

Psykiatri utan resurser i traumatiserat land

Tjetjenien är ett land i spillror. Psykiatrin i Tjetjenien är, som i många länder, lågprioriterad. Det råder brist på läkemedel, byggnader, personal, elektricitet, gas och rinnande vatten. Dessutom finns bland tjetjenska psykiatrer ett starkt behov av att få ta del av vetenskapliga rön och få kontakter med psykiatrin i andra länder. Det skriver Michael Brune, som deltagit i ett projekt för mental hälsa som »Läkare i världen» driver i Tjetjenien.

Tjetjenien är inget fattigt land. Landet är bördigt och det har olja. Det har resurser nog att bilda en egen stat och försörja sina en miljon invånare. Landet är dock slaget i spillror genom ett förödande krig med Ryssland, inlett i december 1994. Den ryska staten ville med bokstavligen alla tillgängliga medel krossa de pågående strävandena efter en oberoende stat och vållade i landet en förstörelse som har få motstycken i världshistorien. Numera finns det en mycket skör fred i landet, och strävandena efter en egen stat har kriget inte lyckats krossa.

Fredsavtalet, som tecknades för cirka ett år sedan, innebär att Tjetjenien får en långtgående autonomi, men tills vidare tillhör Ryska federationen, och att ett slutgiltigt avgörande angående eventuell självständighet tas om fem år. Avtalet innehöll också en del ryska ekonomiska åtaganden gentemot Tjetjenien, men dessa har inte eller bara delvis uppfyllts. Genom Tjetjeniens enorma strukturella beroende av ryska staten kan denna genom att stänga av kranen för tillflödet av ekonomisk och materiell

FOTO: MICHAEL BRUNE

Zakan Yurt, en av de psykiatriska klinikerna i Tjetjenien. Situationen för patienterna här är typisk för landet. Före kriget fanns två avdelningar, en för män och en för kvinnor. Numera har samtliga närmare sextio patienter fösts ihop på en avdelning i den enda användbara byggnaden efter krigets härjningar.

hjälp lätt påverka situationen i landet. Att man gjort bruk av denna möjlighet är säkerligen en av förklaringarna till dagens mycket spända läge i Tjetjenien.

Tjetjenien har under århundradena slagits för sitt oberoende. Strider för detta har gång på gång blossat upp, och det senaste kriget är bara ett av flera sedan de ryska tsarerna började sin erövring av Kaukasus. Det är dock inte bara ödeläggelsen av landet som är dess problem i bildandet av en egen stat. Landet har aldrig kunnat utveckla statsstrukturer för en modern egen stat, utan allt vad som funnits av strukturer för en stat har skapats av Ryssland och Sovjet. Därtill kommer att Stalin 1944 lät deportera hela den tjetjenska befolkningen till Kazakstan. Först 1957 tilläts den återvända. I exilen förhindrades flera årgångar av befolkningen i praktiken att utöva sina akademiska yrken eller utbilda sig i högre ut-

bildningar, vilket självklart också är ett hinder i ett uppbyggande av en stat.

Projekt för mental hälsa

Med målsättningen att hjälpa de många svårt psykiskt traumatiserade människorna efter kriget 1994–96 har »Läkare i världen» (Médecins du monde) ett pågående projekt för mental hälsa i Tjetjenien. Med utgångspunkten att psykiatrin har ett ansvar för den allmänna mentala hälsan i ett land är stödet till landets psykiatri en viktig del av projektet. För att leda denna del arbetade jag som psykiater i Tjetjenien under sommaren 1997. Mina uppgifter var att koordinera den materiella hjälp, främst då donationer av psykofarmaka, som gavs till psykiatrin, kartlägga psykiatrins behov och samordna projektets psykiatriska del med övriga delar av projektet.

Jag kom till Tjetjenien med lång erfa-

Författare

MICHAEL BRUNE
psykiater, Stockholm.

renhet av kliniskt arbete med svårt psykiskt traumatiserade människor, diagnosen posttraumatiskt stressyndrom är den vanligaste diagnosen bland de patienter jag möter i Sverige. Konceptet vid posttraumatiskt stressyndrom är dock endast till mycket liten del tillämbart i ett sammanhang som Tjetjenien. Även om bomberna inte längre faller över landet, så är traumat av bomberna allt annat än över. De psykologiska och sociala omständigheter människorna lever under här är inte posttraumatiska, utan de genomlever i högsta grad en pågående traumatisering. Den enskildes traumatisering bör man således försöka behandla med krisorienterade terapimetoder anpassade till landets situation. Då traumatiseringen genomsyrar samhället kan man inte söka lösningarna på bara individuell nivå, utan man måste också söka dem på social och politisk.

Psykiatri i ruiner

Liksom alla strukturer och institutioner i samhället har psykiatri i Tjetjenien lidit mycket under kriget och lider fortfarande av dess följder. Såväl patienter som all personal är drabbad. Det råder brist på nästan allt och de materiella behoven är enorma, likaledes är bristen på personal stor. De byggnader som hyst psykiatri är ofta delvis eller helt i ruiner efter bombningar. En del kliniker har inte tillgång till elektricitet, gas eller rinnande vatten. Patientkläder finns inte och patienterna går delvis klädda i trasor. Man är likaså beroende av matdonationer för att kunna ge patienterna mat. Den medicinska basutrustning som all sjukvård behöver, som blodtrycksmanschetter, termometrar etc, saknas ofta. Psykofarmaka finns ej tillräckligt av, och de som finns har man huvudsakligen fått genom donationer av utländska organisationer som Läkare i världen. Sjukhusbiblioteken är ofta brända eller bortrövade under kriget, och man saknar alltså ofta den mest basala psykiatriska litteraturen. Läkare och övrig sjukvårdspersonal har inte fått någon lön på över ett år.

Av de ca 100 psykiatrer som fanns i Tjetjenien före kriget har över 80 procent lämnat landet. De som är kvar överlever själva materiellt på sparade tillgångar, har andra ekonomiska inkomster än från sitt yrke eller inkomster från privatpatienter vid sidan om; den för patienten kostnadsfria, offentliga sjukvård som finns kvar sedan Sovjettiden. Framför allt lever man dock på hoppet om bättre tider.

Nöden styr behandlingen

Den enda egentliga resurs psykiatri har i nuläget är de kvarvarande psykia-

”Man hade flera exempel på katatona patienter, som sedan åratals varit helt avskärmade från omvärlden, som självmant hade flytt ur brinnande byggnader, sprungit bland de fallande bomberna och i skyddsrummen betett sig så pass normalt att de inte stört andra människor. Nästan alla dessa hade, när den akuta faran var över, återvänt till sin tidigare kliniska bild.”

ternas och annan sjukvårdspersonals goda yrkeskunskaper. Jag träffade de flesta av de knappt tjugo psykiaterna i Tjetjenien och imponerades av deras goda kunskapsnivå och deras engagemang i sitt arbete. Psykiaternas resonemang kring sitt yrke, kring psykiska sjukdomar, om behandlingar och om dokumentering av arbetet var inte främmande för mig.

Den farmakologiska behandlingen var ofta styrd av den begränsade tillgängligheten till läkemedel, och därmed gällde ofta principen att man tager vad man haver. Bland neuroleptika användes mycket haloperidol och klorpromazin, till modernare antipsykotika hade man endast tillgång sporadiskt och i mindre mängder. Även urvalet av antidepressiva var begränsat, mest användes amitriptylin. Serotoninantagonister kände man till, men de fanns tydligen nästan aldrig tillgängliga. Beträffande doseringen av psykofarmaka tycktes en tendens finnas att använda något högre doser än i Sverige. Jag såg en nyintagen svårt psykotiskt schizofren patient som första behandlingsåtgärd få en infusion av 20 mg haloperidol. Den gavs inom loppet av någon timme, vilket lugnade patienten snabbt och tog bort de florida öppna psykotiska symtomen.

Behandlingserfarenheter fanns i hög grad bland psykiaterna. De var medvetna om betydelsen av psykoterapeutiska insatser, arbetsterapi och andra icke farmakologiska behandlingar även inom psykiatri. Resurserna var härvidlag dock om möjligt än mer begränsade. Den bistra realiteten var att utrymme ej fanns för målsättningar utöver att få patienterna att fysiskt överleva och att medicinera dem, när psykofarmaka fanns.

De psykiatriska sjukhusens byggnader är mycket bristfälliga. Sanitära utrymmen och kök är helt undermåliga. På avdelningarna trängs män och kvinnor med alla tänkbara psykiatriska och mentala problem. Den vanligaste diagnosen är schizofreni, ett fåtal har affektiva sjukdomar, andra är oligofrena eller har personlighetsstörningar. Dessutom finns en del långvarigt epilepsisjuka med personlighetsförändringar. Gene-

rellt är endast våra fall intagna, men det finns också enstaka patienter som mycket väl hade kunnat lämna kliniken om de hade haft någonstans att ta vägen. Dessa mer eller mindre tillfrisknade fall lever med de andra patienterna, men har fått uppgifter som matlagning, parkarbeten och liknande.

Patienterna frös ihjäl

Under krigsåren 1994–96 hade drygt hundra patienter dött, de flesta genom att de frusit ihjäl under vintrarna, men även av svält. En del patienter hade också blivit skjutna då de förrirrat sig in mellan skyttelinjerna strax utanför klinikerna. Det finns många exempel på krigets absurditet, men frågan är om den kan bli tydligare än när man hör talas om dödsskjutningar av något så harmlöst som psyko-geriatriska patienter.

Jag besökte Tjetjenien under sommaren då problemen är mindre, men med bävan väntar landets psykiatriska kliniker på vintern, då försörjningen med mat och framför allt uppvärmningen av sjukhuslokalerna blir akuta problem, som man för närvarande inte har någon lösning på.

På grund av situationen vid landets psykiatriska kliniker vägrade många gånger anhöriga eller patienter själva inläggning, även när sådan var absolut nödvändig. Psykiaterna tvingades därigenom ofta till kompromissen att behandla svårt sjuka polikliniskt. Exempel de nämnde på detta var en del av de grava reaktiva psykoser, som var relativt vanliga bland den psykiskt svårt sargade befolkningen, och djupa depressioner.

I den polikliniska vården mötte man många depressioner, lättare och svårare psykoser och svårare neurotiska störningar. Människor med psykiska svårigheter efter traumatiska upplevelser i kriget tycktes inte söka sig till psykiatri, förutom när det rörde sig om mycket starka symtom eller om psykiska sjukdomar som förvärrats i samband med svårt traumatiska upplevelser. Det fanns betydande missbruksproblem i landet, främst av opium, men även av alkohol och andra droger. Dessa behandlades av psykiatrer vid särskilda missbruksenheter, vilkas situation var lika prekär som den övriga psykiatriens.

Krigets våld i Tjetjenien har varit extremt, och även patienterna inom psykiatri har drabbats och hotats av det. Den tjetjenska psykiatri har därigenom tillgång till mycket intressant kliniskt material avseende psykotiska patienters beteende i extrema situationer. Bland annat beskrev man för mig hur en del mångårigt gravt psykotiskt sjuka under extrem livsfara, i situationer där ett psykotiskt beteende troligtvis hade inneb-

ANNONS

rit en säker död, kunde visa ett realitetsanpassat beteende i den akuta livsfaran. Man hade flera exempel på katatona patienter, som sedan årtal tillbaka varit helt avskärmade från omvärlden, som självmant hade flytt ur brinnande byggnader, sprungit bland de fallande bomberna och i skyddsrummen betett sig så pass normalt att de inte stört andra människor. Nästan alla dessa hade, när den akuta faran var över, återvänt till sin tidigare kliniska bild. Överlevnadsdriften även hos svårt psykotiska människor pekar på intressanta psykologiska och biologiska aspekter av sjukdomen.

Svaga grupper mest utsatta

Psykiatrin är i Tjetjenien, liksom i många andra länder, en tämligen lågprioriterad samhällsinstitution. Detta ökar psykiatrins problem, och särskilt märkbart är detta bland äldre, mångårigt kroniskt psykiskt sjuka människor.

En annan mycket utsatt grupp i kriget och i det psykosociala eländet i dagens Tjetjenien var barnen. Särskilt gällde detta dem som blivit föräldralösa, vilket drabbat många i ett land där nära en tiondel av befolkningen dödats inom loppet av drygt ett år. Många barn hade dessutom bevittnat mycket våld och död. De svårt psykiskt sjuka barnen togs om hand av antingen psykiatrin eller pediatriken. Dessutom fick en del traumatiserade barn hjälp av mer eller mindre organiserade institutioner, en del med stöd från Läkare i världen. Man försökte där oftast hjälpa de traumatiserade barnen i grupper. Några av dessa grupper besökte jag och slogs av hur dessa barn i ena stunden kunde vara glada, stimmiga och lekfulla »vanliga barn», för att i nästa stund sitta helt stilla och dystert blicka ut i intet.

Behov av hjälp

Den mänskliga värmen jag möttes av i Tjetjenien och det närmast ofattbara lidande landet har tillfogats väckte en stark medkänsla, som jag hoppas få dela med flera i västvärlden. Bland tjetjenska psykiatrer fanns en mycket stark törst efter att få ta del av vetenskapliga rön och få kontakter med psykiatrin i andra länder. Dessa kontakter på kollegial, facklig och vetenskaplig nivå är troligen livsviktiga för den tjetjenska psykiatrins framtid.

Varje form av kontakt och stöd från psykiatrin i andra länder är välkommen. Läkare i världen kommer att fortsätta att arbeta i Tjetjenien, och personligen kommer jag att resa till landet igen, även om det i framtiden blir för kortare perioder om två-tre veckor.

Kontaktadress för vidare information: Michael Brune, Läkare i världen, Sverige, Dianavägen 1, 115 43 Stockholm. Tel/fax: 08-664 66 87.

Auktoriteter kräver tolkningsföretråde

Ravnskov svarar i debatten om fett i kosten

I en debattartikel i Läkartidningen 46/97 tycks Wulf Becker och Stephan Rössner sakna en brandkår av medicinsk expertis med uppgift att auktoritativt tillrättalägga »Uppenbart om-dömeslösa uttalanden» i massmedia. Ett sådant system innebär att vissa skall ha tolkningsföretråde, trots att raden av auktoriteter som under historiens gång haft fel i vetenskapliga tvister förmodligen går flera varv runt jorden. Det menar Uffe Ravnskov, som här svarar Becker och Rössner.

Anledningen till Beckers och Rössners indignation är min artikel i DN den 7 juli 1997 om de kostråd vi fått i många år från auktoritativt håll. Synd att inte Läkartidningen gav mig tillfälle att kommentera deras kritik innan den gick i tryck; jag hade annars kunnat korrigera de värsta sakfelen.

I artikeln påstod jag att idén om det farliga mättade och det nyttiga fleromättade fett saknar vetenskapligt stöd. Jag exemplifierade med en färsk, finsk artikel [1] där man studerat sambandet mellan intaget av fettsyror och risken för koronarsjukdom efter sex års observationstid hos 21 930 manliga rökare i åldern 50–69 år. Författarna konkluderade i sammanfattningen att intag av transfettsyror och omega-3-fettsyror var associerat med en ökad mortalitet i koronarsjukdom. Någon sådan association fanns inte vid intag av mättade eller cis-enkeltomättade fettsyror, eller andra fleromättade fettsyror, alltså fynd i öppen konflikt med kostbudskapet.

I själva verket var det ännu värre. Det fanns nämligen i de multivariabla modellerna »en signifikant, omvänd korrelation mellan koronardöd och intag av mättade fettsyror och en positiv korrelation för fleromättade fettsyror ($P<0,05$)».

Den finska studien relevant

Becker och Rössner avvisar resultaten från den finska studien eftersom de anser den vara en »sekundärbearbet-

DEBATT

”Vi är alla överens om att det är jorden som snurrar kring solen och inte tvärtom. Ingen tvivlar på det periodiska systemet och det är bara knäppgökar som ifrågasätter utvecklingsläran. Men medicinska nyheter är nästan alltid mjuka data, öppna för olika tolkningar, det gäller i synnerhet resultat från epidemiologiska studier. Vad Becker och Rössner kräver är tolkningsföretråde.”

ning» av en annan artikel vars syfte var att studera om beta-karoten eller E-vitamin kan förebygga lungcancer. Redaktionen på American Journal of Epidemiology har tydligen haft en annan uppfattning och författarna själva har inte heller några reservationer på den punkten utan framhåller tvärtom att deras studie tack vare dess storlek och kvalitet borde kunna avslöja viktiga associationer mellan kost och koronarsjukdom.

Becker och Rössner påpekar, liksom artikelförfattarna, att man på grund av den valda populationen, medelålders och äldre rökande män, måste vara försiktig med att extrapolera till andra befolkningsgrupper. Jag instämmer. Den som känner kolesterollitteraturen vet emellertid att kolesterolkampanjen huvudsakligen bygger på studier av medelålders och äldre män och att man i många studier har inriktat sig på män med många riskfaktorer, till exempel rökare. Från dessa studier har man se-

Författare

UFFE RAVNSKOV

med dr, docent, oberoende forskare, specialist i invärtes sjukdomar och njursjukdomar, privatpraktiserande läkare, Lund.