

Traumahistorik och traumarelaterad symtombild hos patienter inom vuxenpsykiatri

Johanna Brynielsson

Vårterminen 2014

Specialistutbildning klinisk psykologi

Handledare: Doris Nilsson, docent, leg psykolog/leg psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi,
Linköpings Universitet

Sammanfattning

Syftet med den här studien var att i samband med nybesök inom vuxenpsykiatri undersöka hur många potentiellt traumatiserande händelser människor upplevt under sitt liv, hur många av dessa som är upprepade trauman av samma slag, samt i vilken utsträckning en posttraumatisk symtombild förekom.

Studien genomfördes under 8 månader på remiss- och bedömningsenheten som tillhör psykiatriska kliniken i Eksjö och tar emot nybesök från hela Höglandets sjukvårdsområde. Förekomst av trauma undersöktes med formuläret Erfarenheter av svåra livshändelser (LYLES) och förekomst av posttraumatisk stress med mätinstrumentet Posttraumatic Checklist-Civilian (PCL-C).

Av 208 patienter som kom på nybesök samtyckte 38 patienter till att delta i forskningsprojektet. Av dessa lämnade 23 stycken in ifyllda frågeformulär. Den sammanlagda summan av olika potentiellt traumatiska livshändelser per person (polytraumatisering) hade en spännvidd mellan 2-30 händelser med ett medelvärde för hela patientgruppen på 15 händelser. Resultatet av självskattningsformulär PCL-C visade att 16 av de 23 patienter som deltog i studien med hög sannolikhet uppfyller kriterier för posttraumatiskt stressyndrom. De 16 patienter som hade PCL-C poäng mellan 50-83 (hög sannolikhet för PTSD) hade i genomsnitt varit med om 17 olika potentiellt traumatiserande händelser (polytraumatisering). Vid beskrivning av antal gånger de varit med om händelser framkommer ett medelvärde på 27 uppgivna upprepade händelser. Antal upprepade händelser är sannolikt betydligt högre eftersom patienterna svarat med beskrivningar som inte går att mäta eller avstått från att svara.

Resultatet antyder att en systematisk undersökning av traumahistorik och posttraumatisk stress skulle vara värdefull i samband med nybesök inom vuxenpsykiatri. Tillsammans med övrig bedömning av samsjuklighet kan detta underlätta en djupgående analys av orsakssamband till psykisk ohälsa och ge underlag till planering av behandlingsåtgärder. Studiens begränsningar utgörs av att svarsunderlaget är litet vilket innebär att svarsmönster redovisas deskriptivt utan statistisk analys.

Nyckelord: Trauma, posttraumatisk stress, vuxenpsykiatri

Innehållsförteckning

INLEDNING.....	1
TRAUMA.....	2
<i>Definition.....</i>	2
<i>Olika typer av trauma.....</i>	2
<i>Polytraumatisering och polyviktisering.....</i>	4
<i>Traumasyntom.....</i>	4
<i>Förekomst av trauma och PTSD- syntom.....</i>	8
SYFTE.....	9
<i>Frågeställningar.....</i>	9
METOD.....	9
<i>Studiedesign.....</i>	9
<i>Deltagare.....</i>	11
<i>Procedur.....</i>	11
<i>Mätinstrument.....</i>	12
<i>Dataanalys</i>	12
<i>Etisk ansökan och etiska överväganden.....</i>	12
RESULTAT.....	13
<i>Deskriptiv statistik LYLES.....</i>	13
<i>Deskriptiv statistik PCL-C.....</i>	17
DISKUSSION.....	18
SLUTSATSER.....	22
REFERENSER.....	24
BILAGOR.....	32

INLEDNING

Vad skulle hända om sjukvården genomförde en systematisk kartläggning av traumahistorik och gjorde en analys av samband mellan upplevda svåra livshändelser och uppvisad symtombild hos alla patienter? Skulle det innebära att patienterna i större utsträckning skulle få effektiv traumafokuserad behandling? Vad skulle det i sin tur innebära för folkhälsan i stort, vad skulle det innebära i minskat lidande och hur stora samhällsekonomiska besparingar skulle göras?

Detta är frågeställningar jag funderat mycket på under de senaste åren.

Bakgrunden till den här deskriptiva studien var ett intresse att undersöka resultatet av systematisk kartläggning av traumahistorik och traumarelaterad symtombild vid nybesök inom mitt eget verksamhetsområde, vuxenpsykiatri. Denna tanke sammanföll med att jag blev tillfrågad att delta med datainsamling för ett större forskningsprojekt.

Många barn, ungdomar och vuxna i Sverige har varit utsatta för potentiellt traumatiserande upplevelser, såsom exempelvis trafikolyckor, rån, mobbning, sexuella övergrepp, misshandel eller har sett när andra utsätts för våld.

Brottsförebyggande rådet (Brå, 2014) har publicerat statistik över antal anmälda brott under 2013, exempelvis:

- 17.700 sexualbrott, varav 6.000 rubriceras som våldtäkt. Här finns ett stort mörkertal, endast en liten del kommer till rättsväsendets kännedom.
- 80.400 misshandelsbrott. Av dessa är 27.100 riktat mot kvinnor över 18 år, och mot män 35.700, varav ca hälften var misshandel utomhus av obekant. 17.700 rörde personer under 17 år, varav 3.250 var misshandelsbrott mot barn 0-6 år och 8.690 mot barn mellan 7-14 år. Här är det svårt att ta reda på omfattningen eftersom våldet ofta inte polisanmäls när det gäller små barn.
- 48.500 anmälningar rörde olaga hot av olika slag.
- 8.360 rån, varav de flesta var rån mot privatperson (70 %).

I Brå:s återkommande skolundersökningar (Alvant, 2009) bland ungdomar i årskurs nio, uppger omkring 10 % att de ibland eller ofta har blivit utsatta för mobbning. Forskning visar att på skolor där det förekommer mycket mobbning är risken också väsentligt högre att utsättas för grovt våld. Forskning visar också att mobbning kan leda till allvarliga konsekvenser på lång sikt – både för den som mobbar och för den som blir mobbad. Brottsförebyggande rådets rapport (Alvant, 2009) visar att 60 % av de f.d. mobbarna (pojkar) hade blivit dömda för minst en kriminell handling vid 24 års ålder. De som blivit mobbade hade vid motsvarande ålder sämre självkänsla och en mer depressiv livsinställning jämfört med elever som inte mobbats i skolan.

Utöver detta har vi även vuxna som mobbas i arbetslivet med allvarliga konsekvenser, såsom psykisk ohälsa, långa sjukskrivningar och i värsta fall självmord. Vi har även ett växande antal människor som kommer till vårt land för att söka skydd från krigsdrabbade områden med svåra trauman och upplevelser av tortyr i sitt bagage.

En del av dem som varit med om potentiellt traumatiserande livshändelser utvecklar posttraumatiska stressyndrom (PTSD) och söker hjälp inom sjukvården för symtom som karaktäriseras av plågsamma återupplevanden, undvikandebeteenden som begränsar livet, hög anspänningsnivå, koncentrationssvårigheter och förhöjd vaksamhet. Många av dessa patienter har varit med om upprepade traumatiska upplevelser (Cloitre et al 2011) och har

en mer komplex symtombild. Utöver symtomen i PTSD kan de även ha svårigheter att reglera känslor, störning i relationsförmåga, förändringar i uppmärksamhet och medvetenhet, negativ uppfattning om sig själv och omvärlden samt somatiska störningar (van der Kolk et al 2005, Courtois & Ford 2009). Denna symtombild kallas vanligtvis komplext PTSD eller DESNOS (disorder of extreme stress not otherwise specified).

En förutsättning för att erbjuda adekvat behandling är att rätt kunna bedöma de symtom patienten uppvisar. Standardiserade bedömnings- och screeninginstrument har i detta sammanhang en betydelse för att snabbt få en god överblick. De självskattningsformulär som idag används för att mäta effekter av traumatisering är främst utformade för att kartlägga symtom efter enstaka eller avgränsade traumatiska händelser eller specifika tidpunkter. Dessa instrument, till exempel Impact of Event Scale-Revised (Weiss, 2004) och Posttraumatic Checklist-Civilian (PCL-C) är otillräckliga eftersom de inte fångar upp mer komplexa sammanhang. Det finns därför behov av att utveckla standardiserade mätinstrument som kan diskriminera mellan avgränsade och mer komplexa effekter. Trauma Symptom Inventory-2 (TSI-2, Briere, 2011) är ett sådant instrument som utkom 2011. TSI-2 har normerats på ett representativt amerikanskt urval samt på kliniska grupper med hög reliabilitet för de olika delskalorna och god validitet, både vid jämförelse med andra mått och förmåga att diskriminera mellan kliniska grupper och normalpopulation.

TRAUMA

Definition

Ordet trauma betyder sår eller skada och används för att beskriva både kroppsliga och själsliga tillstånd. Van der Kolk et al (1995) definierar trauma som en extremt påfrestande händelse som inte kan undflys eller hanteras med individens tillgängliga resurser. Denna definition innebär fokus på hur en händelse upplevs vilket varierar beroende på medfödd sårbarhet, ålder, tidigare psykiska problem, tillgång till stöd och inre resurser m.m.

Begreppet ”potentiellt traumatiska händelser” (Allen, 2001) är användbart för att åskådliggöra den subjektiva dimensionen i psykisk traumatisering. Wennerberg (2010) beskriver ett psykologiskt trauma som ett öppet psykiskt sår som fortfarande blöder, med en utebliven eller ofullständig läkningsprocess.

Olika typer av trauma

Psykiska trauman kan delas upp i tre grupper: icke interpersonella, interpersonella samt svåra livsomständigheter. Vid icke interpersonella trauman har det inte funnits någon mänsklig intention att orsaka skada, utan här handlar det t.ex. om naturkatastrofer eller olyckor av olika slag. Vid interpersonella trauman är det i mötet mellan människor den psykiska traumatiseringen sker, såsom vid våldtäkt, misshandel, rån och tortyr. Till kategorin svåra livsomständigheter (Adverse Childhood Experiences, Felitti, 2009) räknas långvarig försummelse och omsorgssvikt t.ex att växa upp med föräldrar med missbruk och/eller psykisk sjukdom.

Ett annat sätt att beskriva olika typer av trauman är indelning i typ I och typ II (Terr, 1991). Vid typ I-trauma är det en enskild händelse som orsakat psykisk traumatisering t.ex. en våldtäkt, trafikolycka eller rån. Vid typ II trauman handlar det om långvarig utsatthet t.ex. sexuella övergrepp, krigsupplevelser, misshandel och mobbning.” Crossing over conditions” innebär enligt Terr (1991) att ett typ I trauma övergår i typ II, exempelvis när en person som blivit våldtagen eller slagen utsätter sig för risksituationer som kan innebära en retraumatisering.

Solomon & Heide (1999) har lagt till ytterligare en typ av trauman, typ III. Här handlar det om en mer komplex kumulativ traumatisering, som börjar tidigt i livet och där det inte går att urskilja de traumatiska händelserna, vilket kan medföra en allvarligare symtombild än vid typ I och II.

När traumatisk stresspåverkan pågått under en längre tid under utvecklingsmässigt sårbara perioder under uppväxten där barnets vårdnadshavare gjort sig skyldiga till försummelse eller direkt medverkat till traumatiseringen, kan det få stora konsekvenser för barnets utveckling (Courtois & Ford, 2009). Den grundläggande anknytningspåverkan och konsekvenserna kan bli problem med affektreglering, dissociation, somatiska besvär samt svårigheter med identitetsutveckling och relationer till andra människor (Liotti, 2004). Schore (2009) beskriver hur försummelse och övergrepp under uppväxten påverkar utvecklingen av höger hjärnhalva, vilket leder till en omognad som medför stora svårigheter att reglera starka negativa affekter, bristande impulskontroll och även påverkar kognitiva funktioner. Dessa personer får även en ökad stresskänslighet genom livet med förhöjd risk att drabbas av stressrelaterade psykiatriska tillstånd.

Anknytningsrelationens mönster är viktigt för förståelse av hur potentiellt traumatiserande livshändelser påverkar en individ. Otrygg anknytning utgör enligt Liotti (2006) en riskfaktor för att utveckla psykopatologi som vuxen. Det är därför viktigt att omgivningen är observant och identifierar barn som är med om tidiga och upprepade trauman så att preventiva interventioner kan förebygga senare psykisk ohälsa.

Anknytningsteorin har utvecklats och fördjupats genom observationsstudier (Bowlby, 1994, Ainsworth et al, 1978, Broberg, 2006). Genom att studera interaktionen mellan barn och deras föräldrar upptäcktes att barns anknytningsmönster formas utifrån det bemötande de fick. Anknytningsmönstret utvecklas under de första två åren, men kan förändras av upplevelser under hela uppväxten. Det delas in i trygg och otrygg anknytning - som i sin tur indelas i undvikande, ambivalent och desorganiserad anknytning. Wennerberg (2010) beskriver hur barn som har en desorganiserad anknytning antingen blivit direkt traumatiserade som en följd av försummelse eller misshandel eller indirekt traumatiserade genom att en förälders egna obearbetade trauman överförs till barnet via störningar i den affektiva kommunikationen i relationen. Den desorganiserade anknytningsmönstret kan därför enligt Wennerberg beskrivas som ett traumatiserat anknytningsmönster. Studier som genomförts i riskgrupper där man känner till att det förekommit fysisk eller psykisk misshandel och omsorgssvikt visar att ca 80 % av barnen har ett desorganiserat anknytningsmönster (Lyons-Ruth et al, 1989). Andra riskgrupper är barn till föräldrar med allvarlig psykisk sjukdom eller missbruk. Föräldrar med egna svåra obearbetade upplevelser feltolkar i större utsträckning spädbarns signaler och reagerar på dem med aggressivitet eller rädsla (Hesse et al, 2000, Lyons-Ruth et al, 1999). Ett barn som växer upp i en dysfunktionell familj riskerar att utsättas för en i stort sett kontinuerlig traumatisering (Rydén & Wallroth, 2008).

Att känna sig trygg i anknytningsrelationen ger goda förutsättningar att utveckla förmåga till mentalisering medan motsatsen hindrar denna utveckling. Mentalisering handlar om förmågan att kunna reflektera över sina egna och andras känslor och intentioner. Det är en

förmåga som skapar goda förutsättningar för självkännet, empati och socialt samspel. Att ha mentaliseringsförmåga är ett viktigt skydd mot traumatisering eftersom man då lättare kan tolka andra människors avsikter och beteenden (Allen, 2001, Fonagy & Target, 2003). Att utveckla mentaliseringsförmåga och förvärvat trygg anknytning i en traumafokuserad psykoterapeutisk behandling är av denna anledning viktigt.

Polytraumatisering och polyviktisering

”Poly” kommer från det grekiska språket och betyder mång- eller flerfaldig.

Polytraumatisering innebär en utsatthet för flera olika typer av trauman (Gustavsson et al, 2009). Polytraumatisering har visat sig ha en kumulativ effekt på traumasymtomens allvarlighetsgrad hos både barn och vuxna (Briere & Hodges, 2010). Nilsson et al (2008) fann att antalet potentiellt traumatiska händelser en individ varit med om var det som bäst kunde förutsäga rapporterade traumasymtom.

Viktisering är ett begrepp som beskriver brottsofferrollen ur olika perspektiv. Viktiseringsforskningen studerar processer, omfattning, orsaker och förekomst av viktisering (Doerner & Lab, 2011). Reviktisering är ett fenomen som innebär att vissa brottsoffer statistiskt sett har en förhöjd risk att drabbas igen av liknande brott. Dessa brottsoffer har främst varit utsatta för sexuella övergrepp under barndomen, våld i nära relationer, våldtäkt, men kan även omfatta fler typer av våldsbrott och integritetskränkningar. Statistik visar att risken för reviktisering ökar av posttraumatisk stress, stor alkoholkonsumtion eller droganvändning (Testa et al, 2010). När en individ varit med om reviktisering många gånger används begreppet polyviktisering. Att väga in polyviktisering i kartläggningfas är viktigt eftersom fokusering på enskilda trauman riskerar att omfattningen av den sammanlagda psykiska traumatiseringen underskattas (Sturup, Lindqvist & Kristiansson, 2009). Polyviktisering har uppmärksamats som en viktig riskfaktor för psykisk ohälsa hos barn och ungdomar (Finkelhor et al, 2007). Efter en viktiserande händelse fann man en risk på 69 % att råka ut för ytterligare en traumatisk händelse inom ett år (Finkelhor et al, 2005).

Traumasyntom

Stressrelaterade tillstånd som har debuterat kortare eller längre tid efter exponering av en traumatisk upplevelse finns beskrivna i diagnossystemen DSM och ICD som ges ut i nya upplagor med jämna mellanrum. Akut stressreaktion, akut stressyndrom (ASD), posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och dissociativa störningar är exempel på traumarelaterade syndrom.

Syntom på traumatisk stressbelastning kan vara

- Påträngande syntom såsom flashbacks, mardrömmar, återupplevande, påträngande tankar och minnen, upplevt obehag om något påminner om traumat.
- Undvikande syntom såsom kognitiva eller beteendemässiga försök att undvika allt som påminner om traumat eller psykisk avstängdhet.
- Överspändhet med syntom som sömnsvårigheter, förhöjd vaksamhet, muskelspänningar, irritation eller koncentrationssvårigheter.

En individ som utsatts för ett Typ I trauma kan uppvisa en syntombild som motsvarar kriterier för ASD eller PTSD (bilaga 6). När traumatiseringen är mer omfattande som vid Typ II trauma kan begreppet komplext PTSD eller DESNOS (Disorder of extreme stress not otherwise specified) vara mer lämpligt (Herman, 1993). Detta begrepp finns inte som

diagnos i DSM-5, men är som psykisk störning betydligt vanligare på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning än enkel PTSD. De patienter som uppvisar denna traumarelaterade symtombild har vanligen utsatts för upprepade och omfattande trauman från tidig ålder, exempelvis incest, fysisk och psykisk misshandel. Den kan även uppkomma hos människor som utsatts för krigsupplevelser eller tortyr.

Individer med komplex traumatisering har, utöver att uppfylla kriterier för PTSD, en mer omfattande påverkan på personligheten (Courtois & Ford, 2009) :

- *Problem med affektreglering.* Svårighet att hantera starka känslor och bristande impulskontroll. Kan innebära svårighet att hantera konflikter vilket kan medföra att individen lätt hamnar i risksituationer.
- *Förändring av uppmärksamhet och grad av medvetande.* Dissociativt fungerande i varierande grad är vanligt och kan medföra bristfällig förståelse från omgivningen. Det finns också risk för felbehandling om inte en noggrann kartläggning görs.
- *Förändringar av upplevelser av självet.* Medför ofta störningar vad gäller självuppfattning. Skamkänslor är ofta förekommande vilket påverkar hur individen värderar sig själv.
- *Förändring i upplevelse av förövaren.* En idealisering av förövaren kan uppstå vilket kan innebära en nedvärdering av den egna självbilden.
- *Förändringar i relationer.* Det är vanligt med bristande tillit till andra människor.
- *Somatisering.* Dissociativa reaktioner där sådant som inte kunnat integreras psykiskt istället uttrycks via kroppen.
- *Förändring i upplevelse av meningsfullhet.* Individen kan uppleva att hela livet blivit förstört och att det inte finns någon framtid.

Dissociativa störningar är vanliga vid psykisk traumatisering och förekomst måste därför alltid undersökas för att lämplig behandlingsplanering ska kunna genomföras. Flera studier visar att det finns ett starkt samband mellan trauma och dissociation (Putnam, 1989, Elzinga et al, 2002). De flesta med komplexa dissociativa störningar söker behandling för andra problem än sin dissociativa störning (Brand et al, 2009).

I DSM-IV och DSM-5 beskrivs dissociation vara uttryck för ”en uppbyggnad av vanligtvis integrerade funktioner såsom medvetande, minne, identitet eller perception av omgivningen”.

Traumarelaterade dissociativa reaktioner kan vara depersonalisation eller derealisation, flyktreaktioner (fugue), splittring eller kognitiv fragmentering, tillstånd av trans eller dvala, amnesi av olika slag, identitetsförvirring eller identitetsförändring. Den allvarligaste formen är dissociativ identitetsstörning som vanligen uppkommit efter långvarig svår traumatisering före 8 års ålder.

Van der Hart, Nijenhuis & Steele (2006) har vidareutvecklat begreppet strukturell dissociation, som beskrevs redan i början av 1900-talet av Pierre Janet. De anser att en splittring av självet uppstår vid dissociativa störningar. Traumatiska upplevelser har då inte kunnat integreras utan isoleras inom en del av personligheten. Denna isolering följer naturliga psykobiologiska beteendesystem som utgörs av två huvudkategorier. Det ena systemet inriktar sig på hantering av vardagen och släktets fortlevnad, exempelvis anknytning, energireglering, sexualitet, lek, omvårdnad och utforskande. Det andra systemet är inriktat på att skydda mot hot och innehåller försvarssystem såsom flykt, kamp, frysreaktion och total underkastelse.

Enligt Van der Hart et al leder psykiska trauman som är för smärtsamma att integrera till en strukturell klyvning av personligheten i olika delar som styrs av dessa psykobiologiska

beteendesystem. En del kallas vardagspersonligheten (*ANP-apparently normal part*) och en annan del utgörs av en mer emotionell del av personligheten (*EP-emotional part*) som är mer kopplad till det psykobiologiska försvarssystemet. ANP har vanligen ett fobiskt undvikande gentemot EP- delar som bär på ointegrerad psykisk smärta och svåra minnen. Dessa delar eller jagtillstånd kan upplevas som mer eller mindre självständiga beroende på grad av dissociation. Tre typer av strukturell dissociation beskrivs med successivt tilltagande komplexitet; primär (ex. vid PTSD), sekundär (vid komplex PTSD, DDNOS) och tertiär (vid dissociativ identitetsstörning). Denna förklaringsmodell har rönt stor uppmärksamhet och visat sig kliniskt användbar vid differentialdiagnosticering och fas specifik traumafokuserad behandling.

Traumarelaterade somatiska reaktioner kan vara konversionsreaktioner (såsom förlamning eller känselnedsättning) även kallad somatoform dissociation (Nijenhuis 2009), somatisering och psykogen smärta.

En del individer som skadats av psykisk traumatisering kan ägna sig åt spänningsminskande aktiviteter såsom självdestruktiva handlingar (Floen & Elklit, 2007), sexmissbruk, impulsivt våldsbeteende, tvångsmässigt stjälande eller missbruk av alkohol, andra droger, mediciner eller mat (Michel et al, 2010). En ny svensk studie (Heimer et al, 2014) visar mycket starka samband mellan barndomstrauma och psykisk ohälsa som vuxen. De som utsatts för sexuellt våld hade avsevärd förhöjd risk för depression, alkoholmissbruk och självskadebeteende som vuxna. Det var även vanligare med kroppsliga besvär som smärta i nacke eller axlar, huvudvärk, yrsel och tarmbesvär. Statens institutionsstyrelse, SiS har gett ut en rapport (Björck & Jansson, 2012) som baseras på ett urval av 34 studier, resultatet visade att 70 - 96 % av institutionsvårdade ungdomar upplevt trauma och många uppvisade symtom på komplex traumatisering. Vanligt förekommande var att ha upplevt trauman i familjen såsom fysisk misshandel och sexuella övergrepp, ha bevittnat skrämmande händelser, ha upplevt svåra separationer eller dödsfall. Det var även vanligt att ungdomarna varit med om våld i offentlig miljö. Det finns också ett samband mellan traumatisering och ett normbrytande, impulsivt och aggressivt beteende (Greenwald, 2002). Majoriteten av de ungdomar som vårdas inom Statens institutionsstyrelse har antisocial problematik.

Den neurologiska utvecklingen i hjärnan påverkas hos barn och ungdomar när de utsätts för svåra trauman, ju yngre barnet är desto mer påverkan (Pollard et al 1995, Perry, 2009). Det stresspåslag som barnet får aktiverar biologiska försvarsmekanismer såsom kamp och flykt, ett hyperaktivt tillstånd som kan övergå till att stelna till eller bli passivt uppgiven. Vid upprepade trauman med det stresspåslag det innebär finns det en risk för att hjärnans dissociativa och hyperaktiva processer permanentas (Shore, 2002). Detta är viktigt att beakta vid differentialdiagnostik i neuropsykiatriska utredningar eftersom symtombilden vid komplex traumatisering och ADHD kan vara likartad. Anknytningstrauma med bristande tillit och sociala färdigheter kan förväxlas med neuropsykiatriska funktionshinder av olika slag (Gregorowski & Sedat, 2013, Farina & Liotti, 2013). Generell rekommendation är att erbjuda faspecifik traumafokuserad behandling vid förekomst av trauma (Courtois et al, 2009). Därefter är det lättare att bedöma om neuropsykiatrisk störning också finns som samsjuklighet. Atia Daud (2008) fann i sin avhandling att det finns en transgenerationell överföring mellan traumatiserade föräldrar och deras barn. Obearbetade trauman leder till att föräldrarna har sämre förmåga att skapa trygg anknytning till sina barn, barnen fick i stor utsträckning ett desorganiserat anknytningsmönster. Barnen feldiagnosticerades sedan och ansågs ha ADHD och andra neuropsykiatriska tillstånd.

Det förekommer även övergående posttraumatiska psykotiska reaktioner såsom stressinducerade hallucinationer och vanföreställningar. Ett flertal studier visar ett mycket starkt samband mellan tidiga trauman och senare utveckling av psykossymtom (Moskowitz et al 2008, Courtois & Ford 2009, Read et al 2005). I en dansk studie fann Elklit & Shevlin (2011) att sexuell viktigmisering signifikant ökade sannolikheten att få en psykosdiagnos. Samband mellan trauma och psykos har även rapporterats i stora nationella studier i USA, Storbritannien, Tyskland, Australien och Holland (Shevlin et al, 2007, Bebbington et al, 2004, Spauwen et al, 2006, Scott et al, 2007, Janssen et al, 2004). Ju mer kumulativ traumatisering, dvs antal olika traumatiska upplevelser en individ upplevt, desto allvarligare symtombild (Shevlin et al, 2008). De traumatiska upplevelsernas allvarlighetsgrad har också betydelse (Lysaker et al, 2005).

En australiensisk longitudinell studie påvisar en ökad risk för psykos och schizofreni bland människor som utsatts för sexuella övergrepp i barndomen (Cutajar et al, 2010). I flera andra studier har man funnit hög förekomst av övergrepp under uppväxten hos patientgrupper inom vuxenpsykiatri med psykossjukdom (Read et al 1999, Jacobson & Herald 1990, Palmer et al 1994, Read et al 2003), bipolära syndrom (Hammersley et al, 2003) och emotionell instabil personlighetsstörning (Hernandez et al, 2012). En tysk studie (Pietrek & Elbert, 2013) visar tydliga samband mellan utsatthet för tidiga trauman (olika typer av övergrepp och omsorgssvikt) under barndomen och ökad risk att senare som vuxen utveckla medelsvår depression, instabil emotionell personlighetsstörning och schizofreni. En svensk doktorsavhandling (Neubeck, 2008) visar att långvariga (ofta sexuella) övergrepp kan leda till psykiatriska tillstånd som överensstämmer med fenomen i prodromalfasen (tidiga tecken) och med själva diagnosen schizofreni enligt kriterierna i DSM-IV och ICD-10. Avhandlingens huvudhypotes är således att svåra trauman utgör delorsaker både till prodromalliknande fenomen liksom till tillstånd som diagnosticerats som schizofreni, men att trauman inte utgör nödvändiga betingelser för schizofreni. Enligt Neubeck är det dock viktigt att göra en noggrann analys av orsakssamband till att en individ uppvisar symtom som överensstämmer med schizofreni för att få underlag till adekvat behandling och terapeutiska interventioner.

Differentialdiagnostik för att bedöma förekomst av patologisk dissociation är viktig, då det förekommer att exempelvis dissociativ identitetsstörning kan feldiagnosticeras som schizofreni. Många patienter med allvarlig dissociativ problematik får aldrig rätt diagnos, eller kan vårdas inom psykiatrin länge med fel diagnos innan det upptäcks (Brand et al, 2009). Noggrann undersökning av dissociativt fungerande hos patienten är avgörande för att kunna ställa rätt diagnos och göra en lämplig behandlingsplan. Screeninginstrument som DES, SDQ-5, SDQ-20 och klinisk intervju SCID-D rekommenderas i detta avseende. Detta kunskapsområde expanderar och det finns omfattande klinisk erfarenhet och pågående forskning (Van der Hart et al, 2006, Dell & O'Neil, 2009).

Det finns också många människor som efter psykisk traumatisering främst reagerar med depressiva reaktioner, ångesttillstånd, beteendestörningar eller blandtillstånd. Den personliga sårbarheten kan här vara en viktig faktor till att det kan bli en stark maladaptiv stressreaktion även vid måttlig påfrestning. Många undersökningar visar att människor som utsätts för samma typ av trauma kan få både posttraumatiska och depressiva symtombilder, ibland dominerar den depressiva symtombilden helt (Solomon & Bleich 1998). Exempel på traumarelaterade kognitiva störningar kan vara låg självkänsla, upplevd hjälplöshet/hopplöshet, skuldkänslor, överdrivna tankar om faror och idealisering av förövaren. Komlicerad sorg, *prolonged grief disorder* (Pridgerson, 2009) kan uppstå när traumatiserande faktorer bidrar till att försvåra sorgereaktioner, exempelvis om ett dödsfall inträffar oväntat, under traumatiska omständigheter, om den omkomnes kropp blir illa tilltygad eller inte upphittas.

Sammanfattningsvis kan konstateras att flera psykiatriska störningar kan uppkomma efter exponering för traumatisk stress, antingen som komorbida störningar eller istället för PTSD. Noggrann klinisk intervju och kartläggning är därför ytterst viktigt för att bedöma om de psykiatriska störningarna är traumarelaterade så att patienter kan erbjudas effektiv behandling (Michel et al, 2011).

Förekomst av trauma och PTSD- symtom

Många människor utsätts för trauma någon gång under livet, prevalensen varierar mellan olika länder och kulturer. I De Vries & Olff (2009) studie framkommer en livstidsprevalens i Nederländerna på över 80 %. En studie genomförd i Australien beskriver att ca 50 % av kvinnorna och ca 60 % av männen rapporterar förekomst av minst en traumatisk händelse (Creamer et al, 2001), medan en undersökning i Kanada 1997 rapporterade en livstidsprevalens på 84 % för män och 74 % för kvinnor. I länder som räknas som konfliktområden förekommer ännu högre grad av exponering för trauman, exempelvis Algeriet 92 % (De Jong et al, 2001).

The adverse childhood experiences study (ACE- studien) är en omfattande longitudinell amerikansk studie där 17.000 vuxna ur normalpopulationen tillfrågats om förekomst av traumatiska upplevelser i barndomen (Felitti, 2009). Resultatet visar att ju fler olika typer av traumatiska livshändelser i barndomen en människa upplevt desto större är risken att senare utveckla depression, suicidalitet, självskadebeteende, psykos, alkohol- eller drogmissbruk, ätstörningar och/eller PTSD. Det fanns även samband mellan antalet olika typer av traumatiska upplevelser och risken att få somatiska sjukdomar, såsom autoimmuna sjukdomar, hjärt- och kärlsjukdomar och leversjukdomar. Man fann även ett ökat socialt riskbeteende hos denna grupp.

Den psykiska ohälsan i Sverige ökar, inom Barn- och ungdomspsykiatri ser behandlare en ökning av komplexa ärenden med självskadebeteende, suicidalitet och allvarlig ångestproblematik. Samtidigt visar ett flertal studier att 20-40 % av barn och ungdomar som söker hjälp rapporterar upplevelser av våld och övergrepp i hemmet (Hedtjärn et al, 2009, Ormahug, 2012). I Socialstyrelsens folkhälsorapport 2009 framkommer att 5-10 % av samtliga barn i Sverige upplevt någon form av våld i sin familj. I en annan studie uppger 14 % att de någon gång blivit slagna av en förälder (Janson et al, 2011). Statistik saknas i nuläget när det gäller prevalens av sexuella övergrepp mot barn i Sverige. I ACE-studien framkommer att 22 % av de amerikanska deltagarna utsatts för sexuella övergrepp under sina barndomsår.

Skolverket har gett ut en forskningsöversikt (Eriksson et al, 2002) där mobbning i skolan diskuteras. Flera internationella studier presenteras. I en studie ingick 150.000 norska och svenska skolbarn från årskurs 1-9 (Olweus, 2000). Resultatet visade att 9 % blev mobbade, 7 % mobbade andra elever och ca 1,5 % var både mobbare och offer. 15 %, vilket innebär 1 av 7 elever var involverade i mobbningsincidenter.

I en annan studie av alla svenska skolbarn mellan 11- 15 år uppger 3-5 % att de utsatts för regelbunden mobbning, vilket medför en ökad risk för ångest, depression och sömnsvårigheter (Danielsson, 2006). De allvarliga effekter mobbning har på den psykiska hälsan skulle behöva uppmärksammas mer. Att uppleva trauman i barndomen förefaller sammantaget vara en kraftigt bidragande faktor för att utveckla fysisk och psykisk ohälsa senare i livet och utgör på så vis ett allvarligt folkhälsoproblem, som skulle behöva förebyggas med preventiva åtgärder.

Psykiska reaktioner och hälsorisker efter svåra livshändelser kan således komma till uttryck på väldigt många olika sätt. Endast en liten andel av dem som exponeras för

potentiellt traumatiserande händelser utvecklar PTSD. Många människor kan dock få en symtombild som inte helt uppfyller kriterier för PTSD. Denna symtombild kallas partiellt PTSD och kan likväl innebära ett stort lidande och nedsatt funktionsförmåga inom en rad områden. Eftersom partiellt PTSD inte finns beskriven i diagnos systemen DSM eller ICD, finns det risk att patienter med denna symtombild får andra diagnoser och att sambandet med psykisk traumatisering missas. Prevalensen av partiellt PTSD hos en population har uppskattats till dubbelt så hög som andelen med fullt utvecklad PTSD (Michel et al, 2011).

Många människor som utsätts för potentiellt traumatiserande händelser har en motståndskraft och stresstålighet i kombination med tillgång till socialt stöd i samband med händelsen, vilket kan skydda mot att utveckla PTSD.

Livstidsprevalensen för att drabbas av PTSD är i genomsnitt 6-8 procent (De Vries & Olf 2009, Frans et al 2005, Kessler et al 2005, Breslau et al 1995). Prevalensen blir betydligt högre i traumatiserade populationer, exempelvis Algeriet 37 %, Kambodja 28%, Etiopien 15 % och Gaza 17 % (De Jong et al, 2001). Utöver traumaexponeringens allvarlighetsgrad kan även individuella faktorer påverka risken att drabbas av PTSD exempelvis ålder, kön, personlighet, sociala och biologiska faktorer (Michel et al, 2011).

SYFTE

Syftet med den här deskriptiva studien är att undersöka hur många potentiellt traumatiserande händelser människor som kommer på nybesök inom vuxenpsykiatrien upplevt under sitt liv, samt hur många av dessa som är upprepade trauman av samma slag. Ett annat syfte är att kartlägga förekomst av posttraumatisk symtombild.

Frågeställningar:

- Har människor som kommer på nybesök till vuxenpsykiatrien upplevt flera potentiellt traumatiserande händelser under sitt liv (polytraumatisering)?
- Hur många av dessa händelser är upprepade trauman av samma sort?
- I vilken omfattning har dessa människor en posttraumatisk symtombild?

METOD

Studiedesign

Insamlade data från den här deskriptiva studien kring förekomst av potentiellt traumatiserande livshändelser och posttraumatisk symtombild hos patienter som kommer på nybesök på remiss- och bedömningsenheten i Eksjö, ingår även i en multicenterstudie. Den primära frågeställningen i multicenterstudien är att genom psykometrisk undersökning utforska om Trauma Symptom Inventory-2 har goda psykometriska egenskaper både avseende validitet och reliabilitet. Ett annat syfte är att normera instrumentet för svenska förhållanden så att det kan användas för att förbättra

förutsättningar för diagnostik och därmed ge underlag för behandling av patienter med komplext PTSD. TSI-2 är en vidareutveckling av TSI (Briere et al, 1995) som saknade frågor kring anknytningsstil och affektreglering, vilket var viktigt att inkludera i den nya upplagan utifrån aktuellt kunskapsläge kring betydelsen av dessa dimensioner för psykisk hälsa och behandlingsplanering (Shore, 2003).

TSI-2 består av 136 frågor och mäter ett brett spektrum av komplexa symptom såsom posttraumatisk stress, dissociation, somatisering, osäker anknytning, nedsatta jagfunktioner och dysfunktionellt beteende. Frågorna kan indelas i 12 kliniska delskalor; invaderande återupplevanden, undvikande, ångestfylld spändhet, dissociation, depression, ilska, somatisk upptagenhet, sexuella svårigheter, självmordsbenägenhet, spänningsreducerande beteende, osäker anknytning och skadad självkänsla. De tolv delskalorna kan även grupperas i fyra kategorier: svårighet med självkänsla, posttraumatisk stress, externalisering och somatisering. Två validitetsskalor finns integrerade i instrumentet.

I multicenterstudien utgörs normalgruppen av studenter vid Linköpings Universitet, den kliniska gruppen är patienter mellan 18 och 65 år som kommer på nybesök på den allmänpsykiatriska kliniken vid Akademiska sjukhuset i Uppsala samt på remiss- och bedömningsenheten på psykiatriska kliniken i Eksjö med höglandet som upptagningsområde. För att undersöka validiteten hos TSI-2 och anknytningsstil samt samband med upplevda trauman kommer även föräldrar som genomgår samspelsbehandling vid Enheten Hagadal i Linköping ingå. På Hagadal behandlas föräldrar som uppvisat svårigheter i den psykologiska anknytningen till sina barn.

För en validering krävs att även några andra instrument används för att undersöka att TSI-2 mäter det som den avser att mäta:

- Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD-skalan) som är ett välkänt och välbeprövat instrument för mätning av symtom på ångest och depression (Zigmond & Snaith, 1983).
- The PTSD Checklist, Civilian (PCL-C) kommer användas för mätning av posttraumatisk stress. Detta självskattningsformulär är väl utprövat i internationella sammanhang (Adkins et al, 2008).
- Erfarenheter av nära relationer (ENR) kommer användas för att validera den delskala i TSI-2 som avser att mäta anknytningsmönster (Broberg & Zahr, 2003).
- Linköping Life Experience Scale (LYLES). Utprovningen kompletteras med detta formulär som avser att mäta traumahistorik för att undersöka sambandet mellan upplevda potentiellt traumatiska händelser och traumarelaterade symtom som mäts i TSI-2. LYLES är välundersökt i Sverige och formuläret har goda psykometriska egenskaper (Nilsson, Gustafsson, & Svedin, 2010).

De forskare som medverkar i multicenterstudien är verksamma vid Linköpings universitet, Institutionen för neurovetenskap, Uppsala universitet, Allmänpsykiatriska kliniken, Akademiska sjukhuset i Uppsala samt Psykiatriska kliniken på Höglandets sjukvårdsområde i Jönköpings läns landsting.

Den här deskriptiva studien kommer avgränsas till svarsmönster i PCL-C och LYLES.

Deltagare

Patienter mellan 18- 65 år som kommer på ett nybesök på remiss-och bedömningsenheten på Psykiatriska kliniken i Eksjö. Upptagningsområdet omfattar västra länsdelen, Höglandets sjukvårdsområde i Jönköpings läns landsting med psykiatriska öppenvårdsmottagningar i Nässjö, Tranås, Eksjö och Vetlanda.

Procedur

Personalen på remiss- och bedömningsenheten har i samband med nybesök tillfrågat patienterna om de ville delta i ett forskningsprojekt. Patienterna har fått skriftlig information (bilaga 1), de som velat delta har fyllt i samtyckesformulär (bilaga 2). I informationsbrevet beskrivs att data hanteras konfidentiellt och enligt personuppgiftslagen (PUL). En del patienter har fyllt i frågeformulären på remiss- och bedömningsenheten, andra har valt att ta hem frågeformulär och svarskuvert. Personalen fick även skriftlig information om forskningsprojektet (bilaga 3). Alla frågeformulär besvarades anonymt och skickades till psykiatriska mottagningen i Tranås där de tillfälligt förvarades inlåsta i ett arkivskåp. Datainsamlingen har pågått under 8 månader, 130501 – 131231. Antalet nybesök under denna period på remiss- och bedömningsenheten har varit 208. Av dessa har 38 patienter fyllt i samtyckesformulär, 23 ifyllda frågeformulär har inkommit, varav 9 via svarskuvert. Dialog med kontaktperson på remiss- och bedömningsenheten har funnits kontinuerligt kring hur man ska skapa förutsättningar för att så många patienter som möjligt ska kunna delta i forskningsprojektet. Nybesöken har oftast tagit ett par timmar och innehållit både klinisk intervju och besvarande av frågor via dator. Av de 38 patienter som samtyckt att delta i forskningsprojektet besvarade 14 patienter frågeformulären på plats, 24 tog hem dem med svarskuvert. Av dessa avstod/glömde 15 att skicka in sina svar. Med syfte att få in så stort underlag som möjligt har enhetscheferna på de fyra öppenvårdsmottagningarna ombetts förmedla till sina team att påminna patienter som kommit till dem efter ett nybesök på remiss- och bedömningsenheten, att skicka in svarskuvert om de samtyckt till deltagande i forskningsprojektet.

Mätinstrument

Formulär som administrerades vid insamlandet av material i denna studie innehöll LYLES, PCL-C, HAD och TSI-2 och tog sammanlagt ca 30 minuter att fylla i. Den här deskriptiva studien fokuserar endast på svarsmönster i LYLES och PCL-C.

LYLES

Linköping Youth Life Experiences Scale, LYLES (Nilsson et al, 2010) är ett självsvarfsformulär med avsikt att mäta potentiellt traumatiserande händelser. Formuläret har visat sig ha goda psykometriska egenskaper såsom kriterievaliditet och test-retest (Nilsson et al, 2010). Även den del av LYLES som mäter antal händelser visade sig ha en signifikant god test-retest-korrelation mellan testtillfällena. Den del i LYLES som avser att mäta under hur lång tid ett potentiellt trauma pågick eller antal gånger det hände visade ett icke signifikant resultat. Förklaringen till detta enligt Nilsson et al (2010) är att det tycks vara svårt för ungdomarna att fylla i antal gånger ett potentiellt trauma hänt.

I den här studien användes en version avsedd för vuxna: Erfarenheter av svåra händelser. Det enda som skiljer den från versionen för ungdomar är rubriken.

LYLES är ännu inte utprövad för en vuxen population, men eftersom polytraumatisering visat sig ha en kumulativ effekt på traumasymtomens allvarlighetsgrad hos både barn och

vuxna (Briere & Hodges, 2010), så kan användning av formuläret rekommenderas. Det finns en studie där LYLES använts på 5062 vuxna ur normalpopulation (Nilsson et al, 2014). Denna icke kliniska population kommer att användas som jämförelsegrupp i tabell 2.

Formuläret innehåller 41 olika typer av potentiellt traumatiserande händelser. Varje item besvaras med ja eller nej, sedan ifylles även antal händelser av samma art, vid de item som hör till kategorin svåra livsomständigheter ifylles istället under hur lång tid de pågått. Formuläret är uppdelat i delskalor med potentiellt traumatiserande händelser av olika karaktär; interpersonella, icke interpersonella samt svåra livsomständigheter (bilaga 4).

PCL-C

PTSD Checklist, Civilian (PCL-C) är ett självskattningsformulär som används för att mäta posttraumatisk stress (Weathers et al, 1993). PCL-C fokuserar inte på ett specifikt trauma utan handlar mer generellt om besvär och reaktioner man kan få efter stressande livshändelser. 17 påståenden, ett för varje PTSD symtom i DSM-IV, skattas på en femgradig skala utifrån värdering av hur det varit den senaste månaden (bilaga 5). Det finns fler varianter, PCL-M (militär) är en ursprungsversion som handlar om upplevda besvär efter traumatiska militära upplevelser. PCL-S (specifik) fokuserar på uppkomna besvär efter en specifik obehaglig upplevelse. Ursprungsversionen av PCL har visat på hög samstämmighet med kliniska intervjuer (Wilson & Keane, 2004). Ruggiero et al (2003) har påvisat en god test- retest reliabilitet.

PCL-C kan tolkas på flera olika sätt. En totalpoäng (17-85 poäng) kan erhållas genom att summera poängen för alla påståenden. Cut-off poäng för sannolik PTSD-diagnos har validerats för vissa populationer. Ett annat sätt att tolka PCL-C är att följa DSM-IV kriterier. En kombination av dessa två sätt att tolka har föreslagits vara det bästa, dvs att tillräckligt antal symtom uppfylls för varje symtomgrupp i diagnosen och att totalpoängen är över populationens cut-off värde. Riktlinjer för cut-off anges vara 50 poäng vid screening av befolkning och 30 poäng vid screening av vårdsökande/patienter (Michel et al, 2010). Ruggiero et al (2003) fann att en skattning på minimum 3 eller 4 per item, och ett cut off-värde på 44 eller 50 bäst ringade in patienter med PTSD.

Riktlinjerna för cut off-värden skiljer sig mellan olika undersökningar, gränsvärden väljs utifrån om man vill maximera antalet upptäckter genom att gränsvärdet sätts lägre, eller om man vill ställa diagnos då ett högre värde föredras för att inte få med falska positiva värden (Ruggiero et al, 2003).

Eftersom DSM-IV var aktuell då studien inleddes, utgår redovisning av resultat från denna upplaga. DSM-5 har utkommit senare med vissa tillägg (Bilaga 6).

Dataanalys

Ifyllda skalor förseddes med kodnummer och registrerades avidentifierade i ett datahanteringssystem, SPSS. Forskningsmaterialet matades in i en dator för att statistiskt kunna bearbetas för multicenterstudien. Tabeller som ingår i den här studien har hanterats i Excel. Det insamlade och avkodade pappersmaterialet förvaras i de arkiv som tillhör Institutionen för beteendevetenskap och lärande vid Linköpings Universitet. Alla forskare som ingår i multicenterstudien kommer även ha tillgång till insamlade data.

Etisk ansökan och etiska överväganden

Ansökan om etikprövning för multicenterstudien blev beviljad av Regionala etikprövningsnämnden i Linköping (Dnr: 2012/220-31). En tilläggsansökan genomfördes för att även omfatta patienter vid vuxenpsykiatri inom Höglandets upptagningsområde, denna ansökan blev också godkänd (Dnr: 2013/164-32).

Alla deltagare fick skriftlig information om studien (bilaga 1), där det framkom att det är frivilligt att delta och att man när som helst kan avbryta sin medverkan. Deltagare skyddas

av personuppgiftslagen (PUL). Deltagarna i studien fick även fylla i en blankett för att ge informerat samtycke till medverkan (bilaga 2).

Etiska aspekter på att genomföra en traumafokuserad undersökning har övervägts. Legerski och Bunnell (2010) har genomfört en granskning av publicerad forskning kring trauma, och fokuserat på risker kontra nytta med att delta. Det framkom att endast en minoritet av deltagarna i traumafokuserade undersökningar uppgett att de känt obehag av att delta och att obehaget snabbt gick över. En majoritet uppgav att det kändes positivt, givande och meningsfullt trots att deltagandet för några väckt jobbiga känslor som dock var övergående. Ingen studie kunde påvisa att undersökningsmetoden spelade någon roll för upplevt obehag av deltagandet, men de som undersöktes med en kompletterande intervju hade upplevt en större personlig vinst med deltagandet. Vid bortfallsanalyser kunde ingen signifikant skillnad gällande bakgrundsvariabler påvisas i de olika studierna. Författarna framhöll även riskerna med att inte fråga om potentiella trauman eftersom forskarna då inte kan få fram underlag och hjälpa traumatiserade människor på rätt sätt genom de forskningsframsteg som traumaforskning kan leda till.

RESULTAT

Under de 8 månader datainsamlingen pågick kom 208 patienter på nybesök på remiss och bedömningsenheten. Av dessa har 38 patienter fyllt i samtyckesformulär att delta i forskningsprojektet, 23 ifyllda frågeformulär har inkommit, varav 9 via svarskuvert. Av de 23 patienter som besvarade frågeformulären var 6 män och 17 kvinnor. De var mellan 19 – 62 år, med en medelålder på 40 år. Eftersom svarsunderlaget är så litet redovisas svarsmönster för gruppen som helhet.

Deskriptiv statistik LYLES

Tabell 1 redovisar svarsmönster av förekomst av potentiellt traumatiserande händelser hos samtliga 23 deltagare i undersökningen. Varje kryss är = Ja.

I tabellen kan utläsas vilket item som hör till vilken delskala i LYLES.

IIT = Icke Interpersonella Trauman

IPT= Interpersonella Trauman

ACC=Adverse Childhood Circumstances (svåra livsomständigheter under uppväxt)

Tabellen visar hur varje patient svarat på de sammanlagt 43 frågor som berör potentiellt traumatiserande livshändelser. Varje kryss betyder att patienten varit med om den livshändelsen som frågan berör. Längst ner i tabellen summeras antal potentiellt traumatiserande händelser per person. Alla patienter utom en har bejakat att det förekommit svåra livsomständigheter under uppväxten (ACC). Dessutom framkommer omfattande förekomst av upplevda interpersonella trauman (IPT) hos gruppen som helhet, alla patienter utom två har erfarenhet av detta. Icke interpersonella trauman (IIT) har samtliga varit med om.

Tabell 1. Rapporterade potentiellt traumatiserande livshändelser i LYLES per person

Item	Typ	Fråga	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1:1	IIT	Har du själv varit med om en bilolycka?	X		x	x				x	x	x		x	x			x		x	x	x		x	x
1:2	IIT	Har du sett en bilolycka som du själv inte var inblandad i?	x										x	x	x	x	x				x	x	x	x	x
1:3	IIT	Har någon in din familj varit med en bilolycka (utan att du var med)?	X			x								x			x			x	x	x	x	x	
1:4	IIT	Har någon annan för dig viktig person varit med om en bilolycka(utan dig)	x	x	x		x				x			x		x	x					x		x	
2:1	IIT	Har du själv varit med om en annan olycka?			X	x	x							x				x		x		x	x	x	x
2:2	IIT	Har du sett en annan olycka som du själv inte var inblandad i?	x								x			x			x					x	x		
2:3	IIT	Har någon in dn familj varit med om en annan olycka (utan du var med)?				X	x				x			x		x	x	x		x		x		x	x
2:4	IIT	Har någon annan för dig viktig person varit med om en annan olycka?									X			x		x	x	x				x			x
3:1	IIT	Har du själv blivit inlagd på sjukhus?	X	x		x		x		x	x			x		x	x	x	x	x	x		x	x	x
3:2	IIT	Har någon i din familj blivit inlagd på sjukhus?	X	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x		x	x				x	x	x	
3:3	IIT	Har någon annan för dig viktig person blivit inlagd på sjukhus?	X	x	x		x			x	x			x			x	x				x	x	x	
4:1	IIT	Har någon i din familj dött?	X			x			x	x	x			x	x	x	x	x	x			x	x	x	x
4:2	IIT	Har någon annan för dig viktig person dött?	X	x	x		x	x		x	x	x		x	x	x	x	x	x			x	x	x	x
5:1	IIT	Har du själv varit med om en eldsvåda?	X										x				x		x			x	x	x	x
5:2	IIT	Har du sett en eldsvåda i ett annat hus?												X	x					x	x	x	x	x	
6	IIT	Har du själv varit med om en naturkatastrof?																							
7:1	IPT	Har du själv blivit slagen eller skadad av en vuxen i din familj?	X	x				x			x			x		x	x	x		x	x	x			x
7:2	IPT	Har du själv blivit slagen eller skadad av en annan person?		X										x	x	x	x	x				x		x	x
8:1	IPT	Har du sett någon i din familj bli slagen eller skadad av en vuxen i din familj	x	x		x	x			x				x		x	x	x		x		x	x		x
8:2	IPT	Har du sett någon annan person bli slagen eller skadad?		X	x			x	x	x		x		x	x	x	x	x						x	x
9	IPT	Har du blivit bunden eller instängd mot din vilja?	X											x		x	x	x				x		x	x
10:1	IPT	Har du själv blivit utsatt för sexuella handlingar av en vuxen i din familj?	X					x									x	x						x	
10:2	IPT	Har du själv utsatts för det av en annan person?												X			x	x		x					
10:3	IPT	Har du sett någon annan bli utsatt för det?																X		x					
11	IPT	Har du själv blivit hotad att någon ska skada dig eller någon du bryr dig om	x	x	x		x	x				x		x	x	x	x	x		x		x	x	x	x
12:1	IPT	Har du själv blivit rånad?														X									
12:2	IPT	Har du varit med när någon annan person har blivit rånad?												X			x								x
13:1	IPT	Har du varit hemma när någon gjort inbrott?									X														
13:2	IPT	Har du kommit hem efter att någon gjort inbrott hemma?												X								x		x	
14	IIT	Har du varit mitt i ett krig där du hört, sett bombning eller skottlossning?														X									
15	IIT	Har du flytt från ditt hemland?					X									x									
16	ACC	Har du själv blivit mobbad?	X		x						x			x	x	x	x	x	x					x	x
17	ACC	Har du mot din vilja blivit skild från dina föräldrar för att bo annanstans?	X			x									x	x	x	x				x		x	x
18	ACC	Har du själv blivit utsatt för känslomässig misshandel?	X	x	x	x	x	x			x			x		x	x	x		x		x	x	x	x
19:1	ACC	Har dina föräldrar skilt sig under din uppväxt?	X	x					x	x				x		x	x			x	x	x		x	
19:2	ACC	Om ja: Har dina föräldrar grälat och bråkat mycket efter skilsmässan?	X													x	x					x			
20	ACC	Har dina föräldrar haft problem med alkohol/droger under din uppväxt?	X	x		x	x		x			x		x			x	x				x	x	x	
21	ACC	Har dina föräldrar haft psykiska problem under din uppväxt?	X			x			x			x			x							x	x	x	x
22:1	ACC	Har, eller har du haft, långvarig sjukdom eller handikapp under din uppväxt		x						x												x		x	x
22:2	ACC	Har dina föräldrar det, eller har de haft det?								X												x		x	
23	ACC	Har någon av dina föräldrar suttit i fängelse under din uppväxt?																X				x			
		Summa: Antal potentiellt traumatiserande händelser per person	23	14	10	12	12	8	6	11	14	6	2	27	11	21	27	23	5	13	6	30	16	27	21

IIT = Icke Interpersonella Trauman. IPT = Interpersonella Trauman. ACC = Adverse Childhood Circumstances.

Tabell 2 redovisar fördelning i antal och procent på varje enskilt item. En jämförande studie redovisas även i procent där ett nationellt representativt urval med 5.062 vuxna mellan 18-65 år besvarat frågorna i LYLES (Nilsson et al, 2014).

Inom patientgruppen som kom på nybesök inom psykiatri var de vanligaste rapporterade potentiellt traumatiserande händelserna att någon viktig person dött (78%), att ha blivit inlagd på sjukhus (70 %), att någon i familjen blivit inlagd (70%), att ha blivit utsatt för hot (70%) samt blivit utsatt för känslomässig misshandel (70%). Därefter var de vanligaste händelserna att någon i familjen dött (65%), varit med om en bilolycka (61%), bevittnat att någon i familjen blivit slagen eller skadad (56%), sett någon annan bli slagen (56%), själv blivit slagen eller skadad av en vuxen i familjen (52%) samt att föräldrar haft problem med alkohol/droger under patientens uppväxt (52%). Utöver detta var vanliga interpersonella trauman att ha blivit slagen/skadad av en annan person (39%), blivit bunden eller instängd (35%), blivit utsatt för sexuella handlingar av en vuxen i familjen (22%) samt blivit utsatt av någon annan (17%).

Tabell 2. Fördelning i antal och procent på varje enskilt item i LYLES samt jämförande studie med icke kliniskt urval

Item	Typ		Antal	%	Jfr %
1:1	IIT	Har du själv varit med om en bilolycka?	14	61	22
1:2	IIT	Har du sett en bilolycka som du själv inte var inblandad i?	11	48	34
1:3	IIT	Har någon i din familj varit med om en bilolycka (utan att du var med)?	9	39	23
1:4	IIT	Har någon annan för dig viktig person varit med om en bilolycka (utan dig)?	10	43	20
2:1	IIT	Har du själv varit med om en annan olycka?	10	43	22
2:2	IIT	Har du sett en annan olycka som du själv inte var inblandad i?	6	26	25
2:3	IIT	Har någon i din familj varit med om en annan olycka (utan du var med)?	11	48	22
2:4	IIT	Har någon annan för dig viktig person varit med om en annan olycka?	7	30	20
3:1	IIT	Har du själv blivit inlagd på sjukhus?	16	70	45
3:2	IIT	Har någon i din familj blivit inlagd på sjukhus?	16	70	63
3:3	IIT	Har någon annan för dig viktig person blivit inlagd på sjukhus?	12	52	47
4:1	IIT	Har någon i din familj dött?	15	65	44
4:2	IIT	Har någon annan för dig viktig person dött?	18	78	51
5:1	IIT	Har du själv varit med om en eldsvåda?	8	35	7
5:2	IIT	Har du sett en eldsvåda i ett annat hus?	7	30	29
6	IIT	Har du själv varit med om en naturkatastrof?	0	0	4
7:1	IPT	Har du själv blivit slagen eller skadad av en vuxen i din familj?	12	52	14
7:2	IPT	Har du själv blivit slagen eller skadad av en annan person?	9	39	14
8:1	IPT	Har du sett någon i din familj bli slagen eller skadad av en vuxen i din familj?	13	56	11
8:2	IPT	Har du sett någon annan person bli slagen eller skadad?	13	56	23
9	IPT	Har du blivit bunden eller instängd mot din vilja?	8	35	4
10:1	IPT	Har du själv blivit utsatt för sexuella handlingar av en vuxen i din familj?	5	22	1
10:2	IPT	Har du själv utsatts för det av en annan person?	4	17	7
10:3	IPT	Har du sett någon annan bli utsatt för det?	2	9	1
11	IPT	Har du själv blivit hotad att någon ska skada dig eller någon du bryr dig om?	16	70	14
12:1	IPT	Har du själv blivit rånad?	1	4	4
12:2	IPT	Har du varit med när någon annan person har blivit rånad?	3	13	4
13:1	IPT	Har du varit hemma när någon gjort inbrott?	1	4	2
13:2	IPT	Har du kommit hem efter att någon gjort inbrott hemma?	3	13	8
14	IIT	Har du varit mitt i ett krig där du hört, sett bombning eller skottlossning?	1	4	1
15	IIT	Har du flytt från ditt hemland?	2	9	1
16	ACC	Har du själv blivit mobbad?	11	48	34
17	ACC	Har du mot din vilja blivit skild från dina föräldrar för att bo annanstans?	8	35	5
18	ACC	Har du själv blivit utsatt för känslomässig misshandel?	16	70	19
19:1	ACC	Har dina föräldrar skilt sig under din uppväxt?	11	48	21
19:2	ACC	Om ja: Har dina föräldrar grålat och bråkat mycket efter skilsmässan?	4	17	32
20	ACC	Har dina föräldrar haft problem med alkohol/droger under din uppväxt?	12	52	15
21	ACC	Har dina föräldrar haft psykiska problem under din uppväxt?	9	39	11
22:1	ACC	Har, eller har du haft, långvarig sjukdom eller handikapp under din uppväxt?	5	22	5
22:2	ACC	Har dina föräldrar det, eller har de haft det?	3	13	12
23	ACC	Har någon av dina föräldrar suttit i fängelse under din uppväxt?	2	9	1

IIT = Icke Interpersonella Trauman. IPT = Interpersonella Trauman. ACC = Adverse Childhood Circumstances

Vanliga svåra livsomständigheter (ACC) utöver ovan nämnda var att ha blivit mobbad (48%), föräldrars skilsmässa under uppväxten (48%), blivit skild från föräldrar mot sin vilja för att bo någon annanstans (35%) samt att föräldrar haft psykiska problem under uppväxten (39%).

I den jämförande studien kan man se att en hel del i befolkningen varit med om potentiellt traumatiserande livshändelser, när det gäller de flesta item dock i betydligt lägre grad jämfört med den kliniska gruppen. I synnerhet gäller detta item som hör till interpersonella trauman och svåra livsomständigheter under uppväxten. Några undantag är mobbning där 34 % i befolkningen bejakat att de varit med om detta under uppväxten, jämfört med 48 % i den kliniska gruppen samt bråk i samband med föräldrars skilsmässa som 32 % i befolkningen upplevt jämfört med 17 % i den kliniska gruppen.

Tabell 3 visar medelvärden på LYLES hel-, samt delskalor utifrån rapporterade potentiellt traumatiska livshändelser, antal upprepade händelser av samma sort samt resultat på screening av posttraumatiskt stressyndrom PCL-C.

Tabell 3. Resultat på hel – och delskalor i LYLES samt PCL-C

Patient	IIT	IPT	ACC	Antal olika händelser per person (polytraumatisering)	Antal uppgivna upprepade händelser	PCL-C
1	11	5	7	23	26	61
2	5	5	4	14	25	60
3	6	2	2	10	12	53
4	7	1	4	12	23	36
5	7	2	3	12	14	51
6	3	4	1	8	43	56
7	2	1	3	6	15	60
8	6	2	3	11	25	36
9	10	2	2	14	14	55
10	2	2	2	6	6	50
11	2	0	0	2	2	19
12	14	9	4	27	49	58
13	6	3	2	11	41	58
14	9	7	5	21	22	58
15	12	9	6	27	31	80
16	9	9	5	23	39	57
17	4	0	1	5	6	54
18	6	5	2	13	15	39
19	4	1	1	6	7	31
20	15	6	9	30	52	51
21	11	2	3	16	20	45
22	13	6	8	27	26	41
23	9	7	5	21	50	83
Summa	173	90	77	345	563	1134
Medelvärde	7,5	3,9	3,3	15	24,5	49,3
Median	7	3	3	13	23	54

IIT = Icke Interpersonella Trauman. IPT = Interpersonella Trauman. ACC = Adverse Childhood Circumstances

Icke interpersonella potentiellt traumatiska livshändelser var vanligast förekommande med medelvärde 7,5, därefter interpersonella med medelvärde 3,9 och ACC (svåra livsomständigheter) med medelvärde 3,3. Den sammanlagda summan av olika potentiellt traumatiska livshändelser per person (polytraumatisering) har en spännvidd mellan 2-30 händelser med ett medelvärde för hela patientgruppen på 15 händelser.

Resultatet av antal upprepade händelser av samma sort är många gånger större än angiven siffra i tabellen. När det gäller icke interpersonella händelser (IIT) är tendensen att ange antal gånger större än när det gäller interpersonella (IPT). Många patienter har här istället med ord beskrivit hur många gånger en viss händelse inträffat. De item som hör till kategorin ACC har i LYLES en kolumn med frågan under hur lång tid detta pågått. På denna fråga har också patienterna gett olika svar med ord. Svaren från dessa kolumner har gett 1 poäng oavsett vilka ord som använts för att beskriva omfattningen. En del har inte skrivit något alls i denna kolumn i LYLES. Därmed är det svårt att göra en korrekt redovisning av denna del.

Exempel på hur dessa svar kan se ut:

Item 7:2 Har du själv blivit slagen eller skadad av en vuxen i din familj ?

många gånger (4), otaliga gånger (1), hela uppväxten (1). Ytterligare 6 patienter har bejakat förekomst men inte skrivit något i kolumnen hur många gånger det hänt.

Item 8:1 Har du sett någon i din familj bli slagen eller skadad av en vuxen i din familj?

Många gånger(3), vet ej (1), otaliga gånger (1). Ytterligare 11 patienter har bejakat förekomst men inte angett omfattning.

Item 10:1 Har du själv blivit utsatt för sexuella handlingar av en vuxen i din familj?

Regelbundet(1). Ytterligare 4 patienter har varit med om detta men inte skrivit något om omfattning.

Item 11: Har du själv blivit hotad att någon ska skada dig eller någon du bryr dig om?

Många (1), otaliga gånger (1). Ytterligare 14 patienter har bejakat detta men inte angett omfattning.

Item 16: Har du själv blivit mobbad?

Alltid efter klass 3 (1), 6 år(1), åk 1-9 (1), 2 år (1), 9 år (1), skolan (1), 15 år (1).

Ytterligare 4 patienter har blivit mobbade men inte angett omfattningen.

Item 18: Har du själv blivit utsatt för känslomässig misshandel?

Hela livet (1), vet ej (1), 6 år (1), hela uppväxten (1), 10 år (1), år (1), känslomässig nedvärdering åldern 10-14 samt 18-33 (1), 30 år (1).

Ytterligare 8 patienter har bejakat förekomst men ej angett omfattning.

Item 20: Har dina föräldrar haft problem med alkohol eller droger under din uppväxt?

Några år (1), alltid (1), alltid (pappa) (1).

Ytterligare 9 patienter har bejakat förekomst men inte angett hur länge detta pågått.

Item 21: Har dina föräldrar haft psykiska problem under din uppväxt ?

så länge jag minns (1), alltid (1),14 år (1).

Ytterligare 6 patienter har bejakat detta utan närmare beskrivning.

Deskriptiv statistik PCL-C

Resultatet av självskattningsformulär PCL-C som avser att mäta posttraumatisk stress visar att 16 av de 23 patienter som deltog i studien har mellan 50-83 poäng. Dessa patienter uppfyller med hög sannolikhet kriterier för posttraumatiskt stressyndrom och behöver fördjupad utredning kring detta. Här används det snävare cut off värdet 50. Ska man även inkludera föreslaget cut off värde för klinisk population 30 (Michel et al, 2010) med rekommendation för att fånga upp PTSD problematik, så omfattar det alla

patienter utom en som endast har 19 poäng. Denna patient har endast angett förekomst av 2 icke interpersonella potentiellt traumatiserade händelser. I det fallet kan PTSD problematik troligen uteslutas.

De 16 patienter som har PCL-C poäng mellan 50-83 har i genomsnitt varit med om 17 olika potentiellt traumatiserande händelser (polytraumatisering) med ett medelvärde på 27 upprepade händelser. Antal upprepade händelser är sannolikt betydligt högre av skäl som angivits ovan.

DISKUSSION

Resultatet i den här deskriptiva studien visar att de 23 patienter som deltog hade varit med om i genomsnitt 15 potentiellt traumatiserande händelser, 16 av dessa patienter hade värden på PCL-C som med stor sannolikhet uppfyller kriterier för PTSD och behöver fördjupad utredning av detta. Ytterligare 6 patienter hade värden på PCL-C som innebär observandum för klinisk population för tänkbar PTSD diagnos. Endast en patient uppvisade inte traumarelaterade symtom. Dessa resultat överensstämmer med forskning som påvisar att polytraumatisering har en kumulativ effekt på traumasymtomens allvarlighetsgrad (Briere & Hodges, 2010). I den icke kliniska jämförelsegruppen (Nilsson et al, 2014) kan man se att många människor varit med om potentiellt traumatiserande livshändelser, men i betydligt lägre grad jämfört med den kliniska gruppen. I synnerhet gällde detta item som hörde till kategorierna interpersonella trauman och svåra livsomständigheter under uppväxten. Trots det begränsade urvalet i den här deskriptiva studien som omfattar svarsmönster från 23 patienter är resultatet intressant utifrån den forskning som finns om polytraumatisering och symtombild. När det gäller det begränsade urvalet, dess egenskaper och hur det skulle kunna påverka resultatet så kan det ju vara så att det är de mest traumatiserade patienterna som svarat på frågeformulären och att det är därför den här populationen verkar ha varit med om så många trauman. Å andra sidan kan det likaväl vara så att de som ej velat delta haft ännu fler trauman i bagaget och av den anledningen inte svarat. Det kan även vara så att ingen av dessa aspekter varit relevant för huruvida man valt att delta i forskningsprojektet. Trots det begränsade urvalet i studien skulle man kunna tänka sig att utifrån resultatet rekommendera en systematisk screening av traumahistorik och posttraumatisk stress vid alla nybesök inom vuxenpsykiatri. Detta skulle sannolikt underlätta en analys av orsakssamband kring psykisk ohälsa och ge ett underlag för rekommendation av effektiv traumafokuserad psykoterapeutisk behandling. Nilsson et al (2008) fann att antalet potentiellt traumatiska händelser en människa varit med om var det som bäst kunde förutsäga rapporterade traumasymtom. Det kan finnas en risk inom vuxenpsykiatri att underskatta vikten av traumatiska händelser och den påverkan dessa kan ha på många plan hos en människa.

Mätinstrumentet LYLES har många fördelar eftersom det spänner över många olika typer av potentiellt traumatiserande livshändelser inklusive svåra livsomständigheter under uppväxten. Vuxenversionen skulle dock kunna vidareutvecklas för att få en tydligare differentiering kring vilka trauman som inträffat i vuxen ålder och vilka som hänt under uppväxten. I synnerhet när det gäller interpersonella trauman kring exempelvis misshandel och sexuella övergrepp är tidpunkten för traumatiseringen viktig för att rätt kunna bedöma koppling till aktuell symtombild. Den delen av frågeformuläret som avser att mäta hur många gånger en potentiellt traumatiserande händelse inträffat

eller hur lång tid svåra livsomständigheter pågått under uppväxten, är svår att använda i en deskriptiv studie av det här slaget. Svaren går inte att mäta och många patienter avstår att fylla i den kolumnen. Frågeställningen som berör detta har därför fullt ut inte kunnat besvaras. Den här delen av LYLES har dock ett högt kvalitativt värde och kan utgöra underlag för en fördjupad klinisk intervju i en behandlingsrelation. Det är ju stor skillnad att ha blivit slagen en gång eller att ha fått stryk dagligen under hela uppväxten och dessutom kanske blivit misshandlad i sitt äktenskap som vuxen. Detta är något som är nödvändigt att inhämta information om i efterhand när det gäller många item. Mätinstrumentet PCL-C kan ha ett värde i en inledande kartläggning, kanske mest för att se vilka patienter som behöver fördjupad bedömning och behandling hos kliniker som är specialiserade inom psykotraumatologi. Eftersom aktuell forskning påvisar att komplex traumatisering är betydligt vanligare inom vuxenpsykiatri så behöver de kliniker som gör fördjupade bedömningar ha kunskap om hur denna problematik yttrar sig. Tolkningen av PCL-C kan försvåras av olika rekommenderade cut-off värden för klinisk population och normalpopulation, det skulle vara bättre om detta kunde vidareutvecklas och bli mer enhetligt i det frågeformulär som är kopplat till nästa upplaga i DSM. Det finns många olika synsätt kring hur man ser på psykopatologi. I de diagnostiska system som används inom dagens psykiatri (DSM och ICD) utgår man främst från symtombeskrivningar. Orsakssamband kring vad som genererar psykisk ohälsa är omdiskuterat, endast ett fåtal psykiatriska diagnoser har med etiologiska faktorer. PTSD utgör här ett undantag eftersom upplevelsen av ett trauma är det första kriteriet för diagnosen. I den här studien framgår inte hur många av patienterna som även har en symtombild motsvarande komplex PTSD, det skulle krävas fördjupad bedömning. Förhoppningsvis kan TSI-2 bidra till detta inom en snar framtid när validering och normering av detta instrument är genomförd i multicenterstudien. Komplex PTSD hos vuxna är fortfarande ett otillräckligt känt tillstånd inom psykiatrin, sannolikt för att det ännu inte finns med i DSM, inte ens i den senaste upplagan. Detta innebär en risk för underdiagnosticering och felbehandling.

Det hade varit intressant om en större grupp patienter valt att delta i studien, det skulle gett ökade förutsättningar att komma fram till säkrare slutsatser. Utmaningen i den här studien har varit att motivera människor som redan mår psykiskt dåligt och kommer på ett första besök till psykiatrin, med allt vad det innebär, till att dessutom delta i ett forskningsprojekt! Att majoriteten valt att inte delta skulle kunna bero på att de vid förfrågan redan varit ett par timmar på remiss- och bedömningsenheten, blivit intervjuade av nya människor, fått svara på screening på dator med andra frågor. Många patienter har dessutom rest långt för att komma dit, eftersom hela höglandet är upptagningsområde, och kan vara trötta redan vid ankomst. Efter den anspänning det kan innebära att komma på ett nybesök så har majoriteten av patienterna bestämt avböjt att delta i forskningsprojektet. Att besvara ytterligare frågeformulär utöver allt som ingått i ett nybesök har upplevts för betungande för en majoritet av patienterna som tydligt avböjt medverkan. En del samtyckte att delta och fick frågeformulär och svarskuvert, vilket var tänkt att underlätta som ett alternativ att kunna fylla i hemma i lugn och ro. Av dessa skickade dock 15 patienter aldrig in något svarskuvert. Oftast sker endast ett bedömningsamtal på remiss- och bedömningsenheten, därefter överförs de patienter som bedöms behöva insatser från specialistpsykiatri till respektive öppenvårdsmottagning för fortsatt handläggning. Hade bedömningen varit upplagd på två besök hade det kanske varit lättare att motivera patienterna att vara med i forskningsprojektet vid det andra besöket. Ett annat alternativ hade varit att tillfråga patienterna när de kommer på sitt första besök på respektive öppenvårdsmottagning. Nackdelen med detta hade kunnat bli att hanteringen av proceduren skulle blivit

svåröverskådlig eftersom det skulle omfatta en mycket stor personalgrupp spridd över ett stort geografiskt område. Det hade sannolikt varit lättare om det endast varit LYLES och PCL-C som skulle fyllas i, men eftersom insamlade formulär även ingår i en multicenterstudie och således även omfattade HAD och TSI-2, så kunde alla frågeformulären tillsammans kanske uppfattas betungande att fylla i.

Svarsmönster hos de 23 patienter som deltog är ändå tillräckligt intressanta utifrån studiens frågeställningar för att fortsatt forskning av förekomst av potentiellt traumatiserande livshändelser och traumarelaterad symtombild inom vuxenpsykiatri skulle kunna rekommenderas. Det skulle även vara intressant att med ett större urval undersöka och redovisa resultaten i relation till bakgrundsdata som exempelvis kön. Rapporterar kvinnor mer trauman än män eller är det tvärtom, har de varit med olika sorts trauman, skiljer sig symtombilden eller inte. Det skulle också vara intressant att undersöka vilka diagnoser och behandlingar dessa patienter sedan fick. Många patienter kan även ha komorbida tillstånd som kan behöva behandlas. Det skulle vara intressant att undersöka om det har betydelse i vilken ordning samsjuklighet behandlas. Det skulle även vara viktigt att undersöka samma teman inom barn och ungdomspsykiatri. Sammantaget finns det mycket som antyder att effektiva traumafokuserade psykoterapeutiska behandlingsinsatser inom barn- och ungdomspsykiatri skulle kunna förebygga allvarlig psykisk och fysisk ohälsa i vuxen ålder (Gerge et al, 2013). På lång sikt skulle det sannolikt vara kostnadseffektivt och dessutom förhindra ett stort lidande hos de berörda. För barn och ungdomar som är komplext traumatiserade finns i nuläget ingen lämplig formellt erkänd diagnos. Van der Kolk i samarbete med en stor forskargrupp i USA har därför föreslagit diagnosen Developmental Trauma Disorder (DTD) till nästa upplaga av DSM. Den diagnosen skulle sannolikt underlätta förståelse för det tillstånd barnen upplever och leda till att fler får effektiv psykoterapeutisk behandling.

Hultman (2013) sammanfattar två delstudier om upptäckt av barns våldsutsatthet. Syftet med de två studierna var dels att undersöka förekomst av våld mot mammor i nära relationer bland dem som med sina barn söker sig till BUP, dels att undersöka behandlarnas erfarenheter med att identifiera våld genom ett standardiserat frågeformulär. Av 308 tillfrågade mammor bejakade 21 % förekomst av våld. Rutinfrågan ställdes dock inte i 30 % av ärendena. I den andra studien intervjuades 14 behandlare. Slutsatsen blev att det behövs både tid och ett organisatoriskt stöd inom BUP för att införa en skriftlig rutin om förekomst av våld i nära relationer. Rekommendationen blev således att enhetschefer bör initiera en rutinmässig kartläggning. I rapporten beskrivs även att bakom flera av de diagnoser som barn får inom BUP kan döljas allvarliga erfarenheter av våld i olika former, och att BUP behöver bli bättre på att upptäcka och behandla effekterna av dessa negativa barndomsupplevelser. Det kan även innebära att rutiner behöver förändras, exempelvis istället för att träffa hela familjen tillsammans får varje familjemedlem en stund ensam med behandlaren. Detta underlättar för barn och föräldrar att avslöja våldsutsatthet och andra familjehemligheter som kan ha stor betydelse för barnets symtom och vilken behandling som är lämplig.

Omfattande klinisk forskning visar att barndomstrauma kan leda till inte bara PTSD utan även annan psykiatrisk samsjuklighet. Trots detta fortsätter kliniker att underdiagnostisera traumarelaterade störningar (Saxe et al, 1993). Det kan bero på att det kan vara svårt för kliniker att se kopplingen mellan symtombilden och trauman patienten varit med om (Luxenberg et al, 2001). Forskning visar att många kliniker inom sjukvården förringar förekomsten av barndomstrauma och därför inte aktivt efterfrågar

information om detta. En del kliniker känner sig obekväma eller rädda för att öka stressen hos patienterna och undviker därmed att ställa frågor om traumatiska händelser. Forskning visar däremot att patienter känner lättnad över att kliniker ställer dessa frågor (Goldsmith et al, 2004). Det kan dock finnas en konflikt inom patienten, samtidigt som det finns ett behov att förneka och undvika de traumatiska händelserna så finns det ett behov att få berätta om dem. Undvikande i olika former är ju ett av kriterierna i PTSD diagnosen, vilket innebär att patienten kan behöva stöd för att våga närma sig det svåra de varit med om. De blir inte hjälpta av att behandlare också har ett undvikandebeteende kring detta. Läkning och återhämtning kan dock inte ske om den psykiska smärtan kapslas in, då försätter den att ta sig uttryck i varierande symtombilder (Herman, 1992). Read et al (2007) betonar vikten av noggrann kartläggning av traumahistorik hos vuxna psykospatienter för att få underlag till en effektiv behandlingsplan utifrån det rådande kunskapsläget kring samband mellan psykisk traumatisering och allvarlig psykiatrisk symtombild. I sin studie fann de att inhämtande av information om förekomst av övergrepp ofta ignorerades eller undveks i kartläggningsfas. Bättre rutiner i början av en kontakt ger stora kunskapsvinster och skulle kunna medföra att fler psykospatienter får tillgång till psykoterapeutisk behandling (Read et al 2003). I Holland har man genomfört en pilotstudie där psykospatienter med samsjuklighet PTSD behandlades med EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) med signifikant goda resultat, både vad gäller PTSD symtom och psykosymtom. Nu fortsätter forskarteamet (de Bont et al, 2013) med en större studie där en grupp psykospatienter får EMDR och en annan grupp får tf-KBT traumafokuserad kognitiv beteendeterapi, ("Prolonged Exposure").

Vid behandling av PTSD rekommenderas EMDR eller tf-KBT som förstahandsval pga av god evidens, men det finns även andra behandlingsmetoder (Michel et al, 2010). Vid komplex traumatisering rekommenderas ett mer omfattande behandlingsupplägg, fasspecifik traumafokuserad behandling som indelas i tre faser (Courtois et al, 2009, Van der Hart et al, 2006). I den första fasen är fokus på affektreglering, symtomreduktion, psykoedukation om psyktraumatologi, resursaktivering, skapa en terapeutisk allians, öka funktionsnivå och självomhändertagande samt minska fobier för inre upplevelser kopplat till trauma. I den här fasen kan många metoder kombineras. Fas två är en traumabearbetande fas. Ofta behöver flera metoder kombineras och skräddarsys utifrån varje patients problematik, i synnerhet om det förekommer allvarlig dissociativ störning som kräver speciella tillvägagångssätt för att en integration ska möjliggöras. Minnet av de traumatiska händelserna behöver bli en sammanhängande berättelse länkad till känslor så att självaktning och självrespekt kan återskapas. Metodval kan vara en kombination av EMDR, tf-KBT, Symboldrama och andra icke verbala kreativa terapiformer, Ego State Terapi m.fl. (Shapiro, 2001, Forgash & Copeley, 2008, Friedman et al, 2007, Cullberg Weston, 2009, Gerge, 2010, 2013, Watkins et al, 1997). Den tredje fasen fokuserar på personlighetsintegration, återupprättelse, läkning av djupgående existentiell smärta och sorg över allt man varit med om, samt nyorientering och återupprättande av meningsfullhet i livet och förankrande av upplevelsen att leva här och nu. De olika faserna kan behöva varvas i en process som skräddarsys utifrån varje patients behov. Oavsett teoretisk inriktning och psykoterapeutiska metodval är alltför många kliniker världen över som arbetar med denna patientgrupp eniga kring vikten av ett fasspecifikt upplägg och vad behandlingen behöver innehålla för att vara effektiv (Courtois et al, 2009, Boon et al, 2012). En förutsättning för goda behandlingsresultat oberoende metodval är ett relationellt hållande i psykoterapiprocessen som möjliggör integration och läkning av svåra upplevelser. En noggrann diagnostik behöver även ha genomförts för att ge underlag till planering av en fasspecifik psykoterapeutisk insats.

Den stora amerikanska ACE studien som omfattade 17.000 amerikaner visade att skadliga barndomsupplevelser är vanliga men oftast ej kända och att det finns en signifikant stark och logisk koppling till senare problem (Felitti, 2009). Den gav även insikter kring att det som ser ut som ”problemet” mycket väl kan vara ett försök till lösning. Skadliga barndomsupplevelser och dess konsekvenser konstaterades vara nationens mest basala hälsoproblem och att preventivt arbete är nödvändigt, men att det kommer motarbetas trots stora vinster.

”Practice implications of the ACE Study

- *A biopsychosocial and trauma-oriented approach to medical care has been demonstrated to be feasible, affordable and acceptable.*
- *It is possible to move from our current symptom-reactive mode of practice, to start dealing with basic causes, and also reduce the cost of care.*
- *Trauma-oriented inquiry is proposed as the routine entry mechanism into all ongoing care, be it medical, psychological or institutional.”*

(Vincent J. Felitti; M.D., föreläsning Sthlm, 2012)

Om nu dessa rekommendationer skulle minska och förebygga mänskligt lidande, ge underlag till effektiv behandling och vara ekonomiskt lönsamt för samhället, varför skulle de motarbetas? Det skulle vara intressant att undersöka hur det förhåller sig kring detta i vårt land. Är det så att vi undviker att systematiskt kartlägga traumahistorik och orsakssamband med somatisk/psykisk ohälsa för att det väcker obehag hos oss behandlare att få kännedom om allt detta och det ansvar det innebär att erbjuda effektiv hjälp? Är vi rädda ”att väcka den björn som sover”, dvs. att väcka obehag hos våra patienter? Tror vi att detta förvärrar deras situation? Eller är det helt enkelt så att det råder kunskapsbrist kring psykotraumatologi inom sjukvården, och att betydelsen av psykisk traumatisering vid somatisk/psykisk ohälsa underskattas? Kan det vara så att kunskapen finns, men att det saknas rutiner för en systematisk kartläggning? Eller är det så att sjukvården är medveten om detta stora folkhälsoproblem, men att det saknas resurser och kompetens för att erbjuda fasspecifik traumafokuserad psykoterapeutisk behandling till alla som är i behov av det? Skulle det rentav vara samhällsekonomiskt lönsamt att tillsätta resurser för prevention och psykoterapeutiska insatser jämfört med vad det kostar att inte göra det? Dessa frågeställningar skulle vara intressant att belysa i framtida forskning.

SLUTSATSER

Den här studien visade att upplevelser av potentiellt traumatiserande livshändelser var vanliga hos den grupp på 23 patienter som deltog i forskningsprojektet i samband med nybesök på remiss och bedömningsenheten i Eksjö. Resultatet av frågeformulär LYLES visade att summan av olika potentiellt traumatiska livshändelser per person (polytraumatisering) hade en spännvidd mellan 2-30 händelser med ett medelvärde för hela patientgruppen på 15 händelser. Resultatet av självskattningsformulär PCL-C visade att 16 av de 23 patienter som deltog i studien med hög sannolikhet uppfyller kriterier för posttraumatiskt stressyndrom. Denna grupp hade i genomsnitt varit med om 17 olika potentiellt traumatiserande händelser(polytraumatisering). Dessutom förekom omfattande upprepade trauman av samma sort som var svåra att mäta eftersom patienterna svarat med beskrivningar eller avstått från att svara. Att systematiskt kartlägga potentiellt traumatiserande livshändelser och kopplingen till

en traumarelaterad symtombild hos de människor som söker hjälp inom vuxenpsykiatri skulle ge stora kunskapsvinster. En ökad förståelse av dessa samband skulle medföra större möjlighet att erbjuda effektiv behandling. Frågeformulären LYLES och PCL-C kan rekommenderas vid en inledande bedömning för att avgöra vilka patienter som behöver en fördjupad bedömning där även förekomst av komplex traumatisering och dissociativa störningar behöver kartläggas för att ge underlag till behandlingsplanering. Eftersom undvikande finns med i symtombilden hos psykiskt traumatiserade människor är det viktigt att skapa en struktur för rutinmässig kartläggning som stöd både för patienter och behandlare.

REFERENSER

Adkins JW, Weathers FW, McDewitt- Murphy M Daniels JB. Psychometric properties of seven self-report measures of posttraumatic stress disorder in college students with mixed civilian trauma exposure. *J Anxiety Disord.* 2008 Dec; 22(8):1393-402.

Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationship and serious mental disorders*. Chichester: John Wiley & Sons.

Alvant, P. (2009). *Effekter av anti-mobbningsprogram – vad säger forskningen?* Rapport. Brottsförebyggande rådet.

Bebbington PE, Bhugra D, Brugha T. (2004). Psychosis, 24ontrolled24on and childhood disadvantage: evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *Br J Psychiatry.* 185:220-226.

Björck, C., Jansson, L. (2012). *Traumatisering bland ungdomar med antisocial problematik. Resultat från en litteraturöversikt*. Statens institutionsstyrelse, SiS. Institutionsvård i focus, rapport nr 11.

De Bont, P., Van den Berg, D., Van der Vleugel, Carlijn de Roos. (2013). A multi-site single blind clinical study to compare the effects of prolonged exposure, eye movement desensitization and reprocessing and waiting list on patients with a current diagnosis of psychosis and co morbid post traumatic stress disorder: study protocol for the randomized 24ontrolled trial Treating Trauma in Psychosis. BioMed Central. ISSN: 1745-6215.

Boon, S., Steele, K. & Van der Hart, O. (2012). *Att hantera traumarelaterad dissociation – färdighetsträning för patienter och deras terapeuter*. Insidan förlag. Orginaltitel: Coping with Trauma- Related Dissociation: Skills Training for Patients and Therapists. Norton.

Brand, B., Classen, C., Lanius, R., Loewenstein, R., McNavy, S., Pain, C. & Putnam, F. (2009) A Naturalistic Study of Dissociative Identity Disorder and Dissociative Disorder Not Other Specified Patients Treated by Community Clinicians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(2): 153-171.

Breslau N., Kessler R., Chilcoat H., Schultz L., Davis C., Adreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry* 1998;55:626-631.

Briere J. TSI-2. Trauma Symptom Inventory-2. Professional Manual 2011.

Briere J. Elliott, D.M., Harris, K., & Cotman, A. Trauma Symptom Inventory: Psychometrics and association with childhood and adult trauma in clinical samples. *Journal of Interpersonal Violence.* 1995;10:387-401.

Briere J., & Hodges M. (2010). Assessment of the impact of early life trauma: science and societal effects. Assessing the effects of early and late childhood trauma in adults. Lanius R. A., Vermetten E., & Pain C. (Eds.), *Early life trauma on health and disease. The hidden epidemic*, (s. 207-216). New York: Cambridge University Press.

Broberg, A. (2006) *Anknytningsteori*. Natur och Kultur. Stockholm

Broberg, A., Zahr, M. (2003). *Erfarenheter av nära relationer*. Svensk översättning av Experiences in close Relationships. (Brennan, Clark & Shaver, 1998).

Cloitre M., Courtois C.A., Charuvastra A., Carapezza R., Stolbach B.C., Green B.L. Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *J Trauma Stress*. 2011 Dec; 24(6):615-27.

Courtois C.A., Ford J.D., (ed). (2009): *Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An Evidence-Based Guide*. New York: The Guilford Press.

Creamer M., Burgess P., Mac Farlane A., Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine* 2001;31(7):1237-1247.

Cullberg Weston, M. (2009). *Lär känna dig själv på djupet – Möt ditt inre barn*. Natur & Kultur.

Cutajar M C , Mullen P E, Ogloff J R P, et al. Schizophrenia and Other Psychotic Disorders in a Cohort of Sexually Abused Children. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67 (11): 1114- 1119.

Danielsson M. *Svenska skolbarns hälsovanor 2005/2006*. Grundrapport. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, 2006:10.

Daud, A.T.I.(2008). *Post-Traumatic Stress Disorder and Resilience in Children of Traumatised Parents: a transgenerational Perspective*. Thesis for doctoral degree (Ph.D). Stockholm: Karolinska Institutet.

De Jong J., Komproe I., Van Ommeren M., El Masri M., Araya M., Khaled N., van de Put W., Somasudran D., Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *Journal of the American Medical Association* 2001;286(5):584-588.

Dell P.E. & O'Neil J.A. (2009). *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond*. New York: Routledge.

De Vries G., Olff M. The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *J Trauma Stress* 2009;22(4):259-267.

Doerner W. & S.P. Lab (2011). *Victimology* (6). Cincinnati: Elsevier.

Elklit A. & Shevlin M. (2011). Female Sexual Victimization Predicts Psychosis: A Case-Control Study Based on the Danish Registry System. *Schizophrenia Bulletin* vol. 37 no. 6, 1305-1310.

Elzinga, B. M. & Ruiter, M.B. (2006). Dissociation: cognitive capacity or dysfunction? *Journal of Trauma and Dissociation*, 7 (4), 115-34.

Eriksson B., Lindberg O., Flygare E., Daneback K. (2002) Skolan – en arena för mobbning – en forskningsöversikt och diskussion kring mobbning i skolan. *Skolverkets monografiserie Nr 02:739*. Liber Distribution.

Farina, B. & Liotti, G. Does a dissociative psychopathological dimension exist? A review on dissociative processes and symptoms in developmental trauma spectrum disorders. *Clinical Neuropsychiatry* (2013) 10, 1, 11-18.

Felitti, V. J. (2009). Adverse Childhood Experiences and adult health. *Academic Pediatrics*, 9 (3), 131-132.

Felitti, V. J (2012). Powerpoint presentation av ACE- studien. KTC konferens, Stockholm.

Finkelhor, D., Ormod, R.K., Turner, H.A., & Hamby, S.L. (2005). Measuring polyvictimization using the juvenile victimization questionnaire. *Child abuse and neglect*, 29, 1297-1312.

Finkelhor, D., Ormod, R.K., Turner, H.A. (2007). Polyvictimization in a national longitudinal cohort. *Development and psychopathology*, 19, 149-166.

Floen S.K. & Elklit A. (2007) Psychiatric diagnoses, trauma, and suicidality. *Ann Gen Psychiatry* 6:12

Forgash, C., Copeley, M. (2008). *Healing the Heart of trauma and Dissociation with EMDR and Ego State Therapy*. New York: Springer Publishing Company.

Fonagy, P., & Target, M. (2003) Evolution of the interpersonal interpretive functions: Clues for effective preventive intervention in early childhood. Coates, Risenthald & Schechter (red), Sep 11: Trauma and human bonds, 99-113.

Frans, O., Rimmo P.A., Aberg L., Fredrikson M. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111(4):291-299.

Friedman, M. J., Keane, T.M., Resick, P.A. (2007). *Handbook of PTSD – Science and Practice*. Guilford Press.

Gerge, A., Ranch, M. & Rudstam, G. (2010). *Kreativt gestaltande psykoterapi*. Insidan.

Gerge A. (red) (2013) *Vad har du varit med om? PTSD och dissociation hos barn och unga, förekomst, diagnostik och behandling*. Insidan förlag.

Gerge, A. (2013). *Hypnosbaserad Ego State-terapi*. Insidan förlag.

Gregorowski, C. & Seedat, S. Addressing childhood trauma in a developmental context. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 2013: 1-14.

Goldsmith, R.E., Barlow, M.R., & Freyd, J.J. (204). Knowing about Trauma: Implications for Therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Vol. 41, No 4, 448-463.

Greenwald, R. (2002). The role of trauma in conduct disorder. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6(1), 5-23.

Gustafsson, P. E., Nilsson, D., & Svedin, C. G. (2009). Polytraumatization and psychological symptoms in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18, 274-283.

Hammersley P., Dias A., Todd G., Bowen-Jones K., Reilly B., Bentall R.P. (2003) Childhood trauma and hallucinations in bipolar affective disorder: preliminary investigation. *Br J Psychiatry*. 182:543-547.

Hedtfjörn G, Hultmann O, Broberg A. (2009) Var femte mamma till barn i BUP-vård hade utsatts för våld. *Läkartidningen nr 48, volym 106*.

Heimer, G., & Anderson, T. (2014). *Våld och hälsa. En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*. NKC-rapport 2014:1/ISSN 1654-7195.

Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books. På svenska (2007) *Trauma och tillfrisknande*. Göteborg: Göteborgs Psykoterapi Institut.

Herman J.L. Sequelae of prolonged and repeated trauma: Evidence for complex posttraumatic syndrome (DESNOS). I: Davidsson JRT, Foa EB (Eds.) *Posttraumatic stress disorder. DSM IV and beyond*. Washington DC: *American Psychiatric Press*; (1993) s. 213-28.

Hernandez, A. & Arntz, A. (2012). Relationship between childhood maltreatment, parenting style and borderline personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorder*, 26 (5), 727-736.

Hesse & Main (2000). Disorganized infant, child, and adult attachment. Collapse in behavioral and attentional strategy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 10097-1127.

Hultman O. (2013) *Hur upptäcker BUP våld i nära relationer? Förekomst och behandlares erfarenheter av att identifiera våldet*. Rapport. Stiftelsen Allmänna Barnhuset.

Jacobson A. & Herald C. (1990) The relevance of childhood sexual abuse to adult psychiatric inpatient care. *Hosp Community Psychiatry*. 41:154-158.

Janson S, Jernbro C, Långberg B (2011) *Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige - en nationell kartläggning 2011*. Stiftelsen Allmänna Barnhuset, Västra Aros: Edita.

Janssen I., Krabbendam L., Bak M. ((2004) Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatr Scand*. 109:38.45.

Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Merikangas K.R., Walters E.E. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(6):593-602.

- Legerski J-P., & Bunnell S.L. (2010). The risk, benefits, and ethics of traumafocused research participation. *Ethics and behaviour*, 20(4), 429-442.
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy. Theory, research, practice, training*, 41, 472-486.
- Liotti, G. (2006). A Model of Dissociation Based on Attachment Theory and Research. *Journal of Trauma and Dissociation*, 7, 4, 55-73.
- Luxenberg, t., Spinazzola, J. & van der Kolk, B.A. (2001). Complex Trauma and Disorder of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part One: Assessment. *Directions in Psychiatry*. Vol. 21, lesson 25, 373-392.
- Lyons-Ruth, K., Connel & Zoll (1989). *Patterns of maternal behavior among infants at risk for abuse: Relations with infant attachment and infant development at 12 months of age*. Ciccietti & Carlsson (red) Child maltreatment: Theory and research on the causes and neglect, 464-494. New York: Cambridge University Press.
- Lyons-Ruth, K. & Jacibvitz D. (1999). *Attachment disorganization: Unresolved Loss, Relational Violence, and Lapses in Behavioral and Attentional Strategies*. Cassidy & Shaver (red) Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications, 520-554. New York.
- Lysaker P.H., Beattie N.L., Strasburger A.M. Davis L.W. (2005) Reported history of child sexual abuse in schizophrenia: associations with heightened symptom levels and poorer participation over four months in vocational rehabilitation. *J Nerv Ment Dis*. 193:790-795.
- Lysaker P.H., Davis L.W., Gatton M.J., Herman S.M., (2005) Associations of anxiety related symptoms with reported history of childhood sexual abuse in schizophrenia spectrum disorders. *J Clin Psychiatry*. 66:1279-1284.
- Michel P-O., Bergh-Johannesson K., Lundin T., Nilsson D., Otto U. (2010) *Psykotraumatologi*. Studentlitteratur AB, Lund.
- Moskowitz A., Schäfer I., Dorathy M.J. (2008): *Psychosis, Trauma and Dissociation Emerging Perspectives on Severe Psychopathology*. John Wiley & Sons Ltd, Chichester.
- Neubeck A-K. (2008) Prodrömalfasen av vad ? En Metapsykiatrisk Analys av Prodrömalfasen till Schizofreni. *Akademisk avhandling, Institutionen för Medicin och hälsa, Linköpings Universitet. No. 457. LiU- Tryck*.
- Nijenhuis, E. (2009) Somatoform Dissociation and Somatoform Dissociative Disorders. In: P.F. Dell, & J. A. O'Neil, *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and Beyond*. New York: Routledge.
- Nilsson D., Dahlström Ö., Pribe G., Svedin C.G. (2014) Polytraumatization in an adult national sample and its association with psychological distress and self-esteem. *Brain and behavior*, doi: 10.1002/brb3.298
- Nilsson, D., Wadsby, M., & Svedin, C.G. (2008). The psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) in a sample of Swedish children. *Child abuse & Neglect*, 32, 627-636.

Nilsson, D., Gustafsson, P.E., Svedin, CG (2010) Evaluation of Linköping Youth Life Experience Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198 (10) 768-74.

Olweus D. & Elliot Delbert S (ed) (2000) *Blueprints for Violence Prevention. Bullying Prevention Program*. Inst. Of Behavioral Science: Univ. Of Colorado.

Ormahug S (2012) Traumer hos barn – blir de gjemt eller glemt ? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn och unge henvist til BUP. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 49, nummer 3 sid 234-240.

Palmer R.L., Bramble D., Metcalfe M., Oppenheimer R., Smith J. (1994) Childhood sexual experiences with adults: adult male psychiatric patients and general practice attenders. *Br J Psychiatry*. 165:675-679.

Perry, B.D. (2009) Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: Clinical applications of the neurosequential model of therapeutics. *Journal of Loss and Trauma*, 14, 240-255.

Pietrek, C. Elbert, T. (2013). Childhood adversities in relation to psychiatric disorder. *Psychiatry Research*, 206, 103-110.

Pollard, R.A., Blakely, T.L., Baker, W.L., Perry, B.D. & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and “use-dependent” development of the brain: How “states” become “traits”. *Infant Mental Health Journal*, 16, 271-291.

Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, et.al. (2009) Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med* aug; 6(8):e1000121.

Putnam, F.W. (1989). Pierre Janet and modern views of dissociation. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 413-429.

Read J. & Argyle N. (1999) Hallucinations, delusions, and thought disorder among adult psychiatric inpatients with a history of child abuse. *Psychiatr Serv* 50:1467-1472.

Read J., Agar K., Argyle N., Aderhold V. (2003). Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychol Psychother*. 76:1-22.

Read J. & Ross C.A. (2003) Psychological trauma and psychosis: another reason why people diagnosed schizophrenic must be offered psychological therapies. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 31:247-268.

Read J, Hammersley P, Rudegeair T. (2007) Why, when and how to ask about child abuse. *Adv Psychiatr Trea*. 13:101-110.

Ruggiero, K. J., Del Ben, K., Scotti, J.R., & Rabalais, A. E. (2003). Psychometric properties of the PTSD Checklist- Civilian Version. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 495-502.

Rydén, G., Wallroth, P. (2008) *Mentalisering. Att leka med verkligheten*. Natur och Kultur. Stockholm.

Saxe, G., Berkowitz, R. Chinman, G. Hall, K., Schwartz, J., van der Kolk, B. A. (1993) Dissociative Disorders in Psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 150, No. 7, 1037-1042.

Scott J., Chant D., Andrews G., Martin G., McGrath J. (2007). Association between trauma exposure and delusional experience in a large community-based sample. *Br J Psychiatry*. 190:339-343.

Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Shevlin M., Dorathy MJ, Adamson G. (2007). Trauma and psychoses: an analysis of the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*. 164:166-169.

Shevlin M, Houston JE, Dorathy MJ, Adamson G. (2008). Cumulative traumas and psychoses: an analysis of the national comorbidity survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophr Bull*.34:193-199.

Shore A.N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York: W.W. Norton.

Solomon, E. P., & Heide, K. M. (1999). Type III Trauma: Toward a more effective conceptualization of psychological trauma. *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 43 (2), 202-210.

Solomon, Z., Bleich A. Comorbidity of posttraumatic stressdisorder and depression in Israeli veterans. *CNS Spectrums - The International Journal of Neuropsychiatric Medicine* 1998;7(Suppl. 2):16-21.

Spauwen J., Krabbendam L., Lieb R., Wittchen H., van Os J. (2006). Impact of psychological trauma on the development of psychotic symptoms: relationship with psychosis proneness. *Br J Psychiatry*. 188:527-533.

Socialstyrelsen, Folkhälsorapport 2009.

Sturup, J., Lindqvist, P., & Kristiansson, M (2009). *Förekomst av våldsbeteende och viktigmisering i en akutpsykiatrisk patientpopulation- kartläggning och utvärdering av en ny bedömningsmetod (Classification of Violence Risk – COVR)*. Stockholm: Karolinska Institutet.

Testa M. Et. al. (2010). Alcohol and Sexual Risk Behaviours as Mediators of the Sexual Victimization – Revictimization Relationship. *Consult ClinPsychol*. 2010 April; 78(2): 249-259.

Van der Hart O., Nijenhuis, E., Steele K. (2006). *The Haunted Self. Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York: W.W. Norton & Co

Van der Kolk, B. A., & Fisler, R (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8 (4), 505-525.

Van der Kolk, B.A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*. 18(5), 1-12.

Watkins, J. & Watkins, H. (1997). *Ego states - Theory and therapy*. W.W Norton & Company Ltd.

Weathers F.W., Litz B.T., Herman D.S., Huska J.A., Terence M.K. (1993). *The PTSD checklist (PCL): reliability, validity and diagnostic utility*. 9th annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, Texas, October 24-27.

Weiss DS. *The Impact of Event Scale-Revised*. In: Wilson J, Keane T, editors. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press; 2004. P. 168-89.

Wennerberg, T. (2010). *Vi är våra relationer. Om anknytning, trauma och dissociation*. Stockholm: Natur & Kultur.

Wilson, J.P., & Keane, T.M. (2004). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press.

Zigmond AS., Snaith RP. (1983) The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.* Jun; 67 (6): 361-70.



Vill du delta i en forskningsstudie om att fånga upp besvär efter tidiga och svåra upplevelser?

Syftet med denna studie är att få bättre mätmetoder för att fånga upp besvär som kan uppstå efter tidiga och upprepade svåra upplevelser. Genom den här studien vill vi försöka säkerställa att patienter får en säkrare bedömning som kan leda till en bättre anpassad behandling för sådana besvär. Du tillfrågas därför om du vill delta i denna forskningsstudie.

Det är **frivilligt att delta** och du kan när som helst, utan vidare förklaring, avbryta ditt deltagande. Om du väljer att inte svara kommer det inte att påverka din kontakt med sjukvården eller vilken behandling du får. Undersökningen sker i samarbete mellan Akademiska sjukhuset, Uppsala universitet och Linköpings universitet. Minimiålder för deltagande är 18 år.

Hur går studien till?

Det bifogade häftet innehåller frågor om dina tidigare och aktuella upplevelser. Om du är intresserad av att delta i denna studie så ber vi dig att, så långt det är möjligt, försöka svara på alla frågor så noggrant du kan. En del frågor kan vara smärtsamma att besvara. Det är viktigt att även få svar från dig som inte tycker att du märkt av några besvär av de slag som beskrivs.

Hur hanteras materialet som samlas in?

Ett svarskuvert finns bifogat med frågeformulären som du kan lämna till din behandlare eller till mottagningens reception. Vi är tacksamma om du besvarar formuläret i samband med besöket eller returnerar det senast inom *två veckor*.

Alla handlingar beträffande din medverkan i denna studie kommer att behandlas konfidentiellt. De frågeformulär du besvarar får ett kodnummer. Forskarna har en kodnyckel som berättar hur ett kodnummer kan paras ihop med en enskild individ. Utan kodnyckeln kan övrigt material inte spåras till enskild individ. Kodnyckeln förvaras separat och inlåst. Tillgång till materialet har endast de forskare som är knutna till projektet. Personal på mottagningen har inte tillgång till svaren och kan inte se vilka som svarat eller hur.

Svaren kommer att sammanställas i gruppform och jämföras med en kontrollgrupp. Enskilda individer kommer inte att kunna identifieras när resultaten av studien publiceras. Deltagare skyddas av personuppgiftslagen (PUL).

Hur får man information om studiens resultat? Resultaten kommer att publiceras i vetenskapliga rapporter. Du som deltagare kan även kostnadsfritt få information om resultaten av studien genom att skriftligen kontakta någon av kontaktpersonerna nedan. Personuppgiftsansvarig för studien är Linköpings Universitet. Enligt PUL har du rätt att gratis en gång per år få ta del av samtliga uppgifter om dig som hanteras och vid behov få eventuella fel rättade.

Med vänlig hälsning

Ansvarig forskare: Doris Nilsson
Docent, Leg psykolog/Leg psykoterapeut
Institutionen för beteendevetenskap och Lärande,
avd. för psykologi, 581 83 Linköping
Tel: 013-281000

Kontaktperson: Johanna Brynielsson,
Leg psykolog/ Leg psykoterapeut
Psykiatrisk öppenvårdsmottagning,
573 83 Tranås, Tel: 0140-69614



Samtycke att ingå i studie om mätmetoder för att fånga upp besvär efter tidiga och upprepade svåra upplevelser

Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i en forskningsstudie om mätmetoder för att fånga upp besvär efter tidiga och upprepade svåra upplevelser.

Undersökningen sker i samarbete mellan Akademiska sjukhuset, Uppsala universitet och Linköpings universitet. Medicinska Etikprövningsnämnden i Linköping har godkänt studien.

Jag är medveten om att deltagare skyddas av personuppgiftslagen (PUL). Enligt PUL har jag rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om mig som behandlas och vid behov få eventuella fel rättade.

.....
Datum

.....
Namnteckning

.....
Namnförtydligande

Information om forskningsprojektet

Många vuxna i Sverige har varit utsatta för potentiellt traumatiserande upplevelser, alltifrån svåra naturkatastrofer, krigshändelser, trafikolyckor eller andra typer av olyckor, till övergrepp och våld i och utanför hemmet. Människor söker sig till vårdcentraler och vuxenpsykiatri för att få hjälp för posttraumatiska stressyndrom (PTSD), där symptomen karaktäriseras av plågsamma återupplevanden, livsbegränsande undvikanden och svårigheter med koncentration och bristande förmåga till avslappning. Många av de patienter som söker hjälp inom vuxenpsykiatri har dock i sin bakgrundshistoria upplevelser av upprepade traumatiska erfarenheter och en symptombild som präglas av relationssvårigheter till andra människor, svårigheter med affektreglering och självkänsla. Denna typ av besvär skapar en symptombild som skiljer sig från PTSD och kallas vanligtvis komplext PTSD.

För att kunna erbjuda adekvat hjälp är det angeläget att rätt kunna bedöma de symptom patienten uppvisar. Standardiserade bedömnings- och screening instrument är här av betydelse för att få kunskapsvinster. De självskattningsformulär som idag används för att mäta effekter av traumatisering är i stor utsträckning utformade för att fånga upp effekter av enstaka eller avgränsade traumatiska händelser eller specifika tidpunkter. Dessa instrument är otillräckliga eftersom de inte speglar mer komplicerade reaktionsmönster. Det finns därför idag ett behov av att utveckla reliabla och valida mätmetoder som kan diskriminera mellan avgränsade och mer komplexa effekter, alltså standardiserade mätinstrument. Trauma Symptom Inventory – 2 (TSI-2) är ett sådant instrument.

TSI-2 består av 136 frågor och mäter en stor bredd av komplexa symptom. Skalan som utkom 2011 har normerats på ett representativt amerikanskt urval samt på kliniska grupper. Frågorna har en fyragradig skala och tar ca 20 min att fylla i. Frågorna kan grupperas i 12 kliniska delskalor; ångestfylld spändhet, depression, ilska, invaderande återupplevanden, undvikande, dissociation, somatisk upptagenhet, sexuella svårigheter, osäker anknytning, självmordsbenägenhet, skadad självkänsla samt spänningsreducerande beteende.

Det är viktigt att instrument som används är undersökta i den kultur och det land där det ska användas och att veta hur både normalgrupper och kliniska grupper svarar. Således kan syftet med detta projekt sammanfattas i att pröva ut TSI-2 på både kliniska grupper och normalgrupper.

Utprovningen kompletteras med ett formulär som avser att mäta traumahistorik, Linköpings Life Experience Scale (LYLES), för att kunna se sambandet mellan upplevda potentiellt traumatiska händelser och traumasymptom mätt med TSI-2. LYLES är i Sverige välundersökt och har goda psykometriska egenskaper. För en validering krävs att även några andra instrument används för att undersöka att TSI-2 mäter det som det avser att mäta.

Dessa instrument är Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD-skalan) som är ett välkänt och välbeprövat instrument för mätning av symptom på ångest och depression, samt PCL-C (The PTSD Checklist, Civilian) för mätning av posttraumatisk stress. TSI-2 har även en delskala som mäter anknytningsmönster och därför kommer

instrumentet ENR, Erfarenheter av nära relationer användas, dock endast för den kliniska gruppen vid Hagadal.

Den primära frågeställningen i forskningsprojektet är att genom psykometrisk undersökning utforska om Trauma Symptom Inventory-2 har sunda psykometriska egenskaper både avseende validitet och reliabilitet. Ett annat syfte är att normera instrumentet för svenska förhållanden avseende vuxna för att förbättra förutsättningar för bedömning och diagnosticering av patientgrupper med komplext PTSD och få underlag för behandling.

Projektet definieras som en multicenterstudie och utöver Remiss och Bedömningsenheten vid vår klinik så medverkar även Vuxenpsykiatri i Uppsala, Hagadal i Linköping (enhet för samspelsbehandling av föräldrar och barn med anknytningsproblematik) samt studenter vid Linköpings universitet. Forskare som arbetar med studien är:

- Doris Nilsson, docent, leg psykolog/leg psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi, Institutionen för beteendevetenskap och lärande, Linköpings universitet (projektledare)
- Marie Wadsby, docent, psykolog, Institutionen för klinisk och experimentell medicin, Linköpings universitet och BUP.
- Kerstin Bergh Johannesson, med dr, leg psykolog/leg psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi, Institutionen för neurovetenskap, Uppsala universitet och Allmänpsykiatriska kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala.
- Mimmie Willebrand, docent, leg psykolog, Institutionen för neurovetenskap, Uppsala universitet.
- Johan Dyster-Aas, med dr, överläkare, Allmänpsykiatriska kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala.
- Johanna Brynielsson, leg psykolog/leg psykoterapeut, PÖV Tranås, Psykiatriska kliniken, Högländet.

Utöver att det insamlade materialet vid Remiss och Bedömningsenheten kommer att användas för projektet som beskrivits ovan, kommer det även att användas till en delstudie som jag har för avsikt att göra som en del i min specialistutbildning i klinisk psykologi. Jag vill undersöka förekomst av potentiellt traumatiserande livshändelser samt samband med traumarelaterad symtombild hos patienter mellan 18 – 65 år som kommer på Nybesök på Remiss och Bedömningsenheten i Eksjö.

Tack för er medverkan i forskningsprojektet !

Vänliga hälsningar

Johanna Brynielsson

Erfarenheter av Svåra Händelser

Här kommer ett antal frågor om händelser du eller någon i din närhet kan ha upplevt någon gång under din uppväxt. Kryssa i "Nej" eller "Ja" för varje händelse och antal gånger den inträffat. Med "familj" menas de personer som du huvudsakligen bor eller har bott med. "En annan viktig person" är en vuxen eller kamrat som står dig nära, men som du inte bor med.

Händelse		Nej	Ja	Hur många gånger?
1. Bilolycka, där du eller någon annan person blivit skadad	1. Har du själv varit med om en bilolycka?	☐	☐	.....
	2. Har du sett en bilolycka som du själv inte var inblandad i?	☐	☐	.....
	3. Har någon i din familj varit med om en bilolycka (utan att du var med när det hände)?	☐	☐	.....
	4. Har någon annan för dig viktig person varit med om bilolycka (utan att du var med)?	☐	☐	.....
2. Annan olycka, där du eller någon annan person blivit skadad	1. Har du själv varit med om en annan olycka?	☐	☐	.....
	2. Har du sett en annan olycka som du själv inte var inblandad i?	☐	☐	.....
	3. Har någon i din familj varit med om en annan olycka (utan att du var med när det hände)?	☐	☐	.....
	4. Har någon annan för dig viktig person varit med om annan olycka (utan att du var med)?	☐	☐	.....
3. Inläggning på sjukhus på grund av sjukdom (inte p.g.a. olyckorna i ovanstående frågor)	1. Har du själv blivit inlagd på sjukhus?	☐	☐	.....
	2. Har någon i din familj blivit inlagd på sjukhus?	☐	☐	.....
	3. Har någon annan för dig viktig person blivit inlagd på sjukhus?	☐	☐	.....
4. Dödsfall	1. Har någon i din familj dött?	☐	☐	.....
	2. Har någon annan för dig viktig person dött?	☐	☐	.....
5. Eldsvåda	1. Har du själv varit med om en eldsvåda?	☐	☐	.....
	2. Har du sett en eldsvåda i ett annat hus?	☐	☐	.....
6. Naturkatastrof (t.ex. orkan, tsunami)	1. Har du själv varit med om en naturkatastrof?	☐	☐	.....
7. Blivit slagen eller skadad	1. Har du själv blivit slagen eller skadad av en vuxen i din familj?	☐	☐	.....
	2. Har du själv blivit slagen eller skadad av en annan person?	☐	☐	.....
8. Sett när någon annan blivit slagen eller skadad	1. Har du sett någon i din familj (mamma, syskon) bli slagen eller skadad av en vuxen i din familj?	☐	☐	.....
	2. Har du sett någon annan person bli slagen eller skadad?	☐	☐	.....
9. Blivit bunden eller instängd i ett trångt utrymme	1. Har du blivit bunden eller instängd mot din vilja?	☐	☐	.....

Händelse		Nej	Ja	Hur många gånger?
10. Utsatts för sexuella handlingar mot ens vilja	1. Har du själv utsatts för sexuella handlingar av en vuxen i din familj? 2. Har du själv utsatts för det av en annan person? 3. Har du sett någon annan bli utsatt för det?	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	..... ..... .....
11. Blivit hotad	1. Har du själv blivit hotad att någon ska skada dig eller någon du bryr dig om?	☐	☐	.....
12. Blivit rånad (någon har tagit något från dig med våld eller hot)	1. Har du själv blivit rånad? 2. Har du varit med när någon annan person blivit rånad?	☐ ☐	☐ ☐	..... .....
13. Inbrott	1. Har du varit hemma när någon gjort inbrott? 2. Har du kommit hem efter att någon gjort inbrott hemma?	☐ ☐	☐ ☐	..... .....
14. Krigshandlingar	1. Har varit mitt upp i ett krig där du hört eller sett bombningar eller skottlossning?	☐	☐	.....
15. Flykt från hemland	1. Har du flytt från ditt hemland?	☐	☐	.....

Här kommer några frågor som handlar mer om din livssituation under din uppväxt. Svara på samma sätt som på de tidigare frågorna.

16. Mobbning	1. Har du själv blivit mobbad?	☐	☐	Under hur lång tid?
17. Borta från föräldrarna	1. Har du mot din vilja blivit skiljd från dina föräldrar för att bo någon annanstans?	☐	☐	Under hur lång tid?
18. Känslomässig miss-handel	1. Har du själv blivit utsatt för känslomässig miss-handel (t.ex. nedvärderad, nedtryckt, förnedrad)?	☐	☐	Under hur lång tid?
19. Skilsmässa	1. Har dina föräldrar skiljt sig under din uppväxt? 2. Om ja: har dina föräldrar grälat och bråkat mycket efter skilsmässan?	☐ ☐	☐ ☐	Under hur lång tid?
20. Alkohol och droger i familjen	1. Har dina föräldrar haft problem med alkohol eller andra droger under din uppväxt?	☐	☐	Under hur lång tid?
21. Psykisk ohälsa i familjen	1. Har dina föräldrar haft psykiska problem under din uppväxt?	☐	☐	Under hur lång tid?
22. Långvarig sjukdom eller handikapp	1. Har, eller har du haft, en långvarig sjukdom eller ett handikapp under din uppväxt? 2. Har dina föräldrar det, eller har de haft det?	☐ ☐	☐ ☐	Under hur lång tid?
23. Förälder i fängelse	1. Har någon av dina föräldrar suttit i fängelse under din uppväxt?	☐	☐	Under hur lång tid?

Namn / ID

Datum

PCL-C

INSTRUKTIONER: Nedan är en lista på problem och besvär som människor ibland kan få som en reaktion på stressande livsupplevelser. Var vänlig läs varje påstående noga, markera sedan med en cirkel den siffra som motsvarar hur mycket du har besvärats av detta problem under den senaste månaden.

	Ringa in ett alternativ på varje rad				
	inte alls	lite grann	måttligt	en hel del	väldigt mycket
1 Återkommande oroande minnen, tankar eller bilder av en tidigare stressande upplevelse	1	2	3	4	5
2 Upprepade mardrömmar om en tidigare stressande upplevelse	1	2	3	4	5
3 Plötsligt agera eller känna dig som om den stressande upplevelsen hände igen (som om du återupplevde den)	1	2	3	4	5
4 Känslor av stark upprördhet när något påminde dig om en tidigare stressande upplevelse	1	2	3	4	5
5 Fysiska reaktioner (t.ex. hjärtklappning, andnings-svårigheter, svettningar) när något påminde dig om en tidigare stressande upplevelse.	1	2	3	4	5
6 Undvikit att tänka på eller prata om en tidigare stressande upplevelse, eller undvikit att känna något som förknippas med den	1	2	3	4	5
7 Undvikit aktiviteter eller situationer därför att de påmint dig om en tidigare stressande upplevelse	1	2	3	4	5
8 Svårigheter att minnas viktiga delar av en tidigare stressande upplevelse	1	2	3	4	5
9 Tappat intresset för aktiviteter som du brukade tycka om	1	2	3	4	5
10 Upplevt avstånd eller främlingskap inför andra människor	1	2	3	4	5

Fortsätt på nästa sida

S. 1

	Ringa in rätt alternativ				
	inte alls	lite grann	måttligt	en hel del	väldigt mycket
11 Känt dig <i>känslomässigt avtrubbad</i> eller oförmögen att känna tillgivenhet för dina närstående	1	2	3	4	5
12 Upplevt att du <i>saknar framtid</i>	1	2	3	4	5
13 Svårt att <i>somna</i> eller <i>orolig sömn</i>	1	2	3	4	5
14 Känt dig <i>irriterad</i> eller fått <i>vredesutbrott</i>	1	2	3	4	5
15 Haft <i>svårt att koncentrera</i> dig	1	2	3	4	5
16 Varit " <i>hyperalert</i> " eller på din vakt	1	2	3	4	5
17 Känt dig <i>nervös</i> eller <i>lättskrämd</i>	1	2	3	4	5

s.2

För bedömare

s.2

s.1

summa

Weathers, F.W., Huska, J.A., Keane, T.M. *PCL-C for DSM-IV*. Boston: National Center for PTSD – Behavioral Science Division, 1991

Svensk översättning: Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri

Bergh Johannesson, 2004 (reviderad: Bergh Johannesson & Arnberg, 2007)

Posttraumatiskt stressyndrom (DSM-IV)

A. Personen har varit utsatt för en traumatisk händelse där följande ingått i bilden:

- (1) personen upplevde, bevittnade eller konfronterades med en händelse eller en serie händelser som innebar död, allvarlig skada (eller hot om detta), eller ett hot mot egen eller andras fysiska integritet.
- (2) personen reagerade med intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck. Obs: Hos barn kan detta ta sig uttryck i desorganiserat eller agiterat beteende.

B. Den traumatiska händelsen återupplevs om och om igen på ett eller fler av följande sätt:

- (1) återkommande, påträngande och plågsamma minnesbilder, tankar eller perceptioner relaterade till händelsen. Obs: Hos små barn kan teman eller aspekter av traumat ta sig uttryck i återkommande lekar.
- (2) återkommande mardrömmar om händelsen. Obs: Hos barn kan mardrömmar förekomma utan att innehållet klart uttrycker händelsen.
- (3) handlingar eller känslor som om den traumatiska händelsen inträffar på nytt (en känsla av att återuppleva händelsen, illusioner, hallucinationer och dissociativa flashbackupplevelser, även sådana som inträffar vid uppvaknandet eller under drogpåverkan). Obs: Hos små barn kan traumaspecifika återupprepade handlingar förekomma.
- (4) intensivt psykiskt obehag inför inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen.
- (5) fysiologiska reaktioner på inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen.

C. Ständigt undvikande av stimuli som associeras med traumat och allmänt nedsatt själslig vitalitet (som inte funnits före traumat) enligt tre eller fler av följande kriterier:

- (1) aktivt undvikande av tankar, känslor eller samtal som förknippas med traumat
- (2) aktivt undvikande av aktiviteter, platser, eller personer som framkallar minnen av traumat
- (3) oförmåga att minnas någon viktig del av händelsen
- (4) klart minskat intresse för eller delaktighet i viktiga aktiviteter
- (5) känsla av likgiltighet eller främlingskap inför andra människor
- (6) begränsade affekter (t ex oförmåga att känna kärlek)
- (7) känsla av att sakna framtid (t ex inga särskilda förväntningar på yrkeskarriär, äktenskap, barn eller på att få leva och åldras som andra)

D. Ihållande symtom på överspändhet (som inte funnits före traumat), vilket indikeras av två eller fler av följande kriterier:

- (1) irritabilitet eller vredesutbrott
- (2) svårt att somna eller orolig sömn
- (3) koncentrationssvårigheter
- (4) överdriven vaksamhet
- (5) lättskrämdhet

E. Störningen (enligt kriterium B, C och D) har varat i mer än en månad.

F. Störningen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.

Specificera om:

akut: symtomen har varat mindre än tre månader

kroniskt: symtomen har varat tre månader eller längre.

Specificera om:

med försenad debut: symtomen debuterade minst sex månader efter traumat.

I **DSM-5** har ett femte kriterium lagts till som omfattar symtom på försämring av kognition och grundstämning, svårighet att minnas delar av traumat, negativ självuppfattning och självbild.