

# Posttraumatiskt stressyndrom alltmer i fokus

## Diagnos och riskfaktorer välbeskrivna men oklart hur vanligt tillståndet är



**PER-OLOF MICHEL**, med dr, överläkare  
per-olof.michel@neuro.uu.se  
**KERSTIN BERGH JOHANNESSEN**, leg psykolog; båda Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, Uppsala universitet  
**ABDOULBAGHI AHMAD**, med dr,

överläkare, BUP, Akademiska sjukhuset, Uppsala  
**TOM LUNDIN**, docent, överläkare, Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, Uppsala universitet

Den oroande utvecklingen med krig i olika delar av världen och händelser i form av naturkatastrofer och terrordåd gör att psykiska trauman ofta hamnar i fokus. Studiet av traumatisk stress, mer specifikt posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), reser en del frågor: Är det traumat i sig som orsakar den psykiska störningen eller är det till övervägande del sårbarhetsfaktorer hos den trauma-exponerade personen? I vilken utsträckning är en händelse traumatiserande, och är den det för alla drabbade eller bara för en del?

Inte minst under det senaste året har frekvensen av psykisk ohälsa beroende på psykisk traumatisering diskuterats i olika sammanhang. Hur stor är förekomsten av PTSD efter en viss väldefinierad händelse, och hur stor är förekomsten i befolkningen? Hur skiljer sig barn från vuxna i upplevelse av trauma och symtombild vid posttraumatiska reaktioner?

Det är alltså angeläget att uppdatera kunskapsläget när det gäller PTSD, vilket är huvudsyftet med denna artikel.

### Potentiellt traumatisk händelse som utlösande faktor

Traditionellt har det psykiska traumat sammanfattats som en belastande händelse eller situation (kort- eller långvarig) av exceptionellt hotande eller katastrofal natur, som mest troligt skulle orsaka allvarlig stress hos de flesta människor (ICD-10).

De diagnostiska aspekterna diskuterades förra hösten i samband med en nordisk konsensuskonferens om PTSD vid Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri (KcKP) (Fakta 1) i Uppsala. Då konstaterades bl a att det sannolikt är mer ändamålsenligt att använda begreppet potentiellt traumatisk händelse (potentiellt traumatic event, PTE) än psykiskt trauma.

En och samma händelse kan uppenbarligen ha skiftande inbörd och grad av påverkan för olika exponerade personer beroende på bl a personlig psykisk sårbarhet, tidigare erfarenheter och aktuell psykosocial situation. Hos barn har ålder, utvecklingsnivå och föräldrarnas närvaro visat sig ha den största betydelsen i detta sammanhang. En potentiellt traumatisk händelse kan beskrivas i fyra dimensioner:

- Kroppsskada med olika nivå av allvarlighetsgrad och lokalisering.

### FAKTA 1. Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri

Sedan drygt fyra år finns Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri (KcKP) som en integrerad del av institutionen för neurovetenskap vid Uppsala universitet. **KcKP är ett av flera** kunskapscentrum initierade av Enheten för katastrofberedskap (EKB) vid Socialstyrelsen.

**I avsikt att stärka** och förbättra landets beredskap inför hot, kriser och stora katastrofer har Krisberedskapsmyndigheten anslagit pengar, som fördelats genom EKB som bidrag till forskningsverksamhet, bl a till KcKP.

- Dödsfara med olika allvarlighetsgrad, exponeringstid och grad av uppfattning om fara och död.
- Vittnesupplevelser med olika mått av emotionell och geografisk närhet eller grad av hjälplöshet.
- Hot mot integriteten, innebärande omöjliga val och kränkningar.

Stressbelastningen vid en sådan händelse kan dessutom vara av olika karaktär: Den kan utgöras av dels ett kortvarigt chocktrauma, följt av en akut, oftast övergående reaktion, dels kortvariga upprepade stressbelastningar med efterföljande ackumulerad reaktion, dels långvarig belastning med hög risk, låg möjlighet till kontroll och hög grad av ovisshet, t ex fångenskap i krigs- eller koncentrationsläger alternativt långvarig väntetid i en negativ asylprocess.

Inte sällan är det möjligt att vid olika potentiellt traumatiska händelser kvalitetsmässigt identifiera olika former av hot eller faror:

- Manifest fara som direkt kan registreras av den drabbade genom syn-, hörsel-, lukt- och känselintryck, vilket kan leda till posttraumatiska stressreaktioner.
- Ickemärkbar fara som inte kan registreras med egna sinnen, vilket kan leda till hypervigilans, hypokondri och somatiseringstillstånd, ibland i form av masspåverkan och förväntad fara, vilket kan leda till en specifik reaktion och ibland kompliceras med paranoida symtom eller diffusa oros- eller ångestsymtom.

### Förekomsten svår att kartlägga

Ett försök att kartlägga förekomsten av traumarelaterad psykisk ohälsa i den svenska befolkningen har gjorts [1] med ut-

### SAMMANFATTAT

**Händelser i omvärlden** gör att psykiska trauman ofta hamnar i fokus. En uppdatering av kunskapsläget vad gäller posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är därför angelägen. **Stor osäkerhet** råder gällande förekomst av PTSD i svenska befolkningen. **Initiala traumareaktioner** är ofta ändamålsenliga och ska inte patologiseras, men PTSD bör inte bagatelliseras. **Akut stressyndrom** korrelerar med senare PTSD. Sjukvår-

den, inklusive psykiatri, måste därför identifiera och behandla även dessa störningar. **Traumaspекtrumet** är bredare än avgränsad PTSD-diagnos; komplext PTSD bör därför beaktas som alternativ diagnos. **Faktorer** före, under och efter traumat påverkar risken att utveckla PTSD. **Förslag till framtida** inriktning av forskning inom området anges.

**TABELL I. Prevalens av posttraumatiskt stressyndrom i olika länder.**

Referens	År	Land/region	Diagnosmanual	Prevalens, procent
Frans, et al [1]	2005	Sverige	DSM-IV	5,6
Helzer, et al [5]	1987	USA	DSM-III-R	1,0
Davidson, et al [6]	1991	USA	DSM-III-R	1,3
Resnick, et al [7]	1993	USA/kvinnor	DSM-III-R	12,3
Kessler, et al [8]	1995	USA/kvinnor	DSM-III-R	10,4
		USA/män	DSM-III-R	5,0
Breslau, et al [9]	1995	USA	DSM-IV	8,3
ESEMeD [10]	2000	Europa/män	DSM-IV	0,9
		Europa/kvinnor	DSM-IV	2,9
Perkonigg, et al [11]	2000	Tyskland/män, 14–24 år	DSM-IV	1,0
		Tyskland/kvinnor, 14–24 år	DSM-IV	2,2
Gnanadesikan, et al [12]	2005	USA/15–24 år	DSM-IV	12,0
Khamis [13]	2005	Palestina/12–16 år	DSM-IV	34,1
Kessler, et al [14]	2005	USA	DSM-IV	3,5
Ahmad, et al [15]	2006	Irakiska Kurdistan/6–18 år	DSM-IV	32,3

**TABELL II. Frekvens av posttraumatiskt stressyndrom i samband med olika potentiellt traumatiska händelser.**

Referens	År	Land	Händelse	Uppföljningstid	Frekvens, procent
Holen [16]	1990	Norge	Sjökatastrof	9 år	33,5
Dahl [17]	1993	Norge	Väldtäkt	2 år	29,8
Shore, et al [18]	1986	USA	Vulkanutbrott	3,5 år	22,0
Lundin [19]	1998	Sverige	Flygolycka	3,5 år	21,3
Ahmad, et al [20]	1998	Irak	Massflykt	2 år	20,0
Ahmad, et al [21]	2000	Irak	Militär operation	5 år	78,0
			Översvämning	6 månader	46,0
Norris, et al [22]	2004	Mexiko	Diskoteksbrand	2 år	19,0
				1,5–2 år	25,0
Broberg, et al [23]	2005	Sverige	Trafikolyckor	4 månader	18,7
				4 månader	37,8
Shalev och Freedman [24]	2005	Israel	Terroristoffer	4 månader	37,8

gångspunkt i en enkätstudie av 1 500 män och 1 500 kvinnor i åldern 18–70 år, slumpvis utvalda ur befolkningsregistret. Enkäten var omfattande och inkluderade självskattningsinstrument. Svarefrekvensen var 60,8 procent. Det bedömdes att 3,6 procent av männen och 7,4 procent av kvinnorna (5,6 procent av hela gruppen) uppfyllde kriterierna för PTSD.

PTSD är mindre studerat hos barn än hos vuxna. Tillgängliga data visar dock skillnader mellan barn och vuxna i traumatiska upplevelser och PTSD-utveckling [2]. Kurdiska flyktingbarn i Uppsala och en jämförande svensk grupp matchad för kön, ålder och antal traumatiska upplevelser rapporterade t ex mer likheter än skillnader vad gäller både posttraumatiska stressymtom [3] och beteendeproblem [4]; de båda föräldragrupperna skilde sig däremot markant över kulturgränsen.

Ovanstående data kan jämföras med studier från andra länder/regioner (Tabell I). Det bör dock noteras att man i studierna har använt olika metoder (intervjuer och enkäter) och diagnosmanualer.

Av Tabell II framgår att frekvensen PTSD vid undersökning mer än 1,5 år efter den traumatiska händelsen varierar mellan 19 procent och 78 procent i olika länder. Risk för såväl över- som underdiagnostik finns till följd av bristfälliga kunskaper om i första hand vilken typ av traumatisk händelse som skall inkluderas. Det rör sig alltid om en reell händelse, vilken barn kan uppfatta annorlunda än vuxna.

När trauma och PTSD definieras hos barn måste barnets egen uppfattning om den enskilda händelsen inhämtas. För små barn föreligger delvis andra kriterier vad beträffar händelsens »realitet«.

Hur ett psykiskt trauma, alternativt en potentiellt traumatisk händelse, definieras är av avgörande betydelse för olikheterna i frekvenser av PTSD.

En annan viktig fråga är hur stor frekvensen är i en grupp personer, som blivit exponerade för en specifik traumahändelse vid samma tillfälle.

De studier som gjorts utgår ofta från drabbade vid stora olyckor och katastrofer. Hur lång tid som förflutit från traumat till undersökningstillfället är av betydelse för hur frekvensen skall tolkas.

En förklaring till att uppgifterna om prevalens varierar kan vara hur sträng man är i sina kriterier. När det har gått mer än ett år torde frekvensen avspejla förekomsten av kliniskt signifikant psykisk sjuklighet i PTSD.

De skandinaviska studierna är av särskild betydelse för att kunna uppskatta risken för PTSD i en svensk exponerad population. Den viktigaste »kulturella« skillnaden mellan Sverige och Norge i detta sammanhang torde vara de norska erfarenheterna av krig och ockupation under det senaste seklet. Förekomsten av PTSD varierar betydligt mellan olika studier (Tabell II).

Osäkerhetsmarginalen tycks således vara bred, och det finns inte några säkra kunskaper heller för svenska förhållanden när det gäller frekvensen av PTSD efter svår traumatisering.

### Diagnosen väl definierad

PTSD finns väl beskrivet och definierat i såväl DSM-IV [25] som ICD-10 [26]. Den ringa skillnaden mellan de diagnostiska systemen har tidigare diskuterats [27]. Dessutom har barnspecifika PTSD-kriterier tillkommit i DSM-IV. PTSD definieras i tre

## FAKTA 2. Risk- och skyddsfaktorer

Tidpunkt	Faktorer
Före traumat (sårbarhet):	Tidigare psykisk ohälsa, tidigare psykiska trauman, ålder, utvecklingsnivå, hereditär belastning för psykisk sjukdom, kön, socialt status, utbildningsnivå, mental förberedelse
Under traumat (traumafaktorer):	Allvarlighet, duration och kognitiva faktorer som påverkar hur individen tolkar händelsen, t ex känsla av hjälplöshet, maktlöshet
Efter traumat (stödåtgärder):	Eget och samhällets nätverk

symtomgrupper, som alla måste vara representerade för att man skall kunna sätta diagnosen:

- Ständigt återupplevande av den traumatiska händelsen (intrusion) på åtminstone ett sätt.
- Ständigt undvikande av stimuli (avoidance) som kan sättas i samband med traumat.
- Bestående tecken på psykisk överspändhet (hyperarousal), t ex i form av överdriven reaktion vid oväntade yttre stimuli (exaggerated startle response).

Fullt utvecklat PTSD är ett allvarligt tillstånd med svårt psykiskt lidande och risk för hög komorbiditet i depression med suicidrisk, andra ångestsyndrom och missbruk. Detta medför också stora kostnader för samhället, inte minst till följd av långa sjukskrivningar.

Uttalade och kraftiga psykiska reaktioner kan initialt vara ändamålsenliga, men kommer hos en del drabbade att utvecklas vidare och bli patologiska. Tidpunkten för när ett tillstånd blir patologiskt måste bedömas individuellt. Ett problem i vårt land kan vara att PTSD inte uppmärksammas tillräckligt i sjukvården. Sådan underdiagnostik kan vara en effekt av klinikerns rädsla för stigmatisering och medikalisering av livshändelser. En annan risk för underdiagnostik finns vid uttalad dissociation, vilken kan medföra lägre arousalnivå och därmed till synes frånvaro av symptom.

Å andra sidan har PTSD under senare år riskerat att bli något av en trenddiagnos i vissa länder, vilket i sin tur skulle kunna leda till överdiagnostisering. Risken för det senare kan möjligen minska om man i bedömningsituationen också kan identifiera förhöjd arousalnivå i symtombilden, dvs en brist i förmågan att kunna skruva ner de för den akuta fasen nödvändiga överlevnadsstrategierna, särskilt när de traumatiska minnena aktualiseras.

Avgränsningen av de två traumaspecifika diagnoserna PTSD och akut stressyndrom (ASD) bör noteras. Diagnosen PTSD kan enligt DSM-IV anges först efter en månad. Om PTSD-symtom finns före denna tidpunkt kan diagnosen ASD vara tillämplig.

Det finns emellertid studier som visar att 78 procent av dem som fått diagnosen ASD vid uppföljning sex månader senare uppfyllde kriterierna för PTSD [28, 29]. Detta bekräftar att den tidiga bedömningen med utgångspunkt i skattning av riskfaktorer är av stor betydelse för prioriteringen av sjukvårdens behandlingsinsatser. Samtidigt är det viktigt att notera att långt ifrån alla med ASD senare utvecklar PTSD, och patienter med tidig stressreaktion behöver därför inte nödvändigtvis högkvalificerad behandling. Med PTSD menas i detta sammanhang

»okomplicerat PTSD«, vilket förutsätter en avgränsad, enkel och tydligt definierad potentiellt traumatisk händelse, som har drabbat en person med normal premorbid personlighet. För barn förutsätts normal utvecklingsnivå och färdigutvecklat verbalt minne.

PTSD kompliceras inte sällan av sekundär komorbiditet i form av depression, annat ångestsyndrom (fobi och paniksyndrom) och missbruk. PTSD kan också förekomma samtidigt med ett somatiskt sjukdomstillstånd och borde kanske ses som en del av ett spektrum av psykiska och somatiska konsekvenser efter svår traumatisering.

Varken den väl kända och beskrivna långtidseffekten »bestående personlighetsförändring efter katastrofhändelse« eller komplext PTSD/DESNOS (disorders of extreme stress not otherwise specified) har hittills inkluderats i konsensusdiskussionerna om PTSD. Med komplext PTSD avses posttraumatiska stressreaktioner som föregåtts av upprepade eller långvarigare trauman och som många gånger utmärks av t ex nedstämdhet, låg självkänsla, självdestruktivt beteende, nedsatt impulskontroll eller somatisering – drag som förekommer i varierande grad hos dem som lider av PTSD [30].

### Särskilda riskfaktorer har identifierats

Generella riskfaktorer påverkar sannolikt i mycket hög grad i vilken utsträckning en traumaexponerad person utvecklar PTSsD.

I en metaanalys av 77 studier har Brewin och medarbetare [31] identifierat 14 olika riskfaktorer och hur dessa varierar beroende på typ av traumatisk händelse och om det har rört sig om en militär eller civil situation.

De bakgrundsfaktorer som genomgående hade stor betydelse var utbildningsnivå, förekomst av tidigare traumatisering, psykosociala problem eller utsatthet under barndomen samt vilket förhållande ett utsatt barn haft till förövaren och om någon närstående vuxen funnits med vid händelsen. Betydelsen av svåra uppväxtförhållanden med traumatiska händelser – upprepade eller kronisk traumatisering – för det enskilda barnet har i allmänhet inte kartlagts.

Andra riskfaktorer utgörs av: kön (kvinnligt kön ger högre risk), yngre ålder, lågt socioekonomiskt status, låg begåvningsnivå, etnisk minoritetstillhörighet, tidigare psykisk sjuklighet, misshandel/sexuellt utnyttjande under barndomen, psykisk sjuklighet i familjen, svårt trauma, brist på socialt stöd samt allmän livsstress.

För att förstå utvecklingen av PTSD kan det vara lika viktigt att undersöka medierande faktorer under traumat, t ex den individuella responsen och mognadsnivån. Peritraumatiska paniksymtom, uttalad hyperarousal och dissociation tycks också vara särskilda riskfaktorer för utveckling av PTSD.

I Fakta 2 sammanfattas risk-/skyddsfaktorer före, under och efter en potentiellt traumatisk händelse.

Orsaksfaktorer kan vara biologisk/genetisk sårbarhet liksom psykologisk/psykiatrisk, social och kognitiv sårbarhet. Sårbarheten är sannolikt minst lika viktig som traumats karaktär för att PTSD skall utvecklas – men kanske är den av större betydelse för prognosen.

### Epidemiologiska studier behövs

På basis av det aktuella kunskapsläget ger vi här i punktform en sammanfattning av våra slutsatser.

- Initiala traumareaktioner kan vara ändamålsenliga och skall inte patologiseras.
- PTSD är dock inget lindrigt tillstånd och bör inte bagatelliseras.
- Akut stressyndrom korrelerar i hög grad med senare utveck-

ling av PTSD. Psykiatrin har ansvar för att diagnostisera och behandla även dessa störningar.

- Upprepade och långvariga trauman kan i varierande grad identifieras hos dem som lider av PTSD; man bör i dessa fall beakta begreppet »komplex PTSD« som en alternativ diagnos.
- Faktorer både före, under och efter traumat påverkar risken för att utveckla PTSD.

Slutligen ger vi några förslag till inriktning av framtida forskning för att patienter med posttraumatiskt stressyndrom bättre skall kunna hjälpas:

- Epidemiologiska studier behövs för att kartlägga posttraumatiskt stressyndrom i den svenska befolkningen liksom inom undergrupper som psykiatriska patienter, missbrukare och svårt kriminellt belastade.

## REFERENSER

- Frans Ö, Rimmö PA, Åberg L, Fredrikson M. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatr Scand.* 2005;111:291-9.
- Ahmad A. Childhood trauma and posttraumatic stress disorder, a developmental and cross-cultural approach [dissertation]. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis, Comprehensive summaries of Uppsala dissertations from the faculty of medicine; 1999.
- Sundelin-Wahlsten V, Ahmad A, von Knorring AL. Traumatic experience and posttraumatic stress reactions in children and their parents from Kurdistan and Sweden. *Nord J Psychiatry.* 2001;55(3):395-9.
- Sundelin-Wahlsten V, Ahmad A, von Knorring AL. Do Kurdistanian and Swedish parents and children differ in their rating of competence and behavioural problems? *Nord J Psychiatry.* 2002;56:279-83.
- Davidson JR, Hughes D, Blazer DG, George LK. Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychol Med.* 1991;21:713-21.
- ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand.* 2004;109 Suppl 420:21-7.
- Perkonig A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand.* 2000;101:46-59.
- Khamis V. Posttraumatic stress disorder among school age Palestinian children. *Child Abuse Negl.* 2005;29(1):81-95.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity and comorbidity of 12-months DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:617-27.
- Ahmad A, Qahar J, Siddiq A, Majeed A, Rasheed J, Jabar F, et al. Reporting questionnaire for children as a screening instrument for child mental health problems in Iraqi Kurdistan. *Transcult Psychiatry.* In press.
- Dahl S. Rape – a hazard to health. Oslo: Scand Univ Press; 1993.
- Lundin T. Stressrelaterade sjukdomstillstånd [Stressrelated diseases]. In: Michel PO, editor. *Psyko-traumatologi [Psychotraumatologi]*. Lund: Studentlitteratur; 2001. p. 136-8.
- Ahmad A, Sofi MA, Sundelin-Wahlsten V, von Knorring AL. Posttraumatic stress disorder in children after the military operation »Anfal« in Iraqi Kurdistan. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2000;9:235-43.
- Norris FH, Murphy AD, Baker CK, Perilla JL. Postdisaster PTSD over four waves of a panel study of Mexico's 1999 flood. *J Traumatic Stress.* 2004;17(4):283-92.
- Broberg AG, Dyregrov A, Lilled L. The Göteborg discotheque fire: posttraumatic stress, and school adjustment as reported by the primary victims 18 months later. *J Child Psychol Psychiatry.* 2005;46(12):1279-86.
- Shalev AY, Freedman S. PTSD following terrorist attacks: a prospective evaluation. *Am J Psychiatry.* 2005;162(6):1188-91.
- Lundin T, Lotfi M. Posttraumatic stress disorder in DSM-III-R, DSM-IV, and ICD-10: A comparison and evaluation of the significance of the respective diagnostic criteria. *Nord J Psychiatry.* 1996;50:11-15.
- Harvey AG, Bryant RA. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A 2-year prospective evaluation. *J Consult Clin Psychol.* 1999;67:985-8.
- National Institute for Clinical Excellence. Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Clinical guideline 26. National Collaborating Centre for Mental Health UK; 2005.
- Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol.* 2000;66(5):748-66.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**Kommentera** denna artikel på [www.lakartidningen.se](http://www.lakartidningen.se)

Det finns fler än 30 000 artiklar i Läkartidningens artikelarkiv.

Som medlem i Sveriges läkarförbund når du arkivet via [www.lakartidningen.se](http://www.lakartidningen.se)

Utmanande saklig

**Läkartidningen**