

Posttraumatiskt stressyndrom

Viktig diagnos för följderna av trauma och våld i vardagen

PER BORGÅ, med dr, psykiater, Akademien för Trauma och Kultur AB, Stockholm och Nävekvärvn
per.borga@akademitrauma.se

SUAD AL-SAFFAR, med dr, leg psykolog, institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska institutet, Stockholm

Traumats historia inom psykiatri speglar kontrovers, glömska och förnekande. Freud var offer för denna kamp mellan önskan att avtäckta trauma i tidig ålder och en motreaktion i det etablerade samhället, som vägrade tro på barndomstraumats betydelse. Freud övertygades om att det nog rörde sig mer om fantasier än om verklighet. Trauma utmanar alltid vår trygga världsbild.

I tider av krig och katastrofer har diagnoser som kopplar samman traumatiska händelser med beskrivna symtom banat sin väg till behandlarnas medvetande, men lika snabbt fallit i glömska. Exempelen är flera: »shell-shock syndrome« efter första världskriget, »war sailor syndrome« och Kz-syndromet (koncentrationslägersyndrom) efter andra världskriget [1]. Efter Vietnamkriget hände dock något viktigt. Posttraumatiskt stressyndrom (post-traumatic stress disorder, PTSD) etablerades som en diagnos som erkänner de långvariga följderna av psykologiska trauman [2]. Detta kom att varaktigt påverka vården i USA av dem som tjänstgjort i krig. Samtidigt skedde en aldrig tidigare upplevd tillväxt av den vetenskapliga litteraturen. Psykologiska perspektiv kunde kombineras med en ökad mängd biologisk forskning som påvisade de neurohormonella och strukturella förändringar som är förknippade med PTSD [3].

När PTSD introducerades i DSM-III beskrevs dess etiologiska kriterium som en händelse »utanför normal livserfarenhet«. Betoningen av en extrem händelse har följt med till våra dagar, inte minst i Sverige, även om andra händelser än krig och stora katastrofer har visat sig ha lika stor epidemiologisk betydelse. Övergrep och våld i vardagen räcker för att framkalla PTSD, och alltför många lever under omständigheter som för andra ligger »utanför normal livserfarenhet«. Stora epidemiologiska studier främst i USA, men successivt även i andra länder, har visat att en majoritet av befolkningen upplevt minst en händelse som var av sådan art att den kunnat framkalla PTSD, och en betydande andel har upplevt flera sådana potentiellt traumatiska händelser [4].

Samma studier visar också att prevalensen av PTSD i normalbefolkningen är betydligt högre än man tidigare förstätt. Vid undersökningar i USA varierar den från 5 till 10 procent [4, 5]. Europeiska undersökningar av prevalensen för PTSD i normalbefolkningen är få. Ett par har angivit betydligt lägre prevalens än i USA [6, 7], vilket skulle kunna förklaras av lägre exponering för potentiellt traumatiska händelser. En tidig norsk studie visade dock en livstidsprevalens för PTSD på cirka 8 procent såväl för Lofoten som för ett bostadsområde i Oslo [8], och en svensk studie av normalbefolkningen har an-

gett 5,6 procent [9]. Sådana prevalenssiffror förklaras inte enbart av krig och katastrofer. Judith Lewis Herman har beskrivit utvecklingen i USA. Medan unga män har svårt att få samhällets acceptans för det lidande de utsatts för i krig har kvinnor på motsvarande sätt svårt att få följderna av våld och övergrepp de utsatts för i hemmet erkända. Herman menar att politiska rörelser bland drabbade i USA, soldater såväl som överlevare i »könskriget«, haft stor betydelse för att motverka etablissemangets ovilja att se verkligheten [10].

För befolkningsgrupper med känd exponering för traumatiska händelser ligger prevalensen av PTSD betydligt högre än för normalbefolkningen. Den varierar också beroende på arten av trauma. Men också antalet olika trauman som drabbat en individ under en livstid har betydelse för sannolikheten för att utveckla PTSD [11].

Diagnoskriterier

Beskrivningen av de diagnostiska kriterierna för PTSD har reviderats, först i DSM-III-R (1987) och sedan i DSM-IV (1994). Begreppet »utanför normal livserfarenhet« har tagits bort. Fokus i beskrivningen av det etiologiska kriteriet ligger i stället på arten av traumat och på den personliga reaktionen av »intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck« som följt.

Det centrala symtomatiska kriteriet är att de traumatiska händelserna återupplevs på ett besvärande och plågsamt sätt. Återupplevandet kan ske i form av påträngande tankar eller drömmar. Vanligt är att man i vaket tillstånd återupplever skräcken som var förknippad med händelserna. Man upplever sig vara tillbaka i den traumatiska situationen, som om skräckreaktionen ligger vilande i kroppen men aktualiseras så snart något påminner om traumat. Fenomenet kallas flashback och betraktas ofta i film och litterära skildringar som det väsentliga kännetecknet för PTSD, men kan enligt vår erfarenhet avta med tiden.

Det som utlöser återupplevandet är ofta en sinnesupplevelse; en lukt, ett ljud eller ett synintryck. Sinnesintryck är svåra att gardera sig mot. Till syndromet hör också att man befinner sig i ett ständigt alarmtillstånd. Personen är vaksam och spänd, har en nervös överretbarhet med svårigheter att somna, och har svårt att koncentrera sig. Det är överhuvud taget svårt att få vila. Syndromet kännetecknas också av ett undvikande beteende, som kan förstås som en anpassning till en situation där katastrofkänslor ständigt riskerar att göra sig påmindra och till den utmattning som följer av den ständiga anspänningen. Slutligen har ett kriterium för påverkan på det dagliga livet och ett tidskriterium knutits till diagnosen (Fakta 1).

Många andra reaktioner kan följa på potentiellt traumatiska händelser. Depression, kroniska smärttillstånd, missbruk och ökad suicidrisk hör till de vanligaste. Dessa tillstånd kan finnas tillsammans med eller utan samtidig PTSD.

SAMMANFATTAT

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är inte bara ett resultat av krig och katastrofer, utan också av övergrepp och våld i vardagen.

Våldet utövas inte sällan inom sfärer där vi förväntas känna oss trygga: i hemmet, i skolan och på arbetsplatsen. **Vårdgivare i psykiatrisk vård** behöver systematiskt under-

söka förekomsten och effekten av tidigare trauman hos sina patienter.

Tidig diagnostik och intervention förhindrar att tillståndet blir långvarigt.

Kunskapen kring behandling är under stark tillväxt, men forskningen behöver fokuseras på komplicerade former av PTSD.

FAKTA 1

PTSD: Sammanfattning av diagnostiska kriterier enligt DSM-IV. För B-, C- och D-kriterier anges minsta antal symtom inom parentes.

- **A.** Personen har upplevt, bevittnat eller konfronterats med en händelse som inneburit hot mot livet, hot om allvarlig skada eller hot mot en fysiska integriteten. Denna händelse har framkallat intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck.
- **B.** Den traumatiska händelsen återupplevs (intrusion) genom påträngande tankar, mardrömmar, »flash-backs« och starka psykologiska eller fysiologiska reaktioner vid inre eller yttre påminnelser om händelsen (≥1).
- **C.** Ständigt undvikande (avoidance) av stimuli som associeras till traumat och en själslig avtrubning: Undvikande av tankar på händelsen, undvikande av aktiviteter, platser eller personer som påminner om händelsen, svårighet att komma ihåg en viktig aspekt av händelsen, klart minskat intresse för tidigare viktiga aktiviteter, känsla av likgiltighet eller främlingskap för andra, oförmåga till känslomässigt engagemang, känsla av att sakna en framtid (≥3).
- **D.** Ihållande symtom på överspändhet (hyperarousal): Sömnsvårigheter, irritabilitet och vredesutbrott, koncentrationssvårigheter, att vara på sin vakt, lättskrämdhet (≥2).
- **E.** Varaktighet mer än 1 månad.
- **F.** Väsentligt lidande eller funktionsnedsättning arbetsmässigt, socialt eller i andra avseenden.

PTSD efter kända trauman

Efter nationella katastrofer brukar medvetandet om trauma och dess följder aktualiseras, om än kortvarigt. Estoniakatastrofen och tsunamin i Sydostasien där ett stort antal svenska Thailandsresenärer drabbades är två exempel. Massakern på Utöya i Norge är ett annat. Det sker en nationell samling kring traumat som underlättar öppenhet och därmed bearbetning av traumat för de drabbade. Ofta mobiliseras också extra behandlingsresurser som brukar vara kortvariga. De dras ofta tillbaka ungefär samtidigt som behovet av professionell hjälp ökar. Förutsättningarna för att få professionell hjälp är ändå relativt goda.

Även när vården riktas till grupper som omfattas av särskilda åtaganden är det lätt att identifiera traumat. Det gäller till exempel torterade, som omfattas av ett särskilt skydd enligt FN:s tortyrkonvention och har rätt till »så långtgående rehabiliteringsinsatser som är möjligt«. Det sker knappast någon nationell samling kring tortyrdrabbade och deras öde, och resurserna är gravt underdimensionerade i relation till den stora andel flyktingar som blivit torterade i sina hemländer, men den traumatiska händelsen är åtminstone lätt att identifiera när den utgör inträdesbiljetten till behandling. Annorlunda förhåller det sig i psykiatrisk rutinsjukvård.

PTSD efter gömda trauman

Många potentiellt traumatiska händelser är förknippade med skuld och skam, känslor som kan bäras såväl av offret som av omgivningen. Traumat blir ofta onämnt och är inget man gärna talar om. Detta gäller till exempel överfallsvåldtäkter och rån, men framför allt övergrepp i hemmet och i nära relationer. Men också PTSD efter långvarig mobbning i skolan eller på arbetsplatsen kan framkalla förnekande. När våldet utövas på platser där vi förväntas känna oss trygga blir både effekterna och förnekandet större. En lekmanntitid som ibland smittar av sig på professionella bedömningar är att

mobbning inte utgör ett trauma av den dignitet som kan framkalla PTSD eftersom det inte är livshotande. Förhöjd suicidrisk [12] motsäger detta. Ett flertal artiklar har också påvisat uppkomst av PTSD efter mobbning [13, 14], och inom Europeiska arbetsmiljöbyrån är detta samband accepterat sedan länge [15]. Tystnaden och förnekandet ligger i förövarens intresse och kan ses som en del av själva övergreppet. Om tystnad och förnekande möter den drabbade när han eller hon söker hjälp och upprättelse, till exempel i arbetsskadeärenden, bidrar det till ytterligare belastning och till retraumatisering. Vid mobbning i arbetslivet tycks retraumatisering vara mer regel än undantag vid kontakten med representanter för fackförening, arbetsgivare och Försäkringskassan.

Eftersom den drabbade gärna vill glömma de trauman hon eller han varit utsatt för (ibland genom regelrätt dissociation av de traumatiska händelserna) är den traumatiska etiologin vid ångesttillstånd långt ifrån uppenbar. Man kan inte bortse från att behandlares rädsla för att konfronteras med trauma också spelar en roll i att traumat förblir dolt.

Också i fall där ett bakomliggande trauma uppmärksammas under behandlingen finns en utbredd underdiagnostik av PTSD. Sannolikt hänger det samman med att diagnosen är relativt ny och att det finns en överlappning i symtombilden mot mer etablerade diagnoser. Så sent som i början av 2000-talet användes diagnosen inte på en psykiatrisk öppenvårdsambulans i en invandrartät Stockholmsförort [11].

Diagnosen följer inte heller den generella trenden i DSM-systemet, där man i strävan efter konsensus vill lämna etiologiska resonemang därefter och endast beskriva diagnosens symtom fenomenologiskt. I detta avseende går PTSD mot strömmen genom att explicit inkludera etiologin i diagnosen, och därmed peka på samband.

Komplicerad traumatisering

Diagnostiseringen av PTSD pekar ut ett enstaka trauma, i linje med tanken om en händelse av extrem natur. Det är som tidigare påpekats vanligare att människor med PTSD har drabbats av ett flertal potentiellt traumatiska händelser. De flesta av oss tycks vara förmögna att handskas med en, två eller flera traumatiska händelser under livet, särskilt om det finns tid för bearbetning mellan dem och om det psykosociala stödet är gott. Uppstår PTSD efter enstaka traumatiska händelser är prognosen ofta god. Vid ett stort antal traumatiska händelser, och då den drabbades frihet är begränsad, är risken för PTSD större och sjukdomsbilden allvarligare. Det gäller till exempel krigs- och flyktingsituationer, men också vid våld i nära relationer. Sjukdomstillståndet blir också allvarligare, med fler och mer uttalade symtom, om traumatiseringen skett under lång tid, med upprepade och grava trauman. Det är den upplevda tiden, snarare än den kronologiska, som är utslagsgivande.

Personer som varit tagna som gisslan under en tid av tre veckor kan utveckla mycket grav PTSD om de inte kunnat se något slut på sin fångenskap. Avsiktliga trauman har också en allvarligare påverkan på offret än sådana som är ett resultat av naturkatastrofer eller av slumpen. I dessa fall begränsas sällan symtomen till diagnoskriterierna för PTSD. Vanligen ses ett tillstånd med dysfori och personlighetspåverkan som samverkar med dissociativa symtom och kan göra att PTSD-diagnosen inte uppmärksammas.

Somatiska symtom, främst smärta, är vanliga. Sedan arbetet med DSM-IV påbörjades har man diskuterat behovet av en kompletterande diagnos, och de begrepp som fått mest genomslag är »komplex PTSD« och DESNOS (disorder of extreme stress not otherwise specified). Tyvärr kommer det inte heller i DSM-5 att finnas en diagnostisk beskrivning av

dessa svårbehandlade tillstånd. Kanske får vi nöja oss med att tala om ett traumaspektrum som kan omfatta också andra psykiatriska diagnoser än PTSD.

Behandling

All behandling av PTSD börjar med att patientens trauman kartläggs och sjukdomsbilden klargörs. Det enklaste sättet att få kunskap om patientens traumanamnes i psykiatrisk praxis är att fråga noggrant. Även vid kända trauman behöver man få kunskap om patientens bakomliggande traumanamnes. Tyvärr dröjer många behandlare med dessa frågor till ett senare tillfälle än vid första gången samtalet, då de anser att frågorna kan vara stötande för patienten. Risken är då stor att trauman förblir oupptäckta.

Ett emotionellt neutralt sätt att avtäckta trauma är att använda frågeformulär. Författarna har utarbetat ett eget frågeformulär som finns tillgängligt mot förfrågan. Att trauma adresseras i behandlingen kan ge bättre utfall och flerfaldigt öka chansen att individen får förtroende för behandlaren [16]. Genom att ställa tydliga frågor på ett inkännande sätt visar man att man inte avser att dölja traumat och dess konsekvenser. Tre viktiga faser i behandlingsarbetet beskrivs här: trygghetsskapande, bearbetning av traumat och nyorientering.

Trygghetsskapande är generell för all psykoterapi, men sannolikt extra viktigt för traumatiserade patienter, vilkas erfarenheter skapat en misstro mot omgivningen. En särskild utmaning är de fall där patientens livssituation är otrygg på grund av att hon eller han befinner sig i ett pågående trauma. Det kan gälla kvinnor som lever i våldutsatta relationer eller flyktingar vars asylrätt ännu inte prövats. Tidig intervention är viktig för behandlingen av de flesta psykiatriska tillstånd, men kan inte nog poängteras i dessa fall eftersom den förebyggger att posttraumatiska tillstånd förvärras och kronifieras [17]. Vad gäller asylsökande bör behandling av PTSD räknas som »vård som inte kan anstå«, vilket också är den slutsats Stockholms läns landsting dragit [18]. En annan aspekt när det gäller behandlingen av asylsökande flyktingar är att de måste få tillgång till vård om deras rätt att åberopa eventuella skador av tortyr ska kunna tillgodose i asyloprocessen.

Den bearbetande fasen vidtar när viss trygghet och stabilisering uppnåtts. Målet är att kunna återvända till traumat och reflektera över det utifrån ett historiskt perspektiv. Traumat är inte längre närvarande i nuet, men dess existens i personens historia förnekas inte. Den kraftiga känslomässiga reaktion som åtföljer tankarna på traumat måste övervinnas för att uppnå detta, eftersom den blockerar kognitiva förmågor och därmed psykologisk bearbetning. Ett flertal terapeutiska modeller kan användas, men det centrala är att traumat adresseras. I dagsläget finns störst evidens för KBT och EMDR (eye movement desensitization and reprocessing) [19]. Den senare innebär att aspekter av traumat bearbetas medan patienten följer terapeutens fingrar som rytmiskt förs fram och tillbaka i blickfältet. Ögonrörelserna anses bidra till att båda hjärnhalvorna aktiveras och att ångestblockaden bryts.

Nyorienteringsfasen siktar mot att individen ska kunna återta de livsområden som förlorats främst genom syndromets undvikandesymtom.

En svaghet i forskningen kring evidensbaserade terapimetoder vid PTSD är att den ofta grundas på PTSD orsakat av enstaka kända trauman och därmed alltför ensidigt fokuserar på bearbetningsfasen. Detta inskränker möjligheten att generalisera resultaten till de gravare formerna av PTSD som ofta utgör de stora utmaningarna vad gäller behandling. De kräver längre behandlingsinsatser i ett holistiskt perspektiv, vilket också ger utrymme för psykodynamiska synsätt och fokus på barndomstrauman. Många metoder är under utveckling, till exempel uttryckande terapiformer och hypnos, liksom olika Internetlösningar.

Farmaka har en relativt undanskymd roll i behandlingen av PTSD. Antidepressiva har visats vara mer effektiva än placebo, men behandlingen är endast symptomatisk [20]. Farmakologisk behandling bör vara förstahandsval endast i de relativt få fall där patienten inte vill gå in i en traumafokuserad psykologisk behandling. Vid svåra och komplexa former av PTSD kan farmakologisk behandling med olika inriktning vara betydelsefull för att lindra annars outhärdliga symtom.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSLISTA

- Eitinger L. Pathology of the concentration camp syndrome. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;5:371-9.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd edition (DSM-III). Washington DC: American Psychological Association; 1980.
- Sherin JE, Nemeroff CB. Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011;13(3):263-78.
- Breslau N, Davies GC, Andreski P, et al. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48:216-22.
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:1048-60.
- Daves-Bornoz JM, Alonso J, de Girolamo G, et al. Main traumatic events in Europe: PTSD in the European study of the epidemiology of mental disorders survey. *J Traum Stress*. 2008;21(5):455-62.
- Perkonig A, Kessler RC, Storz S, et al. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;202(1):46-59.
- Ingebrigtsen G, Sandanger I, Sørensen T, et al. Når ulykken rammer. Posttraumatisk stressforstyrrelse i Norge, forekomst og relasjon til sosialt nettverk. I: Dalgard OS, Dohlo E, Ystgaard M (red). *Sosialt nettverk, helse & samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget AS; 1995.
- Frans Ö, Rimmö PA, Åberg L, et al. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;111:291-9.
- Herman JL. Trauma and recovery. The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror. New York: Basic Books; 1997. p. 7-32.
- Al-Saffar S, Borgå P, Edman G, et al. The aetiology of posttraumatic stress disorder in four ethnic groups in outpatient psychiatry. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003;38(8):456-62.
- Pompili M, Lester D, Innamorati M, et al. Exposure to mobbing and suicide risk. *Work*. 2008;31(2):237-43.
- Leymann H, Gustavsson A. Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorders. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 1996;5(2):251-75.
- Kreiner B, Sulyok C, Rothenhäusler HB. Does mobbing cause post-traumatic stress disorder? Impact of coping and personality. *Neuropsychiatr*. 2008;22(2):112-23.
- Faktablad nr 23. Luxemburg: Europeiska arbetsmiljöbyrå; 2002. <http://osha.europa.eu/sv/publications/factsheets/23>
- Al-Saffar S, Borgå P, Lawoko S, et al. The significance of addressing trauma in outpatient psychiatry. *Nord J Psychiatry*. 2004;58(4):305-12.
- Kornør H, Winje D, Ekeberg Ø, et al. Early trauma-focused cognitive-behavioural therapy to prevent chronic post-traumatic stress disorder and related symptoms: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2008;19:8-81.
- Ginsburg BE, Bäärnhielm S. Psykiatrisk vård för vuxna asylsökande. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2007. p. 24-26.
- Bisson JI, Ehlers A, Mathews R, et al. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. *Brit J Psychiatry*. 2007;190:97-104.
- van der Kolk B, Spinazzola J, Blaustein ME, et al. A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(1):37-46.