

# Behandlingsarbejdet med flygtninge i et psykiatrisk perspektiv

10 |



AF CHRISTIAN SIMONSEN,  
PSYKIATER

---

Behandling af mennesker med psykiske følger efter tortur og krigshandlinger bør overvejende være en specialiseret, tværfaglig opgave. Der er international enighed om, at opgaven bedst løses i et tværfagligt samarbejde. Et samarbejde der bør indeholde tilbud til psykosocial støtte, social behandling og information til den involverede og den nærmeste familie. Dertil kan knyttes tilbud som adfærdsterapi og støttende eller indsigtsgivende terapi.

Behandlingstilbuddet kan i mange tilfælde udvides til også at omfatte afspændings- og fysioterapi, og der vil i de fleste tilfælde være brug for en vurdering ved somatisk og psykiatrisk læge. Hvis der ved en sådan vurdering findes indikation for at klienten tilbydes behandling med psykofarmaka, inddrages psykiater i den tværfaglige behandling.

## Diagnoser

Blandt borgere af anden etnisk oprindelse er der en del, der har oplevet krig og lemlæstelse i deres hjemland, eller har været fængslet og udsat for fysisk og psykisk mishandling. Hos dem kan der i op til en tredjedel af tilfældene ses kraftige legemlige og psykiske efterreaktioner. Det er efterreaktioner, der både invaliderer evnen til at fungere normalt i familien og på arbejdsmar-

kedet, og som i de fleste tilfælde fører en til en forringelse af livskvaliteten, ikke kun hos den ramte men også i den øvrige familie.

De psykiske efterreaktioner omfatter flashback og genoplevelser af traumesituationerne, ændringer i livsudfoldelse og adfærd samt en øget følsomhed for ydre påvirkninger og indtryk.

Genoplevelserne beskrives af mange som meget livagtige selv efter flere år, og de kan ligne videooptagelser der afspilles for det indre øje og som starter pludseligt og ukontrollerbart. Foruden synsindtryk er de ofte ledsaget af meget ubehagelige lyde og lugtpåvirkninger, for eksempel fra en fængsels- eller torturcelle.

Genoplevelserne udløser angstreaktioner og forstyrrer koncentrationsevnen. Adfærdsændringerne kan invaliderede livsudfoldelsen og føre til en række begrænsninger i livsudfoldelsen. Hvis den ramte ikke kan udholde at se uniformerede personer eller for eksempel høre lyden af flyvemaskiner, fordi det minder om anholdelses- og tortursituationer eller angreb fra bombefly i hjemlandet, kan det føre til isolation i hjemmet eller udløsning af angstreaktioner under nødvendige ærinder uden for hjemmet. Overfølsomhed for lyde kan for eksempel føre til voldsomme reaktioner over for støjende børn i hjemmet.

Der er hos mange flygtninge tale om langvarige og kroniske efterreaktioner, som holdes ved lige i en fremmed kultur præget af restriktioner, uforståelige regler og afvisning. Det er en kendsgerning, at der hos omkring 80% af disse optræder andre psykiske forstyrrelser og mindst en anden psykisk lidelse. Det vil i de fleste tilfælde dreje sig om depressioner eller angstlidelser, og i sjældnere tilfælde psykotiske tilstande med forfølgelsesforestillinger og hørelsehallucinationer. Det er symptomer, der vanskeliggør en afklaring af lidelserne og af diagnosen, og de kan komplicere etableringen af en god og tillidsskabende behandlingskontakt.

Uden behandling kan belastningsreaktionerne og de komplicerende psykiske lidelser vedligeholdes i årevis, og de kan yderligere forværres ved udsættelse for nye traumatiske eller stressende påvirkninger. Det er tilstande, der har betydelige menneskelige og samfundsmæssigt økonomiske omkostninger.

Diagnosen posttraumatisk belastningsreaktion eller PTSD har været brugt i 30 år. Diagnosen og de kriterier, der er opstillet for den, har i tiltagende grad vist sig utilstrækkelige til at dække over de mange symptomer og komplicerede tilstande, man ser hos flygtninge med svære traumer. Det

gælder især ofre for vold og overgreb, hvor udøveren af overgrebene er et andet menneske.

Symptombilledet er således ofte komplekst. I det kliniske arbejde med disse mennesker er det særlig tydeligt, at der optræder andre og meget pinagtige problemer og symptomer, end dem der er indeholdt i PTSD. Der ses hos mange en påvirket affektregulering. Det kan vise sig ved besvær med at styre temperamentet og ved øget irritabilitet og aggressivitet, med efterfølgende skyldfølelse og skam over at have forløbet sig i forhold til foreksempel familie og venner.

Mange klager over ændringer i opmærksomheds- og bevidsthedsniveauet. De kan være bekymrede over problemer med at tabe tråden i samtaler, over manglende evne til at koncentrere sig om at læse og lære nyt, samt over hukommelsestab. Det kan føre til, at den ramte opfatter sig selv og omverdenen som ændret og uforståelig, og til at tilliden til andre mennesker og til fremtiden mindskes. Mange søger isolation og skaber afstand til venner og familie. Evnen til at lære nyt og dermed tilegne sig det danske sprog kan være mere eller mindre kompromitteret.

De psykiske problemer er i mange tilfælde komplicerede af legemlige sygdomsproblemer. Det kan dreje sig

om smerter i hoved og ryg og andre tilfælde af alvorlige og kroniske følger efter tortur. Følgerne kan vedligeholdes eller forstærkes af de psykiske symptomer. Der ses ofte en forværring af symptomerne fra mindre legemlige skavanker. Det kan føre til belastende og kostbare hospitalsundersøgelser, uden at det lykkes at finde en forklaring på smerteproblemerne.

De mange symptomer og problemer, som ses hos torturofre og krigsskadede flygtninge, er søgt samlet i et symptomkompleks kaldet DESNOS. Det er en forkortelse af den engelsksprogede faglige betegnelse *Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified* (se næste side). Der er ikke tale om en diagnose i traditionel forstand. Det er et syndrom eller en samling af symptomer og klager, der præger flygtninge udsat for tortur og krigshandlinger.

## Behandling

Psykiaterens andel i den tværfaglige behandling omfatter etablering af kontakt og behandlingsalliance, information om behandlingsmuligheder med psykofarmaka, opfølgende kontakt ved behandling med disse midler, tværfagligt samarbejde gennem behandlingsmøder og undervisning samt en generel vurdering af helbredstilstanden og behovet for henvisning til anden spe-

cialiseret lægebehandling. Endelig kan psykiateren indgå i udredning og rådgivning af henviste klienter og i møder med samarbejdspartnere.

Behandling med psykofarmaka kan i målgruppen være vanskeliggjort af for-

skellige faktorer. Der kan være kulturelle barrierer for kontakt til læge og for behandling med medicin. Der kan være tale om, at medicin har været anvendt i mishandlingen i hjemlandet.

Endelig kan det være et problem for

mange at acceptere bivirkninger, selv om de er af forbigående karakter og uden risiko for den behandlede.

For flere medikamenter gælder det, at der kan gå uger inden virkningen indtræder, og det kan være vanskeligt

## DESNOS (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified)

1. Tidligere udsættelse for totalitær kontrol igennem længere tid (måneder til år).
2. Ændringer i affektregulering
  - vedvarende dysfori
  - kronisk optagethed af selvmordstanker
  - selvbeskadigelse
  - eksplosiv eller ekstremt tilbageholdt vrede (kan veksle)
  - tvangsmæssig eller ekstremt hæmmet seksualitet (kan veksle)
3. Ændringer i bevidsthed
  - amnesi eller hyperamnesi med hensyn til traumatiske begivenheder
  - forbigående dissociative episoder
  - depersonalisation/derealisation
  - genoplevelse af begivenheder
4. Ændringer i selvopfattelse
  - en følelse af hjælpeløshed eller handlingslamelse
  - skamfølelse
  - en følelse af at være blevet besudlet eller stigmatiseret
5. Ændringer i opfattelsen af gerningsmanden eller krænkeren
  - en følelse af at være totalt anderledes end alle andre (kan omfatte en følelse af at være noget specielt)
  - optagethed af forholdet til gerningsmanden eller krænkeren
  - en urealistisk tro på at gerningsmanden eller krænkeren har total magt
  - idealisering eller paradoksalt taknemmelighed
  - en følelse af et specielt eller overnaturligt forhold
  - accept af gerningsmandens eller krænkerens anskuelse eller efterrationaliseringer
6. Ændringer i forholdet til andre
  - isolation og tilbagetrækning
  - afbrydelse af intime forhold
  - gentagen søgen efter en redningsmand
  - vedvarende mistillid
  - gentagne mislykkede forsøg på at beskytte sig selv
7. Ændringer i betydningssystemer
  - tab af tro og tillid
  - en følelse af håbløshed og fortvivlelse

(Herman, J., 1995)



at motivere til at fastholde behandlingen så længe. Mange flygtninge er så plaget af hukommelsessvigt, at det er umuligt at sikre en regelmæssig medicinindtagelse. Det er i flere undersøgelser vist, at mindre end 10 % af de behandlede følger de indgåede aftaler om medicinering og tidspunkter for indtagelse af tabletter. Der kan være tradition for, at man sideløbende tager medicin, som man får anbefalet af familie og venner, og mange får medicin tilsendt fra udlandet og ønsker ikke at oplyse om dette.

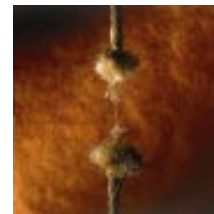
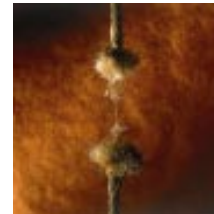
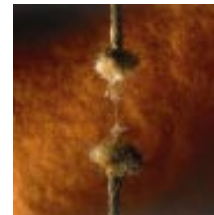
Det største problem er dog ofte af økonomisk karakter, idet en del af de medikamenter, der er indikation for at anbefale, er meget dyre. Det drejer sig om medicin, der koster mellem 10 og 20 kroner pr. tablet. Hvis der er indikation for at ordinere flere af disse, kan udgifterne til medicin løbe op i mange hundrede kroner om måneden. Hvis den ramte på grund af de psykiske forstyrrelser er ude af stand til at modtage undervisning, og derfor har fået nedsat kontanthjælpsydelsen, kan det være umuligt at skaffe økonomiske midler til det anbefalede medicinindkøb. Dermed bliver behandlingsforløbet mindre optimalt. I mange tilfælde vil en eventuel ægtefælle også være ramt af psykiske problemer, som kræver behandling, og det vil yderligere belaste økonomien og for mange føre

til fravalg af virksomme og ordinerede medikamenter. Det gør det vanskeligt at starte eller gennemføre et behandlingsforløb med disse midler, og det kan føre til at man i behandlingen må benytte mindre virksomme og bivirkningstunge præparater. Også dette kan føre til afbrudte behandlingsforløb.

Der er flere medikamenter, som tilbydes i behandlingen af posttraumatisk belastningsreaktion/PTSD og i behandlingen af eventuelle følgetilstande som angst, depression og psykose. En række psykofarmaka er blevet godkendt til denne brug, og der foreligger dokumentation for deres virkningsmåde, bivirkninger og effekt. Inden for depressionsbehandlingen gælder det især medikamenter som Zoloft og Fontex. Disse midler er blandt de bedst undersøgte i behandlingen af PTSD. Der kan forventes at indtræde registrerbar virkning inden for 6 uger på belastningsreaktionerne, og langtidsbehandling på op til 12 måneder kan nedsætte risikoen for tilbagefald.

Det er medikamenter, som har få og for den behandlede acceptable bivirkninger, og som kan indtages i én daglig dosis. Det sidste kan være en fordel for en målgruppe, der har problemer med dårlig hukommelse.

Ofte for tortur og krigshandlinger har ofte været udsat for traumatiske



påvirkninger over lange tidsperioder. Det kan være forklaringen på, at mange udvikler kronisk PTSD. Ved disse kroniske forløb optræder der hos de fleste andre psykiatriske lidelser. En af de hyppigst forekommende er depressioner af moderat til middelsvær grad. Depressionerne har samme karakter som i den øvrige befolkning, men kan i nogle tilfælde være domineret af angstproblemer. Depressionerne kan behandles med samme gruppe medikamenter som nævnt ovenfor ved behandling af PTSD. Andre depressionsmidler som Remeron og Efexor kan anvendes på samme indikation, og de kan være et godt alternativ.

Mange flygtninge er plaget af problemer med svigtende selvkontrol i pressede situationer og impulsivitet. Selv mindre dagligdags påvirkninger og konflikter kan føre til ukontrollerede raserianfald og aggressivitet, og i nogle tilfælde voldelige udfald mod omgivelserne, herunder også nærmeste familie. Det får mange til at undgå medmenneskelig kontakt og til at søge isolation. Det giver anledning til efterfølgende skyld og skamfølelse, og i nogle tilfælde antagelig udvikling af depressioner. Det er muligt at dæmpe disse problemer gennem en behandling med medicin, der primært benyttes til behandling af epilepsi. Det drejer sig om en gruppe af relativt nye medikamen-

ter som Karbamazepin, Valproat og Topimax. Det sidste er særlig velegnet til målgruppen, da det i modsætning til de øvrige nævnte ikke kræver blodprøver til vurdering af leverfunktion eller bestemmelse af koncentration i blodet. Topimax kan især dæmpe følsomheden for genoplevelser og flash back, og derfor mindske irritabiliteten og aggressivitet. Det kan mindske søvnproblemer, hvis det gives om aftenen, idet en af bivirkningerne, der især optræder i starten af behandlingen, nemlig dødsøghed, således udnyttes positivt.

Nogle klienter ophører med behandlingen på grund af en anden mindre hyppigt forekommende bivirkning, nemlig prikkende og sovende fornemmelse i hænder og fødder. Der er tale om forbigående og uskadelige bivirkninger, så det er vigtigt at informere grundigt om disse før behandlingsstart, og holde en hyppig kontakt i de første måneder for at sikre den fortsatte behandling. Hvis ikke virkningen indtræder inden for nogle uger, bør man overveje at øge dosis eller skifte til andet præparat.

Ved angstproblemer kan klienten i mange tilfælde hjælpes gennem en behandling med det angstdæmpende middel Buspar, som er et godt alternativ til gruppen af benzodiazepiner som for eksempel Stesolid. Da det ofte drejer sig om langvarige angsttilstande,

er det kontraindiceret at benytte benzodiazepiner, da det kan føre til misbrug. Buspar er ikke vanedannende, men har den ulempe, at der kan gå op til et par måneder, inden effekten er acceptabel.

Ved psykoser med vrangforestillinger og hallucinationer kan der ordineres midler inden for gruppen af nyere psykosemidler. Det kan for eksempel være Risperdal eller Zeldox. Disse midler kan i mange tilfælde øge virkningen af depressionsmidlerne ved PTSD.

## Etablering af behandlingsalliancen

I forbindelse med det kliniske arbejde som psykiater for målgruppen, er der en række forhold som kan inddrages i etablering af en bæredygtig behandlingskontakt.

Ved første kontakt kan det have betydning at præsentere sig som både læge og psykiater. Det er for mange vanskeligt at skelne mellem psykolog og psykiater, måske fordi der i hjemlandet ikke findes lignende faggrupper. Fagbetegnelsen læge kender de fleste, og den kan åbne op for en samtale om både psykiatriske, somatiske og sociale emner. Ofte fylder de legemlige sygdomsklager mere end de psykiske. Det vil derfor være naturligt og mindske tilliden, og dermed compliance, hvis



der udelukkende fokuseres på de psykiatriske problemstillinger i kontakten til psykiateren.

Det kan øge tilliden i det videre samarbejde med klienten, hvis der bruges tid til at lytte til de mange og ofte kroniske smerteklager. Mange klienter lider pga. det høje psykiske stressniveau af mavesmerter som følge af øget syreproduktion. En snak om dette, om kostråd og en anbefaling af brugen af syreneutraliserende tabletter, er en enkel og sikker behandling med hurtig indsættende virkning uden bivirkninger, og så er det billigt i indkøb. Herved kan et konstant irritativt smerteproblem mindskes, og mulighederne for at motivere til en psykofarmakologisk behandling øges.

I den lægelige behandlingskontakt bør åbenhed og en udømatisk holdning præge samarbejdet med klienten. Klienterne kommer fra lande, hvor tilgangen til behandling af sygdomsproblemer er anderledes end den danske, og hvor behandlingsmulighederne er sammensatte og kan indeholde for os utraditionelle elementer. Der kan være tilfælde, hvor klienten som noget selvfølgelig tager kraftigt virkende medicin, som skaffes af familiemedlemmer i hjemlandet. Hvis vi fra behandler side optræder afvisende og belærende over for dette fænomen, vil det ikke blive afdækket og behandlingssamarbejdet forringes.

Denne pluralistiske sygdomsopfattelse og behandlingstradition udgør hos størsteparten af klienterne en af tre hjørnepiller, som påvirker behandlingsforløbet. Den anden er en patriarkalsk grundindstilling, som påvirker kontakten og nødvendiggør en højere grad af kønsbestemt differentiering af behandlingsindsatsen, end vi er vant til i det danske samfund. Den tredje grundpille er forankret i religionen og kan på mange områder vanskeliggøre behandlingssamarbejdet, hvis det udelukkende anskues ud fra en traditionel, vestlig sygdomsmodel. Sygdomsproblemer kan for mange klienter ses som en følge af svigtende tro eller mangelfuld efterlevelse af de religiøse forskrifter, hvor den vestlige biologiske forståelse af sygdomsårsagerne bliver opfattet som utilstrækkelig og ensidig.

Der er således en række forhold, som skal inddrages på en varsom og taktfuld måde, hvor man som læge samtidig skal holdes fast i fagligheden og lægeansvar. Hvis compliance og dermed behandlingsmulighederne skal optimeres, kræver det erfaring i arbejdet med målgruppen, hvor både faglige og kulturelle særpræg og traditioner skal have en plads sammen med den specialiserede viden, den enkelte behandler bidrager med i den tværfaglige indsats.