

# Språk- och kulturkompetent personal – en viktig resurs

**Etthundrasextiofyra bosniska flyktingar, som sökt hjälp på Psyko-traumatologiska enheten vid Danderyds sjukhus, har omhändertagits inom ramen för ett projekt. Personalens språk- och kulturkompetens visade sig vara en stor tillgång i kontakten med patienterna. Patienter med symptom motsvarande PTSD behandlades med exponering i fantasin i kombination med kognitiv beteendeterapi. Hälften av dem blev markant bättre. Patienter med diagnosen akut kris reagerade positivt på debriefing. Många kunde avsluta kontakten med mottagningen efter bara några seanser.**

Norrorts psykiatriska klinik vid Danderyds sjukhus har tidigt visat intresse att utveckla speciell kompetens i kriterapi, bl a som en följd av erfarenheter från behandling av personal som utsatts för våld och hot om våld. Denna behandling gavs från början inom vad som kallas för Våldspreventiva gruppen, VPG, förmedlad av en särskild psyko-traumatologisk enhet, PTE [1]. Det var därför naturligt att den nyinrättade mottagningen för bosniska flyktingar inkluderades i PTE. Projektet finansierades av HSN och startade 1 januari 1995 och avslutades 30 juni 1997.

Uppgifterna i projektet var att erbjuda kvalificerade psykiatriska bedömningar och kriterapi i korttidsperspektiv samt utveckla och erbjuda utbildningsprogram i syfte att öka kunskaperna om Bosnien, om flyktingskap och posttraumatiska symptom (PTSD) [2].

Teamet bestod av en överläkare, specialist i psykiatri, kurator, flyktingsekreterare, psykolog och sekreterare.

## Författare

MAJDA OMÉROV  
överläkare

BÖRJE WISTEDT

docent, båda vid psykiatriska kliniken, Danderyds sjukhus.

Alla utom teamets sekreterare var språk- och kulturkompetenta.

Alla patienter genomgick noggrann klinisk intervju. För personer som upplevt ett svårt trauma i hemlandet, där man misstänkte utveckling av PTSD, använde man sedvanliga diagnostiska kriterier enligt DSM-IV. För screeningundersökning av patienter med PTSD användes självskattningsskalan Impact of Event Scale IES-15 [3].

## Svåra krigsupplevelser

De flesta patienterna har varit utsatta för svåra krigsupplevelser, misshandel, både psykisk och fysisk, många har varit i fångläger och torterats, bevittnat våld mot annan person eller hur en nära anhörig har dödats. En del av patienterna har varit våldtagna kvinnor [8-15].

PTSD kan utvecklas trots sekundära preventiva åtgärder såsom krisintervention eller psykosociala stödsatser [4]. När en person utvecklar PTSD betyder det att normal psykisk läkning efter en traumatisk händelse inte kunnat ske.

Vid bearbetning av kriser använder vi sk psykologisk obduktion – en typ av modifierad klassisk debriefingmodell som vi också tillämpat i behandlingen av vår personal [1, 4]. För patienter med säkerställd PTSD kombinerades i regel psykologiska och farmakologiska behandlingsmetoder [5, 6]. Behandlingsprincipen var att hjälpa patienterna att hitta det positiva som finns kvar i livet, stärka deras resurser, öka deras självförtröende samt lära dem vissa beteendetekniker.

Vid exponering av traumat i fantasin lär sig patienten uppleva ångeststegring och stå ut med den. Detta sker långsamt och steg för steg så att patienten känner att hon/han har kontroll över situationen och samarbetar med sin terapeut.

Det är alltså avgörande att även responsprevention genomförs [14]. Här kan vi missta oss som terapeuter, exempelvis om vi inte har förstått att patienten alltför sällan tänker på traumat. Medicineringen kan göra att traumat kupe-ras för mycket.

Inledningsvis fick patienterna träna under terapeutens ledning och sedan fortsätta träningen hemma. Några av patienterna fick som hemuppgift att skriva om den traumatiska händelsen

Tabell I. Åldersfördelning.

Födelseår	Antal patienter
1920–29	7
1930–39	18
1940–49	33
1950–59	58
1960–69	35
1970–79	13

och läsa upp detta högt när de kom tillbaka till terapin. Våra erfarenheter är dock att detta kan framkalla starka känslomässiga reaktioner, och därför tillämpas metoden med noggrann hänsyn tagen till patientens resurser.

I de flesta fall kombinerades kognitiv beteendeterapi med farmakologisk behandling, vanligtvis SSRI-preparat, fast i något lägre dosering än för patienter med egentliga depressioner. En del av patienterna fick dessutom lugnande mediciner vid behov, vilket i praktiken visade sig vara »trygghetsmedicin» [5, 6], samt sömnmedicin vid behov. Patienter som inte klarade av kognitiv terapi erhöill stödsamtal i kombination med mediciner och sociokurativa insatser.

Modifierad debriefingteknik har i många fall visat snabb symtomlindring. Flera av våra patienter har kunnat avsluta kontakten med mottagningen efter endast ett eller två samtal.

## Drygt hälften färdigbehandlade

I denna verksamhet var 164 personer registrerade. De var fördelade på 62,8 procent kvinnor och 37,2 procent män i åldrarna 19–76 år. Den största gruppen var 35–45 år (Tabell I). De vanligaste symtombilderna var sömnrubbningar, mardrömmar, koncentrations- och minnesstörningar, ångest och depression, ilska, irrititet, isoleringstendens, skuldkänslor, självanklagelser. Många patienter kunde inte tillåta sig att känna lättnad över att de har överlevt, och många hade funderingar över livets mål och mening och gjorde omvärderingar.

Extremt svåra traumatiska upplevelser, framför allt hos dem som varit i koncentrationsläger, visade sig vara mycket svåra att bearbeta psykologiskt. I dessa fall blev det realistiska behand-

**Tabell II.** Diagnosfördelning.

	Procent
PTSD	39
Depression	18
Psykos	8
Krisreaktion	21
Psykosoma	4
Ångest	10

lingsmålet »att de drabbade skulle kunna leva ett så gott liv som möjligt med, och inte trots sina minnen».

Diagnosfördelningen varierade över tiden. Från början hade vi en relativt stor andel patienter som hade utvecklat PTSD, dock förändrades denna fördelning så småningom. I avslutningsskedet visade det sig att 39 procent av patienterna hade diagnosen PTSD, 21 procent krisreaktion, 18 procent depression, 10 procent ångest, 8 procent psykos, 4 procent psykosomatiska symtom (Tabell II). Antal besök varierade mellan 1 och 23. Genomsnittsvärdet beräknas till ca 6 besök. Av de 164 patienter som var registrerade på mottagningen är idag 60,4 procent färdigbehandlade, 3,7 procent har återvänt till hemlandet, 17,7 procent är remitterade till sektorspsykiatriska mottagningar, 3,7 procent fortsätter kontakten med primärvården, 0,6 procent är remitterade till PBU, 2,4 procent avbröt kontakten på grund av att de saknade uppehållstillstånd och 7,3 procent är under behandling (Tabell III).

De personer som remitterades vidare till psykiatrisk mottagning hade i de flesta fall psykiska besvär innan kriget bröt ut. I en del fall rör det sig om patienter som i samband med krigstraumat utvecklat en djupare depression eller psykosomatiska symtom – komorbiditet – som måste följas under en längre tid på sektorsmottagningen. Patienter som remitterades till primärvården var i regel klart förbättrade även om de fortfarande erhöll farmakologisk behandling. De patienter som betecknas ”under behandling” i Tabell III är de som är mantalskrivna i NÖSO.

### Arbetet i kvinnogruppen

Gruppen bestod av sju kvinnor som bedömdes av psykolog eller psykiatriker avseende deras lämplighet att delta i grupparbete. En av dem hade säkerställd PTSD i kombination med fobiska reaktioner. En hade psykiska problem innan kriget bröt ut, men försämrades åter i samband med krigstraumat. Alla hade anpassningssvårigheter, dessutom depressiv symtomatologi. Under de fyra månader gruppen träffades (en halv dag per vecka) mätte kvinnorna bättre och kunde ha glesare individuella kontakter på mottagningen. När gruppen

avslutades var endast två kvinnor helt återställda, medan fem var i behov av fortsatt kontakt med mottagningen. Mötena i kvinnogruppen ledde i det korta perspektivet till en påtaglig förbättring av psykiska symtom. Grupparbetet hade även sin givna roll när det gällde det sociala stöd kvinnorna fick, vilket innebar att de fick ett bättre socialt nätverk i det långa perspektivet. De började träffas privat och gav varandra psykologiskt stöd.

### Sammanfattning

Projektets huvuduppgift under första året var utveckling av arbetsmetoder samt samarbete i första hand med kommuner och primärvård, PBU och psykiatriska mottagningar.

Arbetet med de bosniska flyktingarna har inte varit upplagt som någon vetenskaplig studie, men en systematisk registrering av våra observationer i det kliniska arbetet har gjorts från starten. Mötet med patienter, som särskilt under de första månaderna berättade om mycket känsliga traumatiska upplevelser, har många gånger upplevts som svårt trots att vi var psykologiskt väl förberedda för detta. Regelbunden handledning var fjortonde dag med extern handledare har varit en förutsättning för att vi skulle kunna genomföra arbetet.

Det som var speciellt med det bosniska teamet på Danderyds sjukhus i jämförelse med andra bosniska team var vår språk- och kulturkompetens, vilken underlättade kontakten med patienterna. Vi har relativt snabbt kunnat hitta den rätta vägen i arbetet med patienterna. Vi har strävat efter att utveckla en arbetsprincip, att analysera patientens situation (konceptualisera) utifrån sociala, psykologiska och biologiska kunskapsbaser. I vissa terapeutiska sessioner med särskilt svåra patienter, exempelvis våldtagna kvinnor, har det varit avgörande att terapeuten var en kvinna med språk- och kulturkompetens och god kännedom om befolkningens mentalitet [7]. Detta gjorde att de våldtagna kvinnorna lättare kunde frigöra sig från skam- och skuld känslor (som de flesta våldtagna kvinnor har) [11, 12] och så

**Tabell III.** Nuvarande status.

	Procent
Färdigbehandlade	60,4
Återvänt till hemlandet	3,7
Remitterat till sektor psyk	17,7
Till husläkarmottagningen	3,7
Avbröt kontakten	4,3
Till PBU	0,6
Avbrutit på grund av saknat uppehållstillstånd	2,4
Under behandling	7,3

småningom börja berätta om det svåra de upplevt.

Språk- och kulturtillhörighet har dock inte upplevts enbart positivt. Om patient och terapeut tillhör samma kultur kan patienten ha för stora förväntningar, till och med idealisera bilden av terapeuten. Patienten kan ta upp problem som inte hör till en psykiatrisk mottagning i tro att terapeuten ska vara »fixare». Detta kan vara en svår balansgång som kräver ett professionellt förhållningssätt och strikta ramar i bemötandet av patienter.

Arbetet med denna patientgrupp har varit mycket engagerande och tidskrävande, men också utvecklande. Den speciella kunskap och erfarenhet som projektet har givit oss kan på olika sätt spridas till andra behandlare som arbetar med människor med liknande problematik.

### Referenser

1. Omérov M, Forsberg L, Wistedt B, Bejhed L. Kristeam för personal. Läkartidningen 1994; 91: 36.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
3. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of events scale: A measure of subjective stress. *Psychosom Med* 1979; 41: 209-18.
4. Ford CV. Somatic symptoms, somatization and traumatic stress: An overview. *Nordic Journal of Psychiatry* 1997; 51: 1.
5. Gelpin E, Bonne O, Peri T, Brandes D, Shalev AY. Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: A prospective study. *J Clin Psychiatry* 1996; 57: 390-4.
6. Braun P, Greenberg D, Dasberg H, Lerer B. Core symptoms of posttraumatic stress disorder unimproved by alprazolam treatment. *J Clin Psychiatry* 1990; 51: 236-8.
7. Al Badawi R. Transkulturell kunskap nödvändig. *Läkartidningen* 1996; 93: 3483-5.
8. Goenjian AK, Najarian LM, Pynoos RS, Steinberg AM, Petrosian P, Setrakyan S et al. Posttraumatic stress reactions after single and double trauma. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90: 214-21.
9. McCarroll JE, Ursano RJ, Fullerton CS. Symptoms of PTSD following recovery of war dead: 13-15 month follow up. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 939-41.
10. Ferrada-Noli M. Post-traumatic stress disorder and suicidal behaviour in immigrants to Sweden. *Psychiatry Section, Karolinska Hospital* 1996.
11. Constance V, Foa D, Foa E B. Posttraumatic stress disorder. *Comprehensive casebook of cognitive therapy*. In: Freeman A, Dattilio FM, eds. New York: Plenum Press, 1992.
12. Dahl S. Acute response to rape – a PTSD variant. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 355: 55-62.
13. Lundin T. The treatment of acute trauma: Post traumatic stress disorder prevention. *Psychiatr Clin North Am* 1994; 17: 385-91.
14. Barlow D H. Posttraumatic stress disorder. Anxiety and it's disorders. The nature and treatment of anxiety and panic. New York: The Guilford Press, 1988.
15. Barlow D H. *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 1993.