga med permanent uppehållstillstånd. För 1996 är siffran 2 003, varav 1 233 flyktingar och 770 anhöriga.

På de tre enheter som då behandlade tortyr- och traumaskadade flyktingar i Stockholms län (Röda korsets Center för torterade flyktingar, Centrum för tortyr- och traumaskadade, CTD, och Bosnienprojektet, som var under avveckling) togs sammanlagt 399 remisser emot under 1996; av dessa var 164 remitterade direkt från flyktingbyrå inom socialtjänsten i samband med mottagningsverksamheten. Antalet direktermitterade patienter, ca 13 procent av de nyanlända flyktingarna, kan anses återspegla toppen av isberget.

Under samma period behandlades ett okänt – sannolikt ett större – antal patienter inom primärvård, privat sjukvård och allmänpsykiatri. De 399 remisserna avser sannolikt dels de flyktingar som inte bedömdes kunna tas om hand inom allmänpsykiatri eller primär- och socialvård (som tycktes hantera de patienter som klarade sig med enklare behandlingsmodeller), dels de som av rädsla för kontroll och stigmatisering undvek specialistmottagningar [8].

En studie från en psykiatrisk öppenvårdsmottagning inom ett invandrantät område i Stockholms län visade att 40 procent av invandrapatienterna hade diagnosen PTSD. Detta förhållande hade tidigare inte uppmärksammats inom den kliniska rutinverksamheten på samma mottagning [9]. En fortsatt studie på mottagningen visade att personalen kan fänga upp patienter med PTSD genom användning av en strukturerad psykiatrisk intervju tillsammans med en validerad psykometrisk metod som inkluderar kvalitativa frågor om trauma [10].

I en annan invandrantät sektor i Stockholm har man uppskattat att prevalensen av PTSD bland invandrare är hög, men på grund av statistikrutiner kan dessa kliniska intryck inte beläggas med siffror. Man fann att 4 procent av invandrapopulationen i området hade en psykiatrisk behandlingskontakt per år, jämfört med 2,6 procent av den svenska befolkningen [11].

I en utvärdering av avslutade behandlingar på två av ovanstående specialenheter i Stockholm – CTD och Röda korsets Center för torterade flyktingar – fann man att patienterna förbättrades, men att de fortfarande efter avslutad behandling hade en dålig hälsosituation jämfört med befolkningen i stort [12].

Tortyr vanligaste orsaken

I en retrospektiv genomgång [13] av 100 slumpvis utvalda avslutade patientärenden från CTD – mindre än 10 procent av avslutade behandlingar – noterades att 49 procent hade PTSD som behandlingsdiagnos; bland patienter med uppgift om tortyr var frekvensen 84 procent och bland övriga patienter 18

procent. Dessutom uppfyllde 18 procent diagnostiska kriterier för två psykiatriska diagnoser – i typfallet PTSD och depression.

I journalmallar registrerades förutom behandlingsdiagnos bl a traumatiska händelser som patienten tagit upp under behandlingsförloppet. Personalen registrerade tolv olika traumatiska händelser som var vanliga i en flyktingpopulation, med utrymme för en »reservhändelse». Dessa »reservhändelser», som är sällsynta, kan i det enstaka fallet vara till exempel misshandel inom äktenskapet eller traumatiska upplevelser i Sverige [n = 4]. I genomsnitt uppgavs varje flykting ha 3,4 olika specifika traumahändelser.

Sambandet mellan fängelsevistelse och tortyr i denna grupp från oroshärdar i bland annat Mellanöstern var mycket högt. Däremot fanns i denna hårt belastade patientgrupp inga signifikanta samband mellan en PTSD-diagnos och till exempel krigsupplevelser, flykt, underjordiskt liv eller vistelse i flyktingläger (Tabell I). En rimlig slutsats är att tortyr är den viktigaste orsaken till PTSD i vårt patientmaterial.

I analysen av dessa 100 patienter framstår övriga registrerade traumatiska upplevelser som signifikanta faktorer för en PTSD-diagnos; nämligen fängelsevistelse, som i vårt material har en hög korrelation till tortyr (0,48); att ha bevittnat våld mot andra (0,32); dödshot (0,36).

Dessutom var PTSD-diagnosen klart korrelerad till kön; män fick oftare denna diagnos, medan kvinnor oftare sökte för andra besvär och uppgav också – förutom våldtäkt som förekom i sex fall – mer indirekt traumatisering.

Antalet diagnoser – antingen ingen diagnos, en diagnos eller dubbeldiagnos – var signifikant korrelerat ($p < 0,01$) till tortyr (0,26), fängelse (0,25) och PTSD (0,4). Även antalet traumatiska upplevelser var korrelerat till antalet diagnoser ($p < 0,013$). Manligt kön var en riskfaktor för ett större antal traumatiska händelser ($p < 0,008$) (Tabell I).

I en aktuell undersökning i tre Stockholmskommuner fann man att 25 procent av nyanlända kommunplacerade flyktingar på förfrågan uppgav tortyrupplevelser [14]. I Psykiatriutredningen [15] gjordes en uppskattning av antalet behandlingskrävande traumatiserade flyktingar. Enligt denna bedömning finns det tiotusentals flyktingar som lider av psykiska eller fysiska men av tortyr, krigsskador och andra traumatiska händelser.

Sammanfattningsvis är detta det närmaste som man i dagsläget kan komma för att karakterisera problemets storleksordning i Sverige. ►

ANNONS

ANNONS

Tabell I. 100 patienter som efter permanent uppehållstillstånd remitterats till Centrum för tortyr- och traumaskadade för diagnostik eller behandling ($\chi^2 = 38,72$, $p < 0,00$). PTSD = posttraumatiskt stressyndrom. Antal.

	PTSD	Ej PTSD	Totalt
Uppgift om tortyr	37	7	44
Ej uppgift om tortyr	12	44	56
Totalt	49	51	100

Studier bekräftar

En inventering av 80 studier inom området migration och psykisk hälsa, publicerade från och med 1980 till och med våren 1995, visar att psykiskt trauma alltid har negativ effekt på den psykiska hälsan [16].

I en norsk befolkningsundersökning visades att risken för att någon gång under livet utveckla symtom på PTSD, helt eller delvis, var 8,8 procent [17]. Bland bosniska överlevande från koncentrationsläger fann man en prevalens mellan 45 och 90 procent i en grupp som följdes över tid [18]. Bland iranska flyktingar i Tyskland fann man att torterade individer framför allt led av PTSD, men också av samtidig förekomst av depression, ångest och somatiseringssyndrom [19].

I en översikt av Silove och medarbetare [20] konstaterades att kliniskt baserade forskningsstudier visat att depression förekommer hos 42–89 procent av flyktingar och PTSD hos 50–100 procent. När det gäller populationsbaserade studier, speciellt i Nordamerika, visar dessa författares sammanställning av tillgängliga studier att prevalensen för PTSD bland flyktingar varierade mellan 3,5 och 86 procent.

PTSD är således vanligt bland flyktingar. Inom övriga befolkningen anses sjukdomen ovanlig, men i epidemiologiska studier i USA har man funnit att tillståndet är vanligt inom vissa befolkningsgrupper, såsom krigsveteraner, katastrofdrabbade eller individer som lever i områden med hög förekomst av våldsbrott [21, 22].

I Sverige begicks det under året 1995 totalt 158 415 våldsbrott [23]. Brottsoffer löper stor risk att utveckla PTSD [22]. Inom allmänpsykiatri finns det ett mindre antal svårbehandlade och resurskrävande patienter som anses ha upplevt barndomstraumatisering i form av sexuell utnyttjande, våld eller sviktande omsorg. På grund av detta faktum är kunskap om traumatiserade individer av stort värde även för att bättre förstå – och ytterst behandla – dessa problem i den allmänna befolkningen [24–29].

Attityder till psykiatri

Tillgängliga svenska studier visar att det finns en tendens bland invandrare att söka akutsjukvård i stället för primärvård, och att detta är associerat med en ökad mortalitet. Ännu så länge saknas studier och interventionsprogram som fokuserar på flyktingars specifika diagnoser, behandlingsresultat och psykosociala riskfaktorer i samband med besök inom akutsjukvården.

Flyktingars attityder till psykiatri och nervösa besvär speglar traditionen från deras hemländer och försvårar ofta kontakterna med den svenska vårdparaten. Dessa svårigheter kan gälla såväl för nyanlända som för utlandsfödda som bott länge i Sverige.

Underdiagnostik av PTSD inom allmänpsykiatri är dock ett väletablerat faktum som möjligen kan förklaras av att individerna så småningom utvecklar andra samtidigt förekommande och mer välkända störningar, såsom personlighetsförändringar, ångest och depression, som överskuggar PTSD-tillståndet när detta består en längre tid [29–31].

Även alexitymi, dvs oförmåga att bli varse egna känslor; en känslomässig »avtrubning», är vanligare vid PTSD och hos traumatiserade individer överhuvud taget, och anses ha samband med en ökad sårbarhet för psykosomatisk sjukdom [32].

En del av de karaktärsavvikelser som förknippas med PTSD, om tillståndet kvarstår obehandlat, kan till exempel hänga samman med aggressivhetsproblem under förändrade medvetandetilstånd, vilket i sin tur skulle kunna leda till att nästa generation drabbas [27, 33–43]. PTSD tycks också fungera som en mediator för dålig medicinsk hälsa [44–50]; icke enbart för somatisering av psykologiska besvär, vilket redan är allmänt accepterat.

Bestående PTSD hos flyktingar med traumatiska upplevelser utgör ett betydande samhällsekonomiskt problem och ger upphov till exempelvis svårigheter i föräldrafunktionen med återverkningar i nästa generation, bidragsberoende och dålig integration på arbetsmarknaden. Praktisk erfarenhet visar också att symtombelastningen är intimt sammanvävd med aktuella livshändelser [51], det sociala nätverkets kvalitet samt tillgången på behandling. Dessa aspekter är dock otillräckligt studerade.

Krav på kulturkompetens

Resultaten från de studier som faktiskt finns är svåra att jämföra eftersom olika undersökningsinstrument har använts. Ett annat problem är att studierna huvudsakligen har varit korrelationsstudier och att gruppen nyanlända ibland jämförs med invandrare som vis-

tats i Sverige några år eller med majoritetsbefolkningen.

Det är viktigt att man i tolkningen av sina resultat inte utgår ifrån majoritetsbefolkningens kulturella värderingar. Därför finns här ett behov av fortsatta studier kring mätmetoder, såväl kvalitativa som kvantitativa.

Speciellt inom området migration och hälsa behöver kulturkompetensen utvecklas i fråga om metodval. Det råder en oenighet bland forskarna huruvida kulturell olikhet skall inkluderas i såväl de faktiska forskningsinstrumenten som i klassifikationen av psykopatologi, s k »etic-emic paradigm» [52].

Kleinman [53] talar om vikten av att forskningen är förankrad i »the local ethnographic context». Kulturella faktorer kan vara såväl skyddande som sjukdomsframkallande. Speciellt inom områden såsom diskriminering och andra dimensioner i relation till hopp och inflytande över sin situation har det i litteraturen visat sig vara relevant att använda kvalitativa metoder [54–56].

Ju större det kulturella avståndet är för flyktingbarnet och dess familj till vår egen kultur och ideologi, desto större är olikheterna i synen på meningen med livet, våld, hälsa etc [57].

Vi vet idag att flyktingskapets olika faser kräver olika bemärtningsstrategier, alltifrån positivt undvikande och förnekande till tillit och existentiell omvärdering [58]. Här måste vi dock skilja mellan yttre anpassning och inre lidande, och frågan kvarstår om psykisk och social hälsa i vissa kulturer är sammanvävda.

När en individ utsätts för traumatisk stress har denne i varierande grad tillgång till resurser i form av yttre stöd och inre stabilitet. Traumatiska specifika innebörd för den enskilde blir avgörande för symptomutvecklingen. Förmågan till egenmakt (engelska »empowerment») och känslan av kontroll över sin situation är viktiga faktorer i arbetet med att förebygga ohälsa.

Antonovsky [59] beskriver i sin bok »Hälsans mysterium» tre viktiga faktorer som befrämjar hälsa:

1. Begriplighet – upplevelsen av att det finns struktur och ordning i världen, att det mesta som sker är förutsägbart.

2. Hanterbarhet – en känsla av att ha resurser till förfogande för att kunna möta de krav som ställs, att resurserna finns hos en själv, föräldrar, lärare, politiker eller Gud.

3. Meningsfullhet – en känsla av att ens liv har en mening och ett socialt värdefullt innehåll.

En viktig aspekt i transkulturell psykiatrik och psykologisk forskning är behovet av kulturell ekvivalens (= likvärdighet) mellan olika språk ifråga om begreppen hälsa och ohälsa. Enligt Mar-

ANNONS

sella [60] finns det fyra typer av ekvivalens att ta hänsyn till vid metodvalet:

1. Språklig ekvivalens – att orden översätts på ett adekvat sätt.

2. Begreppsekvivalens – att begreppet har samma mening i olika kulturer.

3. Skalekvivalens – att skalstegen i svaren på frågorna uppfattas på samma sätt. Analfabeter behöver en speciell metod.

4. Normativ ekvivalens – att likvärdiga normer används vid jämförelse av resultaten.

Ytterligare utmaningar avseende mätproblemen återfinns i [16].

Intervjupersonal bör ha transkulturell kompetens. Vi vet att intervjuare har större tillit till en intervjuare med lika etnisk och språklig bakgrund samt lika kön [61].

En effekt av att ha varit utsatt för psykiskt trauma är att tilliten till andra (inklusive intervjuare) kan vara låg. Risken för misstänksamhet och förtroendebrist från den intervjuade i samband med intervju kan inte uteslutas. En vanligt förekommande oro hos sjukvårdspersonal angående traumatiserade individer är huruvida man kan ställa till problem genom att fråga om traumatiska händelser eller konfrontera patienten med dessa under en behandlingsfas [9, 10]. Dock råder en generell enighet om att detta inte kan vara till skada.

Etisk granskning skall alltid göras innan intervjuer påbörjas; något som inte alltid görs i praktiken.

Behovet av framtida studier

Transkulturell epidemiologi som disciplin har tenderat att anlägga ett etiskt perspektiv (*etic* i motsats till *emic*), dvs en strävan efter att forska på likheter över kulturgränser och att använda lika metoder, begrepp och mätningar i olika områden för att därigenom öka generaliserbarheten av fynden. Dock har denna disciplin kritiserats för att betona reliabilitet på bekostnad av validitet [52]. Antropologer betraktar de kvalitativa olikheterna, och deras antaganden är att kulturen formar individens utveckling och hans/hennes biologiska och psykologiska beteenden (s k kulturellt definierade syndrom).

En kombination av båda dessa inriktningar är därför att föredra vid epidemiologisk forskning i framtiden, exempelvis genom att våra västerländska hälsomått används tillsammans med öppna frågor (se ruta) om den intervjuades egen uppfattning och tolkning av sitt beteende i den sociala kontexten.

Det är angeläget att utveckla och pröva nya metoder för att kunna erhålla hälsodata av god kvalitet även för utsatta befolkningsgrupper. Här behövs kliniska och vårdvetenskapliga kartläggningar där huvudintresset är hur flyk-

tingar bemöts och tas om hand inom hälso- och sjukvården samt vilka speciella behov de har. Då först kan vi planera sjukvårdsresurserna på ett mer adekvat sätt och närma oss målet ökad jämlikhet i hälsa.

Vi behöver nå denna målgrupp så tidigt som möjligt, dvs redan vid ankomsten, för att ha någon chans att se deras behov och kunna vidta stödåtgärder. Idag får cirka en fjärdedel av de asylsökande tillstånd att stanna; i och med att den ökande gruppen av kvotflyktingar som kommer till vårt land har oerhört svåra traumatiska upplevelser bakom sig är det högst angeläget att sätta in insatserna för dessa målgrupper.

FAKTARUTA

Förslag till teman för kvalitativ intervjuansats.

Den intervjuade får beskriva:

1. Sin nuvarande och tidigare hälsa, när mår denne bra etc.
2. Sina erfarenheter av att söka hjälp för sina besvär inom sjukvården.
3. Effekter av eventuella symtom på hem- och familjeförhållanden samt på arbete och vänner.
4. Viktiga händelser i livet.
5. Hur han/hon förklarar sina besvär, liksom kommentarer från omgivningen.
6. Hopp om åtgärder inför framtiden för att må bra.
7. Eventuella övriga kommentarer.
8. Intervjuaren sammanfattar samtalet, med återkoppling från den intervjuade.

De praktiska svårigheter som uppstår när externa forskare skall genomföra dylika epidemiologiska studier skulle kunna undvikas om ett samarbete byggdes upp på lokal nivå mellan forskare och kliniker och mottagningar inom hälso- och sjukvården samt med flyktmottagandet i kommunen.

Förslag till forskning

Följande forskningsområden bör enligt vår mening prioriteras:

1. Vi vet genom forskning att flyktingar rapporterar att de tidigare (dvs före kriget eller våldet som föranledde flykten) varit helt friska men att de nu har utvecklat olika sjukdomar och mår psykiskt sämre. Det vore därför värdefullt att studera hur traumatiska erfarenheter kan påverka organismen – till exempel immunförsvaret – och resultera i kroppslig sjukdom, psykisk ohälsa samt vårdkonsumtion.

2. En undersökning av en grupp individer med hög traumabelastning (asylsökande och kvotflyktingar) bör inkludera såväl mått på psykopatogenes – alexitymi, dissociativa symtom, psykosomatisk

symtombelastning förutom PTSD samt självmordsrisk – som salutogenetiska faktorer – socialt nätverk, hopp, känsla av sammanhang – för att man skall få en fullständig bild av hälsosituationen [62]. Dessutom bör mätverktygen vara validerade i andra kultursammanhang när det gäller flyktingar [62].

3. I den hälsoundersökning som alla asylsökande skall genomgå enligt Socialstyrelsens råd bör ingå frågor om traumatiska händelser, tortyr och våldtäkt för att man skall kunna bedöma personens omedelbara och kommande behov av stödsamtal och krisbearbetning. Orsaken till att detta inte alltid görs bör utredas närmare.

4. Eftersom flyktingars symtom varierar mellan män och kvinnor bör den epidemiologiska forskningen ha ett genusperspektiv.

5. Integrations- och segregationsfaktors betydelse för hälsoläget bör studeras över tid.

6. Interventionsstudier av behandling över längre tid bör prioriteras, exempelvis kognitiv terapi, uttryckande konstterapi, gruppterapi med icke-verbala inslag, samverkan mellan lokala aktörer i kulturmöten i värden och kommunen.

7. Ett internationellt samarbete behövs utvecklas, bland annat för att ge svar på frågor om undersökningsgeneraliserbarhet med avseende på lika etniska flyktinggrupper i olika länder, och hur mottagningsapparaten påverkar den enskildes hälsa i respektive land.

Referenser

1. Statens Invandrarverk. Individuell mångfald. Invandrarverkets utvärdering och analys av det samordnade flyktmottagandet 1991–1996. Norrköping: Statens Invandrarverk, 1997.
2. Statens offentliga utredningar. Lika möjligheter. Betänkande av Utredningen om introduktion för nyanlända invandrare samt en ny myndighetsstruktur för det integrationspolitiska området. Stockholm: Allmänna förlaget, 1997 (SOU 1997:82).
7. Ferrada-Noli M: Posttraumatic stress disorder and suicidal behaviour in immigrants to Sweden. Stockholm: Karolinska Institute, 1996. Thesis.
10. Ekblad S, Eklundh T, Wennström Ch, Al-Falahe N, Känslä R, Westin M. Posttraumatiskt stressyndrom bland patienter med invandrarbakgrund. Stockholm: Statens institut för psykosocial miljömedicin, sektionen för stressforskning, Karolinska institutet, WHO:s psykosociala center, 1997. (Stressforskningsrapporter 272, 1997).
12. Theorell T, Jansson U. Kartläggning av CTD/RKC 1995, del II. Stockholm: Stockholms läns landsting, HSN-staben, 1995.
14. Ekblad S, Eriksson NG m fl. Ett hälsoblad som screeninginstrument för nyanlända flyktingar (Del 1–3). Stockholm: Statens institut för psykosocial miljömedicin, sektionen för stressforskning, Karolinska institutet, WHO:s psykosociala center, 1997. (Stressforskningsrapporter 273, 1997).
17. Ingebrigtsen G, Sandanger I, Sörensen T,

Dalgard OS. Posttraumatisk stressförstyrrelse i Norge, forekomst og relasjon til sosialt nettverk. I: Dalgard OS, Döhlle E, Ystgaard M, red. Sosialt nettverk, helse og samfunn. Oslo: Universitetsforlaget, 1995: 64-87.

18. Nygård M, Malterud K. Enkel kartlegging av posttraumatisk stressforstyrrelse hos bosniske krigsflyktninger i Norge. Tidsskr Nor Laegeforen 1995; 115: 1871-4.
20. Silove D, Sinnerbrink I, Field A, Manicavasagar V, Steel Z. Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. Br J Psychiatry 1997; 170: 351-7.
22. Davison JF, ed. Posttraumatic stress disorder. Washington: American Psychiatric Press, 1994.
27. van der Kolk BA, Fislis RE. Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. Bull Menninger Clin 1994; 58: 145-68.
32. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. Disorders of affect regulation. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.
38. Young DW, Gunderson JG. Family images of borderline adolescents. Psychiatry 1995; 58: 164-72.
44. Friedman MJ, Schnurr PP. The relationship between trauma, post-traumatic stress disorder, and physical health. In: Friedman MJ, Charney DS, Deutch AY, eds. Neurobiological and clinical consequences of stress. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1995.
52. Canino G, Lewis-Fernandez R, Bravo M. Methodological challenges in cross-cultural mental health research. Transcultural Psychiatry 1997; 34: 163-84.
57. Ekblad S, Janson S, Svensson PG. Möten i vården. Transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvården. Stockholm: Liber Utbildning AB, 1996.
60. Marsella AJ, Kameoka VA. Ethnocultural issues in the assessment of psychopathology. In: Wetzler S, ed. Measuring mental illness: psychometric assessment for clinicians. Washington: American Psychiatric Press, 1989.
62. Wilson JP, Keane TM. Assessing Psychological Trauma and PTSD. New York: The Guilford Press, 1997.

En fullständig referenslista kan erhållas från överläkare Hans Peter Söndergaard, Centrum för tortyr- och traumaskadade, CTD, Karolinska vägen 12, 171 76 Stockholm.

Summary

Traumatic stress in adult refugees; when ill-health speaks broken Swedish.

Hans Peter Söndergaard, Solvig Ekblad
Läkartidningen 1998; 95: 1415-22

It is well established that a significant proportion of refugees in Sweden have had traumatic experiences prior to immigration, causing mental and psychosomatic disorders. The actual frequency is difficult to assess because of methodological problems. Of refugees resettled in Stockholm county in 1996, 13 per cent were immediately referred to specialised trauma centres, thus comprising half of all referrals. Moreover, it has to be borne in mind that underdiagnosis is common in clinical practice. In the article, the relevance of accessible data, the clinical picture and epidemiological issues are discussed with regard to the refugee population.

Correspondence: Hans Peter Söndergaard, Centrum för tortyr- och traumaskadade (CTD), Karolinska vägen 12, S-171 76 Stockholm, Sweden.

Vem var Asklepios nu igen?

Brush up your basic medico-historical knowledge!

Under årens lopp har jag då och då i tjänsten fått frågor som varken lag, kollektivavtal eller Socialstyrelsens anvisningar kan svara på. De gäller medicinens tidiga historia i antiken Grekland, tex vad heter läkekonstens gud? Vem var det som sade att läkarens första plikt är att inte skada? Avlägger läkare fortfarande den hippokratiska eden?

Mellan varven glömmer jag själv bort de rätta svaren, och därför har jag nu samlat några uppgifter till nästa gång någon frågar. I bästa fall kan en sådan här liten artikel ha profylaktisk verkan både på den personliga minnessvikten och tillströmningen av frågor.

Läkekonstens gud. Asklepios är läkekonstens gud i den grekiska mytologin. Romarna latiniserade namnet till Æsculapius, och därav kommer ordet eskulap, en ålderdomlig och numera litet skämtsamt benämning på läkare. Asklepios var son till guden Apollon i hans förbindelse med en jordisk kvinna, prinsessan Coronis, och således egentligen en halvgud. Men

farfar var överguden Zeus, så man kan inte klaga på medicinens härstamning. Enligt den grekiska myten bedrev Asklepios en blomstrande läkarverksamhet, och var också med som medicinsk sakkunnig på skeppet Argo, när en skara hjältar under Iasons befäl drog ut för att hämta hem det gyllene skinnnet.

Asklepios attribut var staven och ormen, som

man fortfarande kan se i Läkarförbundets logotyp. Svenska Läkaresällskapet har i sin logotyp Asklepios i helfigur. Varken orm eller stav är ju särskilt användbara redskap i läkarpraktiken, så man kan undra hur de har kommit att förknippas med Asklepios.

Nu tycks redan Apollon ha haft dessa attribut; i varje fall lär han ha givit en med orm omslingrad stav till gudarnas budbärare Hermes i utbyte mot den lyra som vi är mer vana att se Apollon utrustad med. Staven var ett allmänt härs-kartecken (jämför kungens spira och fältmarskalkens stav), och ormens skinnömsning skall enligt de lärde ses som en symbol för förnying och nytt liv.

Asklepios hade i sin tur flera barn, både döttrar och söner. Mest känd idag är dottern Hygieia, hälsans och hygienens symbol.

Läkekonstens fader. När man lämnar myternas värld och trampar historiens fastare mark är Hippokrates ett av de första och mest betydelsefulla namn som man möter. Så litet är känt om Hippokrates' liv, att man kan undra om det är en historisk person, men han förekommer i alla fall i uppslagsverk och medicinhistoriska skrifter med ibland förbluffande exakta årtal för sin levnad (460-377 f Kr); han var således samtida med Sokrates.

Hippokrates' skrifter återfinns i den s k Corpus Hippocraticum, ett samlingssverk som också har andra författare och källor. Det är fråga om en medicinsk encyklopedi, där man har samlat allt vetande som ansågs relevant. Den sammanställdes i det berömda biblioteket i Alexandria på 300-talet f Kr och bevarades - liksom så mycket annat av det hellenska arvet - i den arabiska kulturen, när romarriket störtade samman under folkvandringstiden på 400-talet e Kr.

Vad Hippokrates egentligen skrev av detta verk är omöjligt att fastställa, men det spelar heller inte så stor roll. Någon har sammanfattat resultatet av forskningen om en annan gammal grek, nämligen Homeros, med att antingen är Iliaden och Odysseen skrivna av Homeros eller också av en annan grekisk skald med samma namn.



Ulf Schöldström
Läkarförbundet