



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

Flyktingpatienten

– en behandlingsuppföljning vid Röda Korsets
behandlingscenter för krigsskadade och torterade

Ulrika Friberg och Emma Ramberg

Psykologexamensuppsats ht 2010

Handledare: Håkan Johansson

Tack!

Vi vill rikta ett stort tack till Mehrdad Arbab. Tack för ditt engagemang, din varma människosyn och för att du har förmedlat din kunskap och erfarenhet.

Tack till alla patienter för att ni låtit oss ta del av er situation.

Tack till Yvonne Fröberg för ditt noggranna och väl utförda arbete med insamling och bearbetning av data.

Tack till ”Metodgruppen”: Alicia Scalzotto, Magdalena Persson, Andreas Malm, Henrik Nilsson samt Mehrdad Arbab. Tack för ert engagemang och er välvilliga hjälp i att utforma och genomföra studien.

Tack till Aras Salih samt till alla behandlare på RKC som delat ut de självskattningsformulär som utgör grunden för hela arbetet.

Tack till vår handledare Håkan Johansson för din tillgänglighet och din tilltro till vårt arbete.

Tack till Fredrik Bergkvist för det logistiska underlättandet.

Tack till Minna Wallén och Sofia Friberg för er känsla för språk och detaljer.

Tack till Patrik Hekkala, Peter Zupanovic samt Mostafa Al Jaberi för er hjälp med översättning.

Sammanfattning

Föreliggande studie har undersökt en patientgrupps mående, innan respektive cirka sex månader in i behandling, vid Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade. Studien genomfördes med hjälp av självskattningsinstrument avseende PTSD, ångest, depression, välbefinnande, fungerande, symptom och risk. Studien syftade även till att bringa klarhet i om, och i sådana fall vilka, faktorer som har påverkat behandlingen i antingen positiv eller negativ riktning. Vidare undersöktes huruvida könsskillnader i patientgruppens skattningar förelåg. I studien deltog 24 patienter, samtliga flyktingar. Över 90 procent uppfyllde kriterierna för diagnosen PTSD, i de flesta fall med långvariga symptom efter upprepade trauman. Resultaten visade att patientgruppen efter cirka sex månaders behandling hade förbättrats vad gällde PTSD-symptom, främst avseende överspändhet. Patienternas medelvärden hade också sjunkit inom merparten av de övriga områdena. Kvinnorna hade vid det andra skattningstillfället högre symptomskattningar gällande PTSD, depression och ångest jämfört med männen. Andra faktorer som har påverkat behandlingen uppgavs av patienterna framför allt vara bostadssituationen och det egna hälsotillståndet. Sammanfattningsvis kan det konstateras att patienter som har behandlats vid RKC under en sexmånadersperiod uppvisade ett förbättrat mående jämfört med innan behandlingen.

Nyckelord: PTSD, behandling, krig, tortyr, flyktingar

Abstract

In this study, the wellbeing of a collection of patients at the Red Cross Treatment Center for Victims of Torture and War (RCC) has been evaluated. The study was carried out before the start of treatment and six months in to rehabilitation. The evaluation was completed using self assessment forms which took in to account: PTSD, anxiety, depression, wellbeing, function, symptoms and risk. Assessment was also made regarding the role played by gender upon the results. In addition, the aim of this dissertation was also to judge whether other variables had affected the patient's rehabilitation, and if so, what these factors were. A group of 24 patients consisting entirely of refugees participated in the study. More than 90 percent of those surveyed met the PTSD criteria, in most cases with long-term symptoms due to repeated trauma. However, the results revealed that the patient group had made significant progress by the second point of evaluation concerning PTSD-symptom, in particular hyperarousal. At the second point of evaluation the female patients showed higher signs of PTSD, depression and anxiety than their male counterparts. Health and accommodation were mentioned as factors that affected the rehabilitation, and were reported to have had both a negative and a positive effect on aspects of the treatment. To conclude, the patients who have been treated at the RCC show an improved sense of wellbeing compared to before the start of treatment.

Keywords: PTSD, treatment, war, refugees, torture

Innehållsförteckning

Inledning	7
Teori	8
<i>Kliniskt arbete med flyktingar</i>	8
<i>Definition av begreppet flykting</i>	8
<i>Relationella utmaningar</i>	8
<i>Post-migratoriska stressorer</i>	8
<i>Kulturell kompetens i bedömning, behandling och utvärdering av flyktingar</i>	9
<i>Posttraumatiskt stress syndrom</i>	10
<i>Prevalens och diagnostiska kriterier</i>	10
<i>Komplex PTSD/DESNOS</i>	11
<i>PTSD och komorbiditet</i>	11
<i>PTSD, välbefinnande och fungerande</i>	12
<i>Könsskillnader</i>	12
<i>Tidigare forskning</i>	13
<i>Behandling av PTSD</i>	13
<i>Syfte och frågeställning</i>	14
<i>Syfte</i>	14
<i>Frågeställningar</i>	14
Metod	15
<i>Studiens upplägg</i>	15
<i>Studiens begreppsmässiga utgångspunkt</i>	15
<i>Etiska överväganden</i>	15
<i>Deltagare och plats</i>	16
<i>Material</i>	17
<i>PCL-C</i>	17
<i>HSCL-25</i>	18
<i>CORE-OM</i>	18
<i>Påverkande faktorer utanför behandlingen</i>	19
<i>Procedur</i>	19
<i>Statistisk analys</i>	22
Resultat	22
<i>Sammanfattning av resultat</i>	25

Diskussion	26
<i>Resultatdiskussion</i>	26
<i>Metodologiska begränsningar</i>	29
Referenser	33
Bilaga 1 Faktorer som påverkat behandlingen	
Bilaga 2 Informerat samtycke	

Inledning

Mot slutet av 2009 hade ungefär 40 miljoner människor tvingats lämna sina hem på grund av konflikter och befann sig på flykt i olika delar av världen (United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR], 2010). Samma år sökte totalt 24 194 personer asyl i Sverige, varav de flesta kom från Somalia, Irak, Kosovo och Afghanistan (Migrationsverket, 2010). Det redan höga antalet flyktingar förväntas öka inom de närmaste åren (Wilson & Drozdek, 2004).

Flera studier har visat att den psykiska hälsan hos flyktingar generellt är sämre än hos den infödda populationen. Vanligt förekommande är posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), ångest och depression (Silove, 1999; Silove, Ekblad & Mollica, 2000; Fazel & Stein, 2002). I många fall har flyktingar upplevt tortyr eller övergrepp, förlorat familj och vänner, samt tvingats vara utan mat och hälsovård. Även själva migrationsprocessen kan vara både smärtsam och farlig (Fazel & Stein, 2002) och att sedan slå sig ner i ett annat land, där olikheterna från det hemvanda kanske är stora, bidrar till ytterligare post-migratorisk stress (Silove et al., 2000). Den första tiden i det nya hemlandet riskerar att färgas av osäkerhet och väntan på besked, förändrade socioekonomiska villkor och förlust av kulturbunden identitet. Tillvaron kan även präglas av oro för anhöriga som fortfarande befinner sig i krigsdrabbade områden, liksom av skuld känslor över att själv ha överlevt och fått möjlighet att leva i fred i exil (Eiserman, 2001; Kristal-Andersson, 2001).

Flyktinggruppen är således en utsatt grupp, som förväntas bli större inom de kommande åren. Det är därför av stor vikt att dessa individer får tillgång till god och välutvärderad behandling för att bearbeta tidigare erfarenheter samt få stöd och hjälp i att hitta sin plats i den nya tillvaron. Flera studier har utvärderat olika behandlingar för PTSD och tagit fram behandlingsriktlinjer. Det finns dock kritik mot dessa studier som menar att inklusionskriterierna är för snäva och att resultaten inte går att översätta till den komplexa verklighet som råder (Spinazzola, Blaustein & van der Kolk, 2005).

Det finns därför ett behov av att följa upp patienter i en naturlig klinisk miljö, där en mer mångfacetterad verklighet kan skildras än vad som görs i flera randomiserade kontrollerade studier. I Skåne kommer flyktingar med traumatiska erfarenheter till Röda Korsets Behandlingscenter för krigsskadade och torterade (RKC) och denna psykologexamensuppsats avser följa en patientgrupp vid RKC och undersöka deras mående innan samt cirka sex månader in i behandling.

Teori

Kliniskt arbete med flyktingar

Definition av begreppet flykting. Denna studie tar avstamp i UNHCR:s definition av flyktingar. Med flykting avses någon som av rädsla för förföljelse på grund av religion, ras, politisk åsikt eller social gruppstillhörighet befinner sig i annat land än där man har sin nationstillhörighet (UNHCR, 2010). Alla patienter som kommer till RKC har inte flyktingstatus, utan kan formellt benämnas som exempelvis anhöriginvandrare. I denna uppsats räknas dock även dessa in i begreppet flykting.

Relationella utmaningar. Flyktingpatienter uppvisar som tidigare nämnts ett generellt sämre hälsotillstånd än ursprungsbefolkningen och behandlaren behöver ta hänsyn till flyktingens helhetssituation utifrån både fysiska, psykologiska och sociala faktorer. Detta kräver ett integrerat arbete där olika metoder får komplettera varandra (Gillberg, 1993). Det händer att flyktingar kommer från länder med icke-fungerande sjukvård eller att de under sin flykt inte kommer i kontakt med någon vård, vilket medför att de kan vara i dåligt fysiskt tillstånd. Behandlaren behöver även vara medveten om att flyktingen kan komma från en kontext där vårdpersonal ingår i övergrepp och tortyr, vilket gör att tilliten till behandlaren kan bli en utmaning. En stor del av behandlingen behöver därför ägnas åt att bygga upp relationen och förtroendet (Varvin, 2008). Det är också viktigt att respektera patientens behov av integritet och distans och ta stor hänsyn till individens vilja och motivation att bearbeta tidigare händelser. Förutom detta bör behandlaren överblicka patientens situation i dagsläget och hur denna kan påverkas av att gå tillbaka till minnen av tortyr och övergrepp (Kristal-Andersen 2001; Renner, 2009).

Post-migratoriska stressorer. Det är inte enbart traumatiska händelser i hemlandet som inverkar negativt på flyktingpatientens mående, utan också anpassningen till det nya hemlandet och dess kultur (Porter & Haslam, 2005). Roth, Ekblad och Ågren (2006) menar att flyktingar idag utsätts för fler så kallade postmigratoriska stressorer än vad de gjorde tidigare. Som exempel anger de minskad trygghet, svårare att få ett arbete samt svårtillgänglig hälso- och sjukvård. De fann i sin studie att prevalensen av traumarelaterad ohälsa och PTSD ökade efter ankomsten till Sverige, medan tidigare studier generellt har visat att den psykiska ohälsan efter trauma minskar med tiden. Carlson, Mortensen och Kastrup (2006) konstaterade att social isolering, fysisk smärta samt att stå utanför arbetsmarknaden korrelerade med ett

sämre mående hos flyktingpatienter.

Behandlare vid RKC delar upplevelsen av att andra faktorer påverkar patientens mående och har utifrån sina erfarenheter identifierat några av dessa faktorer (personlig kommunikation, RKC:s metodgrupp 16 september 2010). Dessa är utan inbördes ordning; bostad, ekonomi, arbete och utbildning, situation i hemlandet, hälsotillstånd, våld och kränkningar och familjesituation. I denna studie används begreppet ”faktorer” istället för postmigratoriska stressorer och åsyftar då ovanstående faktorer som behandlarna valt ut.

Då flyktingpatientens mående påverkas av många olika omständigheter är det viktigt att inledningsvis undersöka förväntningarna på behandlingen. Bland annat fann Wrede (2009) att flyktingpatienter tenderade att föredra konkreta, problemlösande åtgärder framför mer inåtvända interventioner. Det kan således vara viktigt att vid ett tidigt skede klargöra de möjligheter till stöd och hjälp som existerar på respektive mottagning för att undvika besvikelse eller missförstånd.

Kulturell kompetens i bedömning, behandling och utvärdering av flyktingar. Symptomen på traumatisering är i många fall kulturbundna och diagnosen PTSD har kritiserats för att vara anpassad till europeiska och nordamerikanska förhållanden, vilket skulle kunna leda till en underdiagnostisering av PTSD i utomeuropeiska grupper. Exempelvis fann Renner, Salem och Ottomeyer (2006) att patienter som i intervju diagnostiserats med PTSD inte alltid uppfyllde kriterierna C (undvikande) och D (överspändhet) i skattningsskalor. Traumat kunde i stället ta sig uttryck genom exempelvis somatisering. Det är således viktigt att i bedömningsfasen vara förtrogen med olika kulturbundna symptom på traumatisering och inte alltför strikt utgå från västerländska kriterier.

I behandlingsarbetet med flyktingpatienten är det givetvis viktigt att ha kunskap om olika kulturer och kulturella uttryck. Rowe och Paterson (2010) betonar vikten av kulturell kompetens och syftar då till ett sätt att lyssna snarare än schablonartade föreställningar om olika kulturer. En allmän kunskap är av godo, men stereotyper och generaliseringar ligger snarare i vägen för ett lyckat möte. Vidare är det viktigt att ha en ”radar” för kulturella uttryck för sjukdom eller dåligt mående och även för hjälpsökandebeteenden och attityder gentemot vårdpersonal. För att brygga över kulturella barriärer är det viktigt att respektera den komplexa kulturella, politiska, ekonomiska och privata förklaringsmodell som ligger bakom flyktingens upplevelse av ohälsa. Behandlaren behöver också ta hänsyn till flyktingens alla omställningsprocesser, exempelvis vad gäller språk, moral och könsroller (Hien, Litt, Cohen, Miele & Cambell, 2009). Behandlaren har även ett ansvar att införskaffa kunskap om

flyktingens hemland, både ur aktuellt och historiskt perspektiv, och även ha kännedom om de tortyrmetoder eller krigsföringsstrategier som används på den aktuella platsen (Kristal-Andersson, 2001).

Vid behandlingsutvärdering av krigsskadade och torterade patienter behöver hänsyn tas till tidigare erfarenheter av exempelvis förhörsupplevelser eller fängelsevistelser. Givetvis kan det utifrån denna bakgrund kännas obehagligt och skrämmande för patienten att fylla i självskattningsskalor eller informationsblanketter. I utvärderingsarbete bör man därför sträva efter att använda så få skattningsskalor som möjligt. Detta för att undvika att patienten retraumatiseras, men också för att upprätthålla en trygg samarbetsrelation (Renner, 2009). En annan aspekt att ta i beaktande är möjligheten att det kan finnas en takeffekt i skattningsskalor som mäter psykisk ohälsa. Vid Rehabilitation and Research Center for Torture Victims (RCT) i Köpenhamn uppmärksammas att samma skalor används vid andra psykiatriska tillstånd och att det kan tänkas att flyktinggruppen generellt uppvisar högre symptomskattningar. Då skattningsskalorna eventuellt innefattar en övre begränsning kan framsteg eller förändringar bli svårare att uppfatta (L. Nordin, personlig kommunikation, 7 juni 2010).

Posttraumatiskt stressyndrom

Prevalens och diagnostiska kriterier. Prevalensen av PTSD i flyktingpopulationer skiljer sig något enligt olika studier samt beroende av vilken flyktinggrupp som studerats. Mellan 4-20 procent har angetts i vissa studier (Roth et al., 2006), medan andra studier har pekat på så höga siffror som 86 procent (Nicholl & Thompson, 2004). Mellan 85-95 procent av patienterna vid RKC uppfyller kriterierna för diagnosen PTSD (M. Arbab, personlig kommunikation, 16 september 2010). För att få diagnosen skall personen dels ha upplevt en faktisk situation som innefattar död, hot om död, skada eller sexuellt våld. De övriga tre kriterierna är *återupplevande* i form av exempelvis påträngande minnen eller mardrömmar, *undvikande* av situationer, platser, personer eller tankar förknippade med traumat samt även ett emotionellt undvikande och en upplevelse av att vara fjärrad från andra. Det tredje kriteriet är ”*överspändhet*” vilket innebär att kroppens varningssystem är överaktivt med påföljande irritabilitet, vaksamhet, sömnsvårigheter, koncentrationssvårigheter och vredesutbrott (APA, 1994). Alla kriterier skall vara uppfyllda för att diagnosen skall ställas, vilket i praktiken innebär att patienten kan ha flera allvarliga symptom utan att för den skull få diagnosen.

PTSD som diagnos har ända sedan den introducerades 1980 varit omtvistad, och förändringar är att vänta i Diagnostic and statistical manual of mental health disorders, 5th ed

(DSM-V) (Spitzer, First & Wakefield, 2007). Denna uppsats ämnar dock inte analysera själva diagnosen PTSD närmare. En medvetenhet bör dock finnas om den pågående diskussionen gällande diagnosens framtida utformning.

Komplex PTSD/ DESNOS. Flera studier poängterar att det finns en skillnad i symptombild mellan de som upplevt enstaka trauma och de som varit utsatta för upprepade relationella traumorna under en längre tid (van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday & Spinazzola, 2005; Morina & Ford, 2008; Dorahy, Corry & Shannon, 2009). Detta har lett till att dessa studier ifrågasätter om begreppet PTSD verkligen täcker in de symptom som exempelvis krigsveteraner eller civila från krigsdrabbade länder uppvisar. En psykiatrisk konstruktion som förts fram men som i dagsläget inte är en egen diagnos i DSM-IV är ”komplex PTSD” eller ”Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified” (DESNOS). Kriterierna är förändringar i medvetandetillståndet såsom dissociation, svårigheter att reglera affekter samt impulser, förändringar i självuppfattning och identitet, förändrade relationer, somatisering och ett förändrat meningssystem innefattande hopplöshet och förtvivlan (Choi, Klein, Shin & Lee, 2009). Det råder idag ingen egentlig enighet om hur relationen mellan PTSD och DESNOS ser ut och diskussionen rör sig kring ifall det är en kvantitativ gradskillnad eller om det finns kvalitativa olikheter. Flera studier har undersökt prevalensen av DESNOS bland både krigsveteraner och civila som varit med om krig. Morina och Ford (2008) fann i en studie att prevalensen var låg då det kom till att uppfylla alla kriterier, men att ca 40 procent uppvisade ett kliniskt signifikant lidande på vissa av dimensionerna. Ford (1999) fann en prevalens av DESNOS på 58 procent i en grupp krigsveteraner. Även Al-Rasheed (2004) kunde konstatera en högre prevalens av komplex PTSD än PTSD bland civila kvinnor från Kuwait. Det kan alltså tänkas att begreppet PTSD inte är tillräckligt inkluderande eller beskrivande då det kommer till de symptom som flyktingar utsatta för krig och tortyr uppvisar.

PTSD och komorbiditet. Flera studier har visat att PTSD i regel uppträder i kombination med andra svårigheter. Svår depression, ångest, alkohol- och droganvändning samt kronisk smärta är vanligt i kombination med PTSD (Otis, Gregor, Hardway, Morrison, Scioli & Sanderson, 2009; Back, Waldrop & Brady, 2009). I sin studie av krigsveteraner fann Ginzburg Ein-Dor och Solomon (2010) att 74-80 procent av de som led av PTSD även led av depression, ångest eller både och. Det vanligaste var en kombination av alla tre. Vidare konkluderades även att PTSD leder till ångest och depression, medan en ångest- eller depressionsproblematik inte leder till PTSD. Andra menar dock att en tidigare depressiv episod är en riskfaktor för att

utveckla PTSD vid traumaexponering (Brady, Killeen, Brewerton & Lucerini, 2000). Vad gäller sambandet mellan PTSD och suicid så fann Krysinska och Lester (2010) inget sådant mellan fullbordat suicid och PTSD. Däremot fanns ett samband mellan tidigare suicidförsök, suicidtankar och PTSD, som dock blev svagare när man kontrollerade för andra psykiatriska tillstånd såsom depression eller ångest. Cogle, Resnick och Kilpatrick (2009) fann att PTSD i kombination med svår depression var en mycket högre riskfaktor för suicidtankar än diagnoserna var för sig.

PTSD, välbefinnande och fungerande. Flera studier har visat på ett samband mellan PTSD och lägre välbefinnande och ett sämre psykosocialt fungerande. Exempelvis fann Pietrzak, Goldstein, Malley, Rivers och Southwick (2010) att emotionell avtrubning och dysforiska symptom korrelerar högt med ett sämre psykosocialt fungerande, exempelvis vad gäller familje- och vänskapsrelationer, ekonomi och arbete, medan återupplevande i högre grad förknippas med alkohol- eller droganvändning. PTSD har även satts i samband med nedsatt funktion i arbetslivet, det sociala livet, liksom i sexuella relationer (Corales, 2005). Även äktenskapsproblem, svårigheter i intima relationer samt svårigheter i föräldrarollen förekommer i högre utsträckning hos individer med PTSD (Dekel, Solomon, & Bleich, 2004).

Behandlare vid RKC erfar att behandlingen inte enbart reducerar symptom, utan även medför positiva konsekvenser vad gäller bland annat socialt deltagande och nära relationer (personlig kommunikation, RKC:s metodgrupp, 16 september 2010). En ansats i denna studie är därför att fånga in andra aspekter än enbart symptomförändringar genom att använda självskattningsinstrumentet CORE-OM. Det finns flera definitioner på begreppen välbefinnande och fungerande (exempelvis Ryff & Keyes 1995). CORE-OM:s utgångspunkt är att begreppet fungerande innefattar nära relationer, sociala situationer i allmänhet samt ett allmänt bemästrande av tillvaron. Begreppet välbefinnande i CORE-OM innefattar främst frågor kring egen självbild och framtidstilltro (Evans et al, 2000).

Könsskillnader. Generellt har studier av civila från krigsdrabbade länder visat på en högre prevalens av PTSD hos kvinnor jämfört med hos män (Haskell, Gordon, Mattocks, Duggal, Erdos, Justice & Brandt, 2010). Även i Sverige har undersökningar av de största flyktinggrupperna visat tecken på att kvinnor generellt uppvisar en högre traumarelaterad ohälsa än män, exempelvis hos flyktingar från forna Jugoslavien. Förhållandet har dock visat sig vara motsatt avseende flyktingar från Irak, där männen uppvisar fler symptom på ohälsa och kan antas ha varit utsatta för trauma i högre grad (Silove et al., 2000). Hos flyktingar från

forna Jugoslavien bosatta i USA uppvisade kvinnor generellt fler PTSD- och depressionssymptom än vad männen gjorde, medan kvinnliga veteraner ifrån Irak och Afghanistan hade en lägre prevalens av PTSD och en högre prevalens av depression jämfört med männen (Corales, 2005; Haskell et al., 2010).

Tidigare forskning

Behandling av PTSD. American Psychiatric Association (APA) publicerade 2004 riktlinjer för behandling av PTSD. Det första steget i behandlingsarbetet är att reducera eller eliminera PTSD-symptom och annan traumarelaterad komorbiditet. Nästa steg är att förbättra fungerandet och återupprätta tillit och trygghet. Slutligen bör fokus vara att förhindra det initiala traumat från att generaliseras, samt förebygga ett eventuellt återinsjuknande. Interventioner såsom kognitiv beteendeterapeutisk behandling och psykofarmakologisk behandling mot depression, ångest och psykos nämns (Foa, Keane & Friedman, 2009). Kliniska randomiserade studier har visat att de flesta patienter med PTSD förbättras eller blir återställda efter psykoterapeutisk behandling (Vieweg, Demetrios, Fernandez, Beatty-Brooks, Hettema & Pandurangi, 2006).

Foa et. al (2009) framhåller i "Effective treatments for PTSD", att det hittills inte finns några studier som visar att det går att förutsäga vilka förutsättningar eller vilka behandlingar som passar en specifik individ. Till stor del handlar behandlingsarbetet om att som behandlare göra en bedömning om vilken eller vilka behandlingar som passar patienten bäst. Dock anförs både kognitiv beteendeterapi och medicinering som effektiva behandlingsmetoder. Den psykodynamiska terapins effektivitet är inte empiriskt belagd utifrån studier, men beskrivs hantera framträdande bekymmer hos patienter drabbade av upprepade trauman och kronifierade symptom - patienter som ibland diagnostiseras med komplex PTSD. Flera studier har visat att EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) är att betrakta som en evidensbaserad behandling av PTSD. Forskningen avseende ovanstående resultat utgår från randomiserade kontrollerade studier.

Wampold et al. (2010) ställer sig kritiska till randomiserade kontrollerade studier och menar att det finns många hot mot validiteten i dessa studier. En effektiv behandling förefaller dock bygga på en förståelse för diagnosen PTSD:s natur, liksom en god förankring i psykoterapeutiska modeller. Vidare nämns psykoedukation, bemästringsstrategier, en gemensam överenskommelse om uppgifter och terapimål samt att en trygg och respektfull terapeutisk relation utvecklas och bibehålls som viktiga faktorer i behandlingsarbetet. Benish, Wampold och Imel (2008) framhåller i en meta-analys av randomiserade kontrollerade studier

avseende behandlingars effektivitet vid PTSD, att falska resultat kan ha genererats angående skillnader mellan behandlingar. Wampold et al. (2010) anger att traumafokuserade behandlingar kan tänkas vara mer effektiva än andra behandlingar, men tydliggör att det för tillfället inte går att stödja en sådan slutsats.

Flera studier har således utvärderat PTSD-behandlingar och tagit fram riktlinjer för detta arbete. Kritiska röster menar dock att dessa efficacy-studier inte tar hänsyn till den komplexitet som verkligheten innebär. Studierna har ofta alltför stränga inklusionskriterier och utesluter personer med andra psykiska problem eller allvarligare former av traumatisering, trots att PTSD i 80 procent av fallen åtföljs av komorbiditet. ”Efficacy” går då inte att översätta till ”effektivitet” i naturalistiska miljöer (Spinazzola et al., 2005). Det finns således ett behov av att med mer generösa inklusionskriterier, i en naturlig klinisk miljö, utvärdera behandling av PTSD.

Syfte och frågeställning

Syfte. Syftet med studien är att undersöka en patientgrupps mående innan behandling och cirka sex månader in i behandling vid RKC. Med mående avses symptom på ångest, depression och PTSD utifrån självskattningsformulären HSCL-25 och PCL-C samt välbefinnande, fungerande, symptom och risk utifrån självskattningsformuläret CORE-OM. Ytterligare en ambition är att utreda om, och i sådana fall vilka, faktorer som har påverkat behandlingen i antingen positiv eller negativ riktning. Med faktorer menas de yttre omständigheter som behandlare vid RKC erfar påverkar patienternas mående och således också behandlingen.

Frågeställningar.

1. Hur skattar patienterna följande variabler, innan respektive cirka sex månader in i behandling?

- PTSD
- ångest
- depression
- välbefinnande
- fungerande
- symptom
- risker

Föreligger det signifikanta skillnader mellan dessa skattningar?

2. Föreligger det utifrån könstillhörighet eller ålder några skillnader i patienternas skattningar innan respektive cirka sex månader in i behandling?

4. Uppger patienterna att det finns andra faktorer som har påverkat behandlingen i antingen positiv eller negativ riktning? Om ja, vilka?

Metod

Studiens upplägg

Studiens design bestod av en kvasiexperimentell behandlingsstudie utan kontrollgrupp (Shadish, Cook, & Campbell, 2002) och är att betrakta som en design med upprepad mätning (Aron, Aron & Coups, 2009). Den oberoende variabeln utgjordes av en inomgruppsvariabel - tid, i två lägen: före behandling, respektive cirka sex månader in i behandlingen, liksom en mellangruppsvariabel: män respektive kvinnor. Beroende variabler är självskattningsformulären HSCL-25 (Parloff, Kelman & Frank, 1954), PCL-C (Weathers, Litz, Herman, Huska & Keane, 1993) och CORE-OM (Evans et al., 2000). Deltagarna fick vid det andra skattningstillfället även fylla i en blankett där de uppgav om andra faktorer hade påverkat behandlingen i antingen positiv eller negativ riktning.

Studiens begreppsmässiga utgångspunkt

Denna studie utgår från ett flertal olika begrepp. Grundpremisserna är att respektive domän som studeras avseende patienternas mående (PTSD, ångest, depression, välbefinnande, fungerande, symptom och risk), definieras utifrån det skattningsinstrument genom vilket det mäts. På så vis kan de frågor som patienterna skall besvara i respektive skattningsinstrument ses som vägledande gällande de olika begreppens definitioner. Förutom detta bör ”faktorer” genomgående i uppsatsen förstås som de övriga faktorer som behandlare vid RKC identifierat kan påverka behandlingen i antingen positiv eller negativ riktning (se bilaga 1).

Begreppet symptom i CORE-OM preciseras som ångest, depression, fysiska samt traumarelaterade problem. Fungerande avser fungerandet i nära relationer, allmänt i det sociala livet, liksom bemästrandet av tillvaron. Med risker menas risker för den egna personen, men också risker mot andra. Begreppet välbefinnande innefattar frågor om självkänsla samt framtidstilltro (Lyne, Barrett, Evans & Barkham, 2006).

Etiska överväganden

Studien omfattas av de yrkesetiska principerna för psykologer i Norden (Øvreeide, 2003).

Patienterna fick inledningsvis information om att deltagande i studien var frivilligt och att avhopp från studien inte påverkar behandlingen i övrigt. Ifall patienter upplevde det som obehagligt att fylla i självskattningsformulär fanns således valet att avstå medverkan. Patienten fick även, vad gällde skattningsformulär som inte ingick i RKC:s ordinarie verksamhet, skriva under en blankett om informerat samtycke till deltagande i studien. Denna blankett var översatt till både arabiska och bosniska/kroatiska och fanns givetvis tillgänglig på svenska (bilaga 2). Möjlighet har också funnits för patienterna att höra av sig med frågor och förtydliganden angående studien, något som dock inte har utnyttjats av någon patient. Alla personliga uppgifter har under processen varit avidentifierade och konfidentiella. Resultaten presenterades enbart på gruppnivå, vilket gjorde att ingen enskild individ kunde identifieras.

Deltagare och plats

De flyktingar som är bosatta i Skåne och lider av sviter efter krigsupplevelser, tortyr eller övergrepp har möjlighet att komma till RKC. På centret arbetar allmänläkare, psykologer, socionomer, sjukgymnaster och en bildterapeut och både ett psykodynamiskt och ett kognitivt beteendeterapeutiskt perspektiv samexisterar i verksamheten. Behandlingen utgår ifrån en helhetssyn på patienten och målet är en ökad livskvalité snarare än enbart symptomreducering. Patienter kan själva söka vård eller komma via remiss. År 2009 var 558 patienter aktuella för behandling på RKC varav 67 procent var män och 33 procent var kvinnor. De vanligaste ursprungsländerna för patienter var Irak, Bosnien, Libanon, Afghanistan, Kosovo och Iran. Den genomsnittliga behandlingen pågår under ca ett och ett halvt år och det sedvanliga är att man träffas en gång i veckan (RKC, 2010).

Nedan följer en demografisk beskrivning av de patienter som kommit till RKC under aktuell tidsperiod, liksom de som efter sex månader fortsatt befinner sig i behandling (tabell 1).

Tabell 1. Demografisk beskrivning av alla personer som under tidsperioden mars - juni 2010 kommit till RKC, samt av de personer som efter sex månader fortsatt befinner sig i behandling.

	Första möte på RKC n = 47	Cirka sex månader in i behandling n = 24
Kön		
Kvinnor	15 (33 %)	9 (38 %)
Män	32 (67 %)	15 (62 %)
Ålder		
M (SD)	43,3 (9,5)	40,9 (10,2)
Min-max	25-61	25-61
Hemland		
Irak	27 (57 %)	16 (66 %)
Bosnien	8 (17%)	2 (8 %)
Libanon	4 (9 %)	1 (4 %)
Kosovo	2 (4 %)	
Iran	3 (6 %)	3 (13 %)
Turkiet	1 (2 %)	
Afghanistan	1 (2 %)	1 (4 %)
Chile	1 (2 %)	1 (4 %)
Utbildning		
Gymnasium	14 (30 %)	8 (33 %)
Högskola	9 (19 %)	2 (8 %)
Yrkesutb.	7 (15 %)	2 (8 %)
Ingen	5 (11 %)	3 (13 %)
Grundskola	2 (4 %)	1 (4 %)
Okänt	10 (21 %)	8 (33 %)

Material

De fyra självskattningsinstrument som använts i studien beskrivs nedan.

PCL-C. Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist (Weathers et al., 1993) är ett självskattningsformulär bestående av 17 frågor som motsvaras av de symptom som ingår i diagnosen PTSD. Det finns tre delskalor i instrumentet: avoidance (undvikande), hypertension (överspändhet) och intrusion (återupplevande). För att en patient ska bedömas uppfylla diagnosen PTSD krävs en skattning av symptomen som måttliga eller högre inom alla tre delskalor (National center for PTSD, 2010). På så vis kan en poäng för PTSD uppnås. Genom

att summera skattningspoängen på var och en av de 17 frågorna kan också en totalsumma avseende symptomens allvarlighetsgrad erhållas, oavsett om diagnosen PTSD är uppfylld eller inte. Instrumentet går således att använda både diagnostiskt samt för att mäta symptomens allvarlighetsgrad. En femgradig skala används för att mäta hur mycket varje symptom har besvärat respondenten under den senaste månaden. Skalan sträcker sig från 1 = inte alls, till 5 = extremt mycket (Foa et al., 2009). PCL-C har använts flitigt över världen, har utvärderats omfattande och sägs ha utmärkta psykometriska egenskaper gällande traumapopulationer. Instrumentet beskrivs också vara användbart både som test inför eventuell PTSD men också för att påvisa kliniska förändringar (Foa et al., 2009). PCL-C kan också användas som diagnostiskt verktyg vid forskning och har visat sig ha god tillämplighet avseende detta (McDonald & Calhoun, 2010). Det rekommenderade cutoff-värdet för PCL-C är 50 (Blanchard, Jones-Alexander, Buckley & Forneris, 1996).

HSCL-25. The Hopkins Symptom Checklist-25 (Parloff et al., 1954) är ett väl använt instrument med lång historia (Tinghög & Carstensen, 2009). Detta självskattningsinstrument används för att identifiera ångest- och depressionssymptom och består av 10 frågor gällande ångest och 15 frågor avseende depression. Varje fråga kan besvaras på en fyra-gradig skala som sträcker sig från 1 = inte alls, till 4 = extremt mycket (Ventevogel, De Vries, Scholte, Shinwari, Nassery & Van den Brink et al., 2007). Skattningen gäller symptom upplevda den senaste veckan. HSCL-25 har god tvärkulturell validitet och är användbar på flyktingpopulationer där prevalensen för PTSD är hög (Tinghög, Al-Saffar, Carstensen, & Nordenfelt, 2010). Instrumentet har mestadels använts för bedömning och då med ett cut-off-värde på 1.75. Validiteten av detta kriterievärde har genom utvärderingar i relation till olika diagnostiska psykiatriska intervjuer över världen bedömts vara ett relativt precist cut-off-värde (Tinghög & Carstensen, 2009).

CORE-OM. The Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure (Evans et al., 2000) är ett självskattningsinstrument bestående av 34 frågor som innefattar fyra dimensioner. Dimensionerna är: subjektivt välbefinnande (fyra frågor), symptom (12 frågor), fungerande (12 frågor) och risker (6 frågor). Varje fråga skattas på en femgradig skala som sträcker sig från 0 = aldrig, till 4 = nästan hela tiden (Clinical Outcomes in Routine Evaluation, 2010). Eftersom nivåskillnader mellan grupperna ”män” och ”kvinnor” finns, har cutoff-värden bestämts med uppdelning utifrån dessa två grupper. Cutoff-värdena för varje dimension är angivna nedan.

Tabell 2. *Cutoff-värden mellan kliniska och icke-kliniska populationer.*

<i>Dimensioner</i>	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>
Välbefinnande	1,37	1,77
Symptom	1,44	1,62
Fungerande	1,29	1,30
Risk	0,43	0,30

CORE-OM har god reliabilitet och validitet samt god känslighet vad gäller förändring. Instrumentet är kliniskt användbart vid bedömning samt vid utkomstmätning under en rad olika omständigheter (Evans et al., 2002).

Påverkande faktorer utanför behandlingen. Behandlare vid RKC har identifierat vanliga faktorer utanför behandlingen som de erfar ofta påverkar flyktingpatientens mående i antingen positiv eller negativ riktning (personlig kommunikation, RKC:s metodgrupp, 16 september 2010). Dessa faktorer har sammanställts av författarna och angivits i två separata formulär för respektive riktning. Dessa formulär översattes också till arabiska. Patienterna ombads fylla i dessa formulär vid det andra skattningstillfället. De faktorer som identifierats var, utan inbördes ordning: hälsa, arbete, ekonomi, bostad, våld och kränkningar samt situationen i hemlandet. Det fanns också möjlighet att kryssa i ”annat” om något hänt som inte stämde in på de redan givna områdena.

Procedur

Vid ett första informationsmöte vid RKC under perioden 11 mars – 21 juni 2010, uppmanades patienterna av en sekreterare vid centret att fylla i skattningsformulären PCL-C samt HSCL-25. Dessa skattningsformulär ingår i RKC:s ordinarie verksamhet och något samtycke för dessa skalor gavs således inte. 53 patienter inbjöds till ett första informationsmöte, där 43 av dessa fyllde i PCL-C och 46 HSCL-25. Vid det första mötet med en behandlare fylldes sedan skattningsformuläret CORE-OM i av totalt 18 patienter. Eftersom instrumentet CORE-OM inte ingår i den ordinarie verksamheten gavs ett skriftligt samtycke till att delta i studien. CORE-OM översattes till arabiska och en back translation genomfördes i kvalitetssäkringssyfte. Det skriftliga samtycket översattes till både arabiska och bosniska/kroatiska (bilaga 2).

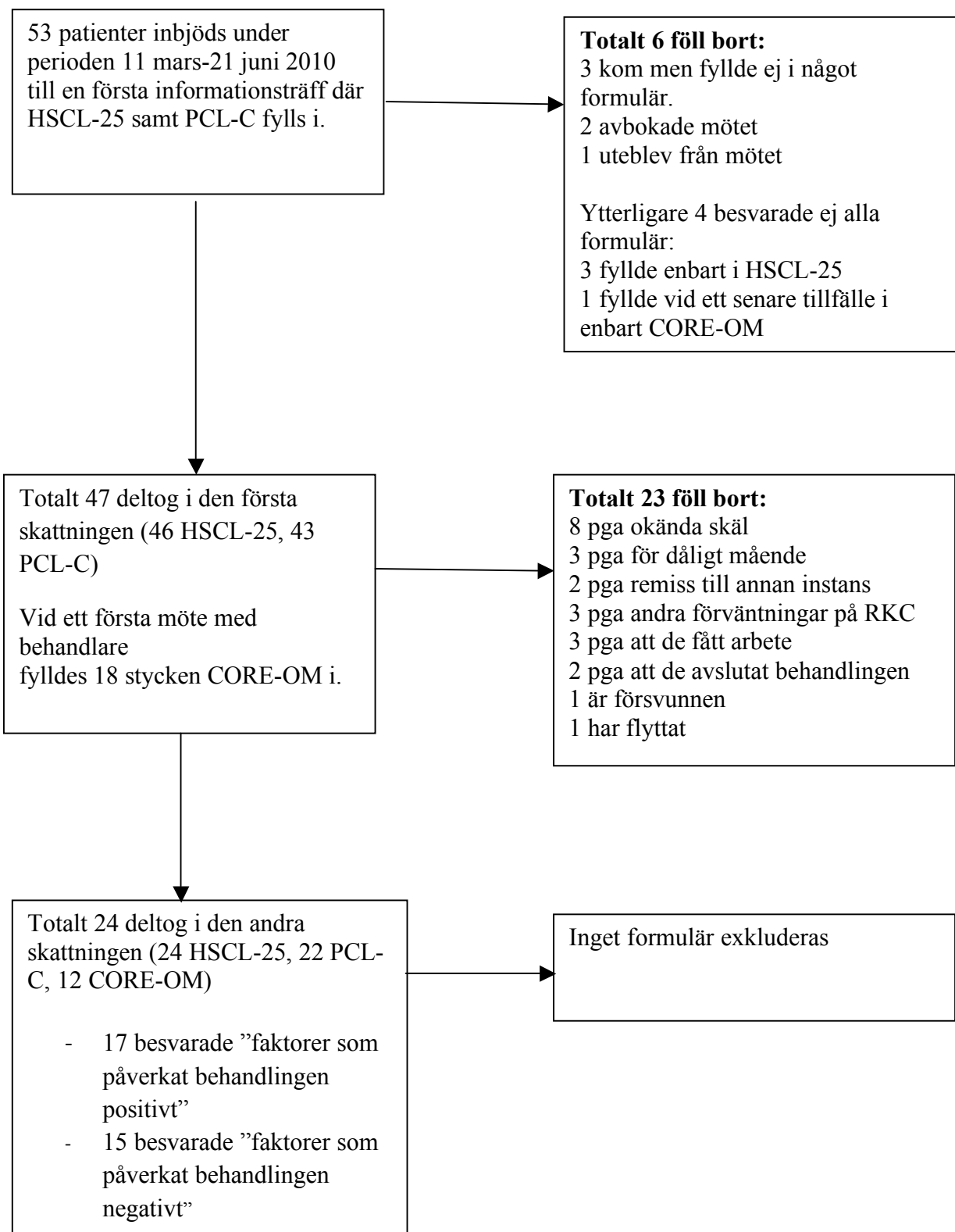
Efter cirka sex månader i behandling fick patienterna på nytt skatta sitt mående med samma självskattningsinstrument som tidigare (PCL-C, HSCL-25 och CORE-OM). Även denna gång utfördes skattningarna tillsammans med sekreterare vid RKC. 22 patienter fyllde i PCL-C, 24 patienter HSCL-25 och 12 patienter CORE-OM. 17 patienter besvarade formuläret

avseende faktorer som påverkat behandlingen i positiv riktning och 15 besvarade formuläret gällande faktorer som påverkat behandlingen i negativ riktning.

Av de totalt 47 patienter som besvarade första skattningen har 23 stycken av någon anledning inte besvarat formulären vid det andra skattningstillfället. Av dessa var 17 män och 7 kvinnor. En bortfallsanalys gjordes av behandlare vid RKC utifrån patienternas journalanteckningar. Detta illustreras i flödesschemat nedan.

Några av patienterna har fyllt i enbart HSCL-25, PCL-C eller CORE-OM, alternativt två av formulären i kombination. Det kan därför vara svårt att följa patientflödet för ifyllda skattningar. Till följd av detta har ett flödesschema konstruerats för att på ett övergripande plan tydliggöra inklusion, exklusionsorsaker samt bortfall.

Skattningarna har utförts utan hänsyn till antal sessioner eller till vilken typ av behandling som varit aktuell för patienten. Några av patienterna i studien har i sin behandling haft kontakt med flera av de olika yrkeskategorier som finns representerade i det multiprofessionella teamet. Antal besök vid RKC har också varierat. För en övergripande bild av skattningsproceduren, se Figur 1.



Figur 1. Flödesschema över inklusion, exklusionsorsaker och bortfall.

Statistisk analys

All data har bearbetats med dataprogrammet PASW (Predictive Analytics SoftWare), version 17.0. För att beräkna skillnader mellan patienternas mående vid den första jämfört med den andra skattningen utifrån de självskattningsinstrument som använts utfördes t-test för beroende stickprov. T-testen utfördes på den grupp som besvarat både första och andra skattningen (n= 24). Medelvärden och standardavvikelse för hela gruppen beräknades. Med hela gruppen avsågs alla de patienter som besvarat första skattningen (n=47) och alla de som besvarat den andra skattningen (n=24).

För att jämföra skillnader mellan män och kvinnor användes t-test för oberoende stickprov och beräkningar av medelvärde och standardavvikelse genomfördes också för dessa grupper. Vidare utfördes korrelationsberäkningar avseende eventuella samband mellan självskattningarna och ålder respektive antal besök genom Pearsons korrelationskoefficient (r) (Aron et al., 2009).

Standardiserad effektstorlek är ett mått på skillnaden mellan populationens medelvärden och anger hur mycket de är separerade till följd av den experimentella proceduren. Denna studies effektstorlek beräknades enligt Cohens d . En effektstorlek på 0.20 innebär en liten effekt, 0.50 en medelstor effekt och 0.80 en stor effekt (Aron et al., 2009).

Resultat

Patientgruppen uppvisar vid båda skattningstillfällena ett resultat som ligger långt över cut-off-gränserna för alla delskalor på samtliga instrument, vilket innebär att patienternas lidande vida överskrider normalpopulationens. Vid den första skattningen uppfyllde 91 procent av patienterna kriterierna för PTSD, och vid det andra tillfället var prevalensen 93 procent. Detta innebär en skattning om minst 50 på delskalan PTSD. I medel har patienterna haft sina symptom i 12,9 år (min-max 2 - 28). Av samtliga patienter där information finns att tillgå (16 utav 24) existerar flertalet trauman i bakgrunden. En jämförelse mellan gruppen som kvarstannat i behandling och den grupp som föll bort vid den andra skattningen visade inte på några signifikanta skillnader vid det första skattningstillfället.

Vid den andra uppföljningen hade patientgruppen i medeltal haft 13,5 besök vid RKC. Resultaten visade vid den andra skattningen en signifikant förbättring på PCL-C ($t_{21}=2,39$, $p<0,027$), vilket innebär att symptom på PTSD hade minskat. Även på delskalan överspändhet kunde en signifikant förbättring påvisas ($t_{21}=2,22$, $p<0,038$). Effektstorleken (d) är 0,51 för PCL-C total och 0,44 för delskalan överspändhet. Ingen signifikant skillnad mellan

de olika skattningarna återfanns på delskalorna undvikande eller återupplevande. Gällande ångest och depression visade resultaten ingen signifikant skillnad mellan skattningstillfällena, vare sig på hela HSCL-25 eller på någon av delskalorna. Enbart låga effektstorlekar återfanns. Resultaten avseende välbefinnande, fungerande, symptom och risk visade ingen signifikant skillnad mellan de olika skattningarna på någon av dimensionerna. Enbart låga till medelhöga effektstorlekar återfanns. Medelvärdena på helgruppsnivå tenderade vara lägre vid det andra skattningstillfället, se tabell 3. T-testen är beräknade på den grupp som besvarat både för- och eftermätningen, medan medelvärdena tar hänsyn till hela patientgruppen.

Då patienterna delades in i grupper utifrån etnicitet, ansågs antalet vara för litet för att undersöka skillnader dessa emellan. En signifikant korrelation återfanns mellan antal besök och delskalan välbefinnande på självskattningsinstrumentet CORE-OM, vilket innebar att ett högre antal besök korrelerade med ett lägre välmående ($r=0,70$, $p=0,02$). I övrigt visade resultaten ingen signifikant korrelation mellan antal besök och resultat av skattningarna. Resultaten visade inte några signifikanta korrelationer mellan ålder och patienternas skattade mående.

Tabell 3. Medelvärde (SD) på helgruppsnivå vid första mätningen ($n = PCL-C: 43$, $HSCL-25: 46$, $CORE-OM: 18$) och vid andra mätningen ($n = PCL-C: 22$, $HSCL-25: 24$, $CORE-OM 12$).

Instrument	Före behandling	Cirka sex månader in i behandling
PCL-C Total	67,1 (10,9)	62,5 (13,4)
PCL-C återupplevande	20,9 (4,0)	20,4 (4,2)
PCL-C undvikande	25,6 (7,0)	22,2 (9,1)
PCL-C överspändhet	19,7 (4,4)	18,7 (4,4)
HSCL-25 Total	2,98 (0,6)	2,88 (0,6)
HSCL-25 depression	2,95 (0,6)	2,87 (0,6)
HSCL-25 ångest	2,94 (0,7)	2,89 (0,6)
CORE-OM välbefinnande	2,42 (0,5)	2,33 (0,3)
CORE-OM Fungerande	2,32 (0,5)	2,33 (0,5)
CORE-OM Symptom	3,02 (0,5)	2,89 (0,7)
CORE-OM Risk	1,21 (1,1)	1,46 (1,3)

Resultaten visade inga signifikanta skillnader mellan män ($n=32$) och kvinnor ($n=15$) på någon av skattningsskalorna vid det första tillfället. Resultaten från den andra skattningen visade signifikanta skillnader mellan män ($n=16$) och kvinnor ($n=8$) på PCL-C total ($t_{20} = -2,21$, $p=0,039$), delskalan PTSD ($t_{20} = -2,21$, $p=0,039$) samt HSCL-25 ($t_{22} = -2,09$, $p=0,049$).

På dessa delskalor skattade kvinnorna signifikant högre än männen, vilket innebar att de uppvisade fler symptom på PTSD, ångest och depression jämfört med männen.

Tabell 4. Medelvärde (SD) för kvinnor och män som besvarat första och andra skattningen.

Kvinnor: n = 8 (CORE-OM: n = 4), män: n = 16 (CORE-OM: n = 8).

Instrument	Före behandling	Cirka sex månader in i behandling
PCL-C total		
Män	66,4 (7,8)	58,1 (12,8)
Kvinnor	71,1 (9,6)	70,1 (11,5)
<i>PCL-C återupplevande</i>		
Män	20,7 (3,3)	19,3 (4,3)
Kvinnor	22,5 (2,8)	22,4 (3,2)
<i>PCL-C undvikande</i>		
Män	25,0 (8,1)	19,4 (9,2)
Kvinnor	26,8 (4,4)	27,1 (7,1)
<i>PCL-C överspändhet</i>		
Män	19,5 (2,3)	17,6 (4,8)
Kvinnor	21,9 (3,7)	20,6 (3,1)
<i>PCL-C PTSD</i>		
Män	58,1 (19,2)	45,8 (23,0)
Kvinnor	67,0 (11,4)	65,8 (14,2)
HSCL-25 total		
Män	2,91 (0,5)	2,72 (0,6)
Kvinnor	3,18 (0,6)	3,20 (0,5)
<i>HSCL-25 depression</i>		
Män	2,84 (0,6)	2,70 (0,6)
Kvinnor	3,19 (0,5)	3,20 (0,5)
<i>HSCL-25 ångest</i>		
Män	2,96 (0,6)	2,73 (0,6)
Kvinnor	3,11 (0,8)	3,20 (0,5)
CORE-OM välbefinnande		
Män	2,35 (0,4)	2,22 (0,3)
Kvinnor	2,50 (0,6)	2,56 (0,2)
CORE-OM fungerande		
Män	2,54 (0,3)	2,21 (0,5)
Kvinnor	2,05 (0,5)	2,56 (0,4)
CORE-OM symptom		
Män	3,22 (0,4)	2,88 (0,8)
Kvinnor	2,78 (0,8)	2,94 (0,6)
CORE-OM risk		
Män	1,48 (1,1)	1,38 (1,3)
Kvinnor	0,88 (1,0)	1,63 (1,4)

Gällande övriga påverkande faktorer visar resultaten att 11 (64 %) av de totalt 17 patienter som besvarat formuläret uppgett att någon faktor har påverkat behandlingen positivt. Av de totalt 15 patienter som besvarat formuläret, uppgav 13 stycken (86 %) att någon faktor påverkat behandlingen negativt.

Tabell 5. *Fördelning mellan de faktorer som patienterna uppgett har påverkat behandlingen positivt.*

Faktor	Antal patienter (n = 17)	Procent
Annat	4	36 %
Hälsotillstånd	3	27 %
Bostad	3	27 %
Familjesituation	3	27 %
Situation i hemlandet	2	18 %
Arbete/utbildning	2	18 %
Ekonomi	2	18 %

Tabell 6. *Fördelning mellan de faktorer som patienterna uppgett har påverkat behandlingen negativt.*

Faktor	Antal patienter (n = 15)	Procent
Hälsotillstånd	10	67 %
Bostad	9	60 %
Situation i hemlandet	8	53 %
Familjesituation	4	26 %
Ekonomi	4	26 %
Annat	4	26 %
Arbete/utbildning	3	20 %
Våld	2	15 %

Sammanfattning av resultat

Resultaten visade på en signifikant förbättring av PTSD-symptom, i synnerhet gällande delskalan överspändhet. Några signifikanta förbättringar gällande ångest eller depression kunde inte påvisas. Gällande skattningar på dimensionerna välbefinnande, fungerande, symptom och risk kunde inga signifikanta skillnader konstateras. Vid båda skattningstillfällena överskred medelvärdena cut-off-gränsen för samtliga instrument, vilket åskådliggör patientgruppens stora lidande jämfört med normalpopulationens. Vad gäller könsskillnader så fanns signifikanta skillnader mellan män och kvinnor vid det andra skattningstillfället, där kvinnorna uppvisade fler PTSD-, ångest- och depressionssymptom. Inga signifikanta korrelationer mellan det skattade måendet och ålder kunde hittas. En

signifikant korrelation mellan fler besök och lägre välmående kunde konstateras. De faktorer som påverkat behandlingen var främst bostadssituationen och det egna hälsotillståndet.

Diskussion

Resultatdiskussion

Studiens övergripande syfte var att undersöka hur patienter vid RKC skattat sitt mående innan respektive sex månader in i behandling, samt om det förelåg skillnader mellan dessa skattningar. Resultaten visar att patienternas skattningar under den aktuella sexmånadersperioden förbättrats signifikant på PCL-C, i synnerhet på delskalan överspändhet. Förbättring på PCL-C innebär att den totala mängden PTSD-symptom har minskat.

Innan en närmare diskussion kring resultaten förs är det av vikt att poängtera att en behandling på RCK i medeltal varar cirka ett och ett halvt år, vilket innebär att resultaten endast är ett nedslag i en pågående behandlingsprocess. Resultaten behöver även ses i ljuset av patienternas demografiska bakgrund. Alla patienter, där information finns att tillgå, har utsatts för upprepade trauman och en lång tid har passerat sedan de traumatiska händelserna inträffade, som mest 28 år. Även det senast inträffade traumat, för två år sedan, är att anse som ett långvarigt tillstånd. I princip alla patienter uppfyller kriterierna för diagnosen PTSD (91 procent i den första skattningen och 93 procent i den andra).

Den minskning av PTSD-symptom som kan konstateras stämmer överens med tidigare forskning som visat att flyktingpatienter förbättras efter psykoterapeutiska interventioner (Renner, 2009; Vieweg et al., 2006). Resultaten följer även APA:s riktlinjer för PTSD-behandling, där det första steget är att lindra symptom relaterade till traumat.

De minskade symptomen på PTSD i allmänhet och överspändhet i synnerhet kan tänkas bero på att trygghet och förtroende i relationen mellan behandlare och patient efter cirka sex månader börjar växa fram, vilket kan ses som huvuduppgiften under den första tiden i behandling (Kristal-Anderson, 2001; Eiserman, 2001). Kanske kan det tänkas att patientens skadade tilltro till godhet hos andra människor sakta börjar omvärderas genom den terapeutiska relationen, vilket minskar behovet av att vara spänd och på sin vakt. Även det faktum att komma inom behandling kan tänkas skänka en ram av lugn och hopp om framtiden som mildrar det konstanta stresspåslaget. Fokus på symptomen ur ett kognitivt beteendeterapeutiskt perspektiv kan vidare tänkas erbjuda patienten förklaringar och ge redskap för hantering av både överspändhet och övriga PTSD-symptom. Att få information

om vanliga reaktioner efter trauma och inse att man inte är ensam i sin situation kan även det utgöra en lugnande faktor.

Sjukgymnastisk samt farmakologisk behandling kan ha lett till förbättringar i kroppen vad gäller exempelvis värk, muskelspänningar och andra fysiska skador, som även visar sig i det psykiska måendet. Förbättrad sömn eller reducerad ångest kan också tänkas ha åstadkommit med hjälp av till exempel avslappningsövningar, akupunktur, massage, fysisk aktivitet eller medicinering, vilket kan genklinga som minskad överspändhet och förbättring av PTSD-relaterade symptom.

Vad gäller HSCL-25 eller CORE-OM så finns inga signifikanta skillnader mellan skattningstillfällena, dock är medelvärdet vid den andra skattningen något lägre än vid den första på alla delskalor förutom risk. En förklaring skulle kunna vara en takeffekt i skalorna som gör det svårare att upptäcka förändringar i måendet, en möjlighet som diskuterats bland annat vid RCT i Köpenhamn (L. Nordin, personlig kommunikation 7 juni 2010). Detta kan innebära att patienterna egentligen skulle ha skattat ännu högre än vad skattningsinstrumenten gav utrymme för vid den första mätningen och att den minskning som visar sig i resultaten egentligen är större än vad den ter sig. Möjligheten finns även att ett större statistiskt underlag skulle visa på signifikanta förbättringar i gruppen. En annan förklaring är att uppföljningen görs en så kort bit in i behandlingen att inga förbättringar ännu har skett. Exempelvis Kristal-Andersen (2001) och Renner (2009) belyser att arbetet med krigsskadade och torterade kräver ett hänsynstagande till om patientens livssituation håller för bearbetning av trauman, vilket indikerar att detta arbete till och med initialt kan försämra patientens mående.

Att bearbeta svåra upplevelser är ett arbete som väcker starka minnen samt tankar och känslor på det traumatiska som hänt. Det kan tänkas att patienterna under första tiden i behandling uppvisar så allvarliga symptom vad gäller PTSD att adresseringen av ångest- och depressionsproblematiken inte kan ges utrymme att arbeta med så tidigt i behandlingen. Kanske hade därför en uppföljning vid ett senare tillfälle kunnat påvisa betydande förbättringar i måendet gällande dessa aspekter. En annan fundering är att det skulle kunna förhålla sig på ett diametralt motsatt sätt: kanske kan mer depressiva känslor av meningslöshet, existentiella funderingar, sorg och förtvivlan växa sig starkare efter att de värsta posttraumatiska symptomen har klingat av? Detta skulle i sådana fall kunna vara en av förklaringarna till att ett lägre välmående korrelerar med ett högre antal besök, då de patienter som haft fler besök kanske kommit in i en fas av traumabearbetning. En annan förklaring till att ett lägre välmående korrelerar med ett högre antal besök är helt enkelt att patienter som mår sämre behöver mer stöd och hjälp och därför besöker RKC mer frekvent. Dessa patienter

behöver ofta resurser från flera olika yrkesgrupper och fler besök är därför inte likställt med en längre behandling hos en och samma behandlare.

Medelvärdena för dimensionen risk hade vid det andra skattningstillfället ökat, vilket innebär att patienterna skattat risken att skada sig själva eller andra högre jämfört med den första skattningen. Dessa höga skattningar stämmer överens med Kryszynska och Lesters (2010) forskning, där ett samband mellan suicidtankar och PTSD kunde konstateras. Ett flertal av patienterna uppgav att det inte förelåg någon risk alls, några har inte fyllt i skalan medan andra skattade en väldigt hög risk. Detta svarsmönster kan eventuellt hänföras till en religiös aspekt, där suicid inom vissa religioner är ett känsligt ämne och av många anses vara den största synden. Utifrån detta kan det tänkas att skattningsformulär är fel väg att adressera detta område. Kanske skulle ett mer kvalitativt angreppssätt kunnat vara mer passande?

Resultaten visar även att kvinnorna vid den andra mätningen skattar högre än männen på PCL-C och HSCL-25, vilket innebär att kvinnorna uppvisar fler depressions- ångest- och PTSD-symptom. Att kvinnornas symptomskattningar är högre än männens stämmer överens med tidigare forskning som visat att kvinnor generellt mår sämre efter trauma än män (Haskell et al., 2010). Kvinnornas medelvärden tenderar även snarare att öka vid det andra skattningstillfället, medan männens medelvärden generellt minskar. En möjlig förklaring till detta kan vara att de kvinnor som är kvar i studien är de som från början uppvisade ett sämre mående. Dock bör resultatet i denna studie tolkas med försiktighet då antalet kvinnor i den andra skattningen var lågt. Silove et al. (2000) fann även att könsskillnaderna ser olika ut för olika etniska grupper. Bland Irakier har det visat sig att männen mår sämre än kvinnorna, medan det bland personer från forna Jugoslavien antas att kvinnorna mår sämre än männen. Detta stämmer överens med könsfördelningen för denna studies deltagare, där 67 procent av patienterna från Irak var män och 75 procent av patienterna från forna Jugoslavien var kvinnor. Studiens deltagarantal har dock varit för litet för att med säkerhet uttala sig om, eller närmare undersöka könsskillnader.

86 procent av de patienter som svarat på om andra faktorer påverkat behandlingen uppger en negativ påverkan från främst bostadssituationen och det egna hälsotillståndet. 64 procent uppger att något påverkat behandlingen i positiv riktning och även här är bostadssituationen och hälsotillståndet viktiga faktorer. De faktorer som av patienterna angivits har påverkat behandlingen i någon riktning, skulle kunna förstås utifrån studien av Roth et al. (2006). De menar att flyktingar efter ankomsten till ett nytt hemland är utsatta för fler stressande faktorer än tidigare, vilket avspeglar sig i ett generellt sämre mående. Vad gäller hälsotillståndet så orsakar tortyr och övergrepp givetvis även somatiska skador,

exempelvis leddskador efter upphängning, neurologiska skador efter slag under fötterna, hörselnedsättningar efter örfilar, samt övriga sviter av skendränkning, elchocker, sexuellt våld samt en mängd andra tortyrmetoder. Renner et al. (2006) poängterar även att symptom på trauma tar sig olika kulturella uttryck, och de nämner somatisering som ett framträdande sådant. Detta kan även vara del i att så många angett hälsotillståndet som något som påverkat behandlingen negativt. Angivandet av bostadssituationen som en påverkande faktor skulle till exempel kunna spegla en allt besvärligare bostadsmarknad samt en osäker eller otillfredsställande boendesituation. Med utgångspunkt i sådana omständigheter kan det givetvis vara svårt att tillgodogöra sig en behandling.

Dessa faktorer belyser vikten av en helhetssyn i arbetet med traumatiserade flyktingar där både somatiska, psykologiska och sociala åtgärder behöver följas åt. Vidare är det även av vikt att initialt stämma av vilka förväntningar som finns på behandlingen, något som Wrede (2009) poängterat. Bortfallsanalysen visar att en del patienter har sökt till RKC med förhoppningen om hjälp med bostad, ekonomi eller resa till hemlandet. Dessa patienter har avslutat behandlingen och förhoppningsvis fått hjälp vid adekvat instans. Antalet patienter som fyllt i formuläret gällande dessa övriga faktorer är litet, vilket gör att resultatet bör tolkas med försiktighet.

Sammanfattningsvis är resultaten hoppfulla, då en förbättring av PTSD symptomen går att se redan cirka sex månader in i behandlingen, efter relativt få besök. Patienterna i studien har utsatts för upprepade trauman och burit sina symptom under en lång tid, vilket gör att man kan förvänta sig en lång behandling där arbetet med kroniska symptom inte alltid ger snabba resultat.

Metodologiska begränsningar

Då studien var både longitudinell och naturalistisk kan metodologiska svagheter rörande främst intern validitet tänkas föreligga. Någon kontrollgrupp fanns inte och stickprovet var litet, vilket skulle kunna medföra en försvagad power för studien, liksom en ökad risk för typ II fel.

En begränsning med studien är att den inte kunnat följa patienterna under en längre tid, utan resultaten är enbart ett nedslag i en pågående behandlingsprocess. Studien utvärderar patienternas mående *cirka* sex månader in i behandling, vilket innebär att några patienter varit i behandling längre än sex månader medan andra haft en kortare behandlingstid. Det har även varit ett sommaruppehåll i de flesta behandlingar, vilket även kan förkorta behandlingstiden. Ytterligare uppföljningar behövs således för att ge en rättvisande bild av behandlingsutfallet.

Studien har heller inte tagit hänsyn till vilken eller vilka behandlingar patienterna haft, vilket skulle kunna ses som ännu en begränsning.

Därtill kan det låga deltagarantalet ses som en svaghet. En orsak kan vara studiens upplägg, då patienterna för att fylla i den andra skattningen besökte RKC enkom för detta. Om patienterna i stället fyllt i skattningsformulären i samband med ett möte med behandlare hade eventuellt deltagarantalet varit högre. Även det faktum att patienterna skulle fylla i tre stycken självskattningsformulär kan ha bidragit till en lägre svarsfrekvens, då detta kan ha upplevts som besvärligt och för betungande.

Då patientbortfallet i de flesta fall kunde förklaras, till exempel genom remiss till annan vårdinstans, flytt eller att patienten fått ett arbete gjordes inte någon intention-to treat. Det fanns heller inga signifikanta skillnader i den första mätningen mellan den grupp som inte fyllt i den andra skattningen och den som är kvar, vilket gör att resultaten troligtvis inte skulle ha sett väldigt annorlunda ut även om bortfallsgruppen varit kvar i behandling.

En annan möjlig svaghet skulle kunna vara det faktum att alla resultat baserats på patienters självskattningar utan hänsyn till behandlarnas eller oberoende intervjuares bedömningar av patienternas mående. Här kan en mono-metodisk bias tänkas hota begreppsvaliditeten. En medvetenhet kring dessa svagheter bör således finnas då resultaten tolkas och förstås.

Begreppsvaliditet kan även ifrågasättas vad gäller exempelvis skattningen av dimensionen ”välbefinnande” i instrumentet CORE-OM. Ryff och Keyes (1995) framhåller att begreppet välbefinnande innefattar sex dimensioner: autonomi, hantering av omvärlden, personlig tillväxt, positiva relationer med andra, livsmål liksom självacceptans – en definition som CORE-OM inte omfattar. För att tillfullo täcka in begreppen ”välbefinnande” och ”fungerande” behövs dels tydligare definitioner och ett mer omfattande material än vad denna studie har använt sig av.

Också begreppet PTSD som sådant kan diskuteras. Dorahy et al. (2007) samt Morina och Ford (2008) ifrågasätter om begreppet räcker för att beskriva de symptom som krigsveteraner eller civila från krigsdrabbade länder uppvisar. Kanske kan det utifrån detta tänkas bli missvisande att mäta behandlingsresultatet med fokus på PTSD-symptom? Även de diagnostiska kriterierna som ingår i DESNOS kan vara intressanta att studera, och skulle kanske kunna bidra till en mer rättvisande bild av resultatet.

En annan aspekt att ta i beaktande är att formuläret som mäter övriga påverkande faktorer skapades enkom för detta tillfälle och är således inte validerat. Behandlare uppmärksammade att det för vissa patienter var svårförståeligt då frågorna har ställts utifrån

vilka faktorer som påverkat *behandlingen*. Kanske hade en mer adekvat och ändamålsenlig formulering varit faktorer som påverkat *måendet* i någon riktning.

En tänkbar styrka med studien är att det naturalistiska upplägget har fångat en heterogen grupp av patienter vid RKC. De patienter som mellan mars - juni 2010 sökt sig till RKC är, i jämförelse med den patientgrupp som sökt sig till centret under samma period föregående år, att anse som representativa för RKC:s verksamhet. Sammantaget kan detta anses stärka studiens generaliserbarhet och således även dess externa validitet.

En annan styrka med studien skulle kunna vara den hänsyn som tagits till övriga faktorer som kan påverka behandlingen specifikt för denna patientgrupp. Utifrån detta hanterades faktorer orelaterade till behandlingen som kan ha påverkat denna i någon riktning. Exempel såsom mognad och historia - att andra händelser som inträffat samtidigt som behandlingen och skulle kunna tänkas orsaka samma utkomst, får här anses ha tagits i beaktande.

Förslag till vidare forskning

Då studien endast utgör ett nedslag i en pågående behandling, skulle det givetvis vara av intresse att fortsätta följa samma patientgrupp. En uppföljning vid ett senare tillfälle under behandlingsförloppet, liksom då behandlingen avslutats och även en tid efter att behandlingen upphört, hade på ett mer allomfattande sätt kunnat beskriva patienternas mående. Begreppen välbefinnande, fungerande och risk hade också kunnat undersökas och utredas närmare och mer utförligt.

Ett tillägg i form av intervjuer skulle också ha kunnat kasta ett mer kvalitativt ljus över patienternas upplevelse av behandlingen och sitt mående. Även intervjuer med behandlarna utifrån deras upplevelse av vad som hjälper skulle eventuellt kunna erbjuda en fördjupad förståelse för behandlingsutfallet. Utifrån detta skulle vidare forskning också kunna utreda köns och etnicitetsskillnader inom patientgruppen, liksom bidra med en mer djuplodande analys av övriga påverkande faktorer utanför behandlingen. Intressant vore även att med hänsyn till mer komplex PTSD följa hur somatisering, dissociation, identitetsuppfattning, affektreglering och nära relationer förändras under behandlingens gång.

Slutsatser

Resultaten från studien visar att patienterna trots sin långvariga och svåra problematik förbättras i sitt mående efter cirka sex månaders behandling vid RKC. Symptomen på PTSD minskar och då i synnerhet gällande överspändhet. Detta innebär bland annat att patienten är

mindre vaksam och spänd samt att denne har förbättrats vad gäller koncentration, sömn och stabilitet. Resultaten överensstämmer med tidigare behandlingsrekommendationer, där fokus på att minska PTSD-symptom är det första viktiga steget i behandlingen. Relationen till behandlaren, information och verktyg för att hantera symptom, kulturell kompetens, hänsyn till postmigratoriska stressorer samt sjukgymnastisk och medicinsk behandling är alla exempel på beståndsdelar i behandlingsprocessen av traumatiserade flyktingar. Sammantaget bidrar dessa delar till en läkande helhetssyn på patienten, där förbättringar möjliggörs.

Resultaten är lovande och visar att det går att få hjälp till bättre mående, trots att situationen kan upplevas som både hopplös och omöjlig. Vidare forskning på området blir spännande att följa och bidrar förhoppningsvis till att ytterligare kasta ljus över den traumatiserade flyktingens situation och möjliga vägar till förbättring.

Referenser

- Al-Rasheed, M. (2004). Civilian war-zone traumas, complex PTSD, and psychopathology: The case of Kuwaiti women. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*. pp. 1962.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental health disorders* (4th ed). Washington, DC: American Psychological Association.
- Aron, A., Aron, E. N., & Coups, E. J. (2009). *Statistics for psychology*. New Jersey: PrenticeHall, Inc.
- Back, S. E., Waldrop, A. E., & Brady, K. T. (2009). Treatment challenges associated with comorbid substance use and posttraumatic stress disorder: clinicians' perspectives. *The American Journal on Addictions, 18*, 15–20.
- Benish, S. G., Imel, Z. E., & Wampold, B. E. (2008). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review, 28*, 746 - 758.
- Blanchard, E. B., Jones-Alexander, J., Buckley, T. C., & Forneris, C. A. (1996). Psychometric properties of the PTSD checklist (PCL). *Behavioral Research & Therapy, 34*, 669-673.
- Brady, K. T., Killeen, T. K., Brewerton, T., & Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 61*, 22-32.
- Carlson, J.M., Mortensen, E.L., & Kastrup, M. (2006). Predictors of mental health and quality of life in male tortured refugees. *Journal of Nordic psychiatry, 60* (1), 51-57.
- Choi, H., Klein, C., Shin, M.S., & Lee, H.J. (2009). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and disorders of extreme stress (DESNOS) Symptoms following prostitution and childhood abuse. *Violence against women, 15* (8) 933-951.
- Clinical Outcomes in Routine Evaluation. (2010). *Genuine Core System Forms*. Hämtat 27

september 2010 från

[http://www.coreims.co.uk/modules.php?op=modload&name=Downloads&file=index&req=vi
ewdownload&cid=2](http://www.coreims.co.uk/modules.php?op=modload&name=Downloads&file=index&req=vi
ewdownload&cid=2)

Corales, T. A. (Eds.). (2005). *Focus on posttraumatic stress disorder research*. New York: Nova Science Publishers.

Corales, T. A. (Eds.). (2005). *Trends in post traumatic stress disorder research*. New York: Nova Science Publishers.

Cougle, J. R., Resnick, H., & Kilpatrick, D. G. (2009). PTSD, depression, and their comorbidity in relation to suicidality: cross-sectional and prospective analyses of a national probability sample of women. *Depression and Anxiety*, 26, 1151-1157.

Dekel, R., Solomon, Z., & Bleich, A. (2004). The contribution of social disability to the evaluation of mental disorder among PTSD veterans. *The Israel Journal of psychiatry and related sciences*, 4, 237-247.

Dorahy, M., Corry, M., & Shannon, M. (2009). Complex PTSD, interpersonal trauma and relational consequences: Findings from a treatment-receiving Northern Irish sample. *Journal of Affective Disorders*, 112 (1-3), 71-81.

Eiserman, K. (2001). *Tortyrtraumat och erfarenheter av psykoterapi med överlevande*. Stockholm: Röda korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade.

Evans, C., Conell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., et al. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry*, 180, 51-60.

Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, J., et al. (2000). CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *Journal of Mental Health*, 9, 247-255.

Fazel, M., & Stein, A. (2002). The mental health of refugee children. *Archives of Disease in Childhood*, 87, 366-370.

Foa, E. B, Keane, T. M, Friedman, M. J & Cohen, J. A. (2009). *Effective Treatments for PTSD Practise Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: The Guilford Press.

Ford, J. (1999). Disorders of extreme stress following war-zone military trauma: Associated features of posttraumatic stress disorder or comorbid but distinct syndromes? *Journal of consulting and clinical psychology*, 67 (1), 3.

Gillberg, R. (1993). *Kulturaspekter i psykoterapeutiskt arbete - problem i traditionellt psykoterapeutiskt arbete med flyktingar från andra kulturer*. Stockholm: Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade.

Ginzburg, K., Ein-Dor, T., & Solomon, Z.(2010). Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: A 20-year longitudinal study of war veterans. *Journal of Affective Disorders*, 123, 249–257.

Haskell, S., Gordon, K., Mattocks, K., Duggal, M., Erdos, J., Justice, A., & Brandt, C.(2010). Gender differences in rates of depression, PTSD, pain, obesity, and military sexual trauma among Connecticut war veterans of Iraq and Afghanistan. *Journal of women's health*, 19, 2.

Hien, D., Litt, L. C., Cohen, L. R., Miele, G. M., & Campbell, A. (2009). *Trauma services for women in substance abuse treatment. An integrated approach*. Washington: American Psychological Association.

Kristal-Andersson, B. (2001). *Att förstå flyktingar, invandrare och deras barn*. Lund, Studentlitteratur.

Krysinska, K., & Lester, D. (2010). Post-traumatic stress disorder and suicide risk: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research*, 14 (1), 1- 23.

Lyne, J.K., Barrett, P., Evans, C., & Barkham, M. (2006). Dimensions of variation on the CORE-OM. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 185-203.

McDonald, S. D., & Calhoun., P. S. (2010). The diagnostic accuracy of the PTSD Checklist: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 30, 976–987.

- Migrationsverket. (2010). *Inkomna ansökningar om asyl helåret 2009*. Hämtat 2 december 2010 från <http://www.migrationsverket.se/download/18.78fcf371269cd4cda980001754/Inkomna+ansokningar+om+asyl+helaret+2009.pdf>
- Morina, M., & Ford, J. (2008). Complex sequelae of psychological trauma among kosovar civilian war victims. *International journal of social psychiatry*, 54, 425.
- National center for PTSD. (2010). *Using the PTSD Checklist (PCL)*. Hämtat 1 december 2010 från <http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/assessments/assessment-pdf/PCL-handout.pdf>
- Nicholl, C., & Thompson, A. (2004). The psychological treatment of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) in adult refugees: A review of the current state of psychological therapies. *Journal of Mental Health*, 4, 351-362.
- Otis, J., Gregor, K., Hardway, C., Morrison, J., Scioli, E., & Sanderson, K. (2010). An examination of the co-morbidity between chronic pain and posttraumatic stress disorder on U.S. veterans. *Psychological Services In the public domain*, 7 (3), 126–135.
- Parloff, M. B., Kelman, H. C., & Frank, J. D., (1954). Comfort, effectiveness, and self-awareness as criteria for improvement in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 3, 343-351.
- Pietrzak, R.H., Goldstein, M.B., Malley, J.C., Rivers, A.J., & Southwick, S.M. (2010). Structure of posttraumatic stress disorder symptoms and psychosocial functioning in Veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom. *Psychiatry Research*, 178 323–329.
- Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons. *Journal of American Medical Association*, 294, 602-12.
- Renner, W. (2009). The effectiveness of psychotherapy with refugees and asylum seekers: Preliminary Results from an Austrian Study. *Immigrant Minority Health*, 11, 41-45.
- Renner, W., Salem, I., & Ottomeyer, K. (2006). Cross- cultural validation of measures of traumatic symptoms in groups of asylum seekers from Chechnya, Afganistan, and West Africa. *Social behavior and personality*, 34 (09), 1101-1114.

Roth, G., Ekblad, S., & Ågren, H. (2006). A longitudinal study of PTSD in a sample of adult mass-evacuated Kosovars, some of whom returned to their home country. *European psychiatry*, 21 (3), 152- 159.

Rowe, J., & Paterson, J. (2010). Culturally competent communication with refugees. *Home Health Care Management & Practice*, 22(5) 334–338.

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.

Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade. (2010). *RKC's verksamhet*. Hämtat 6 september 2010 från <http://www.redcross.se/rkcmalmo/verksamhet.html>

Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasiexperimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin Compant.

Silove, D., Ekblad, S., & Mollica, R. F. (2000). Health and human rights. The right of the severely mentally ill in post-conflict societies. *Invited Lancet commentary*, 29, 1548–9.

Silove, D. (1999). The psychological effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 200–7.

Spinazzola, J., Blaustein, M., & van der Kolk, B. (2005). Posttraumatic stress disorder treatment outcome research: The study of unrepresentative samples? *Journal of traumatic stress*, 18 (05), 425-436.

Spitzer, R.L., First, M. B., & Wakefield, J.C. (2007). Saving PTSD from itself in DSM-V. *Journal of anxiety disorders*, 21 (2), 233-41

Tinghög, P., Al-Saffar, S., Carstensen, J., & Nordenfelt, L. (2010). Health Among Immigrants in Sweden The Association of Immigrant- and Non-Immigrant-Specific Factors With Mental Ill. *International Journal of Social Psychiatry*, 56, 74-93.

Tinghög, P., & Carstensen, J. (2009). Cross-cultural equivalence of HSCL-25 and WHO (ten) wellbeing index: Findings from a population-based survey of immigrants and non-immigrants in Sweden. *Community Mental Health Journal*, 46, 65-76.

United Nations High Commissioner for Refugees. (2010). *Global trends. Refugees, asylum-seekers, returnees, internally displaced and stateless persons*. Geneva: UNHCR.

United Nations High Commissioner for Refugees. (2010). *Flowing across borders*. Hämtat 10 december, 2010 från <http://www.unhcr.org/pages/49c3646c125.html>

van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: the empirical foundations of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 389–399.

Varvin, S. (2008). *Flyktningpasienten. Behandling, rehabilitering och utvikling*. Oslo:Universitetsforlaget.

Ventevogel, P., De Vries, G., Scholte, W. F., Rasa Shinwari, N., Ruhullah Nassery H. F., van den Brink W., et al. (2007). Properties of the Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) and the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) as screening instruments used in primary care in Afghanistan. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 328–335.

Vieweg, V. R., Demetrios, A., Fernandez, A., Beatty-Brooks, M., Hetteema, J. M., & Pandurangi, A. K. (2006). Posttraumatic Stress Disorder: Clinical Features, Pathophysiology, and Treatment. *The American Journal of Medicine*, 119, 383-390.

Wampold, B. E., Imel, Z. E., Kevin, M., Laska, K. M., Benish, S., Miller, S. D., Flückiger C, Del Re, A. C., Baardseth, T. P., & Budge S. (2010). Determining what works in the treatment of PTSD. *Clinical Psychology Review* 30, 923–93.

Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). The PTSD checklist: reliability, validity, and diagnostic utility. Paper presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, CA.

Wilson, J.P. & Droždek, B. (2004). (red:er). *Broken spirits. The treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims*. New York: Brunner-Routledge.

Wrede, O.(2009). *Flyktingpatienten och dennes förväntningar på psykoterapi. Om den prekliniska fasen hos patienterna vid Kris- och traumaenheten i Göteborg*. Examensarbete, Göteborgs universitet, Institutionen för psykologi.

Øvreide, H. (2003). *Yrkesetik i psykologiskt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1

Då man går i en behandling kan det även hända saker runt omkring i livet som påverkar måendet i olika riktningar, till exempel inom familjen eller i arbetsituationen.

Har det hänt något sedan du påbörjade din behandling hos Röda Korset (de senaste sex månaderna) som har påverkat din behandling i **negativ** riktning?

JA

NEJ

Nedan har vi listat några områden. Om du tycker att det du har upplevt passar in under någon eller några av nedanstående rubriker så kan du ringa in dessa.

FAMILJESITUATION

EKONOMI

SITUATION I HEMLANDET

BOSTAD

HÄLSOTILLSTÅND

ANNAT

ARBETE/ UTBILDNING

VÅLD ELLER KRÄNKNINGAR

Har det hänt något sedan du påbörjade din behandling hos Röda Korset (de senaste sex månaderna) som har påverkat din behandling i **positiv** riktning?

J A

N E J

Nedan har vi listat några områden. Om du tycker att det du har upplevt passar in under någon eller några av nedanstående rubriker så kan du ringa in dessa.

FAMILJESITUATION

EKONOMI

SITUATION I HEMLANDET

BOSTAD

HÄLSOTILLSTÅND

ANNAT

ARBETE/ UTBILDNING

Bilaga 2

Informerat samtycke till att delta i behandlingsuppföljning på Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade

Då man genomgår en behandling till följd av krigs- eller tortyrskador är det viktigt att göra uppföljningar, för att få veta hur behandlingen går och hur personerna mår under och efter en sådan behandling. Det är viktigt att öka kunskapen om detta, för att kunna fortsätta utveckla behandlingen och göra den ännu bättre i framtiden.

För tillfället görs en behandlingsuppföljning för Röda Korset av två psykologstudenter från Lunds Universitet.

Att delta i denna studie innebär att Du vid två tillfällen får bedöma ditt mående genom att besvara frågeformulär. Den första bedömningen sker i början av behandlingen och nästa efter sex månaders tid.

Att delta i denna studie är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta Din medverkan utan att ange skäl och utan att detta i så fall påverkar Din övriga behandling hos Röda Korset.

Svaren kommer att behandlas konfidentiellt och enbart på gruppnivå. Ingen enskild individ kommer på något sätt att kunna identifieras då resultaten presenteras.

Tack för din medverkan!

Ulrika Friberg och Emma Ramberg

Psykologkandidater, Lunds Universitet

Telefon: 070 26 44 392

Email: ulrika.friberg.764@student.lu.se

Jag har tagit del av informationen, förstått vad medverkan innebär och samtycker till att delta i denna studie.

Namnteckning

Namnförtydligande

Datum och ort
