



Kris- och Traumacentrum

Kris- och Traumacentrum

PTSD och psykisk sjukdom

Suzanne Gieser

fil dr, leg psykoterapeut, handledare

Psykisk traumatisering

Psykisk traumatisering innebär:

- En extremt påfrestande händelse/situation som varken kan undflys eller hanteras av individens tillgängliga resurser (Van der Kolk, 1996).

Olika typer av trauman

- Den psykiska traumatiseringen kan vara av olika allvarlighetsgrad och kan klassificeras i:
 - Typ - I
 - Typ - II
 - "Crossing-over Conditions"



Typ I

Avgränsande psykisk traumatisering. Avser ett enstaka trauma, t.ex. en bilolycka, svår brännskada, misshandel eller våldtäkt.

Inom denna grupp ryms diagnoserna:

- Akut Stressyndrom (ASD)
- Posttraumatiskt Stressyndrom (PTSD)



Typ II

Mer generaliserad psykisk traumatisering. Betecknar mer långvariga och upprepade trauman, t.ex. tortyr, systematisk misshandel, långvariga sexuella övergrepp.

Inom denna grupp ryms diagnoserna:

- **Komplex PTSD** (Herman 1992, 1997) eller
- **DESNOS**, (Disorder of Extreme Stress not Otherwise Specified) (Van der Kolk 1996),.



AKUT STRESSYNDROM (ASD)

(308.3 DSM-V; F43.0 ICD-10)

A. PERSONEN HAR VARIT UTSATT FÖR EN TRAUMATISK HÄNDELSE

(Yttre omständigheter som ligger utanför det normala livet och som vore plågsamma för de flesta människor, tortyr, krig, våldtäkt, men även rån, överfall, trafikolyckor, naturkatastrofer m.m.)

Personen upplevde, bevittnade eller konfronterades med en händelse eller en serie händelser som innebar:

- **Död**
- **Allvarlig skada (eller hot om detta)**
- **Ett hot mot egen eller andras fysiska integritet**

Personen reagerade med intensiv:

- Rädsla, hjälplöshet eller skräck

Obs. Hos barn kan detta ta sig uttryck i desorganiserat eller agiterat beteende.

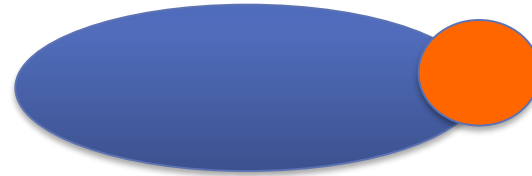


- Akutfas: psykologisk första hjälpen
- Mellanfas: I mellanfasen handlar det om att avläsa hur den drabbade anpassar sig till konsekvenserna av det inträffade. Här är det avgörande med organisation, kontakt med professionella eller hjälpare, struktur från såväl samhällets sida som i det sociala nätverkets. De som behöver behandling bör ha identifierats under denna fas.
- Långtidsfas: I den sista fasen, långtidsfasen, handlar det om att behandla och följa upp de personer som har bestående svårigheter till följd av traumat (Michel et al 2010, Litz 2010, Bonanno 2011).

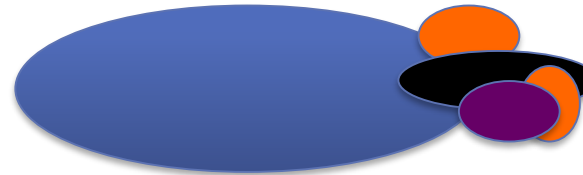


Olika grader av dissociation

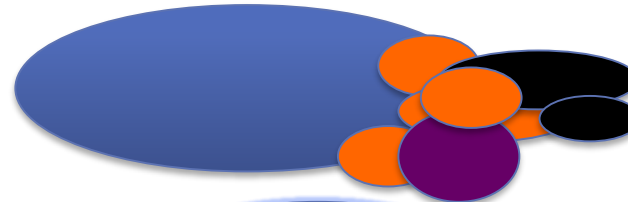
PTSD



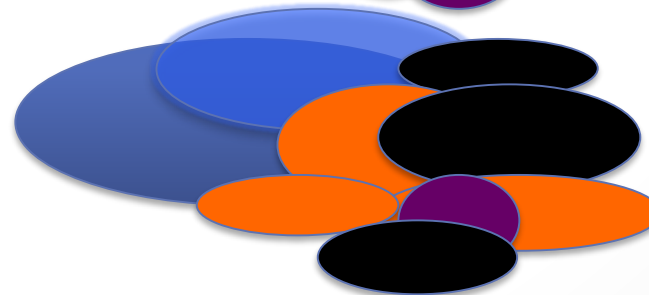
Komplex PTSD



Enkel DID



Svår DID



DISSOCIATIVA SYMTOM

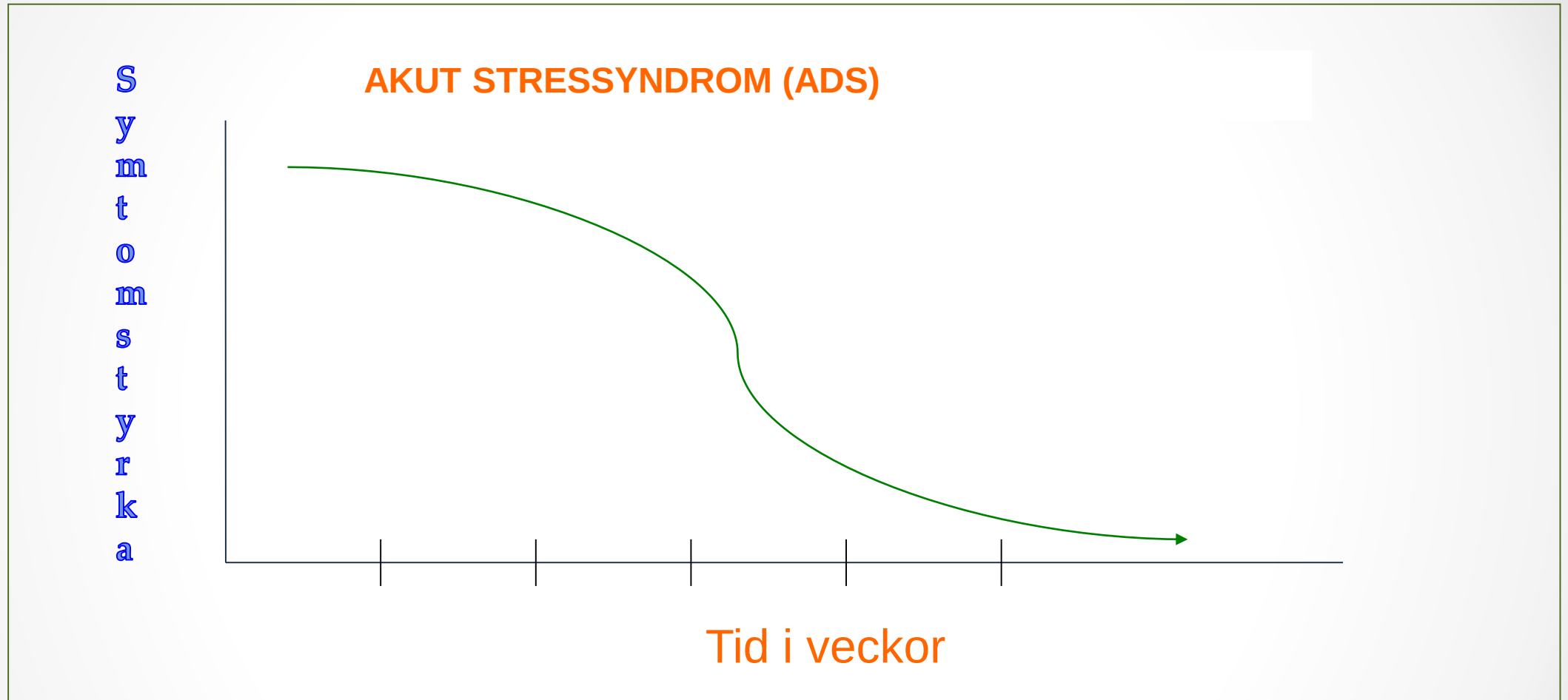
Tre eller flera dissociativa symtom förekom under eller efter den traumatiska händelsen:

- Känsla av bedövning, likgiltighet eller oförmåga till känslomässig respons
- Minskad uppmärksamhet på omgivningen ("leva som i en dimma")
- Derealisation (försvagad eller förvrängd uppfattning av verkligheten)
- Depersonalisation (försvagat, förvrängt eller förlust av det egna personlighetsmedvetandet)
- Dissociativ amnesi (oförmåga att minnas någon viktig del av händelsen)

P T S D: Post Traumatic Stress Disorder

- Trauma= från grekiskans "sår", sår i själen
- Post=efter
- Inte händelsen som är traumat utan **reaktionen på, effekten eller konsekvensen av** på en händelse, vi talar om potentiellt traumatiserande händelser, dvs händelser som med hög sannolikhet kommer ge trauma.
- Effekten är stress relaterade symptom som avsevärt påverkar funktionalitet
- De flesta som är med om potentiellt traumatiserande händelser **utvecklar inte bestående posttraumatiska reaktioner**, upp till 85% självläker (Se t ex Bonnano et al 2005)



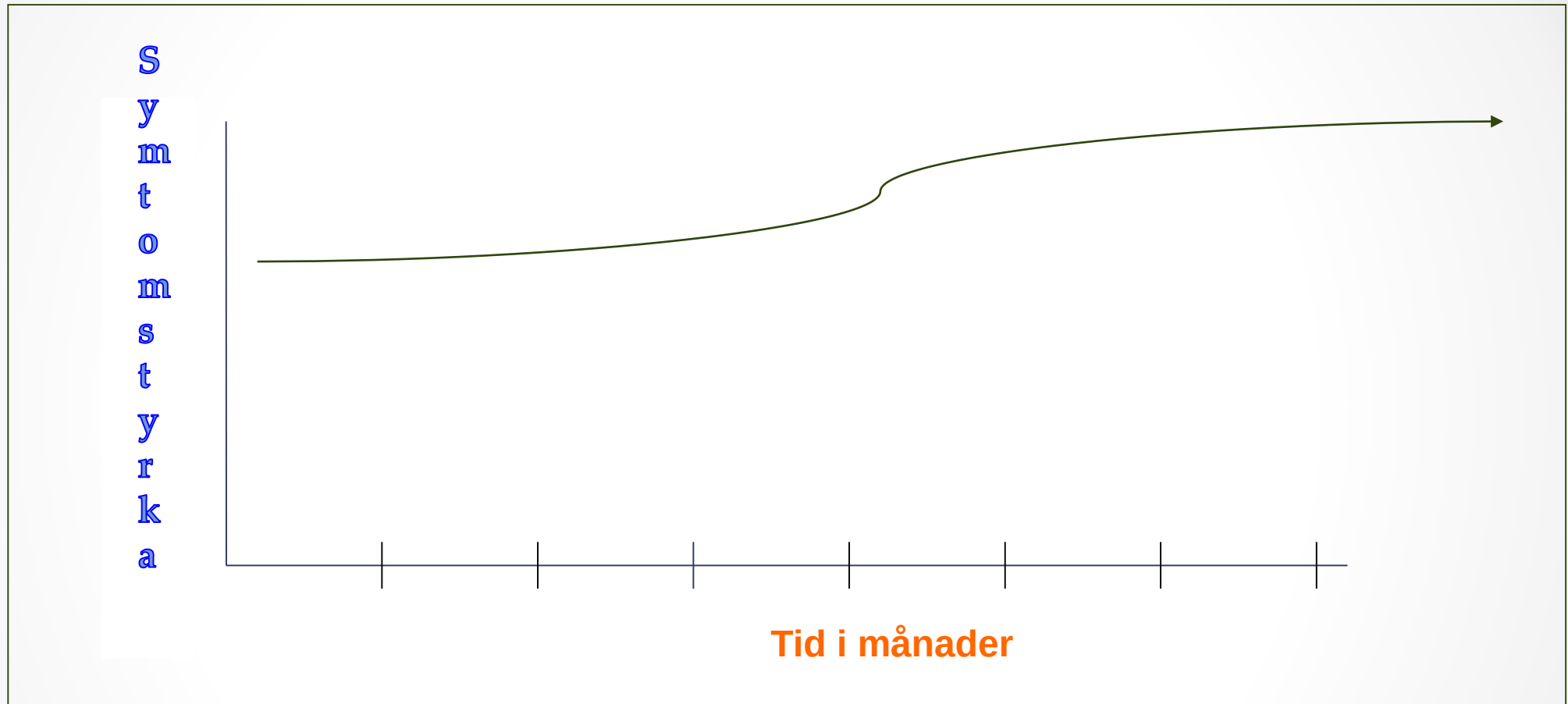


Normala reaktioner på onormala händelser



Kris- och Traumacentrum

POSTTRAUMATISKT STRESSYNDROM (PTSD)

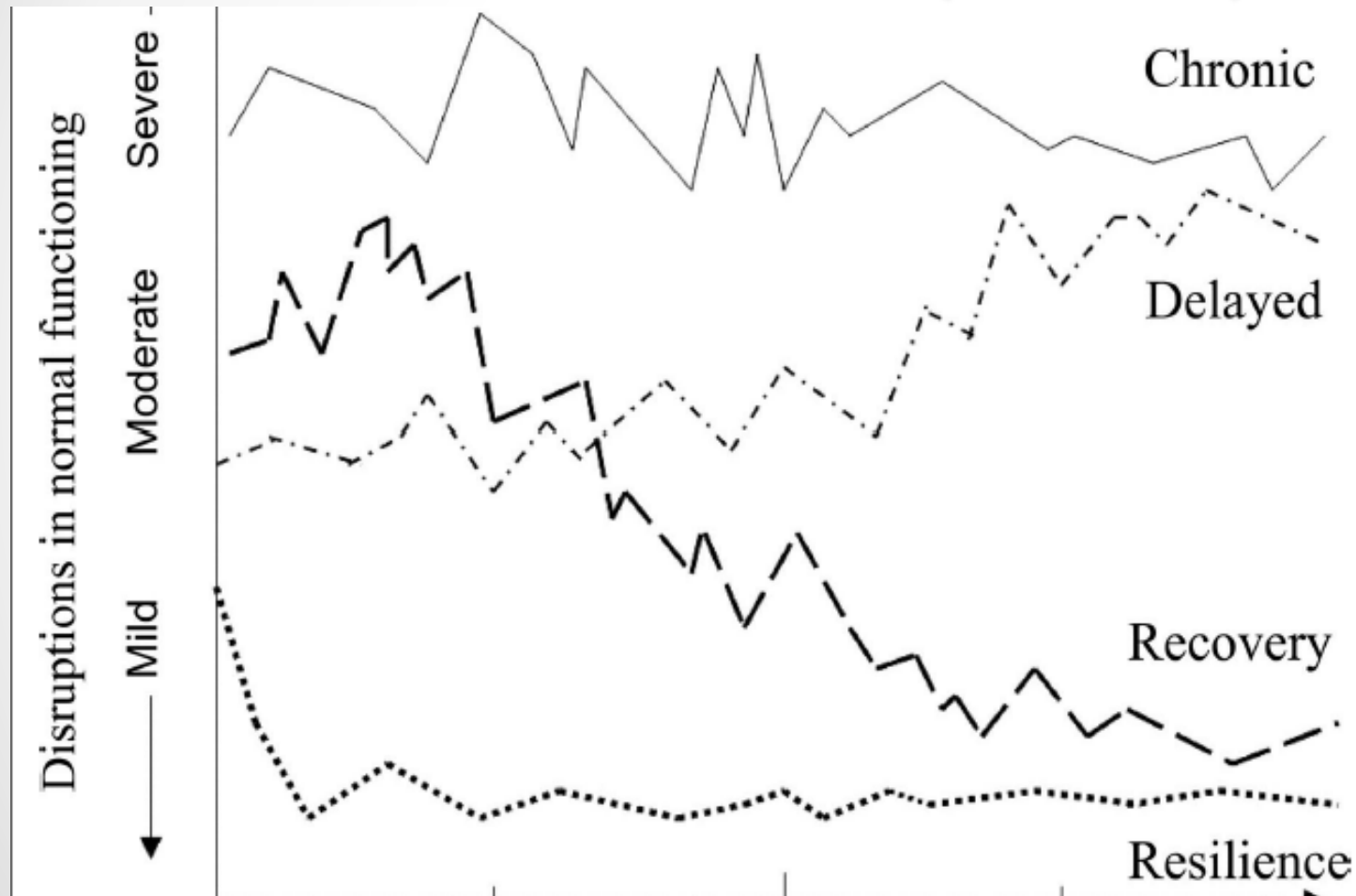


Motståndskraft

- God stresshanteringsförmåga,
 - Impulskontroll,
 - Tro på sig själv
 - Förmåga till att se helheten
 - Problemlösningssförmåga
 - Se möjligheter
-
- DVS ha tillit till självläkningens kraft



Återhämtning enligt Bonanno (2005)



Kronisk 10-30%
Delayed 5-10%,
Återhämtning 15-35%,
Resilience 35-55%



Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD):

Definitioner av traumatiserande händelser ICD och DSM

ICD-10: Reaktion på en traumatisk händelse eller situation (av kortare eller längre varaktighet) av exceptionellt hotande eller katastrofalt slag , som kan väntas medföra kraftig påverkan på praktiskt taget alla människor.

Kriterium A- enligt DSM 5:

- A. Exponering för faktisk död eller livsfara, allvarlig skada eller sexuellt våld.
- B. Återupplevande av traumatiska händelsen (minnesbilder, mardömmar och flashbacks).
- C. Undvikande av stimuli associerade med den traumatiska händelsen (personer, platser, situationer, minnen, tankar och känslor).



P T S D: Post Traumatic Stress Disorder

- D. Negativa förändringar i kognitioner och känslor (amnesi, bestående och överdrivet negativ syn på sig själv, andra och omvärlden, skräck, vrede, skuld, skam, likgiltighet, oförmåga att uppleva positiva känslor).
- E. Markanta förändringar i anspänning och reaktivitet (irritabilitet, aggressivitet, hänsynslöshet eller självdestruktivt beteende, vaksamhet, lättskrämdhet, koncentrationssvårigheter, sömnstörning).
- F. Varaktighet mer än en månad.
- G. Väsentligt lidande eller funktionsnedsättning arbetsmässigt, socialt eller i andra avseenden.
- H. Symtomen beror inte på fysiologiska effekter av någon substans (t ex läkemedel, alkohol) eller något annat medicinskt tillstånd.



P T S D: Post Traumatic Stress Disorder

- D. Negativa förändringar i kognitioner och känslor (amnesi, bestående och överdrivet negativ syn på sig själv, andra och omvärlden, skräck, vrede, skuld, skam, likgiltighet, oförmåga att uppleva positiva känslor).
- E. Markanta förändringar i anspänning och reaktivitet (irritabilitet, aggressivitet, hänsynslöshet eller självdestruktivt beteende, vaksamhet, lättskrämdhet, koncentrationssvårigheter, sömnstörning).
- F: Varaktighet mer än en månad.
- G: Väsentligt lidande eller funktionsnedsättning arbetsmässigt, socialt eller i andra avseenden.
- H: Symtomen beror inte på fysiologiska effekter av någon substans (t ex läkemedel, alkohol) eller något annat medicinskt tillstånd.



Specificera om

AKUT: Symtom har varat mindre än tre månader

KRONISKT: Symtom har varat tre månader eller längre.

MED FÖRSENAD DEBUT: Symtomen debuterade minst sex månader efter traumat.



Särskild uppmärksamhet på:

- Återupplevande, överspändhet, undvikande, bristande tillit, rädsla (isolera sig, mörkerrädsla) Känsla av förkortad framtid (här och nu tänkande) Depressivitet, ångest, suicidtankar
- Förändrat beteende, ökad/ihållande irritabilitet, riskfyllt beteende etc. Känsla att vara död (dödsognition)
- Kroppsliga symtom (spänningar i axlar, rygg och käkar, huvudvärk, magont) – samarbete med smärtklinik
- Missbruk
- Dissociation (overklighetskänslor inför sig själv eller omgivning, amnesi)



Traumatiserades symtom

- Överensstämmer med många diagnoser, tex
- Depression
- OCD
- Psykos
- Sexuell dysfunktion
- Personlighetsförändringar
- Samsjuklighet
- Förutom alla sociala effekter, förstörda relationer, avbrutna studier, ekonomiska och statusmässiga förluster



Differentialdiagnostik

- Krisreaktion
- Depression
- Anpassningsstörning
- Migrationstress
- Komplicerad sorg
- Ångestdiagnoser: GAD, paniksyndrom



PTSD utgör ett allvarligt hinder för

- Språkinläring
- förmågan att tillgodogöra sig ny information
- anpassning till nya förhållande
- föräldrarollen och föräldrafunktionen
- äktenskapliga relationer
- integrering till nya miljö och arbetsförhållande
- adekvata känslomässiga reaktioner
- skaffande av nya relationer och vänner
- framtidsplanering



Komplex PTSD

- Vid **Komplex PTSD** finns det en omfattande symtombild (utöver PTSDs symtomatologi) som många gånger leder till allvarlig psykisk insufficiens och hospitalisering.
- Symtombilden är sammansatt med inslag av personlighetsförändringar och stor risk för upprepade skada (suicidrisk).
- Förekomsten av självdestruktiva beteenden och/eller risken för att bli skadad av andra ökar markant.



Symtombilden vid komplex PTSD

- Förekomsten av PTSD-symtomatologi med inslag av återupplevande, undvikande och överspändhet samt flera allvarliga affektiva och kognitiva negativa reaktioner
- Affektiva störningar. Affektregleringssvårigheter; till exempel impulsgenombrott
- Allvarliga depressiva reaktioner, suicidimpulser, oförmåga att kontrollera starka negativa känslor



Symtombilden vid komplex PTSD (forts)

- Förändringar och förvrängningar i själv- och identitetsuppfattning
- Förändringar och försämringar i relationen med andra människor
- Förändringar eller förvrängningar i synen på förövaren eller förövarna
- Ökad risk för retraumatisering
- Ökad somatisering



Crossing-over conditions

Innebär att trauma av Typ - I övergår i Typ - II beroende på försvårande omständigheter som t.ex. omsorgssvikt eller brist på adekvat behandling.



Hot och stress

- Försvarssystemen är psykobiologiska reaktionsmönster som ska skydda oss från hot och värna vår överlevnad
- Aktivering av autonoma nervsystemet; hyperarousal och hypoarousal
- I en hotfull miljö är det funktionellt att vara vaksam och försvarsberedd
- I en relativt trygg miljö blir detta dysfunktionellt och till symptom.



TRIGGER

(hotfullt stimuli, något som gör en rädd)

FREEZE

orienteringsrespons – ökad uppmärksamhet

Social bemästring/rop
på hjälp

Motstånd/kamp

Flykt

Hjälplöshet/avstängdhet

adaptivt

*Kronisk
underkastelse/värdelöshet
"jag duger inte"
"det är mitt fel"*

*Kronisk
otrygghet/hypervigilans
"jag är otrygg"
"jag har inte kontroll"
"jag är otrygg"
"jag har inte kontroll"*

*Kronisk
hjälpplöshet/avstängdhet
"jag är hjälplös"
"jag kan inte göra
något"*

Icke adaptivt



Kris- och Traumacentrum

Risikfaktorer

FÖRE:

- Demografiska variabler: ålder, kön, utbildning, begåvning, social situation
- Personlighetsfaktorer, självbild
- Livssituation i övrigt, ackumulerad stress
- Tidigare traumaerfarenheter
- Tidigare psykiatrisk historia

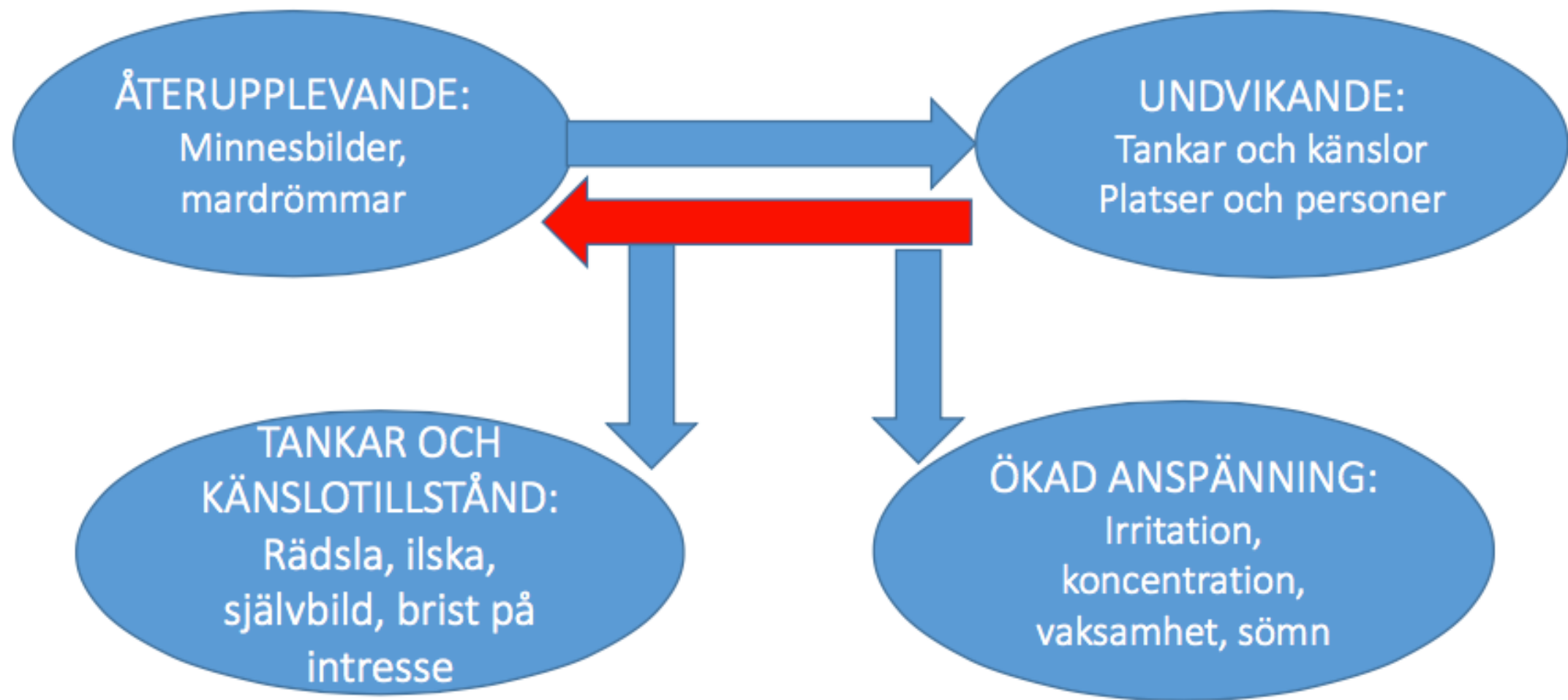
UNDER:

- Typ av händelse: våld - olyckshändelse
- Grad av exponering
- Kontrollförlust
- Peritraumatisk dissociation
- Roll i händelsen – hur man tolkar denna

EFTER:

- Brist på socialt stöd
- Skuldbeläggande
- Ytterligare annan stress





Komplicerad sorg

- Gupta och Bonanno skriver i sin artikel "Complicated grief and deficits in emotional expressive flexibility" (2011) att skillnaden mellan de som har komplicerad sorg och de som inte har det kan hänföras till en hypotes om emotionell flexibilitet. Det handlar sålunda inte om obearbetade känslor och upplevelser utan om begränsad förmåga att påverkas av såväl inre som yttre stimuli som kan tänkas förändra pågående känslotillstånd. Det kan översättas till att en person som har förmåga att känna glädje eller hindra negativa känslouttryck i vissa situationer har större chans att återfå sin hälsa snabbare jämfört med den som inte har det.



Andra traumarelaterade diagnoser

F62.0: Varaktig personlighetsförändring till följd av katastrofupplevelse

Bestående personlighetsförändringar, med minst två års varaktighet, som uppstått efter katastrofal belastning. Stressen skall ha varit så uttalad att personlig vulnerabilitet inte kan komma i fråga som förklaring till personlighetsförändringen. Tillståndet karakteriseras av en fientlig eller mistrogen attityd mot omvärlden, en social tillbakadragenhet, känslor av tomhet eller hopplöshet, en kronisk känsla av att vara ständigt hotad samt en främlingskänsla.

Posttraumatiskt stressyndrom (F43.1) kan föregå denna typ av personlighetsförändring.



Migration och flyktingskap

- Vanliga människor blir flyktingar för att de tvingas lämna sina hem som ett resultat av politiska och/eller militära omständigheter
- Flykting är ett socio-politiskt och juridiskt begrepp – med psykologiska implikationer (FN:s flyktingkonvention 1951)
- Psykisk ohälsa hos flyktingar och asylsökande
 - Enligt nyare studier är 7-20% av flyktingar som kommer till Europa traumatiserade (Fazel 2005, Gerritsen 2006, Lamkaddem 2014). PTSD i svenska befolkningen i stort ca 5% (Frans et al 2005)
 - Ökad förekomst av depression, ångest och sömnstörningar
 - Vänder sig i lägre utsträckning till den psykiatriska vården, presenterar ofta somatiska symtom och har ofta mycket vårdkontakter inom somatisk vård.

(Migration, psykisk ohälsa och trauma, Transkulturellt Centrum 2012; Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter: Ett kunskapsunderlag för primärvården, Socialstyrelsen 2015)



Kris- och Traumacentrum

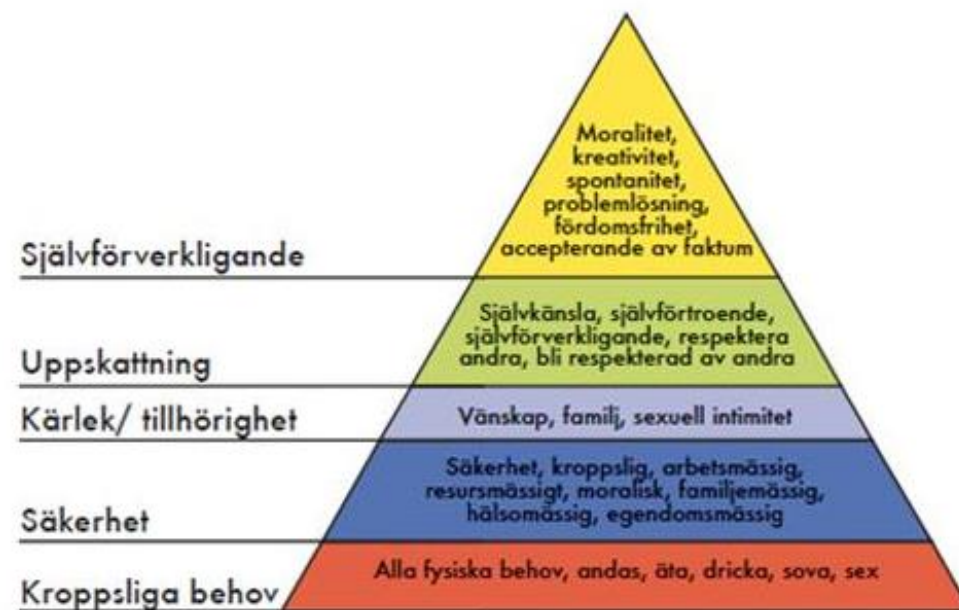
Migration och flyktingskap

- Finns inte bevis för antagandet att flyktingar oftare är komplext traumatiserade (jmf med övergrepp i barndomen) (Ter heide et al 2016)
- Medveten om potentiellt traumatiserande händelser och utföra en noggrann diagnostik och bedömning
- Många andra faktorer som påverkar hälsa och välbefinnande (socioekonomiskt, psykosocialt osv), som kan komplicera traumarelaterade symptom
- Resurser och resilience/återhämtningsförmåga: personliga styrkor och socialt stöd



Använda traumakunskap för att skapa förutsättning för läkande och bearbetning

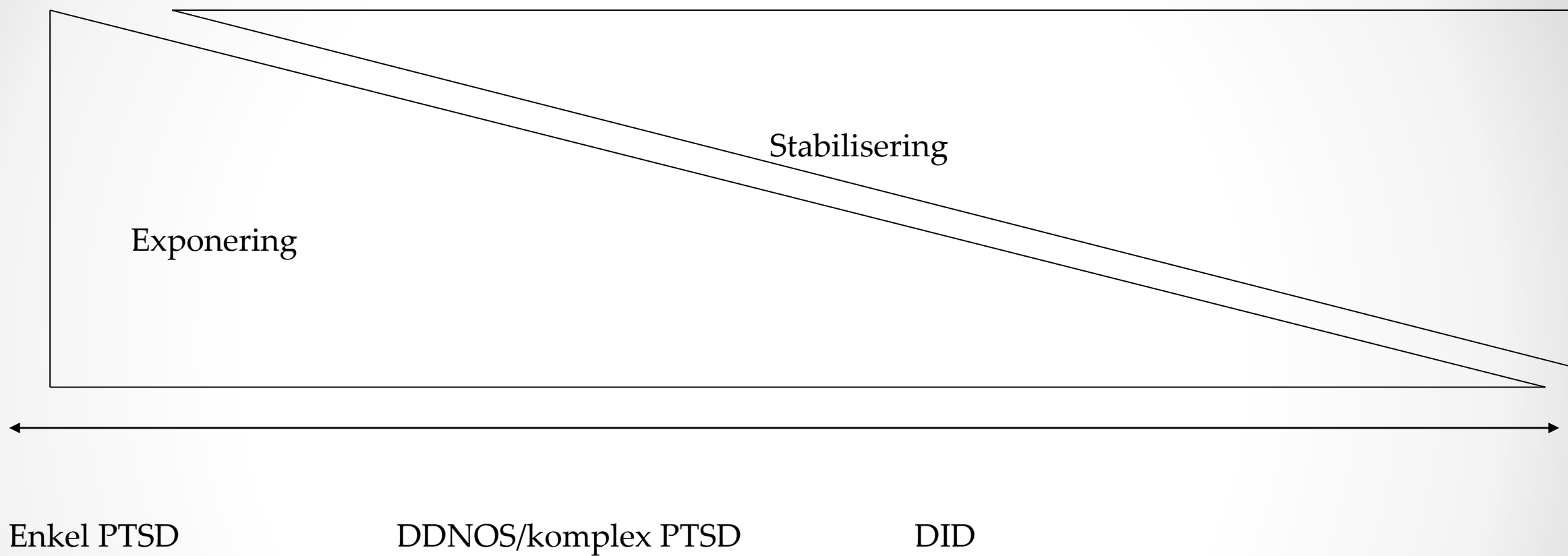
- PTSD är bara relevant i en trygg omgivning!
- Behovshierarki (Maslow)
- Känsla av sammanhang (Antonovsky): : begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.



Bgehandling: Fas specifika interventioner

- **Fas 1** fokus: färdighetsträning, affektreglering, symtomreduktion, psykoedukation om psykotraumatologi, resursaktivering, skapa en terapeutisk allians, öka funktionsnivå och självomhändertagande samt minska fobier för inre upplevelser kopplat till trauma.
- **Fas 2** Traumabearbetande fas. Exponering, BLS, narrativ terapi, icke-verbala metoder. Ofta behöver flera metoder kombineras och skräddarsys utifrån varje patients problematik, i synnerhet om det förekommer allvarlig dissociativ störning som kräver speciella tillvägagångssätt för att en integration ska möjliggöras. Minnet av de traumatiska händelserna behöver bli en **sammanhängande berättelse** länkad till känslor så att självaktning och självrespekt kan återskapas.
- **Fas 3** Den tredje fasen fokuserar på personlighetsintegration, återupprättelse, läkning av djupgående existentiell smärta och sorg över allt man varit med om, samt nyorientering och återupprättande av meningsfullhet i livet och förankrande av upplevelsen att leva här och nu.





Behandlingsmetoder PTSD

- Kognitiv beteendeterapi
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
- Dialektisk beteendeterapi
- Life-span integration
- Psykopedagogik
- Kroppsterapi (t ex TRE)
- Bildterapi
- Psykodynamiskt orienterad korttidsterapi
- Musikterapi
- Narrativ terapi
- Bio-feedback
- Psykofarmaka
-



Några viktiga behandlingsprinciper

- Behandlaren beredskap att lyssna, härbärgera och *ställa de svåra och plågsamma följdfrågorna*.
- Säkerhet och trygghet måste vara första prioritet
- Normalisera, förklara
- Stabilisering – Exponering: Växla mellan då och nu, trauma och trygghet, stärkande - avtäckande
- Kroppen, kroppsmedvetenhet - smärta
- Psykosociala rehabiliteringstekniker
- Hjälpa patienten med (överlevnads) skuld, skam, negativa kognitioner, smärta och nå fram till acceptans
- En kombination av avslappning, desensibiliserings- och exponeringstekniker med kognitiva behandlingsmetoder.
- Återupprätta känsla av kontroll och självbestämmande
- Hitta ett nytt fokus



Psyisk ohälsa?

- Psykiatrisk eller existentiellt?
- Vanliga upplevelser: livsleda, oro, förtvivlan, sorg, desperation
- Koppling till livssituationen



Referenser

Bogic, M, Njoku, A & Priebe, S (2015) Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. BMC International Health and Human Rights

Schnyder et al (2016) Culture-sensitive psychotraumatology. European Journal of Psychotraumatology

Droždek, B & Wilson, J (2007) Voices of trauma: Treating psychological trauma across cultures

Ter Heide, J.J, Mooren, T & Kleber, R (2016) Complex PTSD and phased treatment in refugees.

European Journal of Psychotraumatology

Bonanno, G.A (2005) Resilience in the face of potential trauma. American Psychological Society

Psykisk ohälsa hos asylsökande och nyanlända migranter: Ett kunskapsunderlag för primärvården, Socialstyrelsen (2015)

Övriga frågor: maila gärna suzanne.gieser@krisochtraumacentrum.se



Kris- och Traumacentrum