

Kvinnor möter kvinnor med depressiva besvär

Kvinnoprojekt inom psykiatrin

Gun-Kajsa Lindström

Lena Nordh

Anita Davidsson

Ett kvinnoprojekt riktat till kvinnor med depressiva symtom bedrivs sedan 1994 inom vuxenpsykiatrin i Skellefteå. Projektet har som ambition att utveckla förståelsen för och bemötandet av de kvinnor som söker själva eller kommer via remiss. Genom utbildning till den egna och andra kliniker inom sjukvårdsdistriktet förmedlas nyare teoribildning inom kvinnopsykiatri, kvinnoperspektiv på depressioner, samt konsekvenser av sexuella övergrepp och misshandel.

Projektgruppen består av Lena Nordh, socionom, Anita Davidsson, socionom och Gun-Kajsa Lindström, psykolog, alla verksamma sedan många år inom Psykiatriska kliniken i Skellefteå. Projektet har finansierats med Dagmarmedel.

Bakgrund

Inom vuxenpsykiatrin är kvinnliga patienter i majoritet. Vissa symtom är mer vanliga hos kvinnor - depressioner, ätstörningar, symtom som konsekvens av sexuella övergrepp. Vi kan konstatera att dubbelt så många kvinnor som män söker hjälp för depression och att i det närmaste varannan kvinna någon gång i sitt liv blir deprimerad (SOU 1992:37).

Psykologiska teorier är ofta formulerade av män och med mannen som norm. De avspeglar samhällets värderingar och maktförhållanden. Vår erfarenhet är att de i stor utsträckning är blinda för könsperspektiv och kvinnors livsvillkor och att de ibland avspeglar fördomar mot kvinnor. Kvinnors erfarenheter har inte på samma sätt värderats, teoretiserats och fått en plats i etablerade utbildningar. Successivt växte medvetenheten om bristen på och nödvändigheten av kvinnoperspektiv sig starkare hos oss.

För att kunna utveckla bemötandet och skapa nya behandlingsformer är det nödvändigt med ny förståelse och teori som också inbegriper könsaspekter. Vår sociala bakgrund och vårt kön är av avgörande betydelse i de flesta livssammanhang. Haavind (1992) me-

nar att vår självförståelse och könsidentitet är föremål för fortlöpande förändring i det sociala samspelet, där vi män och kvinnor aktivt deltar samtidigt som de sociala strukturerna och de relationer vi lever i får en djupgående påverkan.

Kvinnors hälsa är komplex. Carlstedt (1992) menar att begreppet psykosomatik inte synliggör sociala orsaker till kroppsliga och psykiska symtom. Hon inför begreppet sociosomatik, eftersom det inte enbart handlar om att förändra kvinnan "inifrån", utan att också förändra den sociala situation hon befinner sig i. Medvetenheten om de sociala villkorens betydelse framgår då tydligare.

Kvinnoperspektiv på depressioner

Depressionsreaktionen kännetecknas av bl a sänkt sinnesstämning, trötthet, rådvillhet, tankeverksamhet kring ett fåtal temata och en negativ självbild. Vad som förorsakat känslan är inikt personligt, men inte i stunden tydlig för vare sig den enskilde eller omgivningen. Depressionsreaktionen innebär alltid ett känslomässigt lidande för personen, och om det inre arbetet inte leder till förståelse för, och ev förändring av det som förorsakat reaktionen, ökar symtomen som i sin ytterlighet kan vara livshotande. Depressionsreaktionen är en känsla som inte i sig är typiskt kvinnlig. Däremot är den i kulturen mer tillåten för kvinnor, medan män försvrar sig mot denna känsla (Gut, 1990).

Forskning angående kvinnor och depressioner har visat på sociala faktorer som har betydelse för utveckling av depression. Brist på förtroligt förhållande till partner, fler än tre barn boende hemma, avsaknad av förvärvsarbete och sviktande egen hälsa är faktorer som har betydelse för uppkomsten av depression hos kvinnor (Brown & Harris, 1978). Nyare amerikansk forsk-

För att kunna utveckla bemötandet och skapa nya behandlingsformer är det nödvändigt med ny förståelse och teori som också inbegriper könsaspekter

Det förefaller finnas ett samband mellan en underordnad position och depression hos kvinnor

ning lyfter fram konflikter och störningar i nära relationer som kritiska faktorer för depression hos kvinnor (Jack, 1991, Jordan et al, 1991). Kvinnor beskriver en känsla av att "förlora sig själv" som konsekvens av anpassning i ojämlika relationer i äktenskapet. I relationer där samspel och dialog successivt dör ut, förlorar kvinnan sin egen röst, kraft och påverkansmöjlighet. Jack (1991) utvecklar synen på depressionen som interpersonell, och betonar betydelsen av att se hur kvinnor faktiskt har det i sina relationer. Det förefaller finnas ett samband mellan en underordnad position och depression hos kvinnor. Kvinnor som i sin historia har varit utsatta för sexuella övergrepp, uppvisar depressiva symtom i betydligt större utsträckning än kvinnor som inte varit utsatta.

Vid depression hos kvinnor, betonar Stiver & Miller (1988) betydelsen av att identifiera förlustsituationer och bekräfta anledning till sorg för att förhindra att dessa känslor blir obearbetade och med tiden orsakar en depression. Kulturen talar till kvinnor att se, bära och lösa konflikter och störningar i omgivningen. Kvinnor uppmannas via dessa budskap att utveckla ett lyssnande till andras behov och försäkras att lyssna på sig själv och egna behov. Kvinnor bär i sina kroppar och medvetanden konflikter och svåra händelser som de behöver få hjälp att se och finna förklaringar för utanför sig själva. (Kaschak, 1992). Gut (1990) ser depressionsreaktionen som en sund reaktion på en för individen otillfredsställande livssituation och att det alltid finns en god anledning till den.

Konsekvenser av sexuella övergrepp

Våldet mot kvinnor är fortfarande i stor utsträckning dolt, både i Sverige och internationellt, speciellt våld i form av sexuella övergrepp som utövas mot barn och kvinnor i nära relationer, konstaterar Kvinnovaldskommissionen i sitt betänkande Kvinnofrid (SOU 1995:60). Herman (1992) lyfter fram traumatiska händelser betydelse för utveckling av symtom och betydelsen av att namnge problemet. Hon talar om nödvändigheten av en social kontext som bekräftar offrets erfarenheter, både i nära relationer och i samhället. Ett samhälleligt förnekande av sexuella övergrepp och våld, kan leda till ett förnekande av kvinnors egna erfarenheter. Det

finns en kraft, i att uttala det som inte låter sig uttalas, en kreativ energi när man tränger igenom barriärer av förnekande och depression. Herman konstaterar att den sårbarhet och dåliga självbild som blir följden av trauma bara kan byggas upp tillsammans med andra.

Även i den psykiatriska vården har kvinnors erfarenheter av sexuella övergrepp i stor utsträckning varit dolda. Reaktionen som konsekvens av sexuella övergrepp riskerar att tolkas som patologi och knys till kvinnans personlighet istället för till traumat i sig. När reaktioner kommer många år efteråt, som ibland är fallet för vuxna kvinnor som i barndomen varit utsatta för sexuella övergrepp, är sambandet med traumat ännu svårare att se. Symtom och reaktioner riskerar att betraktas som irrationella. Kvinnan kan beskriva depressiva symtom, ångest, starka skuld- och skamkänslor, ett uttalat självförakt som också omfattar den egna kroppen. Symtomen är komplexa och hos de flesta finns olika fysiska uttryck för illamående. Flera uppvisar det som rymts i begreppet posttraumatiskt stressyndrom. Själv-mordstankar kan finnas liksom upprepade självmordsförsök. Kvinnans upplevelse av att något är fel med henne, bekräftas ytterligare om hon inom vården definieras som psykisk sjuk eller störd.

Målsättning

Målsättningen med projektet var att utveckla bemötandet och kvaliteten i mottagandet av kvinnor som söker för depressiva symtom. Vår utgångspunkt var kunskap om kvinnohistoria och kvinnopsykologi, samt förståelse och känslighet för vad det innebär att vara kvinna i dagens samhälle. För att fördjupa förståelsen för kvinnorna och för att kunna frånga sjukförklarande har vi försökt vidga perspektiven från individ- till familje- och samhällsnivå. Vi har arbetat inom tre områden.

1. En ansats till *kvinnomottagning*, där vi riktar oss till kvinnor i yrkesverksam ålder med depressiva symtom.
2. *Utbildning* till personal inom sjukvården som möter denna patientgrupp, i primärvård, på kvinnokliniken, inom psykiatri m m.
3. *Handledning och konsultverksamhet* till yrkesverksamma som kommer i direkt kontakt med denna patientgrupp.

Reaktioner som konsekvens av sexuella övergrepp riskerar att tolkas som patologi och knys till personens personlighet istället för till traumat i sig

Erfarenheter

Kvinnomottagning

Kvinnomottagningen har vänt sig till kvinnor som söker vård för depressiva besvär. Vi har i samtal arbetat med 60 kvinnor under åren 1994 till 1996. Kvinnornas ålder varierar mellan 18 och 55 år och medelåldern är 36 år. Kvinnogruppen representerar ett vitt spektra, alltifrån kvinnor som för första gången söker samtal till kvinnor som sökt hjälp inom vården i många år. Majoriteten av kvinnorna är tungt belastade utifrån vissa psykosociala faktorer. De har fysiskt/psykiskt tunga arbeten, en ofta osäker arbetssituation och ett emotionellt tungt vårdansvar. En tydligt belastande faktor är ekonomin, och flera kvinnor tvingas söka ekonomiskt stöd i perioder.

Varje kvinnas historia är unik, men det finns sammanhang som förenar. Förluster, kränkningar och trauman som gett konsekvenser på lång sikt finns hos flertalet av de kvinnor vi mött. Kvinnorna har saknat utrymme för sörjande och bearbetning av förluster. Missfall, aborter, förluster av anhöriga och vänner, egen ohälsa och att bli ställd utanför arbetsmarknaden är några beskrivna förlustsituationer. Att genom åren ha förlorat en förtrolig relation till make/vän är en vanlig, men inte lika tydlig förlust. Drygt hälften av kvinnorna har varit utsatta för fysisk och/eller psykisk misshandel eller sexuella övergrepp under sina liv vilket gett både fysiska och psykiska konsekvenser. Många av de kvinnor vi mött har värk i någon form. Vi kan se att många med värkproblem har erfarenhet av våld och kränkningar av något slag, dock inte alla. Det är i sammanhanget viktigt att framhålla att de kvinnor vi träffat inte beskriver sig som passiva offer för begränsningar i tillvaron och i historien. Genom aktiva handlingar finner de ofta geniala lösningar på problem.

Patientgruppen är, vad gäller symtomatologi, känd inom psykiatri och flera kvinnor har också haft kontakt med psykiatrisk mottagning eller avdelning. Andra har haft starkt motstånd att komma till psykiatri av rädsla för ökad stigmatisering och för att bli sjukförklarade. De har sökt behandling inom vården tidigare, men inte kunnat arbeta med orsakerna och ser nu en ny möjlighet. Samtalen har varierat i omfattning och karaktär utifrån kvinnans behov och önskan. En del kontakter har varit uttalat terapeutiska, andra mer stödjande eller haft en psykosocial prägel. Samtal med familj, anhöriga och professionellt nätverk har förekommit i flera fall.

Utbildningsinsatser och handledning

Inom projektets ram har en omfattande utbildningsverksamhet bedrivits. Utbildningarna har omfattat 3 utbildningstillfällen i ämnena kvinnopsykologi, kvinnor och depressioner, konsekvenser av sexuella övergrepp och misshandel. Med utbildningsinsatserna har en medveten strävan funnits om ett utökat samarbete och en mer öppen dialog med andra kliniker inom sjukvården, som kommer i kontakt med denna patientgrupp. Utbildningen har i första hand riktat sig till personal inom det egna sjukvårdsdistriktet och över 600 personer har deltagit.Handledning har bedrivits i grupp gentemot primärvård och socialförvaltning, och konsultationer har givits i enskilda patientärenden till personal från skilda delar av sjukvårdsdistriktet.

Konsekvenser för bemötande och samtal

Utifrån vårt kliniska arbete i projektet, teoretisk kunskap och den utvärdering som är gjord av kvinnomottagningen (Blumé & Nyström, 1996) har vi gjort följande erfarenheter vad gäller bemötande och samtal.

-Att vidga perspektiven

Som samtalspartner bör vår tolkningsram vara öppen för flera möjliga förståelser och perspektiv. Den bör ha en vidd från individen till relationer inom familj, socialt nätverk och arbetsliv, samt rymma ett samhällsperspektiv med en köns- och maktmedvetenhet och förståelse för sociala orsaker till kvinnors emotionella smärta. Mötet med den enskilda kvinnan har fokus på hennes egen upplevelse och verklighet, vi följer henne och erbjuder andra sätt att se och förstå problemet. I bredden av förståelser kan kvinnan finna en förståelse av sig själv som känns äkta för henne. Vi arbetar konkret med genogram, familjehistoria i tre generationer, vilket vidgar fokus på problemet och ger kvinnan möjlighet att se sig själv i ett socialt sammanhang. Kvinnor bekräftar betydelsen av att få berätta sin historia i ett sammanhang. En kvinna i utvärderingen uttrycker att se samband innebar att hennes reaktioner inte längre framstod som konstiga och onormala, utan mänskliga och rimliga mot bakgrund av de livsvillkor hon levt under. Ett helhetsperspektiv innebär också att lyssna på såväl psykiska som somatiska yttringar av illamående och ge utrymme för kroppens språk utan att nedvärdera dessa uttryck.

-Begriffliggöra istället för att sjukförklara

Det är viktigt att i mötet med kvinnor förmedla en förståelse av symtom som adekvata reaktioner i svåra livs-

Det är viktigt att förmedla att det finns "god anledning" och bekräfta rimligheten att svika inför orimliga bördor

situationer, och förmedla att det finns "god anledning" att känna som hon gör. Vi ser också vikten av att lyfta fram styrkor och resurser och omformulera negativa begrepp och föreställningar, exempelvis bekräfta den relaterande förmågan som en kvalitet och en kraft som inte värdesätts i samhället. Kvinnor ger uttryck för hur detta bemötande gör dem begripliga för sig själva, "normaliserad och styrkt". Kvinnor beskriver också att vårt språk och ordval i samtalen har stor betydelse för uppvärdering av deras erfarenheter och förmågor, och detta märks också i hur de efter hand beskriver sig själva.

- Möta kvinnan där hon är.

Kvinnans definition av vad hon vill arbeta med blir vår utgångspunkt. Det är viktigt att inte ha en förutfattad mening om vad samtalen borde handla om utan starta med att förstå det hon förstår. Vi lyssnar lyhört till hennes egen röst och blir en samtalspartner i en dialog där hon kan forma sin egen berättelse. Det handlar om att våga möta mänsklig sårbarhet och en ibland brutal verklighet i form av sexuella övergrepp och misshandel, som inte så lätt låter sig uttryckas. Kvinnorna beskriver hur viktigt det varit att vi lyssnat engagerat, varit starkt närvarande och givit respons, och härmed förmedlat en känsla av medmänsklighet. Vi försöker överbrygga hindren för att relation ska kunna etableras i det att vi, vid behov, försöker finna andra mötesplatser än psykiatri.

- Varsamhet med makten i behandlingsrelationen.

Medvetenheten om skillnader i makt i behandlingsrelationen är grundläggande. Först när man samtidigt ser betydelsen av relationen och är medveten om det faktiska underläget patienten befinner sig i, kan man hitta vägar att förhålla sig till det. I bemötandet är det viktigt att förmedla att kvinnan är expert på sig själv via betoning på hennes egna ord för upplevelser och känslor. Det är viktigt att följa varsamt för att minska maktförhållandet i behandlingsrelationen. Att bemöta med respekt och en accepterande bekräftande hållning är grunden för trygghet i relationen, vilket är en förutsättning för fortsatt inre arbete. Som samtalspartner erbjuder vi ett förhållningssätt som inte är distanserat och vi är restriktiva med tolkningar. Det är också viktigt att vara medveten om kvinnors dilemma vad gäller önskan om förändring och starka rädslor för vad föränd-

ring kan innebära i relation till sig själv och andra. Att förmedla tålmod och vänta in hennes egna beslut är nödvändigt. Kvinnorna ger uttryck för betydelsen av att bli bemötta med respekt, som personer med kunskap om sitt eget liv. De använder ord som "myndig-förklarad", "erkänd", och "tagen på allvar". När kvinnans upplevelser och verklighet blir synlig och giltig, växer successivt en känsla av upprättelse, och hon återfår makt och påverkansmöjlighet i sin egen livssituation.

- Behandlingsrelationens betydelse.

Relationen bär fram möjlighet för kvinnan att bearbeta och finna sammanhang i det som sker och har skett i hennes liv. I en trygg behandlingsrelation kan hon våga ge uttryck för bilder av sig själv som tystats ned och därmed bli mer autentisk i relationen. Hon kan utveckla sin relaterande förmåga, acceptera sina känslor och öka sin självrespekt genom omformulering av tidigare negativa självbild. Kvinnorna beskriver att relationen gjort det möjligt att tala om sådant som de inte kunnat berätta för andra, förhållanden som upplevts som svåra, och som de skämts för. Som behandlare blir man delaktig och berörd av den historia man får dela med kvinnan. Att arbeta med ett kvinnoperspektiv handlar om att våga se både sina egna och andra kvinnors livsvillkor mer tydligt, och se att det inte finns någon skarp gräns mellan våra och klienternas vardagsverklighet. I detta ligger en utmaning till en pågående utveckling av den egna självförståelsen och förståelse för andra kvinnors liv och verklighet.

Avslutande kommentar

Projektet har väckt intresse på lokal, regional och central nivå i landet, som ett exempel där ett kvinnoperspektiv är utgångspunkt för bemötande i vården. Intresset från enskilda kvinnor har varit stort, vilket vi tror beror på att den information som spridits om projektet via massmedia har varit avdramatiserande, väckt hopp och gjort hjälpsökande möjligt.

Genom utbildningsdagar har vi öppnat kanaler för samarbete med andra kliniker och blivit en konkret remissinstans för omgivande vårdgrannar. Inom den egna kliniken har vi blivit erkända som kunskapskälla och

Att arbeta med kvinnoperspektiv handlar om att våga se både sina egna och andra kvinnors livsvillkor tydligt

projektet kommer att integreras i Psykiatriska klinikens ordinarie verksamhet åren framöver med ekonomiskt stöd från sjukvårdsdistriktet. Vår klinik är idag mer öppen för att se sexuella övergrepp och misshandel och dess konsekvenser för den psykiska hälsan. Det är ett krävande och slitsamt arbete att kvarhålla ett synsätt som försöker förstå psykisk ohälsa i ett sammanhang som inbegriper köns- och samhällsperspektiv. Frågan är om en kvinnomottagning enligt vår modell i längden kan fungera inom nuvarande psykiatrins ram. Många kvinnor har ett starkt motstånd att komma till psykiatri då de är medvetna om den stigmatisering som sjukförklarandet inom psykiatri innebär. Vår vision är en hälsomottagning för kvinnor i vidare bemärkelse med en socialpsykologisk och medicinsk inriktning, i ett samarbete som går utöver klinikgränserna. Det är viktigt att i ett fortsatt utvecklingsarbete finna former för hur ett nödvändigt helhetsperspektiv på individen kan omsättas i konkret praxis inom vården.

REFERENSER

1. SOU 1992:37. Psykiatri och dess patienter.
2. Haavind H: Vi måste söka efter könets förändrade betydelse. Kvinnovetenskaplig tidskrift 1992;3:16 - 33.
3. Carlstedt G: Kvinnors hälsa. En fråga om makt. Stockholm, Tiden/Folksam, 1992.
4. Brown G W, Harris T: Social origins of depression. New York, The Free Press, 1978.
5. Jack C: Silencing the self. Women and depression. New York, Harper Perennial, 1993.
6. Jordan J, Kaplan G, Miller J B, Stiver E, Surrey J: Women growth in connection. New York, The Guilford Press, 1991.
7. Stiver I, Miller J B: From depression to sadness in women's psychotherapy. Work in Progress 1988;36: 1 - 16.
8. Kaschak E: Engendered lives. A new psychology of women's experience. New York, Basic Books, 1992.
9. Gut E: Den sunda depressionen. Stockholm, Wahlström & Widstrand, 1990.
10. SOU 1995:60, Kvinnofrid, kvinnovåldskommissionens betänkande, del A.
11. Herman J: Trauma and recovery. London, Pandora, 1992.
12. Blume K, Nyström I: Att bli bemött som en människa. Umeå, Institutionen för tillämpad psykologi, Umeå universitet, 1995/1996.



LP-VERKSAMHETEN

Ett kristet alternativ i missbrukarvården

6 behandlingshem

30 kontaktcenter

Personal med hög kompetens och stor erfarenhet

LP-verksamheten • Box 1356, 111 83 Stockholm • Tfn 08-23 52 60 • Fax 08-10 15 87