

VÅRDPROGRAM
FÖR BARN OCH UNGDOMAR
MED
POSTTRAUMATISKT STRESSYNDROM
OCH/ELLER
DISSOCIATIVA TILLSTÅND

Huvudförfattare

Doris Nilsson

leg psykolog, leg psykoterapeut

spec. i klinisk psykologi: diagnostik och behandling

handledare i psykoterapeutiskt arbete

Medförfattare

Gunilla Jarkman Björn

spec. i barn- och ungdomspsykiatri, leg psykoterapeut

Anita Linders

leg psykolog, leg psykoterapeut

Huvudredaktör

Marianne Helgesson

fil lic, leg psykolog, leg psykoterapeut

Barn- och ungdomspsykiatri
Östergötland

FÖRORD	4
FÖRKORTNINGAR	5
INLEDNING	6
BARN MED PSYKISKA PROBLEM I ETT SAMMANHANG	6
SVÅRIGHETER VID DIAGNOSTISERING AV PSYKISK OHÄLSA HOS BARN	7
BARN OCH PTSD	7
ALLMÄN BESKRIVNING OCH HISTORIK	7
HISTORIK	7
DEFINITION AV TRAUMA	8
OLIKA TYPER AV TRAUMAN	8
TEORI OCH FORSKNING OM PTSD.....	9
INCIDENS/PREVALENS	10
PROGNOS	11
FÖRDJUPNINGSLITTERATUR	11
DIAGNOSER	11
DEN KLINISKA BILDEN AV PTSD I OLIKA ÅLDRAR.....	11
DIAGNOSKRITERIER ENLIGT DSM-IV	13
<i>Posttraumatiskt stressyndrom</i>	13
<i>Akut stressyndrom</i>	14
DIAGNOSKRITERIER ENLIGT ICD-10.....	14
<i>Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress</i>	14
KOMORBIDITET.....	16
DIFFERENTIALDIAGNOSTIK.....	16
TILLSTÅNDETS INNEBÖRD FÖR PATIENT OCH ANHÖRIGA	17
UTREDNING	18
ALLMÄNNA REKOMMENDATIONER VID UTREDNING AV PTSD	18
DIAGNOSTISK BEDÖMNING	19
<i>Vid klinisk indikation</i>	21
<i>Differentialdiagnostik</i>	22
UTREDNINGSVÄRKTÖG	22
<i>Självsvarfsformulär</i>	22
<i>Intervjuformulär</i>	23
<i>Föräldra- och lärarskattningar</i>	23
<i>Övrigt</i>	24
BEHANDLING	24
GENERELLA RIKTLINJER	24
<i>Behandlingsplan</i>	25
BEHANDLINGSMETODER	25
<i>Farmakologisk behandling</i>	27
<i>Slutenvård</i>	27
KRITERIER FÖR ATT AVSLUTA BEHANDLINGEN	27
PREVENTION	28
VAR MÖTER VI TRAUMATISERADE BARN?.....	29
FÖRDJUPNINGSLITTERATUR	29
DISSOCIATION	31
ALLMÄN BESKRIVNING	31

HISTORIK	31
<i>Förklaringsmodeller</i>	32
<i>Förekomst</i>	32
<i>Hereditet</i>	32
<i>Prognos</i>	32
DIAGNOSER	33
<i>Diagnoskriterier enligt DSM-IV</i>	33
<i>Diagnoskriterier enligt ICD-10</i>	34
<i>Komorbiditet</i>	36
TILLSTÅNDETS INNEBÖRD FÖR PATIENT OCH ANHÖRIGA	36
UTREDNING	37
<i>Självsvarsformulär</i>	37
<i>Intervjuformulär</i>	38
BEHANDLING	38
<i>Övergripande målsättning</i>	38
<i>Generella riktlinjer</i>	38
<i>Dissociation hos barn</i>	39
<i>Val av behandlingsmetoder</i>	41
<i>Farmakologisk behandling</i>	41
<i>Fördjupningslitteratur</i>	41
SAMARBETSPARTNERS	41
KOLLEGOR ATT RÅDFRÅGA/DISKUTERA MED	41
INFORMATION TILL PATIENT OCH ANHÖRIGA	42
PACIENT- OCH ANHÖRIGFÖRENINGAR	42
LITTERATURTIPS	42
FORSKNINGS- OCH UTVECKLINGSPROJEKT	43
LITTERATURFÖRTECKNING	44
VÅRDPROGRAMMETS PROCESS	48
<i>Medarbetare i vårdprogrammet</i>	48
<i>Arbetsgång</i>	48
<i>Litteratursökning</i>	48
<i>Revidering</i>	48
<i>Kontaktperson</i>	48
BILAGA	49
KRISHANTERING	49
<i>Krisens psykologiska effekter</i>	49
<i>Vad hjälper människor i akut kris?</i>	50
<i>Krisomhändertagande av barn</i>	51

Förord

Inom Östergötlands läns landsting pågår sedan mitten av 1990-talet ett medicinskt programarbete, vars övergripande syfte är att:

- skapa en mer likvärdig vård för östgötarna
- östgötarnas behov av hälso- och sjukvård skall styra tilldelningen av resurser och vara vägledande vid prioriteringar
- stärka medborgarnas/patienternas ställning och medverkan i vården
- vara en plattform för ökat engagemang hos förtroendevalda
- utveckla dialogen mellan politiker och medicinskt ansvariga
- öka samverkan mellan olika vårdgivare och skapa gemensamma riktlinjer för vård och behandling samt för hur man skall mäta resultat.

Det medicinska programmet för psykisk ohälsa sammanställdes 1996/1997. Under arbetets gång överenskom länets barnpsykiatriska cheföverläkare att tillvarata den kunskap som samlats inom programmets ram och vidareutveckla den i form av en serie länsövergripande vårdprogram rörande de centrala och diagnostiserbara tillstånd som behandlas inom barn- och ungdomspsykiatrin.

Vårdprogrammen skall baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet och där sådan kunskap saknas, skall vårdprogrammen peka ut de obesvarade frågor som finns samt i möjligaste mån även strategier för hur dessa frågor skall kunna besvaras. För att underlätta användandet av de enskilda vårdprogrammen har en gemensam modell tagits fram så att man skall känna igen sig i programmet och hitta önskad information under välbekanta rubriker. Ambitionen har varit att vårdprogrammet i färdigt skick skall vara förankrat i verksamheten. Arbetet har återkommande rapporterats och diskuterats på seminarier så att framväxt av innehåll, behandlingsstrategier, utbildningsbehov, forskning, etc. har kunnat värderas, kritiseras och bekräftas av medarbetarna inom verksamheten.

Föreliggande vårdprogram för barn och ungdomar med posttraumatiskt stressyndrom och/eller dissociativa tillstånd har i vederbörlig ordning granskats av verksamheten och skall fortsättningsvis vara vägledande för den behandling som dessa barn och ungdomar samt deras familjer har rätt att förvänta sig inom barn- och ungdomspsykiatrin i Östergötland.

Östergötland i september 2002

Cheföverläkare
Gunilla Jarkman Björn
Universitetssjukhuset
Linköping

Enhetschef
Rita Berggren
Vrinnevisjukhuset
Norrköping

Verksamhetschef
Eva Wasteson
Lasarettet
Motala

Förkortningar

AACAP	American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
A-DES	Adolescent Dissociative Experience Scale
AD/HD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
BDP	Borderline personlighet
BUP	Barn- och ungdomspsykiatri
CBCL	Child Behavior Checklist
CBCL-TRF	Child Behavior Checklist, Teacher Report Form
CPTSD-RI	Child Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index
DES	Dissociative Experience Scale
DESNOS	Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified
DICA-R-A	Diagnostic Interview for Children and Adolescents
Dis-Q	Dissociation Questionnaire
Dis-Q-Sweden	Svensk version av Dis-Q
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth revision
IES-22	Revised Impact of Events Scale
ISSD	The International Society for the Study of Dissociation
KASAM	Känsla av sammanhang
K-SADS-PL	Kiddie-SADS Lifetime Version
LITE	Lifetime Incidence of Traumatic Events
MDD	Major Depressive Disorder (egentlig depression)
PTSD	Posttraumatiskt stressyndrom
PTSS-C	Posttraumatic Stress Symptoms in Children
SCL90	Symptom Checklist
SCID-D	Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibition
TSCC	Trauma Symptom Checklist for Children
YSR	Youth Self-Report

Inledning

Människor har olika sätt att handskas med den vardagsstress de möter. Man kan tänka igenom saker och tolka händelser för att skapa förståelse och man kan behöva upprepa detta flera gånger för att hitta ett sätt att hantera det som hänt. Man kan söka stöd och råd eller lägga det inträffade åt sidan helt och hållet. Men när man konfronteras med stress som är så plötslig, oväntad och katastrofal att ens vanliga copingmekanismer inte räcker till blir man lämnad med känslor av intensiv rädsla och maktlöshet. Man kan inte göra något åt saken och det är omöjligt att lägga det hela åt sidan. Detta kallas traumatisk stress. Om bearbetning och integration av detta trauma inte lyckas, kan den traumatiska stressen utvecklas till ett kroniskt stresstillstånd som kallas posttraumatiskt stressyndrom, PTSD.

Föreliggande vårdprogram avser posttraumatiskt stressyndrom och dissociation. Först belyses PTSD utifrån teoretisk förståelse, utredningsförfarande och diagnostik samt behandling. Dissociation betecknar en försvarshållning/-reaktion som kan ingå i symtommet vid PTSD. Dissociation som företeelse och tillstånd har alltmer kommit att uppmärksammas, inte minst i samband med sexuella övergrepp. Vi har därför valt att belysa dissociation i ett eget avsnitt under ungefär samma rubriker som för PTSD. Texten är till övervägande delen skriven av huvudförfattaren, i samarbete med medförfattarna. Många värdefulla synpunkter har också lämnats av referensgruppen och av andra som i Östergötland är verksamma inom området.

Barn med psykiska problem i ett sammanhang

Barn är i hög grad beroende av den sociala miljö de lever i. För mindre barn utgör familjen den helt dominerande miljön. Med ökande ålder tillkommer barntillsyn och skola med lärare och annan personal som betydelsefulla vuxna och kamratgruppen får ökad betydelse. Men relationen till familjen intar en särställning på grund av såväl den speciella närheten mellan familjemedlemmarna som den tidsmässiga dominansen avseende både den tid man tillbringar tillsammans varje dag och relationens långa varaktighet, för de flesta hela livet.

För att kunna förstå och bedöma psykiska problem hos barn behövs fördjupade kunskaper och färdigheter både ifråga om psykopatologi hos det växande barnet och hur dess kroppsliga, känslomässiga, intellektuella och sociala utveckling påverkas av konstitution, sjukdomstillstånd, föräldrarnas hälsa och sociala anpassning samt faktorer som hänför sig till nätverket/samhällssituationen. Det är av vikt att uppmärksamma inte bara belastande riskfaktorer utan även skyddande och hälsofrämjande faktorer. Kunskapsområdet innefattar alltså betydelsen av störningar i relationen mellan barn och föräldrar från tidigaste uppväxtår till längre fram i livet, reaktioner på svåra traumatiska kriser, psykiska följder av biologiska och neurologiska faktorer men även uppmärksamhet på miljöns inverkan på barns uppväxtvillkor liksom socialpsykologiska betingelser, t.ex. betydelsen av tidiga separationer i livet.

Vad ovan sagts innebär rent konkret att diagnostik av psykiska problem hos barn måste bedrivas på åtminstone följande tre nivåer: (1) barnet som individ, (2) det familjesystem som barnet lever i samt (3) barnets och familjens samspel med den sociala närmiljön/nätverket. Likaså måste man vid behandling beakta behovet av insatser på de olika nivåerna.

Svårigheter vid diagnostisering av psykisk ohälsa hos barn

Vid epidemiologiska studier av barns psykiska hälsa har man genomgående funnit att tydligt avgränsade syndrombilder, som de beskrivs t.ex. i DSM-systemet¹, är ovanliga. Inte sällan växlar symtombilden och är oklar både för barnet/ungdomen och för omgivningen. En förklaring till avsaknaden av tydliga syndrombilder kan vara att yngre barn har svårt att beskriva sina inre upplevelser och att informationen i regel måste komma från föräldrar och lärare. En annan förklaring är att barn, som befinner sig i ständig utveckling och inte är färdigformade som personer, har en helt annan kapacitet att förändras än vad vuxna har. Barn utvecklas utifrån individuella förutsättningar i samspel med livsmiljön, vilket gör att man kan ha gott hopp om en gynnsam prognos för så vitt livsomständigheterna kan förändras till det bättre. Å andra sidan finns också en risk för felutveckling, dvs. att barnet utvecklar strategier anpassade för en problematisk livssituation och senare kan få svårt att släppa de strategierna, även om de inte längre är användbara.²

Barn och PTSD

Det råder idag konsensus om att det, när det gäller barn, är viktigt att både diagnos och behandling sätts in i ett sammanhang där hänsyn tas till barnets utvecklingsnivå såväl kroppslig, känslomässig som kognitiv. Kunskaper om hur barn i olika åldrar kommunicerar är också av stor betydelse; yngre barn genom lek och teckning och äldre barn verbalt.

Allmän beskrivning och historik

Historik

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) blev ett vedertaget begrepp på 1980-talet i och med att det beskrevs i DSM-III.³ Att diagnosen kom med i DSM-III berodde till stor del på att det på 1970-talet fanns en mängd dokumentation av stressreaktioner hos våldtäktsoffer och hos hemvändande vietnamveteraner. Det var framförallt symtomtriaden återupplevande av plågsamma, återkommande minnen av den traumatiska händelsen, undvikande av stimuli förbundna med den traumatiska händelsen samt tecken på överspändhet som hade noterats. Därefter följde Terrs^{4,5} pionjärbete med studier på barn som kidnappats och hållits fångna i USA, de så kallade Chowchillabarnen. Ett stort antal studier⁶ har sedan dess visat att även barn kan utveckla PTSD, vilket lett till att det i den påföljande revisionen av ma-

nualen, DSM-IV¹, finns diagnoskriterier även för barn. Diskussion förekommer idag om huruvida PTSD är en normal eller en onormal reaktion på en onormal händelse, involverande en komplex interaktion av biologiska, psykologiska och sociala faktorer. Trauma är en nödvändig men inte tillräcklig förutsättning för utveckling av PTSD.⁷

Definition av trauma

För att man skall kunna förstå och få innehåll i begreppet PTSD måste först begreppet trauma definieras. Bessel van der Kolk⁸, en internationellt erkänd forskare på området, definierar trauma på följande sätt:

**Trauma innebär
en extremt påfrestande händelse/situation som varken kan undflys eller
hanteras av individens tillgängliga resurser.**

Att människor visar psykologiska reaktioner på extrema händelser har varit känt sedan tidigare. Fenomenet trauma är alltså inte nytt men har haft andra beteckningar som t.ex. "shell shock" och "battle fatigue", vilka användes för att benämna en del soldaters sätt att reagera under och efter första världskriget. Tills ganska nyligen trodde man att barn reagerade mindre starkt på dylika händelser. Detta synsätt har dock ändrats bl.a. på grund av Pynoos⁹ och Terrs^{4,5} studier av hur barn reagerar efter katastrofer. Flera studier har senare bekräftat att barn tar skada av traumatisk stress på ett ganska likartat sätt som vuxna även om uttrycken varierar med utvecklingsnivå. Det är inte ovanligt att barn visar posttraumatiskt återuppreparande beteende i lek, teckningar och verbaliseringar.

Pynoos¹⁰ beskriver en utvecklingsmodell för barn, där han menar att man måste ta hänsyn till var barnet befinner sig i sin psykologiska och fysiologiska utveckling när katastrofen/traumat inträffar. Man måste beakta barnets kognitiva, känslomässiga och fysiska utveckling för att förstå både hur barnet reagerar och hur det tar skada, och detta bör i sin tur styra vilken typ av behandling man föreslår. Även Terr^{5,11} har studerat hur barn påverkas av olika former av trauman och konstaterar att en vanlig följdforeteelse är posttraumatiskt stressyndrom.

Olika typer av trauman

Trauman kan vara av olika allvarlighetsgrad och kan enligt Terr¹¹ klassificeras som typ-I, typ-II eller "crossing-over conditions". Herman¹² fokuserar på följderna av trauma och talar om enkelt PTSD respektive komplext PTSD.

Typ-I avser ett enstaka trauma, t.ex. en bilolycka, svår brännskada eller våldtäkt. Typ-II betecknar mer långvariga och upprepade trauman exempelvis långvariga sexuella övergrepp. "Crossing over conditions" innebär att trauma av typ-I övergår i typ-II beroende på försvårande omständigheter som t.ex. omsorgssvikt. Ett exempel på detta kan vara en tonårsflicka som utsätts för en våldtäkt, har dålig kontakt med sina skilda föräldrar och dessutom ingen att tala med. Som en följd

av traumatisering och omsorgssvikt påbörjar hon ett promiskuöst leverne, vilket leder till att varje samlag innebär en retraumatisering.

Klassificering i enkelt respektive komplext PTSD innefattar samma typ av tänkande som ovan men syftar på följderna av traumat. Vid komplext PTSD finns det en multiplicitet av symtom som många gånger leder till hospitalisering.¹² Syndromet karaktäriseras av en sammansatt symtombild med personlighetsförändringar och stor risk för upprepad skada, vilket kan ske antingen i form av upprepat självdestruktivt beteende eller genom ökad risk för att bli skadad av andra. Om man inte ser detta syndrom som en förutsägbar konsekvens av att under lång tid ha varit utsatt för upprepat trauma finns det risk för hospitalisering. Det är ofta alltför lätt att karaktärisera en persons svårigheter som underliggande personlighetsproblem även om traumat är känt. **Att kunna särskilja olika typer av trauman och deras följdverkningar är betydelsefullt när det gäller val av behandling.**

Teori och forskning om PTSD

PTSD skiljer sig från majoriteten av störningar beskrivna i DSM eftersom PTSD-kriterierna inkluderar en etiologisk faktor nämligen traumat. Att reagera på ett trauma betraktas ofta som en normal reaktion på en onormal händelse. Mot denna bakgrund är det förståeligt, att många idag tror att trauma orsakar PTSD och att vem som helst kan råka ut för det. Det finns rikligt med forskning som ifrågasätter båda dessa påståenden. För det första utvecklar inte majoriteten av de individer som utsätts för trauma PTSD. För det andra kan man inte med säkerhet säga att traumats svårighetsgrad i sig predicerar PTSD. När det gäller barn är det dock något mera oklart. Det som sagts här får inte tolkas som att traumat inte är viktigt för utveckling av PTSD. Det är tvärtom en nödvändig förutsättning men det finns också andra faktorer som påverkar utfallet. Personens subjektiva tolkning av händelsen är minst lika avgörande som händelsen i sig.

Validiteten av PTSD-diagnosen diskuteras också eftersom diagnoskriterierna inte är tillräckligt känsliga vare sig när det gäller små barn eller långsiktiga effekter av t.ex. sexuella övergrepp, misshandel, gisslantagning eller långvarig oundgänglig svår medicinsk behandling. Herman¹² hävdar att ytterligare en diagnoskategori behövs, nämligen "Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified" (DESNOS). Trots att DESNOS tycks fånga in mycket av PTSD och även mer av långtidseffekter vid t.ex. sexuella övergrepp råder osäkerhet om huruvida denna diagnoskategori kommer att inkluderas i DSM framöver.

I många studier har barn med olika etnisk bakgrund undersökts och belägg finns för att PTSD förekommer i olika kulturella och etniska grupper. Dock kan PTSD ta sig olika uttryck beroende på kultur.¹³ Ett flertal forskare har försökt undersöka vilka faktorer som orsakar utveckling av PTSD hos barn. De flesta tillstår att även om alla barn upplever psykologisk stress om stressorn är tillräckligt stark, så är utvecklandet av PTSD multifaktoriellt betingat.^{14,15} Vid en genomgång av tjugofem studier var det tre faktorer som genomgående fanns med när barn utvecklat PTSD: **1) traumats svårighetsgrad, 2) traumarelaterad föräldrastress och 3) tidsmässig närhet till den traumatiska händelsen.** Fortsatt forskning behövs och kan komma att identifiera ytterligare faktorer.

Vissa studier tyder på att traumats svårighetsgrad inte påverkar symtomformationen.¹⁶ Rutter¹⁷ hävdade 1987 att barn som utsätts för en anhopning av multipla stressorer är i riskzonen för att permanent skadas och utveckla posttraumatiska stressymtom. I ett stort antal studier har man undersökt vilken betydelse familjestöd och föräldrarnas känslomässiga reaktion på traumat har för barnets utvecklande av PTSD.¹³ Studierna visar att ett gott familjestöd mildrar/lindrar utvecklandet av PTSD hos barn, medan såväl föräldrarnas smärta över traumat som närvaron av psykisk sjukdom hos föräldrarna predicerar högre nivåer av PTSD hos barnet. Lyons¹⁸ menar att den enskilt bästa prediktorn för att på ett bra sätt leva vidare efter en traumatisk händelse är föräldrarnas eller någon annan viktig vuxens möjligheter att hantera det som hänt. Även om många studier¹³ visar att vissa barn med tiden spontant återhämtar sig från PTSD finns det belägg för att symtom kan leva kvar under många år. Komplicerad sorg som diagnos håller på att diskuteras och utvecklas.¹⁹

Sammanfattningsvis finns det, trots alla funderingar runt validiteten av PTSD-kriterierna, ett växande stöd för uppfattningen att PTSD är en onormal reaktion på en onormal händelse, involverande en komplex interaktion av biologiska, psykologiska och sociala faktorer.⁷ Även om det finns begränsningar vid diagnostisering har ändå symtomkluster såsom påträngande tankar, undvikande beteende och förhöjd vaksamhet återkommande observerats hos barn och ungdomar från skilda kulturer som utsatts för krigsupplevelser, naturkatastrofer, katastrofer orsakade av människor, sexuella övergrepp och allvarliga medicinska sjukdomar.⁷ Genom att använda PTSD som en diagnostisk ram har man kunnat utveckla lovande psykosociala behandlingar för både barn, ungdomar och vuxna.

Incidens/prevalens

Olika samhällsbaserade studier har visat på en livstidsprevalens varierande mellan 1-14%.¹³ Diskussion förs om hur meningsfullt det är att mäta prevalensen av PTSD i den allmänna befolkningen jämfört med att undersöka prevalensen hos en grupp människor som utsatts för traumatiska händelser. Vid studier av riskbarnsgrupper rapporteras prevalenstal på 3-100% beroende på vilka metoder som använts vid undersökningen, populationen, typ av traumatisk händelse och hur lång tid som passerat sedan den inträffade.¹³ Vid två studier i USA, där ungdomar varit utsatta för våld i samhället, befanns 34% respektive 24% av de utsatta uppvisa PTSD.^{20,21}

Det finns studier där man dokumenterat skillnader mellan flickor och pojkar men resultaten har inte varit helt överensstämmande. Likaså har resultaten varit tveidiga när det gäller ålder. Det är oklart om en utveckling av PTSD är mer vanlig vid vissa åldrar eller om posttraumatiska stressymtom snarare avspeglar utvecklingsmässiga skillnader och inte är ett tecken på att trauma vid en viss ålder skulle öka prevalensen av PTSD. Det finns få studier som jämfört hur barn i olika åldrar reagerar på svåra trauman och livshändelser och få studier har jämfört risken att utveckla PTSD i olika åldrar. I några studier²² återfinns inget samband mellan ålder och utvecklande av PTSD, medan andra studier redovisar färre symtom på PTSD i yngre åldersgrupper.²³ Det kan vara så att yngre barn inte får en realistisk bild av vad som hänt och därför inte uppfattar livshotet utan besparas starka emo-

tionella reaktioner.¹⁷ Å andra sidan finns det studier som tyder på att yngre barn är mer sårbara och uppvisar mer problem än ungdomar, när flera riskfaktorer ackumuleras.²⁴

Prognos

Det finns anledning att hysa gott hopp om en gynnsam prognos vid rätt hjälp för den som lider av PTSD. Det har de senaste åren forskats och skrivits enormt mycket inom området, vilket lett till både en ökad förståelse av PTSD och att en hel rad nya behandlingsprogram och strategier för bästa möjliga hjälp har utvecklats. Vid bedömning av prognos måste man beakta att det finns såväl enkla som komplexa tillstånd vid PTSD. Behandling av de olika tillstånden tar olika lång tid och man använder delvis skilda behandlingsstrategier.

Fördjupningslitteratur

Michel P-O, Lundin T, Otto U. Psykotraumatologi. Lund: Studentlitteratur, 2001.²⁵

Yule W. Post-traumatic stress disorders: concepts and therapy. Chichester UK: Wiley, 1999.²⁶

van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisath L, eds. Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society. New York: The Guilford Press, 1996.⁸

Terr L. Too scared to cry: psychic trauma in childhood. New York: Harper and Row Publishers, 1990.²⁷

Terr L. Unchained memories: true stories of traumatic memories, lost and found. New York: Basic Books, 1994.²⁸

Diagnoser

Den kliniska bilden av PTSD i olika åldrar

PTSD kan visa sig med bred variation i den kliniska bilden och utvecklingsmässiga faktorer spelar en betydelsefull roll i dessa variationer.^{10,29,30,31} Generellt kan sägas att med ökande ålder och mognad tenderar posttraumatiska stressymtom hos barn att bli alltmer vuxenlika. Sålunda kan tonåringar med PTSD uppfylla strikta DSM-IV kriterier med återupplevande av den traumatiska händelsen i form av påträngande tankar och mardrömmar, undvikande av prat om den traumatiska händelsen eller platser och människor psykologiskt förknippade med händelsen, minnesförlust/amnesi för någon viktig aspekt av traumat, tillbakadragande från vänner eller tidigare vanliga aktiviteter, avskärmning eller likgiltighet i förhållande till andra och en känsla av att sakna framtid samt ”hyperarousal” i form av bl.a. sömnsvårigheter, överdriven vaksamhet och ökad skrämselförlust. Ungdomar med kroniskt PTSD, som har upplevt långvariga eller upprepade stressorer, kan

huvudsakligen uppvisa dissociativa drag inkluderande derealisation, depersonalisation, självskadande beteende, droganvändande samt periodvis ha aggressiva utbrott.¹³

Kliniska rapporter tyder på att en del yngre barn (låg- och mellanstadiet) kanske inte upplever amnesi för delar/aspekter av traumat och vid PTSD inte heller uppvisar tecken på undvikande eller känslolöshet. Visuella flashbacks, återupprepningar av den traumatiska händelsen som en film inuti huvudet, kan förekomma.³² Hos barn i den här åldern är det vanligt med återupprepande av traumat i lek, teckningar eller verbaliseringar. De kan också ha en förvrängd bild/känsla av tiden under den traumatiska händelsen. Sömnsvårigheter kan vara speciellt vanligt hos barn i förpuberteten.³³ Terr⁵ har beskrivit en hög prevalens av "omentänkande" hos dessa barn, dvs. att de ofta tror att vissa tecken varit förvarningar om att den traumatiska händelsen var på väg och att om de bara fortsättningsvis är vaksamma nog så skall de kunna upptäcka eventuella omen som förvarnar om kommande katastrofer.

Mycket små, traumatiserade barn kan visa relativt få symtom på PTSD i DSM-IV:s bemärkelse. Som flera forskare påpekat erfordrar åtta av arton diagnoskriterier verbal beskrivning från patienten angående upplevelse och inre tillstånd. De mycket unga barnens begränsade kognitiva och språkliga utveckling gör det svårt att dra slutsatser om deras tankar och känslor. Små barn, bebisar och förskolebarn, kan däremot presentera generaliserade ångestsymtom (separationsrädsla, främlingsrädsla, rädsla för monster eller djur), undvikande av situationer som har/inte har en uppenbar förbindelse med det ursprungliga traumat, sömnsvårigheter, upptagenhet av vissa ord eller symboler som har/inte har ett uppenbart samband med den traumatiska händelse. Således kommer PTSD oftare till uttryck på ovan beskrivna sätt än i enlighet med de mer typiska DSM-IV kriterierna.^{13,34}

Scheeringa m.fl.³⁵ föreslår en alternativ checklista för att upptäcka PTSD hos mycket små barn. De skiljer mellan posttraumatisk lek, vilken är tvångsmässigt repeterande och representerar delar av traumat men som misslyckas med att minska ångesten, och återuppförande lek, vilken också representerar traumat men som är mindre repetitiv och mera liknar barnets sätt att leka före traumat. Båda dessa typer av lek liksom andra hågkomster av traumat, vilka kanske inte är lika stressande, och mardrömmar kan uppfylla återupplevande kriteriet i DSM-IV. Scheeringa föreslår vidare att det beträffande undvikandekategorin skall räcka med endast ett av följande symtom: inskränkning i leken (med eller utan posttraumatisk lek), socialt tillbakadragande, återhållen känslorepertoar eller förlust av tidigare uppnådda färdigheter. Scheeringa föreslår också att endast ett symtom på förhöjd vaksamhet skall behövas för diagnosen PTSD, men att det skall krävas åtminstone ett symtom från en tilläggskategori: nya rädslor och/eller aggression. Det råder dock inte enighet om vad som utgör en typisk klinisk bild av PTSD hos mycket små barn. Forskare som Almqvist och Brandell-Forsberg³⁶ har visat att formell, objektiv bedömning av lekinnehåll är till hjälp vid diagnos av PTSD hos förskolebarn.

Diagnoskriterier enligt DSM-IV

Uppställningen nedan följer den svenska fickhandboken³⁷ för DSM-IV. Inom klammer under benämningen anges DSM-IV respektive ICD-10 kod.

Posttraumatiskt stressyndrom

[309.81; F43.1]

- A. Personen har varit utsatt för en traumatisk händelse där följande ingått i bilden:
- (1) personen upplevde, bevittnade eller konfronterades med en händelse eller en serie händelser som innebar död, allvarlig skada (eller hot om detta), eller ett hot mot egen eller andras fysiska integritet
 - (2) personen reagerade med intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck. **Obs:** Hos barn kan detta ta sig uttryck i desorganiserat eller agiterat beteende.
- B. Den traumatiska händelsen återupplevs om och om igen på ett eller fler av följande sätt:
- (1) återkommande, påträngande och plågsamma minnesbilder, tankar eller perceptioner relaterade till händelsen. **Obs:** Hos små barn kan teman eller aspekter av traumat ta sig uttryck i återkommande lekar.
 - (2) återkommande mardrömmar om händelsen. **Obs:** Hos barn kan mardrömmar ofta förekomma utan att innehållet klart uttrycker händelsen.
 - (3) handlingar eller känslor som om den traumatiska händelsen inträffar på nytt (en känsla av att återuppleva händelsen, illusioner, hallucinationer och dissociativa flashbackupplevelser, även sådana som inträffar vid uppvaknandet eller under drogpåverkan). **Obs:** Hos små barn kan traumaspecifika återupprepade handlingar förekomma.
 - (4) intensivt psykiskt obehag inför inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen
 - (5) fysiologiska reaktioner på inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen
- C. Ständigt undvikande av stimuli som associeras med traumat och allmänt nedsatt själslig vitalitet (som inte funnits före traumat) enligt tre eller fler av följande kriterier:
- (1) aktivt undvikande av tankar, känslor eller samtal som förknippas med traumat
 - (2) aktivt undvikande av aktiviteter, platser eller personer som framkallar minnen av traumat
 - (3) oförmåga att minnas någon viktig del av händelsen
 - (4) klart minskat intresse för eller delaktighet i viktiga aktiviteter
 - (5) känsla av likgiltighet eller främlingskap inför andra människor
 - (6) begränsade affekter (t ex oförmåga att känna kärlek)
 - (7) känsla av att sakna framtid (t ex inga särskilda förväntningar på yrkeskarriär, äktenskap, barn eller på att få leva och åldras som andra)
- D. Ihållande symtom på överspändhet (som inte funnits före traumat), vilket indikeras av två eller flera av följande kriterier:
- (1) svårt att somna eller orolig sömn
 - (2) irritabilitet eller vredesutbrott
 - (3) koncentrationssvårigheter
 - (4) överdriven vaksamhet
 - (5) lättskrämdhet
- E. Störningen (enligt kriterium B, C och D) har varat i mer än 1 månad.
- F. Störningen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.

Specificera om:

akut: symtomen har varat mindre än tre månader

kroniskt: symtomen har varat tre månader eller längre

Specificera om:

med försenad debut: symtomen debuterade minst sex månader efter traumat.

Akut stressyndrom

[308.3; F43.0]

- A. Personen har varit utsatt för en traumatisk händelse där följande ingått i bilden:
 - (1) personen upplevde, bevittnade eller konfronterades med en händelse eller en serie händelser som innebar död, allvarlig skada (eller hot om detta), eller ett hot mot egen eller andras fysiska integritet
 - (2) personen reagerade med intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck
- B. Tre eller fler av följande dissociativa symtom förekom under eller efter den traumatiska händelsen: känsla av bedövning, likgiltighet eller oförmåga till känslomässig respons
 - (1) minskad uppmärksamhet på omgivningen (t ex "leva som i en dimma")
 - (2) derealisation
 - (3) depersonalisation
 - (4) dissociativ amnesi (dvs oförmåga att minnas någon viktig del av händelsen)
- C. Den traumatiska händelsen återupplevs gång på gång på minst ett av följande sätt: återkommande minnesbilder, tankar, drömmar, illusioner, flashbackupplevelser eller en känsla av att återuppleva händelsen, eller ett starkt obehag inför händelser som påminner om traumat.
- D. Tydligt undvikande av stimuli som återkallar minnen av traumat (t ex tankar, känslor, samtal, handlingar, platser eller personer).
- E. Påtagliga symtom på ångest eller ökad retbarhet (t ex sömnsvårigheter, irritabilitet, koncentrationssvårigheter, överdriven vaksamhet, lättskrämdhet, rastlöshet).
- F. Störningen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden eller medför nedsatt förmåga att klara nödvändiga uppgifter, t ex skaffa sig hjälp eller mobilisera personliga resurser genom att berätta för familjemedlemmar om den traumatiska upplevelsen.
- G. Störningen varar minst två dagar men inte mer än fyra veckor och inträffar inom fyra veckor efter den traumatiska händelsen.
- H. Störningen beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada, förklaras inte bättre med diagnosen kortvarig psykos, och utgör inte enbart en försämring av någon tidigare axel I eller axel II-störning.

Diagnoskriterier enligt ICD-10

Nedan följer kriterier hämtade ur Socialstyrelsens systematiska förteckning.³⁸

Koden anges inom klammer.

Anpassningsstörningar och reaktion på svår stress

Perturbationes adaptationis et reactio e stress gravi [F43]

Denna kategori skiljer sig från andra då den inkluderar störningar som karakteriseras inte bara av symtom och förlopp utan även inbegriper en av två orsaksfaktorer: 1) en exceptionellt traumatisk livshändelse som ger upphov till en akut stressreaktion, eller 2) en betydande förändring av livssituationen som medför en bestående försämring av livsvillkoren, vilket resulterar i en anpassningsstörning. Mindre uttalad psykosocial belastning eller stress av mindre allvarlig typ kan visserligen framkalla eller bidra till utvecklingen av många av de tillstånd som beskrivs i andra avsnitt i detta kapitel, men deras etiologiska betydelse är inte alltid klar och i det enskilda fallet finns ofta en individuell, idiosynkratisk sårbarhet; dvs. belastningen har inte varit nödvändig eller tillräcklig för att förklara störningens uppkomst eller form.

För denna kategori (F43) gäller emellertid att störningen skall vara en direkt konsekvens av akut, allvarligt trauma eller långvarig belastning. De traumatiska händelserna eller den långvariga belastningen är den primära och dominerande orsaksfaktorn och utan någon av dessa skulle störningen inte ha uppstått. Störningarna i denna kategori kan betraktas som maladaptiva reaktioner på allvarlig eller kontinuerlig belastning då reaktionen interfererar med ändamålsenliga anpassningsmekanismer och ger upphov till nedsatt social funktionsförmåga.

Akut stressreaktion [F43.0]

En övergående störning som utvecklas som reaktion på exceptionell fysisk eller psykisk belastning hos en individ som inte uppvisar några tecken på annan psykisk sjukdom. Tillståndet går över på timmar eller några få dagar. Individuell sårbarhet och anpassningsförmåga spelar roll för den akuta stressreaktionens utveckling och svårighetsgrad. Symtomen är blandade och skiftande och består initialt av förvirring med viss insnävning av medvetande och uppmärksamhet, oförmåga att uppfatta stimuli samt desorientering. Detta stadium kan endera följas av ytterligare flykt undan omgivningen och situationen (stigande till dissociativ stupor - F44.2) eller av agitation och överaktivitet (flyktreaktion eller fuguetillstånd). Autonoma tecken på panikångest (hjärtklappning, ökad svettning, rodnad) är ofta närvarande. Symtomen utvecklas vanligtvis inom några minuter efter den belastande händelsen eller traumat och avklingar inom 2-3 dagar (ofta inom timmar). Partiell eller total amnesi (F44.0) för episoden kan ses. Om symtomen kvarstår bör ändring av diagnos (och behandling) övervägas.

- Akut krisreaktion
- Akut reaktion på stress
- Kristillstånd
- Psykisk chock
- Stridsutmattning (combat fatigue)

Posttraumatiskt stressyndrom [F43.1]

Ett tillstånd som uppstår som fördröjd eller långvarig 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. Predisponerande faktorer som personlighetsdrag (tvångsmässiga och asteniska) eller anamnes på neurotisk störning kan sänka tröskeln för risken att utveckla syndromet eller förvärva förloppet men de är varken nödvändiga eller tillräckliga för att förklara uppkomsten. Typiska fenomen inkluderar episoder av återupplevande av traumat i form av påträngande minnen ("flashbacks"), drömmar eller mardrömmar som uppträder mot en bakgrund av känslomässig stumhet och avflackning, tillbakadragande från andra människor, nedsatt reaktivitet på omgivningsfaktorer, anhedoni och undvikande av aktiviteter och situationer som påminner om traumat. Det finns ofta ett tillstånd av autonom irritabilitet, ökad vaksamhet och förhöjd alarmberedskap samt insomni. Ängest och depression är ofta förenade med tidigare nämnda symptom och tecken och självmordstankar är inte ovanliga. Tillståndet utvecklas efter traumat med en latenstid som kan variera från några veckor till månader. Förloppet är fluktuerande men full remission kan ses i de flesta fall. Hos en minoritet av patienterna kan tillståndet bli kroniskt och pågå i många år, vilket så småningom leder till en varaktig personlighetsförändring (F62.0) [Varaktig personlighetsförändring till följd av katastrofupplevelse]

Traumatisk neuros

Anpassningsstörning [F43.2]

Tillstånd med subjektivt obehag och emotionella störningar som vanligtvis leder till nedsatt social funktionsförmåga. Tillståndet uppstår under en period av nyanpassning till förändrade livsomständigheter eller belastande livssituationer. Belastningen kan ha menligt påverkat individens sociala nätverk (smärtsam förlust, separation) eller ett större system av socialt stöd och sociala värderingar (emigration, flyktingstatus), eller representera ett utvecklingssteg eller en kris (börja skolan, bli förälder, misslyckas med att uppnå ett personligt mål, pensionering). Individuell predisponering eller vulnerabilitet spelar en viktig roll i risken för och utvecklingen av en anpassningsstörning men det antas att tillståndet inte skulle ha utvecklats utan den aktuella belastningen. Manifestationerna varierar och inkluderar sänkt grundstämning, ängest eller oro (eller en blandning av båda), en känsla av maktlöshet, att inte kunna planera framåt eller fortsätta på nuvarande sätt, nedsatt förmåga att utföra dagliga göromål. Tillståndet kan åtföljas av beteendestörningar, speciellt hos ungdomar. Den kliniska bilden kan domineras av korta eller längre depressionsepisoder eller störning av andra känslor samt av beteendet.

Kulturchock
Sorgreaktion
Utesluter:
Separationsångest i barndomen (F93.0)

Andra specificerade reaktioner på svår stress [F43.8]

Reaktion på svår stress, ospecificerad [F43.9]

Komorbiditet

Det finns ett antal studier som påvisat komorbiditet mellan PTSD och andra psykiatriska störningar, ofta depression.¹³ Flera författare ställer hypotesen att PTSD föregår och predisponerar till utveckling av depression och inte tvärtom.^{15,22} Det finns också dokumenterad komorbiditet mellan PTSD och droganvändande hos barn^{39,40,41,42,43} liksom mellan PTSD och andra ångesttillstånd såsom överdriven ängslighet hos barn, agorafobi, separationsångest och generaliserat ångestsyndrom.¹⁵

Det teoretiska sambandet mellan PTSD och externaliserande beteendestörningar kan tyckas dunkelt. Men det finns forskare som menar att känslolöshet och undvikande kan ta sig många uttryck hos barn inklusive rastlöshet, hyperalerthet, bristande koncentration och beteendestörning. Likaså kan ångest hos barn manifesteras i form av hyperaktivitet, lätt distraherbarhet och impulsivitet, vilka alla är kännetecken på AD/HD.⁴⁴ Detta kan förklara varför man funnit komorbiditet mellan PTSD och AD/HD och varför traumatiserade barn ibland kan uppvisa symtom på AD/HD snarare än PTSD. Det kan också förklara varför PTSD ibland feldiagnostiseras som AD/HD hos yngre barn. Å andra sidan är det möjligt att barn med AD/HD löper större risk att utveckla PTSD efter en traumatisk upplevelse.¹³

Man har funnit hög prevalens av andra externaliserande störningar som conduct disorder och trotssyndrom i samband med PTSD, vilket av en del forskare tolkats som att PTSD ger upphov till förlust av impuls kontroll och minskad kapacitet att härbärgera ilska och aggression.⁴⁵ Andra menar att utagerandet skulle vara ett sätt att visa på pågående stress som t.ex. fysisk misshandel.⁴⁶ Det finns rapporter om komorbiditet mellan borderlinestörning (BDP) och PTSD, speciellt när det gäller sexuellt utnyttjade ungdomar. Detta är inte empiriskt helt belagt men det finns studier av kvinnor med diagnosen BDP, där 60-80% av de tillfrågade kvinnorna rapporterat att de varit sexuellt utnyttjade.^{47,48}

Differentialdiagnostik

För diagnosen PTSD måste den traumatiska händelsen vara av extrem natur, men bedömningen av vad som är extremt överlämnas i viss mån till bedömarens godtycke. Vid anpassningsstörning däremot kan påfrestningen vara av varierande allvarlighetsgrad. Denna diagnos används när reaktionen på en extrem händelse inte uppfyller kriterierna för PTSD eller när den utlösande stressorn inte är att betrakta som extrem, t.ex. ett syskons födelse, flyttning eller byte av skola.

Om de kännetecknande symtomen undvikande, känslolöshet och ökad "arousal" uppvisades redan innan barnet/ungdomen utsattes för en traumatiska händelse kanske diagnosen PTSD inte är tillämpbar. Det är dock möjligt att barnet/ungdomen varit utsatt för tidigare icke upptäckta trauman redan innan symtomen utvecklades och det är därför väldigt viktigt, att man rutinmässigt undersöker om barnet/ungdomen varit utsatt för våld hemma eller i samhället, sexuellt övergrepp eller något annat trauma. Alternativa diagnoser som förstämningssyndrom eller annan ångeststörning skall övervägas om stressorn inte tydligt föregått utvecklingen av PTSD-symtom. Om symtommet, utvecklat som svar på denna stressor, motsvarar andra kriterier för mental störning exempelvis depression, AD/HD eller blandmissbruk skall denna diagnos ges istället. Om å andra sidan en traumatisk händelse klart föregår utveckling av PTSD-symtomen och symtommet uppfyller kriterierna för både PTSD och annan störning så bör båda diagnoserna ges.

Akut stressyndrom särskiljs från PTSD genom att symtommet vid akut stress både måste uppkomma och lösas inom 4 veckor.

Återkommande påträngande tankar uppträder vid tvångsmässiga störningar men är inte relaterade till en upplevd traumatisk händelse som vid PTSD. Vid tvångsmässig störning upplevs vanligtvis de påträngande tankarna som malplacerade. Flashbacks, som brukar uppträda vid PTSD, går att särskilja från andra påträngande tankar eller minnen av traumat genom att flashbacks medför en känsla av att återuppleva traumat. Flashbacks skall skiljas från vanföreställningar, hallucinationer eller andra perceptionsstörningar som uppträder vid psykotiska störningar och som inte är relaterade till traumatiska händelser.

Som vid alla barn- och ungdomspsykiatriska störningar inkluderar de diagnostiska kriterierna för PTSD symtom som kan rapporteras för att man varit lättsuggerad eller vill ha sekundärvinst. Det är högst osannolikt att ett barn på så sätt skulle uppfylla samtliga kriterier för PTSD, men möjligheten bör ändå beaktas när man observerar PTSD-liknande symtombild utan urskiljbart trauma i anamnesen.¹³

Tillståndets innebörd för patient och anhöriga

För barn finns grunden för psykisk hälsa i tre uttalade antaganden om omvärlden: den är god, den är meningsfull och man har ett värde som individ. En traumatisk upplevelse utmanar ett eller flera av dessa antaganden och underminerar barnets tilltro till omvärlden och därmed till sin egen förmåga att fungera i den. Hur starkt barnet upplever situationen är beroende av om det utsatts för en enstaka händelse eller flera, var och en potentiellt traumatiserande erfarenheter. Barnets upplevelse är också beroende av föräldrarnas kapacitet att ge omsorg, dvs. psykisk, fysisk och social trygghet. En av de vanligaste svårigheterna för barn är dock att föräldrarnas förmåga att skydda barnet har brutit samman, omsorgssvikt, vilket medför en traumatisk förlust av den trygghet som utgör själva grunden i barnets tillvaro. Omsorgssvikten kan ha olika bakgrund och kan gälla den ena av eller båda föräldrarna. De vuxnas otillräcklighet beror ofta på en kombination av trau-

matiska erfarenheter och överbelastning. Som en följd av egna tunga upplevelser kan föräldrarna dessutom i barnets ögon ha genomgått en skrämmande psykisk förändring.

I traumatiserade familjer finns oftast en stark önskan att skydda varandra från ytterligare belastning. Föräldrarna vill skydda sina barn från att tänka på de svåra upplevelserna genom att inte prata om det som har hänt och barnen vill skydda sina föräldrar för att det blir så jobbigt när mamma och pappa blir ledsna. På så sätt finns en tyst överenskommelse i familjen om att tåga om de traumatiserande händelserna. I den tystnaden bär var och en ensam sina smärtsamma minnen.⁴⁹

På individplanet kan barnets/ungdomens reaktioner på en traumatisk händelse te sig svåra och ibland svårförståeliga. Vare sig föräldrarna eller barnet/ungdomen förstår sig på reaktionerna som kanske består av aggressionsutbrott, gråtattacker utan synbar anledning, o dyl. Det är inte alltid lätt för föräldrar att veta om, när, hur och var barnet/ungdomen behöver bearbeta det som hänt. I symtombilden finns också med ett undvikande av att tänka på och tala om det som hänt. Därför är det viktigt i behandlingen att berörda parter får kunskap om tillståndet, möjliga reaktioner och vad som är syftet med behandlingen.

Barn som har PTSD vill försöka undvika minnen av eller påminnelser om händelsen, vilket försvårar bearbetandet av det som hänt. Återkommande drömmar om den traumatiska händelsen, vilka repeteras utan förändring, är mycket vanliga. Likaså traumatisk lek där traumat repeteras och interfererar med mer kreativ lek, som syftar till en bearbetning av traumat. Som en reaktion på traumat kan barnet uppleva en känsla av förlamning, känslolöshet och avskildhet samtidigt som det drar sig undan. Det betraktar de hemska händelserna utifrån ett sakligt ”observeringsperspektiv”, vilket de vuxna kan tolka som ett tecken på att barnet inte har blivit känslomässigt påverkat. Att barnet inte uppvisar starka känslomässiga reaktioner kan också vara en lättnad för de vuxna som kanske kämpar med efterdyningar av en katastrof. Om så är fallet förstärks barnets till synes icke-reagerande. Barn som utsätts för traumatisk stress kan bli mycket spända, hyperalerta och stökiga, kroppen kan vara satt i beredskap med sömn-, koncentrations- och minnesstörningar. Barnet kan också utveckla nya rädslor som direkt kan hänföras till den traumatiska upplevelsen och samtidigt avslöja mycket litet om detta för de vuxna.

Utredning

Allmänna rekommendationer vid utredning av PTSD

Bedömning av PTSD hos barn är i första hand beroende av noggranna kliniska intervjuer med barn och föräldrar. Om en av föräldrarna är förövare vid exempelvis misshandel i hemmet eller sexuella övergrepp, så bör den andra föräldern alternativt någon annan vårdgivare intervjuas enskilt. Noggrann anamnes inhämtas och bedömning bör innefatta typ av trauma (I, II eller komplext), barnets ålder, resurser och psykologiska utveckling, föräldrarnas resurser samt diagnostisering enligt DSM-IV. Det finns risk för underdiagnostisering eftersom det kan vara svårt att

observera vissa symtom. Så kan man t.ex. inte i skolan observera sömnsvårigheter. Det finns givetvis också risk för överdiagnostisering eftersom många kliniker inte har tillräcklig kunskap inom området.

Vid den diagnostiska bedömningen bör man fråga både barnet och föräldrarna direkt om den traumatiska händelsen och om posttraumatiska stressymtom i detalj. Man skall ställa specifika frågor relaterade till återupplevande och undvikande, dvs. detaljerat fråga om de symtom som beskrivs i DSM-IV. Man bör vara speciellt uppmärksam på att ställa frågor till barnet på ett sätt som barnet kan förstå utifrån ålder, utvecklingsnivå och mognad. Det är viktigt att tänka på att även använda icke-verbala metoder. Bedömaren skall känna till och vara uppmärksam på utvecklingsmässiga skillnader när det gäller hur symtom på PTSD visar sig hos barn, särskilt förskolebarn.³⁵ Det råder stor enighet om nödvändigheten av att fråga barnet direkt om symtomen som de relaterar till stressorn. Det är inte sällan som kliniker anser att det inte är så lätt att fråga barnet direkt om traumat eftersom man inte vill/känner rädsla för att göra barnet upprört. Det finns dock empiriska belägg för vikten av att fråga barnet direkt om den traumatiska händelsen, liksom för det faktum att om man inte ställer direkta frågor så kommer barnet inte att tala om sina symtom.

Det finns några halvstrukturerade intervjuer som avser att mäta PTSD, dock inga som vi har tillgång till i Sverige, och ett antal självsvarsformulär som redovisas nedan. Inget av instrumenten är dock någon kungsväg till att diagnostisera PTSD. **Den kliniska intervjun med föräldrar och barn är fortfarande det viktigaste instrumentet.**

Diagnostisk bedömning

- A. Intervju med föräldrar eller annan vårdnadshavare. (Om en förälder är misstänkt förövare vid den identifierade traumatiska händelsen, t.ex. barnmisshandel, sexuella övergrepp eller familjevåld, skall den andra föräldern eller ev. annan vårdnadshavare intervjuas.)
1. Inhämta beskrivning av den traumatiska händelsen/-erna och bedöm huruvida den utgör en "extrem" stressor
 - Notera händelsens karaktär, när den inträffade och föräldrarnas uppskattning om i vilken grad barnet exponerades.
 2. Inhämta uppgifter om ev. föregående, samtidiga eller senare stressorer i barnets liv
 - Barnmisshandel, sexuella övergrepp och/eller omsorgssvikt
 - Signifikanta konflikter, separation eller skilsmässa
 - Frekventa flyttningar, skolbyte eller andra betydelsefulla uppbrott
 - Dödsfall i familjen, sjukdomar, handikapp eller missbruk
 - Exponering för familjevåld eller våld i grannskapet
 - Allvarliga traumatiska händelser i föräldrarnas liv som barnet känner till.
 3. Inhämta uppgifter om posttraumatiska stressymtom hos barnet (DSM-IV) med särskild uppmärksamhet på utvecklingsmässiga variationer i den kliniska bilden

- Återupplevande
 - Undvikande och känslolöshet
 - Ökad ”arousal”.
4. Inhämta information om andra signifikanta samtida symtom. Uppmärksamma särskilt störningar med hög komorbiditet med PTSD
 - Depressiva symtom inkl. självskadande beteende
 - Ångestsymtom, ej relaterade till PTSD, inkl. panikattacker
 - AD/HD och beteendestörningar
 - Missbruk.
 5. Började symtomen före eller efter den traumatiska händelsen/-erna? (Obs: Den bedömningen kan vara svår om stressorn har varit långvarig eller är pågående som t.ex. vid fysisk misshandel.)
 6. Inhämta information om föräldrarnas och andra betydelsefulla personers känslomässiga reaktion på den traumatiska händelsen
 - Fastställ huruvida föräldern var direkt utsatt för traumat (t.ex. körde bilen i en trafikolycka) eller upplevde endast ställföreträdande exponering (t.ex. barnet avslöjar sexuellt övergrepp av en främling)
 - Uppvisar föräldrarna symtom på PTSD efter den traumatiska händelsen?
 - Hur mycket stöd har funnits tillgängligt för barnet efter händelsen?
 7. Barnets ev. barnpsykiatriska anamnes
 - Psykoterapi, medicinering, inläggning, etc.
 - Kliniskt förlopp.
 8. Barnets somatiska anamnes
 - Betydelsefulla aktuella eller tidigare medicinska problem, somatiska klagomål, operationer, signifikanta skador
 - Pågående eller tidigare medicinering.
 9. Barnets tidigare utveckling med särskild betoning på reaktioner på normala stressorer (t.ex. syskons födelse, skolstart) och barnets funktionsnivå före den traumatiska händelsen.
 10. Barnets skolgång med särskild tonvikt på förändringar i skolbeteende, koncentration, aktivitetsnivå och skolprestationer efter den traumatiska händelsen.
 11. Familjens historia och familjemedlemmarnas medicinska/psykiatriska anamnes
 - PTSD-symtom eller diagnos
 - Affektiva störningar
 - Ångeststörning
 - Medicinska åkommor inkl. sådana som kan te sig som ångest eller affektiva störningar (t.ex. thyroidealysfunktion).

B. Intervju med barnet inklusive psykiskt status

1. Barnets uppfattning om skälet för att man söker/remitterats.
2. Uppmuntra barnet att beskriva sina minnen av den traumatiska händelsen. (Obs: Det finns ingen konsensus beträffande den optimala graden av detaljer eller huruvida en del sorts ledande frågor gagnar eller skadar. Klinisk erfarenhet talar för att det är önskvärt att be barnet om någon sorts beskrivning men att suggestiv utfrågning är olämplig.)

3. Inhämta uppgifter från barnet om traumarelaterade attributioner och perceptioner
 - Vem eller vad orsakade den traumatiska situationen
 - Tror barnet att han/hon har någon del i att orsaka eller vidmakthålla den traumatiska situationen
 - Borde han/hon ha betett sig annorlunda i förhållande till händelsen
 - Känner sig barnet utfrusen, skadad eller negativt bedömd som en följd av att ha varit exponerad
 - Barnets uppfattning om hur upprörda/plågade respektive stödjande föräldrar och andra betydelsefulla personer har varit sedan den traumatiska händelsen
 - Om stressorn inte var allmänt känd, uppfattar barnet att vuxna har trott på hans/hennes avslöjande om den traumatiska händelsen
 - Barnets uppfattning om hur normala hans/hennes symtom är som reaktion på händelsen.
4. Barnets beskrivning av nuvarande symtom med särskild betoning på utvecklingsmässigt relevanta frågor angående DSM-IV kriterierna. (Obs: Trots att det är betydelsefullt för bedömningen att med barnet utforska sambandet mellan den traumatiska händelsen och posttraumatiska stresssymtom gör många barn inte den sammankopplingen. Detta skall inte avhålla bedömaren från att diagnostisera PTSD om den tidsmässiga relationen mellan händelsen och symptomutvecklingen, rapporterad av barnet eller föräldrarna, stöder diagnosen.)
5. Barnets beskrivning av symtom som ofta associeras med PTSD
 - Depressiva symtom inkl. suicidtankar
 - Missbruk eller självskadande beteende (äldre barn och tonåringar)
 - Dissociativa symtom inkl. fuguetillstånd, perioder av minnesförlust, depersonalisation eller derealisation (äldre barn och tonåringar)
 - Panikattacker och andra ångestsymtom, som inte är relaterade till PTSD.
6. Observera barnet med avseende på psykiskt status och beteenden som förknippas med PTSD
 - Ökad skrämnelreaktion eller vaksamhet
 - Traumatiskt återupprepning (hos yngre barn)
 - Observerbara förändringar beträffande affekter eller uppmärksamhet som kan tyda på återupplevandenfenomen.¹³

Vid klinisk indikation

- A. Inhämta information från skolan. (Obs: Trots att information från skolan kan vara till hjälp för att bekräfta vissa symtom eller posttraumatiska förändringar, är den många gånger inte nödvändig för att diagnostisera eller behandla PTSD.)
 - Skolprestationer med särskild uppmärksamhet på förändringar efter den traumatiska händelsen
 - Samspel med kamrater och engagemang i icke-akademiska aktiviteter med särskild uppmärksamhet på förändringar efter den traumatiska händelsen

- Tidsmässigt uppvisande av AD/HD-symtom (dvs. fanns redan innan resp. enbart efter den traumatiska händelsen).
- B. Kroppundersökning/pediatrik bedömning.
- C. Utredning av inlärningsförmåga, tal- och språksvårigheter.
- D. Bedöm behovet/användbarheten av standardiserade intervjuer eller skattningsskalor.¹³

Differentialdiagnostik

- A. Fastställ psykiatriska störningar som kan vara samtidiga med eller feldiagnostiserade som PTSD eller som PTSD kan vara feldiagnostiserat som
- Akut stressyndrom
 - Anpassningsstörning
 - Panikångest
 - Generaliserad ångeststörning
 - Egentlig depression (MDD)
 - AD/HD
 - Missbruk
 - Dissociativ störning
 - Conduct disorder
 - Borderline- eller annan personlighetsstörning
 - Schizofreni eller annan psykotisk störning
 - Simulering
 - Münchhausen syndrome by proxy.
- B. Fastställ typ av PTSD
- Akut, kroniskt eller fördröjd reaktion¹³
 - Typ-1, typ-2 eller komplext.

Utredningsverktyg

Självsvarsformulär

Självskattningsformulär bör inte utgöra det enda underlaget utan **användas som komplement** vid utforskandet av vilka symtom barnet/ungdomen uppvisar och svårighetsgrad av symtomen. De självsvarsformulär som kan användas i befintligt skick är Trauma Symtom Checklist for Children (TSCC) och Revised Impact of Events Scale (IES-22).

Trauma Symtom Checklist for Children (TSCC)

Checklistan, som är avsedd för åldrarna 6-10 år, är översatt till svenska. Den består av enkla frågor där respondenten skall skatta hur ofta olika saker händer. Resultatet anges för sex delskalor: oro, depression, ilska, PTS, dissociation och sexu-

ell upptagenhet. Denna skala är validerad i USA och reliabiliteten har där varit tillfredställande. Skalan är känslig för behandlingseffekter.^{50,51} Beträffande svensk normering finns data insamlade men ännu ej sammanställda för 450 skolungdomar i Linköping. TSCC kan användas i forskningssyfte. För vidare information v.g. kontakta BUP-Elefanten.

Revised Impact of Events Scale (IES-22)

Det är en skala som består av 22 påståenden om tankar och känslor som kan förekomma, när man varit med om ett överhängande hot eller en katastrofsituation och som avser att fånga upplevda posttraumatiska stressymtom. Skalan är översatt till svenska och finns i sin senaste version i boken "Psykotraumatologi".²⁵ Enligt Tom Lundin⁵² är den svenska versionen av skalan ännu inte vetenskapligt utprövad men han anser, att det är fullt tillfredställande att använda den i nuvarande skick. För vidare information v.g. kontakta BUP-Elefanten.

Lifetime Incidence of Traumatic Events (LITE)

LITE-skalan är innehåller 16 frågor om traumatiska händelser och riktar sig till skolbarn och tonåringar.⁵³ Den är nyligen översatt till svenska av IngBeth Larsson på BUP-Elefanten. (För ytterligare information, var god se Forsknings- och utvecklingsprojekt sid 43.)

Intervjuformulär

Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA-R-A)

DICA-R-A är en strukturerad intervju med en barn- och en föräldradel. Intervjun, som är avsedd att ge underlag för diagnostisering enligt DSM-III-R, är 1991 översatt av Gunilla Kristiansson och Anne-Liis von Knorring och sedan omarbetad 1997 enligt DSM-IV kriterier av Abdulbagi Ahmad.^{54,55,56}

Kiddie-SADS Lifetime Version (K-SADS-PL)

K-SADS-PL (6-18 år) är en semistrukturerad diagnostisk intervju sammanställd med syftet att undersöka nuvarande och tidigare episoder av psykopatologi hos barn och tonåringar i enlighet med kriterierna i DSM-III-R och DSM-IV. Frågor och objektiva kriterier används för att skatta enskilda symtom. Interformuläret finns i svensk översättning. Det får användas fritt i forskningssyfte men ej vid kliniskt rutinbruk. (tord.ivarsson@neurovet.gu.se)

Föräldra- och lärarskattningar

Child Behavior Checklist (CBCL)

Det formulär som vanligen används för bedömning av internaliserande och externaliserande störningar är CBCL⁵⁷, vilket ifylles av föräldrarna. CBCL är standardiserad för svenska barn i åldern 6-16 år.⁵⁸ Lärarversionen (CBCL-TRF) saknar svensk standardisering. Formuläret kan användas för barn och ungdomar i åldrarna 4-16 år. Det finns en självskattningsskala, Youth Self-Report (YSR) med 119 frågor för ungdomar mellan 11 och 18 år. Svensk standardisering föreligger.⁵⁹

Övrigt

Utöver ovan nämnda skalor finns även ett antal instrument som Ahmad^{54,55} nämner i sin doktorsavhandling, t.ex. Posttraumatic Stress Symptoms in Children (PTSS-C) och Child Posttraumatic Stress Disorder Reaction Index (CPTSD-RI).

Utöver de specifika metoder som anges ovan använder man alltefter behov gängse barnpsykiatriska metoder.

Behandling

Generella riktlinjer

Vid arbete med traumatiserade barn och ungdomar är det av särskild vikt att man aktivt arbetar för att barnet så långt som möjligt i sin vardag får tillräckligt av trygghet, omvårdnad, närhet och integritet, adekvat stimulans av kognitiv utveckling och lek samt att man motverkar överkrav på barnet.

Val av behandling baseras på den kliniska bild barnet/ungdomen uppvisar och bör inriktas på såväl PTSD-symtom som eventuella andra beteendemässiga och emotionella problem. Det kliniska förloppet vid PTSD liksom symtombilden varierar oerhört mellan olika barn/ungdomar, vilket gör att behandlingen kommer se olika ut för olika individer men också för samma individ vid olika faser i det kliniska förloppet beträffande variabler som behandlingstid, omhändertagandegrad, metodval, etc.

När det gäller barn är det viktigt att behandlaren sätter in sin förståelse och behandling i ett utvecklingsperspektiv. Sättet att kommunicera måste anpassas till barnets **ålder och utvecklingsnivå**. Barn förändras och uppfattar det som händer olika beroende på vilken utvecklingsnivå de befinner sig på mentalt/kognitivt, emotionellt, osv. Små barn kommunicerar ofta via teckningar, lek och rollspel. De har därigenom förmåga att mera fullödigt kunna visa vad de varit med om. Äldre barn kan däremot känna sig förnärmade om terapeuten antar att de hellre leker än talar.

Övergripande syften vid behandling av PTSD är:

- att processa och komma till rätta med den svåra, fasansfulla och överväldigande upplevelsen
- att kunna kontrollera och bemästra fysiologiska och biologiska stressreaktioner
- att återetablera trygga sociala band och social kompetens.⁶⁰

Trots knappheten på empiriska studier beträffande behandlingseffekter för barn/ungdomar är flertalet experter inom området överens om att nedanstående moment är viktiga att inkludera vid behandling av barn/ungdomar med PTSD:

- psykopedagogisk information till barn/tonåringar och föräldrar om tillståndets karaktär och orsak

- direkt utforskande av traumat tillsammans med barnet/tonåringen
- användande av specifika stresshanteringstekniker i samband med samtal om traumat
- utforskande och förändring av felaktiga attributioner angående traumat
- att göra föräldrarna delaktiga i behandlingen.^{7,13,14}

Det som är väsentligt i behandlingen är att få möjlighet att sätta ord på känslor och tankar som är relaterade till traumat. Terapeuten måste förstå att motståndet mot att komma ihåg och bearbeta något som man tidigare gjort allt för att slippa tänka på inte bara plötsligt ger med sig. Man måste få **närma sig traumat gradvis** för att undvika att den posttraumatiska symtomatologin intensifieras. Det är också viktigt att komma ihåg att oavsett val av terapiform så kan ett trauma endast bearbetas om det finns ett **tryggt band till en annan person**, vilket kan hjälpa till att hålla ihop psyket när hotet om fysisk desintegration återupplevs. Så snart traumat har lokaliserats till tid och plats kan en person börja göra distinktioner mellan nu och då, men att tala räcker inte, man måste aktivt göra något som symboliserar segern över hopplöshet och förtvivlan.⁶⁰

Behandlingsplan

Behandlingsmöjligheter presenteras och behandlingsplan diskuteras med barnet och föräldrarna, vilka alla engageras som medarbetare i behandlingsteamet. I samråd formuleras mål och delmål för behandlingen.

Behandlingsmetoder

Nyckelelementet i psykoterapin för människor med PTSD är **integration** av det främmande, oacceptabla, hemska och oförståeliga. De massiva försvaren som först hade en skyddande funktion att fylla måste gradvis släppa sitt grepp om psyket så att dissocierade delar av upplevelsen blir tillgängliga för bearbetning och kan integreras. Om så inte sker, kommer de dissocierade delarna att fortsätta att invadera vardagslivet och på så sätt hota att retraumatisera en redan traumatiserad individ. En allsidig behandling av PTSD är vanligen multimodal och kan allt efter bedömt behov inkludera någon/några eller alla av följande komponenter^{13,61}:

- A. Psykopedagogisk insats; utbildning till barn/tonåringar, föräldrar, lärare och/eller andra betydelsefulla personer om symtom, kliniskt förlopp, behandlingsmöjligheter och prognos. Det är viktigt att barnet/ungdomen både får förklaringar till sina reaktioner och får veta vilka reaktioner som är normala efter upplevda trauman.
- B. Individualterapi
 1. Traumafokuserad terapi
 - a. Utforskande och öppen diskussion om den traumatiska händelsen så att barnet/ungdomen på olika sätt får uttrycka vad han/hon sett, hört, luktat och upplevt. Traditionella metoder för ångestreducering som t.ex.

avslappning, desensibiliserings- och exponeringstekniker kan vara värdefulla hjälpmedel.

- b. Undersökning och förändring av kognitiva förvrängningar beträffande attributioner i samband med den traumatiska händelsen, t.ex. felaktig skuldbeläggning.
 - c. Interventioner riktade mot icke-adekvata beteenden, t.ex. självskadande beteende, för att förhindra återuppreparandet av traumat.
 - d. Kognitiva beteendeterapeutiska tekniker för att hjälpa barnet/tonåringen att få kontroll över påträngande återupprepningsymtom.
 - e. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), som är en specifik metod för traumabehandling, innefattar flera av ovanstående moment (a, b) och kombinerar aktiverandet av traumat med bilateral stimulering av hjärnhalvorna genom ögonrörelser, beröring eller hörselintryck.^{62,63,64}
2. Insiktsorienterade, interpersonella och psykodynamiska terapeutiska interventioner kan också vara adekvata för behandling av PTSD hos somliga barn (ex. barnpsykoterapi).
 3. Terapi för att bearbeta beteende- och känslomässiga svårigheter, som inte är relaterade till PTSD, i kombination med traumafokuserade interventioner.

C. Familjeterapi

1. Traumafokuserad föräldraterapi
 - a. Utforskande och bearbetning av traumats känslomässiga påverkan hos föräldrarna
 - b. Identifikation och förändring av icke adekvata attributioner angående traumat, t.ex. egna skuldkänslor och skuldbeläggande av barnet/tonåringen
 - c. Identifiering och införande av stödjande och adekvata föräldrabetenden
 - d. Föräldraträning i att handskas med icke-adekvat beteende hos barnet.
2. Det råder för närvarande **varken empiriskt eller kliniskt konsensus** beträffande användande av traditionell familjeterapi för barn/ungdomar med PTSD. Det kan komma ifråga för familjer med hög konfliktnivå, sträng disciplin och/eller när symtom på PTSD finns hos flera familjemedlemmar. Men för att optimera tryggheten i att avslöja traumatiska erfarenheter eller traumarelaterade symtom skall i så fall inte familjeterapin ske förrän man har träffat barnet individuellt.

D. Gruppterapi

Traumafokuserade grupper för barn på ungefär samma utvecklingsmässiga nivå, som har liknande traumatiska upplevelser, kan uppmuntra till öppna diskussioner och adekvata attributioner rörande traumat.

E. Psykofarmakologi

1. Antidepressiv behandling (SSRI-preparat, tricykliska antidepressiva) kan vara värdefull för barn/tonåringar som har depressiva symtom eller panikångest.
2. Psykostimulantia eller alfaadrenerga agonister (t.ex. clonidin) kan vara värdefullt för barn som samtidigt har AD/HD-symtom.

3. Lugnande medicinering (benzodiazepiner, propranolol) har vanligen inte använts för att behandla barn med PTSD. **Det finns ingen enighet om att sådan medicinering är effektiv för denna patientgrupp.**

Farmakologisk behandling

Föga är känt om farmakologisk behandling av PTSD hos barn och tonåringar. Farmaka har använts som tillägg till psykosocial behandling.⁶⁵ Emellertid har det alltmer blivit en värdefull del av behandling av vuxna med kronisk PTSD.⁶⁶ Det har dock inte framkommit någon medicinering som utan att kombineras med andra insatser botar besvären vid PTSD.⁶⁷ Vissa farmaka har visat sig lindra olika symtom som ingår i diagnosen. Många PTSD-symtom tycks bero på ökad aktivitet av centrala adrenerga systemet, vilket gör att olika adrenerga blockerare såsom propranolol och clonidin har använts.⁶⁶ I en studie av barn fann Kinzie och Leung⁶⁸ att clonidin medfört symtomreduktion vid undvikandebeteende, skrämnelreaktioner (startle reactions) och traumarelaterade depressioner. Såväl Pynoos och Nader⁶ som Harmon och Riggs⁶⁹ har påvisat att clonidin kan reducera "arousal" hos traumatiserade barn. Sertralin registrerades i Sverige så sent som i november 2000 som första preparat vid farmakologisk behandling av PTSD.²⁵

Sammanfattningsvis kan sägas att få studier hittills har gjorts med farmakologisk behandling av barn och ungdomar med PTSD och att det därför finns mycket begränsat empiriskt stöd för detta hos barn. Sålunda går det i nuläget inte att rekommendera någon specifik farmakologisk behandling för PTSD. Mer forskning behövs på området. Rekommendationen är att följa vårdprogrammen för ångest, depression m.fl. då det gäller medicinering. Farmakologisk behandling kan spela en roll som stöd till annan insats exempelvis psykoterapeutisk behandling.

Slutenvård

Vid PTSD liksom vid andra psykiatriska tillstånd kan slutenvård bli aktuell. Detta gäller framför allt vid suicidrisk.

Kriterier för att avsluta behandlingen

I viss mening blir ett trauma aldrig helt färdigbearbetat, eftersom både kropp och själ kommer att förbli litet extra sårbara för vissa situationer. Målet med behandlingen är att hjälpa den traumatiserade individen att gå från att ha varit dominerad och jagad av det förflutna till att kunna vara mer i nuet och där använda sin fulla potential. Det är viktigt att återfå en tro på framtiden och en känsla av kontinuitet i livet. Ett trauma kan därför betraktas som färdigbearbetat när:

- barnet klarar av att hantera de känslor som är förknippade med de traumatiska minnena
- barnet kan kontrollera minnena i stället för att dessa styr barnet
- den traumatiska händelsen har fått en berättande form och omvandlats till en sammanhängande historia med början, mitt och slut

- självkänslan är ”reparerad”
- viktiga relationer för barnet har etablerats på nytt
- barnet har utvecklat ett system av mening och tolkningar där traumat finns inkorporerat
- barnets reaktioner på fysiologiska symtom ryms inom rimliga gränser.⁶¹

Prevention

Skräckupplevelser, som skakar om människans känsla av förutsägbarhet och osårbarhet, kan på djupet förändra det sätt på vilket personen vanligtvis tacklar sina känslor och sin omgivning. Avsaknad av förutsägbarhet och kontrollerbarhet är centralt för utvecklandet och upprätthållandet av PTSD. Kombinationen av påträngande återupplevande och undvikande i symtombilden utgör basen för förståelse av PTSD. Det som skiljer människor som utvecklar PTSD från människor som enbart temporärt blir överväldigade av traumat är, att de med PTSD fastnar i traumat och fortsätter att återuppleva det i tankar, känslor och bilder. Man har under årens lopp noterat att det är det påträngande återupplevandet och inte traumat i sig som är avgörande för vidmakthållandet av PTSD. Då traumat väl en gång fastnat hos individen börjar han/hon att organisera sitt liv för att undvika det som kan påminna om traumat. Undvikandet kan ta många olika former såsom undvikande av alla minnen som kan påminna om traumat, användande av droger och alkohol som dövar eller användande av dissociation (se sid 31). Hjälploshet, förhöjd vaksamhet och andra traumarelaterade förändringar kan permanent förändra en persons sätt att hantera stress, självbild och syn på världen som en huvudsakligen säker och förutsägbar plats att leva i. Som framgår av ovanstående är det viktigt att så tidigt som möjligt erbjuda ett psykologisk omhändertagande/krisbemötande för såväl barnet/tonåringen som familjen för att i möjligaste mån förebygga och förhindra utvecklandet av PTSD.

Redan under första världskriget beskrev psykiatern Thomas Salomon²⁵ en krismodell i samband med omhändertagande av soldater som drabbats av stressreaktioner i strid. Genom att följa grundprinciperna **snabbhet, närhet, enkelhet och förväntan** så kunde man minska andelen soldater som måste lämna aktiv tjänst av psykiatriska skäl. Med dessa principer menas att man så snabbt som möjligt och nära platsen för traumat skall omhänderta individen med enkla medel och med hög förväntan om att han snart skall återhämta sig.

I boken ”Psykotraumatologi”²⁵ beskrivs prevention på tre nivåer. Primärprevention utgörs av förberedelser som stressvaccinering, utbildning, etc. Sekundärprevention innebär tidig identifikation och primära åtgärder såsom kamratstöd, avlastningssamtal, debriefing och behandling. Tertiärprevention skulle i det här sammanhanget innebära rehabilitering för att undvika kroniska tillstånd.

Det grundläggande förhållningssättet vid krisbemötande inkluderar hållande (holding) och hårbärgerande (containing) och arbetet inriktas på **självreglering och återuppbyggnad**. De flesta som är utsatta för trauma utvecklar inte PTSD eftersom de kan förhandla med och förklara för sig själva så att de kan bemästra sin

känslor, vilket gör att den akuta stressen inte blir kronisk och PTSD utvecklas. Att återknyta kontakten med stödjande nätverk och engagerande aktiviteter är ett viktigt led i att återetablera en känsla av bemästrande. För riktlinjer vid krishantering, var god se bilagan sid 49!

Var möter vi traumatiserade barn?

De traumatiserade barn/ungdomar vi kommer i kontakt med inom barnpsykiatri kan grovt räknat hänföras till följande kategorier: barn som blivit utsatta för sexuella övergrepp, misshandel och hot, barn som drabbats av olycksfall och svår somatisk sjukdom, barn som själva inte varit direkt utsatta men som bevittnat våld eller svåra olyckshändelser samt flyktingbarn med upplevelser av krig, våld, hot, utsatthet och flykt.

För barn/ungdomar som blivit utsatt för sexuella övergrepp visar forskningen att den mest frekvent rapporterade följden är PTSD. För krisbearbetning vid sexuella övergrepp och barnmisshandel hänvisas till respektive vårdprogram.

För beskrivning av krisarbete vid olycksfall och allvarliga sjukdomstillstånd rekommenderas kapitlet om krishantering i sjukvården i boken "Brännskador".⁷⁰ Avsnitt ur Östergötlands läns landstings medicinska program för psykisk ohälsa respektive cancersjukdomar kan också vara av intresse.^{71,72}

I mötet med flyktingbarn är det viktigt att man tänker på att barnets psykiska hälsa beror på olika faktorer, där tiden före migrationen är av stor vikt. Föräldrars och familjens sätt att hantera situationen har stor betydelse som skydd mot negativa reaktioner. Barn tycks ha förmåga till återhämtning om de kommer till en trygg miljö och förstår varför familjen har flytt. Om barnet har varit väl förberett inför flykten har färre psykiska problem noterats i exil. Detta stämmer väl överens med Antonovskys teori om KASAM⁷³, känsla av sammanhang, liksom med senare forskares tankar om copingstrategier och bemästrande.⁷⁴ I flera undersökningar har riskfaktorer med betydelse för psykisk ohälsa hos flyktingbarn kunnat identifieras, bl.a. svåra upplevelser, svår separation, oförberedd flykt, familjär stress, dålig familjefunktion och föräldrakapacitet, lågt socialt status, svåra krigsupplevelser, likgiltig och instabil moder, högutbildad fader och somatiska symtom hos barnet.⁷⁵

Vid anamnesupptagning bör man uppmärksamma att barn och ungdomar som söker på BUP för olika symtom kan bära på ett trauma och vara traumatiserade trots att detta inte är frågeställningen från början.

Fördjupningslitteratur

I boken "Barn och trauma" ger Atle Dyregrov en allsidig belysning av området, där också skolans roll diskuteras.⁶¹

Den engelska psykiatern Dora Black har i många år arbetat med barn som traumatiserats genom familjevåld och har tillsammans med kollegor nyligen skrivit boken "When father kills mother: guiding children through trauma and grief".⁷⁶

Johan Cullbergs bok "Kris och utveckling"⁷⁷ tillhör den klassiska litteraturen inom kunskapsfältet.

Yule W. Post-traumatic stress disorders: concepts and therapy. Chichester UK: Wiley, 1999.²⁶

Gjaerum B, Grøholt B, Sommerschild H, red. Att bemästra. Motståndskraft, skyddsfaktorer och kreativitet bland utsatta barn, ungdomar och deras föräldrar. Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsa, 1999.

Dissociation

Allmän beskrivning

Dissociation anses vara ett viktigt begrepp vid trauma och framförallt vid upprepade sexuella övergrepp. Dissociation är en försvarshållning/-reaktion som skyddar mot hot eller skada. Barn som utsätts för upprepade sexuella övergrepp kan ibland dissociera för att hålla tankarna eller minnet av de otäcka händelserna borta från medvetandet. Dissociation kan vara en del av symtomen vid PTSD. Frank Putnam⁷⁸, som är en erkänd expert inom kunskapsfältet, definierar dissociation på följande sätt:

Dissociation är en psykofysiologisk process som ändrar tankar, känslor och handlingar så att viss information under en period inte integreras med annan information på det sätt som vanligtvis sker.

Tecken på dissociation är minnesluckor, transtillstånd, identitetsförvirring, depersonalisering och derealisation, förlust av tid eller tidsperspektiv.⁷⁹ En person som dissocierar integrerar inte den inkommande informationen, han/hon tappar i kapacitet att integrera kunskap, känsla och minne. Det dissocierade är avspaltat, men med en gömd "observatör" så att minnet förblir intakt och möjligt att återkalla. Dissociation kan betraktas utefter ett kontinuum, dvs. man kan dissociera litet eller mycket. I den normala utvecklingen anses dissociation förekomma upp till ca 10 års ålder, kulminera runt 9-10 år för att sedan avklinga under tonåren. Det finns undersökningar som visar att 1-3 % i en vuxen normalpopulation dissocierar i hög grad.

Historik

Psykoanalytikern Nancy McWilliams har skrivit en bok om psykoanalytisk diagnostik. I ett av kapitlen⁸⁰, "Dissociativa personligheter", ger hon en historisk bakgrund och beskrivning av begreppet dissociation. Hon ger en översikt över kunskapsfältet och hänvisar till många kända namn inom området.

McWilliams skriver inledningsvis (sid 389): "I detta kapitel gör jag ett litet avsteg från den traditionella presentationen av psykodynamisk personlighetsdiagnostik eftersom detta är den första psykoanalytiska lärobok där dissociativ personlighet ingår som en bland andra möjliga personlighetstyper." Hon noterar att multipel personlighetsstörning och andra besläktade dissociativa tillstånd före 1980-talet ansågs alltför sällsynta för att inkluderas i översikter över personlighetstyper och psykiska störningar. Men det har sedan dess framkommit övertygande belegg för att dissociation är ett relativt vanligt fenomen, och att vissa människor dissocierar så ofta att det kan betraktas som deras primära försvar mot stress. Det faktum, att Freud slutligen lade huvudbetoningen på utvecklingsproblematiken snarare än på den traumatiska livshistorien och på bortträngning snarare än på dissociation som försvar, fick dessvärre den bieffekten att de kunskaper om dissociation som fanns tillgängliga mot slutet av 1800-talet föll i glömska. Pierre Janet till exempel ifrågasatte explicit Freuds val av bortträngning som primär förklaringsprincip och

menade, att många hysteriska symtom kunde sättas i samband med dissociativa processer. Enligt McWilliams betraktar terapeuter, som har erfarenhet av dissociativa klienter, inte multipel personlighet som en extrem avvikelse utan som vissa människors fullt begripliga anpassning till en specifik livshistoria, närmare bestämt som ett kroniskt posttraumatiskt stressyndrom med rötter i barndomen.⁸⁰

Förklaringsmodeller

En förklaring till uppkomsten av dissociation är att personen ifråga har varit utsatt för trauma. Putnam för dock i sin bok "Dissociation in children and adolescents" fram tankar om att det skulle finnas mer än en sorts dissociation och refererar till relevant forskning. Han talar om patologisk och icke-patologisk dissociation. Om dissociation skall anses vara patologisk beror på omfattning/intensitet och duration.⁸¹ Nedanstående skiss hämtad från Vandereyken visar på komplexiteten i förklaringarna.⁸²

<i>Input</i>	<i>Variabler som påverkar resultatet</i>	<i>Output/Resultat</i>
T	utvecklingsfas	INTEGRATION
R	typ av trauma	
A	hur avslöjandet/berättandet går till	
U	familjevariabler	
M	livshändelser/livsbedingungen	
A	självbild	
		DISSOCIATION

Förekomst

När det gäller förekomst så finns det siffror på mellan 1% och 3% i en vuxen normalpopulation.⁸³ Beträffande barn skriver Putnam^{78,81} att man i den normala utvecklingen kan se att barn dissocierar och då med en höjdpunkt runt 9-10 års ålder. Förekomsten av dissociation klingar av under adolescensen och stannar vid de siffror som nämns ovan. En studie gjord på BUP-Elefanten visar på förekomst runt 8% i en normalpopulation i åldersgruppen 14-19 år mätt med Dis-Q-Sweden.⁸²

Hereditet

Det finns en del forskning som tyder på att om någon förälder dissocierar så är det inte ovanligt att det också finns barn som dissocierar.⁸⁴

Prognos

När det gäller barn så menar man att dissociation är ett tillstånd som har god prognos om barnet får rätt behandling. Det behöver heller inte ta alltför lång tid.^{81,85}

Diagnoser

Diagnoskriterier enligt DSM-IV

Uppställningen nedan följer den svenska fickhandboken för DSM-IV.³⁷ Inom klammer anges DSM-IV kod till vänster och ICD-10 kod till höger.

Dissociativ amnesi (tidigare psykogen amnesi) [300.1; F44.0]

- A. Den dominerande störningen utgörs av en eller flera episoder av oförmåga att minnas viktig personlig information, ofta av traumatisk och påfrestande natur. Oförmågan att minnas är mer betydande än vad som kan förklaras med vanlig glömska.
- B. Störningen förekommer inte uteslutande vid dissociativ identitetsstörning, dissociativ fugue, posttraumatisk stressyndrom, akut stressyndrom eller somatiseringssyndrom och beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex missbruksdrog, medicinering) eller av någon neurologisk sjukdom eller annan sjukdom/skada (t ex amnestiskt syndrom på grund av skalltrauma).
- C. Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.

Dissociativ fugue (Ambulatorisk automatism) [300.13; F44.1]

- A. Den dominerande störningen utgörs av att personen plötsligt och oväntat reser bort från hemmet eller arbetsplatsen och samtidigt är oförmögen att minnas sitt förflutna.
- B. Personen är förvirrad över sin personliga identitet eller antar en ny identitet (helt eller delvis).
- C. Störningen inträffar inte uteslutande i samband med dissociativ identitetsstörning och beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon annan substans (t ex missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada (t ex temporallobsepilepsi).
- D. Symtomen orsakar klinisk signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.

Dissociativ identitetsstörning [300.14; F44.81]

- A. Två eller fler åtskilda identiteter eller personlighetstillstånd existerar sida vid sida (var och en med sitt eget relativt bestående sätt att uppfatta, tänka kring och relatera till omgivningen och sig själv).
- B. Minst två av dessa identiteter eller personlighetstillstånd tar vid återkommande tillfällen kontrollen över personens beteende.
- C. Personen är oförmögen att minnas viktig personlig information. Oförmågan att minnas är mer betydande än vad som kan förklaras med vanlig glömska.
- D. Störningen beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex blackout eller kaotiskt beteende vid alkoholberusning) eller någon somatisk sjukdom/skada (t ex komplexa partiella epileptiska anfall). **Obs:** Hos barn skall inte fantasilekar eller fantiserade lekkamrater inkluderas som symptom.

Depersonalisationssyndrom [300.6; F48.1]

- A. Bestående eller återkommande upplevelser av att känna sig avskild från de egna tankarna eller den egna kroppen, som om man var en utomstående betraktare av sig själv (t ex det känns som om man befann sig i en dröm).
- B. Under depersonalisationsupplevelsen förblir realitetsprövningen intakt.
- C. Symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.

- D. Upplevelsen av depersonalisation inträffar inte uteslutande i samband med någon annan psykisk sjukdom eller störning, t ex schizofreni, paniksyndrom, akut stressyndrom eller något annat dissociativt syndrom, och beror inte heller på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada (t ex temporallobsepilepsi).

Dissociativt syndrom UNS [300.15; F44.9]

Den här kategorin används vid störningar där den kliniska bilden domineras av dissociativa symtom (dvs. en störning av de vanligtvis integrerade funktionerna för medvetande, minne, identitet eller perception av omgivningen) men där kriterierna för någon specifik dissociativ störning inte är uppfyllda. Till exempel:

- (1) En klinisk bild som påminner om dissociativ identitetsstörning men som inte helt uppfyller kriterierna, t ex
 - a) om det finns mer än ett personlighetstillstånd eller
 - b) om amnesi för viktig personlig information inte föreligger.
- (2) Överklighetskänslor som inte åtföljs av depersonalisation hos vuxna.
- (3) Dissociativa tillstånd som kan uppträda hos personer som utsatts för långvarig och intensiv psykisk påverkan under tvång (t ex hjärntvätt, tankereformering eller indoktrinering under fångenskap).
- (4) Dissociativ trans: enstaka eller episodiska störningar av medvetandet, identiteten eller minnet som är kulturellt sanktionerade inom personens kulturella gemenskap. Begreppet dissociativ trans innefattar en begränsning av medvetandet om den närmaste omgivningen alternativt stereotypa beteenden eller rörelser som upplevs ligga utanför den egna kontrollen. Besatthet innebär att den vanliga identitetsupplevelsen ersätts av en ny identitetsupplevelse, som tillskrivs en ande, kraft, gudom eller någon annan person, och som förknippas med stereotypa "ofrivilliga" rörelser eller amnesi. Exempel på sådana fenomen från olika kulturer innefattar amok (Indonesien), bebainan (Indonesien), latah (Malaysia), pibloktoq (Arktis), ataque de nervios (Latinamerika) och besatthet (Indien). Det dissociativa syndromet eller transsyndromet är inte någon normal del av det allmänt accepterade kollektiva kulturella eller religiösa livet.
- (5) Medvetslöshet, stupor eller koma som inte beror på någon somatisk sjukdom/skada.
- (6) Gansersyndrom: personen ger ungefärliga svar på frågor (t ex "två plus två är fem") utan att det finns någon koppling till dissociativ amnesi eller dissociative fugue.

Diagnoskriterier enligt ICD-10

Nedan följer kriterier hämtade ur Socialstyrelsens systematiska förteckning.³⁸
Respektive kod anges inom klammer.

Dissociativa syndrom

Perturbationes dissociativae [F44]

Det gemensamma för dissociativa tillstånd eller konversionstillstånd är partiell eller total förlust av normal integration mellan minnen av det förflutna, medvetandet om identitet och omedelbara sensationer samt kontroll över den kroppsliga motoriken. Alla typer av dissociativa tillstånd brukar gå i remission efter några veckor eller månader, särskilt om de har föregåtts av en traumatisk livshändelse. Vissa störningar, särskilt förlamningar och känslösbortfall, kan bli mer kroniska om debuten är associerade med olösliga problem eller interpersonella svårigheter. Dessa störningar har tidigare klassificerats som olika typer av "konversionsysteri". De förmodas vara framkallade av psykologiska faktorer och är i tid nära förbundna med traumatiska händelser, olösliga och svårtolererade problem eller störda relationer. Symtomen representerar ofta patientens uppfattning om hur en fysisk sjukdom manifesterar sig. Medicinsk undersökning och utredning kan inte avslöja någon känd kroppslig eller neurologisk sjukdom.

Däremot finns tecken på att funktionsförlusten är ett uttryck för en känslomässig konflikt eller känslomässiga behov. Symtomen kan ha utvecklats i nära relation till psykologisk stress och uppträder ofta akut. Bara tillstånd med fysiska funktioner som normalt står under viljemässig

kontroll samt känslobortfall ska inkluderas. Tillstånd med smärta och andra mer komplexa fysiska sensationer medierade via det autonoma nervsystemet klassificeras under somatiseringssyndrom (F45.0). Allvarlig fysisk eller psykisk sjukdom kan uppenbara sig i ett senare skede och denna möjlighet måste alltid hållas i minnet.

Innefattar:

- Hysteri
- Hysterisk psykos
- Konversionshysteri
- Konversionsreaktion

Utesluter:

- Medveten simulering (Z76.5)

Dissociativ amnesi [F44.0]

Störningens mest framträdande drag är minnesförlust, vanligen rörande viktiga händelser av färskt datum. Minnesförlusten beror inte på organisk sjukdom och är för uttalad för att kunna förklaras med vanlig glömska eller trötthet. Amnesin är ofta fokuserad kring traumatiska händelser, såsom olyckor och oväntade dödsfall, och är vanligtvis partiell och selektiv. Total och generell amnesi är ovanlig och oftast del av ett fuguetillstånd (F44.1). Om detta är fallet skall tillståndet klassificeras så. Diagnosen (dissociativ amnesi) skall inte ställas i närvaro av organiska hjärnsjukdom, intoxication eller excessiv utmattning.

Utesluter:

Amnesi:

- Anterograd (R41.1)
- Retrograd (R41.2)
- UNS (R41.3)

Amnesi orsakad av alkohol eller andra psykoaktiva substanser (F10-F19 med gemensam fjärdeposition .6)

Icke alkoholutlöst amnestiskt syndrom (F04)

Postiktal amnesi vid epilepsi (G40.-)

Dissociativ fugue [F 44.1]

Dissociativ fugue har den dissociativa amnesins samtliga kännetecken. Därutöver tillkommer ett målmedvetet resande som överskrider vad som är normalt för patienten. Utöver total amnesi för fugueperioden, ter sig patientens beteende helt normalt för en oberoende observatör.

Utesluter:

- Postiktal fugue vid epilepsi (G40.-)

Dissociativ stupor [F44.2]

Dissociativ stupor diagnostiseras på basen av uttalad minskning eller total frånvaro av kroppsliga rörelser som normalt står under viljans kontroll och normala reaktioner på externa stimuli som ljus, ljud och beröring. Undersökning och utredning ger inga bevis för någon fysisk orsak. Däremot finns ofta positiva tecken på psykologiska orsaksfaktorer i form av nyligen genomgången trauma eller belastning.

Utesluter:

Organisk katatoni (F06.1)

Stupor:

- depressiv (F31-F33)
- kataton (F20.2)
- manisk (F30.2)
- UNS (R40.1)

Transtillstånd och besatthet [F44.3]

Störningar med en övergående förlust av känsla för personlig identitet och full medvetenhet om omgivningen. Här ska bara inkluderas transtillstånd som är ofrivilliga eller oönskade och som uppträder utanför religiöst eller kulturellt accepterade situationer.

Utesluter:

Tillstånd förenade med:

- akuta eller övergående psykotiska störningar (F23.-)
- intoxication med psykoaktiva substanser (F10-F19 med gemensam fjärdeposition .0)

- organisk personlighetsstörning (F07.0)
- postkontusionellt syndrom (F07.2)
- schizofreni (F20.-)

Dissociativ motorisk störning [F44.4]

Visar sig oftast som en oförmåga att röra hela eller delar av en extremitet. Det kan finnas likheter med nästan vilken form som helst av ataxi, apraxi, akinesi, afoni, dysartri, dyskinesi, krampanfall eller förlamning.

- Psykogen afoni
- Psykogen dysfoni

Dissociativa kramper [F44.5]

Dissociativa kramper kan i hög grad likna epileptiska kramper vad beträffar rörelser, medan tungbett, blåmärken pga fall och urininkontinens är ovanliga. Medvetandet är bevarat eller ersatt med ett tillstånd av stupor eller trans.

Dissociativ anestesi [F44.6]

Anestesins utbredningsområde på huden har ofta gränser som tydliggör dess samband med patientens uppfattning om kroppsliga funktioner snarare än medicinsk kunskap. Det kan finnas selektiva bortfall av sensoriska kvaliteter som inte går att förena med neurologisk sjukdom. Känselförlusten kan åtföljas av klagomål på parestesier. Syn- och hörsselförlust vid dissociativa tillstånd är sällan total.

- Psykogen dövhet

Blandade dissociativa symtom [F44.7]

- Kombination av störningar specificerade under F44.0-F44.6

Andra specificerade dissociativa syndrom [F44.8]

- Gansers syndrom
- Multipel personlighet
- Psykogen konfusion
- Psykogent skymningstillstånd

Dissociativt syndrom, ospecificerat [F44.9]

Komorbiditet

Dissociation samvarierar med en hel del andra tillstånd av psykisk ohälsa och Vanderlinden har gjort en mängd undersökningar av sådan samvariation. Hans syfte har dock varit att se om man speciellt kan skilja ut dissociativa drag från andra symtombilder.⁸³ Dissociativa symtom mätt med DES är starkt korrelerat med psykologisk stress mätt med SCL90, familjefunktion och medicinanvändning.⁸⁶ Putnam menar att det vid behandling av psykisk störning är viktigt att arbeta med dissociationen först och exempelvis depressionen därefter.⁸¹

Tillståndets innebörd för patient och anhöriga

Dissociation är ett effektivt sätt att bygga upp murar och skärma av minnet av ett trauma i ett försök att hålla minnet borta. Dissocierade minnen fortsätter dock att störa i form av fragmenterade känslor eller beteenden (återupplevelser), där man inte förstår sammanhanget. Människor som lärt sig att hantera trauman via dissociation fortsätter ofta att göra så även vid mindre stressande situationer. Det kan få

förödande konsekvenser för en ungdom som sitter i skolan och där försätter sig i ett dissociativt tillstånd. Det medför stora svårigheter att följa med på lektioner, kunna inhämta kunskap och komma ihåg vad man pratar om. Det ligger också nära till hands att man får kritik av föräldrar och lärare för att man inte lyckas följa med och förstå vad som sägs. För att komma tillrätta med en sådan situation behövs givetvis, att man får möjlighet att bearbeta det som en gång förorsakade att man började använda dissociation som en möjlig väg att komma undan en alltför smärtsam och ångestväckande situation. En annan god hjälp är att få förklarat för sig hur dissociation fungerar och att det kan vara en följd av det svåra man varit med om. Att få en förklaring kan undanröja många rädslor, t.ex. rädsla för annalkande svår sinnessjukdom. Även ungdomens föräldrar bör få förklaring på vad tillståndet innebär.

Utredning

När den kliniska intervjun ger misstanke om dissociation bör man använda de test som finns tillgängliga och som man vet avser att mäta dissociation. Det är nämligen viktigt att man frågar om de dissociativa symtomen för att få en rättvisande klinisk bild och bedömning. Fråga om symtom såsom amnesi, transtillstånd, depersonalisering, derealisation, identitetsförvirring och olika identiteter. Det screeninginstrument som finns i Sverige idag och det enda hittills som är validerat för svenska ungdomar är självsvarsformuläret Dis-Q-Sweden. Således bör man vid en första bedömning ge patienten detta självsvarsformulär. Nästa steg vid bedömning av dissociation om svaren på självsvarsformuläret tyder på dissociation är att gå vidare med ytterligare intervju och då förslagsvis SCID-D (Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders).

Självsvarsformulär

Dis-Q-Sweden

Dis-Q-Sweden är det enda screeninginstrument som finns idag som är validerat för svenska ungdomar.⁸² Dis-Q-Sweden är ett självsvarsformulär som avser att mäta dissociation. Det är översatt från Dis-Q som är utarbetat i Belgien av Vanderlinden. Det har hög grad av samvariation med DES-skalan (se nedan). Dis-Q-Sweden består av 63 påståenden som man skall gradera mellan ett till fem beroende på var på skalan man upplever sig. Vid poängen 2,5 eller däröver är det sannolikt att patienten dissocierar relativt mycket, varför man bör undersöka den frågeställningen ytterligare.

Dissociative Experience Scale (DES) och Adolescent Dissociative Experience Scale (A-DES)

Det finns ett annat självsvarsformulär i två versioner, A-DES och DES, som har hög korrelation med Dis-Q. A-DES är nyligen översatt till svenska men ännu inte validerad. DES är ännu inte översatt.⁸¹ A-DES kan rekvideras från Doris Nilsson, BUP-Elefanten. (För ytterligare information, var god se Forsknings- och utvecklingsprojekt sid 43.)

Intervjuformulär

Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D)
SCID-D⁸⁷ är ett halvstrukturerat intervjuformulär som finns på BUP-Elefanten i en norsk version. Se vidare sid 43!

Child Dissociative Checklist

För mindre barn finns skalan Child Dissociative Checklist.⁸¹ Den är inte heller översatt till svenska men utfallet kan tjäna som någon form av riktmärke. Arbetet med översättning och anpassning efter svenska förhållanden är påbörjad på BUP-Elefanten.

Behandling

Eftersom dissociation är ett förhållandevis ungt kunskapsfält finns ingen samlad enhetlig kunskap om behandling. Därför bör/skall man, när man möter en patient som fått diagnoser där det ingår dissociation, först läsa ISSD:s (The International Society for the Study of Dissociation) guidelines för behandling⁸⁷ samt Klufts kapitel ”Basic principles in conducting the psychotherapy of multiple personality disorder”.⁸⁸

Övergripande målsättning

En patient som dissocierar är en människa som upplever sig själv som om hon har separata delar i huvudet, vilka fungerar med viss autonomi. När helst det är möjligt bör terapin sträva mot ett integrerat fungerande. Övergripande mål för behandlingen är stabilisering av symtomen, kontroll av dysfunktionellt beteende, återupprättande av funktioner och förbättring av relationer. Dessa mål måste adresseras under hela tiden/pågående både direkt (praktiskt) och genom psyko-terapeutiskt arbete.

Generella riktlinjer

En mycket viktig del i behandlingen, speciellt i början, är att behandlaren förklarar tillståndets innebörd och hur det kan te sig. Förklaring bör ges till både patient och föräldrar. Det kan lätta betydligt för de inblandade om de får litet förståelse för vad som sker med dem. Bara det att möta en behandlare som förstår och vet vad det är fråga om kan innebära en stor lättnad. Följande enkla grundregler gäller för behandling:

- Man måste prata/berätta om det man varit med om innan man kan nå bättring.
- Man kan behöva hjälp med att konstatera vad man varit med om, eftersom minnen kan vara enbart icke-verbala.

När minnen blir språkligt tillgängliga kan de integreras med annat material och i terapin betraktas de från ett nytt perspektiv så att ny mening kan utvecklas. Det som hänt placeras in i ett kognitivt, känslomässigt och moraliskt sammanhang

som ger möjlighet till konceptualisering. Genom att få berätta för någon som lyssnar sker också en validering/bekräftelse av det man varit med om.

Vissa generella regler finns för behandling men varje patient måste bemötas utifrån sin unika erfarenhet, personlighet och livsomständighet. Nedanstående behandlingsprinciper har formulerats av Mollon⁸⁹ och stöds av andra framstående experter inom området.^{81,85,87,88}

- Den terapeutiska ramen skall vara tydlig och säker.
- En terapeutisk allians är förutsättning för terapin.
- Patienten skall känna att hon har kontroll och ansvar.
- Terapeuten skall förmedla realistiskt hopp.
- Terapeuten skall vara förutsägbar, intresserad och empatisk.
- Tystnad och affektiv återhållsamhet hos terapeuten retraumatiserar. Den traumafokuserade terapeuten måste vara aktiv och visa mer av vad man står för (tydlig).
- Terapeutens ord och kroppsspråk skall vara kongruenta.
- Terapeutens eventuella misstag skall tydliggöras.
- Terapeuten måste följa patientens takt.
- Bortträngning av traumat och affekten skall sakta upplösas.
- Patientens orealistiska skuld skall konfronteras kognitivt.

Dissociation hos barn

Dissociation hos barn kan försvinna ganska snabbt om barnet blir tryggt i sin omgivning. En förutsättning är att barnet får sina **basbehov tillgodosedda**: mat, kläder, medicin, skydd, kärlek, säkerhet, bekräftelse, beröm och framtidstro. Det finns i forskningen tecken som tyder på att dissociativa beteenden hos mindre barn försvinner i en bra miljö.

En viktig del av behandlingen är att **hjälpa omgivningen att förstå** vad dissociation är, vad som har utlöst den och vad som utlöser den. Det som ser ut som brist på kontroll, t.ex. självskadande beteende, kan vara ett försök att ta kontroll. I det inre kan man vara så överväldigad av känslor och stress, ”triggers”, att man försöker få kontroll över små delar. Känslan av kontroll kommer sig av att man i alla fall kan skada sig själv värre än vad andra kan.

Terapeuten skall försöka hjälpa barnet att **ta ansvar och kontroll över sitt liv**. Terapeuten bör hjälpa barnet att utveckla **problemlösningsstrategier** som är användbara här och nu och som står i samklang med barnets kunskap och utvecklingsmöjligheter. Det är viktigt att hålla jämna steg med barnets växt och utveckling och uppmärksamma framstegen. Om terapin går bra så kan det gå fort och det är viktigt att man som behandlare förstår det och inte håller kvar någon på ett lägre stadium än nödvändigt.

Tillit är en grundläggande förutsättning för att en person som använder sig av dissociation skall våga börja berätta/leka. Tillit tar lång tid att utveckla. **Risk/ansvar, tålamod** och **uthållighet** kan sägas vara nyckelbegrepp när det gäller behandlingen.

Mål för behandlingen är ökad självkontroll, affektreglering (biologisk kontroll) och impulshållande, genom utveckling av metakognitiva funktioner. Led i behandlingen är att underlätta reduktion av självanklagelser, självskadande beteende och affektiva tillstånd samt att stimulera utveckling av metakognitiva, självgående, integrativa funktioner. Diskreta patologiska dissociativa tillstånd, dvs. kompartmentaliserade känslor och minnen, bryts ned genom dessa känslor och minnen processas och integreras. Om ett barn håller på att gå in i transtillstånd är det viktigt att en vuxen aktivt ger orientering här och nu.

Tydliga regler i den behandlande organisationen är nödvändigt för framgångsrik behandling. Ibland kan en tonåring agera ut för att bryta dissociativa tillstånd, t.ex. vara aggressiv eller skada sig själv. Man kan hjälpa genom att fokusera på vad som hindrar och vad man kan göra för att det skall bli annorlunda. Terapeutiska tekniker som är emotionellt avreagerande kan vara bra men är inte tillräckliga. De måste kompletteras med psykoterapeutiskt processande av emotionellt material. Avslappning är bra. Om man arbetar på ett behandlingshem eller liknade är det viktigt att personalen ser dissociation för vad det är och inte blir indragen utan istället kan hitta kreativa lösningar.

Barn använder sin egen logik för att förstå omgivningen. Det som Putnam⁸¹ benämner ”barns obligatoriska slaveri under logiken” leder ofta genom logiskt resonemang till ett beteende, adaptivt eller inte. Exempelvis kan barn tänka, att om någon behandlar mig illa så förtjänar jag det, alltså är jag dålig.

Leken är central i barns liv. Den är ett medel för dem att lära sig förstå världen. Den är också en arena där de kan återfå kontrollen och finna mening även i svåra händelser. Leken ändrar sig under utvecklingens gång. Men det finns också variation mellan barn i samma ålder. Dessutom kan ett barn variera i mognadsgrad på sin lek under loppet av en session. Detta gäller speciellt för dissocierande barn som ofta regredierar i närvaron av hotande stimuli. Barn som farit illa har utvecklingsmässiga ”skador” i sin lek som är mindre socialt och kognitivt mogen än leken hos barn i allmänhet. De leker också i mindre omfattning och har mindre symbolisk lek.

Barn vet att den terapeutiska leken inte är ”lek-vad-som-helst”. Terapeutiska funktioner för leken är syntes och organisation av känslor, underlättande av kognitiv utveckling, modulering av aggression, utveckling av närhet, ny förståelse och utveckling av självreglering. Kommunikativ lek är nödvändig för att barnet skall kunna gå vidare i sin utvecklingsprocess. Det är viktigt att terapeuten inte tolkar utan i stället låter dockorna få känsla. I leken ges barnet möjlighet att sätta upp de svåra situationerna för att undersöka och titta på ”hur det såg ut”. En viktig motöverföring att se upp med är, att man som terapeut inte undviker det onda utan härbärgerar det så att barnet kan få lägga ut det och undersöka för att kunna integrera och lämna det, och få plats med annat. Kontroll är ett viktigt tema, man måste själv få kontroll. I leken ges barnet möjlighet att få kontroll.⁹⁰

Val av behandlingsmetoder

Som framgår ovan har man hittills ansett att enbart individuell behandling är tillfyllest vid dissociation. Dock skriver Putnam 1997 att han börjar ändra ståndpunkt och inse vikten av att även familjen deltar i behandlingen.⁸¹ Han refererar till ett flertal artiklar skrivna av Lynn och Robert Benjamin.^{91,92,93} Även på BUP-Elefan-ten finns det erfarenheter som talar för att familjen måste medverka i behandlingsarbetet som komplement till den individuella behandlingen. Det är också värdefullt att ev. skol-/förskolepersonal blir informerade om vad som pågår.

Enligt vår bedömning gäller det ovan skrivna när det rör sig om behandling av dissociation. För fylligare information rekommenderas fördjupningslitteraturen, framför allt Silbergs och Waters bok⁸⁵ och Klufts kapitel om behandling⁸⁸. I båda belyses terapi och terapeutiska faser. Då det i nuläget inte finns dokumenterad behandlingsforskning vill vi rekommendera läsaren kontinuerlig egen litteratursökning.

Farmakologisk behandling

Beträffande farmakologisk behandling finns nästan ingen forskning publicerad och inga tydliga rekommendationer ges i ISSD:s guidelines.⁸⁷

Fördjupningslitteratur

Johanna Silberg och Frances Waters beskriver hur man bör behandla och bemöta barn och ungdomar som man misstänker eller vet dissocierar.⁸⁵ Phil Mollon ger i sin bok en innehållsrik klinisk bild av dissociation. Han ställer också upp ett antal behandlingsprinciper.⁸⁹ Även Johan Vanderlindens⁸³ och Ellert Nijenius⁹⁴ böcker rekommenderas.

Samarbetspartners

Det är ofta värdefullt att man informerar skol-/förskolepersonal om hur det står till med patienten för att personalen skall få kunskap om dissociation och hur det kan påverka patienten och skolarbetet.

Kollegor att rådfråga/diskutera med

Trauma

BUP-Elefan-ten
Universitetssjukhuset
581 85 Linköping

Dissociation

Psykolog Doris Nilsson
BUP-Elefan-ten
Universitetssjukhuset

forts

Tel. 013-225040
[BUP_Elefanten_US@lio.se](mailto: BUP_Elefanten_US@lio.se)

581 85 Linköping
Tel. 013-225042
[Doris.Nilsson@lio.se](mailto: Doris.Nilsson@lio.se)

Barntraumateamet
Vrinnevisjukhuset
Norrköping
Socionom Lars Widén
Tel. 011-222077
[Lars.Widen@lio.se](mailto: Lars.Widen@lio.se)
Psykolog Ken Chesterson
Tel. 011-222088
[Ken.Chesterson@lio.se](mailto: Ken.Chesterson@lio.se)

Konsultteamet
Psykolog Anita Linders
Barn- och ungdomspsyk klin
Universitetssjukhuset
581 85 Linköping
Tel. 013-224205
[Anita.Linders@lio.se](mailto: Anita.Linders@lio.se)

Barn- och familjeteamet
Flyktingmedicinskt centrum
Universitetssjukhuset
581 85 Linköping
[Flyktingmedicinskt_Centrum@lio.se](mailto: Flyktingmedicinskt_Centrum@lio.se)

Information till patient och anhöriga

Patient- och anhörigföreningar

National Center for PTSD. The PILOTS database. An electronic index to the traumatic stress literature [Online] <http://www.ncptsd.org/research/pilots/index.html>

National Center for PTSD. PTSD in children and adolescents [Online] http://www.ncptsd.org/facts/specific/fs_children.html

The International Society for Traumatic Stress Studies [Online] <http://www.istss.org>

Litteraturtips

De böcker och artiklar som nämns under avsnittet Behandling samt Putnams bok "Dissociation in children and adolescents"⁸¹ kan vara till hjälp.

Forsknings- och utvecklingsprojekt

På BUP-Elefanten i Linköping pågår flera projekt:

- Man ämnar fortsätta arbetet med dissociation och då kommer i första hand A-DES att valideras. (Kontaktperson: Doris Nilsson)
- Ytterligare normering och validering av Dis-Q skalan pågår, bl.a. kommer SCID-D att användas som valideringsinstrument. (Kontaktperson: Doris Nilsson)
- Validering av LITE-skalan pågår. (Kontaktpersoner: IngBeth Larsson, Doris Nilsson)
- Normering och validering av självsvarsformuläret TSCC pågår. (Kontaktpersoner: Charlotta Lindell, Carl Göran Svedin)
- ”På video och sen då?” är en pågående studie av barns medverkan i barnpornografi och dess följder. (Kontaktpersoner: Carl Göran Svedin, Kristina Back)

På Vrinnevisjukhuset i Norrköping pågår förberedelser för att genomföra en utvärdering av Barntraumateamets verksamhet. (Kontaktperson: Lars Widén)

”Familjesamtal med flyktingfamiljer och psykologisk diagnostik av flyktingbarn” är en pågående studie vid Avdelningen för Barn- och ungdomspsykiatri i Linköping. Målsättningen är bl.a. att förebygga posttraumatiskt stressyndrom. (Kontaktperson: Gunilla Jarkman Björn)

På Barn- och familjeteamet vid Flyktingmedicinskt centrum i Linköping kommer man från och med hösten 2002 att koncentrera sig på forskning kring bemästringsstrategier samt skydds- och friskfaktorer hos barn/tonåringar och deras familjer. (Kontaktperson: Ana Maria Solari)

Litteraturförteckning

1. Diagnostic and statistic manual of mental disorders, 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
2. Landstinget i Östergötland. Medicinska programmet Psykisk ohälsa del 1, 1998; 63-4.
3. Diagnostic and statistic manual of mental disorders, 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1989.
4. Terr LC. Children of Chowchilla: study of psychic trauma. *Psychoanal Study Child* 1979; 34:547-623.
5. Terr LC. Chowchilla revisited: the effect of psychic trauma four years after a school bus kidnapping. *Am J Psychiatry* 1983; 140:1543-50.
6. Pynoos RS, Nader K. Issues in the treatment of post-traumatic stress in children and adolescents. In: Wilson J, Raphael B, eds. *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York: Plenum Press, 1993; 535-49.
7. Perrin S, Smith P, Yule W. Practitioner review: the assessment and treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2000; 41:3:277-89.
8. van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisath L, eds. *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: The Guilford Press, 1996.
9. Pynoos RS, Nader K. Psychological first aid and treatment approaches for children exposed to community violence. Research implications. *Journal of Traumatic Stress* 1988; 1:243-67.
10. Pynoos RS, Steinberg AM, Wraith R. A developmental model of childhood traumatic stress. In: Cicchetti D, Cohen D, eds. *Manual of developmental psychology*, vol 2: risk, disorder, and adaptation. New York: Wiley, 1995; 72-95.
11. Terr LC. Childhood traumas: an outline and overview. *American Journal of Psychiatry* 1991; 148:10-20.
12. Herman JL. Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress* 1992; 5:377-91.
13. AACAP. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37:10:4S-26S.
14. Berliner L. Intervention with children who experience trauma. In: Cicchetti D, Terr L, eds. *The effects of trauma and the developmental process*. New York: Wiley, 1997; 491-514.
15. Yehuda R, McFarlane AC. Conflict between current knowledge about post-traumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry* 1995; 152:1705-13.
16. Finkelhor D. Early and long-term effects of child sexual abuse: an update. *Prof Psychol Res Pract* 1990; 32:325-30.
17. Rutter M. Continuities and discontinuities from infancy. In: Osofsky J, ed. *Handbook of infant development*, 2nd ed. New York: Wiley, 1987.
18. Lyons JA. Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: a review of the literature. *J Dev Behav Pediatr* 1987; 8:349-56.
19. Prigerson HG, Jacobs SC. Diagnostic criteria for traumatic grief. A rationale, consensus criteria and preliminary empirical test. Part II, theory, methodology and ethical issues. In: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, eds. *Handbook of bereavement research, consequences, coping and care*. Washington DC: American Psychological Press, 2001; 614-46.
20. Berman SL, Kurtines WM, Silverman WK, Serafini LT. The impact of exposure to crime and violence on urban youth. *Am J Orthopsychiatry* 1996; 66:329-36.
21. Breslau N, Davis CG, Andeski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:216-22.

22. Goenjian AK, Pynoos RS, Steinberg AM, Najarian LM et al. Psychiatric comorbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34:1174-84.
23. Green BL, Korol M, Grace MC, Vary MG, Leonard AC, Glesser CG, Smithson-Cohen S. Children and disaster: age, gender, and parental effects on PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991; 30:945-51.
24. Garbarino J, Kostelny K. The effects of political violence on Palestinian children's behavior problems: a risk accumulation model. *Child Dev* 1996; 67:33-45.
25. Michel P-O, Lundin T, Otto U. *Psykotraumatologi*. Lund: Studentlitteratur, 2001.
26. Yule W. *Post-traumatic stress disorders: concepts and therapy*. Chichester UK: Wiley, 1999.
27. Terr L. *Too scared to cry: psychic trauma in childhood*. New York: Harper and Row Publishers, 1990.
28. Terr LC. *Unchained memories: true stories of traumatic memories, lost and found*. New York: Basic Books, 1994.
29. Highlight. National children's bureau and barnados 120 och 121, 1993.
30. Amaya-Jackson L, March JS. Posttraumatic stress disorder. In: March JS, ed. *Disorders in children and adolescents*. New York: The Guilford Press, 1995; 276-300.
31. Cohen JA, Mach J, Berliner L. ISTSS Treatment guidelines for PTSD in children and adolescents. Draft 6, 10/8/1998.
32. Terr, LC. Children traumatized in small groups. In: Eth S, Pynoos R, eds. *Post-traumatic stress disorder in children*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1985; 45-70.
33. Benedek EP. Children and disaster: emerging issues. *Psychiatric Annals* 1985; 15:168-72.
34. Drell MJ, Siegel CH, Graensbauer TJ. Posttraumatic stress disorder. In: Zeanah CH, ed. *Handbook of infant mental health*. New York: The Guilford Press, 1993.
35. Scheeringa MS, Zeanah CH, Drell MJ, Larrieu JA. Two approaches to diagnosing post-traumatic stress disorder in infancy and early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34:191-200.
36. Almqvist K, Brandell-Forsberg M. Refugee children in Sweden: posttraumatic stress disorder in Iranian preschool children exposed to organized violence. *Child Abuse and Neglect* 1997; 21:351-66.
37. American Psychiatric Association. *MINI-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*. Danderyd: Pilgrim Press, 1995.
38. Socialstyrelsen. *Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997. Systematisk förteckning. Svensk version av International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision (ICD-10)*. Stockholm, 1996.
39. Arroyo W, Eth S. Children traumatized by Central American warfare. In: Eth S, Pynoos RS, eds. *Posttraumatic stress disorder in children*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1985; 101-20.
40. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Liotus I, Richardson D et al. Posttraumatic stress disorder in peers of adolescent suicide victims. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34:209-15.
41. Clark DB, Bukstein OG, Smith MG et al. Identifying anxiety disorders in adolescents hospitalized for alcohol abuse or dependence. *Psychiatr Serv* 1995; 46:618-20.
42. Loof D, Grimley P, Kuiler F, Martin A, Shunfield L. Carbamazepine for posttraumatic stress disorder, letter. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34:703-4.
43. Sullivan JM, Evans K. Integrated treatment for the survivor of childhood trauma who is chemically dependent. *J Psychoactive Drugs* 1994; 26:369-78.
44. Malmquist CP. Children who witness parental murder: posttraumatic aspects. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1986; 25:320-5.
45. Steiner H, Garcia IG, Matthews Z. Posttraumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:357-65.
46. Pelcovitz D, Kaplan S, Goldenberg B, Mandel F, Lehane J, Guarrero J. Posttraumatic

- stress disorder in physically abused adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33:305-12.
47. Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1989; 146:490-5.
 48. Stone MH. Abuse and abusiveness in borderline personality disorder. In: Links PS, ed. *Family environment and borderline personality disorder*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1990.
 49. Landstinget i Östergötland. Medicinska programmet Psykisk ohälsa del 2, 1998; 74.
 50. Briere J. *The trauma symptom checklist for children manual*. Odessa FL: Psychological Assessment Resources, 1995.
 51. Lanktree CB, Briere J. Outcome of therapy for sexually abused children: a repeated measures study. *Child Abuse and Neglect* 1995; 19:1145-55.
 52. Lundin T. *Personlig kommunikation*, 2002.
 53. Greenwald R, Rubin A. Assessment of posttraumatic symptoms in children: Development and preliminary validation of parent and child scales. *Research on Social Work Practice* 1999; 9:1:61-75.
 54. Ahmad A. Childhood trauma and posttraumatic stress disorder. A developmental and cross-cultural approach. *Comprehensive summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 874*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis, 1999.
 55. Ahmad A, Sundelin-Wahlsten V, Sofi MA, Qahar JA, von Knorring A-L. Reliability and validity of a child-specific cross-cultural instrument for assessing posttraumatic stress disorder. PTSS-C symptom checklist. *Eur J Child Adolesc Psychiatry* 2000; 9:4:285-94.
 56. Ezpeleta L, Doménech JM, Narvarro JB, Losilla JM. Diagnostic agreement between clinicians and the diagnostic interview for children and adolescents, DICA-R-in an outpatient sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 1997; 38:4:431-40.
 57. Achenbach TM, Edelbrock CS. *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*. Burlington CT: Queen City Printers, 1983.
 58. Larsson B, Frisk M. Social competence and emotional/behavioural problems in Swedish school children 6-16 years old. *Eur J Child Adolesc Psychiatry* 1999; 8:24-33.
 59. Broberg AG, Ekeröth K, Gustafsson PA, Hansson K, Hägglöf B et al. Self-reported competencies and problems among Swedish adolescents: a normative study of the YSR. *Eur J Child Adolesc Psychiatry* 2001; 10:3:186-93.
 60. van der Kolk BA, van der Hart O, Burbridge J. The treatment of post traumatic stress disorder. In: Hobfoll SE, deVries MW, eds. *Extreme stress and communities: impact and intervention*. NATO ASI series. Norwell MA: Kluwer Academic Publishers, 1995; 421-43.
 61. Dyregrov A. *Barn och trauma*. Lund: Studentlitteratur, 1997.
 62. Shapiro F. *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York: The Guilford Press, 1995.
 63. Johannesson K. EMDR - Eye movement desensitization and reprocessing. Ett sätt att arbeta med psykiska trauman och andra ångestrelaterade tillstånd. *Insikten* 2000; 2.
 64. Thinker RH, Wilson SA. *Through the eyes of a child; EMDR with children*. New York: Norton and Co, 1999.
 65. Terr LC. Acute response to external events and posttraumatic stress disorder. In: Lewis M, ed. *Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook*. Baltimore MD: Williams and Wilkins, 1996.
 66. Sutherland SM, Davidson RT. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 1994; 17:409-23.
 67. Shalev AY, Bonne O, Eth S. Treatment of post-traumatic stress disorder: a review. *Psychosomatic Medicine* 1996; 58:165-82.
 68. Kinzie JD, Leung P. Clonidine in Cambodian patients with post-traumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 1989; 177:546-50.
 69. Harmon RJ, Riggs PD. Clonidine for post-traumatic stress disorder in pre-school

- children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:1247-9.
70. Linders A. Krishantering i sjukvården. I: Sjöberg F, Östrup L, red. *Brännskador*. Stockholm: Liber, 2002.
 71. Landstinget i Östergötland. *Psykosomatik och somatisk sjukdom*. Medicinska programmet *Psykisk ohälsa del 2*, 1998; 52-7. [Online]
http://lisa.lio.se/medprg/sekretariat/program/psyk/hela/psykisk_ohalsa.pdf
 72. Helgesson M. Socialt och psykologiskt stöd, barn. I: Landstinget i Östergötland. *Medicinskt program för cancersjukdomar*, 2000: 37-41. [Online]
<http://lisa.lio.se/Medprg/Sekretariat/Program/Cancer>
 73. Antonovsky A. *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur, 1991.
 74. Gjaerum B, Grøholt B, Sommerschild H, red. *Att bemästra. Motståndskraft, skyddsfaktorer och kreativitet bland utsatta barn, ungdomar och deras föräldrar*. Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsa, 1999.
 75. Näreskog M. *Flyktingbarn i Sverige. Psykisk hälsa och mottagande*. Stockholms läns landsting: Hälso- och sjukvårdsnämnden, 1997.
 76. Hendriks JH, Black D, Kaplan T. *When father kills mother: guiding children through trauma and grief*. London: Routledge, 2000.
 77. Cullberg J. *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur, 1975.
 78. Putnam FW. Dissociative disorders in children: behavioral profiles and problems. *Child Abuse and Neglect* 1993; 17:39-45.
 79. Steinberg, M. *Handbook of assessment of dissociation, a clinical guide*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1995.
 80. McWilliams N. Dissociativa personligheter. I: McWilliams N. *Psykoanalytisk diagnostik. Att förstå personlighetsstruktur*. Stockholm: Natur och Kultur, 2000: 389-417.
 81. Putnam FW. *Dissociation in children and adolescents*. London: The Guilford Press, 1997.
 82. Nilsson D. *Dis-Q-Sweden, ett självvarsformulär avsett att mäta dissociation*. Forskningsrapport. Linköpings universitet: Institutionen för pedagogik och psykologi, 1998.
 83. Vanderlinden J. *Dissociative experiences, trauma and hypnosis*. Delft: Eburon, 1993.
 84. Egeland B, Susman Stillman A. Dissociation across generations. *Child Abuse and Neglect* 1996; 20:11:1123-31.
 85. Silberg J, Waters F. *The dissociative child, diagnosis, treatment and management*. Lutherville Maryland: The Sidran Press, 1996.
 86. Anderson G. Dissociation, distress and family function. *Dissociation* 1992; 5:4:210-5.
 87. The international society for the study of dissociation. *Guidelines for treatment*, 1997. [Online] <http://www.issd.org/indexpage/isdguide.htm>
 88. Kluft RP. Basic principles in conducting the psychotherapy of multiple personality disorder. In: Kluft RP, Fine CG, eds. *Clinical perspectives on multiple personality disorder*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1993: 19-50.
 89. Mollon P. *Multiple selves, multiple voices, working with trauma, violation and dissociation*. Bath: Wiley and Son, 1996.
 90. Yeager CA, Otnow Lewis D. The intergenerational transmission of violence and dissociation. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 1996; 5:2.
 91. Benjamin L, Benjamin R. Utilizing parenting as a clinical focus in the treatment of dissociative disorder. *Dissociation* 1994; 7:4:239-44.
 92. Benjamin L, Benjamin R. Application of contextual therapy to the treatment of multiple personality disorder. *Dissociation* 1994; 7:1:12-7.
 93. Benjamin L, Benjamin R. An overview of family treatment in dissociative disorders. *Dissociation* 1992; 5:4:236-41.
 94. Nijenius E. *Somatoform dissociation, phenomena, measurement and theoretical issues* Assen: Van Gorcum, 1999.
 95. Cullberg J. *Det psykiska traumat. Om kristeori och krispsykoterapi*. *Psykisk hälsa* 1971; 2:79.

Vårdprogrammets process

Medarbetare i vårdprogrammet

- Huvudredaktör: Marianne Helgesson, fil lic, leg psykolog, leg psykoterapeut, spec. i klinisk psykologi, BUP-klin US Linköping
- Huvudförfattare: Doris Nilsson, leg psykolog, leg psykoterapeut, spec. i klinisk psykologi, BUP-Elefanten US Linköping
- Medförfattare: Gunilla Jarkman Björn, spec. i barn- och ungdomspsykiatri, leg psykoterapeut, BUP-klin US Linköping
Anita Linders, leg psykolog, leg psykoterapeut, spec. i klinisk psykologi, BUP-klin US Linköping
- Referensgrupp: Mikaela Johansson, ST-läkare, BUP-mott Mjölby
Lilian Ralphsson, socionom, leg psykoterapeut, FMC US Linköping
Ana Maria Solari, spec. i barn- och ungdomspsykiatri, BoF-teamet, FMC US Linköping
Kristina F Rosenqvist, leg psykolog, Motala BUP AB
Lars Widén, socionom, leg psykoterapeut, Barntraumateamet Vrinnevisjukhuset Norrköping.

Arbetsgång

- 1998-04-15 Planeringsmöte för fastställande av tidsplan och arbetsgång.
- 1999-05-03 Möte med författare till samtliga pågående vårdprogram.
- 2000-09-03 Seminarium med inbjudan till all BUP-personal i Östergötland.
- 2000-05-12 Seminarium för presentation och diskussion av en preliminär version av vårdprogrammet. Inbjudan till all BUP-personal i Östergötland.
- 2000-10-27 Möte med referensgrupp.
- 2000-12-20 Möte med referensgrupp.
- 2001-03-21 Möte med referensgrupp.
- 2002-03-01 Vårdprogrammet skickas till referensgruppen för synpunkter.
- 2002-03-22 Vårdprogrammet skickas på remiss till samtliga BUP-mott i länet.
- 2002-05-08 Deadline för remissvar.
- 2002-06-20 Vårdprogrammet skickas efter justeringar till cheföverläkarna för slutgiltigt godkännande.

Litteratursökning

Sökning har gjorts i följande register: Medline.

Revidering

Ansvar för uppföljning åvilar huvudförfattaren som följer kunskapsutvecklingen inom fältet och ombesörjer uppdatering av vårdprogrammet vid behov. En första allmän revidering skall vara gjord senast 2008-12-31.

Kontaktperson

Psykolog Marianne Helgesson
Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken
Universitetssjukhuset
581 25 Linköping
Tel. 013-224207 (exp)/224193 (mott) Fax. 013-22 42 34 E-post: Marianne.helgesson@lio.se

Bilaga

Krishantering

Krisens psykologiska effekter

En patient som fått en svår diagnos eller skada och hans eller hennes familj uppvisar de reaktioner som beskrivs i allmän kristeori.^{77,95} Det psykologiska omhändertagandet bör inledas **omedelbart** och omfatta såväl patient som familj. För människor som lever tillsammans är varje kris en gemensam angelägenhet och det är viktigt att familjen kan mobilisera sina resurser för den sjuka/skadade. **Familjeperspektiv** på krishantering är således nödvändigt. Vidare bör man stödja och hjälpa de drabbade till **egen aktivitet** och **inge hopp** om att de kan ta sig igenom krisen.

Reaktionen i en krissituation ser olika ut för olika personer bl.a. beroende på:

- ålder
- vad som utlöste krisen och vilken roll man hade i händelseförloppet
- personlighetstyp
- tidigare psykiska problem, trauman och erfarenheter
- aktuell livssituation
- vilka försvarsmekanismer individen har tillgång till
- livsåskådning.

Den traumatiska krisens förlopp brukar beskrivas i fyra faser:

- Chockfas, som varar från ett kort ögonblick till några dygn.
- Reaktionsfas, som i normalförloppet inte pågår längre än 4-6 veckor.
- Bearbetningsfas, som pågår upp till 1 år efter traumat.
- Nyorienteringsfas, som pågår hela livet. Man glömmer inte den traumatiska upplevelsen men bär den med sig som ett läkt ärr. Det finns där men utgör inget hinder för den fortsatta utvecklingen.⁷⁷

Reaktionerna vid en kris är av både fysisk och psykisk art. Kroppen mobiliserar stresshormonerna adrenalin och noradrenalin, reaktionsförmågan skärps, smärtupplevelsorna dämpas och muskelstyrkan ökar. Vidare aktualiseras eventuella tidigare liknande händelser, sinnesförmimmelserna kan bli starkare, uppmärksamheten fokuseras (s.k. tunnelseende), hjärnan bearbetar snabbt information och en slags känslomässig urkoppling sker. Det senare är nödvändigt men kan ställa till problem, då människor i efterhand kan vara upprörda över att de inte reagerade starkare i den akuta krisen. Allt detta innebär att individen tar in, bearbetar och lagrar information på ett "främmande" sätt och det blir viktigt att få hjälp med att normalisera dessa reaktioner.

I akut kris uppvisar personer vanligtvis ett eller flera av följande symtom:

- Håller verkligheten ifrån sig. Upplever t.ex. det hela "som en dröm".
- Uppfattar verkligheten fragmentariskt. Information uppfattas oftast så i ett tidigt skede, varför den måste upprepas senare.
- Verkar ytligt sett välordnad, men upplever ett kaos inom sig.
- Minnet växlar mellan en extremt detaljerad minnesbild och brist på tidsuppfattning och sammanhang. Tiden står stilla. Människor kan beskriva hur de under en kort

tidsrymd upplevt hela livet passera revy. Det kändes som en evighet innan hjälpen kom.

- Pendlar mellan att överdriva och att bagatellisera situationen.
- Är apatisk och utestänger alla känslor.
- Har somatiska symtom som andnöd, illamående och hjärtklappning.

Krisens akuta stadium följs av en period då patient och anhöriga reagerar när de tvingas ta in verkligheten. Man försöker finna en mening i händelsen. Frågan ”varför?” dyker upp gång på gång. Individens försvarsmekanismer mobiliseras, vilket är ett sätt att hantera svåra och överkliga känslor. Men ett mobiliserat försvar kan ibland även bidra till att försvåra eller förlänga övergången till bearbetning. I extremfallet kan hela händelsen bortträngas så att man över huvud taget inte minns den.

Under reaktionsfasen kan ett eller flera av följande symtom förekomma:

- Ängest och skräck. Frukten för en ny olycka och inför framtiden är vanligt.
- Tidigare trauman reaktiveras.
- Ilska och irritabilitet, vilket ibland tar sig uttryck i att man letar fel hos andra och söker syndabockar.
- Skuld-, skamkänslor och självföreläelse. Ibland är skuld känslorna adekvata, vilket komplicerar bearbetningen.
- Sömnproblem och mardrömmar.
- Sorg och depression.
- Påträngande minnen och tvångstankar. Syn-, hörsel- och luktrintryck är ofta fastetsade och gör att händelsen återupplevs (flashbacks).
- Fobiskt undvikande av stimuli som påminner om händelsen.
- Minnes- och koncentrationsproblem.
- Social tillbakadragenhet och störningar i relation till andra.
- Psykosomatiska reaktioner.

Vad hjälper människor i akut kris?

Människor i akut kris mår väl av att möta en behandlare som förmår att:

- underlätta för familjemedlemmarna att upprätta kontakt med varandra.
- stärka mod, sammanhållning och aktivitet i familjen.
- erbjuda **tid**. Krissamtal tar den tid det tar.
- erbjuda närhet, även varsam beröring.
- förmedla trygghet och förhålla sig icke-reaktiv.
- låta den/de drabbade gå igenom händelseförloppet, dvs. i lugn och ro och ofta flera gånger få berätta om vad som hänt.
- acceptera alla symtom, känslor och beteenden som normala i den extrema situationen.
- avhålla sig från tröst och tomma ord.
- förhålla sig sanningsenligt och realistiskt men samtidigt lyhört dosera ”sanningen”.
- reducera överklighet och hindra fantasier genom att systematiskt gå igenom vad som hände och vad som kommer att hända.
- skapa struktur och systematisera.
- hjälpa till med praktiska frågor vid behov utan att frånta ansvar och kompetens.
- informera om chockreaktioner för att normalisera.

- skydda/hjälpa de drabbade att skydda sig från utsatthet i form av t.ex. massmedia och nyfikna medmänniskor.

Krisomhändertagande av barn

Bland det svåraste och mest smärtsamma vi har att möta som behandlare är arbetet med skadade och döende barn. Många olika känslor väcks. Vi identifierar oss lätt både med det drabbade barnet och med föräldrarna/familjen. Vår egen existentiella ångest väcks vid påminnelsen om livets sköra tråd.

Precis som vad allmänt gäller skall krisomhändertagande av barn ske **omedelbart**, även om barnet är svårt skadat. Målet är att så fort som möjligt hjälpa föräldrarna att åter fungera som bra föräldrar i en svår situation. Försvårande faktorer för föräldrar kan vara:

- skuld känslor, reella eller irrationella. ”Jag misslyckades med att skydda mitt barn.”
- rädsla för att barnet skall dö.
- rädsla för barnets eventuella bestående men och vad detta kommer att innebära för barnet, föräldern och familjen.
- ilska.
- depression.
- svårigheter att uppehålla sig i sjukhusmiljö.

Föräldrarna

Föräldrarna måste få hjälp att tydligt och klart kunna acceptera sitt skadade, annorlunda barn. Om barnet är svårt skadat och vistas på sjukhus kan det vara nödvändigt att initialt hjälpa föräldrarna att bara vara hos sitt barn på sjuksalen. En vanlig känsla hos föräldrar är att sjukvården tar över föräldrarollen. En hjälp kan vara att få ta aktiv del i vårdarbetet så fort det rent medicinskt är möjligt. Andra föräldrar viker inte från barnets sida och kan behöva hjälp att ta hand om sina egna basala behov; äta, sova och ta en promenad. För barnet är det viktigt att ha föräldrar som, trots en svår situation, fungerar på toppen av sin förmåga. Om föräldrarna kan få stöd att tidigt orka vara hos sitt barn kommer de förmodligen lättare att kunna upptäcka successiva förbättringar, vilket har betydelse för barnets återanpassning. Föräldrar har kunskap om sitt barns utveckling och vanor före skadan/sjukdomen, vilket är ovärderlig information för sjukvårdspersonalen. Föräldrarna är viktiga samarbetspartners och det är en självklarhet att de skall få noggrann och ständigt återkommande information om barnets hälsoläge (provsvår o dyl.) liksom information om vad som skall göras med barnet och varför.

Föräldrarna måste få hjälp med sina känslor så att dessa inte ”står i vägen” vid behandlingen och barnets tillfrisknande. De behöver kunna lyssna till barnets behov utan att fördöma eller överbeskydda och kunna sätta gränser utan att brista i tolerans eller förståelse. Det är angeläget att normalisera barnets tillvaro så fort som möjligt. Ett led i detta är att barnet, om det vistas på sjukhus, får med sig välbekanta saker hemifrån; älsklingsnallen eller CD-spelaren beroende på ålder. Föräldrarna kan behöva hjälp att påminna barnet om världen utanför sjukhuset och att underlätta för barnet att hålla kontakt med sina kamrater. Det är inte lätt att hålla barn/ungdomar sysselsatta på sjukhus och föräldrar kan behöva stöd, när den egna fantasin tryter.

Problem som tidigare funnits mellan föräldrarna kan accentueras i samband med en olyckshändelse, vilket påverkar omhändertagandet av barnet. Föräldrarna kan behöva

parsamtal och det är i krisskedet viktigt att i möjligaste mån överbrygga konflikter och stärka sammanhållningen. Varje människa har sitt eget sätt att reagera i krissituationer och sin egen takt i bearbetningen. Om föräldrar reagerar mycket olika eller i otakt, kan de var och en för sig uppleva ensamhet och brist på förståelse i parförhållandet. Att behandlaren inte problematiserar olikheten utan normaliserar genom att tala om olika krisförlopp kan innebära en betydelsefull avlastning för parrelationen.

Barnet

Barn som är livshotande sjuka eller svårt skadade kan uppvisa kraftiga psykiska reaktioner. Orsakerna till detta kan vara:

- Minnet av en skräckfylld olycka.
- Fysiska smärta orsakad av skadan och de långa och påfrestande behandlingarna.
- Den annorlunda roll som föräldrarna får då barnet överlämnas till sjukvården, och de "annorlunda" föräldrarna som brottas med sin egen krisreaktion.
- Rädslan för att bli vanställd eller att kroppen inte ska fungera som tidigare.
- Rädsla för att man skall dö.
- Rädsla för smärta vid bandagering, provtagning, kirurgiska ingrepp och sjukgymnastik.
- Känslan av att ha tappat kontrollen över sin kropp och sin situation.
- Separation från hem, familj och kamrater.

Barnet kan reagera med:

- Rädsla, oro och ångest
- Förvirring
- Starka minnesbilder
- Hjälpplöshet och totalt beroende
- Regression
- Tillbakadragenhet ("autistisk" beteende)
- Aggressivitet
- Depression
- Kontaktstörning
- Matvägran
- Sömnstörningar.

Hur kan barnets situation underlättas?

Vad man kan göra för att hjälpa barnet/ungdomen beror på ålder och mognadsnivå samt sjukdomens/skadans omfattning. Det är viktigt att:

- föräldrarna eller någon annan för barnet/ungdomen betydelsefull person så fort som möjligt kan vara hos barnet. Det är också viktigt att informera allmänt om barns/ungdomars krisreaktioner och om att barnet/ungdomen tillfälligt har ett kraftigt ökat behov av närhet.
- barnet/ungdomen så fort som möjligt får förklaringar som kan minska hans/hennes förvirring. Detta görs genom öppen, ärlig, saklig och konkret information. Abstrakta förklaringar och omskrivningar av vad som har hänt, t.ex. "har gått bort" eller "sover" som förklaring då någon dött, bör undvikas. Barn är mycket lyhörda också för icke-verbala budskap och fångar upp information från mimik, kroppshållning, etc.
- barnet/ungdomen erbjuds möjlighet att i detalj gå igenom vad som hänt. Utforska tankar, intryck och reaktioner. Följ barnets rytm. Ge möjlighet till upprepade och kortare samtal i början. Barn behöver tid.

- barnet beroende på utvecklingsnivå får möjlighet att uttrycka sig på olika sätt genom t.ex. att samtala, teckna eller leka.
- barnet har kontakt även med kamrater, övrig släkt och vänner till familjen.

Vilka barn/ungdomar behöver extra hjälp?

Det finns inget enkelt svar på denna fråga men kunskap om riskfaktorer och reaktioner kan ge en fingervisning.

Riskfaktorer som indikerar behov av uppföljning:

Fysisk skada (t.ex. brännskada) kombinerad med andra riskfaktorer som tidigare kriser, bristfälligt socialt nätverk och bristande kommunikation i familjen.

Reaktioner som kan utgöra varningssignaler:

Exempel på sådana reaktioner kan vara ett drastiskt ändrat uppträdande, fobiska reaktioner och hallucinationer liksom konstanta grubblerier omkring det som har skett, självförbrärelser samt starka och oföränderliga efterreaktioner.

Föräldrar kan oroas av att barnet/ungdomen inte talar om det som har hänt. Detta kan vara bekymmersamt och kan tyda på bl.a. att barnet behöver tid på sig för att närma sig smärtan i upplevelsen eller att barnet uppfattar signaler från omgivningen om motstånd mot att tala om svårigheterna. Men det kan också tyda på att barnet utifrån sin utvecklingsnivå reagerar på ett annat sätt än vad föräldrarna förväntar sig.

Ritualer som visning av döda och begravning

I samband med att någon dör har ritualer och traditioner stor betydelse. Ritualer kan ofta tjäna som inledning till känslomässig och intellektuell bearbetning av det inträffade genom att skapa struktur i kaos. Att de efterlevande får ta ett personligt avsked av den döde kan förhindra fantasier och göra det överkliga verkligt. Då det gäller barns deltagande vid visning/begravning krävs omsorgsfulla förberedelser i form av noggranna beskrivningar av vad som kommer att ske. Andra viktiga förutsättningar är en trygg atmosfär under ceremonin i sällskap med en pålitlig förälder/vuxen och möjlighet att efteråt få bearbeta sina intryck. Familjer har olika traditioner och ritualer som är betydelsefulla då någon dött. För att deltagandet skall bli konstruktivt för barnet och föräldrarna kunna fungera som ett stöd, bör barnets närvaro vara förenligt med föräldrarnas önskan och övertygelse.