

# All metodutveckling måste inkludera mångfaldsfrågor

## PÅFRESTANDE EXILTILLVARO KAN PÅVERKA RESULTAT AV BEHANDLING VID POSTTRAUMATISK STRESS

**Sofie Bäärnhielm**,  
docent, överläkare,  
sektionschef  
● [sofie.baarnhielm@sl.se](mailto:sofie.baarnhielm@sl.se)

**Frida Johansson  
Metso**, leg psykolog;  
båda Transkulturellt  
centrum, Region  
Stockholm

**Psykiatriskt behandlingsarbete** måste utvecklas och anpassas till att Sveriges befolkning blivit alltmer mångkulturell och att många migranter är flyktingar från krigs- och konfliktområden. Metoder och arbetssätt behöver ta hänsyn till kulturell variation i symtomuttryck och till att många flyktingar har erfarenheter av svåra traumatiska händelser, tortyr och andra brott mot deras mänskliga rättigheter. Metoder behöver anpassas till patienters erfarenheter, kunskaper och sociala situation samt ta hänsyn till hälsans sociala bestämningssfaktorer.

Vi ger här exempel på evidensbaserad transkulturell metodutveckling, med ett särskilt fokus på vuxna och behandling av posttraumatisk stress (PTSD), kulturmöten och områden i behov av utveckling.

### DIAGNOSTIK OCH UTREDNINGSMETODER

Det finns en variation i hur patienter presenterar och förstår symtom på psykisk sjukdom. Ett intresse för kulturella aspekter har inkluderats i den amerikanska diagnoshandboken DSM-5. Inledningen till DSM-5 innehåller ett avsnitt om hur kultur påverkar uttryck för psykisk sjukdom. I anslutning till sjukdomskriterier finns beskrivningar av kulturell variation i symtom. Eftersom tolkning av symtombeskrivningar utan uppmärksammande av kulturella faktorer riskerar att leda till feldiagnostik har DSM-5 inkluderat en sk kulturformuleringsintervju med 16 frågor [1].

Intervjun kan användas i mötet med alla patienter men är särskilt användbar i transkulturella situationer. Med ett individualiserat förhållningssätt utforskas betydelsen av kultur och sammanhang i den aktuella situationen. Med öppna frågor stimuleras patienten att uttrycka sin berättelse och sin förståelse av problem och sjukdom. Intervjun kan underlätta differentialdiagnostik och bidra till att behandlaren får ökad insikt i patientens perspektiv, vilket är en förutsättning för ett delat beslutsfattande. Kunskap om patientens perspektiv kan vara särskilt viktig i mötet med patienter som är vana vid hierarkiska strukturer, då själva tanken med delat beslutsfattande behöver begripliggöras.

För psykologiska utredningsmetoder finns ett stort behov av språkliga översättningar och kulturella anpassningar. Arbetet pågår med att validera och kulturellt anpassa instrument, exempelvis HTQ (Harvard trauma questionnaire), RHS (Refugee health screener) och RUDAS (Rowland universal dementia assessment scale), ett instrument för kognitiva sjukdomar. Översättningar av utredningsinstrument utan kulturell

validering riskerar att innebära att innehållet förstås på olika sätt. I läroboken »Kulturell psykologi« [2] diskuteras problematiska konsekvenser av att använda utredningsinstrument för andra grupper än de som de normerats utifrån. Författaren konstaterar att det även med anpassning krävs att svar och information inte tolkas för snävt utan tar hänsyn till personens bakgrund och sammanhang. Det behövs, men saknas, lätt tillgänglig information om översatta och validerade skalor och instrument. En viss information finns på <http://www.multiculturalmentalhealth.ca/en/>.

### PSYKOLOGISKA BEHANDLINGSMETODER

Internationella studier visar att etniska minoritetsgrupper har sämre tillgång till psykologisk behandling än majoritetsgrupper [3]. Inom kognitiv beteendeterapi (KBT) pågår ett arbete inriktat på att motverka ojämlikheten. KBT har i dag en central roll i behandling av flera psykiska sjukdomar. Genom individuell anpassning av KBT utvecklas tekniker att möta patienter med olika bakgrunder. Aaron Beck, en förgrundsgestalt i utvecklingen av KBT, framhåller i förordet till handboken »Cultural adaptation of CBT for serious mental illness« [4] vikten av att terapimetoden anpassas till olika traditioner, uppfattningar och grupper. Beck menar att KBT:s centrala förhållningssätt av samarbete ger goda förutsättningar för att förstå kulturella aspekter, och han använder begreppet kulturellt anpassad (culturally informed) KBT.

Exempel på kulturell anpassning av KBT finns i

### HUVUDBUDSKAP

- För psykologiska utrednings- och behandlingsmetoder finns ett behov av språkliga översättningar men också kulturella anpassningar.
- Förekomst av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är kraftigt förhöjd bland flyktingar jämfört med svenskfödda. Behandlingsmetoder för PTSD som utvecklats och används i höginkomstländer ser inte ut att vara lika effektiva när de används för flyktingar, vilket kan bero på att exiltillvaron är påfrestande och instabil. Detta kräver metodutveckling och forskning.
- För att utveckla en jämlik psykiatrisk vård måste mångfaldsfrågor inkluderas och prioriteras i all metodutveckling.

den ovannämnda handboken [4]. I den diskuteras terapeutiska utmaningar i transkulturella sammanhang. Handboken lyfter fram vikten av att terapeuten förstår patientens världsbild och erfarenheter. Redan i bedömningsfasen bör personens situation, bakgrund och förväntningar utforskas. I detta ingår att försöka förstå kulturellt färgade uppfattningar och attityder men också vid behov ett respektfullt intresse för religiösa föreställningar och utövande. Med kunskap om patientens världsbild kan terapeuten göra anpassningar av behandlingen. Terapin underlättas av att terapeuten har en självkänedom om sina egna värderingar, uppfattningar och syn på andra kulturer. För patienter från grupporienterade miljöer kan behandlingen behöva inkludera familjemedlemmar, religiösa företrädare eller andra viktiga personer.

### BEHANDLING AV PTSD HOS FLYKTINGAR

Behandlingsmetoder för PTSD som utvecklats och används i höginkomstländer ser inte ut att vara lika effektiva för flyktingar som kommit till dessa länder. Studieresultaten är dock blandade, och det finns anledning att tro att skillnaderna i behandlingsframgång beror på flyktingpatientens mer instabila, utsatta livssituation i exil [5, 6]. Förekomst av PTSD bland flyktingar är kraftigt förhöjd jämfört med normalpopulationen i höginkomstländer [5]. Detta kräver metodutveckling och forskning.

PTSD uppstår efter en händelse där hot riktats mot en persons liv eller kropp och där upplevelsen av skräck och maktlöshet varit överväldigande. De symtom som mest tydligt särskiljer diagnosen från andra psykiska sjukdomar är påträngande återupplevande av den traumatiska händelsen i form av visuella flashbacks, lukt- eller hörselminnen och traumamardrömmar, där samtliga minnen upplevs som om den hotfulla situationen sker igen, här och nu. I diagnosen finns också en ökad kroppslig anspändhet, »hyperarousal«, undvikande av sådant som påminner om händelserna och negativ emotionell och kognitiv utveckling med hög samsjuklighet med framför allt depression. Diagnosen delas i två undergrupper, »hyperarousal« och »hypoarousal«, de senare typiskt med fler dissociativa symtom.

I ICD-11 finns den nya diagnosen komplex PTSD (C-PTSD), som kompletterar med symtom rörande svårigheter med känsloreglering, negativ självbild och svårigheter med relationer.

Vid PTSD kan beskrivningar av symtom skilja sig mellan kulturella grupper, bl a avseende somatiska symtombeskrivningar.

Traumafokuserad KBT, ofta med förlängd exponering som en viktig beståndsdel, är för närvarande Socialstyrelsens främsta rekommendation för behandling av PTSD (prioritet 3) och har god evidens. Denna rekommendation finns även i Region Stockholms nya vårdprogram för PTSD. Socialstyrelsen rekommenderar i de nationella riktlinjerna för vård vid ångest och depression även ögonrörelsebehandling (eye movement desensitization and reprocessing, EMDR) (prioritet 7), som av vissa uppfattas som mer skonsam.

Flyktingpatienter ska erbjudas samma behandlingsalternativ som övriga patienter och kan förväntas svara lika väl som övriga patienter [6]. Det är dock viktigt att i behandlingsupplägg ta hänsyn till

patientgruppens ofta utsatta psykosociala situation, som kan göra det svårt att påbörja eller fullfölja en behandling.

Det har börjat komma nya metoder som anpassats till de specifika svårigheter patientgruppen kan ha. Ett intressant exempel är narrativ exponeringsterapi (NET) [7]. Genom forskning i flyktingläger har en behandlingsmanual anpassad till en instabil livssituation tagits fram. Narrativ exponeringsterapi rekommenderades nyligen av SBU för behandling av traumatiserade flyktingar. Terapiformen har bl a inslag av vittnesterapi med återupprättelsefokus, något som kan vara viktigt för personer som utsatts för eller bevittnat övergrepp som folkmord, brott mot mänskligheten och tortyr. I de nya brittiska riktlinjerna från NICE (National Institute for Health and Care Excellence) från 2018 rekommenderas narrativ exponeringsterapi tillsammans med KBT, kognitiv process-terapi och förlängd exponering som behandlingsmetoder av PTSD hos vuxna.

---

**»... det finns anledning att tro att skillnaderna i behandlingsframgång beror på flyktingpatientens mer instabila, utsatta livssituation i exil.«**

---

### Förberedande insatser

Två terapiformer kan nämnas som komplement till standardbehandlingarna i syfte att göra upplevelsen av exponering mer skonsam.

»Acceptance and commitment therapy« (ACT) fokuserar på värderad riktning. Värderad riktning innebär att hjälpa patienten att identifiera vad som är genuint viktigt i patientens liv och agera för att leva i linje med de värderingarna, oavsett vilken turbulent, begränsande livssituation patienten befinner sig i. ACT är bl a utformad för personer som upplevt svåra händelser och har visat sig ha effekt vid PTSD [8].

Inledande insatser med medkänslofokuserad terapi (»compassion-focused therapy«) har i mindre studier visat sig vara positiva i arbetet med traumatiserade, speciellt subgrupper med mycket skam [6]. Självkritik kan påverka tolkningen av traumatillfället och därmed självbild och handlingskraft negativt, och skam kan leda till ökat ältande, ovilja att söka vård eller att vara öppen i relation till sin behandlare.

En tredje insats som kan förbättra möjligheten för patienten att ta till sig traumabehandling är behandling av förlängd sorg. Flyktingar har på gruppnivå upplevt fler, och fler traumatiska, förluster än andra. För att arbeta med komplicerad sorg i mångkulturella miljöer finns ett förslag till ny modul för kulturformuleringsintervjun i DSM-5 [9].

Vid PTSD är det viktigt att behandla samsjuklighet. Detta gäller framför allt depression men också suicidrisk till följd av livskriser, exempelvis asylprocessens påfrestningar. En obehandlad depression kan försvåra såväl identifiering som behandling av PTSD. Det är

också vanligt att patienter med PTSD har olika former av smärttillstånd som en följd av anspänning eller skador som uppstått vid samma svåra händelse som lett till psykisk sjukdom. Bland flyktingpatienter förekommer orsaker till smärta som mycket sällan finns hos väletablerade svenskfödda patienter, exempelvis tortyrupplevelser. Att identifiera, utreda och dokumentera tortyrskador är viktigt för att kunna ge patienten kompetent rehabilitering och uppmärksamma den förhöjda risken för PTSD efter tortyr.

Hänsyn behöver tas till de tillitsproblem som är vanliga efter mellanmänskliga traumatiska upplevel-

## »Nyare studier pekar dock på att uppemot var fjärde PTSD-diagnos debuterar sent ...«

ser och som kan påverka behandlingsalliansen. En annan kliniskt viktig aspekt att uppmärksamma är att undvikande – ett symptom vid PTSD – kan bidra till att patienter i kontakt med vården inte berättar om svåra händelser. För att hantera detta blir vårdpersonalens kunskaper om PTSD viktiga.

Äldre patienter med PTSD har fördubblad risk att utveckla kognitiv sjukdom, och det finns svårigheter i differentialdiagnostik, framför allt mellan Alzheimers sjukdom och PTSD. Så kallad försenad PTSD, där symptom debuterar först efter minst 6 månader, har tidigare betraktats som ovanlig. Nyare studier pekar dock på att uppemot var fjärde PTSD-diagnos debuterar sent [10], vilket många som träffat flyktingpatienter som lagt månader och år mellan sig och de traumatiska händelserna känner igen. Bland äldre flyktingar finns risk för sent debuterande traumaminnen vid kognitiv försämring [11].

### Framtida behandlingsmetoder

Neurovetenskapliga framsteg möjliggör utveckling av nya metoder som kan bredda behandlingsutbudet och erbjuda mer skonsamma terapier än exempelvis förlängd exponering. Forskning pågår bl a kring exponering för positiva minnen [12]. Metoden har gett resultat i depressionsbehandling och ser ut att vara tillämpbar även för patienter med PTSD som kan vara emotionellt avtrubbade och undvika även positiva minnen, eftersom dessa påminner om vad som förlorats efter de lyckliga stunderna. Med ökad kunskap om PTSD-diagnosens visuella karaktär beforskas även andra behandlingsmodeller med imaginär exponering och visuell omskrivning (»imagery rescripting«) [13].

Ett vanligt problem i terapi med PTSD-patienter med flyktingbakgrund är att insatsen avbryts i förtid. Ytterligare en aspekt av behandlingen är därför att arbeta med vad som kan göras runt traumaterapi för att öka möjligheten för patienten att fortsätta behandling. Psykosociala insatser som syftar till att hjälpa en person i kris tillbaka till så normal funktion som möjligt, exempelvis via information, praktisk hjälp eller

gemenskap, kan vara preventiva men också möjliggöra egen återhämtning. Psykosocialt stöd kan vara särskilt viktigt för nyanlända flyktingar.

En närliggande metod som använts för andra patientgrupper och som nu syns alltmer i arbetet med traumatiserade är olika typer av sk peer-to-peer-insatser, ofta i grupp. En tidigare patient som genomgått behandling möter personer som behöver stöd inför att påbörja terapi. I arbetet med flyktingpatienter kan mötet med en person som talar samma språk eller delar kulturell bakgrund bidra till att skapa förtroende och minska stigma. Gruppinsatser i sina många olika former – psykoedukation, sömnskolor, musik, konst, yoga eller annan rörelsebaserad, fysisk aktivitet – kan dessutom vara validerande och gemensamhetsskapande och kan motverka att behandlingen stagnerar. För patienter med PTSD, som ofta uttrycker att ingen som inte upplevt det de överlevt kan förstå, kan grupp- och sk peer-insatser vara mycket användbara.

Ny forskning, fortfarande i tidigt experimentellt stadium, har belyst möjligheter i form av insatser för att minska risken för utveckling av PTSD. Ny kunskap kring hur konkurrerande visuella stimuli kan störa traumaminnets lagring har lett till ett utvecklingsarbete av lovande framtida behandlingsmetoder gällande flashbacks, där en beteendebaserad intervention som bl a innehåller spelande av datorspelet Tetris påverkar rekonstruktionen av traumaminnets. Metoden hade tidigare framför allt utvärderats som preventiv insats nära in på en potentiellt traumatisk händelse och var inte aktuell för flyktingar vars upplevelser ligger långt tillbaka i tiden, men nyare studier [14] visar att även äldre traumaminnen kan påverkas.

### ÖVERBRYGGA SPRÅK- OCH KUNSKAPSBARRIÄRER

För migranter skapar språksvårigheter både hinder för vård och problem med vårdkvalitet [15]. Språkbarriärer kan överbryggas och kvaliteten i tolkarbete förbättras genom krav i upphandlingar och utbildning av vårdpersonal. Trots att terapi med tolk visar på likvärdiga kliniska resultat [16] som behandling på gemensamt språk uppstår vårdproblem i tolksituationer. Både tolkar och behandlare behöver reflektera över att termer, begrepp och uttryck inte alltid går att översätta direkt utan kan kräva längre förklaringar. Alla språk har exempelvis inte ord som fullt ut motsvarar begrepp som ångest och depression, trots att sjukdomarna är universella.

Effekter av språkproblem kan begränsas exempelvis genom att grundläggande information om psykiska sjukdomar finns lättillgänglig på olika språk. Andra arbetssätt är användandet av hälsokommunikatörer, en ny yrkesgrupp som inkluderats i några regioner. Genom muntlig information på modersmål om psykisk ohälsa och vägar till hjälp kan hälsokommunikatörer underlätta för den enskilde att navigera i ett komplext sjukvårdssystem. De bidrar även till att utmana stigma.

### FORTSATT UTVECKLINGSBEHOV

Vi har beskrivit en pågående utveckling av metoder med ambition att förbättra behandlingen av PTSD hos flyktingar och gett exempel på utveckling av psykiatriska och psykologiska bedömnings-, utrednings- och behandlingsmetoder som inkluderar ett intres-

se för kulturell variation utifrån ett individualiserat och icke-stereotyp förhållningssätt. Dagens behandlingsmetoder av PTSD, som bygger på exponering, har god evidens men ställer höga krav på patienten och patientens livssituation. För personer med flyktningbakgrund är livet ofta instabilt och vårdutbudet begränsat, och få metoder är anpassade till kulturell och språklig variation.

Den mångfald av alternativ som nu växer fram möjliggör en individualiserad traumaterapi där personer med olika bakgrunder ges förbättrade förutsättningar för behandling och därmed en utveckling mot en mer jämlik vård. Patientcentrerad behandling lyfts

fram allt mer och ser ut att vara särskilt värdefull för patienter med låg kunskap om hälso- och sjukvårdsfrågor och för patienter med migrationsbakgrund [17]. För att utveckla en jämlik psykiatri ser vi ett behov av att den kunskap som finns om hälsans sociala bestämningsfaktorer [18] vid psykisk sjukdom får påverka behandlingsutbud och att mångfaldsfrågor, på samma sätt som genusfrågor, inkluderas och prioriteras i all metodutveckling. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2020;117:FR6L*

## REFERENSER

- Pilgrim Press. www.pilgrimpress.se
- Botond A. Kulturell psykologi. Lund: Studentlitteratur; 2017.
- Das-Munshi J, Bhugra D, Crawford MJ. Ethnic minority inequalities in access to treatments for schizophrenia and schizoaffective disorders: findings from a nationally representative cross-sectional study. *BMC Med.* 2018;16(1):55.
- Rathhod S, Kingdon D, Pinninti N, et al. Cultural adaption of CBT for serious mental illness. A guide for training and practice. Singapore: Wiley Blackwell; 2015.
- Nosé M, Ballette F, Bighelli I, et al. Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries: systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2017;12(2):e0171030.
- Thompson BL, Waltz J. Self-compassion and PTSD symptom severity. *J Trauma Stress.* 2008;21(6):556-8.
- Gwozdziwycz N, Mehl-Madrona L. Meta-analysis of the use of narrative exposure therapy for the effects of trauma among refugee populations. *Perm J.* 2013;17(1):70-6.
- Orsillo SM, Batten SV. Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behav Modif.* 2005;29(1):95-129.
- Smid GE, Groen S, de la Rie SM, et al. Toward cultural assessment of grief and grief-related psychopathology. *Psychiatr Serv.* 2018;69(10):1050-2.
- Smid GE, Mooren TT, van der Mast RC, et al. Delayed posttraumatic stress disorder: systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of prospective studies. *J Clin Psychiatry.* 2009;70(11):1572-82.
- Mittal D, Torres R, Abashidze A, et al. Worsening of post-traumatic stress disorder symptoms with cognitive decline: case series. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2001;14(1):17-20.
- Holmes EA, Blackwell SE, Burnett Heyes S, et al. mental imagery in depression: phenomenology, potential mechanisms, and treatment implications. *Annu Rev Clin Psychol.* 2016;12:249-80.
- Holmes EA, Amtz A, Smucker MR. Imagery rescripting in cognitive behaviour therapy: images, treatment techniques and outcomes. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2007;38(4):297-305.
- Kessler H, Holmes EA, Blackwell SE, et al. Reducing intrusive memories of trauma using a visuospatial interference intervention with inpatients with posttraumatic stress disorder (PTSD). *J Consult Clin Psychol.* 2018;86(12):1076-90.
- Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, et al. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet.* 2013;381(9873):1235-45.
- D'Ardenne P, Ruaro L, Cestari L, et al. Does interpreter-mediated CBT with traumatized refugee people work? A comparison of patient outcomes in East London. *Behav Cogn Psychother.* 2007;35:1-9.
- Jensen NK, Johansen KS, Kastrup M, et al. Patient experienced continuity of care in the psychiatric health-care system - a study including immigrants, refugees and ethnic Danes. *Int J Environ Res Public Health.* 2014;11(9):9739-59.
- Compton MT, Shim RS. The social determinants of mental health. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2015.

## SUMMARY

### Cultural and social variability need to be included in development of methods

Psychiatric treatment must be developed and adapted, as Sweden's population has become increasingly multicultural and many migrants are refugees from war and conflict areas. Methods and ways of working need to take account of cultural variation in the expression of symptoms and the fact that many refugees have experienced deeply traumatic events, such as torture and other violations of their human rights. Methods should be sensitive to patients' experiences, knowledge and social situation, and consider social determinants of health. Here we provide examples of evidence-based transcultural method development, with a particular focus upon adults and the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD). We also examine the cultural encounter as well as indicate areas in need of development.