

Traumat sitter i kroppen

Sexuella övergrepp är vanliga över hela världen. Vi vet inte hur många av de kvinnor som kommer hit som utsatta. Kvinnorna tigger ofta om sitt trauma och det gör det svårt att fånga in dem. Men drygt en tredjedel av flyktingarna har PTSD och i en undersökning av 120 bosniska kvinnor visade det sig att 28 % av dem hade diagnosen.

Brita Hännestrand

Allmänläkare och psykiater vid Kris- och traumacentrum, Danderyd och BEFRIS läkarmottagning Uppsala.

Sannolikt finns ett stort mörkertal bland de kvinnor som kommer hit som flyktingar och varit utsatta för sexuellt våld som inte upptäcks inom vården. Många av dem fastnar i långvarig ohälsa.

Kvinnorna söker medicinsk vård

Studier visar att kvinnor som utsatts för våldtäkt söker medicinsk vård mer än psykologisk. En risk finns att sjukvården fokuserar på de somatiska symtomen utan att söka underliggande orsaker.

Vår förståelse av kroppsliga symtom hos kvinnor födda i andra länder måste förbättras. Vägen dit är att se om somatisering och psykosomatik kan dölja en djupare verklighet.

Inom allmänmedicinen har vi ett kraftfullt instrument i färdigheten att differentiera olika symtom. En fördjupad anamnes, som tar in faktorer som har att göra med somatiska symtom efter trauma, kan leda långt. Delvis handlar det om ett nytt sätt att tänka. Det gäller att se hur kvinnans trauma finns i kroppen och gestaltas för oss i hennes kroppsliga symtom.

SABINA-projektet

SABINA-projektet, ett projekt för kvinnor som utsatts för sexuellt våld under krig, tortyr eller polisförhör, bedrevs på Kris- och Trauma-centrum 2000 till 2002. 24 kvinnor var föremål för diagnostik och behandling. Behandlingen gav en signifikant förbättring vad gäller PTSD och depression, och förbättring även vad gäller ångest och rädsla, efter i genomsnitt 22 behandlingstimmor (två kvinnor från Bangladesh som

fått över 40 timmar räknades bort) under något över ett år. Projektet hade två delar, en kartläggning av symtombilden, och en kombinerad behandling med individuell kontakt och bildterapi i grupp.

PTSD är en biologisk sjukdom

Alla kvinnor i SABINA-projektet hade posttraumatiskt stressyndrom. PTSD enligt DSM 1980 uppdelas i A- B- C- och D-kriterier. Kriterierna bör ses som en hjälp vid diagnosen.

PTSD är en biologisk sjukdom som har sin grund i neurofysiologiska skeenden. Amygdala aktiveras av ett yttre hot att sätta igång processer som bildar dopamin, serotonin och noradrenalin. Via hypothalamus 1) aktiveras det sympatiska nervsystemet; och 2) bildas cortisol via HPA-axeln (hypothalamus-hypofysen-binjuren). Cortisol ökar kroppens beredskap, skapar ny energi genom katabolism och nedsätter kroppens immunologiska försvar. En tredje 3) opioidberoende väg går till hjärnstammen och ger "freezing reaction". Traumat kan på så sätt påverka autonoma, endokrina och immunologiska funktioner.

PTSD är sannolikt en universell reaktion på trauma, även om den kanske kan upplevas eller uttryckas olika i olika kulturer. Det kan också finnas kollektiva behandlingsmetoder i andra kulturer. Men det vi oftast såg i SABINA-projektet var hur kvinnor isolerats och diskriminerats i sin egen kultur och dömts till tystnad och utanförskap. Kulturellt betingade reaktioner ökade kvinnans känsla av hopplöshet och värdelöshet.

Typiska reaktioner efter sexuella övergrepp

Frysningreaktion (se ovan) är en känsla av förlamning och avskildhet som uppkommer vid traumat. Den kan sedan åter- ➔

- ➔ komma vid återupplevelser. Tillståndet jämförs med "learned helplessness" i djurförsök.

Dissociation är ett centralt symtom efter sexuella övergrepp. Enligt Pierre Janet kan svåra upplevelser inte assimileras på ett verbalt plan. De avskiljs från medvetandet och förblir organiserade på en somatosensorisk nivå. Fragment av dessa minnen återkommer senare i splittrad form, som fysiologiska reaktioner, sinnesstämningar, flashbacks eller beteenden som upprepar traumat.

Dissociation kan ses som en psykologisk försvarsmekanism, som kopplas in då en upplevelse blir outhärdlig. Upplevelsen splittras upp. En del minnen kapslas in och försvinner ur medvetandet. Enligt Edna Foa är dissociation vid sexuella trauman ofta förbunden med numbing.

Symtom på dissociation kan vara somatisering och ångestladadade flashbacks med förlorad verklighetskontakt, depersonalisation, derealisation eller fugue – transliknande tillstånd då kvinnan planlöst vandrar iväg. Efter barndomstrauman kan tillståndet utvecklas till multipla identiteter (MPR). Men även efter senare sexuella trauman kan man se rudimentära ansatser till personlighetsklyvning. Det kan finnas en känsla av att vara uppdelad i två. En kvinna berättar hur hon försöker få kontakt med den del av henne som blev kvar i fångelset. En annan har återkommande drömmar om en kvinna som blir våldtagen och förstår till slut att det är hon.

Efter dissociation förekommer **fear program** då triggers väcker hela mönstret av symtom vid traumat, men bara vissa delar når medvetandet. Ofta kan kvinnan inte se sambandet mellan sina kroppsliga symtom och traumat som är dissocierat. Hon upplever stark fara och tror att det är något allvarligt fel med kroppen. Kirkengen talar om hur kvinnor som utsatts för barndomstrauman upplever tillstånd med våldsamma, äckliga och smärtsamma kroppsliga symtom, som står för dolda övergrepp i kroppen. Kvinnorna missförstås ofta i sjukvården och känner sig kränkta.

Alexithymi kan förekomma sekundärt efter trauma. Den utmärks av oförmåga att känna och namnge affekter, och en tendens att reagera på dem med kroppsliga symtom.

Fruktbart att dela upp kroppsliga symtom efter orsak

Många undersökningar av flyktingar visar en hög somatisk sjuklighet inom nästan alla organsystem. Mer fruktbart är att dela upp symtomen efter bakomliggande mekanism. Så anger till exempel Lindy följande uppdelning av symtomen efter tortyr:

- direkta skador av traumat
- psykosomatiska sjukdomar
- vag smärta, trötthet
- återkommande specifika plågor (reenactment)

Hyperarousal är sympaticogena symtom i samband med återupplevelser. De kan yttra sig som hjärklappning, andningsbesvär, darrningar och handsvett.

PTSD hos kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp

A-kriteriet i PTSD – traumat – innebär skada eller hot om skada till liv, fysisk hälsa och/eller kroppslig integritet. Vid våldtäkt skadas framför allt den kroppsliga integriteten. Det skapar en skyddslöshet hos kvinnan, som kan ha svårt att klara senare krissituationer. Ofta förekommer också dödshot, tortyr och misshandel vid våldtäkten.

B-kriteriet i PTSD – återupplevelser – har hos kvinnor som utsatts för sexuellt våld ofta somatiska och sensoriska drag. Samma symtom som under våldtäkten återkommer med förmimmelser av smak, lukt, känsel. Vid dissociation (se nedan) finns ofta gränspsykotiska symtom av att männen är i närheten, rör vid henne eller flåsar henne i nacken.

C-kriteriet av PTSD – undvikande. **Numbing**, som ingår i C-kriteriet, är en mer uttalad reaktion, som förklaras av en uttrötthet i systemet. Den består av amnesi, ointresse för tidigare aktiviteter, känsla av att vara avskild från andra, oförmåga att känna starkare känslor såsom kärlek och en känsla av att inte ha en framtid. Det är en vanlig reaktion efter sexuella trauman.

D-kriteriet av PTSD – ökad anspänning – yttrar sig som sömnsvårigheter, lättväckt irritabilitet, koncentrationssvårigheter, hypervigilans och en överdriven känslighet för ljud (startle response).

Somatiska "reenactment" är kroppsliga symtom av samma karaktär som vid traumat. Lindy skiljer dem från "somatisering" som beror på senare symbolbildning.

Symtomen är påträngande och ångestskapande, och får kvinnan att söka hjälp ofta utan att själv se eller delge oss sambandet med våldtäkten. De stämmer inte med andra sjukdomsbilder, men kan förklaras utifrån traumat. En kvinna i SABINA-projektet hade varierande återkommande symtom som vid en stark flashback följde efter varandra, så att tortyren och våldtäkten kunde följas steg för steg. En kvinna hade värk i ett lokalt område i hårbotten. Hon hade dragits i håret nedför en trappa för att sedan våldtas i en källare.

Trötthet i kroppen, diffus smärta kan vara ett symtom på D-vitamin-brist och prover (25-OH-Dvitamin, s-albumin) bör tas.

Symtom med misstänkt immunologisk genes – Kvinnor utsatta för sexuella trauman har ofta återkommande infektioner med hög feber. 2/24 kvinnor i SABINA-projektet hade urticaria, en av dem på mornarna då hon vaknade upp från mardrömmar om traumat. 2/24 kvinnor i SABINA-projektet hade astma. Autoimmuna sjukdomar som tyreoidarubbningar, vanligen tyreotoxikos, är vanliga, liksom diabetes.



Brita Hännestrand
Projektledare i SABINA-projektet, har arbetat i många år med kvinnor som utsatts för sexuellt våld i samband med polisförhör och tortyr.

Kroppsupplevelser Kvinnan har ofta en förändrad kroppsupplevelse efter traumat. Kroppen känns smutsig och trasig. Hon duschar ofta men det hjälper inte. Traumat sitter kvar i kroppen. Uttalanden i SABINA-projektet: ”– Det går alltid genom min kropp, när jag berättar känns det som om det händer igen.” ”– När jag beskriver mina symtom känns det som om de slår just nu.” ”– Har värk i axlarna som om han trycker mig bakåt.” En kvinna i projektet hade ”bara” huvudvärk, resten av kroppen hade hon inte kontakt med.

Skador av tortyr

I SABINA-projektet hade 14 kvinnor utsatts för tortyr. Åtta av dem hade diagnosticeringsbara skador såsom läkta frakturer som syns på röntgen, ärr och märken efter knivhugg, muskelkontraktur, falakaskada med inelasticitet av fotsulorna, axelskada och uttalad anal sfincterkramp. Mer subtila neurogena skador kan finnas, som vi saknar metoder att diagnostisera.

Bemötande och behandling

Vi kan ha svårt att hantera kvinnans hjälplöshet och skyddslöshet. Kvinnan skyddar sig ofta genom en avisande attityd. Genom ett okänsligt bemötande kan vi lätt kränka henne igen.

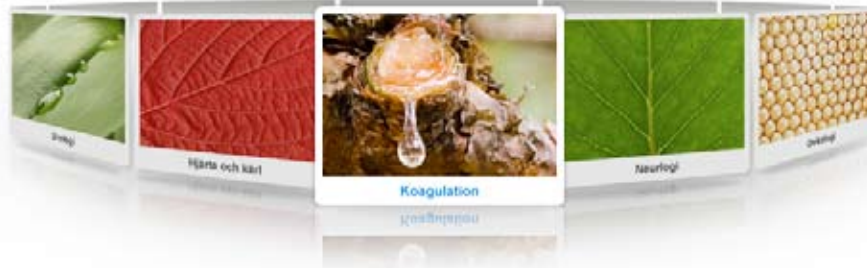
Egen rädsla och osäkerhet om vad vi bör göra, gör att vi ofta hindrar kvinnan att berätta om traumat. Att få berätta kan upplevas som upprättelse, och det är viktigt för att vi ska kunna ge hjälp. Vi ska inte delta i mörkläggnings och skam, utan ta fram och neutralisera traumat.

Ett reenactment bör inte utredas, av risk att det fixeras. En remiss till specialist kan få kvinnan att hålla fast vid ”fel” förklaring, och när vi sedan inte hittar något ökar hennes oro. Givetvis bör misstankar på somatisk sjukdom utredas.

Kvinnans ångest kan förläda oss att lättvindigt skriva ut en ångestdämpande medicin. Risken är att vi därigenom stänger både hennes och våra möjligheter att nå fram till traumat. Vi bör hjälpa kvinnan att se att hennes kroppsliga symtom beror på traumat. Många symtom försvinner vid psykologisk behandling av traumat. Även kroppsterapier kan vara till nytta.

Idag finns terapeutiska möjligheter och metoder att hjälpa kvinnan. Icke-verbala terapier som bild- och musikterapi för att nå dissocierade trauman ingår ofta. EMDR är en annan framgångsrik metod. ■

För referenser till artikeln var god kontakta författaren på: brita_hannestrand@hotmail.com

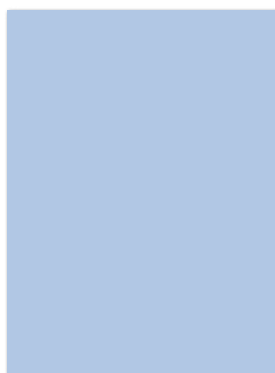


NY UTBILDNINGSPORTAL FÖR UTBILDNINGAR FRÅN PFIZER

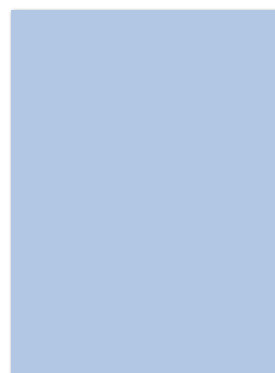
Läs hur enkelt det är att anmäla sig i medföljande bilaga.

PATIENTINFORMATION PÅ OLIKA SPRÅK

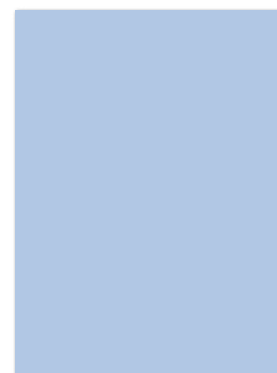
Information på de vanligaste invandrarspråken finns att beställa inom följande områden:



KOL
kontakta Brand Manager
Marcus Wäneskog



Rökavvänjning
finns att beställa
på www.champix.se



Erektill dysfunktion
mer information
på www.viagra.se

LYCKAT SAMARBETSPROJEKT I VÄRMLAND!

På uppdrag av sjukskrivningskommittén i Värmland, i samarbete med Pfizer och i samråd med Länsverksamheten Allmänmedicin har ett antal seminarier genomförts med tema kvinnors hälsa.

Syftet är att underlätta och skapa bättre förutsättningar för läkare och övriga vårdgivare på vårdcentraler att bättre kunna diagnostisera och behandla kvinnor med diffusa sjukdomstillstånd som kronisk smärta, stressreaktioner och utmattningstillstånd. Samt att förbättra rehabiliteringsarbetet för denna patientgrupp. Målsättningen är att minska antalet sjukskrivna och förbättra rehabiliteringen för aktuell patientgrupp.

Seminarierna har varit mycket välbesökta och i nästa nummer av Pfizer Idag kommer vi att publicera en utvärdering av projektet.

Vill du veta mer redan nu kan du vända dig till: magnus.runnamo@pfizer.com