

Är trauma en förutsättning för posttraumatiskt stressyndrom?

»I rutinmässig vård ställs diagnosen posttraumatiskt stressyndrom ytterst sällan.«

»Trauman är betydligt vanligare än vad vi tidigare föreställt oss, och posttraumatiskt stressyndrom måste på grund av sin höga prevalens och sitt långdragna förlopp tveklöst betraktas som en folksjukdom.«

Namnet posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) passar å ena sidan, just utmärkt, på den grupp av Tsunami-offer, krigsdrabbade, våldtäktsoffer och liknande, som får negativa långtidseffekter av sina upplevelser. Å andra sidan: Den kliniska bilden återfinns hos många av våra patienter i primärvården, där det inte går att påvisa någon utlösande, negativ händelse av »rimlig« signifikans, som vid utbrändhet, social isolering, mobbning, separationsproblematik och arbetsplatskonflikter. Sällan hittar man här upplevelser »outside the range of normal human experience«.

Frågan är om ett föregående trauma är en absolut förutsättning för syndromets uppkomst. Det är ju även så att enbart ett fåtal av dem som varit med om katastrofer får PTSD. Möjligen kan en överdriven fokusering på det historiska traumat rentav vara hämmande för förståelse av syndromets natur och dess behandling.

Minst lika betydelsefullt som »traumats« karaktär, intensitet eller varighet, är intensiteten av associerad katastroftolkning, som individen bevarar i sin tankevärld och som ideligen repeteras, länge efter det att de traumatiska händelserna har upphört. Eller under tiden som, objektivt sett, imaginärt hot mot individen ges subjektiv realitet. Med andra ord: I vilken grad den affekterade personens självskattning eller verklighetsuppfattning upplevs som hotad. Det kan räcka med att en adekvat mängd negativa, alarmerande föreställningar repeteras tillräckligt länge.

Förhöjd stressnivå över en lång tid, har stora och mångfacetterade, negativa konsekvenser för organismen. Det kan orsaka (irreversibla?) anatomiska, hormonella och andra biokemiska förändringar. Det gäller för oss att hjälpa till med beteende-/tankemodifierande stöd innan det går så långt.

Höjd stressnivå orsakas inte direkt av

någon händelse i den »yttre världen«. Stress uppkommer först när individen tolkar en situation som hotfull, och detta oavsett om denna tolkning är relevant eller inte.

De traumatiska upplevelserna har vid behandlingstillfället oftast inte längre någon existens annat än som minnen, och det är framför allt patientens tolkning av händelserna, samt denna tolknings upplevda innebörd, som är stressframkallande.

Kronisk stress, utan en samexisterande, objektiv traumatisk realitet, är resultatet av en diskrepans mellan verkligheten som jag tycker den skall vara och verkligheten som den är. Ju större skillnad, desto mer stress alstras. För att vara välfungerande och »frisk« måste jag finna en rimlig överensstämmelse mellan en verklighet jag kan acceptera, den jag upplever, och den som är. (Lycka är det som inträffar när verkligheten fullständigt, i alla avseenden, sammanfaller med mina önskligheter och förväntningar.)

Det är identifikation med tankar som »Jag är drabbad!«, »Varför just jag?« och »Så här är det väl ändå inte meningen att det skall vara!« som är stressutlösande. Upplevda hot, mot mitt »själv« bevarande, ger anledning till att tolka händelser som hotande, förnedrande, orättvisa med mera. Imaginära hot går i sakens natur inte att »rätta till« ute i »verkligheten«, och »förgångna orättvisor« går inte att göra om och sällan att kompensera.

Ett förslag till namn, eller introduktion av en diagnos, som kan användas för den pågående »folksjukdomen« när traumat befinner sig »inside the range of human experience« är »katastroftänkande-inducerat stressyndrom«.

Detta namn har även bättre hälsobefrämjande egenskaper från följande synvinkel: Om mitt elände upplevs som orsakat av ett trauma eller andra omständigheter jag »varit offer för«, kan prognosen verka hopplös, då det ju inte finns någon möjlighet i världen att redan skedda händelser kan göras ogjorda.

Om jag däremot kan komma till insikt om att traumat kanske var igångsättaren, men att syndromet vidmakthålls genom att förnedringen, skrällen och ångesten, dagen/natten lång återupspelas i mitt sinne, då finns det möjlighet att jag äntligen genom denna insikt, eventuellt förmedlad med hjälp av KBT,

kan bli av med detta eviga ältande och få sinnesro.

Traumafokuseringen ger även anledning till en typ av respons som ofta förekommer från omgivningen: »Det är inte konstigt att du mår som du gör, med allt du varit med om!« Intentionen är säkert att ge patienten generell bekräftelse och tröst, men en konsekvens är också att »stackars jag-känslan« får näring och befäster tillståndet. Insikten som behövs är följande: Livet, som vi lever, innehåller till sin natur varken garantier eller säkerhet. Inte ens om man lever i ett naturkatastrofskyddat hörn av jordklotet, med goda naturtillgångar, folkhemsmodeller och politiska »trygghetslöften«. Upplevda katastrofer, olyckor, orättvisor, sjukdom, smärta och annat elände inträffar ändå hela tiden. Det är egentligen ganska lite vi kan göra åt det hela. Eller sagt på ett annat sätt: Det vi kunde göra åt det då, hade vi redan gjort.

Om det nu ändå faller på min lott att få vara med om en »katastrof«, skall jag göra allt jag kan för att minska de omedelbara skadeverkningarna för mig själv och min granne. När den yttre svårigheten är över skall jag dra den lärdom jag kan av händelsen, och sedan så snabbt som möjligt glömma hela historien, och återgå till livet. Livet levs nu, inte i dåtidens minnen eller i framtidens förväntningar eller farhågor.

Samma livshändelse som en person uppfattar som trivial, kan hos en annan initiera en process som så småningom leder till invaliditet. (Arbetslöshet, som för den ena är början på ett helt nytt, bättre liv, kan för den som har hela sin identitetskänsla investerad i sitt nuvarande arbete leda till att han väljer att göra slut på sitt liv.)

Det viktiga är alltså inte hur man har det (vad som händer), utan hur man tar det (hur det tolkas). Edward Lear sammanfattar det hela väl i en dikt:

*The other day, upon the stair,
I met a man who wasn't there.
He wasn't there again today;
Oh how I wish he'd go away!*

Tom Flou

allmänläkare, Kristianstad
tom@flou.net

■ Replik till detta inlägg på nästa sida.

Replik:

Livet från den ljusa sidan

Tom Flou tar upp frågan om huruvida det syndrom som tycks så vanligt hos våra patienter – posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) – alltid föregås av ett extremt trauma, »outside the range of normal human experience«. Han betvivlar det och skriver vidare: »Möjligen kan en överdriven fokusering på det historiska traumat rentav vara hämmande för förståelse av syndromets natur.«

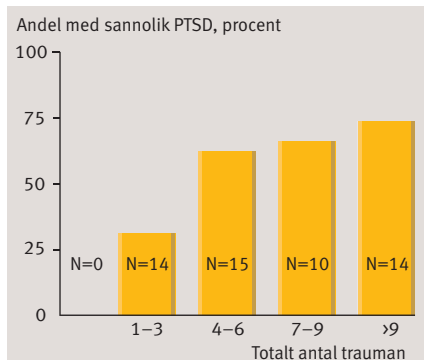
Sammanfattat: Det är inte säkert att där finns ett trauma, och i vilket fall ska man inte bry sig så mycket om det.

»När den yttre svårigheten är över skall jag dra den lärdom jag kan av händelsen, och sedan så snabbt som möjligt glömma hela historien, och återgå till livet.« Fint!

Precis så brukar många patienter resonera. Det tragiska är att de inte viljemässigt kan släppa repeterandet av det trauma de upplevt. Det är själva grundbulten i problemet – B-kriteriet enligt DSM-IV [1]. Att tro att symtomet är orsak till sjukdomen är att blanda ihop orsak och verkan.

Traumat undandrar sig intellektuell bearbetning därför att den drabbade försätts i en överväldigande skräckreaktion, bara av att tänka på det. De trauman det gäller är hot om utplåning och död – av mig eller någon mig närstående. Jag blir skräckslagen av bara minnet – hur irrationellt detta än kan vara. Och ändå kan jag inte släppa minnet.

Tom Flou har rätt i att det inte alltid är händelsen i sig (A-kriteriet) som är avgörande; olika individer reagerar olika på traumatiska händelser. Det som tycks mest avgörande för reaktionen är utsatthet för tidigare trauman. Vi har alltså ofta en kapacitet att klara av ett eller ett



Figur 1. Prevalensen av trolig PTSD i patientgrupper med olika antal trauman, egna och anhörigas (N=115) [2].

par livshotande trauman, men därefter ökar risken för utvecklandet av PTSD. Figur 1 visar sambandet mellan antal uppgivna trauman i en grupp psykiatriska öppenvårdspatienter från ett multi-etniskt upptagningsområde i en Stockholmsförort [2].

I detta material, där vi i enkätform systematiskt frågade om livshotande händelser för patienten själv eller anhöriga hade ingen utvecklat PTSD, som inte hade uppgivit minst en sådan händelse. Detta stärker hypotesen om ett samband mellan trauma och syndromet ($p < 0,001$). Det är alltså sällsynt att samma symptomkomplex som vid PTSD utvecklas utan tidigare trauman av livshotande karaktär, som drabbat mig själv, en nära anhörig eller till vilken jag blivit vittne.

Att tala om »imaginära hot« är därför felaktigt. Med en prevalens av över 50 procent i vuxen befolkning av sådana upplevelser talar man numera inte om händelser »outside the range of normal human experience«. I stället har kravet

att händelsen ska ha framkallat fasa eller stark rädsla inkluderats [1].

Det troligaste skälet till att man (som behandlare) inte identifierar trauma i samband med syndromet PTSD – eller andra psykiatriska störningar – är att man inte systematiskt frågar efter det. I ett nyligen insamlat opublicerat material har vi dock funnit syndromet hos enstaka patienter som inte uppgivit trauma. Kanske förtigs trauma eller kanske borde definitionen av PTSD vidgas till att inbegripa trauma som hotar identiteten (till exempel mobbning, incest) utan att vara direkt livshotande.

Tvärtemot vad Tom Flou befarar finns otillräckligt fokus på trauma inom vården. Vägen att kunna släppa det ständigt repeterande traumat – och återgå till livet – går ofta via stöd från en empatisk medmänniska eller behandlare. Det första steget är att kartlägga olika trauman. Det andra är att erkänna deras etiologiska betydelse. Det tredje är att våga återupplevandet i så tryggt sällskap att skräckupplevelsen inte blir överväldigande.

Per Borgå

med dr, överläkare,

FoUU-sektionen, psykiatriska kliniken,
Danderyds sjukhus/Karolinska institutet,
Danderyds sjukhus, Stockholm
per.borga@sll.se

REFERENSER

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of psychiatric disorders, DSM-IV. Washington, DC: APA; 1994.
2. Al-Saffar S, Borgå P, Edman G, and Hällström T. The aetiology of posttraumatic stress disorder in four ethnic groups in outpatient psychiatry. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2003;38:456-62.