



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Psykologprogrammet, VT 2013

PTSD, depression och ångest hos irakiska flyktingar i Malmö  
*- En pilotstudie över stabiliserande gruppbehandling av åtta män, utförd på Röda Korsets  
behandlingscenter för torterade och krigsskadade i Malmö*

Diana Almedal och Yassin Ekdahl

Psykologexamensuppsats VT 2013

Handledare: Per Johnsson

Examinator: Karin Stjernqvist

## Sammanfattning

Denna studie syftar till att undersöka förändringen av den psykiska hälsan hos en grupp manliga flyktingar. Skattningarna är utförda före och efter stabiliserande/inledande gruppbehandling utförd vid Röda Korsets behandlingscenter för krigsskadade och torterade i Malmö. Validerade och välkända självskattningsverktyg avseende posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), depression och ångest har använts. Skattningarna är gjorda vid tre tillfällen; den första skattningen före behandlingsstart, den andra direkt efter behandlingens slut och den tredje och uppföljande skattningen sex månader efter den andra. I studien deltog åtta patienter; samtliga manliga flyktingar från Irak.

Studiens övergripande resultat ger att nästan inga signifikanta skillnader i patienternas psykiska hälsa kunnat identifieras. Mindre förändringar har dock skett, exempelvis har patienternas skattningar under den aktuella niomånadersperioden förbättrats vad gäller PTSD som helhet. Vad gäller resultaten för depression och ångest är skillnaderna små. Bägge värdena förbättras dock under behandlingen men har vid tiden för uppföljningsmätningen sjunkit något igen.

Nyckelord: PTSD, depression, ångest, migrationsframkallad stress, flyktingar

## Abstract

This study aims to investigate changes in mental health of a group of male refugees. The estimates are done before and after initial stabilization treatment, performed at the Red Cross treatment center for war wounded and tortured in Malmö. Validated and well-known self-assessment tool for post-traumatic stress disorder (PTSD), depression and anxiety have been used. The estimates are made on three occasions: the first estimate before starting treatment, the second one immediately after the end of treatment, and the third estimate; the follow-up, six months after the second one. Eight patients took part in this study; all male refugees from Iraq.

The study's overall performance is that almost no significant differences in the psychological health could be discovered. Minor changes are visible, though. For example, the patients estimates during the nine-month period improved in terms of PTSD as total. The results for depression and anxiety shows only small differences. Both values improved during treatment, but at the time for the follow-up survey they both dropped slightly again.

Keywords: PTSD, depression, anxiety, migration-induced stress, refugees

## **TACK!**

Vi vill rikta ett stort TACK till:

Familj och vänner, som stöttat och stått ut under uppsatsens tillblivelse.

Alla patienter som deltagit i studien, för att ni har låtit oss ta del av er situation.

Röda Korset och då speciellt till Barbro O'Connor, verksamhetschef för RKC i Malmö.

Vår handledare Per Johnsson, för din tillgänglighet och din tilltro till vårt arbete.

Daiva Daukantaité, för din hjälp med de statistiska delarna av studien.

## Innehållsförteckning

|   |    |
|---|----|
| Teori.....  | 8  |
| Flyktingbegreppet.....                                  | 8  |
| Migration och flyktingar.....                           | 8  |
| Migration och ackulturation.....                        | 9  |
| Flyktingar i Sverige och världen.....                   | 10 |
| Flyktingar i Malmö.....                                 | 10 |
| Stress.....   | 11 |
| Stress och coping.....                                  | 11 |
| Migrationsframkallad stress.....                        | 11 |
| Trauma och traumatisk stress.....                       | 11 |
| Posttraumatiskt Stressyndrom (PTSD) .....               | 13 |
| PTSD hos flyktingar.....                                | 14 |
| Prevalens PTSD.....                                     | 15 |
| Komplex PTSD.....                                       | 15 |
| Kritik mot PTSD-diagnosen.....                          | 16 |
| Behandling av PTSD.....                                 | 17 |
| Ångest och Depression.....                              | 19 |
| Ångest.....   | 20 |
| Behandling av ångest.....                               | 21 |
| Depression.....   | 21 |
| Behandling av depression.....                           | 21 |
| Depression och ångest hos flyktingar .....              | 22 |
| Behandling på RKC.....                                  | 22 |
| Syfte.....  | 23 |
| Metod.....  | 23 |
| Studiens Design.....                                    | 23 |
| Deltagare.....  | 23 |
| Frågeformulär.....                                      | 24 |
| Post Traumatic Stress Disorder Checklist -Civilian..... | 24 |
| The Hopkins Symptom Checklist -25.....                  | 25 |

|   |    |
|---|----|
| Procedur.....                                   | 25 |
| Etiska Överväganden.....                        | 26 |
| Dataanalys.....                                 | 27 |
| Resultat.....                                   | 27 |
| Diskussion.....                                 | 31 |
| Symptomförändringar uppmätta med PCL-C.....     | 32 |
| Symptomförändringar uppmätta med HSCL-25.....   | 33 |
| Metoddiskussion.....                            | 34 |
| Framtida Forskning.....                         | 36 |
| Referenser.....                                 | 38 |
| Bilagor.....                                    | 44 |
| Bilaga 1. Trygghetskontrakt                     |    |
| Bilaga 2. Mansgruppen Intro-Rehab, introduktion |    |

Sverige har under 1900-talet öppnat gränserna för att ta emot människor från andra länder. Beroende på oroligheter i världen, ekonomiska kriser samt att Sverige varit i behov av arbetskraft, har människor kommit till landet. De senaste åren har huvudsakligen utomeuropeiska flyktingar sökt sig till Sverige. Detta på grund av exempelvis krig, förföljelser och förtryck i hemlandet. Aktuella länder att nämna i detta sammanhang är exempelvis Irak, Afghanistan och Somalia. En stor del av de människor som flytt till Sverige är en utsatt del av världens population som bär på starka traumatiska upplevelser och minnen från oroligheterna i hemlandet. Många av dessa lider som en konsekvens av posttraumatiskt stressyndrom, PTSD. Denna utsatta grupp förväntas växa i omfång i hela världen under de kommande åren. Ur både mänsklig och samhällslig aspekt är det essentiellt att flyktingarna mår bra och fungerar väl i det nya landet. Därför är tillgång till validerad och väl fungerande behandling viktig.

Röda Korsets behandlingscenter (i fortsättningen benämnt RKC) för krigsskadade och torterade i Malmö erbjuder flyktingar gruppbehandling. En av de största flyktinggrupper som i nuläget behandlas på RKC är irakiska flyktingar. Iraks historia är av våldsam art och många av landets invånare har under lång tid blivit exponerade för psykisk påfrestning. Kriget mellan Iran och Irak, de två Gulf-krigen, Irakinvasionen samt interna strider har satt djupa spår i såväl landet som dess invånare. Många människor har i samband med dessa händelser blivit utsatta för tortyr, våld och övergrepp.

I denna studie ligger fokus på hur åtta manliga flyktingar från Irak svarat på de första 15 veckorna av en gruppbehandling på RKC. Männerna kom i kontakt med RKC då de ingick i ett introduktions-, utbildnings- och rehabiliteringsprogram för bland annat nyanlända flyktingar. Programmet kallas för Intro Rehab och är ett samarbete mellan Malmö Stad, Röda Korset, Region Skåne och Komvux. Avsikten med Intro Rehab är att ge nyanlända flyktingar en mångfacetterad acklimatiseringsmöjlighet. Den övergripande målsättningen är att förbättra och individanpassa introduktionen till det nya landet. I Intro Rehab ingår olika typer av psykoterapi, fysioterapi och medicinering. Detta sker parallellt med andra introduktionsinsatser såsom anpassad SFI-undervisning och arbetspraktik. RKC har ansvar för mötandet av flyktingarnas rehabiliteringsbehov och målet är att genom olika typer av behandling skapa individuella förutsättningar för förbättrad hälsa.

## Teori

I denna del avser vi att förklara begreppen migration, flyktingar, stress, migrationsframkallad stress, trauma, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) samt PTSD hos flyktingar. Vi avser även att ge en bild av tidigare forskning och behandling.

### Flyktingbegreppet

Enligt Flyktingkonventionen från 1951 definieras begreppet flykting på följande sätt:

*...i anledning av välgrundad fruktan för förföljelse på grund av sin ras, religion, nationalitet, tillhörighet till en viss samhällsgrupp eller politiska åskådning befinner sig utanför det land, vari han är medborgare, samt är ur stånd att eller på grund av sådan fruktan, som nyss sagts, icke önskar att begagna sig av sagda lands skydd (UNHCR,2012).*

Från och med den 1:a januari 2010 får en person som bedömts vara flykting *flyktingstatusförklaring*. Detta är en internationell statusförklaring som grundar sig dels på reglerna i FN:s flyktingkonvention, dels på EU:s skyddsgrundsdirektiv. Enligt konventionen och den svenska lagen är en flykting en person som känner en välgrundad fruktan för förföljelse på grund av ras, nationalitet, religiös eller politisk uppfattning, kön, sexuell läggning eller annan tillhörighet till en viss samhällsgrupp, och inte kan eller på grund av fruktan inte vill begagna sig av sitt eget lands skydd (Migrationsverket, 2012).

**Migration och flyktingar.** Migration förklaras som ett "samlingsbegrepp för människors flyttning över olika avstånd (Migrationsverket, 2012). Förflyttningar sker av olika skäl, exempelvis flykt eller att individer följer tidigare migrerade anhöriga. För en del människor är migrationen inte tänkt att bli permanent men av olika anledningar blir det ändå så. I migrationsbegreppet ingår både immigration (inflyttning) och emigration (utflyttning). Emigrationen från Europa till Nordamerika är i ett historiskt perspektiv en av historiens mest betydande förflyttningar; mellan 1600-talets början och andra världskrigets utbrott utvandrade närmare 45 miljoner människor (Lundh & Ohlsson, 1994).

Sverige har sedan 1800-talet genomgått tre faser med olika migrationsmönster och både emigration och immigration har varit betydande. Under den första fasen, som pågick fram till 1930-talet, var utvandringen avsevärt större än invandringen och skedde huvudsakligen till Amerika.



Utvandringen berodde på fattigdom i Sverige och en förhoppning om förbättrad levnadsstandard i det nya landet. Motsvarande 23 % av Sveriges befolkning år 1900, cirka 1, 2 miljoner människor, utvandrade (Lundh & Olsson, 1994). Detta har bland annat skildrats i Vilhelm Mobergs kända berättelser om Kristina och Karl-Oskar i böckerna *Utvandrarna* (1949), *Invandrarna* (1952), *Nybyggarna* (1956) och *Sista brevet till Sverige* (1959).

Krigsåren efter andra världskriget (1939- 1945) utgör en vändpunkt vad gäller Sveriges migrationshistoria. Landet förändrades från emigrationsland till immigrationsland och från att exportera arbetskraft till att istället importera dylik. Efterkrigstiden och 50-talet präglades av arbetskraftsinvandring; svensk industri utvecklades snabbt under den här perioden och rekryterade aktivt huvudsakligen manliga arbetare från andra länder. Vid 60-talets slut genomfördes en reglering av arbetskraftsinvandringen men immigrationen fortsatte i form av anhöriginvandring från länder som tidigare skickat arbetskraft till svenska företag. I och med detta inleddes en tredje fas i Sveriges migrationshistoria; familjebands- och flyktinginvandringen. Från 80-talet och fram till 2000-talets början var cirka var åttonde invandrare i Sverige flykting (Corman, 2008).

Sammanfattningsvis kan man säga att migrationsprocesser handlar om flera aspekter av förflyttningar. Det kan handla om immigration, emigration eller återvandring. Anledningarna till migration varierar mellan olika tidsperioder samt mellan olika geografiska områden. En stor del av dagens migration är den immigration som sker till Europa från länder i Mellanöstern, Asien och Afrika. Det är viktigt att skilja mellan frivillig migration, som motiveras av migranternas egna val, och påtvingad migration, det vill säga att människor flyr från exempelvis förföljelse i politiskt oroliga områden (Castles & Miller, 2009). Migranter flyttar av fri vilja och i hopp om att förbättra sina livssituationer, medan flyktingar tvingas lämna hemlandet för att rädda sina liv och värna om mänskliga rättigheter som frihet och skydd.

**Migration och ackulturation.** Processen som följer på själva migrationen, det vill säga anpassningen till ett nytt samhälle, kallas för *ackulturation*. Det innebär först och främst en förändring på gruppnivå men kan även åsyfta förändring på individnivå. När en person anländer till ett nytt samhälle innebär det bland annat kulturmöten, konfrontationer, ställningstaganden, nya val och nya möjligheter. Individer genomgår förändringar i anpassningen till den nya kontexten. Berry et al., (2002) redogör för fyra välkända förhållningssätt gentemot majoritetssamhället: separation, assimilation, marginalisering och integration.

Separation innebär att individen tar avstånd från majoritetskulturen och väljer att leva enligt den ursprungliga kultur han eller hon levte i tidigare. Assimilationsbegreppet innebär att individen ger upp sin "gamla" identitet och tar sig en ny identitet inspirerad av det nya värdlandet. Marginalisering innebär att individen tar avstånd från ursprungsidentitet och grupp, samtidigt som han eller hon inte lyckas bli delaktig i majoritetssamhället. Individen hamnar därmed mellan två kulturer/identiteter. Vid integration behåller individen delar av sin tidigare identitet, samtidigt som han eller hon integrerar dessa med delar från det nya värdlandet. Individen behåller därmed gemenskap med sin ursprungsgrupp och vill samtidigt vara delaktig i det nya landet. Detta innebär ömsesidig kulturell förändring.

Spasojevic, Heffer och Snyder (2000) fann i sin undersökning av bosniska flyktingar i USA att lägre grad av ackulturation är relaterad till högre grad av PTSD. Detta eftersom en hög grad av ackulturation stärker individens psykiska förutsättningar och självkänsla.

**Flyktingar i Sverige och världen.** Enligt FN:s flyktingorgan UNHCR är cirka 42 miljoner människor på flykt i världen. Man uppskattar att cirka 21 miljoner av dessa är internflyktingar, det vill säga människor som flyr inom det egna landet. De länder som tar emot flest flyktingar räknat i dollar per capita är Pakistan och Iran. Sverige ligger, räknat i dollar per capita, på 58:e plats i världen. Om man istället räknar flyktingströmmar i relation till landets befolkning ligger Sverige på 12:e plats, vilket motsvarar 8,8 flyktingar per 1000 invånare (Migrationsverket, 2012).

Av världens alla flyktingar är det varje år några tusen som får uppehållstillstånd i Sverige. Antalet asylsökande i Sverige har under 2000-talet varit mellan 20 000-30 000 per år och av dessa har 6000-12000 per år blivit beviljade uppehållstillstånd. Dessa siffrors variation beror dels på vad som för tillfället händer i världen, dels på svensk migrationspolitik och lagstiftning. Under 2011 var 2096 av alla asylsökande i Sverige irakier. Av dessa fick 909 bifall på sin ansökan (Migrationsverket, 2012).

**Flyktingar i Malmö.** Internationell migration har de senaste decennierna allt mer kommit att präglade Malmös demografiska struktur och migrationen förväntas fortgå. I november 2011 var antalet invånare i Malmö stad strax över 302 000 personer (Statistiska Centralbyrån, 2012). 30 % av dessa har enligt officiell definition utländsk bakgrund, det vill säga att de antingen är födda i ett annat land än Sverige och/eller har två utlandsfödda föräldrar.

Idag finns i Malmö representanter från 174 länder och de största invandrargrupperna kommer i fallande ordning ifrån Irak, Danmark, Jugoslavien, Polen samt Bosnien-Hercegovina. I januari 2011 var 9940 av Malmös invånare födda i Irak (Malmö Stad, 2012).

## Stress

Stress betyder spänning eller påfrestning. Walter Cannon, amerikansk professor i medicin (refererad av Perski, 2001), var den förste att beskriva stress som en fysisk reaktion i kroppen. Stress uppkommer när hjärnan tolkar någonting som hotande. Huruvida en individ upplever något som ”farligt” beror på personlighet, erfarenheter samt psykiskt och fysiskt tillstånd (Elkind, 1984).

Stress framkallas av diskrepans mellan individens behov och de kontextuella krav som ställs (Levi et. al., 1998). Faktorer som måste hanteras uppkommer ständigt och om individen ej upplever sig ha den energi eller de resurser som krävs uppstår stress (Lindblad & Theorell, 2005). Motståndsresurser mot stress är exempelvis jagstyrka, socialt stöd, kulturell stabilitet och god ekonomi (Gassne, 2008).

Även vid stora kontextuella förändringar kan känslor av oförutsägbarhet och förlorad kontroll infinna sig, vilket gör migration till en potentiell stressfaktor (Levi et. al., 1998).

**Stress och coping.** Människan tar inte passivt emot det som hennes omgivning utsätter henne för. Individen har en förmåga att hantera den yttre miljön samt de egna reaktionerna på denna. Denna förmåga kallas för coping (Levi et. al., 1998). Coping är ett samlingsbegrepp för strategier som tros påverka individens stressnivå positivt. Individen försöker oftast förändra sin livssituation till det bättre men alla sätt är ej konstruktiva, exempelvis är även undvikande av problem en copingstrategi. Anledningen till att individen ändå väljer de icke konstruktiva vägarna ibland, är att de är snabba lösningar till att komma undan stress och krav.

Ett av de mer effektiva sätten att hantera stress på är att använda sig av stöd från närstående. Bekräftelse, uppskattning och socialt stöd är till ovärderlig hjälp för individen och kan medverka till en mer positiv tolkning av omvärlden. Detta kan i sin tur leda till större välbefinnande och ökad motståndskraft (Levi et. al., 1998).

**Migrationsframkallad stress.** Migration kan ha dels positiv, dels negativ inverkan på hälsan. En migrationsprocess är i sig alltid ett risktagande som innehåller stress och detta kan i kombination med press på att anpassa sig till det nya landet påverka hälsan negativt. Hur utfallet blir beror på de individuella förutsättningarna i kombination med kontexten. Frivillig migration ger ur stressaspekt bättre förutsättningar än påtvingad dylik och kan vara positiv för individen (Hjelm, 2003).

Lindencrona, Ekblad och Hauff visar i sin studie från 2007 att postmigrationsstressorer är betydande för mental stress i flyktingpopulationer. De menar även att traumaexponering före migration är den faktor som har störst negativ påverkan på uppkomst

av symptomen i PTSD. Av samma studie kan vi dra slutsatsen att den nya kontexten är av signifikant betydelse för flyktingars mentala hälsa. Fyra stressdimensioner, alla relaterade till introduktionsfasen i det nya landet, har identifierats i studien. Dessa är: (1) sociala och ekonomiska påfrestningar (2) alienation (3) diskriminering och (4) förlust av status samt våld och hot. Tillsammans svarar enligt Lindencrona, Ekblad och Hauff de fyra dimensionerna för 62 % av den totala variationen av stress under introduktionsfasen.

**Trauma och traumatisk stress.** Ett trauma är någonting som sker utanför individens kontroll. Föreställningar om säkerhet, kontroll och rättvisa blir kullkastade och individen känner rädsla, skräck och hjälplöshet. Exempel på trauman är att bevittna eller vara med om död, skador, katastrofer och våld. Traumats art och intensitetsgrad varierar beroende på orsak, längd, svårighetsgrad och omfattning (Allwood & Johnsson, 2009).

Ett trauma kan leda till stress av allvarligare karaktär. Om belastningen av traumat varit mycket stark och pågått under längre tid i kombination med att den drabbade saknar väsentliga skyddsfaktorer och/eller har en psykobiologiskt ökad sårbarhet, kan den normala, akuta stressreaktionen övergå till ett akut stresstillstånd. Detta tillstånd kan i sin tur vara ett förstadium eller en tidig fas av det posttraumatiska stressyndromet, PTSD. Det akuta stresstillståndet kan uppstå i direkt samband med händelsen eller efteråt, som en fördröjd reaktion. Det är en väldigt stark men fullt normal psykisk reaktion på en onormal traumatisk belastning. Reaktionens styrka är i första hand beroende av traumats intensitet och varaktighet men även av den drabbades personlighetsmässiga förutsättningar. Manifesteringarna är fysiska, kognitiva och emotionella beteendesymptom. Dessa symptombilder beskrivs mer ingående i DSM-IV, under diagnoskriterierna för akut stresstillstånd (American Psychiatric Association, 1994).

Symptomen brukar avta inom några veckor men försvinner i vissa fall inte och personen utvecklar då PTSD. PTSD räknas som en psykiatrisk funktionsnedsättning och därmed som en psykisk sjukdom. Följden av att individen utsätts för extrem psykologisk stressreaktion som till exempel krig och övergrepp kan alltså bli PTSD (Jonsson, 2005).

Frans, Rimmo, Åberg och Fredrikson (2005) visar i sin studie att personer som bor i Sverige och är födda utomlands löper tre gånger så stor risk att utveckla PTSD jämfört med individer som bor och är födda i Sverige.

## **Posttraumatiskt Stressyndrom (PTSD)**

Cirka 80 % av alla människor har under livet upplevt en traumatisk händelse. Cirka 9 % av dessa utvecklar PTSD (Gray, Litz, Hsu & Lombardo, 2004). American Psychiatric Association (APA) godkände år 1980 PTSD som diagnos i DSM-III (Schnurr, Friedman & Bernardy, 2002; Hageman, Andersen & Jorgensen, 2001). Symptomen för PTSD inkluderar återupplevande av trauma, emotionell förlamning, depression, ångest, undvikandebeteende och ökad stresskänslighet.

Nedan har vi listat de övergripande diagnoskriterierna för PTSD. Kriterierna är hämtade ur den svenska fickhandboken för DSM-IV.

- A. Personen har varit utsatt för en traumatisk händelse.
- B. Den traumatiska händelsen återupplevs ofrivilligt om och om igen, exempelvis genom drömmar eller hallucinationer.
- C. Ständigt undvikande av stimuli som associeras med traumat och allmänt nedsatt själslig vitalitet (som inte funnits före traumat) enligt tre eller fler underkriterier, exempelvis aktivt undvikande av tankar, känslor och personer som förknippas med traumat.
- D. Ihållande symptom på överspändhet (som inte funnits före traumat), vilket indikeras av två eller flera underkriterier, exempelvis sömnstörningar och överdriven vaksamhet
- E. Störningen (enligt kriterium B, C och D) har varat i mer än 1 månad.

PTSD-diagnosen har hög komorbiditet med flera andra diagnoser, i första hand olika typer av ångestsyndrom, depressivitet, somatiseringssyndrom och missbruk (Back, Waldrop & Brady, 2009; Otis et al., 2010). Ginzburg, Ein-Dor och Solomon (2010) visade i en studie gjord på krigsveteraner att 74 % till 80 % av de som led av PTSD även led av depression och/eller ångest. Vidare konkluderades i deras studie att PTSD leder till depression och ångest men att omvända förhållanden ej råder; en depressions- och/eller ångestproblematik leder ej till PTSD. Vid behandling av flyktingar är kutym att PTSD sätts i fokus, vilket gör att de komorbida symptomen kan komma i skymundan (Silove, Manicavasagar, Coello & Aroche, 2005).

PTSD är kanske det mest välkända och beskrivna psykiatriska sjukdomstillståndet orsakat av psykiskt trauma. Enligt Fazel, Wheeler och Danesh (2005) är PTSD ett av få psykiatriska sjukdomstillstånd med klar koppling mellan utlösande faktor (traumatisk händelse) och utveckling av kliniska symptom. Störst risk för PTSD föreligger bland annat efter förekomst av multipla trauman. Hos patienter med utvecklad PTSD finns tre kliniska symptomgrupper där symptomen vanligtvis debuterar inom 6 månader efter traumat: (1) återupplevande, (2) undvikande samt (3) ångestrelaterade fysiologiska, psykiska, motoriska och beteenderelaterade symptom (överspändhet). De tre symptomen utgör tidigare nämnda diagnoskriterier i DSM-IV.

Det finns flera varianter av PTSD där debuten är fördröjd. I dessa fall kan man identifiera en sekundär, utlösande faktor och så är ofta fallet med flyktingar som drabbats av PTSD. Detta är anledningen till att det bland svenskar med utländsk bakgrund föreligger högre PTSD-frekvens än hos svenskar födda i Sverige (Rimmö et al., 2005). PTSD, depression och ångest är sannolikt de vanligaste psykiska problemen hos flyktingar (Fazel et al., 2005).

**PTSD hos flyktingar.** Många som flytt sitt hemland har upplevt lidande och stora psykiska påfrestningar. De kan ha drabbats av trauman som exempelvis krig, förföljelser, naturkatastrofer och sexuellt våld. Flertalet flyktingar har förväntningar på en bättre tillvaro efter flykten men lidandet och påfrestningarna tar inte alltid slut där. En försämring av den psykiska och fysiska hälsan upplevs ofta efter ankomsten till det nya landet. Flyktingar löper extra stor risk att utveckla psykiska sjukdomar eftersom många av dem tvingats emigrera, har upplevt traumatiska händelser samt befinner sig i en för dem ny och okänd miljö (Fazel et al., 2005). Problematiska situationer och svårigheter som uppstår i det nya landet förvärrar ofta tidigare upplevda trauman. Minnen från det förflutna kan förfölja flyktingarna och ofta föreligger oro för eventuella anhöriga som är kvar i hemlandet.

I hemlandet har flyktingen oftast besuttit socialt stöd i form av vänner och släktingar. Trots hotfull yttre tillvaro inkluderad fara och svår stress, har individen haft ett skydds nät samt varit bekant med de sociala strukturerna. Han eller hon har befunnit sig i ett sammanhang som känts igen. I det nya landet har flyktingen inte tillgång till sina sociala nätverk och han eller hon har därmed mindre stöd utifrån samt är mer utlämnad åt sig själv.

Flyktingen har i hemlandet även haft en identitet att förhålla sig till, dels i förhållande till sig själv, dels i förhållande till sin omgivning. Gorst-Unsworth och Goldenberg (1998) visar i en studie av 84 manliga irakiska flyktingar att sociala faktorer i exillandet, särskilt graden av känslomässigt socialt stöd, var viktiga då det gällde att predicera svårighetsgraden

av PTSD och depressiva reaktioner. Dessa faktorer var särskilt viktiga i kombination med hög grad av utsatthet för trauma och tortyr. Bristande socialt stöd var starkare predicerande faktor för depression än traumafaktorer.

Att komma till ett nytt land och ett nytt samhälle med andra förhållanden än de ordinarie ställer nya krav på individen. Kraven skapar ofta en otrygghet hos individen som kan leda till hjälplöshet, utanförskap och statusförlust. Språksvårigheter och kulturkrockar skapar stress och flyktingarna kan i det nya landet få erfara isolering, rasism och alienation (Nikelly, 1997). Detta kan försvaga personens mentala tillstånd och leda till depression och ångestsyndrom. Personen kan då som en följd av detta, kombinerad med händelserna i hemlandet, drabbas av PTSD. Symptomen kan exempelvis yttra sig i återupplevande av tidigare traumatiska händelser, känsloutbrott, koncentrationssvårigheter, minnesförlust och/eller likgiltighet. Omgivningen förstår ofta inte anledningen till dessa symptom och reagerar med krav och besvikelse. För flyktingen kan detta leda till djupa spår i självbilden (Angel & Hjern, 2004). Flertalet studier gör gällande att dylika postmigrationsfaktorer, specifika för just flyktingars upplevelser, spelar stor roll för utveckling och uppehållande av PTSD (Carlson, Mortensen & Kastrup, 2006; Kinzie, 2006; Kivling-Bodén & Sundbom, 2001).

**Prevalens PTSD.** Den uppskattade prevalensen av PTSD hos flyktingar ligger mellan 12 % till 91 % (Johnson & Thompson, 2006). Annan internationell forskning uppvisar att prevalensen av PTSD hos flyktingar varierar från 4 % till 86 %, beroende på vilket land flyktingarna kommer ifrån (Hollifield et al., 2002; Porter & Haslam, 2001; Kleijn, Hovens & Rodenburg, 2001). De svenska forskningssiffrorna för PTSD-prevalens hos flyktingar visar på mellan 18 % och 37 % (Søndergaard & Ekblad, 1998; Søndergaard, Ekblad & Theorell, 2001). Som tidigare nämnts föreligger kausalitet mellan PTSD samt grad av våld och krig i hemlandet. Detta är förklaringen till det breda prevalensspannet; flyktingarna i studierna kommer från olika länder med differentierade grader av våld och krig. Av den svenska infödda befolkningen utvecklar 5,6 % PTSD (Rimmö, Åberg & Fredrikson, 2005). Statistik för PTSD-prevalens i Malmö och Skåne har ej kunnat hittas.

I en schweizisk studie som undersökt depression och PTSD hos 101 nyanlända vuxna asylsökanden från Afrika, Asien och Europa diagnostiserades 33 % med depression och 30 % med PTSD (Eytan et al., 2007). Prevalensen för PTSD är cirka tio gånger högre bland flyktingar bosatta i västländer än hos den åldersmatchade grundpopulationen i respektive land. Således föreligger implikationer för att över tiotusentals flyktingar samt före detta flyktingar som befinner sig i västländerna lider av PTSD (Fazel et al., 2005).

**Komplex PTSD.** Antalet studier gör gällande att PTSD, depression och ångest trots intensiv långtidsbehandling förblir kroniskt hos vissa flyktingar (Birck, 2001; Boehnlein, Kinzie, Sekiya, Riley, Pou & Rosborough, 2004; Kinzie, 2006).

Kombinationen av flyktingars traumatiska upplevelser, postmigratoriska svårigheter samt kroniska PTSD, ofta i hög komorbiditet med andra sjukdomar, är mångfacetterad samt svår att överblicka och hantera. Med detta som grund hävdas i forskning och vård att PTSD-diagnosen inte är tillräcklig för att omfatta hela spektrat av flyktingars posttraumatiska reaktioner. Därför har begreppet komplex PTSD utvecklats (Beltran, Llewellyn & Silove, 2008).

Komplex PTSD utlöses av flera olika orsaker, är mer svårbehandlad än PTSD samt är varken i DSM-IV, DSV-IV eller ICD-10 formellt godkänd som diagnos. DSM-IV klassar visserligen dysfunktionell reglering av känslor till PTSD-symptomen men beträffande komplex PTSD har patienten särskilt tydlig försämring i regleringen av sina känslor. Resultatet av detta är maladaptiva svar på känslor, vilket inkluderar självskaumbeteende, riskfyllt sexuellt beteende samt kaotiska relationer (Cloitre, Miranda, Stovall-McClough & Han, 2005).

Förutom att komplex PTSD är långvarig och upprepade gånger sker tillståndet ofta under omständigheter där flykt, på grund av fysiska, psykiska, miljömässiga eller sociala begränsningar, ej är möjlig. Bland de vanligaste offren för komplex PTSD återfinns flyktingar och civila krigsoffer som upplevt tortyr, folkmord eller andra former av organiserat våld (Herman, 1992). Komplex PTSD inkluderar de definierade symptomen för PTSD (återupplevande, undvikande och överspändhet) samt störningar i självreglerande kapacitet (Ford, Courtois, Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2005; Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday & Spinazzola, 2005). Exempel på sådana störningar är somatisering, dissociation, svårigheter med känsloreglering, identitetsstörningar, dysfunktionella relationer och självdestruktivt beteende.

**Kritik mot PTSD-diagnosen.** Traumatiseringssymptom är ofta kulturbundna. Kritik föreligger mot PTSD-diagnosen gällande fenomenet att diagnosen enbart är nischad mot europeiska och nordamerikanska förhållanden. Detta skulle kunna leda till en underdiagnostisering av icke-europeiska individer. Dyliga patienter som diagnostiserats med PTSD bemöter inte alltid DSM-IV-kriterierna C (undvikande) och D (överspändhet). Traumaproblematiken kan här istället märkas genom exempelvis somatisering. Det är i bedömningsfasen av stor vikt att vara medveten om olika kulturbundna traumatiseringssymptom och att ej enbart utgå från västerländska kriterier (Renner, Peltzer,



Salem & Ottomeyer, 2006).

Tidigare studier har utvärderat varierande behandlingar för PTSD samt tagit fram kriterier för dessa (Foa, Keane, Friedman & Cohen, 2009; Vieweg, Demetrios, Fernandez, Beatty-Brooks, Hettema & Pandurangi, 2006; Wampold och Imel, 2008).

Dock yttras kritik mot dessa studier gällande att inklusionskriterierna är för snäva och att resultaten inte går att översätta till flyktingars komplexa verklighet (Van der Kolk, et al., 2005).

**Behandling av PTSD.** Två viktiga faktorer vid bedömning av adekvata behandlingsmetoder är psykologisk överdetermineringsgrad samt traumatiseringsgrad. Vid mer komplex problematik föreligger idag inget vetenskapligt stöd för att en enskild behandlingsmetod är tillräcklig. En kombination av behandlingsmetoder bör därför övervägas. Behandling av både PTSD och komplex PTSD är oftast kombinerad av farmakologiska, psykologiska och psykosociala metoder, exempelvis kognitiv beteendeterapi (KBT), medicinering och gruppterapi. Behandlingen är symptom- och probleminriktad. Innan direkt traumabearbetning kan komma till stånd behövs en första fasens behandlingsinsats. Denna bör ske i form av affektstabilisering och resursförstärkning i kombination med pedagogiska interventioner.

Tidsmässigt kan upplägget variera från avgränsad traumafokuserad intervention inkluderat tiotalet behandlingssessioner till längre och mer omfattande behandling, ibland flerårig. Behandlingsprocessen bör ske i flera steg och anpassas utifrån utförd bedömning. De mest vedertagna riktlinjerna för behandling är författade av Herman (1997). De är uppdelade i följande tre faser:

#### *1. Att uppnå en känsla av trygghet och stabilitet*

Behandlingsarbetet riktas i första hand mot stabilisering. Exempel på interventioner: normalisering av sömn, medicinering mot eventuella depressions- och ångestbesvär samt psykoedukation gällande ångesthantering med hjälp av olika copingstrategier, exempelvis progressiv avslappning. I stabiliseringsfasen ser man till att individen återfår känsla av igenkännande, kontroll, struktur och mening vad gäller livssituation och identitet. Detta utförs genom arbete med faktorer som tryggt boende, familj och mikrosocial miljö. Genom interventionerna i stabiliseringsfasen överbryggs glappet mellan vad individen har varit med om tidigare kontra hur han/hon känner nu. Exempel på metoder: krisintervention, psykopedagogisk intervention, medicinering.

## *2. Traumabearbetande behandlingsfas*

I denna fas läggs fokus på att minnas och sörja. Patienten berättar om vad som har hänt samt om innebörden av detta. Den traumatiska erfarenheten diskuteras och steg för steg kommer känslor förknippade med händelsen fram. Traumat återupplevs, men denna gång i en trygg miljö där terapeuten är med och lyssnar och kan ge stöd. Exempel på metoder: exponering och arbete med fysiska och psykiska undvikandebeteenden.

## *3. Att återgå till ett normalt liv*

Normalisering, hantering, stabilisering samt integration av traumarelaterade fenomen är centralt under denna fas. Återkommande fysiska och psykiska symptom på överspändhet håller ofta i sig men själva traumat är i stort sett övervunnet. Metod: individuellt anpassad rehabilitering.

Evidens föreligger för att traumafokuserad KBT är effektiv delbehandling vid PTSD (Ponniah & Hollon, 2009). KBT är specifikt verksamt mot diagnostiserade återupplevande- och undvikandesymptom (Foa, Keane, Friedman & Cohen, 2009). KBT för PTSD syftar till att arbeta med patientens tankar och minnen. Grundtanken är att dessa utlöser känslor och reaktioner hos individen. Genom att ändra patientens tankemönster lär han/hon sig att förstå sina känslor samt ersätta de negativa tankarna med positiva dylika. I terapin ingår att låta patienten återskapa minnet av den traumatiska händelsen. Detta görs exempelvis genom exponering. Exponeringen kan ske genom att patienten i fantasin genomgår traumat upprepade gånger, diskuterar traumat och/eller skriver om det. Terapeuten och patienten kan tillsammans besöka platser och kontexter som påminner om den traumatiska situationen. Om dessa metoder till en början känns alltför krävande kan patienten få inleda exponeringen med någonting lättare, exempelvis att måla en bild av en del av traumat. Att terapeuten tydliggör för patienten hur traumat har påverkat hans/hennes grundsyn på livet är en viktig del av behandlingen. De nya grundantaganden patienten erhållit efter traumat måste göras så realistiska och verklighetsnära som möjligt (Farm & Wisung, 2005).

Gruppterapi för PTSD utgörs av samtal i grupp och används mest under stabiliseringsfasen. Gruppkonstellationerna består i regel av sex till åtta personer som inte känner varandra sedan tidigare samt besitter liknande problembilder. Behandlingen äger oftast rum en gång i veckan. Beroende på målsättning och metodik varierar tidslängd för mötet samt antalet sammankomster. Det finns många fördelar med gruppterapi. Deltagarna känner igen sina problem hos andra och känner sig mindre ensamma.

De får även ta del av varandras strategier för att hantera situationen. Deltagare med svårigheter att kommunicera känslor och skapa relationer får en trygg miljö att träna och arbeta upp dessa förmågor i. De har även möjlighet att få feedback från gruppen. Många individer med upplevda trauman uppskattar verkligen möjligheten att i behandling få berätta om sina erfarenheter, dels i form av att besvara frågeformulär men också genom att i grupp dela sina erfarenheter med andra (Mollica, McDonald, Massagli & Silove, 2004).

Drozdek och Bolwerk (2010) menar dock att en enda gruppbehandlingssession per vecka ej resulterar i någon signifikant minskning av PTSD hos patienterna. Deras resultat antyder att behandlingen har större effekt ju mer intensiv den är.

Det finns ingen specifik farmakologisk behandling för PTSD. Ångestdämpande preparat kan hjälpa till med att förbättra behandlingen men botar ej symptomen. För närvarande finns det två SSRI-preparat inregistrerade i Sverige på indikation PTSD: Zoloft (sertralin) och Seroxat (paroxetin). Dessa och andra SSRI-preparat har framför allt effekt på överspändhetssymptom samt komorbida depressioner eller ångestsyndrom (Berg Johannesson & Lundin, 2007).

Parallellt med psykiska symptom är kronisk smärta högfrekvent hos traumatiserade individer. Huvudvärk, rygg- och nacksmärtor samt smärtor i extremiteterna är mycket vanliga och ofta långvariga. Smärta kan vara en direkt följd av exempelvis tortyr eller krigsskada, eller en indirekt följd av förhöjd muskelspänning. Smärta är ett komplext och multifaktoriellt problem som relaterar till fysisk inaktivitet, stress, rädsla samt negativa föreställningar kring smärtuppkomsten. Sjukgymnastik, stresshantering och avslappning är därför viktiga komplementära behandlingsmetoder vid PTSD (Cullberg, 2006).

### **Ångest och Depression**

Samsjukligheten mellan olika typer av ångestsyndrom och depressivitet är hög (Back, Waldrop & Brady, 2009; Otis et al., 2010). Som tidigare nämnts har Ginzburg, Ein-Dor och Solomon (2010) visat på att 74-80 % av de som lider av PTSD även lider av depression, ångest eller bägge delar samt att PTSD leder till depression och ångest. Vid behandling av flyktingar är kutym att PTSD sätts i fokus, vilket gör att de komorbida symptomen ofta kommer i skymundan och ej behandlas (Silove, Manicavasagar, Coello & Aroche, 2005).

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom tillhör depression och ångestsyndrom de stora folksjukdomarna i Sverige och drabbar människor i alla åldrar. Minst 25 % av alla kvinnor samt 15 % procent av alla män drabbas någon gång i livet av en behandlingskrävande depression.

Även ångestsyndrom är vanligt förekommande och uppskattningsvis drabbas 25 % av befolkningen någon gång av ångestsyndrom

(<http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/17948/2010-3-4.pdf>).

Depression och ångestsyndrom är allvarliga sjukdomstillstånd som kan innebära nedsatt livskvalitet samt stora svårigheter att klara vardagslivet. Om individen inte får adekvat behandling föreligger risk för successiv försämring med ytterligare funktionsnedsättning, långvarig sjukdom samt återinsjuknande som följd. Även ökad risk för självmordstankar, självmordsförsök och självmord föreligger. Detta är specifikt påtagligt vid svårare depressioner och ångeststillstånd.

Komorbiditet är vanligt förekommande vid depression och ångestsyndrom. Det är till exempel mycket vanligt att en person har symptom på både nedstämdhet och oro (Back, Waldrop & Brady, 2009; Otis et al., 2010). Dock saknas kunskap om effektiv behandling av samsjuklighet vid depression och ångestsyndrom, vilket gör det svårare att utarbeta korrekta behandlingsrekommendationer på gruppnivå. Många behandlingsstudier avser att undersöka komorbiditet men knyter effektskattningarna till enbart en variabel, exempelvis depression.

Samsjuklighet är en komplicerande faktor som bör tas hänsyn till vid diagnostik och behandling. En bedömning av komplett sjukdomsbild och vårdbehov skall alltid göras, och behandlare och patienten bör tillsammans noggrant identifiera och rangordna problemen. Utifrån detta kan sedan en individuell behandling utarbetas efter patientens behov.

Personer med depression och ångestsyndrom har ofta samtidig smärtproblematik och löper även större risk än normalbefolkningen att drabbas av fysiska sjukdomar. Denna prognos är ofta sämre om personen har en samtidig depression. Vad gäller överdödlighet vid depression och ångeststillstånd är skillnaden jämfört med normalpopulationen betydande (<http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/17948/2010-3-4.pdf>).

**Ångest.** Ångest är ett medfött sätt att reagera vid en hotfull situation. Känslan kan vid ångest variera från oro till känsla av panik. Fysiska symptom vid ångest är exempelvis spända muskler, hjärtklappning, andnöd och yrsel. Om en individ lider av ångest under en längre period leder detta ofta till att han eller hon blir lättirriterad samt får koncentrationssvårigheter och/eller sömnstörningar.

Svåra livshändelser skapar ofta tillfällig ångest hos människor men för vissa kan ångest vara ett patologiskt och ständigt tillstånd. Anledningen till att människor drabbas av ångest kan vara nedärvd sårbarhet eller obehagliga händelser som upplevts. Patologisk ångest kan ge upphov till att patienten kopplar ihop en ofarlig situation, till exempel att vara bland

andra människor, med en obehaglig känsla. Känslan har sin grund i en tidigare händelse, men återupplevs i en situation som i sig inte innebär en rationell fara.

Det finns ett antal psykiska tillstånd som räknas till ångestsyndrom och hit hör bland annat PTSD.

Ångestsyndrom är vanligt förekommande. Andelen individer som under en 12-månadersperiod lidit av något ångestsyndrom varierar mellan 12 % till 17 %. Var fjärde individ kommer uppskattningsvis att någon gång i livet drabbas av ångestsyndrom. Epidemiologiska studier gjorda i olika länder och kulturer visar i huvudsak likartad förekomst av de olika syndromen. Sannolikt är uppgifterna även tillämpbara på svenska förhållanden (SBU, 2005).

**Behandling av ångest.** Ångest kan behandlas på olika sätt, bland annat med psykoterapi och läkemedel. För samtliga ångestsyndrom finns behandlingsmetoder med dokumenterad effekt men med undantag för specifika fobier är effekterna av såväl farmakologisk som psykoterapeutisk behandling måttliga. Symptomen lindras men det är sällan som full symptomfrihet uppnås. Med få undantag återkommer symptomen när behandlingen avslutats (SBU, 2005).

De beteendeterapeutiska metoder som används vid behandling av ångestsyndrom är framför allt exponering och avslappning. Exponering innebär att patienter utsätter sig för den fruktade situationen, antingen stegvis eller direkt. Patienten förmås att uthärda fobiska stimuli och rädsla så länge som möjligt utan att fly från situationen.

**Depression.** Depression är ett tillstånd som många människor drabbas någon gång i livet. Det är skillnad på att vara nedstämd och deprimerad. Nedstämdhet är en vanlig reaktion på en förklarlig livssituation. Depression är en djupare och en mer ihållande känsla som existerar dagligen och i minst två veckor.

En person som är deprimerad har en negativ uppfattning om sig själv, omvärlden och framtiden. Ibland är depressionen kopplad till en livssituation men den kan även uppstå utan en tydlig anledning. Yttre händelser kan ge upphov till depression men även biologiska faktorer kan vara orsaken. Ofta samverkar olika faktorer vid depression. Variabler som kan bidra till depression är långvarig somatisk smärta, sorg och andra påfrestningar i livet. Svårigheter under uppväxten kan ge ökad sårbarhet för depression i vuxen ålder.

Det finns många symptom vid depression och svårighetsgraden varierar. Den deprimerade har ofta dåligt självförtroende samt känner sig värdelös och oönskad. Synen på framtiden är begränsad och negativ. Meningslöshet, hopplöshet, koncentrationssvårigheter, ångest, lättirritabilitet och sömnlöshet är vanligt.

Till de fysiska symptomen hör muskelsmär, hjärtklappning och andnöd. Vid svår grad av depression uppstår ofta suicidtankar och tyvärr ibland även verkställande av dessa.

I Sverige beräknas 10 % av populationen drabbas av depression varje år. Återfallsprevalensen för depression är hög; 50 % (Socialstyrelsen, 2010).

**Behandling av depression.** Beroende på orsak till samt grad av depression använder man olika behandlingsmetoder. Vid måttlig depression används samtalsterapi och medicinering och vid djupare depression kan den deprimerade få genomgå ECT- behandling (elektrokonvulsiv behandling). En viktig del av depressionsbehandling är att den deprimerade får psykoedukation kring sjukdomen, då detta ökar möjligheten för att framgångsrikt kunna hantera och behandla depressionen. Det är viktigt att patienten inte tillåts vara passiv, undvikande samt isolera sig. Man arbetar här med beteendeaktivering, där patienten försöker göra saker som han eller hon vanligtvis mår bra av.

Socialstyrelsen har rangordnat psykologisk behandling, framför allt KBT, högt vid i princip alla lindriga och medelsvåra tillstånd av depression och ångestsyndrom. Huvudskälet till detta är att KBT på både kort och lång sikt har god till mycket god effekt på symptom och funktionsnivå (Socialstyrelsen, 2010).

**Depression och ångest hos flyktingar.** Gorst-Unsworth & Goldenberg (1998) fann i sin studie av irakiska män, samtliga flyktingar i Storbritannien, att 44 % led av depression. I en studie av vietnamesiska flyktingar i Norge, fann Hauff & Vaglum (1995) depression hos 14 %. Den mycket högre depressionsprevalensen hos de irakiska männen kan relateras till kulturella effekter, grad av trauma samt grad av sociala motgångar i det nya landet. Norges bosättningsprogram för flyktingar är långt mer utvecklat än Storbritanniens samt nischat mot att minska sociala stressfaktorer för flyktingar. Vad gäller depression är lågt socialt stöd på lång sikt en mycket starkare prediktor än svårighetsgraden av trauma (Gorst-Unsworth & Goldenberg, 1998).

Eytan et al., (2007) har som vi tidigare nämnt undersökt prevalens av depression och PTSD hos 101 nyanlända vuxna asylsökanden. 33 % diagnostiserades med depression och 30 % med PTSD.

### **Behandling på RKC**

Intro Rehab är ett samarbete mellan Migrationsverket, Region Skåne, Malmö stad, Röda Korset, Komvux och Arbetsförmedlingen. Samarbetet innebär att organisationerna erbjuder introduktions- och rehabiliteringsinsatser för flyktingar i Skåne som till följd av exempelvis krig, övergrepp och tortyr lider av psykiska och fysiska symptom.

Remittering till IntroRehab görs vanligtvis av introduktionshandläggare. Behandlingen som ingår i Intro Rehab bedrivs huvudsakligen på RKC i Malmö.

På RKC erbjuds en rad olika behandlingar, exempelvis gruppbehandling, psykodynamisk terapi, KBT, psykoedukation, stresshantering och psykosociala stödinsatser. På centret arbetar specialistläkare i allmänmedicin, psykologer, socionomer, sjukgymnaster samt en bildterapeut. På RKC tillämpas ett eklektiskt förhållningssätt och psykodynamiskt perspektiv samexisterar med kognitivt beteendeterapeutiskt perspektiv. Behandlingen utgår från helhetssyn på patienten och vid sidan av symptomreducering är målet ökad livskvalitet och trygghet. År 2009 var 558 patienter aktuella för behandling på RKC. 67 % var män och 33 % kvinnor. Patienternas fem vanligaste ursprungsländerna är i fallande ordning Irak, Bosnien, Kroatien, Kosovo och Afghanistan (Eriksson, 2005).

## **Syfte**

Syftet med denna studie är att utvärdera den första behandlingsfasen av en grupp manliga flyktingar. Undersökningen avser att mäta psykisk hälsa hos gruppen mellan behandlingsstart, behandlingsavslut samt sex månader efter behandlingsavslut. Den psykiska hälsan skattades utifrån symptomen för PTSD; återupplevande, undvikande samt överspändhet. Deltagarna fick även skatta ångest och depression.

## **Metod**

### **Studiens Design**

Studiens design är av kvasiexperimentiell metod samt baserad på upprepade mätningar av den psykiska hälsan hos åtta män. Oberoende variabel utgörs av den psykiska hälsan hos männen. Beroende variabel utgörs av självskattningsformulären HSCL-25 (Parloff et al., 1954) som mäter depression och ångest samt PCL-C (Weathers et al., 1993) som mäter PTSD i form av återupplevande, undvikande och överspändhet.

### **Deltagare**

Samtliga åtta män är irakiska flyktingar som genomgått gruppbehandling på RKC i Malmö. Den yngsta i gruppen är 35 år och den äldsta 58 år. Medelvärde för deltagarnas ålder är 46,5 år och standardavvikelsen är sju. Sju av de åtta männen (87,5 %) uppfyllde vid behandlingsstart kriterierna för PTSD enligt DSM-IV. Inledningsvis var männen elva stycken men strax efter det första mättillfället (introduktionen) skedde tre bortfall.

Orsakerna är i ett av fallen praktikstart och i ett annat pappaledighet. I ett av fallen är orsaken okänd; deltagaren uteblev utan förklaring.

## Frågeformulär

Formulären beskrivs nedan.

**Post Traumatic Stress Disorder Checklist -Civilian.** PCL-C (Weathers et al., 1993) består av 17 frågor. Formuläret används för diagnostisering av PTSD. För diagnos föreligger följande tre kriterier:

- Personen måste ha symptomen återupplevande, undvikande och överspändhet.
- Cut-off-värdet 44 på totalpoängen måste uppnås.
- Symptompöängen (PTSD-poäng) på respektive delskala; återupplevande, undvikande och överspändhet, måste passeras.

Kriterierna förklaras nedan.

De 17 frågorna utgör tre delskalor, matchade mot symptomen återupplevande, undvikande och överspändhet. En femgradig skala används för att mäta hur mycket respektive symptom har besvärat respondenten under den senaste månaden. Skalan sträcker sig från "1" = "inte alls" till "5" = "extremt mycket". När skalan sammanställs beräknas graderingen som lika många poäng. De sammanlagda poängen kan därmed variera från 17 till 85. För att få minimipoäng 17 krävs att respondenten graderar samtliga frågor som "1". För maxpoäng 85 krävs att respondenten graderar samtliga 17 frågor som "5". Totalpoängen behövs för att beräkna förhållandet till cut-off-värdet; 44. För att resultatet skall vara giltigt skall minst cut-off-värdet (44) skall ha uppnåtts i totalpoäng (Blanchard et. al., 1996).

För att utveckla poängsättningen ytterligare finns det symptompöäng respektive icke symptompöäng. Dessa markerar huruvida respondentens svar är diagnostiserande eller inte. Svaren 3-5 på skalan klassas som symptompöäng och svaren 1-2 som icke symptompöäng. För att poängen för varje delskala skall adderas till poängberäkningen för diagnostiserande, krävs det på respektive skala ett bestämt minimum-antal symptompöäng. Uppnås inte minimiantalet blir poängen på delskalan automatiskt 0. Om en eller flera av de tre delskalorna ej uppfyller minimiantalet symptompöäng blir PTSD-poängen automatiskt 0. För återupplevande-skalan (fråga 1-5, maxpoäng 25) krävs för giltig delskaleskattning minst ett symptompöäng. För undvikande-skalan (fråga 6-12, maxpoäng 35) krävs minst tre



symptompoäng och för överspändhets-skalan (fråga 13-17, maxpoäng 25) krävs minst två symptompoäng (Blanchard et. al., 1996).

PCL-C används i hög grad runt om i världen, har genomgått omfattande utvärderingar och anses ha utmärkta psykometriska egenskaper gällande traumapopulationer. Formuläret används som diagnostiskt verktyg vid forskning och har här god tillämpbarhet (McDonald & Calhoun, 2010). Förutom användbarhet vid diagnostisering av PTSD beskrivs PCL-C även kunna påvisa kliniska förändringar, det vill säga bedöma graden av PTSD-symptom utan att diagnostisera (Foa, Keane, Friedman & Cohen, 2009). Det uppskattade värdet av Cronbach's alpha ligger mellan .94 (Blanchard, Jones-Alexander, Buckley & Forneris, 1996) och .97 (Weathers et al., 1993).

**The Hopkins Symptom Checklist -25.** HSCL-25 (Parloff et al., 1954) är ett väl beprövat verktyg för skattning av symptom på ångest och depression. I formuläret skattas ångest utifrån de första tio frågorna och depression utifrån resterande 15. Skattningen gäller symptom upplevda den senaste veckan. Vid bedömning av patientens tillstånd används ett totalvärde som står för sammanlagd grad av ångest och depression. De 25 frågorna besvaras genom markeringar på en skala med fyra olika graderingar där "1" = "inte alls" till "4" = "extremt mycket". Totalvärdet fås genom att man var för sig slår ihop resultaten för depressions- och ångestskalorna. Dessa två värden divideras separat med respektive antal frågor, adderas ihop och divideras slutligen med två för att få fram totalvärdet. Maxvärde för totalskalan är därmed 4 (Ventevogel, De Vries, Scholte, Shinwari, Nassery & Van den Brink et al., 2007).

HSCL-25 har god tvärkulturell validitet och är användbart i flyktingpopulationer där hög PTSD-prevalens föreligger (Tinghög, Al-Saffar, Carstensen, & Nordenfelt, 2010). Instrumentet har mestadels använts för bedömning och då med ett cut-off-värde på 1.75. Ett värde på  $\geq 1,75$  indikerar att det förekommer en depressions- och/eller ångestrelaterad psykiatrisk diagnos. Validiteten av detta kriterievärde har genom utvärderingar och i relation till olika diagnostiska psykiatriska intervjuer bedömts vara ett relativt precist cut-off-värde (Tinghög & Carstensen, 2009). Det uppskattade värdet av Cronbach's alpha ligger på .90.

## **Procedur**

Deltagarna i studien medverkar samtliga i Intro Rehab-programmet. Den utvärderade gruppbehandlingen är en obligatorisk del av detta program och utgör inledande stabiliseringsfas i behandlingen, motsvarande fas 1 enligt Herman (1997).

Den alltid närvarande tolken har tystnadsplikt och är vid samtliga tillfällen densamma.

Samtliga deltagare blev antagna på remiss från Socialförvaltningens introduktionsprogram för nyanlända flyktingar. Deltagarna kallades i grupp till ett introduktionsmöte och behandlades i samma konstellation en gång i veckan under 15 veckor.

Vid första träffen fick deltagarna information kring vad som ingår i gruppbehandlingen. De blev tillfrågade huruvida de godkände att det oidentifierade materialet användes i forskningssyfte. Det förklarades noga vad studien innebar och samtliga gav sitt samtycke. Trygghetskontraktet (se bilaga 1) förklarades och deltagarna fick veta vad som gällde angående sekretess i behandlingen. De fick även en översikt över vad som ingår i behandlingen samt syfte och mål (se bilaga 2). Efter det fick de fylla i de två formulär som använts i studien. Det resultatet utgör den första skattningen (M1). Skattning nummer två (M2) utfördes på samma sätt under behandlingens sista gång. Skattning nummer tre (M3) gjordes 6 månader efter M2. Deltagarna blev då i grupp kallade av sekreterare på RKC för att fylla i formulären. Samtliga åtta deltagare fyllde i samtliga svar och formulär vid alla skattningar. Samtliga formulär var på arabiska.

Gruppen träffades 15 gånger, varav det första tillfället var ett introduktionsmöte. Mötena skedde en gång i veckan och varade ca 2,5 timmar per gång. Samtliga möten ägde rum på RKC. Behandlingen är KBT-influerad och psykoedukativ. Deltagarna fick under behandlingen prata i grupp och sinsemellan om de fyra teman behandlingen bestod av; (1) PTSD, (2) migrationsrelaterad stress, (3) trauma (4) mansrollen/föräldrarollen i Sverige (se bilaga 2). Varje träff avslutades med 20 minuters avslappningsövningar och parallellt med behandlingen fick samtliga patienter sjukgymnastik på individuell basis. Behandlare var en psykolog samt en sjukgymnast.

### **Etiska Överväganden**

Studien omfattas av de yrkesetiska principerna för psykologer i Norden (Øvreeide, 2003). Samtliga självskattningsformulär i studien ingår i behandlingen och är även utanför studien en del av denna. Patienterna fick inledningsvis information om att deras skattningar kunde publiceras i en studie, att detta var frivilligt och att avhopp från studien inte påverkade patienternas behandling i övrigt. Samtliga åtta patienter godkände detta och gav sitt samtycke till medverkande i studien. Studiens syfte förklarades grundligt och möjlighet har också funnits för patienterna att höra av sig med frågor och förtydliganden. Denna möjlighet har dock ej utnyttjats av någon patient och inga avhopp från studien har skett. Patienterna meddelades i inledningen att alla personliga uppgifter under processen är konfidentiella och oidentifierade. Resultaten presenteras på gruppnivå och stor hänsyn har tagits till att ingen

enskild individ skall kunna identifieras.

### Dataanalys

Data har på gruppnivå analyserats med hjälp av t-test för beroende stickprov. Beroende t-test baseras på mätningarnas medelvärde (M) och utförs i syfte att fastställa huruvida signifikant skillnad föreligger mellan dessa. Detta gör man genom att parvis jämföra gruppens resultat mellan mätningarna. För dessa beräkningar användes IBM SPSS Statistics version 20.

Genom att jämföra resultaten med en normgrupp kan man utvärdera gruppens tillstånd i förhållande till en icke avvikande population. Med hjälp av cut-off-värdet kan man skilja dysfunktionell population från funktionell dylik.

*Tabell 1. Statistiska Normeringsvärden för PCL-C och HSCL-25.*

| Värde   | PTSD (total) | HSCL-25 (total) |
|---------|--------------|-----------------|
| r       | 0.97         | 0.90            |
| SD      | 11.22        | 5.49            |
| SE      | 2.74         | 1.74            |
| Sdiff   | 3.87         | 2.46            |
| Cut-off | ≥44          | >1.75           |

### Resultat

Mätningarna utfördes vid tre olika tillfällen. M1 avser första mättillfället, M2 andra mättillfället och M3 det tredje och uppföljande mättillfället. Tidsperiod mellan M1 och M2 är tre månader. M3 är utförd sex månader efter M2.

Beroende t-test användes inom samtliga delskalor för att parvis hitta signifikanta skillnader mellan de tre mätningarna. Nedan presenteras resultatet av t-testningen på gruppnivå, ordnat efter respektive variabel i PCL-C och HSCL-25. Korrelation av de bägge formulären har ej gjorts, då tidigare forskning har bevisat att ett orsakssamband föreligger mellan PTSD och depression/ångest (Ginzburg, Ein-Dor och Solomon, 2010).

Sammanfattning av patienternas resultat på gruppnivå gällande PCL-C återfinns nedan i *Tabell 2*.

Tabell 2. Deskriptiv statistik för PCL-C.

| Variabel       | Måttillfälle | N | Min  | Max | Medel | Std    | SEM    | Alpha |
|----------------|--------------|---|------|-----|-------|--------|--------|-------|
| Återupplevande | M1           | 8 | 15   | 24  | 21    | 3.338  | 1.180  | .97   |
|                | M2           | 8 | 18   | 24  | 21    | 2.330  | .824   | .97   |
|                | M3           | 8 | 5(0) | 25  | 17.25 | 7.459  | 2.637  | .97   |
| Undvikande     | M1           | 8 | 17   | 32  | 25.75 | 5.092  | 1.800  | .97   |
|                | M2           | 8 | 14   | 32  | 22.75 | 6.182  | 2.186  | .97   |
|                | M3           | 8 | 15   | 35  | 24.63 | 7.425  | 2.625  | .97   |
| Överspändhet   | M1           | 8 | 6(0) | 23  | 17.63 | 5.579  | 1.972  | .97   |
|                | M2           | 8 | 14   | 23  | 18.13 | 3.182  | 1.125  | .97   |
|                | M3           | 8 | 7(0) | 25  | 19.25 | 5.825  | 2.059  | .97   |
| PTSD-diagnos   | M1           | 8 | 0    | 74  | 55.88 | 24.462 | 8.649  | .97   |
|                | M2           | 8 | 35   | 77  | 55.75 | 14.675 | 5.188  | .97   |
|                | M3           | 8 | 0    | 83  | 47.25 | 32.654 | 11.545 | .97   |
| Total          | M1           | 8 | 40   | 76  | 64.38 | 12.188 | 4.309  | .97   |
|                | M2           | 8 | 46   | 79  | 61.88 | 10.921 | 3.861  | .97   |
|                | M3           | 8 | 29   | 85  | 61.13 | 18.742 | 6.626  | .97   |

I Tabell 2 redovisas deskriptiv statistik för samtliga variabler och måttillfällena gällande PCL-C. Reliabiliteten för PCL-C är god och ligger på en spännvidd med lägsta Cronbach's alpha .94 och högsta .97.

För att få fram totalvärdet adderas delskalevärdena. Vi har valt att använda oss av totalvärdet i variabelberäkningarna, eftersom 0-värdet ger en icke rättvisande och svårjämförbar bild av poängen.

Som tidigare nämnts kan skattningsförhållanden föreligga där poängen för delskala och därmed också PTSD-värde automatiskt blir 0. För att ge en bild av hur skattning och diagnostisering kan se ut samt förtydliga skillnaderna mellan PTSD-värde och totalvärde, har vi valt att redovisa PTSD-värdena samt i de fall där variabelvärdet blivit 0 satt nollan inom parantes.

Medelvärdet för totalpoängen ligger för samtliga tre mätningar över cut-off-värdet 44 (M1 = 64.38, M2 = 61.88 och M3 = 61.13). Inga signifikanta skillnader föreligger mellan mätningarna. Medelvärdet för totalpoängen minskar mellan M1 och M2 och ytterligare mellan M2 och M3. En ej signifikant förbättring på gruppnivå har skett.

Återupplevandeskalans medelvärden är för M1 = 21, för M2 = 21 och för M3 = 17.25. Symptomen sjunker alltså mellan M2 och M3.

Studiens enda statistiska signifikans (0.42) föreligger mellan M1 och M3. Std för M3 är jämfört med M1 och M2 förhållandevis hög. Detta kan dels bero på allmänt stor spridning i skattningarnas värden, dels att enstaka patienter skattat mycket högt eller lågt.

I *Tabell 3* nedan redovisas parvis jämförelser mellan samtliga variabler och mättillfällen.

*Tabell 3. Deskriptiv statistik för PCL-C, parvis jämförelser.*

| Variabel       | Mättillfälle | N | Medel  | Std    | t      | df | Signifikans (2-sidig) | L       | U      |
|----------------|--------------|---|--------|--------|--------|----|-----------------------|---------|--------|
| Återupplevande | M1-M2        | 8 | .000   | 2.449  | .000   | 7  | 1.000                 | -2.048  | 2.048  |
|                | M1-M3        | 8 | 3.750  | 4.268  | 2.485  | 7  | .042*                 | .182    | 7.318  |
|                | M2-M3        | 8 | 3.750  | 5.970  | 1.777  | 7  | .119                  | -1.241  | 8.741  |
| Undvikande     | M1-M2        | 8 | 3.000  | 5.606  | 1.514  | 7  | .174                  | -1.687  | 7.687  |
|                | M1-M3        | 8 | 1.125  | 5.718  | .556   | 7  | .595                  | -3.655  | 5.905  |
|                | M2-M3        | 8 | -1.875 | 4.257  | -1.246 | 7  | .253                  | -5.434  | 1.684  |
| Överspändhet   | M1-M2        | 8 | -.500  | 3.964  | -.357  | 7  | .732                  | -3.814  | 2.814  |
|                | M1-M3        | 8 | 1.625  | 3.378  | -1.361 | 7  | .216                  | -1.199  | 4.449  |
|                | M2-M3        | 8 | -1.125 | 1.342  | -.838  | 7  | .430                  | -4.299  | 2.049  |
| PTSD           | M1-M2        | 8 | .125   | 16.864 | .021   | 7  | .984                  | -13.974 | 14.224 |
|                | M1-M3        | 8 | 8.625  | 21.287 | 1.146  | 7  | .289                  | -9.171  | 26.421 |
|                | M2-M3        | 8 | 8.500  | 18.601 | 1.292  | 7  | .237                  | -7.051  | 24.051 |
| Total          | M1-M2        | 8 | 2.500  | 7.010  | 1.009  | 7  | .347                  | -3.361  | 8.361  |
|                | M1-M3        | 8 | 3.250  | 9.852  | .933   | 7  | .382                  | -4.987  | 11.487 |
|                | M2-M3        | 8 | .750   | 8.746  | .243   | 7  | .815                  | -6.562  | 8.062  |

\*.  $p < 0,05$ .

Medelvärdet mellan M1 och M2 är på återupplevandeskalan .000 och det har under behandlingen inte skett någon förändring i gruppens sammantagna psykiska hälsa. Värdet mellan M1 och M3 är 3.750, vilket innebär att en signifikant förändring skett.

I övrigt föreligger inga statistiskt signifikanta skillnader.

I Tabell 4 nedan presenteras totalvärden för HSCL-25.

Tabell 4. Deskriptiv statistik för HSCL-25.

| Variabel   | Mättillfälle | N | Min  | Max  | Medel  | Std    | SEM    | Alpha |
|------------|--------------|---|------|------|--------|--------|--------|-------|
| Depression | M1           | 8 | 2.00 | 3.53 | 2.8137 | .51108 | .18069 | .90   |
|            | M2           | 8 | 1.60 | 3.40 | 2.7450 | .63512 | .22455 | .90   |
|            | M3           | 8 | 1.73 | 3.96 | 2.7900 | .63523 | .22459 | .90   |
| Ångest     | M1           | 8 | 2.10 | 3.40 | 2.9375 | .41036 | .14508 | .90   |
|            | M2           | 8 | 2.10 | 3.30 | 2.7375 | .48972 | .17314 | .90   |
|            | M3           | 8 | 1.70 | 4.00 | 2.8750 | .74976 | .26508 | .90   |

Här redovisas deskriptiv statistik för samtliga variabler och mättillfällen gällande HSCL-25. Reliabiliteten för HSCL-25 är god och Cronbach's alpha ligger på .90. Som tidigare nämnt slår man vid skattning med detta instrument var för sig ihop resultaten för depression och ångest. Dessa två värden divideras separat med antal frågor för respektive delskala och adderas sedan för att få fram totalvärdet.

Cut-off-värdet på  $\geq 1,75$  indikerar att det förekommer en depressions- och/eller ångestrelaterad psykiatrisk diagnos. 75 % (6 av 8 patienter) av medelvärdena ligger cirka 25 % över cut-off-värdet  $\geq 1,75$  och resterande 25 % (2 av 8 patienter) tangerar cut-off-värdet. Samtliga medelvärden ligger högt i förhållande till cut-off och ångest ligger generellt högre än depression. Standardavvikelse tyder på en relativt bred spännvidd gällande svaren.

I Tabell 5 nedan redovisas parvis jämförelser mellan de bägge delskalorna och samtliga tre mättillfällen.

Tabell 5. Deskriptiv statistik för HSCL-25, parvis jämförelser.

| Variabel   | Mättillfälle | N | Medel   | t     | df | Signifikans<br>(2-sidig) | L       | U      |
|------------|--------------|---|---------|-------|----|--------------------------|---------|--------|
| Depression | M1-M2        | 8 | .06875  | .396  | 7  | .704                     | -.34182 | .47932 |
|            | M1-M3        | 8 | .02375  | .176  | 7  | .865                     | -.29494 | .34244 |
|            | M2-M3        | 8 | -.04500 | -.231 | 7  | .824                     | -.50586 | .41586 |
| Ångest     | M1-M2        | 8 | .20000  | 1.528 | 7  | .170                     | -.10960 | .50960 |
|            | M1-M3        | 8 | .06250  | .427  | 7  | .682                     | -.28347 | .40847 |
|            | M2-M3        | 8 | -.13750 | -.739 | 7  | .484                     | -.57748 | .30248 |

\*.  $p < 0,05$ .

Förändringarna är marginella och ingen statistisk signifikans föreligger mellan några av måttillfällena. Den största skillnaden föreligger mellan M1 och M2 på delskalan ångest.

## Diskussion

Studiens övergripande syfte var att undersöka hur patienter vid RKC skattat psykisk hälsa innan stabiliserande behandling, sex månader in i behandling respektive vid uppföljning tre månader efter behandling, samt huruvida det förelåg skillnader mellan dessa skattningar.

Innan en närmare diskussion kring resultaten förs, är det av vikt att poängtera att en komplett behandling på RKC i genomsnitt pågår i cirka ett och ett halvt år. De redovisade resultaten gäller enbart den första niomånadersfasen i en längre behandlingsprocess.

I princip alla patienter i studien, 87,5 %, uppfyller vid behandlingsstart PCL-C-kriterierna för diagnos PTSD. Vad gäller depression och ångest enligt HSCL-25, ligger vid behandlingsstart samtliga medelvärden långt över cut-off-värdet  $\geq 1,75$ . Jämfört med normalpopulationen är gruppens värden höga och förblir så genom alla skattningstillfällen.

Lägre grad av ackulturation är enligt Spasojevic, Heffer och Snyder (2000) relaterad till högre grad av PTSD. Den grupp vi har undersökt har en låg grad av ackulturation och detta medför höga totalvärden för PTSD. Gruppen befinner sig även i introduktionsfasen till ett nytt land. Därmed är de fyra stressdimensioner Lindencrona, Ekblad och Hauff (2007) beskriver högaktuella hos gruppen, vilket påverkar PTSD-symptomen negativt. Migrationen i sig är dessutom en potentiell stressfaktor som kan utlösa känslor av oförutsägbarhet och förlorad kontroll (Levi et. al., 1998), vilket också bidrar till en förhöjning av PTSD-värdena.

Patienternas demografiska bakgrund måste beaktas. Lindencrona, Ekblad och Hauff visar vidare i sin studie (2007) att postmigrations-stressorer är betydande för mental stress i flyktingpopulationer. De menar också att traumaexponering före migration är den faktor som har störst negativ påverkan på uppkomst av PTSD-symptomen. Den grupp vi har undersökt kommer från Irak; ett land vars historia är mycket våldsam. Ett antagande är att åtminstone delar av den studerade gruppen har utsatts för exempelvis krig och övergrepp, vilket kan leda till PTSD. Traumaexponering före flykten till Sverige kan göra att symptomen blir svåra och ihållande och att längre behandling krävs innan några signifikanta förändringar kan ses.

Vidare har som tidigare nämnts Frans, Rimmo, Åberg och Fredrikson (2005) visat på att personer som bor i Sverige och är födda utomlands löper tre gånger så stor risk att utveckla

PTSD jämfört med individer som bor och är födda i Sverige. Detta är ytterligare en förklaring till de höga värdena.

Komplex PTSD är mer svårbehandlad än PTSD och förblir oftare kronisk. Inga undersökningar har gjorts gällande komplex PTSD i den studerade gruppen och vi kan därför inte utesluta att delar av eller hela gruppen lider av detta.

Komorbiditet föreligger mellan PTSD, depression samt ångest och detta är en trolig förklaring till de höga värdena på HSCL-25.

Studiens övergripande resultat ger att nästan inga signifikanta skillnader i patienternas psykiska hälsa kunnat upptäckas mellan mätningarna men att mindre, ej signifikanta, förändringar har skett. Exempelvis har patienternas hälsoskattningar under den aktuella niomånadersperioden förbättrats vad gäller totalskalan för PTSD i PCL-C. I synnerhet har värdena för återupplevandesymptomen minskat och en signifikant skillnad föreligger på denna skala, mellan M1 och M3.

Vad gäller resultaten för HSCL-25 är skillnaderna små men trenden är att värdena för både depression och ångest förbättras något mellan M1 och M2 samt försämras något igen vid tiden för M3.

**Symptomförändringar uppmätta med PCL-C.** Patienternas skattningar har under den aktuella niomånadersperioden förbättrats vad gäller totalskalan i PCL-C, dock ej signifikant. Specifikt har värdena för återupplevandesymptomen förbättrats och en signifikant minskning föreligger på denna delskala mellan M1 och M3. De minskade symptomen på PTSD-totalen, och i synnerhet återupplevande, kan tänkas bero på att individen återfår känsla av igenkännande, kontroll, struktur och mening vad gäller livssituation och identitet, vilket ses som huvuduppgiften under den första och stabiliserande behandlingsfasen (Herman, 1997).

Medelvärdet för undvikandeskalan sjunker något mellan M1 och M2 och är vid tiden för M3 något höjt igen men inte upp till samma nivå som vid M1. Ett likadant förhållande föreligger gällande medelvärdena för överspändhetsskalan. Detta beror förmodligen på att behandlingseffekterna är störst just under behandlingen men sedan avtar.

Att värdena för undvikande sjunker under behandlingen kan bero på att patienterna öppnar sig mer och mer i interaktionen med andra och förstår att de inte är ensamma i sin sits. Det kan tänkas att patientens skadade tilltro till godhet hos andra människor sakta omvärderas i gruppbehandlingen, vilket minskar behovet av att fly undan. Att delta i behandling ger en känsla av lugn och hopp om framtiden, vilket mildrar det konstanta stresspåslaget. Ett kognitivt beteendeterapeutiskt perspektiv med fokus på symptomen ger patienten förklaringar



och redskap för hantering av både undvikande och övriga PTSD-symptom. Att genom psykoedukation få kunskap om att traumareaktioner är normala och inse att man inte är ensam i sin situation kan även det utgöra en lugnande faktor som minskar undvikandebeteendet. När den stabiliserande behandlingen avslutats är det troligt att patienterna återgår till sina undvikandemönster och att värdena för undvikande därmed stiger.

Vad gäller överspändhet råder antagligen likartade förhållanden men med andra förklarande faktorer till de minskade värdena. Sjukgymnastik kan ha lett till förbättringar i kroppen vad gäller exempelvis värk, muskelspänningar och andra fysiska skador, som även visar sig i psykisk hälsa. Förbättrad sömn och ångesthantering kan tänkas ha medföljt avslappningsövningarna, vilket genererat förbättring av överspändhet och andra PTSD-relaterade symptom.

Den studerade gruppbehandlingen berör enbart den första stabiliserande fasen av traumabehandling och utfördes på veckolig basis. Drozdek & Bolwerk (2010) har i sin *Den Bosch Model* visat på att en enda gruppsykoterapisession per vecka ej visar på signifikant minskning av PTSD-symptomen hos patienterna. Resultaten i deras studie antyder istället att effekten hos patienterna följer behandlingens intensivitet. Ett antagande är därför att våra resultat hade sett annorlunda och bättre ut om behandlingssessionerna varit mer frekventa än en gång i veckan.

**Symptomförändringar uppmätta med HSCL-25.** Inga skillnader är kliniskt signifikanta och inga valida slutsatser kan dras.

Generellt har en minskning av både depression och ångest skett mellan M1 och M2. PTSD-behandling kan ge spridningseffekter och en person med ytterligare diagnos kan uppleva lindring av depressions- och ångestsymptom, vilket har hänt här.

Båda skalornas medelvärde är något lägre vid M2 än vid M1. Vid M3 ökar medelvärdet något igen på bägge skalorna men är fortfarande lägre än vid den första mätningen. Trenden är att symptomen vid avslutad behandling har minskat för att sedan återigen öka vid tidpunkten för uppföljning. En förklaring skulle kunna vara en takeffekt i skalorna som gör det svårare att upptäcka förändringar i psykisk hälsa. Detta kan innebära att patienterna egentligen skulle ha skattat ännu högre än vad skattningsinstrumenten gav utrymme för vid den första mätningen samt att minskningen av värdena egentligen är större än vad som uppvisas i formuläret. Mer trovärdigt är dock SBU:s påstående om att symptomen lindras men att full symptomfrihet sällan uppnås samt att symptomen med få undantag återkommer när behandlingen avslutats (SBU, 2005).

Bearbetning av svåra upplevelser är ett arbete som väcker starka minnen, tankar och

känslor och möjligt är att PTSD-behandlingen tar mycket energi från patienten. Kanske hade därför istället en uppföljning vid ett senare tillfälle i behandlingen kunnat påvisa större förbättringar gällande depression och ångest. Omvända förhållanden skulle dock också kunna råda, det vill säga att depression och ångest växer sig starkare och kan/får ta mer plats efter att PTSD-symptomen har minskat.

För att avsluta resultatdiskussionen vill vi ta upp att ett större N-tal förmodligen skulle visa på fler signifikanta förbättringar i gruppen.

Vi vill även uppmärksamma att antalet studier gör gällande att PTSD, depression och ångest trots intensiv långtidsbehandling förblir kroniskt hos vissa flyktingar (Birck, 2001; Boehnlein, Kinzie, Sekiya, Riley, Pou & Rosborough, 2004; Kinzie, 2006). Med tanke på tidigare nämnda studier, forskningsresultat samt rekommendationer är dock vår slutsats och förhoppning att vår studie med stor sannolikhet skulle ge ett annat och mer positivt resultat om den utökats och förlängts till att undersöka även fas 2 och 3 av traumabehandlingen på RKC. Vi poängterar även återigen att vi tror att studiens resultat sett annorlunda ut om den stabiliserande behandlingen intensifierats till att omfatta mer än ett tillfälle i veckan.

## **Metoddiskussion**

En av studiens uppenbara begränsningar är att N-talet är lågt. Det är en liten grupp på 8 personer som har undersökts och detta får ses som en svaghet. Någon kontrollgrupp existerar ej och även detta får ses som en begränsning för studien, då det kan bibringa en försvagad power, en ökad risk för typ II-fel samt ett hot mot den interna validiteten (Shadish, Cook & Campbell, 2002).

Termen intern validitet refererar till huruvida slutsatserna kring behandlingseffekten är korrekta, det vill säga om det föreligger kausalitet mellan den utförda behandlingen och den uppmätta förändringen av symptomen. I denna studie föreligger risk för mognadseffekter samt historieeffekter. En mognadseffekt uppkommer då naturligt förekommande förändringar över tid orsakar en viss effekt. En historieeffekt uppkommer då händelser i patientens liv sker under behandlingen och ger upphov till observerad effekt. Dylika effekter är ej undersökta och vi har ej forskat i huruvida patienterna exempelvis har medicinerat under behandlingen. Vi har ej heller tagit hänsyn till vilken eller vilka andra behandlingar patienterna haft vid sidan av den studerade, vilket skulle kunna ses som ännu en begränsning.

I en forskningsdesign med upprepade mätningar, speciellt av självskattningsförfarande, föreligger risk att patienten tillvänjs vid de formulär som skall fyllas i. I vilken ordning formulären återfinns i testbatteriet kan också ha betydelse. En

spekulation från vår sida är att det är möjligt att patienterna skattar det första formuläret mer noggrant än det sista.

Klassiska hot mot validitet för självskattningsformulär är att försökspersonen bör ha insikt i det som skattas samt en välutvecklad självmedvetenhet, vilket kan vara problematiskt när simultana symptom för PTSD, depression och ångest föreligger. Risk för att svaren i ett självskattningsformulär representerar en social önskvärdhet istället för personens egenskaper föreligger. Det existerar även en risk för att symptomen överdrivs av patienterna. Dessa faktorer kan ha påverkat studiens reliabilitet men har legat utanför studiens kontroll. Det kan sålunda bara spekuleras i huruvida detta har påverkat resultatet och i så fall på vilket sätt.

Det faktum att alla resultat baserats på patienters självskattningar utan övrig hänsyn till patienternas hälsa, gör att metodisk bias utgör ett hot mot begreppsvaliditeten. En medvetenhet kring denna svaghet bör således finnas då resultaten tolkas och förstås. Studien hade troligen gett mer reliabla resultat om fler datakällor än enbart självskattningsformulär använts. Exempelvis skulle terapeutskattningar och intervjuer kunna vara bra komplement, då de skulle ha kunnat bidra med en mer kvalitativ synvinkel på patienternas upplevelse av behandlingen samt deras psykiska hälsa.

Intervjuer med behandlarna utifrån vad dessa anser vara effektivt samt mindre effektivt, skulle kunna erbjuda en fördjupad förståelse för behandlingsutfallet. Utifrån detta skulle vidare forskning kunna bidra till en djupare undersökning av övriga påverkande faktorer utanför behandlingen.

Eftersom bristande socialt stöd är en starkare predicerande faktor för depression än traumafaktorer vore det även av intresse att undersöka denna faktor och korrelera den med depression.

Gällande PCL-C anses detta i vissa studier vara ett lite "trubbigt" instrument. Exempelvis möter inte patienter som inte når upp till symptompoängen för en delskala (men kan ligga väldigt högt på de andra två) kriterierna för PTSD-diagnostisering. Därmed blir resultatet automatiskt noll och risken för att patienten nekas behandling ökar. Detta väcker frågan kring huruvida det är etiskt korrekt att diagnostisera på det här sättet. En del frågor i formulären är formulerade på ett sätt som inte fungerar i vissa kulturer. Ett exempel är fråga nr. 20 i HSCL-25, som rör suicidtankar. Suicidtankar är ur kulturell och religiös synpunkt tabu för många människor, vilket leder till upprörda känslor samt felaktiga svar på denna fråga. Begreppsförvirring kring vissa av frågorna råder dessutom, då de är väldigt lika varandra på arabiska. Flera av patienterna tyckte att de svarade på samma fråga upprepade gånger och ställde frågor kring formulären samt önskade förtydligande vilket (med risk för att

påverka svaret) ej fick ges av administratören.

En begränsning med studien är att den inte kunnat följa patienterna under en längre tid, utan att resultaten enbart utvärderat början av en längre behandlingsprocess. Det skulle givetvis vara av intresse att fortsätta följa samma patientgrupp. En uppföljning vid ett senare tillfälle under behandlingsförloppet, liksom då hela behandlingen avslutats och även en tid efter att behandlingen upphört, hade på ett mer allomfattande sätt kunnat beskriva patienternas psykiska hälsa. Ytterligare uppföljningar behövs således för att ge en rättvisande bild av behandlingsutfallet.

Etiska överväganden var en del av hela forskningsprocessen. Enligt lagen om etikprövning skall deltagare i en forskningsstudie fatta informerat beslut om deltagande (<http://www.psychology.lu.se/forskning/lag-om-etikproevning>).

Examensuppsatser behöver enligt lagen inte etikprövas men etiska principer har ändå tagits i beaktande i den här studien. Lagen om etikprövning poängterar att forskningen inte får medföra en risk för försökspersonernas hälsa, säkerhet och personlig integritet (<http://www.psychology.lu.se/forskning/lag-om-etikproevning>).

Vi har försökt försäkra oss om förutsättningar för att deltagarna skall kunna fatta ett informerat beslut föreligger. Detta genom att noggrant förklara för deltagarna vad studien innebar, besvara deras frågor konkret och sanningsenligt samt ej undanhålla information.

### **Framtida Forskning**

Tidigare studier har utvärderat varierande behandlingar för PTSD samt tagit fram kriterier för dessa (Foa, Keane, Friedman & Cohen, 2009; Vieweg, Demetrios, Fernandez, Beatty-Brooks, Hetteima & Pandurangi, 2006; Wampold och Imel, 2008). Dock yttras kritik mot dessa studier gällande för snäva inklusionskriterier samt att resultaten ej går att översätta till flyktingars komplexa verklighet (Van der Kolk, et al., 2005). Mer forskning behövs angående detta.

Vi tror att våra resultat skulle ha sett annorlunda ut om gruppen träffats två eller tre gånger i veckan istället för en och en rekommendation för framtida forskning är att om möjligt undersöka denna tes.

Vid replikering av studien rekommenderas större N-tal samt kontrollgrupp. Detta i syfte att få mer tydliga resultat, minska risken för typ II-fel samt stärka den interna validiteten.

Antalet flyktingar förväntas växa i omfång i hela världen under de kommande åren. Många flyktingar lider av PTSD och det är därför av stor vikt att dessa får tillgång till bevisat välfungerande behandling.

Till gruppen flyktingar hör individer av bägge könen men samtliga deltagare i den studerade gruppen är män. Att undersöka könsskillnader är intressant och viktigt och därmed hade det varit positivt att ha kvinnliga deltagare att jämföra med. Även andra faktorer utanför behandlingen, såsom exempelvis medicinering, deltagarnas ålder, boendeform, traumafrekvens före migration och antal månader i Sverige hade varit intressant att studera för att se om de bidragit till skillnader i resultatet. För vidare undersökning av hur dessa faktorer påverkar psykisk hälsa kan vi se värdet av kvalitativ forskning, det vill säga att gå närmare in på individnivå. Detta i syfte att undersöka bidragande faktorer till ett lyckat eller mindre lyckat behandlingsutfall.

Samtliga deltagare i studien bedöms ha en svår och mångfacetterad problematik. Det rör sig många gånger om komplex PTSD och komorbiditeten med andra problem som depression och ångest är ofta hög. Detta gör att den här typen av patienter blir svårbehandlade. Problematiken blir diffus och kanske vet man inte alltid vilken/vilka delar av den man bör behandla eller faktiskt behandlar. Gällande framtida forskning bör man därför se till att problematiken utreds noga, detta i syfte att kunna bedöma vilka behandlingsformer som är de mest korrekta.

Vi har tidigare nämnt att klassiska hot mot validitet för självskattningsformulär är bristande insikt, att svaren representerar en social önskvärdhet samt att symptomen överdrivs av patienterna. Dessa faktorer kan ha påverkat studiens reliabilitet och en rekommendation inför framtida forskning är att försöka kontrollera dem.

Intressant för kommande studier är även att en uppföljning vid senare tillfälle i behandlingen möjligtvis hade kunnat påvisa större förbättringar gällande depression och ångest men att omvända förhållanden också skulle kunna råda.

## Referenser

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental health disorders* (4:th edition). Washington DC: Author.
- Angel, B., & Hjern, A. (2004). *Att möta flyktingar* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Atkins, D. C., Bedics, J. D., McGlinchey, J. B., & Beauchaine, T. P. (2005). Assessing clinical significance: Does it matter which method we use? *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 73(5), 982-998.
- Back, S. E., Waldrop, A. E., & Brady, K. T. (2009). Treatment challenges associated with comorbid substance use and posttraumatic stress disorder: clinicians' perspectives. *The American Journal on Addictions*, 18, 15–20.
- Beltran, R. O., Llewellyn, G. M., & Silove, D. (2008). Clinicians' understanding of international statistical classification of diseases and related health, 10th revision diagnostic criteria: F62.0 enduring personality change after catastrophic experience. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 593–602.
- Berg Johannesson, K., & Lundin, T. (2007). *Vårdprogram för traumarelaterade psykiska störningar*. Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri. Uppsala Universitet. Hämtad 2013-05-22 från: <http://katastrofpsykiatri.uu.se/nyttvardprogram.pdf>
- Birck, A. (2001). Torture victims after psychotherapy —a two-year follow-up. *Torture*, 11, 55–58.
- Blanchard, E. B., Jones-Alexander, J., Buckley, T. C., & Forneris, C. A. (1996). Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behaviour Research and Therapy*, 34, 669-673.
- Boehnlein, J. K., Kinzie, J. D., Sekiya, U., Riley, C., Pou, K., & Rosborough, B. (2004). A ten-year treatment outcome study of traumatized Cambodian refugees. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 192, 658–663.
- Carlson, J. M., Mortensen, E. L., & Kastrup, M. (2006). Predictors of mental health and quality of life in male tortured refugees. *Journal of Nordic psychiatry*, 60(1), 51-57.
- Castles, S., & Miller, M. J. (2009). *The Age of Migration: International Population Movements in the Modern World*, 4:th edition, New York: Palgrave Macmillan.
- Corman, D. (2008). *Sveriges invandring och utvandring*. Lund: Studentlitteratur.

- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C., & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy*, 36(2), 119–124.
- Drozdek, B., & Bolwerk, N. (2010). Evaluation of group therapy with traumatized asylum seekers and refugees -The Den Bosch Model. *Traumatology*, 16, 117-127. DOI: 10.1177/1534765610388298.
- Eriksson, B. (2005). Intro Rehab. *Introduktion och rehabilitering i samverkan för flyktingar och andra invandrare med migrationsrelaterad stress inklusive PTSD*. Hämtad 2013-05-22 från: [www.framtidsutbildning.se/rapporter/intro1\\_f.pdf](http://www.framtidsutbildning.se/rapporter/intro1_f.pdf)
- Eytan, A., Durieux-Paillard, S., Whitaker-Clinch, B., Loutan, L., & Bovier, P. A. (2007). Transcultural validity of a structured diagnostic interview to screen for major depression and posttraumatic stress disorder among refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 723-728.
- Farm, M., & Wisung, H. (2005). *Fri från oro, ångest och fobier*. Stockholm: Forum.
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *The Lancet*, 365, 1309-1314.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J.A. (2009). *Effective treatments for posttraumatic stress disorder: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Second Edition. New York: Guilford Publications.
- Ford, J., Courtois, C.A., Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E.R.S. (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 437-449.
- Ginzburg, K., Ein-Dor, T., & Solomon, Z. (2010). Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: A 20 -year longitudinal study of war veterans. *Journal of Affective Disorders*, 123, 249–257.
- Gorst-Unsworth, C., & Goldenberg, E. (1998). Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. Trauma-related factors compared with social factors in exile. *British Journal of Psychiatry*, 172, 90-94. doi: 10.1192/bjp.172.1.90
- Gray, M. J., Litz, B. T., Hsu, J. L., & Lombardo, T. W. (2004). Psychometric properties of the Life Events Checklist. *Assessment*, 11, 330-341.

- Hageman, I., Andersen, H. S., & Jorgensen, M. B. (2001). Post-traumatic stress disorder: a review of psychobiology and pharmacotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 411–422.
- Herman, J. L. (1997). *Trauma & Recovery: The aftermath of violence - from domestic abuse to political terror*. New York, NY: Basic Books.
- Hjelm, K. (2003). *Migrationens konsekvenser för hälsan*. I J. Ekberg, (Eds.), *Invandring till Sverige – orsaker och effekter*. Växjö: Växjö University Press.
- Hollifield, M., Warner, T., Lian, N., Krakow, B., Jenkins, J., Kesler, J., Stevenson, J., & Westermeyer, J. (2002). Measuring trauma and health status in refugees: A critical review. *Journal of the American Medical Association*, 288, 611–621.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15(4), 336-352.
- Kinzie, D. J. (2006). Immigrants and refugees: the psychiatric perspective. *Transcultural Psychiatry*, 43, 577–591.
- Kivling-Bodén, G., & Sundbom, E. (2001). Life situation and posttraumatic symptoms: A follow-up study of refugees from the former Yugoslavia living in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55(6), 401- 408.
- Kleijn, W. C., Hovens, J. E., & Rodenburg, J. J. (2001). Post-traumatic stress symptoms in refugees: assessments with the Harvard Trauma Questionnaire and the Hopkins symptom Checklist-25 in different languages. *Psychological Reports*, 88(2), 527–532.
- Kooistra, B., Dijkman, B., Einhorn, T., & Bhandari, M. (2009). How to design a good case series. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 91(3), 21-26. doi: 10.2106/JBJS.H.01573
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2009). Using clinical significance in psychotherapy outcome research: The need for a common procedure and validity data. *Department of Psychology*, 19(4-5), 493-501. doi: 10.1080/10503300902849483
- Levi, L., Jablensky, A., Marsella, A.J., Ekblad, S., Jansson, B., & Bornemann, T. (1998): Refugee mental health and well-being: conclusions and recommendations. *The Mental Health and Well-being of the World's Refugees*. Washington, DC: American Psychological Association, 327-339.



- Lindencrona, F., Ekblad, S., & Hauff, E. (2007). 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. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 43(2), 121-131.
- Lund, C., & Ohlsson, R. (1994). *Från arbetskraftsimport till flyktinginvandring*. Stockholm: SNS Förlag.
- Malmö Stad. Hämtad 2013-05-22 från: <http://www.malmo.se/Kommun--politik/Om-oss/Statistik-om-Malmo/Utlandsk-bakgrund.html>
- McDonald, S. D., & Calhoun, P. S. (2010). The diagnostic accuracy of the PTSD checklist: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 30, 976-987.
- Migrationsinfo: fakta om invandring. Hämtad 2013-03-05 från: <http://www.migrationsinfo.se/migration/varlden/flyktingar/>
- Migrationsverket. Hämtad 2013-03-05 från: <http://www.migrationsverket.se/info/60.html#m>
- Moberg, V. (1949). *Utvandrarna*. Stockholm: Bonnier.
- Moberg, V. (1952). *Invandrarna*. Stockholm: Bonnier.
- Moberg, V. (1956). *Nybyggarna*. Stockholm: Bonnier.
- Moberg, V. (1959). *Sista brevet till Sverige*. Stockholm: Bonnier.
- Mollica, R., McDonald, L., Massagli, M., & Silove, D. (2004). Measuring trauma, measuring torture: Instruction and guidance on the utilization of the Harvard Program in Refugee Trauma's versions of the Hopkins symptom Checklist-25 (HSCL-25) and The Harvard Trauma Questionnaire (HTQ). *Cambridge: Harvard Program in Refugee Trauma*.
- Nationalencyklopedin. Hämtad 2013-03-05 från: <http://www.ne.se/migration/255707>
- Nikelly, A. G. (1997). Cultural Babel: The challenge of immigrants to the helping profession. *Cultural Diversity and Mental Health*, 3, 221-233.
- Otis, J., Gregor, K., Hardway, C., Morrison, J., Scioli, E., & Sanderson, K. (2010). An examination of the co-morbidity between chronic pain and posttraumatic stress disorder on U.S. veterans. *Psychological Services, In the Public Domain*, 7 (3), 126-135.
- Parloff, M. B., Kelman, H. C., & Frank, J. D. (1954). Comfort, effectiveness, and selfawareness as criteria for improvement in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 11, 343-351.

- Ponniah, K., & Hollon, S. D. (2009). Empirically supported psychological treatments for adult acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A review. *Depression and Anxiety*, 26, 1086-1109.
- Porter, M., & Haslam, N. (2001). Forced displacement in Yugoslavia: a meta-analysis of psychological consequences and their moderators. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 817-834.
- Renner, W., Peltzer, K., Salem, I., & Ottomeyer, K. (2006). Dimensions of distress in West African asylum seekers: body sensations, somatic complaints, and other culturally specific symptoms. I Ottomeyer, K. & Renner, W. (Eds.), *Interkulturelle Traumadiagnostik* (pp. 93-109). Klagenfurt: Drava Verlag.
- Rimmö, F. Ö., Åberg, P-AL., & Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 291-99.
- SBU (2005). *Behandling av ångestsyndrom, volym 1. En systematisk litteraturoversikt.* Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2005.
- Schnurr, P., Friedman, M., & Bernardy, N. C. (2002). Research on posttraumatic stress disorder: epidemiology, pathophysiology and assessment. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 877-889.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasiexperimental designs for generalized causal inference.* Boston: Houghton Mifflin Compant.
- Silove, D., Manicavasagar, V., Coello, M., & Aroche, J. (2005). PTSD, depression and acculturation. *Intervention*, 3, 46-50.
- Socialstyrelsen: Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 - Stöd för styrning och ledning. Hämtad 20 juni 2013 från:  
(<http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/17948/2010-3-4.pdf>).
- Statistiska Centralbyrån: Statistics Sweden. Hämtad 2 maj 2013 från:  
[http://www.scb.se/Pages/TableAndChart\\_\\_\\_325054.aspx](http://www.scb.se/Pages/TableAndChart___325054.aspx)
- Söndergaard, H. P., & Ekblad, S. (1998). Traumatiska belastningar hos vuxna flyktingar. När ohälsan tiger still – eller talar bruten svenska. *Läkartidningen*, 95 (13), 1415-1422.
- Söndergaard H. P., Ekblad S., & Theorell, T. (2001). Self-reported life event patterns and their relation with health among recently resettled Iraqi and Kurdish refugees into Sweden. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 189, 838-845.
- Tinghög, P., Al-Saffar, S., Carstensen, J., & Nordenfelt, L. (2010). Health among immigrants in Sweden, the association of immigrant and non-immigrant specific factors with

- mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 56, 74-93.
- Tinghög, P., & Carstensen, J. (2009). Cross-cultural equivalence of HSCL-25 and WHO (ten) wellbeing index: Findings from a population-based survey of immigrants and non-immigrants in Sweden. *Community Mental Health Journal*, 46, 65-76.
- Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: the empirical foundations of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 389–399.
- Weathers, F. W., Litz, B., Herman, D., Huska, J., & Keane, T. (1993). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity and diagnostic utility. Paper presented at the Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.
- Øvreeide, H. (2003). *Yrkesetik i psykologiskt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

## Bilagor

### Bilaga 1

#### TRYGGHETSKONTRAKT

Eftersom det är troligt att personliga tankar, synsätt, erkännanden etc. framkommer under gruppens träffar, är det nödvändigt att alla deltagare behandlar allt som sker konfidentiellt. Detta för att alla skall kunna prata fritt och känna sig trygga i gruppen. Det är viktigt att alla i gruppen förstår vikten av att respektera och hålla sig till trygghetsöverenskommelsen, som garanterar varje deltagares integritet, konfidentialitet och rätt till respekt.

Det är viktigt att ni är medvetna om samt respekterar att:

- Allt som framkommer under mötet är helt konfidentiellt. Även människor du ”alltid berättar allt för” omfattas.
- Ni rekommenderas att tala ärligt samt lyssna objektivt och öppet.
- Det är viktigt att ni respekterar informationen som delas. Den som vill prata vidare om sitt eget problem utanför träffarna bjuder själv in till samtal.
- Vara sparsamma med råd om det inte specifikt efterfrågas. Varje person har rätt till sin upplevelse.
- Gruppen inte är ett forum där djupa psykologiska problem skall lösas.
- Det är viktigt att ni visar varandra uppmärksamhet och omtanke, samt full respekt för varandras olika tankar och känslor.
- Gruppen är en religiös, politisk och sexuell frizon.
- Var och en i alla situationer har rätt att tacka nej och avstå från att delta i ett visst moment i gruppen.

## Bilaga 2

### Mansgruppen Intro-Rehab, introduktion.

Varje torsdagar (med undantag för semesterperioder, vilket meddelas i förväg) träffas vi här på RKC, mellan klockan 9 och 11. Mötena kommer att behandla följande tema:

- PTSD
- MIGRATIONSRELATERAD STRESS
- TRAUMA
- MANSROLLEN/FÖRÄLDAROLLEN I SVERIGE

Upplägget av mötena kommer att baseras på deltagarnas behov och erfarenhet. Vi kommer först att gå igenom alla teman psykoedukativt samt berätta om deras innebörd och påverkan.

Innehållet vid varje möte ser så här:

09.00 Samling och presentation av dagens agenda.

09.15 Dagens tema. Vissa teman kommer att sträcka sig över flera möten.

09.45 Paus/Fika

10.00 Dagens tema, fortsättning.

10.30 Avslappningsövning.

11.00 Avslutning.

## SYFTE OCH MÅL MED MANSGRUPPEN

### SYFTE

- Att få möjlighet till att djupare utforska nya tankegångar om sig själv och livssituationen här och nu i Sverige.
- Få egen kvalitetstid samt värdefullt utbyte med andra kring existentiella frågor.

### METOD

- Psykoedukation om trauma, migrationsrelaterad stress och ackulturation.
- Samtal, att utbyta tankar, känslor och erfarenheter om exempelvis rollen som man och förälder i ett nytt land.

### MÅL

- Egen kvalitetstid
- Att få bättre självinsikt, inse sitt eget ansvar samt känna sin kraft och styrka.
- Att förändra de värderingar, tankar och synsätt du inte vill ha kvar.
- Att växa tillsammans med andra och få känna samhörighet.
- Att förstå och därmed agera/navigera i det land vi lever i.

### VIKTIGT ATT TÄNKA PÅ

- Gruppen bygger på att samtliga deltagare kan känna respekt för sin och de andra deltagarnas integritet.