



LÄNSSTYRELSEN
VÄSTRA GÖTALANDS LÄN

Stress och trauma

En undersökning av förekomsten av
PTSD hos personer utsatta för hedersrelaterat våld

Rapportnr: 2009:20

ISSN: 1403-168X

Text: Lotte Lurie

Tryck: Tabergs tryckeri AB, 2009

Utgivare: Länsstyrelsen i Västra Götalands län, integrations- och jämställdhetsenheten

Rapporten finns som pdf på www.lansstyrelsen.se/vastragotaland under Publikationer/Rapporter.

Presentation av Lotte Lurie

Lotte Lurie är legitimerad psykolog, tidigare verksam vid mottagningen Integration & Rehabilitering och sedan 2009 vid Psykologenheten Hisingen. Lotte har under många år arbetat kliniskt med klienter med utländsk bakgrund. Hon har specialkompetens om transkulturellt behandlingsarbete och undervisar och handleder i frågor som rör hedersrelaterat våld. Lotte har tidigare undersökt förekomst av PTSD och posttraumatisk stress bland patienter i rehabiliteringssammanhang.

För kontakt, e-posta till: lotte.lurie@biskopsgarden.goteborg.se

Förord

Länsstyrelserna Stockholm, Skåne och Västra Götaland har i uppdrag från regeringen att stödja uppbyggandet av skyddat boende för ungdomar som drabbas av hedersrelaterat våld och förtryck. I linje med detta har Länsstyrelsen i Västra Götalands län sedan 2003 samverkat med kommunägda Gryning Vård AB samt de övriga länsstyrelserna.

I enlighet med regeringsuppdraget skall länsstyrelserna i storstadslänen planmässigt främja och stödja kvalitetsutvecklingen av olika slags skyddade boende. Ett centralt mått på skydds-boendenas kvalitet är, att de som skyddas får det stöd och den vård de behöver. Skyddsboenden och socialtjänsten har länge påpekat, att de som skyddas ofta mår psykiskt dåligt. Misstankar att många av dessa ungdomar kan vara utsatta för PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) har också uttalats.

Länsstyrelsen i Västra Götalands län beslutade att genomföra en särskild undersökning om förekomsten av PTSD bland dem som skyddas och ge ett bidrag till den fortsatta kartläggningen av den psykiska, fysiska och sociala hälsan hos personer som utsätts för hedersrelaterat våld. En specialistmottagning för medicinsk och psykologisk utredning och behandling ”Integration & Rehabilitering” fick i uppdrag att genomföra studien.

Rapporten behandlar flera aspekter av förekomsten av PTSD. Orsakerna bakom att detta problem förekommer diskuteras och olika förslag till åtgärder framförs. Länsstyrelsen tar här inte ställning till dessa skilda resonemang och slutsatser.

Undersökningen visar entydigt, att många som skyddas p.g.a. hedersrelaterat våld kan ha sådana traumatiska upplevelser att de drabbats av PTSD. Denna kunskap är viktig och måste leda till att dessa ungdomar erbjuds screening och kliniska utredningssamtal för att klargöra förekomst av PTSD. Svaren på sådana undersökningar bör sedan innebära att lämpligt stöd och behandling sätts in.

I Länsstyrelsens fortsatta arbete med att stärka de skyddsboendenas kvalitet kommer behovet av stöd och behandling p.g.a. PTSD att betonas. De som skyddas på grund av hedersrelaterat våld bör därmed kunna få både ett bra skydd och en god omvårdnad.

Talieh Ashjari

Mångfaldsdirektör

Integrations- och Jämställdhetsenheten

Länsstyrelsen i Västra Götalands län

Innehåll

1. Bakgrund	2
2. Sammanfattning	3
Undersökningen	3
Resultat.....	3
Förslag.....	3
3. Centrala begrepp	4
Trauma, PTSD och stress.....	4
Hedersrelaterat våld	6
Skyddsboendet	8
4. Syfte och frågeställning	8
5. Metod och genomförande	9
Instrument	9
Urval.....	10
Genomförande.....	10
Etiska överväganden	11
Statistisk bearbetning	12
6. Resultat.....	12
Formuläret <i>Personuppgifter</i>	12
SIP-formuläret.....	14
Formuläret <i>Några frågor om Dina tidigare upplevelser</i>	15
Slutsats – förekomst av posttraumatiskt stressyndrom	15
7. Diskussion	15
Reflektioner kring vissa demografiska sidofynd	16
Tänkbara orsaker till PTSD och hög stressnivå i skyddsgruppen.....	16
Påverkan på hälsa och funktionsnivå	18
Reflektioner kring bemötande, omhändertagande och behandling.....	19
Begränsningar och validitet	22
Fortsatt forskning	22
Tack!	23
Referenslista.....	24

Bilaga 1: Frågematerial

Bilaga 2: Informationsbrev till kontaktpersoner

Bilaga 3: Informationsbrev till jämförelsegrupp

1. Bakgrund

Föreliggande studie har genomförts på mottagningen Integration & Rehabilitering (IR), en specialistmottagning för medicinsk och psykologisk utredning och behandling av människor med utländsk bakgrund. Personalen består av läkare, psykologer, socionomer, sjukgymnaster m.fl. Verksamheten har funnits i femton år och bedrivs i privat regi.

Under de senaste fem åren har IR arbetat intensivt med frågor kring hedersrelaterat hot och våld, bl.a. genom behandlingsarbete med personer i skyddsboende, handledning och utbildning till personal som arbetar med målgruppen samt som representant i Länsstyrelsen i Västra Götalands läns expertgrupp, vars uppgift är att sprida information och kunskap i ämnet till berörda myndigheter.

På IR har vi under senare år kommit i kontakt med ett antal kvinnor, flickor och män som har tvingats fly och numera lever skyddat till följd av hedersrelaterat hot och våld. När vi möter de här personerna i ett kliniskt sammanhang reagerar vi dels inför hur dåligt de mår psykiskt och fysiskt och dels inför hur lite samlad kunskap det finns kring vad de bär med sig innan de flyr och hur livet deras hälsa påverkas under skydd och i separation från familjen.

Flera undersökningar har konstaterat att dessa kvinnors och mäns psykiska hälsa är klart sämre än man initialt föreställt sig, att deras psykiska hälsa är central för deras möjligheter att klara av livet i separation från familjen och att de psykiska svårigheterna i hög grad kan relateras till tidigare erfarenheter i familjen (1, 2). Vid våra kliniska kontakter har vi tidigare bl.a. undersökt förekomsten av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) hos ett mindre antal flickor, kvinnor och män och funnit att samtliga uppfyllde kriterierna för PTSD. Vi har redan tidigare uppmärksammat att diagnosen är svår och ofta missas inom sjukvården i allmänhet (3) men även inom psykiatri (4).

PTSD är ett allvarligt ohälsotillstånd som bl.a. påtagligt försämrar individens kognitiva förmågor (koncentration, minne), har en negativ påverkan på sociala förmågor med förlust av tillit till andra människor, ökad aggressivitet, lättretlighet och misstänksamhet och kan leda till fobiska tendenser, eftersom den drabbade försöker undvika situationer som påminner om traumat. En konstant förhöjd spänning i kroppen kan leda till problem med värk och det finns en klart ökad risk för depression och självmord. En person som lider av PTSD behöver därför ett anpassat omhändertagande och förhållningssätt från omgivningen och eventuellt även professionell behandling. Den drabbades beteende kan uppfattas som obegripligt och skrämmande för en omgivning som inte känner till problemen, vilket i sin tur kan leda till reaktioner som ytterligare försämrar personens hälsa.

Den här studien är en vetenskapligt genomförd undersökning av förekomsten av PTSD hos en grupp personer inom ett skyddsboende. Studien får anses vara ett bidrag till den fortsatta kartläggningen av den psykiska, fysiska och sociala hälsan hos personer som utsätts för hedersrelaterat våld, vilket på sikt kan leda till ett än mer adekvat och professionellt omhändertagande av gruppen.

I rapporten redovisas den del av undersökningen som handlar om förekomsten av PTSD. I frågebatteriet ingick även en enkät om s.k. bikulturell identitet. Resultaten av den undersökningen faller utanför denna rapport.

2. Sammanfattning

Undersökningen

Undersökningens syfte är att kartlägga hur vanligt förekommande posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är i en grupp människor som bor i skyddsboende pga. hedersrelaterat våld. Totalt 38 personer i det aktuella skyddsboendet besvarade självfyllnadsformulär gällande demografiska data, SIP (*self-rating inventory for post-traumatic stress disorder*) samt tidigare potentiellt traumatiserande upplevelser. En jämförelsegrupp bestående av 50 studenter med utländsk bakgrund besvarade samma frågor.

Resultat

I skyddsgruppen uppfyller 71 procent kriterierna för PTSD. I jämförelsegruppen var antalet 20 procent ($p < 0,0001$). Grupperna skiljer sig åt med statistisk signifikans både vad gäller antal symtom på posttraumatisk stress och antal potentiellt traumatiserande upplevelser. Demografiska förhållanden som kan öka risken för traumatisering (tillhörighet till minoritetsgrupp i hemlandet respektive att man emigrerat pga. krig eller förföljelse) var också signifikant vanligare i skyddsgruppen än i jämförelsegruppen. Som bifynd konstaterades att det i båda grupperna fanns ett signifikant samband mellan ökande antal potentiellt traumatiserande upplevelser och sannolikheten att drabbas av PTSD.

Förslag

Den höga förekomsten av PTSD och posttraumatisk stress i skyddsgruppen visar en allvarlig ohälsa som riskerar att få fysisk, psykisk, social och funktionsmässig negativ påverkan på dem som drabbas. Att först tvingas fly från familjen och sedan tvingas leva skyddat innebär en omfattande livsomställning på flera olika områden, vilket i sig skapar en förhöjd livsstress i vardagen. Posttraumatisk stress och PTSD minskar sannolikt förmågan att anpassa sig till de nya livsvillkoren.

Rutinmässig screening av PTSD och posttraumatisk stress hos personer som söker hjälp pga. hedersrelaterat våld föreslås. Omhändertagandet och bemötandet av personer som lider av posttraumatisk stress och PTSD bör genomsyras av en förståelse för de uttryck och svårigheter som är förknippade med tillståndet. Personalen bör ha grundläggande utbildning

och därtill regelbunden handledning. Det är också viktigt att erbjuda professionell behandling till dem som behöver och vill ha det.

3. Centrala begrepp

Trauma, PTSD och stress

Med en traumatisk händelse menas en mycket stark, oväntad, plötslig händelse som innebär död, hot om död eller allvarlig skada eller hot mot den fysiska integriteten gällande den egna personen eller någon annan. När den som är utsatt upplever en överväldigande rädsla, hjälplöshet eller skräck i situationen drabbas hon av ett *psykiskt trauma*. Exempel på traumatiska händelser kan vara misshandel, våldtäkt, krigsupplevelse, trafikolycka eller överfall. De psykiska, fysiska och sociala konsekvenserna av en sådan händelse kan bli omfattande.

Den vetenskapliga forskningen om posttraumatisk stress var länge sporadisk och osammanhängande (5). Det var först 1980 som man i DSM-III (6) beskrev en samlad, strukturerad diagnostik av psykiatrisk patologi till följd av traumatiska händelser. Diagnosen benämndes PTSD (*post-traumatic stress disorder*). I dag är forskningen i ämnet intensiv.

PTSD innebär att den drabbade har symtom som kan klassificeras i tre olika grupper: återupplevande, undvikande och förhöjt spänningstillstånd/förhöjd vakenhet.

1. Återupplevande

Symtom på återupplevande innebär att man drabbas av ofrivilliga minnesbilder av den traumatiserande händelsen, dvs. det man helst vill glömma och slippa tänka på. Minnesbilderna, s.k. *flashbacks*, kan dyka upp i mardrömmar men också i vaket tillstånd, ibland som en film där händelseförloppet spelas upp framför den verklighet man just nu befinner sig i.

Minnesbilderna är obehagliga och åtföljs av de fysiska, känslomässiga och tankemässiga reaktioner som var aktiva när traumat inträffade, vilka präglas av ångest och vanmakt. Det innebär att man kan uppleva sig kastad tillbaka i situationen helt och hållet och man förmår inte ställa sig utanför situationen för man har varken tillgång till sin kropp, sina tankar eller sina känslor för att bemästra minnet. De återupplevda minnena behöver inte vara i form av bilder, utan det kan handla om lukter, ljud eller andra sinnesförmimmelser.

Återupplevandesymtomen aktiveras ofta av något i den nuvarande omgivningen som påminner om den traumatiska händelsen. Det kan vara nyhetsutsändelser om krig och våld men även mer subtila signaler som t.ex. en doft, en årstid eller en viss typ av musik. Ibland kan man inte se något samband alls, utan symtomen slår till utan att personen medvetet kan identifiera någon association i situationen.

2. Undvikande

Undvikandesymtom kan både ses som ett sätt att skydda sig mot situationer som kan väcka minnena av traumat till liv och som ett försök att ha bättre kontroll över sina känslor. Man undviker kanske att se på tv för att slippa riskera att se bilder som påminner om traumat eller så undviker man kanske att gå till affären för att slippa riskera att möta en man som påminner om förövaren etc. Umgänge och närhet till andra människor kan bli svårt och skrämmande, eftersom detta är situationer där man saknar kontroll över vad som sker och vilka känslor det kan väcka. Konsekvensen blir att man isolerar sig från andra människor och från sysselsättningar som man tidigare var intresserad av. Livet blir innehållsfattigt och tomt. Känslan av meningslöshet ligger nära.

3. Förhöjt spänningstillstånd/förhöjd vakenhet

Att vara ständigt beredd på faror, beredd att försvara sig, beredd på att katastrofen kan inträffa när som helst innebär en allmänt förhöjd vakenhet i hela organismen. Det gör att man kan ha svårt att sova, att man vaknar vid minsta ljud, att man har kort stubin och är mer aggressiv än tidigare, att man tenderar att känna sig hotad utan orsak, att man är mer rastlös etc. Minnet och förmågan att koncentrera sig blir sämre, eftersom man har svårt att koppla bort stimuli i omgivningen. Den förhöjda spänningen leder till trötthet pga. sömnbrist, värk och spänningstillstånd i kroppen etc.

För att uppfylla kriterierna för diagnosen PTSD enligt DSM-IV skall en person ha drabbats av ett psykiskt trauma och lida av en viss kombination av de tre symtomen: minst ett symtom på återupplevande, minst två symtom på förhöjd spänning och minst tre symtom på undvikande. Symtomen skall dessutom ha funnits i mer än en månad och visa sig i form av synbar stress och negativ påverkan i sociala, arbetsmässiga och andra sammanhang.

För vissa människor finns besvären under en akut, kortare period och klingar av med tiden (s.k. akut PTSD), men har symtomen funnits i mer än tre månader betraktas tillståndet som kronisk PTSD.

De flesta människor som utsätts för traumatiska händelser och psykiska trauman utvecklar inte full PTSD, men kan ändå lida av posttraumatisk stress i olika omfattning. Man kan alltså ha mycket besvärliga posttraumatiska symtom enligt ovanstående utan att uppfylla kriterierna för PTSD och man kan ha upplevt traumatiska händelser utan att lida av posttraumatisk stress eller PTSD. Risken att utveckla PTSD ökar med antalet trauman, dvs. ju fler trauman individen själv och anhöriga har upplevt, desto större är risken att drabbas av PTSD (7).

Försök har gjorts att identifiera olika sociala och psykologiska riskfaktorer för PTSD, men forskningen på området har inte funnit några generaliserbara samband mellan exempelvis kön, utbildningsnivå eller anknytning som skulle kunna förutsäga utvecklandet av PTSD. Däremot har man funnit en viss ökad sårbarhet hos människor som tidigare lidit av psykisk ohälsa, utsatts för misshandel under barndomen och med tidigare förekomst av

psykisk ohälsa i familjen. De viktigaste påverkansfaktorerna sågs dock under och efter traumaexponeringen i form av allvarlighetsgrad på traumat, avsaknad av socialt stöd samt annan livsstress. Dessa faktorer ökar risken att utveckla PTSD (8).

Det finns en stark och livslång komorbiditet (samtidig annan sjukdom) mellan PTSD och andra psykopatologiska tillstånd såsom depression, panikångest, fobier eller missbruk. I en undersökning av PTSD hos kvinnor förelåg ett samband mellan PTSD och andra psykiatriska tillstånd hos 73 procent av kvinnorna (9). Flera studier har också påvisat en signifikant ökad förekomst av självmordsbeteende hos människor som lider av PTSD (10, 11).

Även en ökad risk för somatiska sjukdomar följer med PTSD-diagnosen, t.ex. olika värdetillstånd eller hjärt-kärlsjukdom (12).

Förekomst

Frans m.fl. undersökte förekomsten av PTSD i en normalbefolkning i Sverige och fann att 7,4 procent av kvinnorna och 3,6 procent av männen beräknas drabbas av PTSD någon gång under sin livstid (13). En annan undersökning kartlade förekomsten av PTSD bland patienter på en öppenspsykiatrisk mottagning i Stockholmsområdet. Patienterna jämfördes också gruppvis; en grupp svenskfödda patienter jämfördes med en grupp patienter med utländsk bakgrund (7). Man fann att 77 procent av samtliga patienter hade upplevt flerfaldiga traumatiska händelser. Av de utländsfödda patienterna uppfyllde 55 procent kriterierna på PTSD, motsvarande siffra för de svenskfödda patienterna var 29 procent.

Hedersrelaterat våld

Något om begreppet heder

Hedersbegreppet har gemensamma historiska rötter i Europa och Mellanöstern. I många fall har mannens heder förbundits med kvinnornas sexualitet och en förlorad heder har krävt handlingar på liv och död för att återupprättas (14).

Utvecklingen har dock gått åt skilda håll i olika delar av världen. I stora delar av Europa förändrades hedersbegreppet under upplysningstiden och begreppet har i västvärlden kommit att beteckna en egen, inre känsla hos individen av att t.ex. agera moraliskt rätt. Individen kan därmed ha en känsla av heder oberoende av omgivningens bedömning.

I många delar av världen utanför västvärlden är däremot hedersbegreppet, liksom tidigare i Europa, av mer kollektiv karaktär och knutet till individens/familjens/klanens *anseende hos omgivningen*. Hedern upprätthålls genom att man följer en samling klart definierade och avgränsade normer och beteenden som råder i det sammanhang och det samhälle man lever i och tillhör.

I ett kollektivistiskt samhälle får individen inte sin trygghet från välfärdsstaten, utan i stället erbjuds den ekonomiska och sociala tryggheten av familjen/släkten/gruppen.¹ Systemet bygger på och skapar ett starkt ömsesidigt beroende mellan gruppen och individen, där gruppens status ger individen styrka. Exempelvis är det en bra referens att tillhöra en familj med gott anseende när man söker arbete. Samtidigt är gruppens rykte beroende av att medlemmarna lever upp till normerna. Gruppen är den enhet som visas utåt mot det omgivande samhället och mot andra grupper, till skillnad från i t.ex. det svenska samhället, där individen är den ”minsta beståndsdel” i samhället - socialt, psykologiskt, juridiskt och ekonomiskt – med en direkt och egen relation av rättigheter och skyldigheter gentemot staten.

De normer som upprätthåller hedern i ett mer kollektivistiskt samhälle, den s.k. hederskoden, kräver bl.a. att mannen skall ha kontroll över gruppens kvinnors sexuella beteende. Det är mannen som har hedern och det är han som kan förlora den, vilket då drabbar hela gruppen. Hedern är av absolut karaktär och har man förlorat sin heder bemöts man av förakt från omgivningen. En gruppmedlems agerande kan rasera hedern för hela gruppen och då måste de handlingar som krävs för att återupprätta hedern genomföras. Dessa handlingar kan innefatta ökad kontroll och krav på att det förbjudna beteendet upphör, förskjutning, hot, psykisk och fysisk misshandel eller mord.

Hedersrelaterat våld utövas i vissa samhällen och i delar av samhällen i stora delar av världen. Människligheten har en lång historia av denna typ av våld, oberoende av religion.

Hedersrelaterat våld

Det tycks inte finnas någon entydig och koncis definition av begreppet hedersrelaterat våld. Den definition som har presenterats i en rapport från Länsstyrelsen i Stockholms län är praktiskt och konkret inriktad (15) och i det här sammanhanget bedöms den som relevant för att beskriva de situationer som de aktuella personerna i undersökningen utsatts för.

Definitionen lyder:

- Våldet ses och uttalas av kollektivet som en legitim, oundviklig handling för att straffa kvinnors olydnad, bevara familjens heder och värna om släktens sociala överlevnad.
- Hederstänkandet har en avgörande roll som tydligt skiljer de här brotten från andra former av patriarkalt våld mot kvinnor och flickor.
- Våldet är planerat.
- Våldet är kollektivt sanktionerat och beslutat, i vissa fall även kollektivt utövat.
- Förövarna beskyddas av merparten av släkten/kollektivet.

¹ Hädanefter används ordet ”gruppen” för att beteckna familjen/släkten/klanen/stammen etc.

- Våldet kan drabba individer av kvinnokön från det att de blir könsmogna, dvs. från ca tolv-tretton års ålder och under resten av livet.
- Våldet är framför allt *psykiskt* (kränkning, skuld-skambeläggning, förodmjukelser, nedvärdering, undandragen kärlek och omsorg, förföljelse, hot) och *socialt* (isolering, förbud mot att delta i normala aktiviteter i samhället, tvång till avvikande klädsel, avvikande beteende, deprivation/ekonomisk nöd, ofrivilligt bortförande).
- I förlängningen är våldet ofta även *sexuellt* (tvång till oönskat sex och/eller sex med okänd/oönskad person genom ofrivilligt äktenskap) och *fysiskt* (från örfil till mord).
- Våldet kan även drabba pojkar och unga män om de allierar sig med eller på något annat sätt stödjer eller beskyddar en flicka eller kvinna som inte fogar sig.
- Ett rykte kan vara tillräckligt skäl för bestraffning.
- Våldet kan även utövas mot individer av bägge kön på grund av sexuell läggning som av kollektivet utdöms som avvikande och mot kvinnor som inte är fruktsamma.

Skyddsboendet

Det skyddsboende som ingår i undersökningen drivs av *Gryning Vård AB*, som är landets största företag inom hem för vård och boende (HVB). Företaget ägs av Göteborgsregionens och Fyrbodals Kommunalförbund samt kommunförbunden i Skaraborg och Sjuhärad. Den verksamhetsgren som består av skyddsboende för människor som utsätts för hedersrelaterat våld och förtryck har byggts upp och utvecklats sedan 2003, då regeringen påbörjade sin satsning för uppbyggnad av verksamheter till stöd för kvinnor som utsätts för hedersrelaterat våld.²

Skyddsboendet tar emot personer på uppdrag av socialtjänsten och man erbjuder stöd i form av bl.a. olika skyddade boendalternativ, skyddade personuppgifter, kontaktperson, praktisk och social hjälp samt psykologisk och medicinsk konsultation och behandling vid behov. Det finns inga begränsningar vad gäller kön eller ålder hos de personer som skyddas, utan man tar emot alla som är utsatta för hedersrelaterat våld och hedersrelaterad kontroll. I ett tidigt stadium av omhändertagandet kartläggs individens tidigare livserfarenheter med särskilt fokus på utsatthet för kontroll och våld i hederns namn. Vidare görs en hotbildsanalys, vilken används som grund för rekommendationer om fortsatta skyddsåtgärder.³

4. Syfte och frågeställning

Det övergripande syftet med denna undersökning är att bidra med ökad kunskap om de skyddades psykiska hälsa och därmed också till

² Se (1) för en utförlig mer beskrivning av skyddsboendets organisation och arbete.

³ Arbetet bygger på manualen *Våld och kontroll i hederns namn*, som tagits fram av Gryning vård AB:s skyddsboende, Stockholms stads skyddade boende och stöd- och rådgivningscenter samt fil.dr Åsa Eldén.

utvecklingen av omhändertagandet. De specifika frågeställningarna har varit:

- Hur vanligt är PTSD bland personer som får hjälp av skyddsboendet?
- Är PTSD vanligare bland personer i skyddsboendet jämfört med personer som inte lever i skyddsboende och som inte har kända problem med hedersrelaterat våld?

5. Metod och genomförande

Instrument

För att få en uppfattning om vissa demografiska data för gruppen sammanställdes ett formulär med frågor om personlig bakgrund (se bilaga 1 – *Personuppgifter*). Formuläret består av elva frågor om ålder, kön, födelseland (eget respektive föräldrarnas), eventuell tillhörighet till en minoritetsgrupp, föräldrarnas utbildningsnivå, boendeförhållanden i hemlandet (stad eller landsbygd), religionstillhörighet, vistelsetid i Sverige, emigrationsorsak och hur länge personen varit på flykt från familjen.

Valet av just dessa frågor styrdes av två huvudsakliga faktorer:

- behovet av en demografisk bakgrundsbeskrivning
- kartläggning av i vilken grad potentiellt traumatiserande erfarenheter i form av minoritetsgruppstillhörighet eller emigration pga. krig eller förföljelse förekom i gruppen.

Studien har en kvantitativ frågeställning som har undersökts med hjälp av ett självskattningsformulär för PTSD – *self-rating inventory for post-traumatic stress disorder* (SIP) (16). I SIP uppmanas de svarande att ange i vilken grad man varit påverkad av ett antal symtom under de senaste fyra veckorna. Formuläret beskriver 22 olika symtom och man kan välja mellan fyra olika svarsalternativ: *inte alls* – *något* – *mycket* – *extra mycket*.

Samtliga symtom kan hänföras till någon av de tre kategorier som ingår i diagnosen PTSD enligt DSM-IV, dvs. återupplevande, undvikande eller förhöjd spänning. Vid sammanställningen av resultaten räknas de svar som anger *mycket* eller *extra mycket*. Kategoriseringen och kriterierna för att uppfylla diagnosen PTSD följer riktlinjerna i DSM-IV, vilket innebär att det krävs minst ett symtom på återupplevande, minst två symtom på förhöjd spänning och minst tre symtom på undvikande.

I SIP efterfrågas enbart symtom på posttraumatisk stress utan koppling till något specifikt trauma, men för att uppfylla kriterierna på PTSD enligt DSM-IV krävs även att personen har varit med om en allvarlig traumatisk händelse och reagerat starkt känslomässigt. Därför användes ytterligare ett formulär med frågor om tidigare upplevelser: *Några frågor om Dina tidigare upplevelser*. De nio första frågorna i detta formulär berör huruvida personen själv har varit utsatt för allvarliga, traumatiska händelser, såsom

allvarliga olyckor, misshandel, hot mot livet, sexuella övergrepp eller förlust av anhörig pga. olycka eller våld. Svartalativen är *ja* eller *nej*. I fråga tio får man möjlighet att fritt komplettera med någon annan händelse som personen har upplevt som likartat upprörande.

Därefter följer tio identiska frågor, men denna gång gällande huruvida någon familjemedlem eller nära vän har haft dessa upplevelser. Frågeformuläret följer exemplifieringen på traumatiska händelserna i DSM-IV och har använts i tidigare forskning om PTSD (17).

En vanlig klinisk erfarenhet är att personer med PTSD beskriver egna symtom på PTSD utan att medvetet kunna associera dem till någon särskild händelse eller något särskilt trauma. Styrkan i det traumatiska minnet är så våldsamt att individen psykologiskt försvarar sig mot det genom s.k. dissociation, minnet spjälkas av från medvetandet men återkommer i form av olika symtom, t.ex. *flashbacks* och mardrömmar. Denna dynamik beskrevs av Janet redan på 1880-talet (18). Att länka symtomen till ett trauma kan då bli en psykologisk process i sig, vilket talar för att ett instrument med separat symtomrapportering kan vara en fördel jämfört med ett där symtom och trauma kopplas ihop.

Urval

Som undersökningsgrupp valdes flickor, kvinnor och män som fick hjälp inom Gryning Vårds skyddsboende i Västra Götalands län hösten 2006 – vintern 2007. Jämförelsegruppen bestod av studenter med utländsk bakgrund på gymnasiet eller inom vuxenutbildning i Göteborgsområdet under samma tidsperiod.

Genomförande

En överenskommelse träffades med skyddsboendet om att genomföra undersökningen. Av praktiska och etiska skäl beslöt vi att skyddskonsulenterna skulle förmedla materialet till de skyddade personerna samt att respektive kontaktperson skulle närvara vid ifyllandet, vara beredd på att svara på frågor samt prata med personen om innehållet, tankar och känslor efteråt.

Frågematerialet bestod av följande delar (se bilaga 1):

- ett brev med information om bakgrund till och syftet med undersökningen, instruktioner samt kontaktuppgifter till IR
- Formuläret *Personuppgifter* – 11 frågor om personliga fakta, t.ex. ålder, födelseland, år för ankomst till Sverige
- bikulturell identitetsintegration (*bicultural identity integration scale*), analys av dessa data ingår inte i denna rapport
- SIP, *self-rating inventory for post-traumatic stress disorder*, 22 frågor

- formuläret *Några frågor om Dina tidigare upplevelser* – 20 frågor om egen respektive anhörigs eller nära väns utsatthet för potentiellt traumatiserande upplevelser.

Ett separat brev med information till kontaktpersonen på skyddsboendet förmedlades också (se bilaga 2).

För att få fram en jämförelsegrupp kontaktades gymnasieskolor och vuxenutbildning i Göteborg med en hög andel studenter med utländsk härkomst. Flera lärare såg möjligheten att få sammanhanget runt undersökningen presenterad för studenterna som ett positivt tillskott till undervisningen och välkomnade vår medverkan. Efter en presentation och diskussion om undersökningen besvarade intresserade studenter frågorna klassvis. Samma frågor ställdes till jämförelsegruppen som till skyddsgruppen med uteslutande av fråga 11. *När flydde du hemifrån?* i frågeformuläret *Personuppgifter*. Ett särskilt informationsbrev riktat till jämförelsegruppen utformades också (se bilaga 3).

Svaren bearbetades inför den statistiska beräkningen. PTSD-diagnosen ställdes manuellt utifrån SIP och enkäten om tidigare potentiellt traumatiserande upplevelser.

Etiska överväganden

Formulären fylldes i anonymt och förmedlingen sköttes av skyddskonsulenterna, så vi hanterade aldrig några namn. Frivilligheten betonades. Som grupp har personerna i skyddsboendet blivit föremål för ett flertal undersökningar och utvärderingar, vilket kan tänkas vara påfrestande och känslomässigt dränerande eftersom man befinner sig i en utsatt livssituation och frågorna är av intim karaktär. Men eftersom det inte fanns någon direktkontakt mellan testpersonen och IR i själva undersökningssituationen hoppades vi kunna eliminera risken för att personen skulle känna sig pressad att besvara frågorna.

Frågor om psykiatriska symtom och trauman är potentiellt upprörande, varför kontaktpersonen introducerade materialet, var närvarande vid ifyllandet och fanns till hands efteråt för stöd och samtal.

Inom jämförelsegruppen erbjöds samtliga fri psykologisk konsultation på IR om man skulle uppleva obehag efter undersökningen. Denna möjlighet användes av en person.

Statistisk bearbetning

För att studera det statistiska sambandet mellan skilda symptom och erfarenheter användes Spearmans korrelationskoefficienter. Jämförelser mellan skyddsgruppen och jämförelsegruppen gjordes med *Wilcoxon two sample test*, *chi²* eller *Fisher's exact test* med tillhörande signifikansnivåer, $p < 0,05$.

6. Resultat

Av 46 utdelade formulär i skyddsgruppen återlämnades 38 besvarade. Bortfallet uppgick således till 18 procent. I jämförelsegruppen samlades 50 ifyllda formulär in.

Formuläret *Personuppgifter*

Sammanställning från formuläret *Personuppgifter* visar följande demografiska beskrivning av grupperna.

Ålder och kön

Skyddsgruppen

- 76 procent av skyddsgruppen var kvinnor/flickor, 24 procent var män/pojkar.
- Åldersspannet var 14 till 42 år (medianålder 19,5 år). 26 procent var minderåriga, dvs. under 18 år.

Jämförelsegruppen

- 80 procent var kvinnor, 16 procent var män (4 procent svarade inte på detta).
- Åldersspannet var 17 till 66 år (medianålder 19 år).

Ursprungsland

Skyddsgruppen

- 37 procent var födda i Mellanöstern (Irak, Iran, Libanon, Turkiet).
- 24 procent var födda i f.d. Jugoslavien (Kosovo och Bosnien).
- Den största enskilda gruppen var född i Kosovo, 21 procent.
- 18 procent var födda i Sverige.
- Övriga födelseländer var Somalia, Etiopien, Sri Lanka och Togo.
- Föräldrarnas födelseländer fördelade sig på liknande sätt med en skillnad; endast en förälder var född i Sverige.

Jämförelsegruppen

- 28 procent var födda i Mellanöstern (Irak, Iran, Libanon, Turkiet).
- 10 procent var födda i f.d. Jugoslavien (Kosovo och Bosnien).
- Den största enskilda gruppen var född i Iran, 16 procent.
- 14 procent var födda i Sverige.
- Övriga födelseländer var bl.a. Somalia, Etiopien, Portugal och Polen.

- Föräldrarnas födelseländer fördelade sig på liknande sätt. En förälder var född i Sverige. De personer i jämförelsegruppen som var födda i Sverige har i hög utsträckning föräldrar födda i Östeuropa.

Tillhörighet till minoritetsgrupp i hemlandet

(Andel av respektive grupp i procent)

	Skyddsgruppen	Jämförelsegruppen	p
Tillhörde minoritetsgrupp	35 %	16 %	<0,05
Tillhörde ej minoritetsgrupp	65 %	84 %	

Svarsbortfallet kring vilken minoritetsgrupp man tillhörde var så omfattande att frågan ströks.

Föräldrarnas högsta utbildningsnivå

(Andel av respektive grupp i procent)

	Skyddsgruppen	Jämförelsegruppen	p
	<i>Förälder 1</i>	<i>Förälder 1</i>	
Ingen alls	29 %	4 %	<0,0008
Grundskola	24 %	20 %	
Gymnasium	32 %	46 %	
Högskola	13 %	30 %	
Svar saknas	3 %	-	

Svarsbortfallet för förälder 2 var så omfattande att en statistisk jämförelse är meningslös.

Familjens ursprungliga urbaniseringsnivå

(Andel av respektive grupp i procent)

	Skyddsgruppen	Jämförelsegruppen	p
Landsbygd	25 %	10 %	<0,02
Både stad och landsbygd	31 %	23 %	
Stad	44 %	67 %	

Religionstillhörighet

(Andel av respektive grupp i procent)

	Skyddsgruppen	Jämförelsegruppen	p
Muslim	89 %	58 %	<0,005
Kristen	8 %	25 %	<0,05
Annan	3 %	17 %	

Vistelsetid i Sverige

- Skyddsgruppen hade varit i Sverige i
- 1–26 år (mediantid 10 år).
- I jämförelsegruppen var motsvarande tidsspann 1–38 år (mediantid 10 år).

Orsak till emigration

(Andel av respektive grupp i procent)

	Skyddsgruppen	Jämförelsegruppen	p
Krig	46 %	32 %	<0,05
Förföljelse	13 %	2 %	
Ekonomi	3 %	4 %	
Anknytning	11 %	32 %	
Annan	27 %	30 %	

Statistisk signifikans beräknas på skillnaden mellan grupperna vad gäller potentiellt traumatiserande orsaker till emigration, dvs. krig eller förföljelse, jämfört med övriga orsaker.

Hur länge har man levt åtskild från familjen

(Frågan gäller endast skyddsgruppen)

- Personerna i skyddsboendet har levt åtskilda från familjen under en tid av 1–62 månader (mediantid 9,5 månader).

SIP-formuläret

Nedan är summerat svaren *mycket* eller *extra mycket* för samtliga symtom, oavsett kategori. Av denna summering kan man inte uttala sig om diagnosen PTSD, men den kan ses som ett mått på graden av besvär av posttraumatisk och annan stress.

Antal symtom (minst 0 – högst 22)

(Andel av respektive grupp i procent)

	Skyddsgruppen	Jämförelsegruppen	p
0–8 symtom	24 %	82 %	<0,001
9–14 symtom	32 %	18 %	
15–22 symtom	44 %	-	

Formuläret *Några frågor om Dina tidigare upplevelser*

Självupplevda respektive anhörigas potentiellt traumatiserande händelser

(Andel av respektive grupp i procent)

	Skyddsgruppen		Jämförelsegruppen	
	Egna	Anhörigas	Egna	Anhörigas
0 händelser	-	6 %	50 %	27 %
1–3	54 %	32 %	35 %	24 %
4–6	40 %	44 %	13 %	16 %
7–10	6 %	18 %	2 %	26 %

Skillnaderna mellan grupperna är statistiskt signifikant: egna trauman ($p < 0,001$), anhörigas trauman ($p < 0,02$) respektive det totala antalet trauman ($p < 0,0001$).

Slutsats – förekomst av posttraumatiskt stressyndrom

Förekomst av PTSD i skydds- respektive jämförelsegruppen

(Andel av respektive grupp i procent)

	Skyddsgruppen	Jämförelsegruppen	p
PTSD	71 %	20 %	$< 0,0001$
Ej PTSD	29 %	80 %	$< 0,0001$

Det finns statistiskt signifikanta samband mellan å ena sidan förekomsten av PTSD och å den andra sidan var och en av de tre faktorerna: *antal egna trauman* ($p < 0,0001$), *anhörigtrauman* ($p < 0,0001$) respektive *sammanslagning av egna och anhörigtrauman* ($p < 0,0001$).

7. Diskussion

Syftet med denna undersökning har varit att ta reda på i vilken omfattning personer som lever i skyddsboende pga. hedersrelaterat våld lider av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) samt jämföra resultaten med en grupp som lever utanför skyddsboende.

Resultaten visar en mycket hög förekomst av PTSD i skyddsgruppen (71 procent) och en statistiskt signifikant lägre förekomst i jämförelsegruppen (20 procent). Den generella stressnivån, mätt i antal symtom på SIP-skalan, är också signifikant högre i skyddsgruppen jämfört med jämförelsegruppen.

Dessutom visar undersökningen att samtliga i skyddsgruppen har varit med om minst en potentiellt traumatiserande händelse samt att antalet egna och anhörigas potentiellt traumatiserande upplevelser är signifikant fler i skyddsgruppen jämfört med i jämförelsegruppen.

Reflektioner kring vissa demografiska bifynd

Skyddsgruppen består till drygt en fjärdedel av barn och ungdomar under 18 år respektive till nästan en fjärdedel av personer av manligt kön. Det finns en medvetenhet om att hedersrelaterat våld inte enbart drabbar kvinnor, men det kan ändå vara värt att uppmärksamma att barnperspektivet måste vara centralt i omhändertagandet liksom beredskapen att möta pojkars/mäns behov.

Etniskt sett härstammar den största enskilda gruppen i skyddsgruppen från Kosovo, vilket visar att hedersrelaterat våld är en realitet även bland immigrantgrupper med rötter i Europa. En stor majoritet (75 procent) av skyddsgruppen kommer dessutom från familjer som har levt i stadskultur, vilket bekräftar att hedersrelaterat våld inte enbart förekommer i slutna byar på landsbygden utan även i urbaniserade miljöer.

Föräldrarna till skyddsgruppen har en signifikant lägre utbildningsnivå än föräldrarna till jämförelsegruppen. Totalt 29 procent saknar grundskoleutbildning, vilket gör det troligt att en del av föräldrarna är analfabeter. Å andra sidan har 13 procent av den ena av föräldrarna till skyddsgruppen utbildning på högskolenivå. Det finns alltså en stor spridning i utbildningsnivå bland föräldrarna.

Resultaten visar att personerna i skyddsboendet och deras föräldrar utgör en demografiskt tämligen heterogen grupp avseende etnicitet, urbaniserings- och utbildningsnivå. I såväl arbetet med att skydda personer som att möta föräldrar och familjer som hotar och utövar våld, torde det därför vara väsentligt att ha en beredskap för en demografisk mångfald.

Skyddsgruppen och jämförelsegruppen har i många avseenden stora demografiska likheter vad gäller kön, ålder, etnicitet och tid i Sverige. Det finns dock även avsevärda skillnader vad gäller familjens utbildningsnivå, urbaniseringsgrad, religionstillhörighet, emigrationsorsak och minoritetsgruppstillhörighet, där skyddsgruppen (och deras familjer) har en ökad sårbarhet jämfört med jämförelsegruppen, redan innan de tvingades fly från familjen pga. hedersrelaterat våld.

Tänkbara orsaker till PTSD och hög stressnivå i skyddsgruppen

En individ kan drabbas av posttraumatisk stress eller PTSD efter att hon har utsatts för ett psykiskt trauma. Tidigare studier har visat att risken att drabbas av PTSD ökar ju fler psykiska trauman individen har upplevt (7).

Det är en vanlig klinisk erfarenhet att en person kan genomgå ett antal mycket svåra livshändelser utan att utveckla PTSD, men att till sist ytterligare en händelse blir för belastande och utlöser symtom i form av PTSD. I personens medvetande aktualiseras då ofta även de tidigare svåra händelserna och blir en del av det psykiska traumat. I personens psykiska och fysiska organism har de traumatiska händelserna vissa gemensamma nämnare och det tycks som att de tillsammans har alstrat ett ”tryck” som personen inte längre klarar att kontrollera psykiskt.

Det är också troligt att en individ kan drabbas av ett eget psykiskt trauma om någon anhörig utsätts för en potentiellt traumatiserande händelse, t.ex. om fadern hotas till livet. Av denna anledning har det varit angeläget att undersöka den totala belastningen av potentiellt traumatiserande upplevelser, både egna och anhörigas. I skyddsgruppen har samtliga upplevt minst en egen potentiellt traumatiserande händelse, en omständighet som innebär en ökad risk att utveckla PTSD.

Det är vidare troligt att den höga förekomsten av multipla potentiellt traumatiserande händelser är en bidragande orsak till att PTSD är så vanligt i skyddsgruppen. Forskningen om huruvida psykiska trauman kan ärvas socialt från den äldre till den yngre generationen, s.k. andragenerationseffekter, ger inga entydiga svar.

Den demografiska undersökningen visar att det är signifikant fler i skyddsgruppen än i jämförelsegruppen som kommer från minoritetsgrupper i hemlandet och som har emigrerat pga. krig och förföljelse. Minoritetsgrupper över hela världen löper en ökad risk att utsättas för diskriminering, rasism och förföljelse. Sålunda utgör tillhörighet till minoritetsgrupp och flykt pga. krig eller förföljelse faktorer som ökar sannolikheten för att man har utsatts för potentiellt traumatiserande upplevelser och alltså riskerar att drabbas av PTSD och posttraumatisk stress. I jämförelsegruppen har en större andel än i skyddsgruppen emigrerat pga. anknytning, vilket kan indikera att man i högre grad har kommit till ett socialt sammanhang med större möjlighet till stöd i samband med migrationen.

Personerna i skyddsboendet lever med konsekvenserna av att ha tvingats fly från hot och våld i familjen, vilket i sig är en potentiellt traumatiserande händelse. För vissa individer kan flykten och separationen utgöra en re-traumatisering av en tidigare upplevd flykt från hemlandet och en påtvingad separation från betydelsefulla människor och platser. Flykten och separationen från familjen kan därmed vara ett pågående och utdraget trauma för vissa individer.

Den nya vardagen innebär en oviss och långvarig separation från familjen med ett mer eller mindre akut hot mot det egna livet och rädsla för upptäckt. Längtan efter, ilska mot och rädsla för familjen, ambivalens, skuld- och skamkänslor för den skada man åsamkat föräldrar och syskon och oro inför en osäker framtid är några av de teman som ofta återkommer i kliniska samtal med personer i skyddsboende. Man befinner sig i en stor livsomställning som bl.a. innebär att man konfronteras med förväntningar på att ta ansvar för sitt eget liv, bli självförsörjande, bo i egen lägenhet, stå ut med ensamhet – livsvillkor som anses normala i det svenska, individualistiskt präglade samhället.

I en mer kollektivistisk kultur lever man närmare varandra (många säger sig aldrig ha varit ensamma någonsin tidigare) och ansvaret för ekonomi, boende och livsavgörande beslut delas i högre grad av familjen.

Vardagen präglas sålunda av separation, nya krav som man ofta saknar redskap att möta och en oviss framtid. NUSituationen innebär alltså en hög stressbelastning för skyddsgruppen. Det är troligt att även den typen av stress ger utslag i SIP i form av hög rapportering av stressrelaterade symtom, utan att det behöver vara fråga om PTSD.

Sammantaget är skyddsgruppen utsatt för en hög stressbelastning i form av potentiellt traumatiserande upplevelser, ett svagt socialt nätverk och en hög nuvarande livsstress, faktorer som tillsammans har visat sig öka risken att utveckla PTSD (8).

I jämförelsegruppen är förekomsten av PTSD högre än genomsnittet i en normalbefolkning, men lägre än bland psykiatriska patienter (*se ovan Trauma, PTSD och stress /Förekomst*). Resultatet verkar rimligt eftersom jämförelsegruppen består av människor med flykting- eller invandrabakgrund som sannolikt lever med exilrelaterade stressfaktorer, samtidigt som gruppens hälsa bör vara bättre än den i en psykiatrisk patientgrupp.

Påverkan på hälsa och funktionsnivå

PTSD är ett allvarligt tillstånd som kan ha stora negativa effekter på individens fysiska, psykiska och sociala hälsa och funktionsnivå, vilket har beskrivits ovan. Kliniskt uppmärksammas ofta, hos personer i skyddsboende, svårigheter med t.ex. okontrollerad aggressivitet, destruktivt sexuellt beteende, självmordsbenägenhet, självskadebeteende samt stark skuld och skam. Många lider av värk i kroppen, sömnsvårigheter, ångest och depression. I vardagen är det vanligt med trötthet, initiativlöshet, svårigheter att ta eget ansvar för och hålla ihop vardagen, bristande uthållighet, glömska, koncentrationssvårigheter, svårigheter att passa tider m.m.

Målsättningen att klara ett eget boende, ekonomi och studier eller arbete är för många svår att uppnå och vägen dit är lång och kantad av misslyckanden.

Orsakssambanden till nämnda svårigheter för personer i skyddsboende är givetvis oerhört komplexa och det är vanskligt att generalisera om skälen till en viss individs svårigheter. Med tanke på resultaten i föreliggande studie bör man dock uppmärksamma PTSD och posttraumatisk stress som i hög grad tänkbara påverkansfaktorer bakom ohälsa och svårigheter att fungera i vardagen bland personer i skyddsboende.

Mental hälsa är förbunden med det Antonovsky beskriver som en känsla av sammanhang, KASAM (19). En individ med en stark känsla av sammanhang upplever tillvaron som meningsfull, begriplig och hanterbar, vilket både är ett tecken på god hälsa och utgör ett skydd mot psykisk ohälsa. PTSD kan sägas verka i motsatt riktning i så måtto att *symtomen i sig* bryter ner individens känsla av sammanhang. Upplevelsen av maktlöshet

uppstår i återupplevandesymtomen (brist på hanterbarhet), dissociationen avstänger medvetandet från de orsakssamband som finns mellan traumat och symtomen (förlust av begriplighet) och undvikandebeteendet tenderar att leda till att individen söker sig bort från meningsfulla relationer, meningsfull sysselsättning m.m.

Utöver att PTSD är ett allvarligt tillstånd i sig kan alltså symtomens karaktär urholka känslan av sammanhang och förstärka en negativ spiral av försämrad hälsa och sämre funktion.

Psykisk hälsa kännetecknas också av en tillräcklig grad av känslomässig, kognitiv och beteendemässig flexibilitet, dvs. en förmåga att anpassa sig till nya situationer och finna nya reaktionsmönster i situationer då de gamla, invanda mönstren är inadekvata eller t.o.m. destruktiva. För en person med PTSD leder bl.a. den förhöjda spänningen till en begränsning i den mentala plasticiteten, vilket innebär svårigheter att anpassa sig till nya livssituationer, nya krav etc.

För personer som har lämnat en ofta hårt kontrollerande hemmiljö, präglad av en icke-svensk kultur, innebär livet i ett skyddsboende helt nya livsvillkor på oerhört många plan. Förmågan att uppfatta de nya förhållandena och kraven, acceptera och anpassa sig till dem är en omfattande och långt ifrån enkel process för en i övrigt helt frisk person. För individer med PTSD bör man förvänta sig att det innebär ytterligare svårigheter känslomässigt, kognitivt och beteendemässigt.

Reflektioner kring bemötande, omhändertagande och behandling

På samhällsorganisatorisk nivå har man funnit skillnader i hälsa hos människor utsatta för potentiellt traumatiserande upplevelser relaterat till olika boendeformer. Ayalon & Soskis uppföljande studie av barn som överlevde terrorattacker i Israel under åren 1974–1980 fann att de som bodde i kibbutzer hade bäst hälsa, medan de som hade sämst hälsa bodde i socialt belastade områden (20). Kibbutzen kännetecknas av en socialt stabil, trygg, kontrollerad och avgränsad livsmiljö medan de socialt svagare bostadsområdena präglades av in- och utflyttningar, utanförskap, otrygghet och ekonomisk osäkerhet.

Att bo och leva socialt integrerad i sin närmaste omgivning kan alltså tänkas ha en positiv inverkan på hälsan för människor med posttraumatisk stress och PTSD.

Omhändertagande och bemötande

Bemötandet av och omhändertagandet om människor med posttraumatisk stress och PTSD har visat sig ha stor betydelse för utvecklandet och svårighetsgraden av PTSD (8). Ett väl fungerande socialt stöd och en stabil livssituation med låg övrig livsstress minskar riskerna för att en person ska utveckla PTSD. De insatser som görs i vardagen och som inte är

professionell traumabehandling är alltså av stor vikt och kan ha avgörande påverkan på individens hälsa och funktionsnivå.

Omhändertagande och bemötande bör sträva efter att sänka stressnivån generellt hos individen. En grundläggande målsättning bör vara att skapa så stor verklig och upplevd trygghet som möjligt. Till den basala tryggheten hör givetvis skyddet från dem som hotar personen. Vidare är de ramar som gäller omhändertagandet inom skyddsboendet viktiga för tryggheten, dvs. att villkoren för omfattningen av omhändertagandet, tidsplaneringen etc. är kända, begripliga och stabila. Hur väl samarbetet mellan olika aktörer – socialtjänst, skyddsboende, vårdgivare, men även Skatteverket, hyresvärd, bank, studieanordnare m.fl. – fungerar kan ha en avgörande inverkan på vilken grad av daglig livsstress personen upplever. Kontinuitet vad gäller personal är också en trygghetsskapande faktor.

I det mänskliga bemötandet är det betydelsefullt att det finns en förståelse och acceptans för de känslomässiga, kognitiva, sociala och funktionsmässiga svårigheter som är förbundna med PTSD och posttraumatisk stress. Ett icke-moraliserande och trygghetsförsäkrande bemötande med samtidigt bekräftelse av svårigheterna *och* personens förmåga att klara av dem, kan fungera som ett stressreducerande stöd. Därtill kan möjligheten att få stöd i en grupp och dela gemensamma upplevelser vara en positiv insats.

Att i det dagliga omhändertagandet och bemötandet arbeta för att stärka individens känsla av sammanhang (KASAM) innebär en strävan efter att både minska den upplevda stressen och öka individens möjligheter att på sikt leva mer självständigt. Den påverkan som den posttraumatiska stressen har på individen måste få ta plats, samtidigt som det är viktigt att individen fokuserar på och kan känna en ökad trygghet och kontroll över sin nuvarande livssituation och hopp inför framtiden.

Personal som arbetar med traumatiserade människor bör ha grundläggande utbildning i ämnet och regelbunden handledning.

Professionell behandling

Med tanke på den stora andelen personer i skyddsboendet som visade sig lida av PTSD och posttraumatisk stress kan det vara befogat att rutinmässigt screena för förekomst av PTSD och posttraumatisk stress hos samtliga som söker hjälp pga. hedersrelaterat våld. Undersökningen bör göras av professionella med kunskap om posttraumatisk stress. För dem som visar sig lida av PTSD eller posttraumatisk stress skulle man kunna göra stora insatser genom vägledning och rekommendationer om lämpligt fortsatt omhändertagande och förhållningssätt till övriga i personens nätverk.

Det bedrivs en hel del forskning om behandlingsmetoder för PTSD. Hittills har man sett framgångar med bl.a. kognitiv beteendeterapi (21) och metoden *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR). EMDR är en psykoterapeutisk metod där fokus bl.a. riktas på den traumatiska händelsen och tillhörande reaktioner. Fokuseringen på traumat väcker i allmänhet en

kliniskt synlig stress hos individen, vilken kan mätas i form av ökad puls och ökat blodtryck. Behandlingen kan sägas syfta till att minska den negativa påverkan som minnet av händelsen har på individen.

Forskare har funnit fysiologiska skillnader i hjärnaktivitet hos människor med PTSD efter EMDR-behandling och man fann en sådan symtombefrielse hos en majoritet att PTSD-diagnosen inte längre uppfylldes. Det gynnsamma resultatet bestod och förstärktes under de påföljande tre åren (5).

För att en person ska klara en traumafokuserad behandling krävs att hon psykologiskt kan återgå till en ”trygg plats” efter att hon konfronterats med traumat. En komplicerande faktor för den aktuella målgruppen vad gäller tidsbegränsad traumafokuserad behandling är att den nuvarande livssituationen i sig är potentiellt traumatiserande, alstrar en hög grad av livsstress och att många befinner sig i en pågående kris. I en så osäker livssituation kan det vara kontraindicerat och ytterligare traumatiserande att bedriva fokuserad traumaterapi.

Det är dock viktigt att erbjuda adekvat psykologisk och medicinsk behandling för målgruppen, eftersom den psykiska ohälsan är ett påtagligt problem. Liksom för omhändertagandet bör behandlingen ha som första mål att skapa trygghet, tillit och att minska den nuvarande stressnivån. Detta kräver en beredskap att erbjuda långvariga behandlingsinsatser.

Behandlarkontinuitet, längre samtalsessioner (mer än gängse 45–50 minuter) och möjlighet till flexibilitet vad gäller besöksfrekvens är faktorer som diskuteras kunna påverka tilliten, relationsbyggandet och behandlingsresultat i positiv riktning (22).

Att avvakta med traumafokuserad behandling innebär inte att man negligerar de traumatiska upplevelserna, men att behandlingen läggs på en nivå som individen klarar av vid den aktuella tidpunkten utan att re-traumatiseras. Forskning har visat att patienter med PTSD och posttraumatisk stress, som upplevde att deras trauman blev tillräckligt uppmärksammade i behandlingen, hade bättre hälsa på lång sikt och hyste mer tillit till samtliga behandlare, än patienter vars trauman inte uppmärksammades nöjaktigt av vårdpersonalen (17).

Den aktuella målgruppen befinner sig i en konflikt mellan familjens ursprungskultur och den svenska kulturen. Därför är det troligen av stor vikt att behandlaren har kunskap i transkulturellt behandlingsarbete, dvs. kunskap om migrationens dynamik och konsekvenser, ackulturation, kulturella variationer, etnocentrism, diskriminering m.m. (jmf. 23).

För de barn och ungdomar som befinner sig i skyddsboende bör en åldersadekvat bedömning och eventuell behandling ske.

Begränsningar och validitet

De demografiska likheter respektive skillnader som råder mellan skyddsgruppen och jämförelsegruppen bör tas i beaktande när man betraktar resultaten. Det råder en grundläggande likhet vad gäller kön, ålder, etnicitet och tid i Sverige, men i övrigt framstår skyddsgruppen som klart mer sårbar än jämförelsegruppen. Kanske belyser detta en verklighet, att människor som i Sverige utsätts för hedersrelaterat våld kommer från mer sårbara och utsatta familjer? I detta fall är föreliggande jämförelse att betrakta som en jämförelse mellan en grupp i skyddsboende och en normalpopulation vars likheter består av mycket basala faktorer.

I studien ställs diagnosen PTSD på basis av svar i frågeformulär. Diagnosen skall dock genomgående betraktas som *sannolik* PTSD, eftersom säkerhet inte kan uppnås utan kompletterande kliniska intervjuer.

Det finns en risk för överdiagnostisering av PTSD i undersökningen av två skäl:

1. Diagnosen är endast ställd med hjälp av frågeformulär utan kompletterande klinisk intervju, vilket tenderar att ge en förhöjd andel positiva svar.
2. SIP som instrument har en hög sensitivitet, vilket kan innebära att det i jämförelse med intervju tenderar att vara överdiagnostiserande (24).

Individens känslomässiga upplevelse av den potentiellt traumatiserande händelsen är inte mätt, vilket är en svaghet i undersökningen.

Barndomstrauman har inte efterfrågats uttryckligen, vilket är en begränsning som visserligen inte hade givit ett större utslag av PTSD i skyddsgruppen där samtliga rapporterade egna trauman, men som kunde ha givit en högre andel med PTSD i jämförelsegruppen.

Att undersökningen visar på ett samband mellan ökande antal potentiellt traumatiserande upplevelser och sannolikheten för PTSD kan ses som ett positivt mått på frågeformulärens validitet.

Fortsatt forskning

Ytterligare undersökningar av den psykiska och fysiska hälsan hos personer som varit utsatta för hedersrelaterat våld är angeläget. Den aktuella undersökningen visar att gruppen är tungt belastad redan innan de kommer i kontakt med skyddsboende och troligen även innan de kommer i kontakt även socialtjänsten. Frågorna hopar sig kring hur vanligt det är med depression, självmordsbenägenhet, ångesttillstånd, värk, annan fysiologisk påverkan av stress, men efter våld etc.

Livssituationen och den omställning personerna tvingas till är extrem på många livsområden, och torde kräva ett tvärvetenskapligt forskningsupplägg för att kartläggas och förstås. Mer specifikt finns ett stort behov av att finna

framgångsrika metoder för att uppmärksamma, behandla och bemöta PTSD och posttraumatisk stress hos målgruppen.

Tack!

Jag är tacksam för de insatser som gjorts av olika personer under skilda stadier av undersökningen. Tack till *Mirek Lurie, Lena Reinhardt, Hanna Martinson, Seppo-Matti Salonen, Björn Areskoug* och professor *Tore Hällström*, Karolinska Institutet, för den vetenskapliga granskningen.

Referenslista

- (1) Bak M. *Utvärdering av Grynings skyddade boende för personer som riskerar att utsättas för hedersrelaterat våld*. Länsstyrelsen i Västra Götalands län 2007:58.
- (2) Håkansson P-A. *Frihet och Familj. En uppföljning av skyddade boenden för personer som hotas av hedersrelaterat våld*. Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete, Socialstyrelsen. 2007-112-3.
- (3) Lurie C, Salonen S-M, Laundry K & Lurie M. *Trauma, PTSD och stress bland patienter i rehabilitering*. Svensk Rehabilitering 2005; 4: 22-26.
- (4) Al-Saffar S, Borgå P & Hällström T. *Long-term consequences of unrecognised PTSD in general outpatient psychiatry*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2002; 37:580-585.
- (5) Högberg G. *Post-Traumatic Stress Disorder: Neurobiology and Effects of Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. Karolinska Institutet 2008.
- (6) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, ed. 4 (DSM IV). Washington, DC, APA Press, 1994.
- (7) Al-Saffar S, Borgå P, Edman G & Hällström T. *The aetiology of posttraumatic stress disorder in four ethnic groups in outpatient psychiatry*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2003; 38:456-462.
- (8) Brewin CR, Andrews B & Valentine JD. *Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults*. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2000; 68(5): 748-766.
- (9) Breslau N, Davis GC, Peterson EL & Schultz L. *Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women*. Archives of General Psychiatry 1997; 54:81-87.
- (10) Ferrada-Noli M. *Posttraumatic stress disorder and suicidal behaviour in immigrants to Sweden. An epidemiological, cross-cultural and psychiatric study*. Stockholm: Karolinska institutet, 1996.
- (11) Ferrada-Noli M, Åsberg M, Ormstad K, Lundin T & Sundbom E. *Suicidal behaviour after severe trauma. Part 1: PTSD diagnoses, psychiatric comorbidity, and assessments of suicidal behaviour*. J Trauma Stress 1998;11:103-12.
- (12) Kubzansky LD, Koenen KC, Spiro A, Vokonas PS, Sparrow D. *Prospective study of posttraumatic stress disorder symptoms and coronary heart disease in the Normative aging study*. Arch Gen Psychiatry. 2007; 64:109-16.
- (13) Frans Ö, Rimmö PA, Åberg L & Fredrikson M. *Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population*. Acta Psychiatrica Scandinavica 2005; 111:291-299.
- (14) Wikan, U. *En fråga om heder*. Stockholm: Ordfront 2004.

- (15) Pilar-Reyes M. *18 projekt till stöd för flickor och unga kvinnor som riskerar att utsättas för så kallat hedersrelaterat våld 2003–2004*. Länsstyrelsen i Stockholms län januari 2005
- (16) Hovens JE, van der Ploeg HM, Bramsen I, Klaarenbeek MTA, Schreuder JN & Rivero VV. *The development of the self-rating inventory for posttraumatic stress disorder*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1994; 90: 172-183.
- (17) Al-Saffar S. *Trauma, Ethnicity and Posttraumatic Stress Disorder in Outpatient Psychiatry*. Stockholm: Karolinska University Press 2003.
- (18) Janet P. *L'Automatisme Psychologique: Essai de Psychologie Expérimental sur les Formes Inférieures de l'Activité Humaine*. Felix Alcan 1889, Paris. Société Pierre Janet/Payot 1973, Paris.
- (19) Antonovsky A. *Hälsans mysterium*. Natur & Kultur 2005.
- (20) Ayalon O & Soskis D. Survivors of terrorist victimization: a follow-up study. I: Milgram NA, (red.). *Stress and Coping in Time of War – Section V: The Effect of War on Civilian Populations*. New York: Brunner/Mazel. 1989; 242-257.
- (21) Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L & Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. Am J Psychiatry. 2005;162:214-27.
- (22) Högberg G & Hällström T. *Active multimodal psychotherapy in children and adolescents with suicidality: description, evaluation and clinical profile*. Clinical Child Psychology and Psychiatry 2008; 13: 435.
- (23) Bremer S, Brendler-Lindqvist M & Wrangsjö B. *Ungdomar och hedersrelaterat våld: om transkulturellt behandlingsarbete*. Rädda Barnen förlag 2006.
- (24) Hovens JE. *Research into the Psychodiagnostics of Posttraumatic Stress Disorder*. CW Delft: Eburon Press 1994.

Bilaga 1

Till dig som lever i skyddat boende

Integration & Rehabilitering är en verksamhet som bland annat arbetar med att hjälpa de som tvingats lämna sina hem på grund av hedersrelaterat våld. Vi som jobbar här är till exempel läkare och psykologer. I detta arbete har vi märkt att många mår mycket dåligt och kanske inte får den hjälp med sin hälsa som de behöver.

Vi är intresserade av att ta reda på hur du och andra i din situation mår. Därför har vi några korta frågeformulär till dig som vi hoppas att du vill fylla i. Frågorna handlar om saker som vi tror kan påverka ditt mående. Frågorna går samtidigt ut till ca 50 andra personer i samma situation. Vi hoppas med hjälp av svaren kunna stödja dig och andra på ett bättre sätt.

- ❖ Det första formuläret innehåller frågor om personuppgifter.
- ❖ Det andra formuläret, Bicultural Identity Integration Scale, handlar hur du upplever det att leva med två kulturer.
- ❖ Det tredje, Self Rating Inventory for PTSD (SIP) är en uppräkningslista av olika besvär som man kan ha, vi vill veta i vilken grad du är drabbad av dem.
- ❖ Det fjärde formuläret handlar om viktiga och svåra livshändelser.

Du kommer självklart att vara helt anonym, både för oss som sammanställer svaren och för de som senare läser sammanfattningarna. Det ärendenummer som vi har skrivit på formulären är inte kopplat till någon individ utan är bara till för att veta vilka formulär vi skickat ut och fått tillbaka. Resultaten kommer att ges tillbaka till Gryning Vård och eventuellt publiceras.

Om du har frågor eller kommentarer är du välkommen att ringa till Integration & Rehabilitering: 031-131351

Vänliga hälsningar

Lotte Lurie
Psykolog

Lena Reinhardt
Psykologkandidat

Integration & Rehabilitering

IR

Personuppgifter

Var vänlig fyll i nedanstående uppgifter med adekvat svar vilket kan vara kryss (X), årtal, ord, namn eller en bokstav.

1. Kön: (K/M) 2. Ålder:
3. I vilket land är du född? _____
4. I vilket land är dina föräldrar födda? _____
5. Tillhörde du eller dina föräldrar någon minoritetsgrupp i hemlandet?
Nej Ja Om ja, vilken? _____
6. Vad är dina föräldrars (högsta) utbildning? (sätt ett kryss per förälder, två kryss i en ruta är OK)
- | | |
|------------|--------------------------|
| ingen alls | <input type="checkbox"/> |
| grundskola | <input type="checkbox"/> |
| gymnasium | <input type="checkbox"/> |
| högskola | <input type="checkbox"/> |
7. Var i hemlandet bodde din familj?
- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| Landsbygd | <input type="checkbox"/> |
| Stad | <input type="checkbox"/> |
| Både stad och landsbygd | <input type="checkbox"/> |
8. Religionstillhörighet:
- | | |
|---------|--------------------------|
| Muslim | <input type="checkbox"/> |
| Kristen | <input type="checkbox"/> |
| Annan | <input type="checkbox"/> |
9. När kom du (eller dina föräldrar om du är född i Sverige) till Sverige? _____
(år)
10. Varför flyttade du (eller din familj) till Sverige?
- | | |
|-------------|--------------------------|
| Krig | <input type="checkbox"/> |
| Förföljelse | <input type="checkbox"/> |
| Ekonomi | <input type="checkbox"/> |
| Anknytning | <input type="checkbox"/> |
| Annan | <input type="checkbox"/> |
11. När flydde du hemifrån? _____
(år, månad)

Bicultural Identity Integration Scale – Bikulturell identitetsintegration

Nedan följer ett antal påståenden om hur man kan uppleva sitt ursprung och sin svenska kultur. Läs varje påstående noggrant och markera på linjen i hur hög grad du håller med. 1 betyder att du inte alls håller med och 5 betyder att du helt håller med.

De understrukna orden är förslag på kulturer som man kan tillhöra, välj en av dem eller, om du tillhör någon annan, så skriv in den istället!

1. Jag är helt enkelt en kurd/arab/pers/afrikan som bor i Sverige.

1	2	3	4	5
Håller inte			Håller	
alls med			helt med	

2. Jag håller kurdisk/arabisk/persisk/afrikansk och svensk kultur skilda åt.

1	2	3	4	5
Håller inte			Håller	
alls med			helt med	

3. Jag känner mig som kurd-svensk/ arab-svensk /persisk-svensk /afrikan-svensk.

1	2	3	4	5
Håller inte			Håller	
alls med			helt med	

4. Jag känner mig som en del av en kombinerad kultur.

1	2	3	4	5
Håller inte			Håller	
alls med			helt med	

Self Rating Inventory for PTSD (SIP)

Nedanstående är ett antal besvär som kan bekymra (oroa) människor. Vi vill gärna veta hur pass dessa besvär har stört dig de senaste fyra veckorna. Var vänlig läs varje påstående och ringa in den siffra till höger om frågan som motsvarar graden av besvär som du har känt under de senaste fyra veckorna i relation till det specifika påståendet. Var vänlig ringa bara in en siffra. Kontrollera efteråt att du inte glömt något påstående.

	Inte alls	Något	Mycket	Extra mycket
1. Jag har svårt att uttrycka mina känslor.	1	2	3	4
2. Jag försökte att undvika att komma ihåg tidigare händelser.	1	2	3	4
3. Jag kunde inte komma ihåg viktiga aspekter av tidigare händelser.	1	2	3	4
4. Jag var lättretlig.	1	2	3	4
5. Saker och ting som påminde mig om händelsen väckte fysiska reaktioner hos mig.	1	2	3	4
6. Jag hade svårt att sova.	1	2	3	4
7. Jag hade otrevliga drömmar.	1	2	3	4
8. Jag tappade intresset för viktiga saker.	1	2	3	4
9. Jag fick återkommande otrevliga minnen.	1	2	3	4
10. Jag hade känslan av att tidigare händelser upprepades.	1	2	3	4
11. Jag kände att jag inte hade någon framtid.	1	2	3	4
12. Jag hade svårt att koncentrera mig.	1	2	3	4
13. Jag var lättskrämd.	1	2	3	4
14. Jag försökte undvika känslor runt saker som hänt tidigare.	1	2	3	4

	Inte alls	Något	Mycket	Extra mycket
15. Jag undvek situationer som påminde mig om tidigare händelser.	1	2	3	4
16. Jag kunde inte behärska mig.	1	2	3	4
17. Jag hade svårt att somna.	1	2	3	4
18. Jag reagerade som om jag utsattes för tidigare händelser igen.	1	2	3	4
19. Jag kände främlingskap för andra.	1	2	3	4
20. Jag kände mig på min vakt.	1	2	3	4
21. Otrevliga minnen trängde sig på.	1	2	3	4
22. Jag kände mig utanför.	1	2	3	4

Källa: Hovens J E, van der Ploeg H M, Bramsen I, Klaarenbeek M T A, Chreuder J N, Rivero W. The development of the self-rating inventory for Posttraumatic stress disorder. Acta psych Scan. 1994; 90:172-183.

Översatt från engelska av Centrum för Psykosocial Forskning och Utveckling, Stockholms Läns Landsting. Suad Al-Saffar.

Några frågor om Dina tidigare upplevelser.

A. Alla minns vi svåra händelser i vårt liv. Har något av det som nämns nedan (eller något liknande) drabbat Dig?

- | | Ja | Nej |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Förlorat nära anhörig genom olycka eller våld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Varit med om en allvarlig olycka? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Blivit misshandlad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Blivit arresterad av polis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Suttit i fängelse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Blivit utsatt för hot mot livet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Blivit utsatt för tortyr? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Blivit utsatt för sexuella övergrepp? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Varit med om krigshändelser? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Någon annan händelse som du upplever som extremt omskakande, nämligen: | | |

11. Om ja, när hände detta? År _____

B. Har något av detta drabbat en av familjemedlemmarna eller nära vän till Dig?

	Ja	Nej
1. Varit med om en allvarlig olycka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Blivit misshandlad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Blivit arresterad av polis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Suttit i fängelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Blivit utsatt för hot mot livet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Blivit utsatt för tortyr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Blivit utsatt för sexuella övergrepp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Varit med om krigshändelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Försvunnit, utan att Du vet vart?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Någon annan händelse som du upplever som extremt omskakande, nämligen:

11. Om ja, när hände detta? År _____

Tack för din medverkan!

Bilaga 2

Till dig som administrerar formulären:

Bifogade frågeformulär riktar sig till personer som lever i skyddsboendet. Svaren kommer att användas av Integration & Rehabilitering och Gryning Vård i strävan efter att öka vår kunskap om de skyddades hälsa och därigenom kunna förbättra omhändertagandet.

Om någon fråga är svår att förstå så är det bra om du finns till hands för att hjälpa till att förklara dem och det bifogade brevet. Det är bra att svara på frågorna i den ordning som formulären ligger i:

- ❖ Det första formuläret innehåller frågor om personuppgifter.
- ❖ Det andra formuläret, Bicultural Identity Integration Scale, handlar hur man kan uppleva det att leva i två kulturer.
- ❖ Det tredje, Self Rating Inventory for PTSD (SIP) är en uppräknig av olika besvär som man kan ha och man ska ange i vilken grad man haft dem den senaste tiden.
- ❖ Det fjärde formuläret handlar om viktiga och svåra livshändelser.

Frågorna kan vara jobbiga att svara på, vi frågar bland annat om svåra livshändelser. Det är därför mycket bra om det finns en stund efter ifyllandet för att prata om de tankar som kommer upp.

Du är välkommen att ringa till Integration & Rehabilitering med eventuella frågor: 031-131351

Vi vill ha in svaren så snabbt som möjligt, helst under vecka 49.

Tack för din medverkan!

Lotte Lurie
Psykolog

Lena Reinhardt
Psykologkandidat

Integration & Rehabilitering

Bilaga 3

Deltagande i referensgrupp för studie om mående och hedersrelaterat våld.

Integration & Rehabilitering är en verksamhet som bland annat arbetar med att hjälpa de som tvingats lämna sina hem på grund av hedersrelaterat våld. Vi som arbetar här är till exempel psykologer och läkare. I vårt arbete har vi märkt att många mår mycket dåligt och ibland behöver mer hjälp med sin hälsa än de får idag. För att personer i den situationen i framtiden ska kunna få så bra hjälp som möjligt genomför vi en studie. I den ingår att alla vi möter som lämnat hemmet på grund av hedersrelaterat våld får fylla i fyra frågeformulär. För att kunna använda resultaten behöver vi jämföra dem med svar från människor som inte lämnat hemmet på grund av hedersrelaterat våld. Det är här **du** kommer in i bilden. Genom att fylla i samma frågeformulär kan du vara med och hjälpa till så att de som tvingas lämna hemmet på grund av hedersrelaterat våld i framtiden kan få bättre hjälp.

- ❖ Det första formuläret innehåller frågor om personuppgifter, till exempel ålder och var du kommer ifrån.
- ❖ Det andra formuläret, Bicultural Identity Integration Scale, handlar hur man kan uppleva att det är att leva med två kulturer.
- ❖ Det tredje, Self Rating Inventory for PTSD (SIP) är en uppräkningslista av olika besvär som man kan ha.
- ❖ Det fjärde formuläret handlar om viktiga och svåra livshändelser.

Att svara på frågeformulären är helt frivilligt och du kommer självklart att vara helt anonym. Resultaten kommer att användas till forskning och eventuellt publiceras.

Om du har frågor eller kommentarer är du välkommen att ringa till Integration & Rehabilitering: 031-13 13 51

Vänliga hälsningar

Lotte Lurie
Leg. Psykolog

Hanna Martinson
PTP-psykolog

Integration & Rehabilitering



LÄNSSTYRELSEN
VÄSTRA GÖTALANDS LÄN