

## VAD HÄNDER MED PATIENTENS LIVSHISTORIA I PSYKIATRIN?

*Kersti Jormfeldt mars 1995*

För 8-10 år sedan var tidiga traumata, t ex sexuella övergrepp i en patients livshistoria mer eller mindre kuriosita; något som visserligen ansågs predestinera till fortsatta övergrepp, men framför allt något man talade om i personalgruppen, men som regel inte med patienten. Främst kanske för att känslorna av skuld och skam var svåra att hantera för patienten - och ännu svårare att bära för personalen/terapeuten.

Under några intensiva år med psykotiska patienter med tillfällena att även möta dem medicinfrä var det slående hur ofta övergreppssituationer agerades ut i den florida psykosena. Sakta men säkert blev det tydligt att minst en tredjedel av patienterna bar på traumatiska övergreppskänslor utan att ha ord för dem, dvs hypotesen blev att övergreppen skett på preverbal nivå, mycket tidigt i livet .

Någon systematisk genomgång var inte möjlig att genomföra vad gällde dessa ca 80 kroniskt sjuka patienter. Har man undgått smärtan via symptom och dessutom anpassat sig till en institution och ett system som mest ser till funktionsnivå här och nu, är de flesta obenägna att uttrycka sig annat än i ett strikt kodat "obegripligt språk" (och symboliken i språket är godtyckligt utelämnat åt subjektiva tolkningar hos den som lyssnar) eller inte alls. Om det inte finns en med obegränsad tid och tålamod och adekvat utbildning utrustad psykoterapeut.

Men frågan kvarstod. Hur vanliga är tidiga övergrepp (sexuella, fysiska och psykiska) hos psykiatriska patienter och hur handskas vi med dessa problem?

Fierman. Hunt mfl (1993) undersöker statistiskt patienter med ångestsyndrom avseende posttraumatisk stress och finner att ca en tredjedel har svåra traumatiska händelser i livshistorien och säger: "*Given subject embarrassment, denial, dissociation, and repression, trauma may actually be underreported.*"

Russ, Shearin, mfl (1993) visar att över hälften av de patienter som inte känner smärta vid självdestruktivt beteende har svåra sexuella övergrepp i sin livshistoria.

Perlman (1993) gör en genomgång av psykoanalysens bidrag till kunskapen om tidiga övergrepp. Trots vetenskapen om hur ofta övergrepp förekommer och vilken förödande inverkan speciellt incest får för offrens fortsatta liv har inte frågan ägnats mycket intresse.

Lundmark och Sandler (1992) beskriver metod för gruppterapi med mammor till incestoffer.

Skönlitteraturen har gett bidrag till problemställningen, speciellt pseudonymen Lena som beskriver en psykoterapi (1988).

Under genomgång av litteraturen framstår det relativt tydligt att många i behandlingsfunktion har svårt att klara sina egna reaktioner och fördrar samma förnekande som patientens tidiga omgivning.

De 66 patienter som jag såsom psykolog på psykiatrisk klinik behandlat under de senaste 2 åren får tjäna som pilotstudiematerial.

Av dessa är i dag 32 "bra", dvs i arbete, medicinfria och kapabla att själva handskas med ev uppträdande symptom. Jag begränsar mig till att redovisa dessas traumatiska inslag i livshistorian eftersom det finns all anledning anta att det arbete som lagts ned på bearbetning av känslorna kring traumat har varit betydelsefullt för tillfrisknandet.

10 sexuella övergrepp

5 fysisk misshandel

4 modern död före patienten fyllt 13

4 fadern död före patienten fyllt 13

2 modern psykiskt sjuk, vilket förnekats och förtigits av familj och släkt

2 bevittnat nära person få ep.anfall utan förklaring, med förnekande

1 mordhotad av fadern

1 mångårigt incestbeteende i familjen, förnekat men bevittnat av patienten

( 10 av patienterna har också upplevt och flera av dem i vuxen ålder fått bekräftelse på ett direkt hat från någon av föräldrarna.)

29 av 32 patienter har alltså ett så påtagligt trauma obearbetat. Endast för 2 av dessa patienter var detta det första tillfället i psykiatrin (kortvarig reaktiv psykos 298,80). En av dessa patienter var under flera år sexuellt utnyttjad av sin betydligt äldre bror. Modern alltid avståndstagande och helt negligerande patientens behov av beskydd och kontakt. Patienten tog från början avstånd från sitt eget vårdbehov. Den andra patientens mamma var sjuk, och skrämde medvetet på olika sätt sin dotter, vilket förnekades och fortlöpande förnekas av fadern. Den reaktiva psykosen utlöstes av moderns suicid.

20 patienter av mina 32 "bra" har vid ett eller flera tillfällen krävt psykiatrisk slutenvård. Dessa fördelar sig på följande diagnoser:

7 generaliserat ångestsyndrom med eller utan panikångestattacker.

5 personlighetsstörning UNS

4 kortvarig reaktiv psykos

2 egentlig depression

1 impuls kontrollstörning

1 anorexi

Min erfarenhet är att ett försök att vänta ut den affektiva delen av dessa traumatiska händelser i patientens historia ofta är dömd att misslyckas inom den tidsram man har till förfogande som klinisk psykolog. Skuld och skam, kravet att bevara familjehemligheterna lägger också hinder i vägen för att dessa patienter skall kunna be om hjälp för den förödande påverkan traumat och patientens beredvillighet att ta på sig skulden för vad som hänt har orsakat.

Att direkt fråga om hur det förhåller sig är ingen garanti för patienten att terapeuten klarar att vara delaktig i genomarbetningen av de smärtsamma och ofta invalidiserande känslor som är förknippade med traumat. Många patienter upplever dock detta att terapeuten vågar använda orden som en förutsättning för att våga språnget att tala om det onämbara. Smärtan i att beskriva traumatiska händelser gör ju ofta att patienter snabbt glider över det som mest påverkat dem känslomässigt. Först när orden och bilderna fokuseras och upprepas är det till slut möjligt att återuppleva känslorna och arbeta igenom dem.

De patienter (de flesta i mitt material) som nämnt sitt trauma för en terapeut och inte fått napp upplever snarare större skuld och skam än förut. Detta synes driva på utagerande och självdestruktivt beteende (speciellt diagnos personlighetsstörning av panikångesttyp eller diagnos generaliserat ångestsyndrom) eller medverkar till "evig tystnad" (diagnos: egentlig depression, tvångssyndrom och nyinsjuknade psykosor som inte blir mottagna med delaktighet och mod).

Att leta efter utlösande faktorer i vuxenlivet utan att beakta de traumatiska händelser som gör att känslor av maktlöshet, ångest och obearbetad sorg (depression) plötsligt blir ohanterliga synes vara ett ytligt och oprofessionellt, men tyvärr ganska vanligt sätt att möta nyinsjuknade patienter såväl i akutpsykiatrin som i primärvården.

Vad man kan fokusera på är följande allmänmänskliga iakttagelser:

1. De flesta barn älskar sina föräldrar
2. I individuationsfasen önskar de flesta barn någon gång livet ur en eller båda föräldrarna då de begränsar barnets möjligheter att expandera sin livserfarenhet.
3. Känsla nr 2 är den mest förbjudna och måste oftast omedelbart omedvetandegöras.
4. Beroende på hur relationen utvecklar sig minskar eller ökar konflikten mellan 2 och 3.
5. Ökar konflikten i 4 är det troligt att det utvecklar sig en "olycklig kärlek" till en eller båda föräldrarna.

Utifrån 4 kan man tänka sig en påfrestningsskala typ:

sexuella övergrepp med förnekande utan beskydd  
 fysiska övergrepp med eventuellt förnekande utan beskydd  
 förälders död (skuldfrågan förnekad av patienten och skydd finns inte)  
 direkt hat från modern utan beskydd från fadern  
 direkt hat från fadern utan beskydd från modern

En sådan skala skulle med betydligt fler nyanser kunna vara användbar för utvecklandet av ett mera allmänt intresse för vad tidiga traumata har för betydelse för sjukdomstillstånd inom psykiatrin.

Fokuserade behovsanpassade korttidsinsatser synes kunna bespara många patienter att hamna i ett kroniskt tillstånd.

## Referenser:

- Fierman,E Hunt,M Pratt,L Warshaw,M Yonkers,K Peterson,L Epstein-Kaye,T Norton,H, *Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Subjects With Anxiety Disorders* (Am J Psychiatry 150:12, dec-1993 1872-1874)
- Pseud. Lena, *Fantasier*. ( Rabén & Sjögren 1988)
- Lundmark,G Sandler,E *Mammor till incestoffer - erfarenheter från en gruppterapi* (Psykisk hälsa 1992:3 212-229)
- Nilsson, Kent, *Reflexioner kring och erfarenheter från psykoterapi med schizofrena -den ädla konsten att hålla käft*. (Psykisk hälsa 1993:3 126-131)
- Perlman, Stuart *Unlocking incest memories: preoedipal transference, counter-transference, and the body* ( J of The American Academy of Psychoanalysis, 21 (3), 363 - 386, 1993)
- Russ, m Shearin,E Clarkin,J Harrison, K Hull,J *Subtypes of self-injurious patients with borderline personality disorder* (Am J Psychiatry 150:12, dec1993 1869-1871)