

Post-traumatisk stress; PTSD, komplex PTSD och dissociation

HP Söndergaard, Kris- och traumacentrum 2016

A-kriteriet

- Personen exponerades för en eller fler av följande händelser: död eller dödshot, allvarlig skada eller hot om detta, verkligt eller hot om sexuellt övergrepp, på eller fler av följande sätt:
- Att själv uppleva händelsen / -erna
- Att personligen bevittna händelsen / -erna då de hände någon annan/andra
- Att få reda på att händelsen / -erna drabbade en nära anhörig eller nära vän; i dessa fall måste exempelvis ett dödsfall ha varit våldsamt eller orsakad av en olycka
- Att uppleva upprepad eller extrem exponering för fränstötande detaljer av händelsen / -erna (t.ex. de som samlar in kroppsdelar, poliser med upprepade exponeringar för detaljer angående barnmisshandel); detta gäller dock inte exponering genom elektroniska media, tv, film eller bilder, medmindre denna exponering är arbetsrelaterad.

B-cluster PTSD

- B. Inträngande symptom som är förknippade med den traumatiska händelsen / -erna (som började efter den traumatiska händelsen / -erna), som visar sig som ett eller fler av följande:
- Spontana eller "triggade" (framkallade av påminnelsestimuli) återkommande, ofrivilliga och inträngande plågsamma minnesbilder av traumatiska händelsen / -erna. NB: Hos barn kan repetitiv lek förekomma där teman eller aspekter av traumatiska händelsen / -erna uttrycks.
- Återkommande plågsamma drömmar under vilka innehållet och/eller affekten i drömmen är relaterad till händelsen / -erna. NB: Hos barn kan det finnas skrämmande drömmar utan igenkännbart innehåll.
- Dissociativa reaktioner (till exempel flash-backs) under vilka individen känner det eller handlar som om den traumatiska händelsen / -erna återkommer (Dylika reaktioner kan förekomma längs ett kontinuum, där den mest extrema reaktionen innebär fullständig förlust av medvetande om nuvarande omgivning) NB: Hos barn, kan traumaspecifikt återupprepande förekomma under lek.
- Intensiv eller långdragen psykisk plåga vid exponering för inre eller yttre påminnelsestimuli (cues) som symboliserar eller påminner om en aspekt av traumatiska händelsen / -erna
- Påtagliga fysiologiska reaktioner vid påminnelse om traumatiska händelsen / -erna

C-cluster PTSD

- C. Bestående undvikande av stimuli som är associerade med den traumatiska händelsen / -erna (som började efter händelsen/-erna), som visar sig genom ansträngningar att undvika en eller fler av följande:
- Undviker inre påminnelser (tankar, känslor eller kroppsliga sensationer) som väcker påminnelser om traumatiska händelsen / -erna.
- Undviker yttre påminnelser (människor, platser, konversationer, aktiviteter, objekter, situationer) som påminner om traumatiska händelsen / -erna

D-cluster PTSD

- D. Negativa förändringar i tankar eller stämningssläge som är förknippade med traumatiska händelsen / -erna (som började eller försämrades efter händelsen / -erna), som visar sig i 3 eller fler av följande: NB: Hos barn; som visar som 2 eller fler av följande:
- Oförmåga att minnas en viktig aspekt av traumatiska händelsen / -erna (i typiska fall dissociativ amnesi; ej orsakad av skalltrauma, alkohol eller droger).
- Kvarstående och överdrivna negativa förväntningar kring sig själv, andra, eller världen (t.ex. "jag är dålig", "man kan inte lita på någon", "jag har förlorat mig själv för alltid", "mitt nervsystem är permanent förstörd," "världen är fullständigt farlig").
- Bestående överdriven förebråelse mot sig själv eller andra angående orsaken eller konsekvenserna av traumatiska händelsen / -erna
- Genomgående negativt känsloläge – till exempel: rädsla, skräck, vrede, skuld eller skam
- Påtagligt minskat intresse eller deltagande i betydelsefulla aktiviteter.
- Känsla av frångkoppling eller främlingskap gentemot andra.
- Bestående oförmåga att uppleva positiva känslor (dvs. oförmåga att känna kärleksfulla känslor, psykisk stumhet)

E-cluster PTSD

Förändringar i arousal eller reaktivitet som är förknippad med traumatiska händelsen / -erna (som började eller försämrades efter traumatiska händelsen / -erna), som visar sig i 3 eller fler av följande: NB: Hos barn; som visar sig i 2 eller fler av följande:

- Irritabilitet eller aggressivt beteende
- Vårdslöst eller självdestruktivt beteende
- Ökad anspänning
- Ökad ryckighet
- Koncentrationssvårigheter
- Sömnstörning, till exempel svårigheter att somna eller sova, eller orolig sömn.

- F. Varaktigheten av störningen (symptom under kriterie B, C, D och E) är mer än en månad.
- G. Störningen orsakar kliniskt signifikant plåga eller försämring inom sociala, yrkesmässiga eller andra viktiga funktioner.
- H. Störningen orsakas inte av den direkta fysiologiska effekten av en substans (såsom medicin eller alkohol) eller av en medicinsk åkomma (till exempel traumatisk hjärnskada eller coma).

Specificera:

- Med fördröjd debut: Om tröskeln för diagnosticering inte överstigs till sex månader eller senare efter händelsen / -erna (även om visa av symptomen kan ha börjat tidigare).

E-cluster PTSD

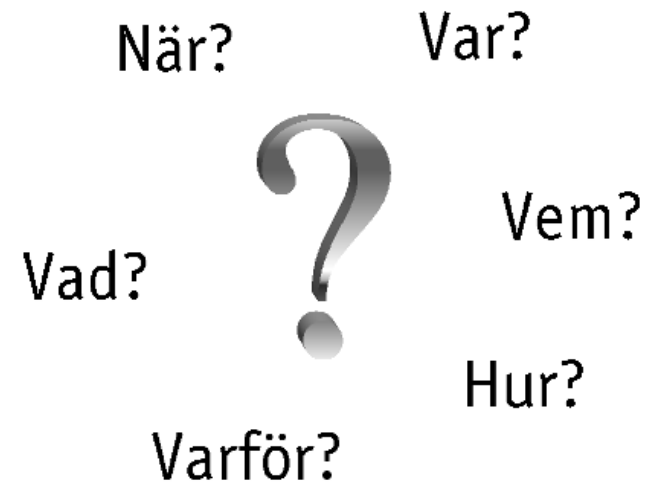
- Förändringar i arousal eller reaktivitet som är förknippad med traumatiska händelsen / -erna (som började eller försämrades efter traumatiska händelsen / -erna), som visar sig i 3 eller fler av följande: NB: Hos barn; som visar sig i 2 eller fler av följande:
- Irritabilitet eller aggressivt beteende
- Vårdslöst eller självdestruktivt beteende
- Ökad anspänning
- Ökad ryckighet
- Koncentrationssvårigheter
- Sömnstörning, till exempel svårigheter att somna eller sova, eller rastlös sömn.

DSM-5: Dissociativa störningar

- Dissociativ identitetsstörning (DID)
- Dissociativ amnesi
 - med (vanligt) eller utan fugue (ovanligt)
- Depersonalisations/Derealisations-störning
- Andra specificerade dissociativa störningar (inte full DID, hjärntvätt, akutreaktion, trance/stupor/koma)
- Ospecificerade dissociativa störningar

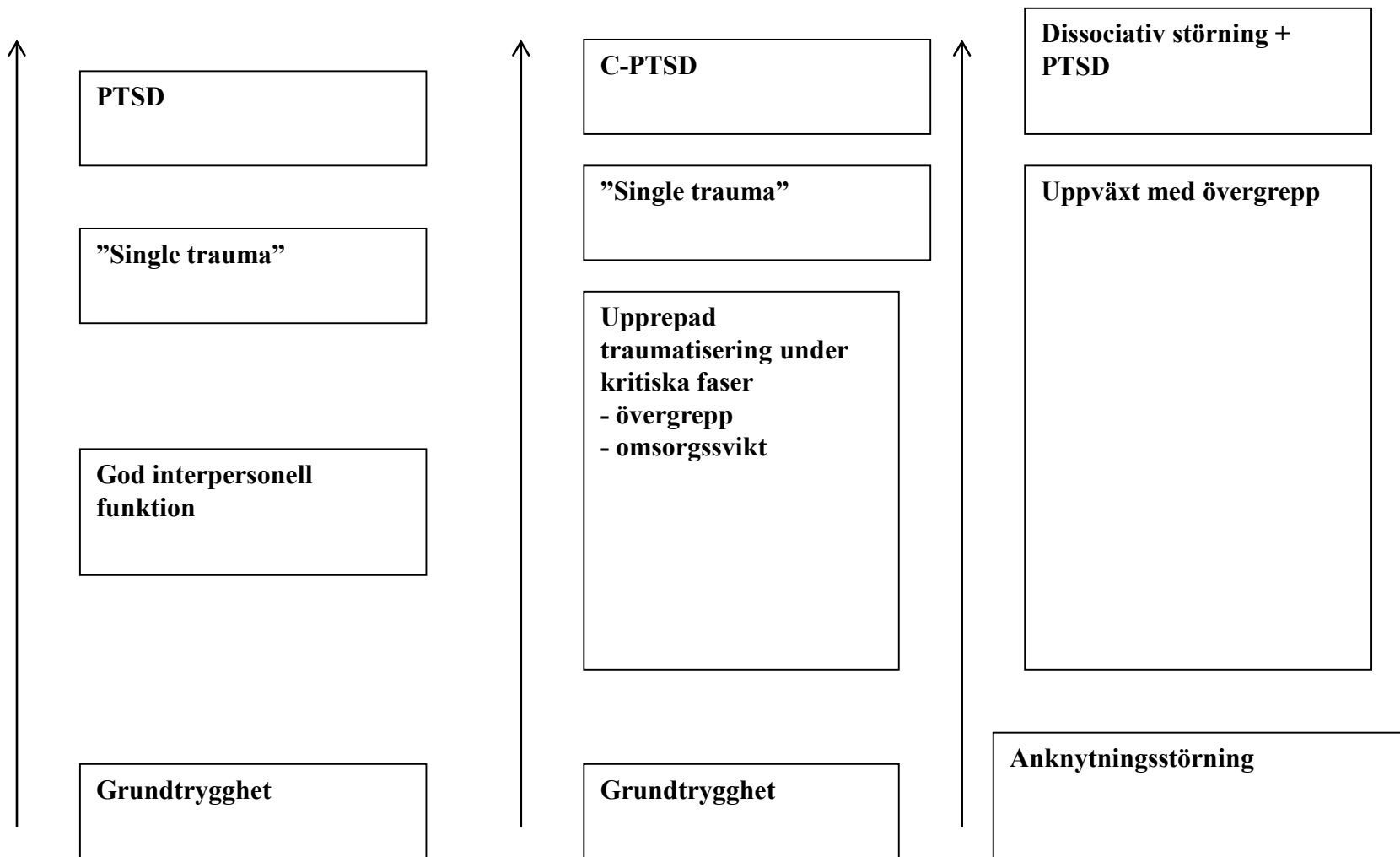
Tecken på möjlig dissociativa störning

- Många år med misslyckad terapi
- Många tidigare diagnoser
- Luckor i minnet
- Derealisation/depersonalisation
- Snabba växlingar i utseende, röstklang, stämning
- Förvirring hos terapeuten/ behandlaren



ICD 11

- Enkel PTSD
- Komplex PTSD
- Dissociativa störningar
 - Inom samma grupp av diagnoser!!



[Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys.](#)

Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG et al. Br J Psychiatry. 2010 Nov;197(5):378-85. doi: 10.1192/bjp.bp.110.080499.

Behandling av kompleks PTSD

- [Evidence-based treatment for adult women with child abuse-related Complex PTSD: a quantitative review.](#)
- **Dorrepaal E**, Thomaes K, Hoogendoorn AW, Veltman DJ, Draijer N, van Balkom AJ.
- Eur J Psychotraumatol. 2014 Oct 14;5:23613. doi: 10.3402/ejpt.v5.23613. eCollection 2014.

Psykoedukation

- Gör symptomen begripliga (normalisering)
- Ökar varseblivningen av dissociation
- Ökar medvetenheten om triggerstimuli

Juridisk/social stabilisering

- Omöjligt att behandla om inte patienter är i säkerhet
- Många patienter hamnar i situationer som väcks när de börjar knyta an där de upprepar försöken att knyta an till förövare
- Den dåliga självkänslan ger problem med "self-efficacy"
- Viktigt med fokus på detta initialt
 - Risk för re-enactment inom terapi
 - Risk för re-enactment utanför terapi

Vid single-trauma PTSD

- Trygg plats
 - Om detta fungerar, EMDR eller Prolonged Exposure

Komplex PTSD

- Fas-I behandling viktig
 - Färdigheter
 - Affektreglering
 - Mindfulness, EFT, trauma-anamnes (innebär en viss exponering, men i kontexten att skapa autobiografiska minnen).
 - Psykoedukation
 - Fördjupad anamnes

Dissociativa störningar

- Olika behandlingstraditioner
- Enligt teorin om strukturell dissociation;
 - Arbeta med fobin för anknytning
 - Arbeta med fobin för delpersonligheters minnen
 - Arbeta med fobin för traumatiska minnen
- Enligt Internal Family Systems eller Ego State Therapy;
 - be patienten låta delpersonligheter komma till tals

Ego State Therapy, IFS och strukturell dissociation

- Under extremt trauma tidigt i livet kan det uppstå delpersonligheter som tillhör/ har uppkommit ur biologiska reaktionsmönster; vanligtvis
 - Freeze
 - Fight/flight
 - Submission
- Inom olika terapitraditioner talar man om Ego States, Internal Family Systems och strukturell dissociation. '
 - Metafor?
 - Verkligt?

EMDR-metoder

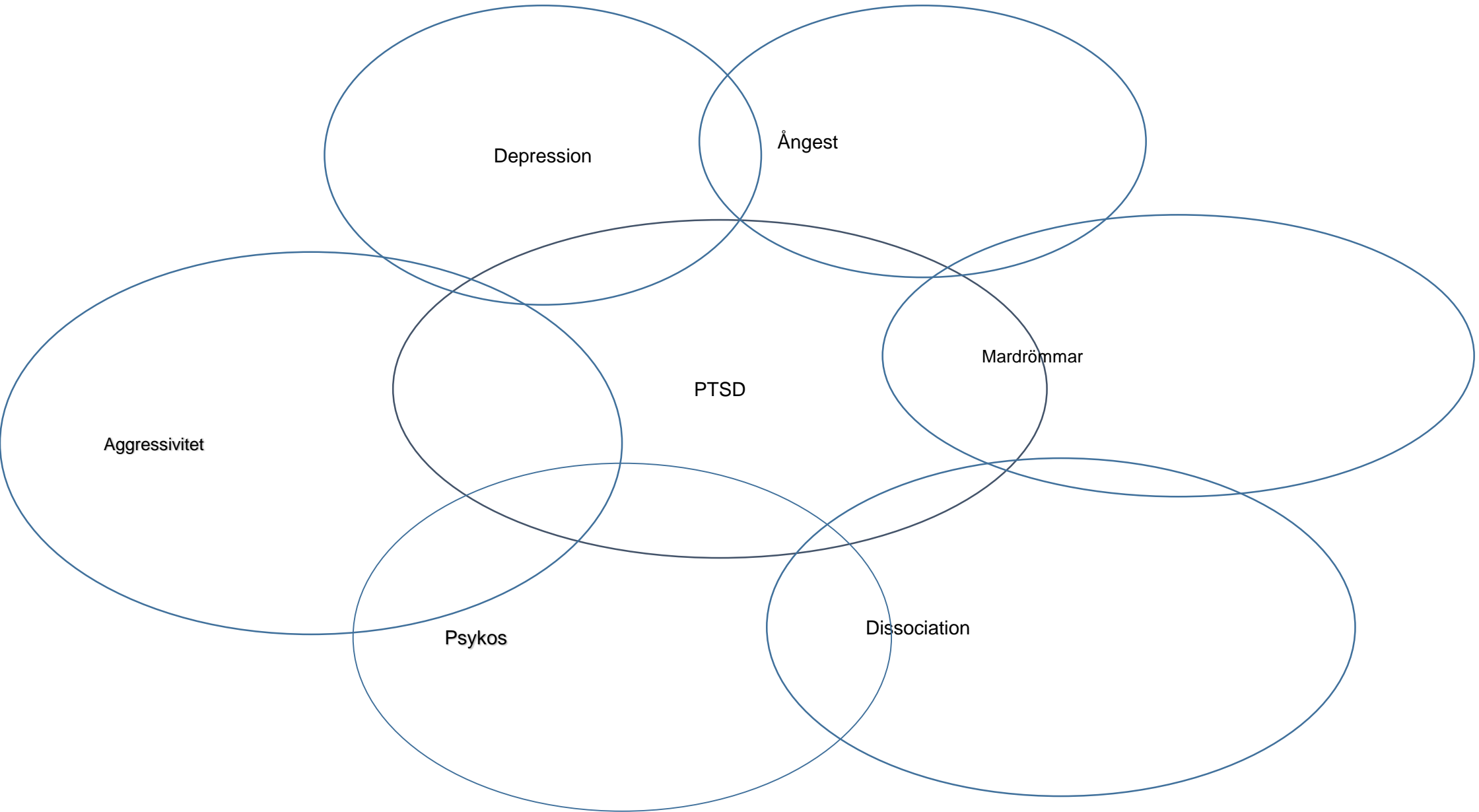
- Trygg plats
- Resursarbete
- April Steele: Inner Child Nurturing
- Jim Knipe: Trygg förankring i här och nu (CIPOS)

Utredning

- Trygg plats
- Screening
 - PTSD-skala
 - Depressionsskala
 - Dissociative Experiences Scale
 - Somatoform Dissociation Questionnaire
 - TEC (Nijenhuis)
 - SIDES (Ford)
- Diagnostik
 - Clinical Assessment for Post-traumatic Stress (CAPS-5)
 - Axel II (BPO)
 - SCID-D (Steinberg)
 - Anknytning (exempelvis adult attachment interview)

Litteraturförslag

- Allmänt om dissociation: Loewenstein R, Putnam F: Dissociative disorders, p 1844-1901 i :(Eds) Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8' Edition, Lippincott, Williams, Wilkins: Philadelphia 2005
- Traditionellt om DID-behandling: Chu J: Rebuilding Shattered Lives. Wiley, New York, 1998
- Komplex PTSD: [Treating Complex Traumatic Stress Disorders \(text only\) 1st \(First\) edition by C. A. Courtois, J. D. Ford, B. A. van der Kolk, J. L. Herman](#) - Hardcover (2009) by J. D. Ford, B. A. van der Kolk, J. L. Herman C. A. Courtois
- Behandling av dissociativa störningar: Onno van der Hart, Ellert Nijenhuis, Kathy Steele: The Haunted Self. Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization. Norton, New York, London 2006.
- Om Ego State Therapy: Watkins J & Watkins H: Ego States; Theory and Therapy 1997
- Om Internal Family Systems: **Internal Family Systems Therapy.** [Richard C. Schwartz](#)
- [Psykoedukativt program för patienter med dissociativa störningar: Coping with Trauma-Related Dissociation: Skills Training for Patients and Therapists](#) by [Suzette Boon](#), Kathy Steele, and Onno van der Hart



Komplex PTSD

Enligt Courtois, Ford, Cloitre

Definition av komplex PTSD

- Innefattar insikten om att många patienter med PTSD också har mer omfattande problem inom en rad områden, vilket beror på att traumatiseringen inte har drabbat mogna välfungerande individer men har inträffat under känsliga mognadsfaser och lett till störningar i normala funktioner (Herman 1992)

Förändring i affektreglering

- Hantering av vrede och självdestruktiva impulser
 - Svårigheter att finna tröst och lugn
 - Missbruk
 - Självskadebeteende
 - Som paradoxalt nog ofta kan vara delvist adaptiva

Förändringar i uppmärksamhet och medvetande

- Amnesi
- Dissociativa episoder
- Depersonalisation

Förändringar i självbilden

- Skuld och ansvar (för övergrepp)
- Skam
- Dålig
- Ond
- Förtjänar inte uppmärksamhet
- Utesluten

Ändrat perception av förövaren

- Accepterar förövarens bild
- Ledar till ambivalent, undvikande eller desorganiserade anknytningsmönster

Förändringar inom relationer

- Misstror alla
- Undviker närhet

Somatisering eller somatisk samsjuklighet

- Kroppsminnen
- Kronisk stress

Förändringar i mening ("Antonovski")

- Hopplöshet
- Uppgivenhet

Utredning

- Vanliga rutintester ger inte så mycket
- Om det finns indikation på traumatisering, används instrument för denna patientgrupp successivt, särskild instrument för PTSD och dissociation
- Screening: PTSD-skala, DES, SDQ-5, SIDES, TEC

Behandlingsmål för PTSD-symptom

- Ökad fysisk och psykologisk stabilitet
- Ökad självförtroende och tillit
- Reduktion av PTSD-symptom
- Att återfå en normal reaktion på stress
- Avbetingning av ångest och rädsla
- Bearbetning av traumatiska minnesbilder
- Vidmakthålla/förbättra social funktion
- Etc .

Behandlingsmål för komplex PTSD

- Dessutom
 - Hantera uvecklingsmässiga brister
 - Förmåga till affekthantering
 - Återställa normal anknytning
 - Förmåga att hantera och avstå från riskbeteende
 - Identifiera dissociativa processer
 - En känsla av självet som värdefullt/integrerad/ helt
 - Förebygga "re-enactment" och att utsätta själv eller andra
 - Att sluta utsätta sig för utnyttjande/svikt
 - Sammanhang och mening

Fas I

- Säkerhet
- Hantera extrem "arousal" och "numbing/dissociation"
- Att våga närma sig affekter/kroppsupplevelser som påminner eller yttre händelser som "trigger"
- Patientutbildning
- Att bli varse självet (identitet, kontroll, "self-efficacy")
- Även fas I innebär en viss bearbetning eftersom traumat är upphovet till bestående eftersom denna fas indirekt/direkt relaterar till traumatiska händelser

Fas II

- Att under trygga förhållanden reflektera över sina traumatiska minnen som ledar till successiv etablering av autobiografiska minnen (känna, inte distansera)
- Sorg
- Under denna fas är det viktigt att patienten förväntas leva en normal tillvaro. Terapin får inte bli en ersättning för detta och inte heller skall terapeuten acceptera patienten som skadat för gott
- Traumafokus

Fas III

- Konsolidering
- Återfallsprofylax: Undvika undandragande, fysisk aktivitet, etc.

Synpunkter på farmakologisk behandling

- Läkemedelsbehandling har begränsat effekt på PTSD i sig (ES ~0,25) (Br J Psychiatry 201;206(2):93-100. doi:10.1192/bjp.bp.114.148551)
- SSRI och andra antidepressiva acceptabla, men kanske undvika kraftigt aktiverande, som kan öka PTSD-symptom.
- OBS: I utvalda fall kan licenspreparatet prazosin ge mycket god effekt på mardrömmar
- Självfallet skall samsjuklighet behandlas med adekvat farmakologi