

Trauma ger posttraumatiskt stressyndrom – En realitet som myndigheterna inte vill se

Psykiatrin har alltid haft ett problematiskt förhållande till psykologiska trauman. Svårigheten har varit att bestämma hur fruktansvärd verkligheten får vara och var fantasin tar vid.

Freud accepterade initialt sina patienters berättelser om barn-
domstrauma som skildringar av verkliga förlopp och ansåg i sin
ursprungliga teori att dessa trauman var orsaken till neuroser.
Han valde senare att förklara dem som fantasier och uttryck för
den barnets omedvetna önsknings att förföra den vuxne. Medan
fruktansvärda saker kunde pågå i det omedvetna var verkligheten
mer kontrollerad och ordnad! Att på detta sätt hantera skuldfrågan
medförde också att hela behandlingen kunde äga rum i det slutna
analysrummet utan att behandlaren tvingades till besvärliga
konfrontationer med omgivningen. Denna hållning, som kommit
att prägla psykiatrin framöver har av många ansetts vara ett
svek mot patienterna och ett skuldbeläggande av den som
behövt känna tillit och skydd (t.ex. Miller A, 1983). Var och
en som varit kliniskt aktiv vet att en objektiv verklighet kan
vara svår att fastställa. Var och en med någon psykoanalytisk
insikt inser också att våra patienters berättelser ibland är så
skrämmande och provocerande för vår egen tro på en säker och
god värld, att vi kan förledas att tro att allt egentligen är
påhitt eller manipulation. Med psykoanalytiskt språk kallas det
motöverföring.

Koncentrationslägerfångars överretlighet antogs bero på undernäringen

Med denna ovilja att förstå vilken påverkan psykologiska trauman
kan ha i uppkomsten av olika tillstånd föredrar man ibland
biologiska förklaringar. Leo Eitinger beskrev efter andra världskriget
hur de människor som kom till de nordiska länderna från Hitlers
koncentrationsläger uppvisade en nervös överretlighet, koncentrations-
svårigheter och diverse andra symptom. Tillståndet antogs bero
på undernäringen i lägren. Först småningom började man
acceptera att livshotande psykiska trauman i sin egen rätt kunde
ge upphov till dessa symptom, som kom att betecknas med KZ-
syndromet (Eitinger 1961).

1984 startades Röda korsets center för torterade flyktingar i
Stockholm. Jag kom att bli centrets första chefläkare. Under nå-
gra månader togs patienter från olika delar av världen emot. Cen-

trerts behandlare, av vilka flera hade judisk bakgrund, började lära
känna innebörden av begreppet posttraumatiskt stressyndrom,
PTSD. Det hade några år tidigare lanserats i DSM-III (Associa-
tion, AP 1980) som en mer allmängiltig diagnos än KZ-syndro-
met. Vietnamkriget var den omedelbara orsaken till att tillståndet
åter hade uppmärksammats. Diagnosen fick en politisk betydel-
se genom att uppmärksamma följderna av krig och lade orsaken
i de extraordinära förhållanden som människor ibland utsätts för
och endast i mindre utsträckning hos den drabbade. När den för-
sta palestinska flyktingen berättade om sina symptom efter tortyr
i ett israeliskt fängelse, ifrågasatte flera behandlare vid centret san-
ningshalten i berättelsen eftersom man ansåg sig veta att tortyr
inte förekom i israeliska fängelser. Denna uppfattning fick revideras
efter ytterligare kontakter med verkligheten.

Lekmän blundar för trauma

Trots att PTSD knappast längre kan anses vara en ny diagnos möter
den fortfarande motstånd. Den har i enlighet med den ursprungliga
beskrivningen i DSM-III förknippats med "händelser utanför
normal livserfarenhet" och man har därför ofta förnekat dess
existens i vardagspsykiatrin. Den är

en naturlig reaktion för lekmän att vilja blunda för trauma, att
förneka verklighetens ohyggligheter för att på det sättet lättare
behålla tron på att världen är god. När det gäller myndighetsperso-
ner, som handläggare på Migrationsverkets gäller det också att
försvara en tro på att man fortfarande handlar i linje med lagstift-
ningens intentioner att ge skyddsbehövande det skydd de har rätt
till. Samma mönster tycks upprepas gång efter annan. För några
år sedan försvann ett barn från sin asylsökande familj. Polisens ut-
redning präglades av tron att familjen gömt barnet i syfte att på-
verka asylprocessen. Lång tid senare hittades resterna av barnet i
skogen inte långt från familjens hem. En mer ambitiös räddnings-
insats från början, av det slag som brukar organiseras när svenska
barn försvinner, hade sannolikt kunnat ändra förloppet.

I TV-programmet Spelet om de apatiska flyktingbarnen, och efter-
följande artiklar i Dagens Nyheter, har journalisten Gellert Tam-
mas visat att också på högsta politiker- och sakkunnignivå har
samma enkla mekanismer fått genomslag. Statens tillsatta utre-
dare Marie Hesse har samverkat med invandrarminister Barbro
Holmberg för att systematiskt bortförklara betydelsen av trauma-
tiska händelser för psykopatologi till förmån för spekulationer
kring manipulering och simulering hos de drabbade (SOU

" Statens tillsatta utredare Marie Hesse har systematiskt bortförklarat trauma till förmån för spekulationer om manipulation"

2006:49, SOU 2006:114). Migrationsverket gjorde polisanmälningar mot barnens föräldrar på misstanke om förgiftning eller vanvård! Samtliga anmälningar har visat sig sakna grund.

Psykiatrer som såg sig kallade att hjälpa till med hemsnickrade teorier om allt från bromidförgiftning till simulering på föräldrarnas uppdrag återopades som experter i utredningen. Man skulle inte tro att det var möjligt, att mer än 60 år efter andra världskrigets slut och mer än 25 år efter att PTSD introducerats i DSM-III, i en psykiatrisk kontext fortfarande förhålla sig så förnekande till betydelsen av psykiska trauman. Detta är naturligtvis en lågvattenmarkering för en statlig utredning. Inte desto mindre visar exemplet hur starkt motståndet är att ta till sig det uppenbara, åtminstone om detta uppenbara utmanar den trygga, värld där snusförnuftet har tolkningsföreträde. Argumentationen faller in i en välkänd mall, som förefaller ha präglats för att hålla obehagliga frågor på avstånd.

Trauma och psykiatri

På professionella inom psykiatri borde ställas större krav på empati än på tjänstemän med ansvar för invandrarlagstiftningens tillämpning. Befolkningsundersökningar från USA har visat, att trauman av det slag som kan ge upphov till PTSD har upplevts av en majoritet av den vuxna befolkningen och att prevalensen av PTSD ligger mellan 5 och 10 % (Breslau et al 1991, Kessler et al 1995). I Sverige har siffran 1-2 % tills nyligen brukat upprepas utan hänvisning till undersökningar – också av fackfolk. Det har varit förvånande eftersom man i vårt grannland Norge vid undersökningar i Oslo och Lofoten fått siffror av samma storleksordning som i världen i övrigt. Den första större svenska undersökningen för ett par år sedan visar en livstidsprevalens på 5.6% (Frans Ö et al 2005). Intresset för PTSD har i Sverige haft en katastrofpsykiatrisk inriktning med ökande intresse i samband med Estoniakatastrofen och tsunamin julen 2004, således ett intresse för det som ligger ”utanför normal livserfarenhet”. Denna formulering av A-kriteriet ändrades för övrigt redan 1987 i DSM-III-R (Association AP, 1987) till en händelse som varit förenad med hot mot livet och som uppväckt fasa eller stark skräck. Den nya formuleringen ligger i linje med de epidemiologiska fynden av allvarliga traumas vanlighet.

Inom psykiatri används diagnosen sällan, också när det gäller

”Psykiatrer som såg sig kallade att hjälpa till med hemsnickrade teorier om allt från bromidförgiftning till simulering återopades som experter”

befolkningar med ett stort inslag av flyktingar (Al-Saffar, Borgå m.fl. 2002) eller t o m när det gäller renodlade flyktinggrupper (Roth 2006). Inom den psykiatriska vården föreligger alltså en uttalad underdiagnostisering. Det gäller svenska patienter, där användande av ett självskattningsformulär i

öppen vård visar en prevalens av trolig PTSD på 29 % (Al-Saffar, Borgå et al 2002). Men det gäller i än högre utsträckning etniska minoritetsgrupper, där prevalensen varierar med ursprung men i flera grupper ligger över 50 %. Sedan länge finns studier som visar att den överväldigande majoriteten av patienternas allvarliga psykiska trauman förblir okända för behandlarna och att PTSD underdiagnostiseras (Jacobson & Richardson 1987, Zimmerman et al 1999).

Det förefaller som om det inom psykiatri finns två strategier för att undvika att ta ansvar för traumatiserade patienter. Den första går ut på att kriser och trauma främst bör handläggas inom primärvården. När traumatiserade patienter ändå hamnar inom psykiatri är den andra strategin att hävda att det krävs

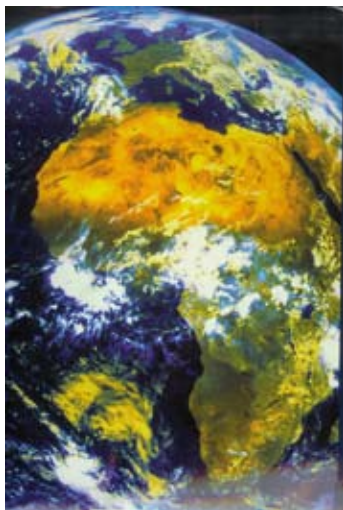
traumaspecifika terapeutiska kunskaper för att bemöta och behandla traumatiserade. Har man inte det riskerar man att göra mer skada än nytta genom att aktualisera trauma! Inte desto mindre ansåg cirka hälften av patienterna i ovan nämnda patientgrupp på en vanlig öppenvårdsmottagning att deras traumatiska upplevelser hade uppmärksammat och tillräckligt beaktats i behandlingen (Al-Saffar, Borgå et al 2004, a). Intressant är att bland dessa patienter var det sju gånger vanligare att patienterna hyste stort förtroende för behandlaren och utfallet i självskattad hälsa och symptomatologi (PTSD och depression) var också väsentligen bättre än i den grupp, som inte var nöjda med hur trauma beaktats. Det förelåg emellertid en skillnad i hur invandrade patienter upplevde att deras traumatiska upplevelser beaktats. Invandrare var i signifikant lägre utsträckning

nöjda med hur trauma beaktats jämfört med svenskfödda. Man kan förstå detta som att invandrarskapet, kanske med åtföljande språksvårigheter, och oförmåga hos behandlaren att sätta sig in i patientens bakgrund ökar motståndet mot att tala om trauma.

Utvecklingen av PTSD

Samtidigt som man uppmärksammat hur vanligt det är med trauma i befolkningen, har det blivit tydligt att ett enstaka sådant trauma sällan leder till utvecklingen av PTSD. Det förefaller att de flesta av oss är rustade för att ta både en, två eller tre smällar, åtminstone om vårt sociala nätverk är intakt och om vi har någorlunda gynnsamma förhållanden för att bearbeta vad vi varit med om. Om vi däremot drabbas av ett flertal upprepade traumatiska händelser, kanske utan möjlighet att bearbeta de tidigare, ökar också risken för utvecklande av PTSD. Intressant är att ingen som inte uppgivit minst ett trauma – hos sig själv eller nära anhörig – uppvisade symptom-bilden för PTSD. Detta styrker diagnosens validitet.

”Den överväldigande majoriteten av patienternas allvarliga psykiska trauman förblir okända för behandlarna och PTSD underdiagnostiseras”



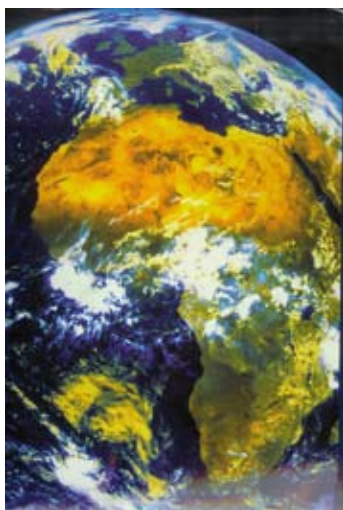
Det tycks vara vid fyra eller fler trauman som risken för PTSD starkt tilltar. Men även bland de som rapporterat 10 trauman eller mer uppvisade endast 75 % PTSD. Samtidigt hade de ju alla sökt psykiatrisk öppenvård och hade alltså andra besvär. Men reaktionerna och de patologiska uttrycksformerna efter traumatiska belastningar varierar. Lika vanligt som att traumatiserade patienter uppvisar PTSD är att de visar symptom från den depressiva sfären. Depressiv symptomatologi eller symptom förenliga med andra etablerade diagnoser, som ofta överlappar PTSD-symptomatologin, kan också vara en av förklaringarna till att man kliniskt ofta förbiser PTSD. Man talar något oegentligt om en co-morbiditet, som om det vore fråga om oberoende och icke-relaterade sjukdomar, när det i själva verket rör sig om en patoplasticitet med stor individuell variation i uttrycksformer på trauma.

I detta symptomatiska traumaspektrum finns också mycket somatiska uttrycksformer, som smärta eller i de gravare formerna påverkad kroppslig koordination. Även personlighetsstörningar som en följd av trauma är en realitet som man bör räkna med. För att bättre täcka in en del av dessa utvidgningar av det ursprungliga PTSD-begreppet talas ibland om komplex PTSD eller DESNOS. I den kliniska vardagen förefaller det viktig vara att våga fråga om, uppmärksamma och fokusera på patientens traumatiska upplevelser i behandlingen oavsett klinisk manifestation.

Är PTSD ett kulturspecifikt syndrom?

Kritiken mot PTSD har luftats från många håll men varit särskilt intensiv i USA. Här finns en politisk oro att utbetalningar i kompensation till många krigsinvalida ska bli en alltför betungande del för statsfinanserna. Mellan 1999 och 2004 steg betalningarna till krigsveteraner från 1.7 miljarder USD till 5.4 miljarder vilket skapar oro för att invasionerna i Afghanistan och Irak ska bli alltför kostsamma (Washington Post Dec 27, 2005). Ändå har bara en liten del av de soldater som sänts till Irak börjat få sin kompensation.

I spelet kring krigsinvaliditet är PTSD-diagnosen ofta avgörande. Av samma skäl som diagnosen från början hade en politisk betydelse, motarbetas den nu aktivt av etablissemangen. Detta är helt i linje med osynliggörandet av krigets konsekvenser, som är viktigt för president Bush om han inte totalt ska förlora det politiska stödet. I detta osynliggörande finns utnyttjande av civilanställda med vapen, som inte faller under krigets lagar och där antalet stupade inte behöver redovisas. Tyvärr märks även från psykiatriskt håll ett medagerande i detta osynliggörande, långt utanför den marknad för vilken det var ämnat. Således framför ibland



även svenska psykiatrer att PTSD är litet av en "trenddiagnos", till vilken det finns skäl att ställa sig skeptisk.

Andrew Young har i *The Harmony of Illusions* (1995) framfört

att PTSD är en kulturell konstruktion, något som man förvisso kan säga om alla psykiatriska diagnoser. Andra forskare (Jones et al 2003) har påpekat att ett symptom som i USA närmast anses patognomont för PTSD, de s.k. "flash-backs" inte finns beskrivna i patientjournaler från första och andra världskriget eller boerkriget. Detta har tagits till intäkt för att PTSD är ett nyare fenomen. I USA anser man att PTSD nu är så välkänd i befolkningen, bl a genom skildringar i film och böcker, att man måste räkna med att åtskilliga soldater utnyttjar diagnosen för att skaffa sig invalidpension. Från flera läger har argumenterats att PTSD bör betraktas som ett kulturbundet syndrom, knutet till den västerländska- och kanske speciellt anglosaxiska – kulturen. Diagnosen skulle således höra hemma i den lista som redovisas i DSM-IV som Kulturbundna syndrom som amok och dhat (semenförlust), båda exemplen från den asiatiska kultursfären.

Eftersom samma drivkrafter att få krigspension inte funnits i Sverige, borde det vara en god idé att undersöka i vilken utsträckning som tillståndet finns bland psykiatriska öppenvårdspatienter. Genom att titta på förekomsten i olika etniska grupper borde man också kunna upptäcka om diagnosen har en särskild bindning till någon viss kultursfär. I patientmaterialet från den ovan nämnda öppenvårdsstudien undersökte vi förekomsten av självs kattad PTSD i fyra etniska grupper: Araber, iranier, svenskar och turkar. Självs kattningsformulär liksom frågor om egna och nära anhörigas trauma hade översatts till de aktuella språken. Förekomsten varierade, men inte med någon övervikt för den västerländska kulturen, där ju exponeringen av trauma också var minst. Man kunde visa att traumabelastningen – mätt i angivna trauman mot den egna personen eller mot en nära anhörig – hade ett rätlinjigt samband med andelen som utvecklade syndromet PTSD i respektive etniska grupp (se Fig 2 på www.svenskpsykiatri.se).

I detta avseende skilde sig PTSD från andra undersökta diagnoser som visade mer svår förklarlig överrepresentation i olika etniska grupper. Somatiskt syndrom var vid samma mottagning nästan nio gånger så vanligt hos greker jämfört med alla övriga grupper sammantagna och psykos hos afrikaner hade en OR= 5.6 jämfört med alla övriga grupper sammantagna (Al-Saffar, Borgå et al, 2004 b). Det förefaller alltså som PTSD hör till de diagnoser som är relativt opåverkade av kultur, vilket är rimligt om man ser dess ursprung i som en av skräck framkallad överlevnadsreaktion.

Sanna berättelser tvingar fram ändrad världsbild

Motståndet att se trauma bland patienter har manifesterat sig genom en förnekande attityd bland många behandlare. Bakom denna attityd kan man ana en idylliserande världsbild, som man vill behålla intakt. Om patienternas berättelser är sanna kan jag bli tvungen att korrigera min egen världsbild, och jag kan inte längre känna mig lika trygg. Även när man förstått att det finns bakomliggande trauma har man inte alltid ansett det indicerat att

" Det förefaller alltså som om PTSD hör till de diagnoser som är relativt opåverkade av kultur"

undersöka detta närmare med rationaliseringen att det kan skada patienten genom en retraumatisering. Tills helt nyligen har den typen av argument förfäktats i vetenskapliga skrifter. Den som känner till PTSD:s kardinalsymptom "intrusion" vet att de påträngande minnena är något som patienten dagligen umgås med, men i regel i sin ensamhet. Att möta en behandlare som empatiskt frågar efter trauma innebär därför ingen retraumatisering utan en lättnad. Risken för retraumatisering ligger endast i oskickligt beteende från behandlaren, dit nog också får räknas undvikande och förnekande. Studien ovan från öppenvårdsmottagningen (Al-Saffar, Borgå 2004 a) visar också att även när personal utan specifik traumaterapeutisk utbildning adekvat adresserar trauma ingjuter det förtroende hos patienterna och leder sannolikt till ett bättre utfall.

Så länge trauma kunde betraktas som "utanför normal livserfarenhet" kunde man låta specialiserade institutioner handlägga det, t ex under beteckningen Kris- och katastrofpsykiatri eller mottagningar för torterade flyktingar. Fortfarande kunde illusionen behållas att det rörde sig om företeelser som bara undantagsvis inträffar, och om de mer frekvent inträffar så gäller detta i alla fall inte vårt land. Man skulle då förvänta sig att symptomen hos flyktinggrupper som vistats viss tid i mottagarlandet skulle avta, och att deras psykiska hälsa gradvis skulle förbättras. Så är inte fallet.

Två avhandlingar från de senaste åren om flyktingars psykiska hälsa, en från Norge (Birgit Lie, 2002) och en från Sverige (Göran Roth, 2006) visar att den psykiska hälsan inte förbättras med tiden i det nya landet. Tvärtom tycks den successivt försämrans på ett närmast katastrofalt sätt. Med dessa fynd följer insikten att den dåliga hälsan inte bara har att göra med traumatiska händelser i ursprungslandet (premigrationstress) utan också förhållanden i mottagarlandet (postmigrationsstress). Säkert bjuder det ännu större motstånd att titta på dessa faktorer.

Det ligger nära till hands att tro att den utdragna asylprocessen och motsägelsefulla flyktingmottagandet – initialt välkomnande och erbjudande av socialt stöd och svenskstudier som regelmässigt följs av avslag, överklaganden och osäkerhet – spelar en väsentlig roll i denna produktion av psykisk ohälsa. I Norge är förhållandena något bättre än i Sverige genom att en större andel beviljas asyl som flyktingar. Göran Roths studie rörde sig om kosovoalbaner som endast fick tillfälligt uppehållstillstånd initialt, men där ändå ganska många efter en flera år lång process av osäkerhet, kom att beviljas uppehållstillstånd.

Det rörde sig alltså om människor vars livssituation djupfrysts i osäker väntan på att den legala processen skulle ha sin gång. Ganska många av dagens invandrare befinner sig i en liknande situation. Prognosen av traumarelaterad sjuklighet har visat sig vara särskilt dålig för dem som uppvisar en kombination av PTSD- och depressiva symptom (Roth 2006).

Säkert finns det skäl att också studera psykiatriens roll i denna ogynnsamma utveckling.

"Vård som inte kan anstå"

Vi har tidigare nämnt bristen i uppmärksammande av trauma

bland psykiatriens patienter. Som framhölls gäller detta i ännu högre grad om patienten är utlandsfödd. Allvarligt traumatiserade, t ex de med ett större antal trauma eller allvarliga trauman med interpersonellt våld, och patienter med utländsk bakgrund upplever i lägre utsträckning att deras trauma beaktats tillräckligt i behandlingen (Al-Saffar, Borgå m.fl. 2004 a). Om patienten saknar uppehållstillstånd finns ofta den felaktiga uppfattningen hos vårdpersonalen att han eller hon inte har rätt till annat än akut vård. Detta kan samverka med behandlarens motstånd att gå in i en traumafokuserad behandling.

Den riktiga beskrivningen är att patienten har rätt till "vård som inte kan anstå". Vi har då skäl att fråga oss hur det begreppet bör tolkas inom psykiatrien. Dit bör räknas sådan vård som inte kan

skjutas upp utan men för patienten, men också sådan vård som inte kan skjutas upp utan att läkarens grundprinciper och dess manifestationer i internationella konventioner bryts. En god översikt av dessa får man på World Medical Associations hemsida (www.wpa.org), som också tillhandahåller en mycket praktisk manual i medicinsk etik. Den internationella koden för medicinsk etik fastslår vår skyldighet att behandla varje patient utifrån hans eller hennes behov, utan att ta hänsyn till exempelvis nationalitet eller ställning i samhället.

Vinster med tidig intervention

Begreppet bör vidare ses i relation till de senaste decenniernas utveckling inom psykiatrien. Vinsterna av tidig intervention har uppmärksamats alltmer. Genom tidig intervention undviker man lidande och dessutom i de flesta fall kostsam slutenvård. Utbyggnaden av den psykiatriska öppenvården har haft som uttalat mål att förebygga inläggningar i slutenvård, med medföljande iatrogena effekter. Denna utveckling har i huvudsak varit framgångsrik med en minskning av psykiatriska sjukhusplatser, även om det finns skäl att tycka att minskningen de senaste åren gått för långt.

Det finns inget rimligt skäl att anse att inte också asylsökande, som vi vet ofta kommer att stanna i vårt samhälle många år, också skulle omfattas av samma synsätt. För närvarande vårdas de i stor utsträckning inom psykiatrisk slutenvård, vilket är ett utslag av en alltför stor begränsning av insatserna i öppen vård.

Man kan tycka att det inte är ett idealiskt läge att gå in i en traumafokuserad psykoterapi, om patientens asylsituation inte är klarlagd. Det är dock svårt att veta när situationen blir bättre och planera för det. Ofta är det inte en fråga om allt eller intet. Att inta en avvisande eller undvikande attityd, kring frågor om trau-

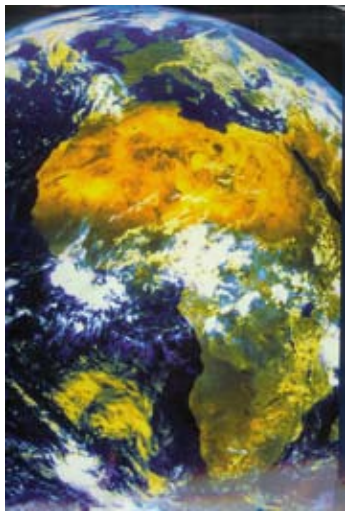


"Om patienten saknar uppehållstillstånd finns ofta den felaktiga uppfattningen att han eller hon inte har rätt till annat än akut vård"

ma, är inte något som patienten har nytta av. En sådan attityd kan patienten ibland identifiera som del av det förnekande han redan mött hos myndighetspersoner, i sitt eget land eller i Sverige. I sådant fall hindras han känna den tillit som är en förutsättning för behandlingsalliansen. Ofta känns det som en trygghet att behandlaren har förstått något om bakgrunden. Det är då lättare att ta emot olika former av psykosocialt stöd. Som behandlare kan man ofta kunna överlåta till patienten att avgöra när läget är lämpligt för en djupare bearbetning, förutsatt att man visat sin beredvillighet. Denna "timing" är en viktig del av all traumabehandling.

Vi måste påminna oss att i psykoterapi är det patienten som gör det stora arbetet. Att väcka frågan om trauma innebär därmed inte att vi övertar ansvaret för det arbete som patienten, mer eller mindre framgångsrikt, själv bedriver. Vi kan i bästa fall medverka som en katalysator.

Det är vår övertygelse att om man lyckas skapa ett utrymme för patientens reflektion och bearbetning, så står han bättre rustad inför nästa traumatiska belastning. Det är den additiva effekten av trauma som i bästa fall kan brytas av att patienten i någon mån "klarat av" ett trauma innan nästa kommer. Kanske kan på detta sätt de gravare formerna av PTSD undvikas. Det faktum att den psykiska sjukligheten ökar i traumatiserade flyktinggrupper med tiden i det nya landet tyder på att varken samhället, eller den psykiatriska vården som är en del av det, kunnat skapa trygghet och utrymme för bearbetning. Vi vet redan något om vårdens tillkortakommanden på området och måste motverka dem. När det gäller traumatiska upplevelser med PTSD-symptomatologi har vi definitivt ett exempel på "vård som inte kan anstå". Ännu allvarligare är läget om det i tillägg finns en depression.



En fråga som kan kännas obehaglig kring traumatiserade flyktingar, är känslan av att man som behandlare blir ett redskap i kampen om asyl. Det kan kännas svårt då advokater "beställer" intyg för att förbättra asylchanserna. Det är viktigt att det man ger uttryck för är sådant, som man själv genom en behandlande kontakt med patienten kunnat styrka. Om intyget står för sig och behandlingsjournalen är tom, brukar också de asylprövande myndigheterna ha skäl att vara skeptiska.

Det är dock motsatsen som för behandlaren utgör de känslomässigt påfrestande situationerna. Det är inte ovanligt att patienten efter en tids behandlingskontakt, med stor vanda och synbar ångest berättar om sådana traumatiska händelser som han inte tidigare uppgivit för sin advokat eller i tidigare kontakter med myndigheterna. Man kan då plötsligt känna att bitarna faller på plats. När man återoppar detta i ett intyg känns det ytterligt kränkande när svaret blir att berättelsen "inte bär sanningsprägel eller i vart fall får anses starkt överdriven".

För att ytterligare markera att man inte tänker låta sig påverkas av detta intyg framhåller man att uppgifterna – om de vore sanna – skulle återopats redan i ansökan. Om sådana berättelser berättas lätt och ledigt vid första kontakt finns det skäl att ställa sig skeptisk! När man upplevt hur kränkande sådana myndighetsuttalande känns för en själv som behandlare, är det inte svårt att föreställa sig att de kan utgöra retraumatiseringar för patienten. Tyvärr innebär den typen av händelser sannolikt att många behandlare ransonerar sina kontakter med asylsökande, där man kan förutsätta att konfronteras med Migrationsverket.

"När det gäller traumatiska upplevelser med PTSD-symptomatologi har vi definitivt ett exempel på 'vård som inte kan anstå'"

Psykiatrins motstånd drabbar flyktingar

Vi har i denna artikel velat peka på, vad som förefaller vara psykiatrins inneboende motstånd att se sina patienters traumatisering. Det finns data som visar att detta särskilt drabbar flyktingar. Asylsökande är i sammanhanget en utsatt grupp, därför att de inte erbjuds ordnade former för behandling. Samtidigt vet vi att flyktingarnas psykiska hälsa tenderar att försämrans med tiden i det nya landet. Eftersom andra data visar att en fokusering av genomgångna trauma i behandlingen är förknippad med bättre självupplevd hälsa och mindre symptom på PTSD och depression, finns det skäl att rekommendera att i inget läge skjuta upp behandling av traumatiserade flyktingar oavsett asylstatus.

Det förefaller som om den viktigaste terapeutiska tillgången i detta sammanhang är modet att våga fråga om genomgångna trauman – och att lyssna på svaret. Ett neutralt sätt att fråga – som också förmedlar betydelsen av trauma till patienten – är färdigtryckta "traumaformulär" som patienten kan kryssa i. Det är i regel inte svårt för patienten att tillstå vad han eller hon varit med om när dessa händelser är så vanliga att det uppenbarligen finns skäl att fråga om dem i ett formulär. I regel upplever patienten en lättnad av att se att behandlaren uppenbarligen är beredd att tala om dessa saker. Bearbetningen börjar då redan med genomgången av frågeformuläret tillsammans.

**Per Borgå
Medförfattare: Suad Al-Saffar**

Referenser och figurer, se www.svenskpsykiatri.se

