

RAPPORT för NÄRHÄLSAN Kris- och traumamottagning 2017



Trauma och Tystnad: Kvinnor, våld, krig och flyktingskap

Marita Eastmond

Förord

På Kris- och traumamottagningen i Göteborg märkte vi under 2016 att flera kvinnor från forna Jugoslavien sökte traumaterapi för första gången. Hur kommer det sig att man söker oss först nu, närmare 30 år efter kriget? Vad kan vi lära av detta?

Vi kontaktade Marita Eastmond, socialantropolog och seniorprofessor vid Institutionen för Globala Studier vid Göteborgs Universitet. Marita hade samarbetat med oss tidigare och har lång erfarenhet av konflikten på Balkan.

Tillsammans med Marita genomfördes en intervjustudie med kvinnor från Bosnien som kom till Sverige som flyktingar under kriget 1992 – 1995 och som sökt vår mottagning för första gången 2016-2017. Intervjuer genomfördes även på Röda Korset Center för torterade flyktingar i Stockholm som möter samma patientgrupp.

Detta arbete fokuserar på kvinnors erfarenheter och hur vården kan bli bättre på att möta deras behov. Med hjälp av deras erfarenheter vill vi förstå vilka hinder som kan finnas för kvinnor med liknande upplevelser att söka hjälpa och komma i kontakt med relevanta vårdinstanser i ett tidigare skede. Vilka förslag och förklaringar ger patienterna själva? Undersökningen sätter in kvinnornas erfarenheter i de större politiska och sociala sammanhangen såväl i hemlandet som i den verklighet de mött som flyktingar i Sverige, både i kontakt med vården och i arbetslivet. Rapporten berör också kulturella perspektiv på gender, trauma, smärtspråk och bemästringsstrategier. Denna kunskap kan kasta ytterligare ljus över hur skillnader i synsätt kan påverka möjligheten till förtroendefull kontakt och effektiv vård.

Avsikten med rapporten är också att väcka frågor mer generellt om kvinnor med erfarenhet av våldsamma konflikter. När tystnad om det mest smärtsamma är en bemästringsstrategi, kan dessa erfarenheter vara svåra för omgivningen att upptäcka. Att lära sig känna igen och bistå dem som lider av upplevelser de inte kan tala om blir därmed en central fråga för vården och för andra relevanta samhällsinstitutioner.

Har du frågor eller vill beställa rapporten kontakta oss på tel: 031-747 89 60

Göteborg hösten 2017 Britt Tallhage verksamhetschef.

Metod och etiska överväganden

Metoden är kvalitativ och etnografisk, och har bestått i ett längre informellt samtal med varje patient enskilt (i ett fall med tolk), nio kvinnor vid Kris- och traumamottagningen i Göteborg och en kvinna från Röda Korsets Center för torterade flyktingar i Stockholm. Genom aktivt lyssnande har vi sökt en djupare kunskap om intervjupersonernas erfarenheter och perspektiv, historia och livssammanhang för en förståelse av krigsdrabbade kvinnors upplevelser och bestående problem. Kvinnorna har utifrån sina livsberättelser förmedlat minnen från sin uppväxt, familjeförhållanden, arbetsliv och sina erfarenheter av kriget, flykten, livet och hälsan efter ankomsten till Sverige. Metoden - ett långt och förtroendefullt samtal - gav också större möjlighet att tala om det som normalt kan vara svårt att beröra utanför terapirummet, samtidigt som den gav inblickar i tystnadens olika bevekelsegrunder i dessa kvinnors liv. Deras berättelser kan därmed vägleda oss när det gäller vad vi behöver veta mer om när vi möter kvinnor med liknande erfarenheter, även om skillnaderna i övrigt kan vara stora.

Kvinnor som tackat ja till att medverka, via en förfrågan från sin terapeut, har kunnat lita på full anonymitet och en möjlighet att dra sig ur om och när de så önskat. Samtalen, som varade mellan 1.5 och 3 timmar, fullföljdes som planerat med samtliga tio kvinnor. Min egen mångåriga erfarenhet av forskning i och om Bosnien-Hercegovina (BiH) och de bosnier som kommit till Sverige som flyktingar har underlättat personlig kontakt och förtroende i intervjuarbetet.

Bakgrund i Bosnien: Viktiga fästpunkter i vardagslivet

Flertalet kvinnor i studien är uppväxta i mindre städer och byar nära gränsen till Kroatien, belägna i den enhet inom BiH som idag är *Republika Srpska* och flera av dem hårt drabbade av etnisk rensning (2). Innan kriget var befolkningen i området etniskt blandad och äktenskap mellan individer med olika religioner var vanliga och okontroversiella. Kvinnorna arbetade i huvudsak inom de industrier och servicenäringar som vuxit fram i den moderniseringsprocess och ökat välstånd som kännetecknade Jugoslavien efter andra världskriget.

Viktiga fästpunkter i vardagslivet och den lokala gemenskapen utgjordes av familj, arbetsliv och socialt umgänge:

Familj och bosättningsmönster, i synnerhet på landsbygden, var ofta patri-lokala, ett nygift par bosätter sig hos makens föräldrar och får en del av huset. Sådana tre generationshushåll hade sina fördelar men också spänningar, och familjerelationer komplicerades ofta i och med kriget och flykten utomlands. Vem skall ta ansvar för åldrande (svär)föräldrar som blivit kvar eller återvänt efter kriget, ofta beroende av ekonomiskt stöd från dem bosatta utomlands (3) Ouppfyllda förväntningar, skuld, men också längtan och saknad, har ibland tyngt dem som samtidigt kämpat med att bygga nya liv för sig själva och sina barn i Sverige. Fortsatt kontakt med forna hemlandet är viktigt för många men är sällan enkelt. Barn som vuxit upp i Sverige vill inte alltid åka till BiH på sommarlovet eller lära sig tala språket. Samtidigt är det ofta svårt när den sista länken till forna hemlandet försvinner. Saknaden och sorgen efter en älskad far, en duktig fruktodlare, hade inspirerat en kvinna, berättade hon, att skaffa kolonistuga i Sverige där hon nu själv kan odla och känna sig 'hemma'.

Flera kvinnor berättar om kriget och tiden dessförinnan, och den ständiga rädslan för angrepp – de berättar om hus som blev utrymda och sprängda av anfallande styrkor. Kvinnorna hade stort ansvar för hushåll, matförsörjning, svärföräldrar, när män levde gömda i skogen. Yngre kvinnor som då var barn berättar om hur svårt det var under dessa förhållanden att inte få uppmärksamhet eller förklaringar av de vuxna omkring dem:

”Vi barn bara fanns där... förstod inte mycket.. ”

Denna kvinna berättar också om hur de jagades iväg:

”...mamma sprang med oss barn och farmor över fälten medan de sköt på oss bakifrån; jag minns hur högt gräset var och hur svårt det var att springa för oss barn; (minns) farmors rop till mamma: 'Strunt i mig, rädda barnen, spring!' ”.

Bakom dem låg huset i ruiner.

Arbete var viktigt, inte bara ekonomiskt utan även socialt, oavsett var människor bodde och hur de fick sin utkomst. En viktig aspekt av ”normalitet” var *arbetsmoralen*, central i familjers välfärdsprojekt i forna Jugoslavien, om än med lite olika uttryck i olika samhällsklasser. Att ha ett arbete var av stor vikt och

arbetslösheten i Sverige då de bosniska flyktingarna anlände var en stark orosfaktor. Mot psykiatrins erbjudande om behandling var det primära för många att få fäste på arbetsmarknaden och få en försörjning, ett välbekant tema från tidigare undersökningar om nyanlända bosnier (4-6).

Flera av de intervjuade kvinnorna uttrycker en nostalgisk längtan efter den tiden, och berättar med energi och stolthet om sina arbetsuppgifter på kontor, restauranger och i tillverkningsindustrin. De vittnar om hur denna sociala mobilitet, som var en viktig del av samhällsutvecklingen under deras livstid, också spelat stor roll för deras självkänsla. En av dem beskrev hur hon kände sig ”som en drottning” som ensam sekreterare på en stor manlig arbetsplats. Arbetsplatsen blev en viktig del i det lokala livet och skapade en känsla av tillhörighet och gemenskap; där firades högtidsdagar, nationella såväl som personliga, och arbetslivet integrerades med familjelivet. De som då var skolbarn berättar hur de väntade otåligt på den dag de skulle få bli med i Titos Pionjärer och ikläda sig de vackra dräkterna: ”*Det var något stort!*” En sorg efter förlusten av arbetsgemenskap som ett viktigt livssammanhang löper genom många berättelser. Mot denna bakgrund kan vi också förstå hur möjligheten till arbete var en viktig angelägenhet för de bosnier som kom som flyktingar till Sverige.

Socialitet (druzenje) är ett positivt laddat värde i Bosnien, som i många andra samhällen där individen ses som mer ”öppen” och socialt förbunden med andra än i nordeuropeiska samhällen. Det kommer till uttryck i socialt umgänge och normer om reciprocitet, där släktingar, arbetskamrater, vänner och grannar tar aktiv del i individens sociala värld och utbyten. Socialitet är det normala tillståndet och att vilja umgås med andra är viktigt för välbefinnandet, inte minst det högt värderade utbytet kvinnor emellan. En äldre bosnisk kvinna, i en annan studie, hade värk i kroppen men hade inte blivit hjälpt av mediciner eller fått en diagnos; hon fick till slut plats på ett vårdhem, där majoriteten av vårdtagarna var svenska kvinnor. Hon beskrev vistelsen som en fantastisk kur och noterade en väsentlig förbättring:

”..detta att vara tillsammans med och berätta för kvinnor, som lyssnar, avlastar mina sorger..” (7).

Där socialitet är det normala tillståndet och viktig för välbefinnandet, blir flyktingskapets ensamhet speciellt drabbande. Liknande erfarenheter rapporterades från bosniska kvinnor i flyktingläger i Kroatien:

*”Den stora behållningen var att ha andra kvinnor att tala med...
man kunde berätta sina historier för varandra ” (8).*

Ohälsa i kulturell belysning: Olika Smärtspråk

Smärtspråk är kulturellt inlärd sätt att kommunicera ohälsa och de varierar inte sällan med genus, dvs. hur kvinnor och män lärt sig uppleva och uttrycka smärta, fysisk såväl som psykisk. När det gäller sjukdom som kategori, är ett vanligt begreppspar i medicinsk antropologi ”*illness*” – ”*disease*”. *Illness* står för individens upplevelse av sjukdom och *disease* syftar på socialt erkänd, diagnosticerad sjukdom (man kan skämtsamt säga att *illness* har man när man går till läkaren och *disease* när man går därifrån...).

Kulturellt läggs dessutom ofta olika betoningar på det psykiska och det somatiska när det gäller uttryck, diagnos och behandling. För traumatiserade flyktingar från Kambodja, där smärta och lidande ses i ett vidare, kosmologiskt sammanhang, fokuserade både patienters uttryck och terapier dels på kroppen med traditionella behandlingar, dels på andliga och religiösa praktiker, där förfäderna spelade en viktig roll (9). Att höra en död förälders röst sågs inte som ett uttryck för sjukdom utan som läkande, en viktig tröst. I andra, mer politiserade flyktinggrupper har vi sett hur psykisk smärta och lidande ofta somatiseras av individen men kollektivt förklaras i politiska termer där helandet förutsätter social förändring (10).

I många samhällen där biomedicin och psykiatri vunnit insteg kan psykiska problem dock fortfarande vara starkt stigmatiserande. Fokus läggs då istället ofta på kroppsliga uttryck, uttryck som inhemska läkare är vana att tolka (11, 12). En speciell utmaning i bemötande och behandling av flyktingars traumatiska erfarenheter är sålunda när upplevda besvär (*illness*) inte bekräftas genom en diagnosticerad sjukdom (*disease*). På Balkan t.ex. har psykiatrin en annan ställning och psykiska problem en annan innebörd än i nordeuropeiska praktiker; den skapar rädsla och motstånd eftersom den ofta förknippas med ”galenskap” (*ludilo*). En antropologisk studie av ett hundratal bosniska flyktingfamiljer strax efter kommunplacering 1994-5 visade att de kategoriserade problem och symptom relaterade till upplevelser av krig och våld med begrepp som låg inom ramen för det ’normala’ (13). ’Normalitet’ var också viktigt att återställa efter de dramatiska och osannolika händelser och fasor kriget inneburit och som vänt upp och ned på det vanliga livets och vardagens relationer mellan människor. Det fanns sedan tidigare en stor skepsis till psykiatrin hos dessa nyanlända. Många värjde sig mot generaliserande beskrivningar av dem i media som ”traumatiserade flyktingar” eller människor med en psykiatrisk diagnos som PTSD, en diagnos som blev

tongivande i mycken flyktingpsykiatrisk verksamhet i Sverige vid denna tid. För de nyanlända låg fokus istället på att få arbete, inte att sjukförklaras, och att återskapa ”det normala livet”. Smärtspråket var framför allt somatiskt och gällde kvinnor såväl som män. Det kanske vanligaste idiomet var ”nerver” (*nervozan*): stark oro, irritabilitet, sömn- och koncentrationssvårigheter och omfattar framför allt kroppsliga uttryck som värk, ont i huvud, hjärta, m.m., symtom betraktade som en rationell respons på yttre påfrestningar som kan drabba vem som helst, och oftast är övergående. Det liknar *nervios* i Lows studie av flyktingar i Latinamerika (14). Hon menar att *nervios* med sina olika symtom förkroppsligar en människas erfarenhet av samhället och det får därmed en social innebörd. I den undersökta bosniska gruppen, som i Lows studie, pekade symtomen mot den problematiska relationen mellan självet och våldsamma angripande i kriget, men besvären förkroppsligade även svårigheter och orosmoment i det nya landet. Medan *nervozan* var ett vanligt och icke stigmatiserande uttryck, användes ibland även *živcan*; det refererade till ett mindre acceptabelt tillstånd av ’störd normalitet’, ofta använt om frustrerade yngre män som betedde sig irrationellt eller aggressivt. Dessa och liknande tillstånd kunde som sagt tillskrivas såväl erfarenheter i kriget som flyktingskapets osäkra väntan på ett mer normalt liv. Bortom normalitetens gräns fanns *lud* (galen) som var psykiatrins arbetsområde. Tystnad omgärdade istället dem som upplevt extremt våld t.ex. mäns erfarenheter som krigslägerfångar, eller kvinnors erfarenheter av sexuellt våld.

Det ligger i traumats natur att det är svårt att sätta ord på. Det är dessutom ofta svårt att tala öppet om upplevelser av sexuellt våld, för kvinnor såväl som för män, även av sociala skäl. Det finns en rädsla för att stigmatiseras och kanske skuldbeläggas av sin omgivning. Även om sådana vittnesmål vid tribunaler för krigsbrott är viktiga för att de kan ge politiska och rättsliga påföljder för förövarna, visar forskning från andra krigsdrabbade samhällen att kvinnor som vittnar inte sällan far illa efteråt (14a,b). Bosniska Koncentrationslägerfångars riksförbund och deras lokala föreningar söker informera omvärlden om kriget och bryta tystnaden om krigets offer. Generellt förefaller det dock som om kvinnospecifika erfarenheter som sexuellt våld/tortyr fortfarande är speciellt svåra att ta upp, både enskilt och i grupp.

I mötet med vården är utmaningen således att samtala om det som inte enkelt låter sig sägas. Alla intervjupersoner i studien gav dessutom uttryck för att de varit obekväma med att förknippas med psykiska besvär i vårdsammanhang, mycket

på grund av en negativ syn på psykiatrin från hemlandet och det sociala stigma som är förknippat med sådana problem. När traumatiska erfarenheter tar sig kroppsliga uttryck, blir somatiserade, ses de kanske av den vårdsökande som mer legitima och behandlingsbara, ”... *det man kan söka för*”.

Samtidigt är ju inte alla somatiska problem de söker för uttryck för trauman och en del kvinnor beskriver en frustration över att inte alltid ha blivit ”trodda” när de sökt vård, att de upplevda problemen inte blivit bekräftade. När en ordentlig utredning inte pekar mot en diagnos och då patientens symtom är diffusa och svåra att tolka, kan det vara en klok strategi att ställa frågan: ”*Har det hänt något speciellt i ditt liv?*” Här kan en tystnad kanske också vara ett svar, och ge en antydning om att det finns problem som inte enkelt kan artikuleras.

Tystnader om våld och lidande

Tystnader är ju en självklar del av all kommunikation även om vi inte tänker på dem; deras innebörder är ju oändligt variabla och, för det mesta, kan vi tolka dem utifrån sina sammanhang.

Krig och våld är sammanhang som kan generera tystnad, både hos enskilda och på samhällsnivå. Det handlar ofta om tystnader, som likt hemligheter, har för avsikt att dölja, att inte vara avläsbara; de kan också stå för det som inte kan eller bör artikuleras. Som antyds ovan har dessa tystnader, deras innebörder och sammanhang, fått allt större uppmärksamhet i senare tids forskning. Det gäller framför allt frågor om krigsdrabbade samhällens återuppbyggnad, om social läkning, och tystnaders komplicerade natur när det gäller krigsbrott (14-16).

När det gäller flyktingar från sådana länder och som genomlevt våldsamma konflikter har frågan fått mycket mindre uppmärksamhet. Det är framför allt i vårdsammanhang som frågan aktualiserats. Med det våldsamma kriget i forna Jugoslavien som exempel, pekar denna rapport på de utmaningar det innebär för dem som möter dessa patienter i vården. Fokus ligger på vad traumatiserade kvinnor själva vill och förmår uttrycka i sådana möten. Tystnaden kan ha flera lager; den kan vara del av ett smärtspråk för det utsägliga, traumat, men också ha andra, sociala innebörder och motiv. Vad är det således dessa patienter *inte* vill eller kan tala om och varför?

En förståelse av tystnadens olika bevekelsegrunder hos en viss flyktinggrupp behöver se tystnaden i ett vidare sammanhang. När är tystnad om det förflutna positivt meningsbärande och hälsobefrämjande, och när blir den hämmande och destruktiv till sina konsekvenser? Nedan ges en kort bakgrund av de historiska erfarenheter och sammanhang som, åtminstone för den äldre generationen, kan ha bidragit till en syn på tystnad som ett sätt att ”gå vidare”, del i en strävan hos många av flyktingarna att återskapa det goda livet som gått förlorat genom kriget.

Tystnad och glömska som grund för ett nytt samhällsprojekt: Fallet Jugoslavien

Betoningen i internationell rätt är stark idag när det gäller vikten av att aldrig tysta utan istället att fördöma och straffa våld och oförrätter som begås i krig. Samtidigt finns också exempel på hur, under vissa betingelser, tystnad efter krig och konflikter kan befrämja fred och återuppbyggnad, ett framåtblickande mot nya möjligheter, en ny och fredlig ordning. Som exempel brukar nämnas den tystnad om våldet under andra världskriget som anmodades vid bildandet av den Socialistiska Federala Republiken Jugoslavien. Det var en tystnad med vilken ett bättre samhälle skulle byggas, för de överlevande och för nästa generation. De som var unga vid andra världskrigets slut (intervjupersonernas föräldrar) och som kan kallas ”de första jugoslaverna”, lärde sig att inte uppehålla sig vid minnen om våld i sitt förflutna. Balkanforskaren Robert Hayden beskriver det så:

”Genom de tystnader som sällan bröts när det gäller de hemskheter de genomlevt, visade föräldrarna att deras egna liv inte definierades av deras lidanden eller av att ha överlevt dem, utan genom att bygga nya liv snarare än att hela tiden leva i det förflutnas illdåd. De som vuxit upp med en slags förkroppsligad icke-patologisk närvaro av det förflutna hanterade kriget bättre än andra” (17).

En viktig förutsättning var dock inte tystnaden i sig utan att människor fick möjligheter att bygga nya, bättre liv i det jugoslaviska samhället, där religion och etnicitet spelade en underordnad roll. Det påminner om det Kirkegaard refererade till som ”konsten att glömma” och som förutsatte att det fanns hopp om en bättre

framtid (18). Uppväxten under den första generationen jugoslaver hade inneburit en stark betoning på försoning och aktiv glömska efter det nationalistiska våldet under andra världskriget. Mottot ”Enighet och Broderskap” (Bratsvo i Jedinstvo) blev nu devisen för samlevnad. Det skedde samtidigt med, och som förutsättning för, en omfattande samhällsutveckling, modernisering och industrialisering, som innebar nya möjligheter till utbildning och arbete, inte minst för kvinnor. Det var i detta samhälle med växande välstånd och social mobilitet som intervjupersonerna föddes och växte upp, och lärde sig ta för givet och självklart. Även kvinnor i landsbygdsområden fick möjlighet till utbildning och arbete och såg nya möjligheter för sig själva som kvinnor. Deras generation kom dock att bli ”de sista jugoslaverna.” För dessa, i synnerhet, framstod krigets våldsamma upphävande av den sociala ordning de lärt sig ta för givet som något nästan ofattbart (25). De och deras barn utgjorde merparten av de familjer som i krigets slutskede kom som flyktingar till Sverige.

Förändringens tid: Krigets upptakt

En djup ekonomisk kris på 1980-talet och Titos död lade grunden för en politisk kamp om makten och territoriet mellan olika ledare som i nationens namn skulle leda till våldsamt krig och territoriell uppdelning. ”*Genom små förskjutningar i vardagens relationer, ett lite annorlunda tilltal*” - så beskriver en intervjuperson hur hon, innan konflikten hade brutit ut och kriget var ett faktum, blev varse hur människor i hennes omgivning förändrades, hur rädslan spred sig. Vardagslivet blev mer oförutsägbart och för de många blandäktenskapen ställdes även relationen till släktingar på olika sidor gränsen på svåra prov. I den framväxande nationalismen hyllades på nytt traditionella genusroller och manlig makt. Den utveckling som kvinnor sett under det socialistiska systemet, som tillgång till utbildning, lika anställningsvillkor och lönesättning, fri abort m.m., demoniserades av nya ledare och krigshetsare: ”*Patriotiska mödrar föder barn för sin nation!*”(19).

Tidigare normala umgängesregler och tillit ersattes av misstro och rädsla, och religion/nationell bakgrund blev i vissa situationer en fråga om liv och död. Det var denna rädsla för ”de andra” som kriget skapade och som gjorde den enskildes identitet viktig, inte tvärtom – med andra ord människor slogs inte för att de hade olika identitet - men identiteten blev livsavgörande för att det var krig (20). Kvinnornas berättelser uppehöll sig vid denna oväntade och osannolika vändning,

som om de ännu inte förstått hur det kunde ske, och gav uttryck för smärta och ensamhet. En av dem sa, i stark affekt:

”Du måste förstå: Jag älskade detta land!... Jag älskade alla människor där. Vi kunde bo tillsammans oavsett religion; de som kom och slaktade var inte ’våra’ pojkar, de kom utifrån.

Intervjupersonerna uppehåller sig länge vid denna tid och vid de stora förluster man gör i och med kriget: Rädslan hos en kvinna när hon gick till skogen med mat till männen som gömde sig där, eller sprang för livet över fälten undan beskjutning; smärtan i att se allt det man mödosamt byggt under många år tillintetgjort, huset sprängt i bitar, boskap fördriven och allt där inne förstört. Berättelserna vittnar också om en sorgen och saknaden av ett gott socialt liv, känslan av förlust och tomhet vid ankomsten till Sverige och en stark oro inför framtiden. Många av dessa ”de sista jugoslaverna” kom senare att ifrågasätta föräldragenerationens tysta bemästringsstrategi när det gäller tidigare erfarenheter av krig och våld (16; 25).

Kvinnors utsatthet i konflikter

Kvinnors utsatthet i nutida krig är av många olika slag. De kan bli centrala måltavlor i de konflikter där systematisk våldtäkt är en del av krigsstrategin. I nationalistiskt motiverade övergrepp som i forna Jugoslavien, där nationer framställs som ”kvinnliga”, blir våldtäkter av ”de andras” kvinnor enligt Korac symboliska uttryck för härskande över de andras Nation (19). Sådant våld ämnar dessutom att visa på männens oförmåga att skydda sina kvinnor. Våldtäkt blir därmed också ett effektivt vapen i krig, ett sätt att skada och demoralisera fienden. Veena Das beskriver denna logik i det omfattande våld mot kvinnor som delningen av Indien innebar och de tystnader som uppstod kring detta. Att undersöka och kanske bidra till att bryta sådan tystnad förutsätter, menar hon, att man också förstår det komplicerade sambandet mellan smärta, kropp och språk i samhället ifråga, och också hur olika rollerna kan vara i detta avseende mellan kvinnor och män. Kvinnokroppar gjordes till ikoner av dessa nya nationer. I mäns fantasi, menar Das, skrevs nationalistiska slogans på kvinnors kroppar; övergreppet skulle skapa ett framtida minne genom vilket deras män aldrig skulle glömma att dessa kvinnor, som territorium, redan hade ockuperats av andra män.

Hon beskriver dessutom hur kvinnor med små och symboliska medel (inte minst språkliga) strävade efter att finna en mer aktiv röst (22).

En viktig komponent i de bosniska kvinnornas berättelser är också det skräckfyllda scenario i vilken dessa krigsvåldtäkter ägde rum: kvinnan kunde inte veta om hon skulle undkomma med livet eller om hon, som andra hon hört talas om, skulle 'slaktas'. Det är detta sammansatta trauma av förödmjukelse, skräck och social skam gör sådana övergrepp svåra att artikulera och idag inom humanitär rätt betecknas sexuell tortyr.

Tystnad om våldtäkt och annat våld hos den som blivit utsatt kan därmed också vara ett sätt att undvika bli påmind eller bevara en känsla av kroppslig och personlig integritet. En yngre kvinna svarade, på min fråga om hur kvinnor söker hjälp:

".. de flesta kvinnor vill helst behålla det för sig själva. Tror att det känns lättare. För mig är det så i alla fall. Jag vill inte att man skall se mig som ett offer, att man skall tycka synd om mig!"

Där våldtäkt är förödmjukande och skamligt för den som utsätts, omfattar skammen ofta även deras familjer och släkt; i synnerhet i patriarkala strukturer där det manliga är överordnat och män dessutom bär ansvar för kvinnor, är våldtäkt också ett angrepp på mannen. För många kvinnor blir rädslan att skambeläggas och att bli ifrågasatt av sin omgivning en anledning till att inte berätta utan hålla det för sig själv. Tystnaden får dessutom kanske mening som ett socialt ansvar man bär för sin familj och släkt. Det är också ett sätt att skydda sig själv mot deras ev. anklagelser och misstro när det gäller egen skuld till övergreppet ifråga.

Nedan återges en berättelse som speglar de komponenter som ingår: en våldtäkt på en tonårig dotter uppdagades först 20 år senare i Sverige, när dottern försökte ta sitt liv. Enligt modern hade hon inte vågat berätta för föräldrarna om detta:

"Hon sa bara att hon blivit slagen. Först när hon gick i väggen för ett tag sedanhade haft en svår förlossning och barnen var sjuka.. hon sov inte på flera månader.. sen kraschade hon."

”Varför vågade hon inte berätta för er föräldrar?”

*”Det var ju skamligt. Hon trodde dessutom att vi inte skulle tro på henne och lita på henne [att hon inte haft egen del i det skedda]
” Jag fick berätta det för min man som blev arg och frågade
'Varför fick jag inget veta då? Jag skulle dödat honom!'”*

Modern har heller inte berättat för sina syskon:

”Vet inte hur de skulle reagera. Man tänker annorlunda hos oss... ibland anklagar man kvinnan att det måste vara hennes fel... Jag har heller inte talat med andra kvinnor om detta, det skulle min man inte tillåta.”

En slutsats som kan dras utifrån dessa tio livsberättelser är att den djupa smärta och skam som drabbade kvinnor känner, behöver de hålla för sig själva. Där make och barn också vet vad som hänt, blir det som hänt mamman en familjehemlighet. Att berätta skulle kunna ha destruktiva effekter både för deras anseende och för sociala relationer ; även äkta maken ifråga riskerar att få dåligt rykte om det som skett blir känt och kanske även kan få problem med sin släkt.

Det kan också innebära konflikter och våld inom parrelationen. Korac noterar att våld, t ex i nära relationer, där mönstren kan vara mer subtila och dolda , också behöver uppmärksammas. ”Många av dessa former förblir oidentifierade, både i samhället och även av kvinnorna själva” (19, p.2). Om detta vittnar även en del av intervjuerna i denna rapport.

Kvinnor kan heller inte, menar intervjupersonerna, prata med andra kvinnor om dessa problem, även om de kan ha skäl att anta att flera andra kvinnor har liknande erfarenheter. För att kunna berätta, har de behov av ett anonymt och förtroendefullt sammanhang, där de kan mötas med respekt.

Tystnad som medveten aktiv handling

Kvinnors tystnad har ytterligare dimensioner som är viktiga att framhålla. I en fördömande kontext blir tystnad kanske ett sätt att överleva som social person; ett försök att bevara ”ett minimum av autonomi och integritet”, mot förnedring och

offerskap (22). I den bemärkelsen kan tystnaden vara ett uttryck för *agens*, dvs. en aktiv och målinriktad handling. Utifrån det begreppet kan man se att kvinnors tystnad har en mer mångfacetterad innebörd än den påbjudna skammens tystnad.

Tystnad kan också omfatta aktiva handlingar som ”tas för givna” av omgivningen, kanske även av kvinnorna själva, och därför inte framhålls. Det gäller inte minst försöken att under krig och flykt också *skydda* andra, ibland med risk för eget liv. Kvinnornas skyddande tystnad om våldtäkt kan bl.a. handla om att skydda maken från att ”*hämnas eller underhålla det projicerande hatet. Det är meningsskapande psykiskt arbete*” (22, p 42). Kvinnor berättade hur de i möten med fienden kunde ljuga eller vägra svara på var männen befann sig, även om detta inte var riskfritt för dem själva. En kvinna tog stora risker för att få en fängslad make fri. Ett liknande risktagande gällde kvinnor som gick med mat till sina män, som i perioder levde gömda i skogen. Liknande djärva insatser för familj och andra släktingar tycks inte räknas eller värda att nämnas i våra samtal, annat än som svar på en direkt fråga.

På min undran ”*Men hur vågade du, hur klarade du detta?*” fick jag ofta ett lätt förringande svar, som ”... *men jag var ju tvungen...!*” (jfr. heroiserande berättelser om krig med manliga subjekt). Här är det viktigt att lyfta fram det mod och den rådighet som sådana handlingar krävde. De förtjänar erkännande och kan även utgöra en viss motvikt till rollen som ”offer” och till eget skambeläggande (23).

En skyddande tystnad av annat slag har rapporterats i en undersökning som gjordes av barns välbefinnande i bosniska familjer några år efter deras ankomst till Sverige. Forskarna fann att ”aktiv glömska” var en medveten och fungerande strategi hos föräldrarna att skydda sina barn som gick ut på att inte prata med dem om de upplevelser de haft under kriget (24).

En aspekt av vuxnas tystnad om egna upplevelser kan vara *framåtblickande*. Connerton (15) beskriver hur, i nya och mer livsbejakande omständigheter, sådan tystnad hos migranter och flyktingar kan stå för ”... *en önskan att glömma och gå vidare.*”, dvs. vara ett redskap i sökandet efter en ny identitet och ett bättre liv. För kvinnorna i denna studie tycks försöken att glömma sina krigsupplevelser delvis också bygga på förhoppningar om möjligheten att skapa ett nytt liv i Sverige. Ur ett familjeperspektiv är det samtidigt intressant att förstå hur minnen

och glömska när det gäller krig och flyktingskap omförhandlas inom familjer över tid och får olika innebörder för olika generationer (25). Hur tystnader och traumatiska minnen blir socialt delade och förhandlade inom familjer är, enligt Kevers m.fl. (26), en viktig kunskap som kan användas i det terapeutiska behandlingsarbetet (26).

Tystnad, som en oförmåga eller tvekan att berätta om vissa smärtsamma erfarenheter, säger något om människors sårbarhet och utsatthet under krig och flykt. Tystnad kan också vittna om en förmåga att överleva extremt svåra omständigheter och att ta ansvar för sig själv och för familjen. Därutöver kan tystnad och glömska vara del av en strategi för att gå vidare, överbrygga dissonanta erfarenheter mellan det gamla och det nya, och därmed skapa nya liv. En viktig förutsättning handlar om de möjligheter till nya liv som mottagarlandet kan erbjuda.

Att bygga nya liv: Arbete i fokus

Flertalet intervjupersoner berättar om svåra och ofta farliga omständigheter under flykten till Sverige. På grund av det stora antal bosnier som kom vid denna tid, tvingades många att flytta mellan olika flyktingförläggningar, i vissa fall under ett par års tid, innan kommunplacering kunde ske. Nyanlända fördelades vid denna tid över flertalet svenska kommuner som myndigheternas sätt att ”fördela bördan” och tillät inte matchning mellan den lokala arbetsmarknaden eller flyktingarnas egna bakgrund och önskemål. Många intervjupersoner vittnar om den långa och svåra ensamheten den första tiden, inte bara i de små avlägsna kommunerna. Som en kvinna beskrev det:

”Vi var förvånade över att ingen tog kontakt med en nyinflyttad familj. De enda som knackade på vår dörr var Jehovas vittnen som kom och hälsade på men vi var glada vi fick några att tala med!”

Trots en stor lättnad fanns samtidigt en stark oro inför framtiden och för familjemedlemmar som blivit kvar i hemlandet. De kvinnor som anlände med barnen, före sina män (två var dessutom gravida), led av utmattning och ensamhet ; de saknade både praktisk hjälp och social stöttning. En av dem fick kontakt med

en traumamottagning i centrala Sverige men menade att hon vid den tiden mest av allt hade varit betjänt av avlastning.

Studier av bosniska flyktingar en kort tid efter ankomsten kunde notera att viljan och hoppet fanns att skapa nya och bättre liv i Sverige men att utsikterna om arbete var nedslående givet den svenska lågkonjunkturen (27). Ghassan Hage, inspirerad av Ernst Bloch, talar om vikten av *hopp* för att migranter skall våga tro på och kunna forma nya liv. Detta framåtblickande förutsätter dock *socialt hopp*, vilket utgörs av de resurser som ett mottagarsamhälle ställer till förfogande för nyanländas strävanden (28). Utsikterna på arbetsmarknaden i de flesta ankomstkommuner var dåliga. Konjunkturläget i början av 1990-talet speglade att Sverige genomgick den djupaste lågkonjunkturen på mycket länge. Strukturförändringar på arbetsmarknaden jämfört med tidigare invandringsvågor innebar att efterfrågan på arbetskraft inom tillverkningsindustrin sjunkit, den sektor i vilken flertalet av de här intervjuade kvinnorna och deras män hade stor erfarenhet från hemlandet. Dessutom efterfrågades nu bredare kompetens av svenska arbetsgivare, som omfattande språkkunskaper och teoretisk bakgrund. Kvinnorna hade genomsnittligt lägre utbildningsnivå än männen. Många bosnier hamnade i regioner med speciellt hög arbetslöshet. För kvinnorna i föreliggande studie kunde det gå flera år innan de fick sitt första arbete efter det obligatoriska introduktionsåret och då handlade det oftast inte om en fast anställning. I landet som helhet, menar Ekberg & Ohlson, hade ¼ av de bosniska kvinnorna arbete först efter 5-6 år (4). För kvinnorna som intervjuats här var det framför allt inom servicesektorn som flertalet så småningom fick tillträde till arbetsmarknaden, men det krävde inte bara lång väntetid utan ofta även flytt till annan kommun, och ibland flera kommuner.

Samtidigt stod behovet att skaffa jobb i fokus, och utgjorde en klar stressfaktor för många av de nyanlända, både för män och kvinnor. Traumatiserade män som ingick i en social studie ett par år efter ankomst (29), fick frågan vad de såg som det värsta som hände dem som en konsekvens av kriget och flertalet kryssade i svarsalternativet:

”Jag förlorade mitt jobb, mitt yrke.”

De kvinnor som intervjuats här pratade ofta länge och längtansfullt om sitt arbetsliv i Bosnien, som en f.d. administratör på ett stort företag i Bosnien:

”Jag älskade mitt arbete; många av mina arbetskamrater var som min familj”.

Denna kvinna var arbetslös under sina första fem år i Sverige efter det obligatoriska introduktionsåret; hon flyttade därefter med sin man till en större stad där hon så småningom fick en serie vikariat som städerska. I det stora hela utgjordes kvinnornas arbetslivserfarenheter av bristande kontinuitet, inte minst genom osäkra arbetsförhållanden, inom områden som handel och tillverkning men också inom samhällsservice och vård. De berättade också om perioder av sjukskrivning. Det är svårt att veta om, och hur, otrygga anställningar och slitsamma jobb har samverkat med den upplevda psykiska ohälsan. Två intervjupersoner som var barn/ungdomar vid ankomst till Sverige har gått yrkesutbildningar i Sverige och därefter fått arbete inom sitt område. Genom händelser i arbetslivet som väckt minnen av extrem utsatthet under kriget, har även dessa senare haft en längre tids sjukskrivning. De var dock hoppfulla om att kunna återgå i arbete i en snar framtid.

En studie om bosnier i Malmö, baserad på intervjuer med 35 individer som kom efter kriget, visade att det tog lång tid både för kvinnor och män, oavsett socio-ekonomisk bakgrund, att få fast arbete. När det skedde, efter år av tillfälliga arbeten, var det sällan inom det område de utbildats för. Vikten av att arbeta fick både kvinnor och män att slita hårt, ofta utan större arbetstrygghet. Studien ställer inte frågor om kvinnornas upplevelser av våld under kriget; den noterar dock kvinnors bestående hälsoproblem även 20 år efter ankomst, där de varvar arbete och omskolning med sjukskrivningar och ohälsa. En kvinna förklarar:

”Man försökte klara sina egna privata kriser och våra symtom fick anpassas till detta att män varit i fångläger, kvinnor våldtagits. De kunde få konkret hjälp om de ville. Men många kände sig obekväma med att träffa en psykiater..” och ”att ses som ett psykfall” (6, p 69)

Resultaten i studien från Malmö ger stöd åt föreliggande undersökning när det gäller kvinnors kamp för att få en fast förankring på arbetsplatsen samtidigt som de haft flera sjukskrivningsperioder. De antyder även att det funnits ohälsa som kvinnor valt att inte söka hjälp för, utifrån sin ovilja att associeras med psykiatrin.

Deras tillgång till ett nätverk av landsmän som delvis kompenserat för förluster inom arbetslivet tyder också på ett större socialt kapital än vad kvinnorna i föreliggande studie har haft tillgång till.

Invandrarkvinnors position, sociala kapital och hälsa

Folkhälsoinstitutet har i en rapport om socialt kapital och hälsa uppmärksammat att invandrarkvinnor från utomeuropeiska samhällen dubbelt så ofta har problem med hälsan jämfört med svenska kvinnor (30). Det finns här en risk att forskning om krigsrelaterad ohälsa hos invandrare betonar relationen till händelser i ursprungslandet och underskattar faktorer i mottagarlandet som bidrar till att underminera dessa kvinnors hälsa.

Lindqvist (29) problematiserar invandrarkvinnors position i svenska samhället och väcker frågan om huruvida subtila former av *underordning och/eller brist på socialt erkännande*, som migrant och kvinna, förstärker känslan av utanförskap och därmed skapar ohälsa. Flera av de kvinnor som intervjuats hade en svag och osäker förankring på arbetsmarknaden, med flera perioder av sjukskrivning. I föreliggande studie gavs exempel på osäkra anställningar oavsett område (inom vård eller samhällsservice, handel eller tillverkningsindustri) kunde friställning eller att hamna på LAS-lista ske utan större förvarning, eller, i ett fall, upplevd utmobbning på arbetsplatsen. Sådana händelser gav upphov till stor otrygghet och akuta psykiska besvär, vilka för vissa medfört att de kommit i kontakt med traumabehandling.

Folkhälsoinstitutets rapport lyfter vikten av *socialt kapital* dvs. relationer som utgör resurser för individen på olika sätt och som för migranter kan bidra till etablering och avancemang, till umgänge och välbefinnande. Kvinnorna i föreliggande studie verkade ha få svenska vänner och bekanta förutom genom arbetet, men de senare kunde bli tillfälliga pga. låg kontinuitet i arbetslivet. Få föreföll ha starka band inom den bosniska gruppen eller dess föreningsliv (flertalet tillhörde inte den muslimska majoriteten eller var etniskt blandade par). De fann heller inte att de hade så mycket gemensamt med de ”gamla jugoslaver” som kom till Sverige på 1960-talet, och som inte hade upplevt kriget. En intervjuperson beskrev det umgänget som ”... väldigt stängt... och då kommer man dit själv med sin tunga ryggsäck..”

Kvinnorna förefaller tämligen ensamman när det gäller nära och förtroendefulla relationer. På frågan om de hade en nära väninna som de kunnat dela sina erfarenheter under kriget med, svarade samtliga kvinnor i studien nej.

Ingen förefaller ha talat med någon väninna om sina traumatiska erfarenheter eller ens vara säkra på att andra kvinnor kan ha samma erfarenheter:

”Sånt vet man inte, det berättar man inte”

En kvinna förklarade:

”Jag hade en sådan väninna, vi berättade mycket för varandra, men hon svek mig genom att berätta vidare ...”

En tredje kvinna syftande på sina (”skamliga”) erfarenheter i kriget och sade ironiskt *”Vem skulle vilja ha en väninna som jag?”*

Maken kunde också medverka till att sådana erfarenheter stannade inom familjen:

”Min man tillåter inte att jag går och pratar... vi fokuserar på huset och på barn och barnbarn”

En kvinna träffar ibland kvinnor genom katolska kyrkan. En annan menade att det är lika viktigt att inte bara träffa kvinnor ur egna gruppen:

”Man måste ge svenska samhället en chans också. Man kan bli negativt påverkad när allt man pratar om är kriget. Det är bättre att komma ut och jobba och träffa folk och se att svenskar är helt normala!”

Det sociala kapital som intervjuade kvinnor tycks ha till sitt förfogande föreföll begränsat, oavsett om det gällde forna landsmän eller svenskar. Det verkar också finnas ett behov av att ha relationer på lite distans, kanske beroende på rädsla att öppna sig, att ”avslöja sin hemlighet”. Undersökningen antyder därutöver att de allra flesta som gifter sig i Sverige, också den yngre generationen, gör det med bosnier som flyttat till Sverige efter kriget, eller med barn till tidigare invandrade jugoslaver, födda i Sverige; i det senare fallen kan ena partens bristande erfarenhet av kriget ofta utgöra en svårighet i förhållandet. Överlag förefaller äktenskapliga

relationer bräckliga, både hos yngre och äldre kvinnor. Arbetskamrater kan då bli speciellt viktiga men det är sannolikt svårt att upprätthålla sådana relationer över tid när arbetslivet saknar kontinuitet (vikariat, uppsägningar, sjukskrivningar osv.).

Positiva erfarenheter: Att arbeta med kvinnor

Kvinnorna i denna studie berättar med entusiasm om arbeten de innehaft i Sverige under en viss period och som betytt mycket för dem, för att de mått bra och fått erkännande för sin kompetens:

G. fick arbete som sömmerska direkt efter kommunplacering och egen lägenhet för sig och sina barn. Hon ingick i ett mindre team där hon kunde utöva och vidareutveckla sina färdigheter från hemlandet och blev en uppskattad medarbetare. Hon stortrivdes där under fyra år men fick sluta när företaget flyttade till annan ort.

När S. fick vikariat som städerska efter 5 års arbetslöshet i Sverige, hade glädjen inga gränser:

”Jag kunde ha städat hela sjukhuset, jag var så glad att få jobb. Det kom en chilensk städerska första dan och skällde ut mig för att jag hade städat hennes toaletter också.”

Senare ledde detta henne till en utbildning och tjänst som undersköterska och dessutom stort erkännande för sina insatser. När avdelningen stängdes och hon hamnade på ”LAS-listan” blev hon akut sjuk och har idag en längre sjukskrivningsperiod bakom sig. Hon beskriver sin reaktion så:

”När det börjar gå bra för mig... så händer det något som kastar mig tillbaka [till traumat] ”

M. fick en chans till en längre praktik i ett kök som kokerska, ett arbete hon bemästrade och älskade:

”Att ha sällskap där av andra kvinnor var så fint. Jag mådde så bra då och var ledsen när jag inte kunde vara kvar!”

V. arbetade en tid på restaurang:

”När jag arbetade på restaurangen fick jag baka mycket och älskade detta. Jag hade alla mina recept i huvudet, och det blev så uppskattat! Nu har jag börjat glömma recepten... har börjat glömma mycket...”

N. kände sig välkommen och behövd när hon en tid fick arbeta med kvinnor från liknande bakgrund:

*”När jag började i F. med aktivitetsträning [efter sjukskrivningsperiod], arbetade jag med kvinnor som kom från krig; där arbetade även svenska kvinnor men jag märkte att de utländska kvinnorna sökte sig till mig. De ville vara med mig, prata med mig. Jag blev glad men lite orolig, men min chef sa ’Du skall vara stolt över det! Det ni har gått igenom kan bara ni förstå!’ Jag fick sådant stöd, jag kände mig verkligen **hemma!**”*

Samtliga kvinnor fick i dessa arbeten användning för sin kompetens och blev uppskattade för den. Dessutom ingick de i ett sammanhang där de fick arbeta tillsammans med andra kvinnor, vilket de upplevde som speciellt värdefullt, ibland för att det var kvinnor med en bakgrund som liknade deras egen.

Dessa kvinnors erfarenheter säger också någonting om den sorg och känsla av värdelöshet som arbetslösheten innebär; att inte få användning för den kompetens de uppnått i hemlandet är en förlust som tycks förstärka andra förluster som kriget inneburit. Det är samtidigt en kritik av mottagarlandet som inte tar tillvara deras kompetens och lust att arbeta och bidra. Inte minst vittnar berättelserna om hur kontinuitet i sociala relationer och upplevd kompetens har betydelse för hälsan.

När det gäller socialt producerad ohälsa hos flyktingar med en bakgrund av krig och våld, tenderar vi att tänka på erfarenheter i ursprungslandet. Som Lindqvist (31) påpekar behöver vi dock uppmärksamma de tendenser som finns, både i forskning och praktik, att underbetona mottagarsamhällets roll i sådan ohälsa.

Denna studie av bosniska kvinnor antyder att dessa faktorer samverkar. En viktig fråga är således hur ensamhet och till viss del självvald isolering hos en del traumatiserade invandrarkvinnor kan samspela med tendenser till exkludering i svenska samhället och hur dessa ömsesidigt förstärker varandra. Lindqvists studie av hur invandrarkvinnor förhandlar tillhörighet i terapeutiska relationer är intressant i detta sammanhang. Terapin och framför allt terapeuten utgör *en kanal*, om aldrig så liten, till svenska samhället. För kvinnor i hennes studie var relationen till terapeuten den enda djupare relationen med en svensk eller, i vissa fall, en annan person över huvud taget (31).

Möten med vården

I möten med kvinnor från krigsdrabbade samhällen, även de som varit många år i Sverige, är det viktigt att vara medveten om de hinder som kan finnas för att bryta tystnader om våld och trauma. Som antytts ovan drabbas inte sällan kvinnor av en dubbel stigmatisering när det gäller å ena sidan sexuellt våld och å andra sidan efterföljande psykisk ohälsa; sannolikt blir somatiska problem det smärtspråk som är möjligt och acceptabelt att presentera för omgivningen. Vad har vårdgivare för beredskap att möta och bistå kvinnor med denna problematik?

En kvalitativ studie, utförd med 53 flyktingpatienter i USA, undersökte barriärer för kommunikation när det gäller trauma. Två tredjedelar av patienterna uppgav att de upplevt våld i sitt ursprungsland och led av effekter av detta våld. Samtidigt rapporterade flertalet att ingen läkare någonsin hade frågat dem om deras bakgrund (32, 33). Resultatet av sådana möten, där även patienterna har svårt att ta upp problemet, blir lätt en ofrivillig men svårlöst ”tystnadskonspiration” mellan vårdgivare och patient. En ytterligare studie (34) fann att många kvinnor som upplever sexuella problem eller har varit utsatta för sexuella övergrepp inte söker hjälp, och att vårdpersonal ofta undviker att lyfta sådana frågor. Samtidigt menade kvinnorna i studien att de inte skulle ha något emot att få sådana frågor i samband med kontakt med barnmorska eller gynekolog.

Att det tagit så lång tid för kvinnorna i denna studie att komma till traumaterapi ger en antydning om att det förelåg en liknande ömsesidig tystnad i tidigare vårdmöten. De intervjuade kvinnorna redovisar att de haft frekvent kontakt med sin vårdcentral under årens lopp, där de sökt för olika somatiska problem. Detta

stämmer väl med den patientroll och det smärtspråk som kvinnorna varit vana vid från forna hemlandet. Dessutom, och viktigt här, så säger det något om svårigheten kvinnor haft att själva ta initiativ till att berätta om de mest smärtsamma upplevelserna från kriget.

Uttrycket ”*jag gick från läkare till läkare*” var återkommande och antydde svårigheten att bli trodd, att få hjälp för sina problem. En del kände att de inte togs på allvar, ”*läkare tror att man inbillar sig*”. Att få en somatisk diagnos blev för flera en viktig bekräftelse på deras smärta. Smärtan är ju verklig för patienten, oavsett dess ursprung. Dessutom har en sådan diagnos en större legitimitet gentemot familj och vänner.

Som svar på frågan om de hade önskat bli erbjuden traumaterapi tidigare, pekar kvinnorna på olika svårigheter:

”Framför allt önskar jag att någon människa i början bara tagit tag i mig, för att dricka kaffe tillsammans... jag kunde ändå inte berätta något för en terapeut då, jag kunde bara gråta...”

Flera andra lyfter fram en negativ bild av psykiska problem och psykiatri från hemlandet : ”*..det är svårt i min kultur, [det är] inte normalt att gå i terapi*”.

”Jag ville inte ha hjälp direkt när jag kom... jag såg mina erfarenheter som något privat. Hade heller ingen vana att berätta sådana personliga saker .. ingen skulle ju veta...”

Men många svar visar att det har skett **en förändring över tid**. Det handlar dels om en förmåga att tydligare ”signalera” det svåra i mötet med vården, dels om en något förändrad syn på psykiska problem och traumaterapi. En mer positiv hållning beror inte minst på intervjupersonernas egna erfarenheter av terapi; den är dessutom mer uttalad hos de yngre deltagarna.

Denna förskjutning i synsätt beskrivs således av en av de kvinnor som kom som barn under kriget. En händelse på hennes arbetsplats utlöste en stark traumatisk reaktion; detta kunde hon själv berätta om, både för sin arbetsgivare och för vårdcentralens läkare, som remitterade henne vidare till traumamottagningen.

Utifrån sitt tvärkulturella perspektiv kunde hon även förklara sin mammas motstånd mot att söka samma slags hjälp:

”I min kultur anses det inte ’normalt’ att gå i terapi; då är det något fel på dig.”

På liknande sätt resonerade en annan yngre kvinna:

”Jag önskar vi hade fått hjälp när vi kom... någon som såg oss, som sa ’Hur har du det? Skall du inte kontakta...?’ Folk från mitt land är så rädda för psykiatrin.”

R. beskrev en rad erfarenheter av att inte bli ”trodd” av läkare på sin Vårdcentral, som hon menade ifrågasatte hennes somatiska problem. Men hon noterade också en ny inställning hos sig själv:

”Idag kan jag faktiskt säga så här (det kunde jag inte när jag nyss hade kommit): ’Jag skulle kunna gå till vårdcentralen och säga att jag känner mig dålig psykiskt’”

De intervjupersoner som blivit remitterade av vårdcentralen till Kris- och traumamottagningen tar upp att detta har skett när de träffat en kvinnlig läkare:

”...en som tog sig tid att lyssna...”

”... någon som fattade att något var galet med mig. Då berättade jag för henne, för hon tog ju sig den tiden... Man har ju bara en kvart på sig att få en diagnos.”

Att möta en kvinnlig läkare hade enligt dessa intervjupersoner underlättat för dem att berätta. Kanske hade de då själva vågat signalera tydligare att det fanns underliggande problem att ta itu med?

Samtliga intervjupersoner uttrycker att de idag är mycket nöjda med att gå i terapi och med den hjälp de får på Kris- och traumamottagningen. Ett par uttryckte att de nu inser att det hade varit bättre om de kunnat börja mycket tidigare, och önskade att andra kvinnor skulle kunna få samma hjälp. En ung kvinna sade, med

allvarligt eftertryck ”*Jag skulle inte leva idag om det inte vore för [min terapeut].*” Det finns samtidigt hos flertalet en insikt om de kulturella hindren, för dem själva och andra kvinnor i liknande situation att nå dithän; flera uttryckte således en önskan om att det hade funnits fler former i vilka deras problem kunde ha fångats upp tidigare.

Flera kvinnor förordade att man skulle bli erbjuden stöd tidigare, kanske redan vid ankomst eller i alla fall under SFI-tiden.

”Det är viktigt att man börjar tala om detta redan på SFI.”

En annan kvinna mindes dock att hon fått information om möjligheten redan på SFI, men inte velat ”nappa” då.

Ytterligare en kvinna menar att man borde få hjälp ännu tidigare:

”Vi var tvungna gå på SFI först och hade det svårt då... Vi kunde inte koncentrera oss (på inläring).”

Flera uttrycker en önskan om att Kris- och Traumamottagningen skulle vara mer närvarande och informera på Vårdcentralerna och, som en intervjuperson uttryckte det,

”... kanske lära läkarna att uppmärksamma 'tecknen'”

Möjligheten att träffa och prata med andra kvinnor i ett mer lättsamt sammanhang nämns också som en attraktiv form för nyanlända; kanske står det också för en möjlighet att lite tidigare få en introduktion till terapi och psykiatri. Men om det är med kvinnor från samma land, finns en rädsla för ”avslöjanden” och vidare ”prat” inom den egna gruppen.

Några pekar på en oro för barnen och att skolpsykologen skulle kunna spela en viktig roll i ett tidigare skede, dels genom att se barnens behov och dels kanske även kunna ge föräldrarna råd om var hjälp finns att få för dem. En kvinna som försökt hade dock funnit att det inte var en enkel väg att gå:

”Jag försökte få träffa skolpsykologen, men gav upp... de har redan alldeles för mycket att göra.”

Man kan tänka sig att en starkare känsla av tillhörighet i Sverige med tiden har befrämjat kontakten med psykoterapi. Sannolikt har livet i relativ trygghet och möte med andra sätt att förhålla sig till trauma och terapi öppnat fler möjligheter att bryta sin långa tystnad. Samtidigt är det lätt att glömma att denna öppnare inställning idag har tagit många år att uppnå; flera tycks mena att de hade behövt hjälp på vägen även om det inte varit lätt för dem att själva se vad detta skulle vara. Processen att ”rota sig” och känna sig hemma tycks ha varit den grundtrygghet som eftersträvats för att kunna se till sina egna behov och aktivt söka stöd. Ett sådant steg innebär dock för drabbade att våga utmana sociala kulturella föreställningar både om psykiatri och om sexuellt våld mot kvinnor. Det är här som drabbade kvinnor behöver möta en lyhörd och effektiv vård. Sexuellt våld är som nämnts ett krigsbrott enligt internationell rätt och utsattas behov av hjälp måste tas på största allvar (36).

Tystnadens bevekelsegrunder: Sammanfattande slutsatser

Bosniska kvinnor i denna undersökning har vittnat om sina erfarenheter av krig och sexuellt våld. Ur deras perspektiv har de tystnader de fram tills nyligen förlitat sig på varit en strategi att bemästra våldets och traumats psykologiska och sociala konsekvenser. Den har syftat till att:

Skaffa sig fast mark under fötterna när det gäller familj, arbete och försörjning efter ankomst (social stabilisering). Det har varit en flerårig process, försvårad av situationen på arbetsmarknaden och det stora antalet flyktingar vid tiden för ankomst till Sverige.

Undvika att bli påmind. Att undvika att tänka på och tala om kriget och hur det skadat dem. Det trauma som upplevt våld innebär tenderar att frysa och tysta sådana erfarenheter. Flera hade tidigare svårigheter att artikulera något över huvud taget ("I början kunde jag bara gråta").

Undvika bli stigmatiserad. Det gäller den sociala skamfläck som speciellt sexuella övergrepp innebär i de flesta samhällen. Det har också inneburit ett undvikande att tala med och söka stöd hos partner eller andra nära relationer.

Finna ett fungerande smärtspråk. Reaktionen på våld och övergrepp sågs länge som "privata problem" som man inte talar om eller förväntas få hjälp med i vården. Tystnad omgärdade dessutom upplevda symtom som inte sågs ligga inom det "normalas" gräns.

Dessa strategier får ses i ljuset av traumats karaktär av *det ousägliga*, dvs det som den drabbade har svårt att sätta ord på. Det förstärks av den sociala skam och kanske även skuld som omgärdar sexuellt våld å ena sidan, och en negativ bild av psykiatrin, å den andra. Tystnader har också varit medvetna handlingar, för att navigera genom svåra betingelser, även inom den egna familjen, och för att upprätthålla en känsla (om än så liten ibland) av autonomi och agens.

Kvinnor har samtidigt, precis som sina män, lagt mycket fokus och energi på att skapa ett liv i Sverige efter kriget, och kämpat för att finna arbete och ekonomisk trygghet. Det har varit en lång och ojäm kamp, relaterad både till de spår som

kriget lämnat i deras liv men också till flyktingskap och integration. Att slippa många uppbrott efter ankomst, att få rota sig på en plats och bli delaktig i arbetslivet, är för traumatiserade människor en viktig grund för livets normalisering och för själva läkningsprocessen.

Ett hinder för kvinnorna i studien när de sökt vård har varit primärvårdens bristande förmåga, eller ovana, att fånga upp dessa patienters problem och att få patienten att berätta sin historia. Kvinnliga läkare verkar ha haft lättare att vinna dessa kvinnliga patienters förtroende när det gäller att våga berätta om sexuellt våld. Det är viktigt att få ett bredare genomslag, i vården och annorstädes, när det gäller att se våldtäkt som sexuell tortyr och, som sådant, ett krigsbrott.

Intervjuerna visar även att det har skett *förändring över tid* i kvinnornas uppfattning om sina möjligheter att få behandling och hjälp. Arbetet i traumaterapi har bidragit till en förändrad syn på psykiatriska problem och på psykoterapeutiskt arbete som ett sätt att må bättre och kunna möta livets svårigheter. Det har även gjort det lättare att tydligare ”signalera” det svåra i mötet med vården, en förmåga som är tydligast bland de yngre intervjupersonerna. En del menar att insatser hade kunnat göras i ett tidigare skede, andra menar att de själva inte hade varit ”redo för det”.

Rekommendationer

Rapporten pekar på vikten av att tidigt fånga upp kvinnor med erfarenheter av krigssituationer och sexuell tortyr i behov av *råd, stöd och/eller behandling*. Många nyanlända kommer idag från pågående konflikter i Syrien, Irak, Afghanistan och på den afrikanska kontinenten - och enligt Röda Korset har 1/3 av dessa nyanlända män och kvinnor erfarenhet av tortyr i olika former (1). Även i många av dessa hemländer är sexuella former av tortyr ofta skamliga och tenderar att osynliggöras av både offren och omgivningen; sådana övergrepp riskerar därmed att förbli osynliga också för vårdgivare och andra hjälpinstanser. Att nå nyanlända kvinnor tidigt skulle ge en vinst både för mottagarlandet och för de nyanlända. Det är även av största vikt att mottagande myndigheter söker begränsa de uppbrott från olika platser som traumatiserade nyanlända idag ofta tvingas till, och stödja den fas av social stabilisering och förankring som är en förutsättning för effektiv hjälp och behandling.

Nedan ges ett antal förslag i syfte att öka möjligheten att nå ut på ett effektivt och kulturkänsligt sätt. De handlar om *bemötande*, *utbildning* och *nätverksbyggande*.

Bemötande:

- *Hälsoundersökningarna* på den befintliga Flyktingmedicinska enheten är en viktig startpunkt, när det gäller att i ett tidigt skede fånga upp traumatiserade kvinnors speciella behov.
- Det är angeläget att finna *former för bemötande* som skapar tillit till vården och som öppnar för frågor och samtal som kan fånga upp bakomliggande trauma. *Kontinuitet* är därmed speciellt viktig, dvs. att få möta samma läkare vid återbesöken. Rapporten tyder på att det är lättare för många flyktingkvinnor att anförtro sig åt en *kvinnlig läkare* när det gäller frågor om sexuellt våld. Frågor om sexuellt våld borde även ställas till nyanlända kvinnor i kontakt med *barnmorska eller gynekolog*.
- Det är också viktigt att ställa mer riktade frågor om patientens bakgrund: ”*Har det hänt något speciellt som kan förklara dina besvär men som du kanske har svårt att berätta för mig?*” och ”*Skulle du vilja träffa en kvinnlig läkare som du kan berätta för?*” är frågor med vilka man kan närma sig problemet.
- I möten med kvinnor från krigssituationer är det av största vikt *att också lyfta deras styrkor* – dessa osynliggörs lätt, även av dem själva: Mod, uthållighet, ansvar och uppoffringar för andra, inte minst familj och barn, under farliga och extraordinära betingelser.
- Det gäller samtidigt *att inte medikalisera* och göra alla nyanlända flyktingar till patienter.

Utbildning:

- Medan bristande erfarenhet av psykoterapi från hemlandet skapar motstånd och rädsla hos många nyanlända, visar studien samtidigt på viss förändring över tid i deras syn på trauma och psykoterapi. Den antyder också att det kan vara en lång process, ibland beroende på en ofrivilligt lång etableringsprocess. Det krävs således fler aktiva insatser av olika slag, i ett tidigt skede, för att skapa förtroende för och kunskap om traumaterapi som möjlighet.

- *Information i tidigt skede*: SFI kan vara viktigt här, även om inte alla är mottagliga eller motiverade att söka hjälp så tidigt: ”Vad är trauma och var kan man få hjälp med det?”
- *Hälsoskola*, en insats inom Arbetsförmedlingen är ett informellt sammanhang för *kunskapsförmedling i tidigt skede*, med potential att fylla fler funktioner, t ex *nätverksbyggande*. Där träffas nyanlända i grupper om 10 - 12 personer från ett specifikt land, med tolk. Där tas frågor upp som rör sjukvården, även gynekologi och psykologi. Det är öppet och frivilligt, ger kulturanpassad information, är interaktivt och tycks dessutom generera stort intresse. Det borde kunna vara ett bra forum för att med kvinnlig psykolog/sjuksköterska skapa en dialog om våldtäkt och andra former av sexuellt relaterat våld (helst i separata kvinno- och mansgrupper).

Att även öka utbudet av *utbildning inom vården* när det gäller dessa frågor borde få hög prioritet:

- Det kommer att finnas ett *behov av ”bakgrundskunskap” och bättre möjligheter till dialog* när det gäller de många nya grupper som Kris- och traumamottagningen och vården i övrigt möter idag och framöver: Enskilda representanter med lång tid i Sverige, och/eller forskare med god kännedom om området ifråga, borde kunna bistå med riktade seminarier för detta ändamål (och någon att ringa när man har en fråga). Ett system med *hälsokommunikatörer*, med bakgrund i respektive land, finns i några landsting. Dessa hälsokommunikatörer har hälso- och sjukvårdsrelaterad utbildning och kulturkompetens, och de talar svenska och språk som är vanliga bland nyanlända. Denna samverkan underlättar informationsspridning och dialog om hälsa, och bidrar till att höja kunskapsnivån hos både vårdgivare och vårdtagare.
- Rapporten lyfter fram några *kulturella skillnader i synen på psykiatri*, när det gäller smärtspråk och förväntade former av behandling. Insatser handlar om att tydliggöra olikheter i synsätt både för primärvårdens personal och för de flyktingar de möter. Man borde kunna hämta relevanta frågeställningar ur befintlig vardagspraktik och i möjligaste mån använda kompetens inom olika flyktinggrupper. Kanske befintliga fortbildningssammanhang för primärvårdens personal idag skulle kunna omfatta dessa frågor. Modellen skulle kunna vara ett interaktivt

sammanhang och utgå från ett kulturellt jämförande och tvärvetenskapligt perspektiv.

Bättre kunskap om sexuell tortyr i ett inifrånperspektiv. Här finns sannolikt stora skillnader mellan samhällen när det gäller både former av våld och orsaken till detta våld. Sexuellt våld mot kvinnor i krig är närmast legio men förekommer även i andra sammanhang. Hur ser genusstrukturen ut i samhället ifråga? När, på vilket sätt och med vem kan kvinnor tala om detta och med vilka begrepp? Det är av största vikt att uppmärksamma indikationer på allvarliga krigsbrott och det långa lidande som dessa skapar. Det finns av FN utarbetade riktlinjer för hur man undersöker och dokumenterar sådana skador (35). Det är här angeläget att inhämta kunskap ur kvinnors egna perspektiv, bl a via Röda Korset och andra organisationer som möter kvinnor som flytt (36), men också via aktuell forskning. Att förbereda tolkar och ta hjälp av sjukvårdspersonal utbildad i hemlandet är av stor vikt. En utbildningsserie om tortyrskador kommer att hållas i Västragötalandsregionen hösten 2017 och främst rikta sig till allmänläkare. Detta för att öka kunskapen om en fråga som på senare år blivit alltmer aktuell, men där kunskapen ofta är bristfällig.

Nätverksbyggande:

- Undersökningen visar att *ensamheten* är ett av de största problemen för många flyktingar i början. Drabbade kvinnor kan lätt bli socialt isolerade. Att bygga vidare på den *resurs som kvinnors gemenskap* innebär i många kulturer kan motverka ensamhet men också bidra till att finna nya former för att arbeta med kvinnor: Samla kvinnor i *öppna grupper* för ömsesidigt stöttning (att utnyttja resursen i ”det kvinnliga pratet”). Det kan bidra till nätverk och relationer utanför gruppen men kan också för vissa vara en ingång till traumabehandling. Se t.ex. gruppbaserat arbete med traumatiserade kvinnor i efterkrigssamhällen som inspiration.

För *patienter i traumabehandling*: Att bygga nätverk och socialt kapital är av vikt för alla nyanlända flyktingar. Det våld som kvinnor i denna studie varit drabbade av kan dock innebära viss isolering också inom den egna gruppen. Samtidigt betonar samtliga intervjupersoner arbetets och

arbetskamraters stora betydelse för social tillhörighet och välbefinnande. Här är kontinuitet och viss anställningstrygghet av stor vikt. Kan arbete och terapi varvas som en förutsättning för att kunna bearbeta svåra händelser i det förflutna och samtidigt behålla kontakt med arbete och arbetskamrater? Hur bevara arbetstryggheten när man går in i en terapeutisk behandling?

Referenser och noter

- (1) Röda Korsets Högskola (2016). "Nyanlända och asylsökande i Sverige. En studie av psykisk ohälsa, trauma och levnadsvillkor". Rapportserie 2016:1.
- (2) *Republika Srpska* är en enhet med visst självstyre inom staten Bosnien-Hercegovina. Vid fredsöverenskommelsen 1995 gjordes en uppdelning av landet i två enheter, Serbiska republiken (majoriteten är serber) respektive Federationen (bosnjaker/muslimer och kroater).
- (3) Eastmond, M. (2007). "Familjens välfärdsprojekt: Att återskapa hem och vardagsliv på flera platser", i Eastmond, M. & Åkesson, L (red). *Transnationella Familjer: Transnationell migration och Släktskap*. Gidlunds Förlag, 45-70.
- (4) Uppgifterna i detta stycke är hämtade ur Ekberg, J & Ohlson M. (2000). "Integrationen av bosniska flyktingar på den svenska arbetsmarknaden." I: Hjelmkog, S (red). *Hemort Sverige*. Integrationsverket, Norrköping 236-255. De noterar att bosnier idag kan ses som en av de mest framgångsrika invandringsgrupperna på svensk arbetsmarknad.
- (5) Eastmond, M. (2005). "The disorders of displacement: Bosnian refugees and the reconstitution of normality", I Steffen V. m fl (red): *Managing Uncertainty: Ethnographic Studies of Illness, Risk and the Struggle for Control*. University of Copenhagen, 149-173.
- (6) Povrzanovic, M. (2012) "Struggle for Recognition: Bosnian Refugees' Employment Experiences in Sweden." *Refugee Survey Quarterly*, vol 31:1, 54-79.
- (7) Sennemark, E. (1997). "Möten, berättelser, betydelser: Bosniska flyktingfamiljers möten med svensk psykiatri". Mastersavhandling, Socialantropologiska institutionen, Göteborgs Universitet.
- (8) Mimica, J. personlig kommunikation (1997).
- (9) Van der Put, W. & M. Eisenbruch. (1995) "The Cambodian Experience" I: J de Jong (red): *Trauma, War and Violence: Public Mental Health in a Socio-Cultural Context*. London: Kluwer, 93-156.

- (10) Eastmond, M. (1985). "The Politics of Death: Rituals of protest in a Chilean Exile Community". In Cederroth, S., Corlin, C, & Lindström, J. (red): *The Meanings of Death*. Uppsala: Uppsala Studies in Cultural Anthropology, 77-94.
- (11) Kleinman, A. & J. Kleinman. J. (1985). "Somatization: The Interconnections in Chinese Society among Culture, Depressive Experiences and Meanings of Pain." In: Kleinman A & Good B. (red): *Culture and Depression*. Berkeley: University of California Press.
- (12a) Kirmayer, L. J. and Young, A. (1998). "Culture and Somatization" *Psychosom. Med.* 60, pp 420-30.
- (12b) Helman, C. 2000. *Culture, Health and Illness*. Oxford: Butterworth Heineman.
- (13) Low, S.M. (1994). "Embodied metaphors: Nerves as lived experience" in T. Csordas (red.): *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge: Cambridge University Press, 139-162.
- (14a) Shaw, R. (2007). "Memory Frictions: Localizing the Truth and Reconciliation Commission in Sierra Leone" *International Journal of Transitional Justice* 1(2), 183-207.
- (14b) Ross, F. (2003). "On having Voice and Being Heard. Some after-Effects of Testifying Before the South African Truth and Reconciliation Commission". *Anthropological Theory* 3(3), 325-341.
- (15) Connerton, P. (2011). *The Spirit of Mourning. History, Memory and the Body*. Cambridge: Cambridge University Press.
- (16) Eastmond, M. & Mannergren Selimovic, J. (2012). "Silence as Possibility in Postwar Bosnia-Herzegovina." *International Journal of Transitional Justice* 6:502-524.
- (17) Hayden R. (2016). "Comment" till Kevers, R. m fl. (2016), "Remembering Collective Violence: Broadening the Notion of Traumatic Memory in Post-Conflict Rehabilitation". *Cult. Med. Psychiatry* 40:620-640.
- (18) Kirkegaard, S. (1992) refererad i Shaw (14).
- (19) Korac, M. (1998). "Ethnic Nationalism, Wars and the Patterns of Social, Political and Sexual Violence against Women: The Case of Post Yugoslav Countries". *Identities* 5:2, 153-181.
- (20) Povrzanovic, M. (2000). "The Imposed and the Imagined as encountered by Croatian war ethnographers" *Current Anthropology*, 41:2, 151-162.

- (21) Das, V. (1997). "Language and the Body: Transactions in the Construction of Pain." In: Kleinman A, Das V, and Lock M.(red): *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.
- (22) Apitzch, & von Zweigbergk-Olsson, M. (1995). "Sökandet efter mening", *Socionomen* 4/1, 41-45.
- (23) Overland, G. (2007). "Religion and Culture as Resources for Survival. An approach for health and frontline cultural workers" In: Overland, G., Guribye, E. och Lie, E. (red) : *Do We Really Care? Refugee Health Workers in the Nordic Countries*. Cambridge: Cambridge Scholars Publishing, kap. 2, 1- 5.
- (24) Angel, B, Hjern, A. & Ingleby, D. (2001). "Effects of war and organized violence on children: a study of Bosnian refugees in Sweden." *American Journal of Orthopsychiatry*, 1-8.
- (25) Eastmond, M. (2016). "Shifting Sites: Memories of War and Exile across Time and Place". In Palmberger & Tosic (red): *Memories on the Move*. London: Palgrave, 19-46.
- (26) Kevers, R. m fl (2016). "Remembering Collective Violence: Broadening the Notion of Traumatic Memory in Post-Conflict Rehabilitation". *Cult. Med. Psychiatry* 40, 620-640.
- (27) Hage, G. (2003). *Against Paranoid Nationalism: Searching for Hope in a Shrinking Society*. London, Merlin: Pluto Press.
- (28) Eastmond, M. (1998). "Nationalist discourse and the Construction of Difference: Bosnia Muslim Refugees i Sweden". *Journal of Refugee Studies* 11:2, 161-181.
- (29) Saikkonen, R. personlig kommunikation (1997)
- (30) Folkhälsoinstitutet (2007). "Hälsans betydelse för individens och samhällets utveckning" citerad i (29).
- (31) Lindqvist M. (2016) *Speaking about social suffering? Subjective understandings and lived experiences of migrant women and therapists*. Doktorsavhandling, Karlstad University Studies 2016:52.
- (32) Shannon, (2012). "Barriers to Communication about Trauma Histories". *Mental Health in Family Primary Care* 9:41.
- (33) Weine S M m fl (2001) som kom till liknande resultat: " PTSD among Bosnian Refugees. A survey of providers knowledge, attitudes and service patterns." *Community Mental Health Journal*, 37, No. 3, 26ff..

(34) Wendt, E C Hildingh, E Lidell, A Westerståhl, A Baigi & B Marklund (2007). "Young women's sexual health and their views on dialogue with health professionals". *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 86:590-595.

(35) High Commissioner for Human Rights (2004). *Istanbul Protocol: Professional Training Serie No 8/1. Manual for effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment* (se kap. 3 och 4). FN: New York och Geneve.

(36) O'Connor, B. och Röda Korset (2016). *Det kunde ha varit jag....* Stockholm: Carlssons Bokförlag.

TACK/ HVALA!

Varmt tack till alla er kvinnor som gjort denna studie möjlig - *Hvala!* Ni har generöst delat med er av er tid och era viktiga erfarenheter; utan er hade denna rapport inte kunnat skrivas. Genom er insats blir det möjligt för oss och andra vårdgivare att hjälpa fler kvinnor som behöver stöd. Era berättelser, och det mod och uthållighet de vittnar om, har gjort stort intryck på oss alla.

Tack också till Britt Tallhage, verksamhetschef, och till terapeuterna verksamma vid Kris- och Traumamottagningen, för givande samtal och kloka kommentarer under arbetets gång. Tack riktas även till Monika Brendler och Elisabeth Bakke vid Röda Korsets Center för Torterade Flyktingar i Stockholm: ert engagemang i denna studie har varit stimulerande. Ett varmt och mycket speciellt tack till Kristian Svenberg för tålmodig läsning, osvikligt skarp blick och kreativa kommentarer under arbetets gång!

