



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Psykoterapeutprogrammet

Kvinnor I Väntan

Asylsökande kvinnors psykiska ohälsa och PTSD efter genomgången
gruppbehandling jämfört med en kontrollgrupp

Ingrid Kazemi

Helene Rahm

Psykoterapeutexamensuppsats Vt 2012

Handledare: Magnus R Larsson

Examinator: Agneta Öjehagen

Tack till vår handledare Magnus R Larsson som varit ovärderlig i arbetet med SPSS och alla uträkningar och det stöd och den uppmuntran som han gett oss.

Ett stort tack även till våra män Mohamad Kazemi och Henrik Rahm som har varit mycket stöttande, hjälpsamma och förstående. Vi tackar också våra barn Mina och Johan samt Tilda, Alma och Freja för att de stöttat sina mödrar som inte alltid har haft tid med dem eller varit närvarande i tankarna.

Vi vill även tacka våra deltagare i gruppverksamheten KIV för att de ställt upp på att svara på våra frågor och deltagit med stort engagemang i terapigruppen. Självklart vill vi även tacka kontrollgruppens deltagande för att de tackat ja till att delta i kontrollgruppen och screeningen. Vi vill också tacka vår tolk, Georgina Shaloub, för hennes stora engagemang och hjälpsamhet.

Sist men inte minst vill vi tacka varandra för det goda samarbetet under denna strapatsrika men samtidigt spännande och roliga resa.

Abstract

The purpose of the study is to examine whether the group therapy, KIV (Kvinnor i Väntan 'Women waiting') improved the mental health and the symptoms of PTSD for six female asylum seekers. The hypothesis for the investigation was that the participation in the group therapy would lead to improved mental health and decrease of PTSD symptoms. The experimental group was compared to a control-group constituting of 17 female asylum-seekers that did not participate in the group therapy. The first screening with the instruments GHQ-28 and IES-22 was undertaken before start of the group therapy, while the second screening was undertaken after the end of the group therapy about three months later. The values decreased significantly for all variables in the total group. In the experiment group the variables GHQ-28 social dysfunction and IES-22 intrusion showed a significant decrease. No significant difference could be observed between the experimental group and the control group, neither before nor after the treatment. Thus, there is no support for the hypothesis. The outcome can be explained by factors, which however are beyond scope of the measures. The relevance and importance of these factors are discussed: the fact that the number of participants was too low, the role and capacity of the interpreter, the attitude to health care among participants and specific stress factors in connection with pre-migration and migration.

Key words: *group therapy, mental health, PTSD, female asylum seekers, GHQ-28, IEF-22, Stress factors*

Sammanfattning

Syftet med studien är att undersöka huruvida gruppbehandlingen KIV (Kvinnor i Väntan) förbättrade sex asylsökande kvinnors psykiska ohälsa samt PTSD-symptom. Sammanlagt ingick 22 kvinnor i studien, varav sex kvinnor deltog i experimentgruppen och 16 kvinnor i kontrollgruppen. Hypotesen var att deltagandet i gruppen skulle bidra till att minska PTSD och psykisk ohälsa bland kvinnorna som deltog. Första screeningen med mätinstrumenten GHQ-28 och IES-22 gjordes innan gruppstart, medan den andra screeningen gjordes efter gruppbehandlingens avslutning ca tre månader senare. Genom dessa mätinstrument undersöktes skillnaden mellan första och andra mätningen i experimentgruppen. Värdet minskade signifikant för alla de undersökta variablerna för samtliga deltagare. Variablerna i GHQ-28 var somatiskt, ångest, depression, social dysfunktion och för IES-22 återupplevande och undvikande. Social dysfunktion på GHQ-28 och återupplevande på IES-22 uppvisade signifikanta förändringar i experimentgruppen. Ingen signifikant skillnad visades mellan experimentgruppen och kontrollgruppen, varken före eller efter behandlingen. Därför ger mätningarna inte stöd för hypotesen eftersom behandlingseffekten skulle ha resulterat i en skillnad mellan grupperna efter terapin.

Resultatet kan förklaras med olika faktorer som dock ligger utanför mätningarna. Diskussioner förs kring bl.a. dessa faktorerens betydelse: att antalet deltagare var för få, tolkens roll och förmåga, deltagarnas synsätt på sjukvård samt specifika stressfaktorer i samband med pre-migration och migration

Nyckel ord: *gruppterapi, psykisk ohälsa, PTSD, asylsökande kvinnor, GHQ-28, IES-22, stressfaktorer.*

Innehållsförteckning

Asylsökande – asylprocessen, vård och gruppbehandling	7
Definition av asylsökande/flykting.....	7
Asylsökande.....	7
Den svenska asylprocessen.....	10
De asylsökandes rätt till vård.....	10
Gruppbehandling av asylsökande	11
Bakgrund till Kvinnor i väntan (KIV)	12
Vad är Flyktinghälsan?	13
Vad är Individuell Människohjälp (IM)?.....	14
Teoretiska utgångspunkter för gruppverksamheten Kvinnor i Väntan	14
Fokuserad Edukativ Emotionell Debriefing (FEED)	14
Children are people too (CAP):	16
Antonovskys KASAM begrepp och gruppverksamheten Barn I Start (BIS)och Barn I Väntan (BIV)	17
Tolken som förmedlare.....	18
Psykisk ohälsa och PTSD.....	19
Hur mäter man psykisk ohälsa och PTSD? Diagnoskriterier, dissociation etc. .	19
Asylsökande och PTSD	22
Kulturella aspekter på psykisk ohälsa och PTSD.....	23
Migration	27
Asylsökande, psykosomatik och PTSD.....	30
Friskfaktorer	35
Hypotes.....	35
Metod	36
Procedur.....	36
Deltagare.....	37
Material.....	37
GHQ -28,General Health Questionnaire.....	37
IES – 22 Impact of Event Scale	38
Gruppbehandling KIV	39
Innehållet i KIV gruppbehandlingen	39

Första träffen: Introduktion	39
Andra träffen:	
Barndomen/tonår/giftermål/föräldraskap	40
Tredje träffen:	
Barndomen/tonår/giftermål/föräldraskap	40
Fjärde träffen: Flykten till Sverige	41
Femte träffen: Flykten till Sverige	41
Sjätte träffen: Utflykt	41
Sjunde träffen: Nuvarande situation i Sverige	41
Åttonde träffen: Nuvarande situation i Sverige	41
Nionde träffen: Framtiden.....	42
Tionde träffen: Framtiden/avslut	42
Resultat.....	42
Deskriptiv statistik.....	42
Figur I och II.....	43
Figur I.	44
Inomgruppsanalyser.....	46
Mellangruppanalyser	46
Diskussion	47
Kritik av den egna studien.....	53
Framtida forskning	54
Referenslista	55

Inledning

Asylsökande drabbas hårdare än andra av psykisk ohälsa. Varför är det så? Hur kan samhället hjälpa asylsökande som lider av psykisk ohälsa? I den här uppsatsen diskuterar vi dessa frågor. Vårt syfte med uppsatsen är att undersöka om asylsökande kvinnors generella psykiska ohälsa och grad av posttraumatisk stress syndrom (PTSD) påverkas av den gruppterapi som heter Kvinnor i Väntan (KIV). Denna terapiform fokuserar på att kvinnorna berättar om livet innan de kom till Sverige, flykten, tiden i Sverige samt framtiden. Utifrån dessa nedslag ska kvinnorna försöka få struktur, förstå, hantera och integrera de händelser de varit med om.

Asylsökande – asylprocessen, vård och gruppbehandling

Definition av asylsökande/flykting

En flykting definieras enligt FN:s flyktingorgan UNHCR som;

en person som flytt sitt land i välgrundad fruktan för förföljelse på grund av ras, religion, tillhörighet till en viss samhällsgrupp eller politisk uppfattning och som befinner sig utanför det land vari han är medborgare och som på grund av tidigare nämnd fruktan inte kan eller vill återvända till det landet (United Nations high commissioner for refugees, UNHCR, 2011).

Asylsökande

Asylsökande människor är en utsatt grupp. Internationell forskning visar att både flyktingar och asylsökande lider av en sämre psykisk hälsa (Gerritsen m. fl. 2006, Maier m.fl. 2010). Detta bekräftar tidigare resultat när det gäller att asylsökande är en högriskgrupp vad gäller mental ohälsa. Ett stort antal studier om hälsotillståndet hos flyktingar som är traumatiserade av krig och tortyr har gjorts de senaste årtiondena. Samtliga dessa studier rapporterar om betydande psykopatologi och stress bland traumatiserade flyktingar/asylsökande som lämnat sina hemländer. Studier visar att, trots att vissa framsteg skett vad gäller den mentala ohälsan hos asylsökande, är den generella ohälsan fortfarande dålig och instabil. Det är en utmaning

att på ett lämpligt sätt behandla psykisk ohälsa hos asylsökande. Utmaningen beror på skillnader i språk och kultur och på grund av specifika stressfaktorer i samband med migrationen. Särskilda utmaningar i migrationens psykiska hälsa inkluderar kommunikationssvårigheter på grund av språket och konflikter mellan generationer. Aspekter utifrån hur länder tar emot och accepterar flyktingarna påverkar i sin tur den sociala statusen, sysselsättningen och integration (Laurence m. fl. 2011).

I en sammanfattning av en rad studier gjorda i såväl Sverige som i andra europeiska länder, rapporterar Socialstyrelsen om att de asylsökande är mera drabbade av psykisk ohälsa (ångest, depression, sömnsvårigheter och PTSD) än befolkningen i stort. Två av tre asylsökande har upplevt någon form av mental ohälsa. Stress är en faktor som delvis kan förklara den ökande psykiska ohälsan bland asylsökande; den asylsökande kan ha utsatts för stressande händelser såväl före, som under och efter migrationen, vilket påverkar den psykiska hälsan (Socialstyrelsen, 2012).

Att vara asylsökande innebär att ens tillvaro är tillfällig, instabil och ytterst osäker. Som asylsökande har man inte tillgång till stora delar av samhällets servicefunktioner, man har begränsad tillgång till sjukvård och små möjligheter att arbeta (Allwood & Johnsson, 2009). Asylsökningstiden kan, trots att man i Sverige och andra länder förespråkar en kortare handläggningstid, vara upp till flera år. Detta är en extremt stressande situation då den asylsökande är hindrad att göra upp planer och påverka sin framtid och hela tiden är orolig för ett negativt beslut (Tribe, 2002). Många asylsökande lever med splittrade familjer och med anhöriga kvar i hemlandet (Östman, 2008). Det kan finnas en stor osäkerhet kring de anhörigas situation och ibland en rädsla för att de utsätts för repressalier på grund av det som den asylsökande gjort innan han/hon lämnade landet (Ginsburg & Bäärnhielm, 2010). Ju längre denna period blir, desto djupare påverkas hälsan, såväl den fysiska som den psykiska. Många människor utvecklar under denna period starka stressrelaterade problem och stor psykisk ohälsa, såsom ångest, oro, depression, PTSD, sömnsvårigheter, koncentrationssvårigheter, en vilja att dra sig undan sociala kontakter och isolera sig etc. Symtomen kan, åtminstone till en del, betraktas som normala utifrån en starkt stressande livssituation, snarare än tecken på psykisk sjukdom (Mann, 2006, Al-Baldawi, 2002, Al-Badawi, 2011).

De asylsökande skiljer sig från andra migranter såtillvida att de inte gjort något positivt val att lämna sitt land. De har inte heller haft möjlighet att planera sin resa, såväl praktiskt som psykologiskt. Ofta har man behövt lämna sitt land med kort varsel kanske i rädsla för sitt liv, för att bege sig mot okända destinationer. Det finns i den situationen många faktorer som är ytterst påfrestande och stressande; risken att förlora allt det som ens liv är uppbyggt kring, förlusten av land, kultur, familj, yrke, språk, vänner och framtidsplaner, ovisshet om vad man kommer att möta i mottagarlandet i form av förändringar, rasism, okända kulturella traditioner, att inte få tillgång till vård efter behov, att inte kunna påverka sin situation, oro för utgången i ens asylärende, begränsad tillgång till juridisk hjälp vad gäller ens asylärende samt en stor ovisshet inför framtiden (Tribe, 2002, Ekblad, 2009, Ekblad & Shahnava, 2004, Ekblad m.fl. 2009, Papadopoulus, m.fl. 2003, Ghazinour, m.fl. 2004, Samarsinghe & Arvidsson, 2002; Simich m.fl. 2003). Att inte vara mentalt, ekonomiskt eller socialt förberedd påverkar vidare hur man upplever de utmaningar man möter i det nya landet (Mann, 2006, Al-Badawi, 2003). Det är dessutom så att personer med närliggande traumatiska upplevelser har sämre förutsättningar för att kunna orientera sig i den nya miljön eftersom det är svårt att ta in ny information när minnet är fullt av smärtsamma upplevelser. Många symtom förstärks av ovissheten i exilsituationen (Angel, & Hjern, 2004). Att ha erfårit eller bevittnat våld, inklusive tortyr och/eller sexuellt våld i hemlandet, utgör en stor riskfaktor för utvecklandet av kumulativa trauman (Mollica m.fl. 1998, Craig, 2010, Loue, 2009, Steel m.fl. 2006, Silove m.fl. 2006, m.fl. 2007, Ekblad m.fl. 2009).

Sämst psykisk ohälsa uppvisar de asylsökande som i mottagarlandet tvingats att bo i "förvar" eller "förläggingsboende" under ytterst begränsad rörelsefrihet och möjligheter till sysselsättning (Craig, 2010). Det som visat sig vara minst negativt för den mentala hälsan är när de asylsökande tillåts vara bosatta ute i samhället (Silove, 1999, Ekblad S m.fl. 2009; Silove m.fl. 2007). Detta bekräftas av Lennartsson (2007) där det vanligaste svaret hos de asylsökande på frågan om vad som skulle kunna underlätta väntan på uppehållstillstånd, var "ett vanligt liv", dvs. stabilitet, kontinuitet, trygghet och känslan av kontroll och ordning

Män och kvinnor tycks uppleva stressen förknippad med migration på likartat sätt, de uppvisar också samma symtom på migrationsrelaterad stress (Östman, 2008). Dock visar undersökningar att kvinnor, oftare än män, söker psykiatrisk vård, använder antidepressiv medicin (Öqvist & Mattsson, 2004) samt att den högsta risken för dålig psykisk hälsa finns hos kvinnor födda utanför Europa (Wintzer, 2005).

Hur introduktionen till det nya samhället sker, inverkar på de nyanländas hälsa och har stor betydelse för den fortsatta hälsoutvecklingen. Tidigt insatta, förebyggande insatser för asylsökande med psykisk ohälsa är därför av största vikt för hur det fortsatta livet kommer att te sig (Söndergaard, 2003; Ekblad & Shahnavas, 2004).

Den svenska asylprocessen

En person som söker asyl i Sverige förordnas ett offentligt biträde, som skall vara behjälplig i att lägga fram personens asylskäl. Efter avslutad asylutredning fattar Migrationsverket beslut. Om ansökan avslås har den sökande möjlighet att överklaga beslutet till Migrationsdomstolen och samtidigt begära att det där skall hållas en så kallade ”muntlig förhandling”. Domstolen fattar beslut om huruvida denna önskan skall tillgodoses. Om även Migrationsdomstolen avslår asylansökan kan den asylsökande begära prövningstillstånd i Migrationsöverdomstolen. Här tas endast så kallade prejudicerande fall, dvs. ärenden som är av principintresse och då beslutet kan vara vägledande för andra ärenden upp. Om Migrationsöverdomstolen avslår asylansökan förlorar den asylsökande rätten till offentligt biträde (Ascher, 2009). Förutom att asylutredningen ofta tar lång tid, tillkommer väntetiden på eventuellt muntlig förhandling och därefter beslut i Migrationsdomstolen samt överklagande till Migrationsöverdomstolen. Därför är det inte ovanligt att hela processen tar över ett år eller mer.

De asylsökandes rätt till vård

Staten har, genom Migrationsverket, det övergripande ansvaret för mottagandet av asylsökande i Sverige (Lagen om mottagande av asylsökande, LMA, 1994). Asylsökandes rätt till hälso- och sjukvård regleras av hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen, smittskyddslagen och lagen om mottagande av asylsökande. Landstingets ansvar för vuxna asylsökande omfattar ”omedelbar” sjuk- och tandvård samt ”vård som inte kan anstå” (Hälso- och sjukvårdslagen 2008:344). Innebörden av begreppet ”omedelbar vård och vård som inte kan anstå” är inte tydligt definierat i lagstiftningen vilket lämnar utrymme åt ansvarig läkare eller tandläkare att göra sin bedömning (Lennartsson, 2007). Som vuxen asylsökande erbjuds man en hälsoundersökning. En studie (Norredam m.fl. 2006) visar att tillgången till sjukvård för asylsökande i olika EU-länder varierar, men att den oftast är baserad på en miniminivå (European Commission, 2003). Sverige tillhör en minoritet av länder inom EU som är mest

restriktiva (Ekblad, 2009). I Sverige finns formella hinder för hälso- och sjukvården som omfattar rättsliga begränsningar för den asylsökande dvs. att han eller hon endast har rätt till akut sjukvård. Dessutom finns informella hinder såsom brist på kunskap om hälso- och sjukvården, språkproblem och kulturella uppfattningar av sjukdom. Brist på medvetenhet och kunskap inom hälso- och sjukvårdens yrkesverksamma kan leda till inläggning på sjukhus eftersom flyktingen misstolkades som psykotisk, när han/hon i själva verket uttrycker en kulturell skillnad i reaktioner. En dansk studie drar slutsatsen att orsakerna är en restriktiv migrationspolitik och främlingsfientlig debatt i media. Media debatten påverkas samtidigt av den samhälleliga diskursen om flyktingar i många västerländska samhällen, vilket har resulterat i en mindre bra miljö för flyktingar i exil. Mottagarländerna bör ägna uppmärksamhet åt flyktingars psykiska hälsa eftersom ohälsa hämmar förmågan att integreras. Dessutom är det viktigt att följa internationella mänskliga rättigheter där det står att länder är skyldiga att säkerställa medicinska tjänster till flyktingar (Norredam m.fl., 2009).

Gruppbehandling av asylsökande

Tidigare forskning vad gäller gruppbehandling för asylsökande är begränsad men ger stöd åt gruppbehandlingens positiva effekter för asylsökande och överlevanden efter traumatiska upplevelser (Foy m.fl., 2002, Herman, 1997, Kudler m.fl., 2000, Lubin m.fl., 1998, Akinsulure- Smith, 2009). Lindencrona m.fl.(2008) menar att allvarliga trauman, som tortyr, verkar kunna förändra världsbilden och förmågan att hantera stressituationer, där stressen agerar som någon slags aktör som påverkar inverkan och effekten av tortyr på symptom posttraumatisk stress. Eftersom världsbilden förändras så tros gruppbehandling vara ett verksamt behandlingssätt för att stärka normaliseringen och verklighetsuppfattningen (Lindencrona m.fl. 2007) Gruppbehandling är främst terapeutiskt verksamt när det gäller människor som överlevt krig och brott mot de mänskliga rättigheterna. Verksamma effekter är gruppbehandlingens möjlighet att erbjuda hopp, att minska känslan av utanförskap och skapa en känsla av tillhörighet och allmängiltighet ("jag är inte ensam om att ha upplevt det här och inte ensam om att reagera som jag gör"). De psykoedukativa inslagen som bl.a. kan ta fasta på att informera om hur människor kan reagera på traumatiska upplevelser, bidrar vidare till att minska känslan av att vara "tokig eller psykiskt sjuk" (Yalom, 1995) Gruppbehandlingen erbjuder vidare traumaöverlevande med olika kulturell bakgrund en möjlighet att bearbeta

sina erfarenheter känslomässigt och kognitivt (Fishman & Ross, 1990, Nicholson & Kay, 1999, Randall & Lutz, 1991, Schwartz & Melzak, 2000, Shakoor & Fister, 2005, Smith, 2003, Stepakoff m.fl. 2006, Tucker & Price, 2007). Behandling i grupp är speciellt användbar för asylsökande eftersom man eftersträvar att öka förmågan att hantera sin situation, öka återhämtningsförmågan samt tillhandahålla socialt stöd (Bolton m.fl. 2007, Jones, 1998, Lustig m.fl. 2004, Yule, 2002). Vid terapeutisk behandling i grupp eller enskilt behöver patienter uppleva en terapeutisk allians och kräver ett uttryckligt erkännande på alla aspekter av hans eller hennes hälsa. Risken är dock att behandlingen endast kommer att handla om de fysiska symtom som patienten uttrycker. Silove & Steel (2007) anser att behandlaren oftast tar tag i det de är mest bekväma med och det är oftast utifrån somatiska besvär. Uppgiften för de västerländska sjukhusen är att stötta ett helhetsperspektiv som tar fram behandlingar för psykisk ohälsa som t.ex. PTSD inom denna övergripande ram (Silove & Steel, 2007). Det är viktigt att behandlare har en förståelse för dessa olika uttryck för psykisk ohälsa samt för eventuella stigma associerade med en traumatisk upplevelse eller med psykisk ohälsa. Det är oerhört viktigt med kunskaper om religiösa och andra socialt bestämda tabun och om hur dessa kan påverka behandlingen och eventuellt bidra till motstånd mot att berätta om personlig och känslig information. Terapi och att ”avslöja” sina personliga erfarenheter för en relativ främling är en främmande erfarenhet för många människor från andra kulturer (Summerfield, 2001, Miller, Kulkarni m.fl. 2006, Craig, 2010).

Bakgrund till Kvinnor i väntan (KIV)

Flyktinghälsan (Region Skåne) och frivilligorganisationen Individuell människohjälp (IM) inledde 2006 ett samarbete utifrån målgruppen asylsökande kvinnor. Bakgrunden var att man inom Flyktinghälsan och inom IM tidigare hade uppmärksammat de asylsökande kvinnornas situation. En annan orsak till att de två parterna inledde ett samarbete var tidigare erfarenheter som pekade på att det var lättare att motivera kvinnor/barn/män att börja på gruppverksamhet då det fanns med en frivilligorganisation som aktör.

I många länder tolkas emotionella störningar i sociala och moraliska termer, vilket gruppledarna i respektive arbetsplats IM och Flyktinghälsan upplevde kunde leda till att

människor avstod ifrån att söka vård utifrån sina traumatiska händelser. De kom till organisationer som IM istället för att söka annan form av hjälp t.ex., att beskriva sina besvär i termer av störda relationer och inte i emotionella och/eller psykologiska termer (Bäärnhielm, 2011). På sina respektive arbeten möter författarna många ensamstående kvinnor som aldrig varit gifta, äldre kvinnor, kvinnor som tvingats lämna sina män i hemlandet samt kvinnor som befinner sig här i Sverige tillsammans med sina män. Den gemensamma nämnaren för dessa kvinnor var att de mår psykisk dåligt och efterfrågar någon form av hjälp. Kvinnornas situation var utsatt dels p.g.a. deras erfarenheter från hemlandet, dels utifrån att de bar ett stort ansvar för barn och familj i ett land de inte kände till. Kvinnorna upplevde att deras män förändrades i den nya kulturen utifrån deras rädsla att de skulle bli alltför frigjorda. Men framför allt uttryckte kvinnorna en stor ensamhetskänsla. Båda gruppledarna Kazemi från Flyktinghälsan och Rahm från IM hade sedan tidigare lång erfarenhet att arbeta med olika typer av grupper. Den första gemensamma gruppen startade i början av januari 2007 och döptes till Kvinnor i väntan (KIV).

Gruppverksamheten, KIV utgörs av tio gruppträffar á två timmar. Varje grupptillfälle följer en tydlig struktur med en inledande ritual som är densamme för varje träff, fika i mitten och en annan avslutningsritual som också är likadan vid samtliga tillfällen. Däremellan pratar kvinnorna utifrån Livslinjen, FEED, (Fokuserad Emotionell Edukativ Debriefing) som är det dominerade inslaget i alla resterande träffar. Utifrån tidigare erfarenheter har gruppledarna kommit fram till att de fyra nedslag på Livslinjen: Barndomen/tonår/giftermål/föräldraskap, Flykten till Sverige, Nuvarande situation i Sverige samt Framtiden

När undersökningen om effekterna av att gå i gruppen skulle göras under uppsatsskrivandet på Psykoterapiutbildningen så hade författarna haft fem grupper tillsammans med samma målgrupp, dvs. asylsökande kvinnor.

Vad är Flyktinghälsan?

Flyktinghälsan är en vårdcentral i Malmö i Region Skånes regi som vänder sig exklusivt till asylsökande. Kurator på Flyktinghälsans Vårdcentral möter asylsökande som i de flesta fall mår psykiskt dåligt, dels beroende på att de ofta bär med sig smärtsamma, traumatiska

upplevelser ifrån sina hemländer, dels eftersom den ovissa, ofta långa väntan på uppehållstillstånd i sig är en stor psykisk påfrestning.

Vad är Individuell Människohjälp (IM)?

IM är en svensk biståndsorganisation som bedriver bistånd både utomlands och i Sverige. I Sverige sker mycket av det sociala biståndet genom volontärer. Förutom detta så bedriver IM sedan flera år verksamheterna Barn I Väntan (BIV) och, Barn i Start (BIS) som är en gruppverksamhet som riktar sig till asylsökande barn och nyanlända barn som har uppehållstillstånd i Sverige. Barnen är från 7 till 18 år.

Utifrån erfarenheter från BIV hade Rahm kunskap om att kvinnor hade mycket dåliga kunskaper om asylprocessen, att kvinnorna kände sig isolerade och hade svårt att förstå svenska samhället med dess kultur och regler. Deras liv har oftast förändrats fundamentalt i samband med flykten. De har i många fall blivit tvungna att lämna barn och/eller man kvar i hemlandet, deras roll som kvinna har förändrats mycket när de kom till Sverige samt att många av kvinnorna efter ett tag uttryckte en stor psykisk ohälsa.

Målet när grupperna startade var att kvinnorna i KIV programmet skulle ges möjlighet att lära sig mer om sig själva, ges möjlighet att diskutera asylprocessen, kvinnofrågor, barnuppfostran, hur man mår under asylprocessen etc. Kvinnorna uppmuntrades även att träna sin svenska i ett annat sammanhang än i skolan. Under åren som arbetet med KIV fortsatte, förändrades innehållet till att alltmer utgå ifrån FEED (se under metodbakgrund)

Teoretiska utgångspunkter för gruppverksamheten Kvinnor i Väntan

Fokuserad Edukativ Emotionell Debriefing (FEED)

FEED är en icke regressiv, strukturerad, psykoedukativ metod som tar fasta på människans inneboende resurser. En viktig intention är att minska människan känsla av maktlöshet och offeridentitet genom att bl.a. öka känslan av kontroll. Förhållningssättet är aktivt och något styrande. Metoden har sin grund i J. T. Mitchells debriefingmodell (Robinson, & Mitchell,

1993) Den ursprungliga modellen var mycket strukturerad och indelad i episoder, en kartläggning av själva händelsen, känslor och reaktioner i anslutning till händelsen, olika handlingsstrategier samt en avslutningsfas. Metoden användes ursprungligen för att, i grupp, arbeta med människor som upplevt katastrofer av något slag och riktade sig företrädevis till människor som arbetade i räddningsyrken såsom poliser eller brandmän. En debriefingsession går till så att en grupp, tillsammans med en ledare och på ett strukturerat sätt, går igenom fakta, tankar, känslor, intryck och reaktioner efter en traumatisk upplevelse. Deltagarna ges därefter utrymme att tala om upplevelsen, att utbyta tankar med varandra och att uttrycka känslor relaterade till händelsen. Fokus är hur en person hanterat och hanterar en traumatisk händelse. Metoden är avsedd att användas också i situationer där konsekvenserna av en traumatisk upplevelse fortfarande är pågående. Mitchell & Robinson (1993) undersökte 288 yrkesarbetande inom sjukvård och räddningstjänst, d.v.s. människor som i sitt arbete kunde tänkas uppleva traumatiska händelser. Resultatet visade att den faktor som deltagarna ansåg mest verksam var att tala med andra som hade upplevt samma eller liknande situationer. Genom att prata med andra, ta del av de andras erfarenheter och upptäcka att dessa påminde om den egna, upplevde personen sig mindre ensam och mer fylld av tillförsikt. Att vidare få möjlighet att uttrycka sina känslor förknippade med en traumatisk händelse, underlättade för deltagarna att hantera situationen. Att prata med andra människor som upplevt samma erfarenhet är således verksamt av flera anledningar; dels får personen, genom att sätta ord på tankar och känslor, en ökad förståelse och därmed ökad kontroll över sina egna inre processer, dels får känslor, som dissociats i samband med en traumatisk händelse, möjlighet att integreras. Slutsatsen får stöd av resultatet av liknande studier gjorda i Kanada (Simich m.fl. 2003) och från USA (Akinsulure-Smith, 2009).

Deltagarna uppgav vidare att deras upplevelser och känslor av skam och/eller skuld avtog, genom att deras reaktioner normaliserades när de förstod att andra personer reagerat på liknande sätt. Slutligen upplevde flertalet i studien att den stress de känt som en följd av den traumatiska upplevelsen, minskade som resultat av att de deltagit i debriefinggruppen (Robinson m.fl.1993).

FEED's huvudredskap är Livslinjen, och det är i huvudsak denna del av metoden som vi använt i vår gruppbehandling . Genom att berätta sin livshistoria, återupprättar personen en kontinuitet med det förflutna, med sin historia. Det finns en berättelse som det går att handskas med och det uppstår ett sammanhang, vilket gör att tidsuppfattningen blir mera

gripbar. När personen berättar om sitt förflutna framkommer det tydligt hur livet sett ut före traumat, att det finns en tid då personen mådde bättre. På detta sätt kan positiva förhoppningar inför framtiden uppstå genom att "titta bakåt". Genom att på detta sätt placera in den traumatiska händelsen i ett livssammanhang, integreras den traumatiska händelsen. Hörnstenarna i bearbetandet utgörs av strategierna att strukturera, att förstå, att hantera och slutligen integrera. Målet för behandlingen är att hjälpa den traumatiserade personen att leva med och inte trots sina tidigare erfarenheter, att öka känslan av kontroll, att minska känslan av maktlöshet av att vara helt ensam i sin situation samt att öka känsla av sammanhang.

Modellen har främst använts i individuell behandling men, som vi sett, har den sitt ursprung i gruppbehandling. Förhållningssättet i modellen är aktivt och mer styrande än sedvanlig samtals/krisintervention. Människans inneboende resurser förstärks bl.a. genom att man tar fasta på vad personen klarat av under mycket svåra omständigheter. Man försöker att fånga upp och förstärka det friska hos personen, visa på personens förmåga att hjälpa sig själv samt uppmuntra ett gott självomhändertagande. Det psykoedukativa inslaget i modellen består utöver information om PTSD och om vanliga sätt att regera på svåra upplevelser, i att bekräfta deltagarnas styrkor och resurser för att på så sätt underlätta stresshantering och öka förmågan att hantera sin nuvarande situation (Lindskov & Abdalla, 2001, Staehr, 2001, Berliner & Mikkelsen, 2006).

Children are people too (CAP):

Children are people too (CAP) metoden skapades 1975 av de amerikanska kuratorerna Rochelle Lerner och Barbara Naditc. Deras utgångspunkt var Minnesotaprogrammets tolvstegsprogram. CAP-modellen utgår från Minnesotamodellens sjukdomsbegrepp, där missbruk ses som en känslomässig sjukdom. Man anser att alla människor som ingår i missbrukarens livssystem dras in i detta. CAP är en pedagogisk metod designad för att arbeta med barn i grupp. Metoden utarbetades för att hjälpa barn i familjer där de vuxna hade drog- eller alkoholmissbruk och mycket av metoden baseras på vuxenerfarenheter gjorda i gruppverksamheter där anhöriga och barn till alkoholister delat sina problem och erfarenheter på frivillig basis (Lindstin, 1997). Den underliggande idén i CAP-metoden är att ge barnen möjligheter att träffa andra barn i samma situation och att få dem att känna att de inte är ensamma och få möjligheter att dela sina erfarenheter. Utformningen av grupperna är oftast

att barnen träffas en gång i veckan med ett tema som oftast uttrycks med konstnärliga uttrycksätt såsom bild, drama och dans. Temana är olika för varje träff och fokuserar på barnens behov av att prata omkring missbruk. Målet med träffarna är att stärka barnens självkänsla och självförtroende samt att ge barnen kunskap om hur samhället fungerar. Vidare syftar CAP till att stödja deltagarna att förstå sina reaktioner och känslor (Bjernemy & Backström, 2008).

Antonovskys KASAM begrepp och gruppverksamheten Barn I Start (BIS)och Barn I Väntan (BIV)

Metoden BIV/S bygger bl.a. på det salutogena synsättet, på Antonovskys KASAM- begrepp som står för känsla av sammanhang. Antonovsky (1991) undersökte i en studie barn som hade upplevt traumatiserande händelser (t.ex. vistelse i koncentrationsläger, katastrofer) varför inte alla barn blev lika hårt drabbade. Han fann att generella motståndsresurser byggdes upp hos vissa individer i barndomen som ledde till påtagliga skillnader i sättet att hantera påfrestningar. Antonovsky menade att den förmågan bottnade i en ”känsla av sammanhang” (KASAM). Upplevelsen skapas genom att tillvaron var begriplig, meningsfull och hanterbar. Han fann att personer lättare kunde uthärda det oundvikliga och svåra t.ex. att fly från sitt land om personen förstod anledningen till händelsens ursprung och innebörd.

Begriplighet syftade på i vilken utsträckning personen upplevde yttre och inre stimuli som förnuftsmässigt gripbara, information som ordnad, sammanhängande, strukturerad och tydlig snarare än som kaotisk, oordnad, slumpmässig, oväntad och oförklarlig. En människa med hög känsla av begriplighet förväntade sig att stimuli som han/hon kommer att möta i framtiden var förutsägbara, eller att de när de kom som en överraskning åtminstone gick att ordna och förklara.

Hanterbarhet förklarade Antonovsky som den grad personen upplevde att det fanns resurser till personens förfogande med hjälp av vilka man kunde möta de krav som ställdes av de stimuli som man bombarderades av. Står till förfogande syftade till de resurser som var under ens egen kontroll av behöriga andra t.ex. make, fru, vänner, kollegor, religion historien, partiledaren läkaren etc. som man kände att man kunde räkna med och som man litade på. Har man hög hanterbarhet menade Antonovsky att personen inte kände sig som ett offer för

omständigheterna eller tyckte att livet behandlade en orättvist utan mer som att olyckliga saker hände i livet och när det skedde så kunde man reda sig och inte sörja för alltid.

Det sista begreppet, meningsfullhet, betraktade Antonovsky som en motivationskomponent. Meningsfullhet beskrevs som i vilken utsträckning personen kände att livet hade en känslomässig innebörd för honom/henne. Det är viktigt att åtminstone en del av de problem och krav som livet ställde på personen var värda att investera energi, engagemang och hängivelse i och att de var en utmaning att välkomna snarare än bördor som personen hellre ville slippa. Detta betydde inte att någon som hade högt värde av meningsfullhet blev glad om någon dog eller måste göra en allvarlig operation eller blir avskedad. Utan om ovanstående skedde så drog sig inte personen för att konfronteras med utmaningarna, inställd på att söka en mening i detta och göra sitt bästa, för att med värdighet komma igenom sorgen.

Tolken som förmedlare

I arbetet med asylsökande spelar tolken en viktig roll. För att kunna tolka mellan människor från skilda kulturer med stora olikheter i normer, värderingar och livssyn ställs stora krav på tolken; han/hon skall inte bara leverera en exakt översättning av språket utan också förmedla det känslomässiga i det som sägs. Skattningsskalor och testinstrument är sällan översatta och tolkhjälp behövs då för att kunna ställa diagnoser. Även med hjälp av en duktig tolk ökar risken för missförstånd jämfört med den direkta kommunikationen. Tolken hjälper vidare till att sätta in olika händelser och berättelser i rätt kulturellt sammanhang. Detta underlättas om tolken har specialutbildning i kulturkompetens (Laurence m.fl. 2011). Det är viktigt att tolken är trygg i sin identitet och yrkesroll. I de fall denna har egna erfarenheter av trauman, flykt och förluster är det av stor vikt att han/hon till största delen bearbetat dessa eftersom dessa annars kan påverka arbetet. Vi har i gruppbehandlingen använt oss av samma, kvinnliga tolk vid såväl screeningen som under gruppträffarna. Arbetet i gruppverksamheten utmanar tolkens professionalitet; var går gränsen mellan henne som tolk och kvinna från gruppmedlemmarnas hemland? Han/hon måste också klara av kvinnornas aktiva förtroendefulla kontaktsökande och samtidigt kunna utföra professionell tolkning.

Tolkar som har erfarenhet av flyktingskap och som bearbetat sin historia är mycket effektiva i sin roll då de förmår att interagera på ett sensitivt och inlevelsefullt sätt (Miller m.fl. 2005).

Tolken kan vidare hjälpa till att normalisera kontakten framför allt då människor kommer från kulturer där psykologisk behandling är främmande eller stigmatiserande.

Synpunkter på att låta f.d. flyktingar med egna traumatiska erfarenheter tolka i terapeutiska sammanhang och för människor med senare upplevelser av traumatiska händelser framförs i litteraturen. Argument som framförts emot är risken för retraumatisering av tolken som har sin egen historia av trauman och förluster. En studie som gjorts visade att tolkar som själva varit flyktingar beskrev en upplevelse av ökad stress, ångest och oro de första veckorna efter det att de exponerats för traumaberättelser i sitt tolkningsarbete. Därefter avtog dessa känslor och de fick lättare att hantera berättelser de fick ta del av. Processen gick snabbare ifall tolken fick möjlighet att, efter vissa samtal, prata med terapeuten i avlastande syfte (Miller m.fl. 2005).

Psykisk ohälsa och PTSD

Hur mäter man psykisk ohälsa och PTSD? Diagnoskriterier, dissociation etc.

Mer systematisk forskning om PTSD startade först under 1900 talet. En viktig orsak till detta var de före detta koncentrationslägerfångarna som kunde hänföras till den extrema psykiska (och fysiska) lidandet under koncentrationslägertiden. Man har tidigare använt begreppet överlevnadssyndrom eller ”rape truma” och de hade liknande symtom av påträngande tankar, mardrömmar, social tillbakadragenhet och känslomässig stumhet. Liknade symtom uppvisade även Vietnamveteranerna som gjorde att forskningen tog ny fart under 1970- talet (Van der Kolk, m.fl 1996) och först 1980 infördes det formella begreppet Posttraumatisk stress disorder, PTSD (McNelly, 2003) Numera under 2000 talet pågår intensiv forskning framför allt i västvärlden om PTSD (Giel, 2010)

Post traumatisk stress syndrom inkluderades i det amerikanska klassifikationssystemet DSM-III 1980 och i WHO:s klassifikationssystem ICD-10 1992. I DSM-I –TR (APA) Trauma kan beskrivas som när en person utsätts för så hemska upplevelsers som han/hon inte kan hantera eller kontrollera. Personen känner intensiv rädsla, skräck och hjälplöshet. Dessutom måste personen även känna att de riskerar den fysiska integriteten hos sig själv eller andra.(Cardêna

& Larsson, 2009) PTSD är förenat med en mycket stor psykologisk lidande som självklart drabbar personen själv men även personens eventuella familj eller andra närstående. I Sverige beräknas PTSD finnas hos ca 2 % av befolkningen och hos flyktingpopulationen ligger motsvarande siffra på 15% - 30 % (Gerge, 2010)

För att få diagnosen PTSD så måste personen varit utsatt för en traumatisk händelse (se tidigare förklaring på trauma). PTSD karaktäriseras huvudsakligen av återupplevande, undvikande och hyperarousal (I ICD-10 så benämns symtomen för detta men i DSM benämns det som ”ihållande symtom på överspändhet” (Tillstånd av kraftigt stegrad vakenhet då medvetandet upplevs som vidgat), tre symtom i samexistens (Shalev, 2001) De tre ovanstående är inkluderade i diagnoskriterierna för PTSD i DSM-IV-TR (APA 2000). Symtomen för återupplevandet är påträngande, återkommande och plågsamma minnesbilder av den traumatiska händelsen”.

När det gäller symtom på undvikande ska minst tre symtom inkluderas för PTSD: a) Försök att undvika tankar, känslor eller konversationer relaterade till traumat. b) Försök att undvika aktiviteter, platser eller människor som väcker minnen till liv om traumat. c) En oförmåga att återge någon viktig aspekt av traumat. d) Ett markerat minskat intresse eller deltagande för den drabbade individen viktiga aktiviteter. e) Känslor av främlingskap i relation till andra människor. f) Begränsningar i känslolivets vilket tar sig uttryck i en oförmåga att känna kärleksfulla känslor samt g) En upplevelse av att inte ha en framtid (Cardêna & Larsson, 2009).

I hyperarousal (överspändhet) ska det finnas minst två symtomen för att diagnostiseras med PTSD. Symtomen är: a) Svårigheter att somna eller förbli sovande. b) Irritation eller aggressionsutbrott c) Koncentrationssvårigheter c) Hypervigilans d) En överaktiverad skrämnel (Cardêna & Larsson, 2009)

Diagnoser och statistisk manual av psykisk ohälsa (DSM) är det mest vanliga diagnossystemet . En revidering av fjärde utgåvan av manualen hänvisas till DMS-IV TR som publicerades 2000. DSM organiseras på fem axlar: a) Axel I störning, b) Axel II störning c) Somatisk hälsa, d) Psykosocial förmåga, e) Gaf-skalan). Den fjärde axeln används för att indikera det psykosociala och miljöproblem som personen har varit utsatt för och axeln värderar personens nuvarande nivå av adaptiva funktion. Kritiker mot DSM menar att diagnos klassificeringarna kan tänkas ignorera viktig information och kanske öka stigmatiseringen.

Speciellt tillkortakommande av DSM har också blivit identifierat. Att tron på kategoriskt klassifikations system kan vara en begränsad reliabilitet för vissa diagnoser samt frågor kring validitet för några av diagnoskategorierna. (Kring m.fl. 2010) Ett annat diagnossystem är ICD-10 International Classification of Disease som är framtaget av WHO; World Health Organization. Den upplaga som används i dag är 10 gammal. DSM och ICD-10 beskriver PTSD relativt samstämmigt förutom två undantag 1) ICD-10 kräver att en person ska ha blivit utsatt för en mycket hotande situation eller händelse spelar ingen roll om den är kort eller lång utan den ska leda till hög stress hos patienten . 2) ICD-10 kräver också att de huvudsakliga symtomen måste finnas senast sex månader efter den traumatiska situationen alternativt i slutskedet av en stressad situation (Cardena & Larsson, 2009). Det finns nu ett förslag till en sk. Kulturformulering (Appendix I). Den är tänkt att används som ett komplement till diagnostiken i DSM-IV. Kulturformuleringen är etnografisk baserad och är tänkt att ta del av personens kunskaper om sociokulturella sammanhang. Det handlar bland annat om Individens kulturella identitet det vill sägas ge en bild av hur personen ser på sig själv och vad detta har för betydelse för behandling och sjukdom, kulturella förklaringar till individens sjukdom, hur symptom eller behov av socialt stöd kommuniceras (Bäärnhielm, 2011)

Det finns flertalet olika skalor för att mäta psykisk ohälsa. Utöver de skalor vi använt i vår undersökning, General Health Questionnaire (GHQ) och Impact of Event Scale (IES-22) för mätning av sannolikhet att ha PTSD finns t.ex. Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD, Zigmond & Snaith, 1983) som är utarbetad för att upptäcka ångest och depression. Skalan avser att följa ett sjukdomsförlopp under en viss tid och används för att utvärdera effekterna av insatt behandling. Vidare finns Symptom Checklist (SCL, Derogatis et al, 1973) som mäter både psykologiska problem, psykopatologi samt generell psykologisk belastning. Skalan är utarbetad för att få en överblick över hur personen mår och används också denna vid utvärdering av behandling. Slutligen förekommer det skalor som utöver psykisk ohälsa också avser att mäta generell hälsa och livskvalité såsom t ex Mental Health Inventory (MHI-5, Bernick et al, 1991) Denna syftar också till att upptäcka psykiska problem (Hansson m. fl, 2009).

General Health Questionnaire (GHQ) är ett användbart mätinstrument när det gäller att undersöka det mer vaga begreppet ”psykisk ohälsa”. GHQ mäter olika upplevda stressymtom, påfrestningar och psykiatriska symtom. Instrumentet fokuserar på två områden; 1) oförmågan att utföra vardagliga göromål och 2) förekomsten av nytillkomna stressorer. Frågorna

besvaras utifrån hur man mått under de senaste två veckorna i förhållande till hur man vanligtvis brukar må och är känsligt för kortvarig psykisk ohälsa. GHQ kan användas som ett screeninginstrument för lättare psykopatologi men kan också användas för att mäta graden av förändringar över tid i den psykiska hälsan samt till en viss del livskvalitet.

GHQ -28 är indelat i fyra undergrupper; social dysfunktion, somatiska symtom, ångest och sömnsvårigheter samt allvarlig depression. och svaren ges i en fyrgradig skala (Goldberg & Williams, 1988; Goldberg & Hiller, 1979).

Asylsökande och PTSD

I en metaanalys av PTSD fann man att en stor andel av flyktingar som bodde i ett nytt land led av PTSD (Beiser m.fl. 2011). Resultat pekar på att PTSD eller symtom på PTSD är vanligt förekommande problem hos asylsökande både i Sverige och i andra länder (Cardena & Larsson, 2009). För migrationsstress likväl för postmigrations stress ökar risken för PTSD. Forskning föreslår att höga nivåer av emotionell reaktivitet under traumatiska händelser förstärker minnet för trauman. Traumans övergång, särskilt under pre-migration kan öka den emotionella reaktiviteten, och därigenom stärka traumatiska minnen och deras benägenhet att göra intrång i medvetna och omedvetna tankar. Det är också möjligt att en kombination av pre- och postmigration stress utarmar individuella coping resurser, och därigenom ökar PTSD risken (Beiser m.fl. 2011). I en annan liknande studie av irakiska asylsökande i Nederländerna - och i Australien fann man att utdragna domstolsbeslut angående t.ex. familjeåterförening ökade risken för psykisk ohälsa inklusive PTSD. Andra risfaktorer för PTSD och psykisk ohälsa fann man var ensamhet, diskriminering, och ekonomiska svårigheter (Finkelstein & Solomon, 2009)

I en studie av Lindencrona m.fl. (2008) fann man att komponenterna för återupplevande och undvikande av PTSD sannolikt kunde vara kopplad till vad som hände i pre-migrations perioden och hypervigilans för postmigrationsstress. Beiser (2011) menar att viktig faktor för att hjälper till att förbättra psykisk ohälsa och PTSD är tid och att inte ha för stora ekonomiska problem. Relativt få familjer som hade varit i Kanada mer än 10 år var inte längre fattiga och den psykiska hälsan och PTSD hade förbättras. Studien (Beiser, 2011) understryker vikten av förståelse för att underlätta återhämtningsförmågan och framför allt ge socialt stöd. Stödet från myndigheter, privatpersoner etc. för bl.a. återförening av släkt minskar PTSD risken.

Även socialt och känslomässigt stöd är viktigt för den asylsökande, där samhället har ett ansvar att kunna erbjuda aktiviteter utanför den egna familjen. Ett större socialt nätverk (familj, vänner, föreningar etc.) är ett skydd mot att inte insjukna i PTSD. Insjuknande av PTSD hos asylsökande och flyktingar kan leda till att asylsökande upplever kroniskt missnöje, socialt tillbakadragande, och snedvridna uppfattningar av samhällets lagar och struktur.

En stor del av de personer som har varit med om massiva trauman lider av dissociation. Dissociation kan definieras som en psykologisk mekanism som beror på sammanbrott i förmågan till mental integration. Man skulle kunna säga att det rör sig om en separation mellan perception och förnimmelse som att se sig själv utifrån dvs. att man delar upp personligheten i två dissociativa delar och var och en av dessa blir delsjälv. Dessa fungerar som om de är hela personen med tankar och relationer till världen det vill säga när en person dissocierar är inte längre implicit och explicit minne längre sammanlänkat vilket är huvudproblemet för människor med PTSD (Gerge, 2010). Teorin om strukturell dissociation är en neurologisk flyktmekanism som människor har en genetisk predisposition för. Den aktiveras i samband med händelser som överväldigar vår kapacitet (Van der Hart & Nijenhuis, 2008). I en befolkningsstudie från Nya Zeeland och Finland visade det sig att 6% respektive 5,9% av befolkningen hade höga dissociationsvärden. I de flesta länderna i vilka man har undersökt dissociation finner man minst 1% med människor som lider av DID, dissociativ identitetsstörning (Gerge, 2010). Det finns diagnoskriterium för dissociativa störningar men många patienter får aldrig rätt diagnos. En studie i Nordamerika och Europa redogjorde för sju studier och kom fram till att patienter med DID i medeltal haft kontakt med psykiatri i 5-11 år innan de fick rätt diagnos dvs. DID (ISSTD's Internationella Society for Studies of Trauma and Dissociation, 2005). Det har visat sig att dissociation under själva traumat är ganska starkt kopplad till PTSD (Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003)

Kulturella aspekter på psykisk ohälsa och PTSD

De senaste åren har antalet studier som undersöker hur kultur och etnicitet påverkar psykisk ohälsa ökat. Det finns vanligtvis större skillnader inom kulturella och etniska grupper än det finns mellan dem. Tillförlitligheten och giltigheten av olika former av psykologisk bedömning har ifrågasatts på grund av att mätinstrumenten oftast utgått från kulturella fördomar från den

vita kulturen i Europa och USA. Test eller behandlingsåtgärder som har utvecklats för en kultur eller etnisk grupp behöver inte vara tillförlitliga och giltiga för en annan kulturell eller etnisk grupp (Kring m.fl. 2010). Många studier har det gemensamma att de har använt självskattningsskalor, och strukturerade diagnostiska intervjuer. Dessa har funnit att det är en stor variation i förekomsten av symptom på posttraumatiskt stress syndrom och depression. Flyktingar uppvisar flera symptom, kanske på grund av de många kulturella skillnaderna i screeningsformulär och tolkningar. Det som är av betydelse är att många av flyktingars symptom inte klart kan definieras som posttraumatisk stress syndrom (PTSD), depression eller andra psykiska tillstånd på grund av att svaren är svårtolkade och den stora variationen på olika symptom (Hollifield m.fl. 2002). Vissa tester som utvecklades i USA har översatts till olika språk och används i olika kulturer. Enkla översatta ord till ett annat språk, garanterar inte att innebörden av ord betyder densamma i olika kulturer. Självfallet så görs försök att säkerställa översättningsprocessen. Detta görs i olika steg, bland annat arbetar flera översättare med att översätta från ett språk till ett annat och översätta tillbaka från det andra språket till det första. Sedan testas översättningarna med personer som har flera modersmål, allt för att säkerställa att testen är översatta på liknande sätt på olika språk. Denna strategi har varit framgångsrik i att uppnå likvärdighet över olika kulturer och etniska grupper för vissa instrument, såsom MMPI-2. Även med MMPI men det har visat sig att det finns kulturella skillnader som sannolikt inte kan hänföras till skillnader i psykopatologi. Till exempel har man funnit att i USA bland asiatiska amerikaner är poäng på de flesta MMPI-2 skalor högre än för vita amerikaner. Forskning har visat att det är osannolikt att resultaten återspeglar högre känslomässiga störningar bland asiatiska amerikaner.

Trots ansträngningar i västvärlden har man inte lyckats så bra i att minska kulturella och etniska antaganden i klinisk bedömning. På grund av kulturella antaganden kan psykiatrik över- eller underskatta psykologiska problem för personer från andra kulturer. I USA är afroamerikanska barn (dvs. svarta barn) överrepresenterade i specialpedagogikklasser, som kan vara ett resultat av subtila fel i de tester som används för att fastställa denna placering. Fortfarande pågår forskning om det återspeglar en verklig skillnad eller en form av etniska fördomar hos psykiatrik (Kring m.fl. 2010). Kulturella faktorer kan påverka bedömningen på olika sätt t.ex. språkliga skillnader, olika religiösa och andliga övertygelser, eller främlingskap kan spela roll när man ska bedömas av psykiatrik (Lopez, 1994). DSM-IV-TR's införanden av kulturella faktorer i diskussionen av varje kategori av psykisk störning gör kanske psykiatrik

mer känslig angående denna fråga. Bedömningsproceduren bör ändras och bl.a. utgå från kulturella och etniska frågor så att personen verkligen förstår frågorna vid en testsituation. Lopez (1994) menar att avståndet mellan kulturell lyhördhet och kulturella stereotyper kan vara kort. För att minimera sådana problem, uppmantras psykiatrien att vara särskilt försiktiga angående slutsatser som avser patienter med olika kulturell och etnisk bakgrund. I stället bör de göra hypoteser om kulturellt inflytande på patienter, pröva alternativa hypoteser och sedan pröva dessa hypoteser.

Psykisk ohälsa används idag ofta som en övergripande term som täcker både psykiska besvär och psykisk sjukdom och beskriver olika tillstånd när människor visar tecken på psykisk obalans eller symtom såsom oro, ångest, nedstämdhet eller sömnsvårigheter. Dessa olika besvär kan, beroende på typ och omfattning, i olika grad påverka funktionsförmågan. Symtomen behöver inte vara så omfattande att diagnos kan sättas och är ofta normala reaktioner på en påfrestande livssituation (Sveriges Landsting & Kommunförbund, 2012).

Enligt World Health Organization (WHO) är mental hälsa inte bara frånvaron av mental ohälsa, utan ett tillstånd av fullständig fysiskt, mentalt och socialt välmående, ett "tillstånd av välmående i vilket individen inser sin potential, kan hantera livets normala stressmoment, kan arbeta tillfredsställande och kan bidra till sitt samhälle samt psykisk ohälsa som en subjektivt upplevd nedsättning av den fysiska och psykiska förmågan, d.v.s. personen mår så dåligt att det påverkar funktionsförmågan och övrig livssituation, oavsett ifall man objektivt sett är sjuk eller frisk.

Kultur påverkar den mentala ohälsan genom att definiera vad som är normalt och onormalt, genom att identifiera etiologiska faktorer samt genom att fastställa hjälpsökande beteende mm. Hur man ser på och uppfattar vad som är psykisk hälsa respektive ohälsa hos en individ varierar över tid och mellan olika samhällen och kulturer; det som inom ett samhälle betraktas som naturligt och välfungerande kan i ett annat samhälle betraktas som avvikande. Hur känslor tolkas, hur de förmedlas och uttrycks ser olika ut beroende på vilken kultur och samhällsklass man kommer ifrån. Även uttryck för och kommunikation av psykisk ohälsa varierar mellan olika kulturer. Innebörden i begreppet psykisk ohälsa påverkas således av de historiska, samhällseliga och sociokulturella sammanhang inom vilket det tillämpas. Detta tillsammans med språkliga skillnader, gör det svårare att diagnostisera mental ohälsa hos

människor från andra länder och kulturer (Loue, 2009, Mann, 2006 Bergsten Brucefors m.fl. 2003).

Det västerländska diagnossystemet och metoderna för att fastställa förekomsten av psykisk ohälsa/störningar i ett mångkulturellt samhälle har kritiserats under en längre tid. Det har bl. a. anförts att DSM IV och ICD 10 ger uttryck för västerländska klassifikationer av mental ohälsa som inte med lätthet går att använda när det gäller människor från andra kulturer (Mann, 2006). Utifrån en studie av bl.a. vietnamesiska flyktingar som migrerat till andra länder varnar Silove m.fl.(2007) mot förenklade uppfattningar och/eller fördomar om kultur med tanke på effekterna på psykisk ohälsa bland vietnameser som hade upplevt många trauman. PTSD var den vanligaste psykiska störningen bland vietnameser som hade upplevt svåra och många trauman. Faktum var att de flesta sjuka vietnameser tillskrivs fysiska sjukdomar fast deras symptom troligen kunde ha varit PTSD. Detta kunde enligt Silove m.fl (2007) bero på hur hälso- och sjukvård uppfattade personen som sökte hjälp. Det kunde t.ex. vara att lokala uttryck för stress inte förekom i t.ex. österländska kulturer. Vissa tillstånd benämns i vissa kulturer men det finns inte någon direkt översättning av dem i andra kulturer. Det kan t.ex. vara så att det inte finns någon likvärdig term i det lokala språket för västerländska symptom, men det kan finnas ett antal exempel på uttryck för stress eller psykisk ohälsa som inte har någon enkel översättning i den andra riktningen men som kanske utgör en viktig del för att förstå mental ohälsa i det samhället (Craig, 2010). DSM – IV (American Psychiatric Association, APA, 1994) slår fast att mental status och symptom på psykisk ohälsa påverkas av olika kulturer (Keyes, 2000). Man tar som exempel att depression, i vissa kulturer kan komma till uttryck genom kroppslig smärta snarare än som sorg eller skuld och att man i vissa kulturer ofta uttrycker psykiska trångmål som nerver, svaghet, huvudvärk, trötthet, problem med hjärtat osv. Det förekommer vidare skillnader mellan kulturer när det gäller vad psykisk ohälsa innebär samt om och i så fall hur man förmedlar den.

Kulturbetingade faktorer som funnits hindra de asylsökandes vilja och förmåga att söka psykologisk hjälp är t.ex. en tro på att problemen kommer att lösa sig av sig själv, brist på information om befintliga resurser samt skam och oro för hur de andra skall reagera på deras hjälpsökande. Vidare har omständigheterna kring migrationen visat sig ha betydelse när det gäller en persons förmåga och villighet att söka och ta emot erbjudna insatser (Loue, 2009).

Det är viktigt att behandlare har en förståelse för dessa olika uttryck för psykisk ohälsa samt för eventuella stigma associerade med en traumatisk upplevelse eller med psykisk ohälsa. Vikten av kunskaper om religiösa och andra socialt bestämda tabun och om hur dessa kan påverka behandlingen och eventuellt bidra till motstånd mot att berätta om personlig och känslig information, är oundgänglig. Att under t.ex. terapeutiska samtal ”avslöja” sina personliga erfarenheter för en relativ främling är en främmande erfarenhet för många människor från andra kulturer (Summerfield, 2001, Miller m.fl. 2006, Craig, 2010). Även uttryck för och kommunikation av psykisk ohälsa varierar mellan olika kulturer och kulturella mekanismer kan tillhandahålla socialt stöd, socialt acceptabelt känslomässigt utlopp och katarsiska strategier (Loue, 2009, Mann, 2006). Hur känslor tolkas, hur de förmedlas och uttrycks ser således olika ut beroende på vilken kultur och samhällsklass man kommer ifrån. Detta tillsammans med språkliga skillnader, gör det svårare att diagnostisera mental ohälsa hos människor från andra länder och kulturer (Loue, 2009).

Migration

Migration, att lämna platser, relationer, sätt att leva ger i sig upphov till stress. Mötet med en ny kultur kräver en rekonstruktion av individens inre schema för att anpassa sig till dessa förändringar och för att hitta vägar till en bättre integrering. Många forskningsresultat visar att en person kan uppleva denna situation mycket stressande (Al-Baldawi, 2002).

Hur migration påverkar symptom på psykisk störning och posttraumatiska stress symptom bland migranter beror på olika aspekter. Det gäller hur flyktingar hanterar stress, sociala och ekonomiska påfrestningar, utanförskap, diskriminering, statusförlust, våld och hot i Sverige. Sociala och ekonomiska påfrestningar och utanförskap är viktiga för att förklara symptom på psykisk ohälsa. Personens egen förmåga att hantera stress spelar också en betydande roll. Inverkan av inflyttningen till det nya landet är en stressfaktor i samband med hela migreringsprocessen. Resultaten pekar på stressfaktorer som främst påverkar psykosociala behov i områdena som anknytning, identitet/roll och existentiell mening. Detta resultat är i linje med annan forskning som visar att stressfaktorer besläktade med förlust och förnedring särskilt är benägna att inverka på psykisk hälsa.

Migrationsrelaterad stress (MRS) uppstår hos de allra flesta människor som lämnar sitt hemland. Denna stress behöver inte vara patologisk. Att lämna sitt hemland är alltid

förknippat med existentiella reaktioner; känslor av rotlöshet, osäkerhet, rädsla inför framtiden, brist på tilltro till sig själv och andra etc. är naturliga reaktioner hos människor som bryter upp och lämnar sina hemländer (Rack, 1993, Al-Baldawi, 2002, Al-Baldawi, 2011). Migration utgör en riskfaktor vad gäller utvecklandet av psykisk ohälsa (Östman, 2008), vilket kan ha sin förklaring i faktorer före, under och efter själva migrationen, såsom t.ex. personliga förluster, upplevda trauman, kulturkrock etc (Bhurga & Jones, 2001). Fem typer av assimilationsstressreaktioner bland immigranter har identifierats; a) känslor av utmattning/trångmål, b) hemlängtan, c) depressiva reaktioner parallellt med känslor av främlingskap och hopplöshet, d) psykosomatiska besvär och sårbarhet för sjukdomar samt e) psykosocial missanpassning och psykopatiskt beteende (Al-Baldawi, 2002). Att försöka att anpassa sig till en ny kultur och till en ny social miljö skapar ofta en upplevelse av personligt kaos och känslor av förvirring, ångest, depression etc. är vanligt förekommande (Östman, 2008). I en dansk studie (Norredam m.fl. 2009) fann man höga antal av personer som insjuknat i psykisk sjukdom bland flyktingar jämfört med infödda danskarna. Detta kunde hänföras till kumulativa riskfaktorer av både pre- och post-migrations faktorer. Effekten av våld, krig, konflikter, fängslanden, tortyr, flyktingläger, våld, fattigdom och bristande tillgång till hälso- och sjukvård utgjorde riskfaktorer som associerades till symtom för psykisk ohälsa och psykosociala funktioner. Post-migrations faktorer så som t.ex. svårighet att använda hälso- och sjukvård, brist på sociala relationer, social isolering, förlängt asylförfarande, diskriminering och marginalisering ökade risken för psykisk ohälsa i mottagarlandet.(Norredam m.fl, 2009).

Ofrivillig och oplanerad migration ökar risken för psykisk ohälsa ytterligare (Stompe m.fl. 2010). Att lämna sitt land på frivillig basis möjliggör en bättre planering av resan; man kanske kan påverka val av land och man hinner förbereda sig mentalt. Förutsättningarna för att lyckas med sin anpassning i det nya landet hänger samman med individens beredskap för migration, vilket gör att den planerade och frivilliga migrationen har bättre förutsättningar. När det förekommer någon form av ofrivillighet och hot bakom migrationen är denna oftast oplanerad och mötet med det nya blir ofta mera laddat och innehåller flera utmaningar som kan förlänga migrationsprocessen (Al-Baldawi, 2011). Oavsett de bakomliggande faktorerna till migrationen, huruvida den är frivillig eller påtvingad, består den av olika faser; före migrationen, själva migrationen och perioden efter migrationen (Loue, 2009).

Det är känt att postmigrationsstress, ensam eller i kombination med tidigare traumatisk stress, ofta leder till depressiva symtom. Faktorer, som hos migranter, kan predisponera för psykisk ohälsa är bl.a. a) separation från familj och samhälle, b) ett ovälkommande mottagarsamhälle, c) utdraget eller allvarligt lidande före migrationen, d) att vara äldre eller i tonåren e) bristande kunskaper i det nya landets språk, f) förlust av socio-ekonomisk status (Tribe, 2002). Människor som lämnar sina hemländer kommer ofta från krigshärjade och socialt kaotiska områden. Många har i hemlandet, eller under flykten, bevittnat eller själva utsatts för våld, tortyr, sexuella eller andra former av övergrepp och kränkningar av de mänskliga rättigheterna (Ekblad, 2009, Silove, 1999). Flykten i sig kan vara traumatisk då personen inte vet ifall smugglaren skall lyckas att föra en till det land man betalat för att komma till, eller ifall man kommer att bli ertappad på vägen. Andra faktorer som kan innebära stora påfrestningar kan vara förlusten av hemlandet, traumatiska upplevelser i såväl hemlandet som under resan samt väntan på uppehållstillstånd. Den psykiska ohälsan hos många av dessa människor är omfattande; PTSD, ängslan, oro, ångest, sömnproblem och mardrömmar, koncentrationssvårigheter etc. är vanligt förekommande (Lennartsson, 2007, Sundquist m.fl. 2002, Wintzer 2005, Öqvist & Mattson, 2004). Många beskriver oförklarliga vredesutbrott och en känsla av att man vill dra sig undan andra människor eftersom man känner sig mycket lättirriterad och rädd för att hamna i konflikter. Ovissheten under utredningstiden i det nya landet gör att det är svårt att engagera sig i någon aktivitet i det nya landet eftersom man inte vet ifall man kommer att få lov att stanna vilket gör att irritationen och rädslan för att hamna i konflikter tenderar att öka. Psykosomatiska symtom är vanliga; värk i leder, rygg, axlar, huvud, sömnproblem, tryck över bröstet, hjärtklappning eller andnöd etc. är ofta anledningen till att den asylsökande inledningsvis söker vård. I en nationell samsyn över invandrades hälsa och den första tiden i Sverige (Integrationsverket, 2004) påpekades att invandrare som grupp, i relation till befolkningen i övrigt, tidigare har exponerats och nu också i Sverige exponeras för ett ökat antal risker att utveckla ohälsa.

Faktorer som påvisats påverka en persons mentala hälsa under fasen före själva migrationen är bl. a en sårbarhet för psykisk ohälsa, ekonomiska förhållanden, social status, utbildning, familjeförhållanden, tidigare mental ohälsa, erfarenhet av våld och/eller tortyr, antal traumatiska upplevelser och tillgången till psykiatrisk vård i hemlandet etc (Loue, 2009). Faktorer som har inverkan under själva migrationen är förhållanden under resan, huruvida denna är laglig eller olaglig, huruvida man utsatts för eller bevittnat våld etc. Vidare har

åldern vid migrationen och ankomsten till det nya landet en viktig roll. Med stigande ålder blir människan mera sårbar och känslig för att bryta upp från sitt hemlands kultur och tradition (Al-Baldawi, 2011). När det gäller faktorer som påverkar den psykiska hälsan under den sista fasen av migrationsprocessen är dessa bl. a. hur man accepteras i det nya landet, likheter mellan det land man kommer ifrån och mottagarlandet, längden på den tid man vistas i landet i väntan på uppehållstillstånd, förhållandena under denna period dvs. huruvida man hänvisas till boende i förvar eller kan bo i samhället, tillgång till familj och annat socialt nätverk, tillgång till vård, framför allt vad gäller den psykiska ohälsan (Loge, 2009). Hur personen upplever och värderar situationen i mottagarlandet samt vilka anpassningsstrategier hon/han har spelar roll (Lazarus & Folkman, 1984). Människan kan lättare uthärda svåra händelser ifall man förstår anledningen till händelsens ursprung och innebörd (Antonovsky, 1991, Allwood & Johnsson, 2009). Hälsan i det nya landet påverkas även av vilken position man hade i hemlandet, hur migrationen gick till och hur man fått det socialt och kulturellt i det nya landet. Hur vi upplever händelser beror på genetiska faktorer, tidigare livshändelser, mentaliseringsförmåga, personlighet samt social och kulturell bakgrund men också hur vi upplever graden av kontroll över händelser i våra liv (Allwood & Johnsson, 2009). Vikten av faktorer efter det att en person anlät till mottagarlandet när det gäller att gynna den mentala hälsan eller fördjupa effekterna av tidigare erfarenheter får allt mer uppmärksamhet.

För människor med en historia av traumatiska händelser, förvärrar stressen som är inneboende i migrationen ofta deras psykiska mående (Al-Baldawi, 2002).

Asylsökande, psykosomatik och PTSD

Aragona m.fl (2010) menar att det finns en korrelation mellan somatisering och post traumatiska symptom. Personer som upplever sig ha somatiska besvär uppgav också att de varit med om traumatiska händelser. I undersökning fann man att personer som upplevt traumatiska händelser var betydligt högre bland de som hade somatiska problem än bland dem som inte hade det och att personer som upplevt post traumatiska symptom uppvisade också mer frekvent och större somatiska problem. Det var oberoende av ålder eller kön. Detta stämmer överens med övrig forskning som visar att enskilda reaktioner på trauma inte är begränsade till de som anges i PTSD diagnosen av DSM-IV-TR, utan omfattar flera områden inom psykopatologi (Herman, 1997, Van der Kolk m.fl. 1996). Posttraumatiska symptom

inkluderar inte bara vanliga PTSD symptom utan även störningar i medvetande och identitet samt somatoforma symptom. Resultat stämmer överens med tidigare forskning i västvärlden, som fann att (a) somatisering är betydligt mer närstående tidigare traumatiska upplevelser, (b) att det fanns en kumulativ effekt av trauma, i den mening att ett större antal traumatiska upplevelser var en ytterligare riskfaktor som ökade sårbarheten för psykopatologi (Herman, 1992, Van der Kolk, 2005). Traumatiska händelser som misshandel, tvingas att skada andra, kidnappning, dödsfall eller bevittna att anhöriga bli misshandlade, våldtagna etc. var de viktigaste relaterade trauman som man kunde se hos de som upplevde somatiska besvär. Studien gjort av Elklit och Christiansen (2009) föreslog att det fanns ett förhållande mellan PTSD och somatisering även i akut trauma, en relation som var påverkad av negativa affekter. Studien visade att en komplex bild inklusive posttraumatiska symptom och somatisering är vanligare även i en icke-västerländsk kultur.

Somatisering bland invandrare, migranter och asylsökande är vanligt förekommande (Tribe, 2002). Undersökningar av sjukvårdsinrättningar i Sverige visar att den psykosomatiska symtombilden är signifikant högre bland människor från andra länder (Eriksson, 1996). Fysisk smärta kan vara mer acceptabel än mental ohälsa, vilken då kommer till uttryck i psykosomatiska symptom, ofta med ospecifika kroppsliga symptom såsom huvudvärk, yrsel och allmän svaghet, fibromyalgiliknande besvär, varierande blodtrycksnivå, menstruationsrubbnings, spänningshuvudvärk, ökad muskelspänning, matsmältningsrubbnings, diabetes etc. (Mann, 2006, Gaines, 1995). Kleinman (1980) pekar på hur olika kulturer och sociala klasser uttrycker obehagliga affekter, såsom depression på olika sätt. För vissa innebär somatisering ett kulturellt speciellt sätt att hantera dessa effekter, dess funktion är att minska eller fullständigt blockera introspektion eller direkt uttryckande. Personerna förnekar oftast känslor av depression eller att de har några personliga problem. Obehagliga affekter uttrycks på icke-psykologiska språk; "Jag har smärta" istället för " jag känner mig deprimerad" (Kleinman, 1980). Våra känslor utgör en viktig länk mellan våra upplevelser och våra kroppsliga reaktioner. Inom stressforskningen har man registrerat dessa samband mellan känslor och hälsa framför allt när det gäller negativa känslor. Oro, ångest, depression och aggressivitet har visat sig öka risken för bl.a. hjärt- och kärlsjukdomar eftersom hjärnan vid dessa känslomässiga tillstånd skickar signaler som påverkar bl. a blodtryck, puls och blodfetter (Lundberg m.fl. 2004).

Många asylsökande söker hjälp för stressrelaterade problem som kommer till uttryck i psykosomatiska besvär såsom värk i leder, rygg, axlar och huvud, spända muskler och trötthet, sömnproblem, koncentrationssvårigheter och tryck över bröstet eller ”ont i hjärtat” och andnöd, diabetes, högt blodtryck (Lennartsson, 2007; Al-Baldawi, 2002).

Studien ”Measuring Trauma and Health” (2002) visade på oförklarade somatiska symtom som förknippades med att många flyktingar sökte behandling för detta. Dessa studier har inte kunnat visa objektiva medicinska bevis för flyktingars upplevelser av somatiska symtom. Förutom somatisk sjuklighet så hade flyktingarna en högre besöksfrekvens av tandvård, de uppvisade näringsmässiga problem och en större infektionskänslighet. Flyktingarna upplevde lättare och tydligare flera stressande händelser som var förknippade med negativa hälsoeffekter. Vidare visade studien att flyktingarna som upplevde oförklarliga somatiska symtom hade ökat sjuklighet, minskad förväntad livslängd och en sårbarhet för medicinska sjukdomar samt dåliga hälsovanor. Det gemensamma för dessa flyktingar var att flertalet upplevt svåra trauman. Slutsatsen blev att flyktingar som upplevt flera svåra traumatiska händelser också hade betydande somatiska och andra hälsoproblem.

Högre grad av känslomässig belastning och upplevelse av bristande kontroll över sin livssituation ökar stresskänsligheten och har visat sig vara den gemensamma faktorn vid somatisering (Lundberg m.fl. 2004).

Sömnstörning är det enskilt vanligaste symtomet hos asylsökande/flyktingar (Johnsson, 2009). Flera studier har enligt Drake m.fl. (2003) påvisat klara samband mellan psykologiskt påfrestande händelser och förekomsten av insomni. Sönnen är central för att människan skall kunna återhämta sig. Bristfällig sömn resulterar i förändrade blodsockernivåer och om den varar under en längre tid innebär detta en ökad risk för diabetes. Sömnbrist och frånvaro av sömn påverkar vår förmåga till tänkande, varseblivning och minne. Det finns en påtaglig risk för utvecklandet av andra symtom och sjukdomar ifall sömnsvårigheterna pågår under en längre period (Lundberg m.fl. 2004). Långvarigt förhöjd stressnivå kan leda till en mängd olika sjukdomstillstånd såsom depression, olika ångestillstånd, akuta hjärt- och kärlsjukdomar, muskel – och ledsjukdomar och infektionssjukdomar etc. Denna typ av stress får också människan att föredra passiva och känslomässiga metoder såsom alkohol, lugnande mediciner, förnekande eller verklighetsflykt som ett sätt att hantera stresspåslaget (Lundberg m.fl. 2004.) Effekterna av en stressande livssituation varierar mycket beroende på den övriga

livssituationen och påfrestningar och ansträngningar behöver inte vara skadliga. God sömn, fysisk aktivitet, regelbundenhet vad gäller mat och sömn, och socialt stöd från omgivningen utgör ett visst stöd mot stress. Det är relationen mellan belastningarna och förmågan att se sammanhang och mening i livet som bestämmer hur man påverkas. När en människa känner sig stressad har det uppstått en obalans mellan belastningarna i livet och personens resurser. Det finns tydliga varningssignaler när en person hamnat i ett permanent kamp- och flykttillstånd såsom sömnrubbingar, olust, rädsla/ångest, minnes- och koncentrationssvårigheter, andningsproblem, hjärtklappning, olika smärttillstånd och problem med magen/tarmarna. Många människor upplever att de vill dra sig undan sociala kontakter och isolera sig vilket är ödesdigert eftersom ett socialt nätverk och känslan av att inte vara ensam kan ge mycket kraft (Johnsson, 2009).

Kunskaper om stressens fysiologiska och psykologiska aspekter är viktiga för förståelsen av invandrades problem och sjukdomar. En anledning till att patologiska mönster upprätthålls är den stressade personens bristande upplevelse av kontroll över situationen. Stress och graden av kontroll hänger mycket nära samman och människor med låg känsla av kontroll producerar mera kortisol med alla dess negativa effekter på hälsan (Conrada m.fl. 2000).

Faktorer som funnits hindra de asylsökandes vilja och förmåga att söka psykologisk hjälp är t.ex. en tro på att problemen kommer att lösa sig av sig själv, brist på information om befintliga resurser samt skam och oro för hur de andra skall reagera på deras hjälpsökande. Vidare har omständigheterna kring migrationen visat sig ha betydelse när det gäller en persons förmåga och villighet att söka och ta emot erbjudna insatser (Loue, 2009).

Trauma är en stark förutsägande variabel för PTSD och andra gemensamma psykiska störningar visade en studie gjord av Silove & Stål (2007). Den gjordes bland vietnamesiska flyktingar, efter 11 år i ett nytt land. Vietnamesiska flyktingar var en viktig fallstudie eftersom gruppen har getts ett stödjande vidarebosättningsprogram i Australien och på andra håll i världen. Nästan alla flyktingar från Vietnam erbjöds permanent bosättning vid ankomsten till det nya landet, möjligheten till familjeåterförening, tillgång till hela matrisen av offentliga tjänster och obegränsad utbildning och sysselsättningsmöjligheter. Trots detta framgår av studien att de mest skadade trauma - stödda personerna, fortsatte att lida och ha pågående psykologiska problem associerade med för migrations trauma. Jämfört med andra etniska grupper, tyder dessa rön att det kan finnas en smärtröskel som bestämmer förloppet i

samband med PTSD. Även om inbördeskriget i Vietnam hade förödande effekter på landet, så blev inte befolkningen utsatta lika mycket av kriget, vissa personer blev mycket hårt traumatiserade och för andra flyktingar begränsades trauman till ett fåtal händelser. Denna olikhet tillät studien att testa effekterna av att bli exponerad på lång sikt. Resultatet visade att när flyktingar är placerade i en stabil tillfrisknings miljö, och det fanns en bra balans mellan de pågående effekterna av tidigare trauman exponering och tidens gång ökade återhämtningsförmågan för psykisk ohälsa och PTSD. Vilken typ av trauma och mängden av trauma personen var utsatt för var dock särskilt relevant för utveckling av PTSD samt tillfrisknandet av PTSD (Silove & Stål, 2006). I en annan långfristig uppföljningsstudie av kambodjaner (liknande studien med vietnameser) hade samma resultat som denna studie av vietnameser som hade fortsatta höga värden av PTSD (Marshall m.fl. 2005). Utbredd och svåra traumatiska upplevelser i kombination med förstörelse av sitt eget sociokulturella samhälle begränsade gruppens förmåga att fullt ut förstå de möjligheter som gavs i det nya landet och kunde då inte må bättre trots gynnsamma möjligheter i de nya länderna som flyktingarna kommer till.

När det gäller stress som den asylsökande kan tänkas ha utsatts för innan han/hon lämnade sitt land återkommer möjliga traumatiska upplevelser i form av våld, bevittnat eller självupplevt. Flertalet undersökningar visar att våld, inklusive tortyr och sexuellt våld, har en tendens att skapa långvarig mental ohälsa och att uppleva flera traumatiska upplevelser kan ha en kumulativ effekt på mental hälsa (McInnes mfl. 1998 Craig, 2002, Steel m.fl., 2004, Silove m.fl. 2006, Tol m.fl. 2007, Ekblad 2009, Bhui m. fl, 2006). Personer med närliggande traumatiska upplevelser har också sämre förutsättningar för att kunna orientera sig i den nya miljön eftersom det är svårt att ta in ny information när minnet är fullt av smärtsamma upplevelser (Hjern, 2006). En dansk studie (Norredam m.fl. 2009) visar att flyktingar lättare blir felbehandlade och får fel diagnos, till exempel psykos som förväxlas med depression. Enligt studien var en av orsakerna till detta att vårdpersonal hade svårt att kommunicera med personer som inte kunde tala danska. Vissa flyktingar fick lättare behandling för psykos om de dessutom sedan tidigare hade behandlats av rehabiliteringscenter för traumatiserade flyktingar. Resultat är i linje med tidigare studier som har tittat på PTSD, bland flyktinggrupper. Studien visade också att flyktingar löpte en högre risk även för psykotiska och affektiva störningar än normalbefolkningen.

Friskfaktorer

Kapacitet att hantera påfrestande situationer kan bero på flera saker bl.a. uppfattningen av att livssituationen i allmänhet är meningsfull vilket är en central dimension som fungerar direkt eller indirekt som förmildrande på effekten av nyanländas stressfaktorer. Det har ett starkt samband med flyktingens upplevelse av hantering och kontroll som har både direkta och indirekta skyddande effekter på psykisk störningar och symtom på posttraumatisk stress (Lindencrona m.fl. 2007). Frisk- och skydds faktorer under asyltiden har funnits vara att inte uppleva tidspillen under asyltiden, en trygg anknytning/god självkänsla och en god mentaliseringsförmåga. Vidare en förtröstan i sin religion, ett socialt nätverk, fysisk aktivitet samt förmågan att föreställa sig en dräglig framtid och en känsla av att vara i stånd att bemästra sin situation (Ekblad, 2009, Seukwa, 2005, Ginsburg & Bäärnhielm, 2010). Vikten av att kunna prata med andra som ett sätt att försöka att må bättre har också visat sig vara en starkt skyddande faktor (Lennartsson, 2007). All tillgänglig forskning visar på att introduktionsperioden är oerhört viktig för hur man som asylsökande klarar sig framöver, oavsett utfallet i asylärendet (Törnell, 2003, Appelqvist, 2004). Anpassningens viktigaste del är att göra den ofta kaotiska migrationen mer begriplig och förståelig samt foga den till sin livsberättelse. På det sättet skapas en känsla av sammanhang, KASAM (Antonovsky, 1991). Kan man göra sitt liv till en helhet, där alla delar har sin självklara och lättfattliga plats, minskar man den inre pressen och kan bättre använda sina krafter till att lösa svårigheter i nuet och planera för framtiden (Johnsson, 2009).

Hypotes

Vårt syfte med studien är att undersöka om asylsökande kvinnors generella psykiska ohälsa och grad av posttraumatisk stress syndrom (PTSD) påverkas av den gruppterapi som heter Kvinnor i Väntan (KIV). Denna terapiform fokuserar på att kvinnorna berättar om livet innan de kom till Sverige, flykten, tiden i Sverige samt framtiden. Utifrån dessa nedslag ska kvinnorna försöka få struktur, förstå, hantera och integrera de händelser de varit med om. Vår hypotes är att deltagandet i gruppterapin bidrar till att minska PTSD och den psykiska ohälsan bland de asylsökande kvinnorna som deltog.

Metod

Procedur

Mätningarna gjordes 1-4 veckor innan gruppverksamheten inleddes och 1-4 veckor efter det att gruppverksamheten avslutats. Avsikten var att undersöka om, och i så fall i vilken mån, det skett förändringar i kvinnornas hälsotillstånd och eventuella PTSD-symtom hos de kvinnor som deltagit i gruppverksamheten. Mätningarna gjordes samtidigt av såväl experimentgrupp som kontrollgrupp, före lottning. Datasamlingen genomfördes med hjälp av samma arabisktalande tolk vid samtliga tillfällen.

Rekryteringen till grupperna har gått till så att vi har frågat alla arabisktalande kvinnor som blev aktuella under en tidsperiod på ca tre månader på Flyktinghälsan om de ville delta i gruppverksamheten KIV och samtidigt vara med i den studie vi höll på med.

De asylsökande kvinnorna har framför allt rekryterats från Flyktinghälsan i Malmö eftersom en av författarna är verksam där. På så sätt har tillgången till informanter underlättats. Närmare bestämt har rekryteringen skett genom affischer i Flyktinghälsans väntrum, genom personliga kontakter med personal på Flyktinghälsan samt via Migrationsverkets underlag för hälsoundersökning. Dessutom har tolk vid något tillfälle tillfrågat kvinnor om deltagande i väntrummet på Flyktinghälsan.

De flesta sökte inte aktivt till gruppverksamheten. Merparten av informanterna fick vi utifrån underlaget från Migrationsverkets hälsoundersökning för samtliga asylsökande (som görs hos Flyktinghälsan). Flera av kvinnorna som svarade att de var intresserade av KIV och gärna deltog i studien hade inte tidigare haft någon kontakt med Flyktinghälsan och var relativt nyanlända till Sverige. Vid tillfället för den första intervjun hade flera av de ännu inte blivit erbjudna någon hälsoundersökning.

Gruppstorleken på sex personer är utifrån forskning en bra gruppstorlek. Vi har även lång erfarenhet av att leda KIV-grupper, och våra erfarenheter som gruppleddare att sex personer är en bra gruppstorlek. Kontrollgruppens storlek har styrts utifrån de förutsättningar vi har haft dvs. frivilligt deltagande i KIV-gruppen och att samtliga är asylsökande. Redan vid det första informationssamtalet informerades kontrollgruppen om att de skulle komma att erbjudas gruppbehandling efter andra mättillfället.

Deltagare

Totalt deltog 22 kvinnor i studien. Sex av dessa kvinnor deltog i gruppverksamheten Kvinnor i Väntan (KIV). Kvinnorna har sitt ursprung i Irak, Jordanien, Syrien, Palestina, Jemen samt Libanon. Samtliga kvinnor från Libanon var statslösa palestinier. Att arabisktalande kvinnor valdes berodde på att när rekryteringen skedde var den arabisktalande gruppen kvinnor störst. Det var stor variation i hur länge kvinnorna varit i Sverige, från en och en halv månad till nio år. Kvinnorna var i åldern 24-69 år. Deras civilstånd och familjesammansättning varierade - ensamstående, gift och änka. Av de 22 kvinnorna som var intresserade av att delta i KIV lottades sex kvinnor slumpmässigt ut till gruppverksamheten. Samtliga kvinnors namn hade skrivits på sex lappar som tolken sedan fick dra. De återstående 16 kvinnorna fördes till kontrollgruppen. De kvinnor som inte blev lottade till gruppverksamheten KIV fick ett brev översatt och hemskickat till sig på arabiska av den tolk som sedan deltog i KIV-gruppen. I brevet meddelades kvinnorna att de inte kommit med i den första KIV-gruppen, men att de skulle bli kontaktade igen och att en ytterligare intervju skulle göra om ca tre månader och informationen upprepades om att de då skulle erbjudas deltagande i en andra grupp.

Material

GHQ -28, General Health Questionnaire

GHQ-28 (Goldberg & Hiller, 1988) är ett av de vanligaste mätinstrumenten när det gäller att mäta mental ohälsa. Det används bl.a. för att upptäcka psykisk sjukdom/ohälsa på t.ex. vårdcentraler och icke-psykiatriska kliniker. Det skiljer ut personens aktuella tillstånd (den senaste månaden) från hur personen brukar må och är därför känslig för kortvarig psykiatrisk ohälsa men inte så användbar när det gäller en längre tids upplevd ohälsa.

Testet består av 28 påståenden relaterade till aspekter av mental ohälsa. Påståendena har delats in i fyra underskalor: somatiska symtom, ångest och sömnstörningar, social dysfunktion samt allvarlig depression. Varje underskala innehåller sju frågor med tillhörande fyragradig svarsskala: *absolut inte, det tror jag inte/samma som vanligt/inte mer än vanligt, sämre än vanligt/något mer än vanligt/det har föresvävat mig samt mycket mer än vanligt/ja, absolut/mycket mindre än vanligt.*

Exempel på påståenden: *Har du på den senaste tiden ibland tyckt att du inte kan göra någonting för att du är "dålig i nerverna"* (inte alls/inte oftare än vanligt/något oftare än vanligt/mycket oftare än vanligt) eller *Har du på den senaste tiden tyckt att tanken på att ta livet av dig återkommit i dina tankar?* (absolut inte/det tror jag inte/det har föresvävat mig/ja, absolut). Cronbach's alpha för förmätningen var hela skalan 0.93, Somatiska problem 0.86, Ångest och sömnproblem 0.77, Social dysfunktion 0.84, Depression 0.72 och för eftermätningen Hela skalan 0.98, Somatiska problem 0.92, Ångest och sömnproblem 0.95, Social dysfunktion 0.95 och Depression 0.82.

IES – 22 Impact of Event Scale

IES-22 (Horowitz, m.fl. 1979) är ett självskattningsformulär för att mäta graden av posttraumatiskt stressymtom. Den används för att mäta den subjektiva reaktionen på en traumatisk händelse och används framför allt inom psykiatrin eller andra instanser som kommer in kontakt med personer som varit utsatta för traumatiska händelser. Testet återger hur personen själv beskriver hur den mått den senaste månaden

Testet består av 22 påståenden om tankar och känslor som kan förekomma när personen upplevt en katastrofsituation eller varit med om ett överhängande hot. Svartalternativen består av en fyrgradig Likertskala där 1 =*inte alls* 2=*sällan* 3=*ibland* och 4=*ofta*.

Exempel på påståenden är *Jag har försökt att låta bli att bli upprörd när jag har kommit att tänka på det som har hänt eller blivit påmind om det* eller *Jag har svårt att sova eller sover oroligt*. Poängen bearbetas dels i en totalskala dels i två delskalor (återupplevande respektive undvikande). Symtom på återupplevande kan t.ex. innefatta återkommande och påträngande stressande minnen av den traumatiska händelsen, drömmar eller mardrömmar om traumat. Symtomet på undvikande kan vara försök att undvika tankar, känslor eller konversationer relaterade till traumat, känslor av främlingskap i relation till andra människor. Cronbach's alpha för hela skalan var 0.45, Återupplevande 0.57, Undvikande 0.43 och för eftermätningen hela skalan 0.86, Återupplevande 0.82 och Undvikande 0.27.

Gruppbehandling KIV

Sex kvinnor ingick i gruppen. Gruppen träffades i BIV/S lokalerna i Malmö där det även fanns en anställd som talar arabiska, vilket underlättade om kvinnorna kom tidigare till gruppträffarna. De kunde sitta ner och vänta tills gruppen började och erbjöds under tiden kaffe eller te. Gruppverksamheten omfattar tio gruppstillfällen á två timmar under fem veckor, dvs. två gruppstillfällen per vecka.

Innehållet i KIV gruppbehandlingen

Första träffen: Introduktion

Under första gruppträffensamlingen förmedlades tanken ”Du är inte ensam”. Deltagarna lärde känna varandra och reglerna sattes upp för de fortsatta gruppträffarna. Exempel på regler kunde vara att ha mobilen avstängd, att respektera varandra, sekretess inom gruppen etc. (Om sekretessregeln inte togs upp av kvinnorna tog gruppledarna själva upp den). Under det första gruppstillfället fick kvinnorna intervjua varandra genom att använda färdigtryckta intervjufrågor som var översatta till arabiska. Kvinnorna berättade sedan om varandras svar i helgrupp. De målade även ett självporträtt och berättade om sig själva utifrån detta. Kvinnorna lärde sig namnet på varandra genom pedagogiska övningar. I denna grupp valdes namn och djur och leken innebar att man skulle tänka på ett djur som man hade något förhållande till. Känslan för djuret kunde vara ex. rädsla, glädje, skräck. För att försvåra det hela så måste djuret börja på samma bokstav som det egna namnet. En person började med att säga namnet på sitt djur och sitt eget namn, sedan fortsatte nästa med att säga föregående persons djur och namn och sedan sitt eget. Detta fortsatte sedan tills alla i gruppen sagt djur och namn. Vid introduktionen deltog även gruppledarna samt tolk med att berätta om sig själva och deltog i övningarna. Syftet var att normalisera och skapa förebilder och en känsla av närhet i gruppen mellan alla gruppdeltagare och gruppledarna. Den ritual som sedan kom att inleda varje gruppstillfälle framöver introducerades. Ritualen kallades ”Rundan” och innebar att samtliga, kvinnorna, gruppledarna och tolken berättade för varandra något bra/positivt och något mindre bra/negativt som hänt sedan gruppen sågs senast. Syftet med rundan var att stimulera kvinnornas förmåga att hitta det positiva som händer/hände ? i deras vardag och träna dem att känna gradskillnader i sina känslor, om än små sådana. Rundan var även ett sätt att försöka att hålla gruppen levande hos kvinnorna mellan gruppstillfällena.

Gruppledarna introducerade även en avslutningsritual som i denna grupp var en form av massage som kallades ”Sol, måne och regn”. Övningen gick ut på att kvinnorna stod i en ring, fattade varandras händer och gjorde ringen mycket liten. Sedan släppte de varandras händer och vände sig till höger så att alla hade en rygg framför sig. En av gruppledarna berättade sedan en saga som ritades/masserades på kvinnan framför. När sagan var slut så vände sig alla mot varandra igen och sa ”hej då”. Ritualerna var till för att kvinnorna skulle veta vilka ramar som gällde och för att skapa struktur och trygghet.

Andra träffen: Barndomen/tonår/giftermål/föräldraskap

Gruppledarna hälsade kvinnorna välkomna, sedan introducerade gruppledarna en ny namnlek. Denna gång stod gruppen upp i ring. Övningen gick ut på att göra en rörelse och samtidigt säga ”jag heter Helene” och då svarade gruppen med att härma rörelsen och samtidigt säga ”Hej Helene”. De pedagogiska lekarna syftade till att få kvinnorna att lära sig namnen men framför allt att koncentrera sig på något annat än sin situation och träna sig att stå i centrum. Gruppen gjorde sedan ”rundan” (se tidigare förklaring). Vid andra grupptillfället introduceras Livslinjen. Kvinnorna fick förhålla sig till de fem temana barndom/tonår/giftermål/föräldraskap, flykten till Sverige, nuvarande situation och framtiden och försöka att åskådliggöra dessa på ”sin” Livslinje som man skrev. Kvinnorna fick ganska god tid på sig men de visste också att livslinjen skulle kunna ”fyllas på” efter hand eftersom gruppledarna visste att nya minnen ofta aktiverades när kvinnorna började tala om sina livshistorier. Också tolken och gruppledarna gjorde sina Livslinjer. Därefter började samtalet kring det första nedslaget/ temat barndom/tonår/giftermål/föräldraskap. Sedan frågade gruppledarna om någon ville börja. Kvinnan som började berätta om sin barndom både det som varit bra och det som hon upplevt varit svårt under hennes barndom. Kvinnorna berättade utan att bli avbrutna, när de kände sig klara släpptes gruppen sedan in för frågor. Sedan fortsatte personen som satt bredvid att berätta om sin barndom. När det återstår ca fem min bröt gruppledarna samtalen och avslutar med ritualen ”sol, vind och regn”

Tredje träffen: Barndomen/tonår/giftermål/föräldraskap

Gruppen inleds med ”Rundan” för att sedan fortsätta med temat barndom/ tonår/ giftermål/ föräldraskap. För att inte sitta still och för att det inte ska bli för tungt att lyssna på varandra så bryter gruppledarna av med olika pedagogiska övningar eller samarbetsövningar. Gruppen avslutas med övningen ”sol, måne och regn”

Fjärde träffen: Flykten till Sverige

Gruppen inleddes med ”Rundan” för att sedan börja med det nya temat ”Flykten till Sverige”. Under samtliga tillfällen lämnar och samlar gruppledarna in den skriftliga papper med Livslinjen som deltagarna skrev om temana som stöd i sitt berättande under första träffen. Tanken med detta tema var bl.a. att kvinnorna skulle ges möjlighet att spegla sig i varandras historier och uppleva att de inte är ensamma om att ha upplevt många svåra saker. Ges möjlighet att sätta ord på sin historia och dela upplevelser med andra.

Femte träffen: Flykten till Sverige

Se under fjärde träffen. Tanken var att kvinnorna skulle kunna känna igen sig i strukturen så alla träffarna var uppbyggda på samma sätt förutom den första och den sista

Sjätte träffen: Utflykt

Syftet med att göra en utflykt var dels att stärka sammanhållningen i gruppen, dels att ge kvinnorna möjlighet att göra något som de inte tidigare gjort i Sverige. Gruppledarna ville också öka motivationen för kvinnorna att fortsätta delta i gruppverksamheten. Målet var bl.a. att kvinnorna skulle känna glädje och delaktighet eftersom gruppledarna i möjligaste mån ville försöka att tillgodose deras önskemål om målet för utflykten. Gruppen valde att åka till Helsingborg. Gruppledarna tog ett gemensamt tåg och sedan buss ut till Sofiero där kvinnorna hade önskningsar att se ett svenskt slott. Gruppen blev guidade runt av personal från slottet och i trädgården. Sedan besöktes restaurang och en speciell glassbar, Diskussionerna vad kvinnorna skulle göra på aktivitetsgången skedde under fikapausen som alltid var i mitten av grupptillfället på ca 15 min.

Sjunde träffen: Nuvarande situation i Sverige

Gruppen inleder som vanligt med ”Rundan” för att sedan fortsätta uttrycka sina tankar om hur livet i Sverige var för dem. Avslut med ritualen ”Sol, måne och regn”.

Åttonde träffen: Nuvarande situation i Sverige

Gruppen inleddes som med ”rundan” för att sedan fortsätta uttrycka sina tankar om hur livet i Sverige var för dem. Avslut med ritualen ”Sol, måne och regn.

Nionde träffen: Framtiden

Gruppen inleddes på samma sätt som tidigare. Under detta tema pratade gruppen om önsknings inför framtiden. Det finns en läkningsförmåga i att få uttrycka och våga prata om framtiden vilket många kvinnor inte vågar eftersom livet för dem handlade så mycket om här och nu. Avslut med ritualen ”Sol, måne och regn”

Tionde träffen: Framtiden/avslut

Under den sista gruppsessionen avslutades Livslinjen för samtliga kvinnor. Sedan plockades den gemensamma maten fram tillsammans. Kvinnorna hade innan sista träffen planerat gemensamt vad de ville bjuda på från sina hemländer. Gruppledarna själva var delaktiga genom att själva ta med sig mat. Även när det gällde avslutningsgången var det viktigt att samtliga kvinnor kände sig delaktiga. Här fanns önskan att förmedla att allt har ett slut men att det kan sluta på ett bra sätt. I mitten bröt gruppledarna matstunden för att dela ut diplom och en mindre gåva. Gåvan bestod av foto från den gemensamma utflykten

Resultat

Beskrivning av deltagarna i studien

Totalt deltog 22 kvinnor i studien. Av dessa lottades sex slumpmässigt ut till att delta i gruppverksamheten. De återstående 16 kvinnorna fördes till kontrollgruppen som erbjöds gruppbehandling efter det andra mättillfället.

Analysen av GHQ-28 visade att vid mättillfället före gruppbehandlingen uppvisade samtliga kvinnor ett resultat som tyder på hög psykologisk/psykosomatisk sjuklighet, varav tolv kvinnor hade mer än 20 poäng. Efter gruppbehandlingen hade nio kvinnor poäng motsvarande god hälsa medan resterande elva kvinnor fortfarande hade höga poäng, sex kvinnor hade fortfarande mer än 20 poäng. Värdet > 5 tyder på psykologisk eller psykosomatisk sjuklighet.

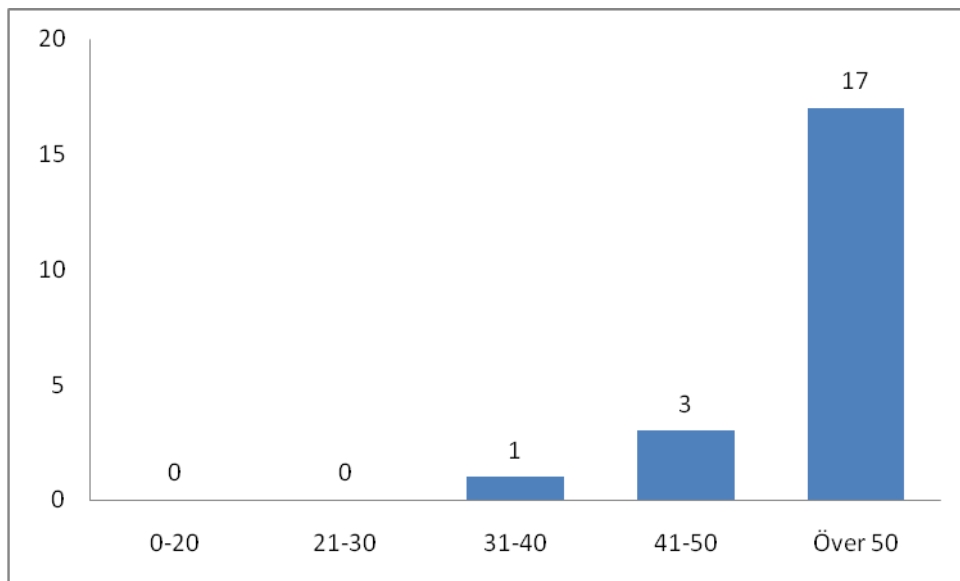
För att undersöka frekvensen av PTSD hos kvinnor i den undersökta terapigruppen Kvinnor i Väntan (KIV) jämfördes poängen med de normer som satts upp för testet avseende olika kategorier av förmodad sjuklighet. På IES-22 finns det endast 15 normering för de första

påståendena (IES-15). Normeringsskalan rekommenderar de gränsvärden som beskrivs nedan. Anledningen till normeringen för de 15 första påståendena är att den ursprungliga versionen av IES bara bestod av 15 påståenden. De angivna poängen är beroende av traumatiseringens svårighetsgrad. Gruppindelningen enligt gränsvärdena kan ses i figur 1. I den första mätningen hade kvinnorna som har en poäng på 20 eller mindre placeras i grupp 1, vilket rör sig om 0 stycken. Denna grupp klassificeras som utsatta för ett mindre trauma med en normal eller lätt reaktion och individerna inom denna var väl förberedda inför händelsen. Grupp två har en poäng mellan 21-30 poäng och det rör sig om 0 kvinnor. I denna grupp har kvinnorna en måttlig reaktion och de drabbade bör följas upp. I grupp tre så hamnade 1 kvinna. Denna har en poäng mellan 31-40. Reaktionen i denna grupp beskrivs som traumatisk med viss sannolikhet för att utveckla PTSD. Grupp 4 har en poäng mellan 41-50 och det rör sig om 3 kvinnor. För dessa kvinnor som befinner sig inom denna grupp klassas stressreaktionen som svår med hög sannolikhet för att utveckla PTSD och individerna har behov av behandling. Den sista gruppen fem har 50 poäng eller mer. Individerna som hamnar i denna grupp bör undersökas med strukturerade intervjuer, följas upp och få tillgång till specialistvård (Michel m.fl. 2001). Här hamnade 17 kvinnor. Enligt IES -15 klassificering av gränsvärden pekar resultatet på att samtliga kvinnor i vår undersökning bör undersökas och få tillgång till vård för behandling av PTSD.

I den andra mätningen befann sig kvinnorna på poängen 0-20 = 0 kvinnor, 21-30 0 1 kvinna, 31-40 = 2 kvinnor, 41-50 = 4 50 –över = 15 kvinnor. Det är en måttlig förbättring dock bör samtliga kvinnor fortfarande följas upp eller erbjudas behandling.

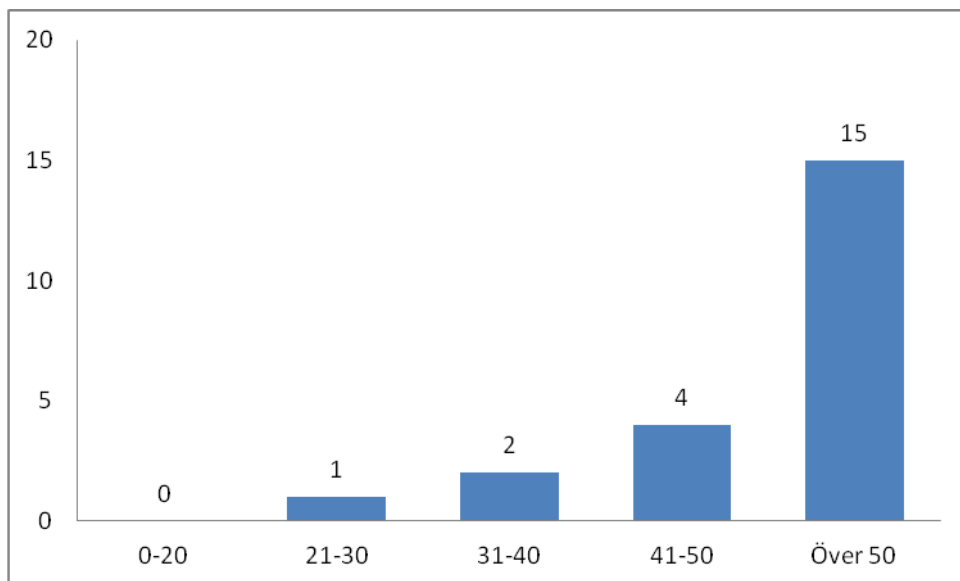
Figur I.

Antal kvinnor inom olika kategorier enligt IES – 15 första mätning.



Figur II.

Antal kvinnor inom olika kategorier enligt IES-15 eftermätning



Tabell I. Inomgruppsanalyser

Grupp	M ± SD före	M ± SD efter	p
Samtliga			
GHQ total	48,0±15,9	35,4±24,0	0,030
GHQ somatiskt	13,2±5,0	10,4±6,2	0,061
GHQ ångest	14,3±4,4	11,4±6,7	0,130
GHQ depression	8,5±1,0	6,3±1,8	0,112
GHQ social	12,0±4,7	7,3±7,2	0,008
IES -22 totalt	87,1±8,9	77,8±19,4	0,053
IES-22 återupplevande	29,6±4,6	24,3±8,6	0,012
IES-22 undvikande	29,9±6,7	30,0±5,1	0,667
Experimentgruppen			
GHQ total	58,2±15,1	36,2±21,5	0,075
GHQ somatiskt	15,8±5,9	11,2 ±5,4	0,058
GHQ ångest	16,8±4,8	11,8± 5,2	0,092
GHQ depression	11,3± 4,0	6,7 ± 5,4	0,170
GHQ social	14,2±3,3	6,5 ±6,7	0,040
IES -22 totalt	89,8±8,9	83,7±12,2	0,290
IES-22 återupplevande	38,0±4,0	26,1±4,9	0,042
IES-22 undvikande	30,3±10,3	31,7±5,6	0,786
Kontrollgruppen			
GHQ total	44,0 ±14,7	35,1 ±25,7	0,220
GHQ somatiskt	12,1 ±4,4	10,1 ±6,6	0,284
GHQ ångest	1,3 ±4,0	11,3 ±7,4	0,450
GHQ depression	7,3 ±4,0	6,1 ±4,7	0,393
GHQ social	11,1 ±5,0	7,7 ±7,6	0,095
IES -22 totalt	86,1 ± 9,0	75,4 ±21,5	0,118
IES-22 återupplevande	29,1 ±4,7	23,6 ±9,8	0,063
IES-22 undvikande	29,7 ±5,0	29,4 ±4,9	0,710

Tabell II, Mellangrupsanalyser

	Experimentgruppen		Kontrollgruppen		P före	P efter
	M \pm SD före	M \pm SD efter	M \pm SD före	M \pm SD efter		
GHQ total	58,2 \pm 15,1	36,2 \pm 21,5	44,0 \pm 14,7	35,1 \pm 25,7	0,029	0,733
GHQ somatiskt	15,8 \pm 5,9	11,2 \pm 5,4	12,1 \pm 4,4	10,1 \pm 6,6	0,154	0,677
GHQ ångest	16,8 \pm 4,8	11,8 \pm 5,2	1,3 \pm 4,0	11,3 \pm 7,4	0,080	0,733
GHQ depression	11,3 \pm 4,0	6,7 \pm 5,4	7,3 \pm 4,0	6,1 \pm 4,7	0,036	0,910
GHQ socialt	14,2 \pm 3,3	6,5 \pm 6,7	11,1 \pm 5,0	7,7 \pm 7,6	0,178	0,970
IES -22 totalt	89,8 \pm 8,9	83,7 \pm 12,2	86,1 \pm 9,0	75,4 \pm 21,5	0,622	0,569
IES-22 återupplevande	38,0 \pm 4,0	26,1 \pm 4,9	29,1 \pm 4,7	23,6 \pm 9,8	0,340	0,733
IES-22 undvikande	30,3 \pm 10,3	31,7 \pm 5,6	29,7 \pm 5,0	29,4 \pm 4,9	0,340	0,381

Inomgruppsanalyser

På grund av det låga antalet deltagare i studien gjordes icke-parametriska beräkningar för att undersöka skillnader inom- och mellan grupperna. För att undersöka skillnader inom grupperna användes Wilcoxon Signed Rank Test.

Resultaten av denna beräkning för hela gruppen (kontroll- och experimentgrupp) före och efter behandlingen, visade en signifikant minskning avseende hela skalan på GHQ, underskalan social dysfunktion på GHQ samt PTSD-dimensionen återupplevande.

Vid analysen av experimentgruppen så visade den att gruppen skiljde sig signifikant åt avseende underskalan social dysfunktion på GHQ samt PTSD-dimensions återupplevande mellan mätillfällena. Dessa två parametrar hade minskats för experimentgruppen efter behandlingen.

Inga skillnader mellan för- och eftermätning uppmättes i kontrollgruppen.

Mellangruppanalyser

För att undersöka skillnader mellan grupperna används Mann Whitney U-test. Resultatet av denna beräkning visade att experiment- och kontrollgruppen skiljde sig signifikant åt avseende hela skalan på GHQ samt underskalan depression på GHQ före behandlingen. Före behandlingen hade experimentgruppen högre värden vad gäller hela skalan på GHQ samt underskalan depression på GHQ jämfört med kontrollgruppen. Inga skillnader uppmättes efter behandlingen.

Diskussion

Vi har med den här studien undersökt hypotesen att gruppverksamheten Kvinnor i Väntan(KIV) hjälper asylsökande kvinnor till ett bättre psykiskt mående och välbefinnande samt påverkar symtom för PTSD på ett positivt sätt. För att kunna undersöka ovanstående har vi i vår studie använt mätinstrumenten GHQ-28 när det gäller psykisk ohälsa samt IES- 22 vad gäller PTSD. Vi har totalt screenat 22 kvinnor och av dessa valdes sex kvinnor slumpmässigt ut för att ingå i gruppverksamheten, KIV. Kvinnorna träffades under tio sessioner á två timmar per gång och kvinnorna delade då med sig av sina historier från barndom till tankar om framtiden. Nedslagen var fyra av gruppledarna på förhand bestämda; barndom/ /tonår/giftermål/föräldraskap, flykten till Sverige, nuvarande situation i Sverige samt framtiden.

Vår hypotes var att experimentgruppen skulle minska sina poäng på de båda testerna signifikant över terapitiden medan kontrollgruppen skulle ha intakta poäng. Vi antog att experiment- och kontrollgruppen inte skulle skilja sig åt före behandlingen men att experimentgruppen efter behandlingen skulle ha signifikant lägre poäng. Resultaten gav inte något stöd åt hypotesen. Analysen visade att hela gruppen (kontroll- och experimentgrupp) signifikant hade minskat poäng avseende hela skalan på GHQ, underskalan social dysfunktion på GHQ samt PTSD dimensionen återupplevande. Vid analysen av experimentgruppen framkom att gruppen signifikant hade minskat avseende underskalan social dysfunktion på GHQ samt PTSD - dimensionen återupplevande. Inga skillnader mellan för- och eftermätning uppmättes i kontrollgruppen.

Beträffande mellangrupsanalysen visade mätningen att experimentgruppen hade högre värden än kontrollgruppen för hela skalan på GHQ samt underskalan depression på GHQ före behandlingen. Inga signifikanta skillnader kunde mätas mellan grupperna efter behandlingen.

Studiens resultat visade dock på mycket höga värden både vad gäller psykisk ohälsa och PTSD hos kvinnorna. Resultaten från mätningar av normvärdet på analysen av GHQ-28 visade på en hög grad av psykisk ohälsa hos kvinnorna. Utifrån normvärdet avseende olika kategorier av förmodad sjuklighet som satts upp för IES – 22 visade kvinnorna över lag ett mycket dåligt mående med behov av specialistvård. Framför allt när det gällde PTSD så

visade resultatet på att samtliga kvinnor, även efter behandling, fortfarande hade mycket höga värden som indikerar på att behandling bör erbjuds enligt de gränsvärden för IES-15.

Vår studie är inte etiskt granskad. De höga värdena när det gäller psykisk ohälsa och PTSD väcker frågan om vilken vård och behandling kvinnorna i vår studie erbjuds då deras psykiska ohälsa och symtom på PTSD är fortsatt mycket hög efter avslutad gruppbehandling. Som asylsökande har man, som tidigare nämnts, endast rätt till akut sjukvård eller vård som inte kan anstå, en formulering som lämnar utrymme åt olika vårdgivares tolkningar. Det är svårt att erhålla psykoterapeutiska behandlingar som asylsökande inom ramen för ”vård som inte kan anstå”. Många hänvisas till akutpsykiatriska kliniker där de i huvudsak erhåller medicinsk behandling eventuellt i kombination med en kortare tids inläggning tills de akuta symtomen tonats ned.

I litteraturen har det framkommit olika synsätt vad gäller asylsökandes möjligheter att tillgodogöra sig någon form av behandling under asyltiden och tidigare forskning framför olika synpunkter vad gäller detta. Herman (1992) och Mjönes och Marqvardsen (2005) föreslår att behandling av personer med PTSD kan påbörjas först när grundläggande behov och en trygg upplevelse av världen är uppnådd (Drozdek & Bolwe, 2010). Herman menar att den asylsökande bör ha uppnått någon form av flyktingstatus som garanterar en betydande trygghet för att därefter kunna tillgodogöra sig behandling och utgår ifrån att man som asylsökande inte, under asyltiden, kan behandlas för psykologiska problem relaterade till traumatiska händelser i det förflutna (Herman, 1992). Andra såsom Bremner, Soutwick, Darnell och Charney, (1996) samt Solomon och Benbenishty, (1986) förespråkar ett omedelbart tillhandahållande av behandling för asylsökande som upplevt traumaliknande upplevelser. Drozdek & Bolwerk (2010) menar att traumatiserade asylsökande kan behandlas för posttraumatiska skador oavsett legal status. Man hänvisar till studier gjorda i Nederländerna avseende behandling av traumatiserade fångar från koncentrationsläger i Bosnien som sökt asyl i Nederländerna. Resultatet från dessa visade att tidiga insatser hade långvariga effekter när det gällde att minska lidandet av PTSD - symtom.

Det är viktigt att här väga för- och nackdelar mot varandra, det verkar sannolikt att trygga omständigheter verkar för att en människa bättre kan tillgodogöra sig behandling, samtidigt som man vet att chansen att tillfriskna från PTSD ökar beroende av hur snabbt efter den traumatiska händelsen som en person erbjuds vård (Rydén & Wallroth, 2008). Det finns

starka bevis för att desto längre PTSD-symtom kvarstår desto svårare är möjligheterna till återhämtning (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995). I vår studie deltog kvinnor som varit i Sverige som asylsökande upp till sex år. Utifrån resultatet av vår studie kan vi konstatera att den psykiska ohälsan och sannolikheten för PTSD är mycket hög. Vår studie är liten men detta har samtidigt möjliggjort att vi fått mycket kunskaper om kvinnorna. Utifrån vår kliniska bedömning tycks vi dock kunna se att desto längre kvinnorna i studien varit i Sverige, desto sämre psykiskt mående. Därför är tidiga insatser under asyltiden mycket viktiga. Också Socialstyrelsen har under våren 2012 uppmärksammat de asylsökandes dåliga psykiska mående och har tillsatt en utredning (Socialstyrelsen, 2012).

Andra faktorer kan ha påverkat resultatet av vår studie; behandlingens längd, språkliga och kulturella aspekter samt mätinstrumentet GHQ-28 som mäter psykisk ohälsa under en mycket kort tid, etc. Det kan också finnas en risk att kvinnorna skattade för högt utifrån en förhoppning om att detta skulle innebära något positivt för dem i deras asylärende.

Gruppverksamheten, KIV består av tio sammanträffande á två timmar. Med tanke på kvinnornas problematik och varaktigheten av deras psykiska ohälsa, kan en del av resultatet tänkas bero på att behandlingen pågick under alltför kort tid för att några djupare förändringar skulle kunna komma till stånd. Under den här behandlingen hade vi dessutom komprimerat antalet tillfällen så att vi under de flesta veckor träffades två gånger i veckan. Detta gjorde att den totala behandlingstiden var ca sju veckor. Akinsulure-Smith (2011) föreslog efter sin studie av en gruppverksamhet som vände sig mot asylsökande personer i USA att denna skulle förlängas från sju till 20 veckor. Även om personerna som ingick i studien rapporterade om minskad social stress och symtomreduktion efter avslutad gruppbehandling föreslog författaren en längre tids behandling för att garantera att förändringarna blev bestående. En annan gruppterapi ”Den Bosch model ”som utvecklades av Meichembbaum, 1994 kombinerade psykodynamisk, kognitiv och stödgrupps behandling. Den var designad för att arbeta med asylsökande och flyktingar för att bearbeta deras trauma. Gruppterapin pågick två dagar i veckan och varade 90 min. Dessutom arbetade patienten tre dagar i veckan med andra uttrycksätt som bildterapi, musikterapi och kroppsterapi. Behandlingen pågick i ca ett år.(Drozdek & Bolwerk 2010) Detta kan vara en viktig faktor när det gäller resultatet i vår undersökning eftersom KIV-gruppverksamheten endast varade under sju veckor, då vi under några veckor sammanträffade två ggr/vecka. En ytterligare anledning till resultaten kan vara att sju kvinnor i kontrollgruppen erhållit uppehållstillstånd under perioden och att detta

minskade graden av symptom. En reflektion utifrån detta är att kvinnornas tankar kanske var så fyllda av att ha erhållit uppehållstillstånd att de inte upplevde någon ansträngning att hålla tillbaka negativa tankar. En kvinna i kontrollgruppen fick under perioden ett utvisningsbeslut, en annan upplevde ett sent missfall. Också i experimentgruppen fick en kvinna ett avslag på sin asylansökan under behandlingens gång. Trots vissa förbättringar var resultaten för både PTSD och psykisk ohälsa vid det andra mättillfället så höga att flertalet kvinnor var i behov av fortsatt behandling.

Alla kvinnorna i studien, både i kontrollgruppen och i experimentgruppen uppvisade mycket höga värden utifrån PTSD. Enligt normeringen på IES-15-skalan menar man att om personer ligger över 50 poäng så behöver han/hon undersökas med strukturerade intervjuer och följas upp med specialistvård. I den första mätningen av vår studie var det 17 kvinnor (både kontrollgruppen och experimentgruppen) som låg i spannen över 50 poäng och i den andra mätningen så var det 15 kvinnor som låg i detta intervall. Resultatet visade att kvinnorna som deltog i studien hade mycket höga siffror som indikerade på kraftig PTSD. Vi som gruppleddare kunde i experimentgruppen se att kvinnorna inte mådde bra men självfallet så funderade vi mycket på varför siffrorna var så höga och att de inte sjönk så mycket efter behandling. I experimentgruppen så var det lika många av kvinnorna där PTSD steg efter gruppomgång som det var kvinnor där siffrorna sjönk. Vi kan möjligtvis hitta några förklaringar till detta resultat utifrån det kvinnorna berättade, innan screeningen skulle göras. En kvinna fick ett utvisningsbesked precis när KIV-gruppen avslutats. En annan hade precis före screeningen varit på intervju på Migrationsverket och hennes ärende inte skulle få ett positivt besked. En tredje kvinna var mycket arg på gruppleddarna dels för att hon upplevt sig missförstådd av resten av gruppen/gruppleddarna dels för att hon ville att gruppen skulle fortsätta. Resterande kvinnor uppvisade en svag förbättring, men enligt normskalan behövde samtliga fortsatt vård. Kan dessa resultat även bero på andra faktorer? Kring m.fl.(2010) menar att tillförlitligheten och giltigheten i olika former av psykologisk bedömning har ifrågasatts när det gäller mätinstrument. Detta grundar sig på att de olika testerna oftast har utformats av och för den vita västerländska kulturen i Europa och USA och inte behöver vara tillförlitliga och giltiga för en annan kultur eller etnisk grupp. Alla kvinnorna i vår undersökning härstammade från Mellanöstern och deras synsätt när det gäller bl.a. synen på psykisk sjukdom kanske inte är densamma som i Sverige. Har de tolkat och förstått frågorna korrekt? Det vet vi inte, men vi kan anta att språkliga skillnader och/eller religiösa skillnader

hade betydelse för utfallet av testningen. Det som var tydligt för oss i screeningen var att religion hade stor inverkan på kvinnornas sätt att prata om att inte vilja leva längre. Frågor som ”*Har du på den senaste tiden tyckt att tanken på att ta livet av dig återkommit i dina tankar*” eller ”*Har du på den senaste tiden tänkt på möjligheten att göra av med dig själv*” besvarades så gott som genomgående av kvinnorna med svarsalternativet ”*inte alls*”, trots att de på frågan ”*Har du på den senaste tiden kommit på dig själv med att önska att du vore död*” besvarades med svarsalternativet ”*Mycket mer än vanligt*”. Lopes (1994) menar att testresultat bör utgå från kulturella och etniska frågor så att personen verkligen förstår frågorna i testsituationen. Det är inget vi har kunnat mäta, men vi har funderat på detta utifrån testresultatet.

Kultur påverkar den mentala hälsan genom att definiera vad som är normalt och vad som är onormalt. Experimentgruppen kunde vara rörande överens om vissa beteenden som t.ex. gråt - hur/när/vem som får gråta vilket innebar att gruppledarna gick in och förmedlade hur de själva såg på gråt. Hur tolkade kvinnorna orden i screeningen? Vissa tillstånd benämns i vissa kulturer men finns kanske inte i någon direkt översättning. Överfört till vår undersökning handlar det om svårigheter att tolka begrepp från svenska till arabiska och omvänt. En tänkbar konsekvens av dessa svårigheter är att kvinnorna inte förstod eller tolkade frågorna utifrån sina olika kulturella kontexter baserade på olika varianter av det arabiska språket (kvinnorna kom från olika länder i mellanöstern t.ex. Syrien, Libanon, Irak). Det är också möjligt att frågorna i screeningen inte har någon likvärdig term i arabiska för motsvarande västerländska symtom som de formuleras på svenska (Craig 2010). En annan kulturell aspekt utifrån resultatet är att kvinnorna i både experimentgruppen och kontrollgruppen kom från olika samhällsklasser vilket kan kopplas till Loue (2009) och Mann (2006) som menar att hur känslor tolkas, förmedlas och uttrycks beror på vilken kultur och samhällsklass man kommer från. Tolkade alla 22 kvinnorna i undersökningen frågorna på samma sätt? Det är en viktig fråga som bör ställas även om det faller utanför ramen i denna undersökning att besvara den. Detta är några kulturella aspekter som eventuellt kan ha påverkat screeningsresultatet. Vi kan inte ge några svar på dessa frågor men vi är övertygade om att den kulturella kontexten är en viktig aspekt att ta hänsyn till när man screenar personer för olika sjukdomstillstånd.

Har tolken och/eller tolkningen haft någon betydelse för utfallet i vår studie? Stora krav ställs som tidigare nämnts på tolken när det gäller studier där deltagarna talar andra språk. Utöver att de mätinstrument vi använt är utformade utifrån västerländska normer och förhållanden,

skall de översättas och förmedlas av en person som trots gedigen tolkningserfarenhet, inte har några kunskaper om psykologiska screeningmetoder eller om psykologiska begrepp som används i dessa. Motsvarande begrepp kanske inte förekommer i det andra språket. Först skall tolken alltså förstå, tolka och översätta dessa begrepp därefter skall den tillfrågade förstå och tolka dem utifrån sin kulturella referensram. Risken för små och/eller större missuppfattningar är inte obetydlig. När vi ställde frågorna till kvinnorna utifrån GHQ-28 och IES-22 upplevde vi att många kvinnor tyckte frågorna var svåra att förstå, och frågade om vid flertalet gånger. Det kan självklart diskuteras om vi tolkade deras sätt att fråga eller svara rätt? För som forskningen visar så har frågor och svar betydelse i hur de tolkas, hur de förmedlas, på vilken kultur och samhällsklass man kommer ifrån. Även uttryck för och kommunikation av psykisk ohälsa varierar mellan olika kulturer. Innebörden i begreppet psykisk ohälsa påverkas således av de historiska, samhälleliga och sociokulturella sammanhang inom vilket det tillämpas. Detta tillsammans med språkliga skillnader, gör det svårare att diagnostisera mental ohälsa hos människor från andra länder och kulturer (Loue, 2009, Mann, 2006 Bergsten Brucefors, Cederström & Michelsén, 2003, Johannisson, 1995). Stora krav ställs på tolken när deltagarna talar olika språk. Även som i vårt fall när tolken har arabiska som modersmål förekommer det skillnader både vad gäller innehåll och uttryck i språket. Risken för små eller stora missuppfattningar är inte obetydliga. En viktig faktor för att det inte ska ske några missförstånd är att gruppledarna förbereder tolken innan gruppssession för att förklara ord och innehåll. Tolken har oftast inte någon psykologisk utbildning vilket gör att det även är viktigt att prata om de känslor som eventuellt kan uppkomma i samband med tolkuppdraget. Om tolkar skall arbeta i den här typen av terapeutisk gruppbehandling ser vi det som mycket viktigt att tolken erbjuds handledning.

Cronbach's alpha är en mycket användbar statistisk metoden för att mäta reliabilitet i ett skala. Cronbach's alpha kan ses som den genomgående reliabiliteten för mätningen dvs. hur mycket svarsvärdena relaterar till varandra. I allmänhet inom psykologin bör en mätning ha ett alphavärde på åtminstone 0.60 och allra helst närma sig 0.90 (Aron m.fl. 2009). Utifrån våra resultat så uppnår inte variabeln undvikande värdet för Cronbach's alpha. Möjliga förklaringar till detta är som vi har tagit upp ovanför dvs. språkliga missförstånd och deras önskan att detta skulle påverka deras asylärende eller deltagande i gruppverksamheten.

Slutligen funderar vi över ifall det kan vara så att kvinnorna har rapporterat för högt vid skattningarna både vad gäller PTSD och den generella psykiska ohälsan? De kan ha trott att detta skulle påverka deras möjligheter att få lov att delta i gruppbehandlingen eller de kan ha trott att detta på något sätt skulle kunna påverka deras asylärende på ett positivt sätt (Drozdek & Bolwerk, 2010). Som tidigare nämnts har gruppbehandlingar generellt och FEED-metoden specifikt (Yalom, 1995, Mitchell & Robinson, 1993) påvisat grupperns positiva effekter när det gäller att ersätta en känsla av utanförskap med känslor av tillhörighet. Normaliseringen, att erfara att andra människor har upplevt samma eller liknande saker och reagerat på liknande sätt, minskar känslor av ensamhet, skam och skuld (Robinson, Robyn & Mitchell, 1993). I vår studie motsvarades förbättringen av den sociala variabeln också i experimentgruppen, vilket gör det svårt att peka på att det var just denna faktor som hade någon betydelse för resultatet. Utifrån ovanstående undersökningar och det faktum att det fanns en signifikant förbättring inom experimentgruppen pekar resultatet på en förbättring vad gäller kvinnornas upplevelse av sin sociala situation. Att det inte föreligger någon skillnad vad gäller den sociala variabeln mellan experimentgruppen och kontrollgruppen tror vi kan hänga samman med att sju kvinnor i kontrollgruppen beviljats uppehållstillstånd mellan första och andra mättillfället.

Kritik av den egna studien

Antalet deltagare i experimentgruppen var få, vilket gör att det är svårt att bedöma effekterna jämfört med kontrollgruppen. Det hade varit önskvärt att kunnat ha flera grupper parallellt eller efter varandra för att på det sättet öka studiens validitet och reliabilitet. Dessutom bör långtidseffekter undersökas vid en mätning ungefär tre månader efter avslutad behandling för att kunna utvärdera effekternas varaktighet över tid. Mätinstrumenten, GHQ-28 och IES-22 var inte optimala utifrån att de mäter den psykiska ohälsan och PTSD i relation till hur man mått under en kortare tidsperiod (två veckor respektive en månad). Nio av det totala antalet kvinnor hade varit i Sverige som asylsökande över två år och mått psykiskt dåligt under en längre tid. Deras svar blev därför i många fall missvisande eftersom deras psykiska mående i de flesta fall inte var sämre än vad det varit för två veckor respektive en månad sedan vilket de kommenterade vid screeningen. I vår uppsats har vi gjort en kvantitativ studie vilket har resulterat i många tankar och flera tankeväckande resultat. Målgruppen asylsökande kvinnor

lider av stor psykisk ohälsa och uppvisar höga värden på sannolik PTSD. Vi har dock upplevt att resultaten inte fullständigt kunnat visa en heltäckande bild av vad vi velat undersöka, framför allt utifrån vår hypotes att kvinnor skulle må bättre efter genomgången gruppbehandling. Vi har funderat över ifall en kvalitativ studie (eventuellt i kombination med en kvantitativ) skulle kunna visa på andra variabler utifrån kvinnornas mående. Genom en kvalitativ studie hade vi kanske kunnat belysa faktorer som kulturella aspekter, språk, somatik etc. på ett annat sätt. Vi hade också kunnat ta reda på om kvinnorna verkligen förstod vad vi frågade om. Dessutom hade vi kanske kunnat belysa mer vad behandlingen åstadkommit ifråga om t.ex. Kasam- begreppet dvs. känslan av sammanhang som vi upplevt har en stor friskhetsfaktor hos kvinnorna (Antonovsky 1991).

Framtida forskning

Antalet asylsökande som kommit till Sverige har ökat markant under de senaste tio åren. De asylsökandes situation är dock fortfarande relativt lite utforskad. Det är därför av stor vikt att identifiera de personer som lider av allvarlig PTSD och/eller andra psykiska störningar för att därefter kunna tillhandahålla adekvat behandling och nödvändigt stöd så tidigt som möjligt under asylprocessen (Lennartsson, 2007, Ekblad, 2009, Al Baldawi, 2011, Bhurga, 2004). Utifrån vår studie har vi kunnat identifiera en grupp dvs. asylsökande kvinnor som deltagit i vår studie. Det gemensamma för denna grupp av asylsökande kvinnor är att de lider av psykisk ohälsa och trolig PTSD. Tidigare forskning kring gruppbehandling av asylsökande är ytterst begränsad. Stöd ges åt gruppbehandlingens positiva effekter när det gäller behandling av asylsökande och överlevande efter traumatiska upplevelser (Foy m.fl. 2002, Herman, 1997, Kudler m.fl 2000, Lubinm.fl. 1998, Akinsulure- Smith, 2009). Dock säger den ytterst lite om orsaksmekanismerna i själva behandlingen m.a.o. vad är det i behandlingen som fungerar? Detta tycker vi är ett område som bör utforskas mer.

Referenslista

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistic manual of mental disorder. Text revision*. Washington, DC:Author
- Akinsulure –Smith, A.M. (2009). Brief Psychoeducational Group Treatment with traumatized Refugees and Asylum Seekers. *The Journal For Specialists in Group Work*, 2009/06, s 137-150.
- Al-Baldawi, R. (2011). *Den okända resan*. Helsingborg: Roccia AB.
- Al-Baldawi,R. (2002). Migrationrelated stress and psychosomatic consequences. *International Congress Series, 1241*, s 271-278.
- Allwood, C. M., & Johnsson, P. (2009). Invandring, kultur och välbefinnande. I C.M. Allwood & P. Johnsson (Red.), *Mänskliga möten över gränser –vård och social omsorg i det mångkulturella samhället*. Stockholm:Liber.
- Angel, B. & Hjern. A. (2004). *Att möta flyktingar*. Lund: Studentlitteratur.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans Mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Appelqvist, M. (2005). ”Välfärdens gränser –från asylmottagning till lokal integration” och tankar kring jämställdhetsperspektivet. I R Lennartsson. Mellan hopp och förtvivlan, erfarenheter och strategier i väntan på asyl. Asylmottagande i fokus. En skriftserie från NTG-asyl & integration, nr 4/2007. Karlskrona: Printfabriken
- Aragona, M., Catino, E., Pucci, D., Carrer, S., Colosimo, F., Lafuente, M., et al. (2010). The relationship between somatization and posttraumatic symptoms among immigrants receiving primary care services. *Journal of Trumatic stress*, Vol. 23, No. 5
- Ascher, H. (2009). Barn och vuxna i asylprocessen. I C. M. Allwood & P. Johnsson (Red.), *Mänskliga möten över gränser*. Stockholm: Liber.
- Beiser, M., Simich, L., Pandalangat, N., Nowakowski, M., Fu, T. (2011). Stresses of passage, balms of resettlement, and posttraumatic stress disorder among Sri Lankan Tamils in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry; Vol. No 6*
- Bergsten Brucefors, A., Cederström, A., Michelsén, H. (2003). *Tidskriften Psykisk Hälsa 1/03*. Särtryck ur tidskriften Psykisk Hälsa 1/03. Hämtat från www.psykiskhalsa.se/tidskriften-psykisk-halsa/

Bergsten Brucefors, A., Hochwälder, J.K., Jeanneau, M., Fosselius, H. (2004). *Psykisk ohälsa hos icke-sjukskrivna kvinnliga sjuksköterskor och undersköterskor – en kartläggning inom Stockholms Läns Landsting*. (Enheten för Psykisk Hälsa 2004:1).

Bhurga, D., & Jones, P. (2001). Migration and mental illness. *Advances in psychiatric treatment*. 2001;7, s 216-223.

Bjernemy, C. & Bäckström, A. (2008). Voluntary participation in the field of asylum reception: BIV as a Non-governmental organisation in the reception of children, D uppsats, Malmö högskola

Bäärnhjelm, S. (2011). Etnografi som stöd för kunskap om kultur och sammanhang vid psykiatrisk diagnostik. *Socialmedicinsk tidskrift*, nr 6/2011, s.503-511.

Cardeña, E. & Larsson, M. R. (2009). *Posttraumatiska störningar hos flyktingar*. Stockholm: Liber.

Craig, T. (2010). *Mental health of Refugees and Asylum seekers*. New York: Oxford University Press.

Drake, C.L., & Roth, T. (2003). Insomnia cause, consequences and therapeutics: an overview. *Depression and Anxiety* 18, 163-176.

Drozdek, B., & Bolwerk, N.(2010). Evaluation of Group Therapy With Traumatized Asylum Seekers and Refugees – The Den Bosh Model. *Traumatology*, 2010, 16(4), s. 117-127.

Drozdek, B., & Bolwerk, N. (2010). Group Therapy With Traumatized Asylum Seekers and Refugees : For Whom It Works and for Whom It Does Not ? *Traumatology*, 2010, 16(4), s.160-167.

Ekblad, S. (2009). Upplevd ohälsa hos vuxna asylsökand. A.Lundberg (red.), *Sverige – ett rättssäkert och värdigt mottagande för barn och vuxna? s. 170-192*. Malmö:Malmö högskola.

Ekblad, S., & Shahnava, S.(2004). Trauma, postmigrationsstress och suicidala tankar hos asylsökande. *Suicidologi årg 9 nr 1*, s.19-31.

Ekblad, S., Johansson, K., Lindencrona, F., & Shahnava, Shervin. (2009). Promoting mental health and preventing mental disorder among refugees in western countries. *International Journal of Mental Health Promotion, Volume 11, issue 1*.

Ekblad, S., & Wasserman, D. (Red.). (2002). Tidig upptäckt och preventive behandling av asylsökande i riskzonen för självmord. *Institutet för psykosocial medicin (IPM)*, nr 304-2002.

Eriksson, N. G. (1996). *Mötet mellan medicin och migration* . Helsingborg: Rhone Poulenc Rorer AB.

Gerge, A. (2010). *Trauma, psykoterapi vid posttraumatisk och dissociativ problematik*. Dualis Förlag AB

- Gerritsen, O. (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 18-26.
- Ginsburg, B. E., & Bäärnhielm, S. (2010). Psykisk vård för asylsökande – riktlinjer, rutiner och kunskapsunderlag. *Transkulturellt centrum för Stockholms sjukvårdsområde. Internet.*
- Goldberg, D.P., & Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 1979/9, s. 139-145.
- Horwitz, A.V., & Wakefield, J.C. (2010). *Den förlorade sorgsenheten – hur psykiatrin förvandlade normal sorgsenhet till depressiv störning*. Ludvika: Dualis.
- Johnsson, P. (2009) . Primärvårdens möte med invandrare. I C. M. Allwood & P. Johnsson (Red.), *Mänskliga möten över gränser*. Stockholm: Liber.
- Johansson Blight, K., Ekblad, S., Lindencrona, F., Shahnava, S.(2009). Promoting mental health and preventing mental disorder among refugees in western countries. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(1), s. 33-44.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, s 1048 – 1060.
- Kleinman, A (1980). Culture, health and illness i Johnsson, P. (2009). Primärvårdens möte med invandrare. C. M. Allwood & P. Johnsson (Red.), *Mänskliga möten över gränser*. Stockholm: Liber.
- Kring, A., Johnson.S., Davison.G., & Neale, J. (2010) *Abnormal Psychology eleventh Edition*. John Wiley & Sons (Asia) Pte Ltd
- Laurence, K., Narasiah, J., Lavanya, N., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A., Guzder, J . et. al. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees; General approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, Volume 183.
- Lennartsson, R. (2007). Mellan hopp och förtvivlan, erfarenheter och strategier i väntan på asyl. Asylmottagande i fokus. En skriftserie från NTG-asyl & integration, nr 4/2007.
- Lindencrona, F., Ekblad, S., Hauff, E. (2008). Mental health of recently resettled refugees from the Middle East in Sweden: The impact of pre-resettlement trauma, resettlement stress and capacity to handle stress. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiology*. 43:121-131
- Lindskov & Abdalla, 2001; Staehr, 2001 i Psycho-Education with asylum seekers and survivors of torture. Berliner, P., & Mikkelsen, Elisabeth. N. *International Journal for the Advancement of Counselling*, Vol. 28, No 3, September, 2006

- Lindstein, T. (1997). *Unga vid vändpunkten*. Göteborg: Förlagshuset Gothia
- Loue, S. (2009). Migration and mental health. S.Loue & M.Sajatovic (Eds.), *Determinants of minority and wellness* (s.57-72). New York: Springer Science & Buisness Media.
- Lundberg, U., & Wentz, G. (2004). *Stressad hjärna, stressad kropp – om sambandet mellan psykisk stress och kroppslig ohälsa*. Avesta: Wahlström & Widstrand.
- Mann, C. (2006). Mental illness in asylum seekers and refugees. *Primary Care Mental Health, 2006;4, s. 57-66*.
- Mc Nally, R.J (2003). *Remember trauma*. Cambridge:The Bellknapp Press of Harvard university Press.
- Miller, K.E., Martell, Z.L., Pazdirek, L., Caruth, M & Lopez, D. The Role of interpreters in psychotherapy with refugees: An exploratory study. *American Journal of Orthopsychiatry*. (2005). Vol, 75. No. 1, 27-39.
- Norredam, M., Garcia-Lopez A, & Keiding, A., (2009). Risk of mental disorders in refugees and native Danes: A register-based retrospective cohort study. *Soc Psychiat Epidemiol, 44:1023-1029*
- Ozer, J.E., Best, R.S., Lipsey, L.T. & , S.D.(2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 129, 52-73*.
- Papadopoulus, Lees Lay & Gebrehiwot, 2003, Ghazinour, Richter & Eisman, 2004, Samarsinghe & Arvidsson, 2002, Simich, Beiser &Mawani, 2003 i *Psykisk hälsa hos vuxna flyktingar*. (2006) Dizdarevic, N & Gunnarsson. (2006). Kandidatuppsats vid Medicinska Fakulteten, Lunds Universitet.
- Robinson, R.. C., & Mitchell, J. T. (1993). Evaluation of Psychological Debriefings. *Journal of Traumatic Stress, Vol.6, No3*.
- Rydén, G., & Wallroth, P. (2008). *Mentalisering – att leka med verkligheten*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Seukwa, L.H. (2005). *Kompetens i flyktingvärlden: överlevnadskonstens habitus*. I R. Lennartsson. (2007). Mellan hopp och förtvivlan, erfarenheter och strategier i väntan på asyl. Asylmottagande i fokus. En skriftserie från NTG-asyl & integration, nr 4/2007.
- Shahnavaz, S., & Ekblad, S. (2002). *Sjuksköterskornas möte med asylsökande och andra nyanlända invandrare – och flyktingbarn*. I R Lennartsson, R (2007). Mellan hopp och

förtvivlan, erfarenheter och strategier i väntan på asyl. Asylmottagande i fokus. En skriftserie från NTG-asyl & integration, nr 4/2007.

Shalev, A.Y. (2001). What is Posttraumatic Stress Disorder? *The Journal of Clinical Psychiatry*

Silove, D., Steel, A., & Bauman, A. (2007). *Mass Psychological Trauma and PTSD., Epidemic or Cultural Illusion.*

Simich, L., Beiser, M., & Mawani, F. N. (2003). Social support and the significance of shared experience in refugee migration and resettlement. *Western Journal of Nursing Research*, 25(7), s 872-891.

Socialstyrelsen, Psykisk hälsa (2012). Hämtad från:
www.socialstyrelsen.se/vardochomsorgforasylsokandemedflera/halsoochsjukvardochandvard/psykiskhalsa

Steel et al (2006). Mental health care of asylum-seekers and refugees. Mc Coll, H, McKenzie & Bhui, K. *Advances in psychiatric treatment*, 2008.

Stompe, T., Holzer, D., & Friedman, A . (2010). Pre-migration and mental health of refugees. D.Bhurghra, T.Craig & K. Bhui (Eds.), *Mental health and refugees and asylum seeker*. New York: Oxford University Press

Sveriges Landsting & Kommunförbund, 2012 Vad är psykisk ohälsa? Hämtad från:
www.skl.se/psynk/om-psykisk-halsa/for-dig-som-ar-anhorig.

Tribe, R. (2002). Mental health of refugees and asylum seekers. *Advances in Psychiatric Treatment* ,8, s 240-248.

Törnell, B. (2003). *Migration, etnicitet och hälsa – underlag för indikatorer*. I R

Lennartsson (2007). Mellan hopp och förtvivlan, erfarenheter och strategier i väntan på asyl. Asylmottagande i fokus. En skriftserie från NTG-asyl & integration, nr 4/2007.

United Nations high commissioner for refugees (2011).

Hämtat från www.unhcr.se/se/hem.html

Van der Hart. O., & Nijenhuis, E. (2008). Dissociation. In G. Reyes, J. D. Elhai & J. Ford (Eds.) *Encyclopedia of psychological trauma* (s. 216 -224). Hoboken, New Jersey: Wiley

Van der Kolk, B. A., McFarlane, A.C., & Weisaeth, L. (1996). *Traumatic stress. The effect of overwhelming experience on mind, body and society*. New York: Guilford Press.

Van der Kolk, B. A., & Courtois, C. A. (2005). Editorial Comments: Complex developmental trauma. *Journal of Traumatic Stress*, Vol.18, No. 5 1-12.

Wintzer, S. (2005). *Sjukvård åt asylsökande. Omfattning och kostnader år 2005. Sveriges kommuner och landsting*. I R Lennartsson (2007). Mellan hopp och förtvivlan, erfarenheter och strategier i väntan på asyl. Asylmottagande i fokus. En skriftserie från NTG-asyl & integration, nr 4/2007.

Yalom, (1995). Brief psychoeducational group treatment with re-traumatized, refugees and asylum seekers, Akinsulure-Smith, A., *The Journal for Specialists in Group Work*, Vol. 34 No.2, June 2009, 137-150.

Öqvist, A., & Mattsson, L. (2004). *Vård och flyktingintroduktion i samverkan. Kartläggning och analys av arbete i Stockholms läns landsting och Stockholm stad år 2003*. I R

Lennartsson, R. (2007). Mellan hopp och förtvivlan, Lennartsson, R (2007). Mellan hopp och förtvivlan, erfarenheter och strategier i väntan på asyl. Asylmottagande i fokus. En skriftserie från NTG-asyl & integration, nr 4/2007.

Östman, M. (2008). *Migration och psykisk ohälsa*. Malmö: Holmbergs.