

# Vårt diagnostiska system är fenomenologiskt – inte absolut

## ADEKVAT KULTURKOMPETENS VIKTIG FÖR BEDÖMNING AV TRAUMATISERING

I **veckans nummer** av LT finns två artiklar om PTSD och komplex PTSD. Bakom dessa står sex välrenommerade forskare och kliniker inom området traumatisk stress. Man har valt att förklarhetens skull göra en uppdelning, så att den första artikeln handlar om en klinisk uppdatering medan den andra berör utredning, handläggning och behandling. Författargruppen besitter kompetens såväl vad beträffar barn och unga som vuxna och äldre. Författarna har också en geografisk spridning i Sverige, vilket borgar för att deras samlade kunskaper kan få en bred nationell spridning. Men låt oss börja med det historiska perspektivet.

Den sannolikt tidigaste vetenskapliga beskrivningen av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) återfinns hos Johannes Hofer i hans avhandling från 1688, utgiven i Basel under titeln under titeln »Dissertatio medica de nostalgia, oder Heimwehe« [1]:

»Sjukdomen beror väsentligen på en förvrängd föreställning, varvid den del av hjärnan, som hårbärgerar föreställningarna, huvudsakligen är angripen. Detta är den inre delen av hjärnan, där livsandarna böljar fram och tillbaka genom nervfibrerna i vilka synbilderna är lagrade. När en gång livsandarna har banat sig väg och vidgat den, blir det lättare, liksom i sömnen, att ta samma väg åter och åter.«



**Tom Lundin**, professor emeritus, institutionen för medicinska vetenskaper, Uppsala universitet; tidigare överläkare, psykiatriska kliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala  
● tom.lundin@neuro.uu.se

Den kliniska beskrivningen av nostalgi är, med hänsyn till 1600-talets kunskapsläge, väl överensstämmande med dagens beskrivning av PTSD. Man uppfattade således sjukdomstillståndet som uttryck för en smärtsam längtan efter något förlorat, vilket kan ses som en del av en traumatisk stressreaktion. Idé- och lärdomsantikern Karin Johannisson sammanfattade kunskapsläget om nostalgi i en långessä [2].

Under 1800-talets senare hälft, närmare bestämt 1871, beskrev Da Costa ett till-

### »Den sannolikt tidigaste vetenskapliga beskrivningen av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) återfinns hos Johannes Hofer i hans avhandling från 1688 ...«

stånd bland amerikanska soldater som han kallade »soldier's heart« eller »irritable heart syndrome« [3]. Detta förekom efter en tids påfrestande krigstjänstgöring. Vid Salpêtrière-sjukhuset i Paris kom Charcot 1878 att introducera termen »choc nerveux« för ett psykiatriskt tillstånd till följd av en traumatisk upplevelse. Under denna tid, och särskilt under första världskriget, uppfattade man sjukdomstillståndet som en effekt av en traumatiserande fysisk skada på centrala nervsystemet, till exempel tryckvågen från en exploderande granat, »shell shock syndrome« [4].

Sigmund Freuds postulat om drömmarna som avspeglar av intrapsykiska processer (»Drömtydning« från år 1900) innebar ett paradigmskifte och en utgångspunkt för förståelsen av den psykologiska bearbetningen av ett psykiskt trauma.

Den schweiziske psykiatern Edouard

Stierlin var sannolikt den förste katastrofpsykiatriska forskaren. Han publicerade 1911 studier av överlevande, som inte var psykiatriska patienter, efter den stora jordbävningen i Messina 1907 [5].

Hans Selye (1907–1982) var kanske den som gjorde de mest grundläggande arbetena om stressreaktionernas biologiska och psykiska aspekter. Många har under 1900-talets andra hälft bidragit med vidareutvecklande kunskaper: Bruno Bettelheim, Viktor Frankl, Richard Lazarus och Susan Folkman, Eric Lindemann och Otto Fenichel. Dessa har gett betydande bidrag till förståelsen av de traumatiska stressreaktionerna; se vidare [6].

Under senare delen av 1900-talet har diagnosen PTSD kommit att utvecklas, från DSM:s första upplaga 1952 fram till i dag. Kunskapsläget har blivit alltmer specificerat. Det som tidigare klassificerades som ett ångestsyndrom har i DSM-5 överförs till en avdelning om trauma och stressrelaterade tillstånd.

**Omfattande studier** av drabbade grupper, såväl militär personal som civilbefolkning under krig och omfattande katastrofer, har ökat våra kunskaper om PTSD. Studier av biologiska markörer och förändringar i den levande hjärnans strukturer och funktioner har breddat vårt kunskapsunderlag genom införandet av nya neurobiologiska undersökningsmetoder, PET och MRT.

Vid Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri i Uppsala har ett antal uppföljningsstudier av svenska överlevande efter tsunamikatastrofen år 2004 genomförts. I en icke publicerad studie (Lundin 2019) undersöktes antal sjukskrivningsdagar hos en grupp svenska överlevande (n=1 221) som inte var förlustdrabbade men som hade blivit extremt traumaexponerade. Ökningen av antalet sjukdagar per år var 14,3. Kvinnor uppvisade en signifikant högre sjukskrivningsfrekvens än män. Överlevare som före tsunamin hade upplevt fler än tre allvarliga och hotande händelser hade en signifikant högre sjuklighet.

Nyare tids forskning har också fokuserat på faktorer för återhämtning. Redan

#### HUVUDBUDSKAP

- Traumarelaterad psykisk sjukdom, PTSD, har under andra benämningar beskrivits sedan 1600-talet.
- Diagnostiken av PTSD har starkt förbättrats under de senaste två decennierna.
- Diagnoserna PTSD och komplex PTSD har överförts till gruppen stressrelaterade syndrom.
- Det föreligger en betydande samsjuklighet med andra psykiatriska diagnoser.
- Den moderna behandlingen präglas av eklekticism.

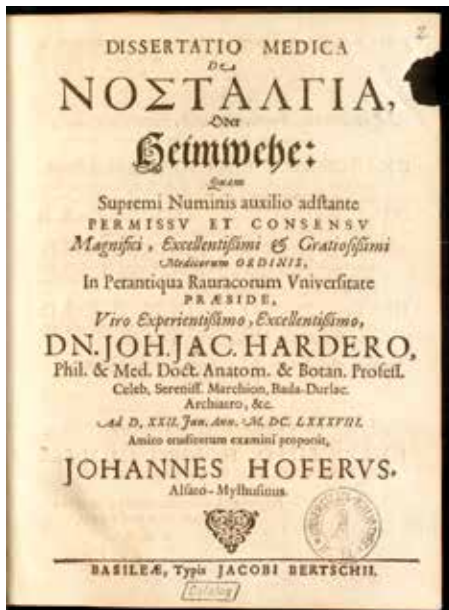


Foto: Universitätsbibliothek Base/Public domain mark

Johannes Hofers avhandling »Dissertatio medica de nostalgia, oder Heimwehe« från 1688.

under senare delen av 1900-talet (1979) introducerade Antonovsky begreppet »sense of coherence« (känsla av sammanhang). Detta beskrev ett grundläggande förhållningssätt som kan vara skyddande mot psykisk ohälsa. Under senare år har man i många studier, särskilt vid Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, undersökt den psykiska motståndskraften (resilience) hos traumaexponerade för att bättre kunna förstå varför en person klarar sig »bättre än vad man skulle förvänta sig«. Ett psykiskt trauma kan vara en svår upplevelse för en person, men inte för andra, varför man talar om en »potentiellt traumatisk händelse«. I katastrofpsykiatriska sammanhang talar man om en »allvarlig händelse«.

Vid komplex PTSD (CPTSD) förutsätts att kriterier för PTSD är uppfyllda, men också svåra problem med affektreglering, negativ självbild och ihållande svårigh-

ter i relationer. Författargruppen skriver i sin första artikel i detta nummer: »CPTSD medför ofta en ytterligare försämrad

## »En annan viktig fråga är ... kanske snarare varför så många klarar sig förhållandevis bra ...«

funktion avseende familjerelationer, utbildning och arbete, jämfört med PTSD.«

Man betonar i dag också den påtagliga samsjukligheten med andra psykiatriska tillstånd. Det vore kanske riktigare att säga att den traumatiserade patientens psykiska tillstånd samtidigt uppfyller diagnoskriterier för flera definierade sjukdomstillstånd. Man bör komma ihåg att vårt diagnostiska system är fenomenologiskt och inte absolut.

Såväl uppfattningen av de traumarelaterade psykiatriska tillstånden som klassificering och diagnostisering samt behandling har under de senaste decennierna allt mer kommit att präglas av ett eklektiskt synsätt. Därmed inkluderas biologiska, psykologiska, sociala, andliga och existentiella aspekter - men även i vissa avseenden politiska förhållanden. När det gäller behandling har det visat sig att det mest effektiva oftast är en kombination av psykologisk och farmakologisk behandling.

**En annan viktig** fråga är inte varför en traumaexponerad person utvecklar ett psykiatriskt tillstånd utan kanske snarare varför så många klarar sig förhållandevis bra (se ovan). Ett studium av skyddsfaktorer, liksom av mekanismer och faktorer för

återhämtning, kan tillföra mycket viktig kunskap.

Det senaste årets utveckling av krigshärdar med drabbad civilbefolkning har medfört särskilt hot och utsatt människor för en kombination av tidigare traumatisering och pågående traumatisk stress, hot och umbäranden. Detta medför ibland svåra diagnostiska överväganden.

Under de senaste decennierna har stora flyktinggrupper och asylsökande från krigs- eller katastrofdrabbade områden medfört att man uppmärksammat symptomvariation till följd av kulturella skillnader. Det är därför viktigt att läkare och vårdpersonal har adekvat kulturkompetens för att rätt kunna bedöma traumatiserade personer från andra kulturområden.

I januari 2024 medverkar författargruppen vid ett webinarium, »Komplex PTSD«, som arrangeras av Läkartidningen.

- 
- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2023;120:23191

### REFERENSER

1. Hofer J. *Dissertatio medica de nostalgia, oder Heimwehe*. Basel: Jacob Bertsch; 1688.
2. Johannisson K. *Nostalgia. En känslas historia*. Stockholm: Bonnier Essä; 2001.
3. Da Costa JM. On irritable heart. A clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. *Am J Med Sci*. 1871;61:17-52.
4. Myers CS. Contribution to the study of shell shock. *Lancet*. 1915;185(4772):316-20.
5. Stierlin E. Nervöse und psychische Störungen nach Katastrophen. *Dtsch Med Wochenschr*. 1911;37(44):2028-35.
6. Michel PO (redaktör). *Psykotraumatologi*. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2018.