



Per Borgå, med dr, överläkare, FoUU-sektionen, psykiatriska kliniken, Danderyds sjukhus/Karolinska institutet, Danderyds sjukhus, Stockholm per.borga@sll.se

Posttraumatiskt stressyndrom är en folksjukdom

Behandlingen av traumatiserade måste integreras i vården

|| Från Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri vid Uppsala universitet har Kerstin Bergh Johannesson och medarbetare initierat en viktig kartläggning av resurser i Sverige för tidiga och sena insatser till följd av traumatiska händelser.

I denna kartläggning, som redovisas i veckans nummer av Läkartidningen, har en enkät ställts till ansvariga för psykiatri i olika landsting. Dessa har svarat på frågor om förekomst av resurser för psykologisk/psykiatrisk katastrofledning, behandlingsresurser för trauma och posttraumatiskt stressyndrom samt utbildningar. De har också gjort skattningar av förekomsten av traumapatienter inom psykiatri.

Inte oväntat visar undersökningen att resurser för psykologisk/psykiatrisk katastrofledning finns i samtliga landsting men att specialistresurser för behandling är ojämnt fördelade. Kerstin Bergh Johannesson och medarbetare noterar i sin artikel bristen på specialistmottagningar och anpassade behandlingsmetoder inom psykiatri.

Detta stämmer väl med intrycken efter tsunamikatastrofen. Funktionen hos de psykologiska/psykiatriska katastrofledningsgrupperna demonstrerades väl, men ett intryck var att vården hade mindre beredskap att följa upp långtidseffekter-

Trauman är betydligt vanligare än vad vi tidigare föreställt oss, och posttraumatiskt stressyndrom måste på grund av sin höga prevalens och sitt långdragna förlopp tveklöst betraktas som en folksjukdom.

na av trauma. Den initiala prioriteringen av drabbade patienter graderades snabbt ned. I de enkätsvar från olika landsting som redovisas är dock det mest uppseendeväckande, i mitt tycke, inte att de specialiserade resurserna varierar utan att så stor andel av de ansvariga är omedvetna om att den psykiatriska vården till mycket stor del – sannolikt huvudsakligen – behandlar människor som lider av tidigare traumatiska händelser.

Sammanfattat

Det är mer regel än undantag att patienter inom psykiatrisk vård har varit utsatta för traumatiska händelser. En stor andel av psykiatriska patienter uppfyller också självskattningskriterier för posttraumatiskt stressyndrom.

Det vore naturligt att den psykiatriska vården – som årligen träffar cirka 5 procent av befolkningen – systematiskt anlade ett traumaperspektiv och rutinmässigt screenade nya patienter för förekomst av bakomliggande trauman och posttraumatiskt stressyndrom.

För att vidmakthålla ett traumaperspektiv samt utbilda i, handleda om och utveckla terapeutiska metoder fokuserade på trauma behöver också varje landsting ha åtminstone en specialistmottagning.

Trauma ligger inte utanför normal livserfarenhet

Begreppet posttraumatiskt stressyndrom har sedan sin introduktion i DSM-III 1980 [1] bidragit till att tydliggöra traumas betydelse för långvarig psykiatrisk patologi. Syndromet beskriver ett symtomkomplex av påträngande minnen, socialt undandragande och nervös överretbarhet, vilket kan yttra sig i allt från känslighet för ljud till störd sömn och koncentrationssvårigheter. I början kopplades begreppet till händelser utanför normal livserfarenhet (»outside the range of normal human experience«), såsom krig och katastrofer.

Som en följd av detta synsätt växte behandlingsinstitutioner fram som var riktade mot en viss typ av trauma, i Sverige framför allt hos den invandrade delen av befolkningen (t ex krigsupplevelser och tortyr). Epidemiologisk forskning har emellertid visat att posttraumatiskt stressyndrom snarast är en folksjukdom och att de livshotande händelser som under vissa förhållanden ger upphov till tillståndet har upplevts av en majoritet av den vuxna befolkningen [2].

Följaktligen talar man numer inte om händelser »utanför normal livserfarenhet« utan om livshotande händelser som väckt stark fruktan, hjälplöshet eller fasa [3]. Syndromet kan ses som en frusen skräckreaktion på traumatiska händelser som upplevs överväldigande. Enligt studier från USA är livstidsprevalensen för posttraumatiskt stressyndrom mellan 5 och 10 procent [2, 4]. Länge har tillförlitliga epidemiologis-

Se även artikeln på sidan 3532 i detta nummer.

ka data från Sverige saknats, men en nyligen publicerad studie med moderna diagnoskriterier enligt DSM-IV visar en med amerikanska studier jämförbar livstidsprevalens på 5,6 procent [5].

Som Bergh Johannesson och medarbetare påpekar är det viktigt – om behandlingsframgångarna inte ska utebli – att trauma upptäcks och att behandlingen riktas mot de traumatiska upplevelserna [6]. Inte sällan är det en rad olika traumatiska händelser, kanske i kombination med bristande socialt och psykologiskt stöd, som gett upphov till tillståndet. Sambandet med de besvär som lett till vården är då inte alls uppenbart, varken för patient eller för behandlare. Till skillnad från situationen efter större katastrofer bär nu patienten ingen synlig etikett. Den etiologiskt viktiga diagnosen posttraumatiskt stressyndrom blir därmed underdiagnostiserad, och symtomdiagnoser som depression, sömnsvårigheter och utbrändhet döljer sambanden.

Att patienter med posttraumatiskt stressyndrom faktiskt har en mycket stor komorbiditet i fråga om andra psykiatriska tillstånd underlättar inte situationen.

Inom psykiatrisk vård är endast en bråkdel av patientens trauma känd av behandlaren [7]. Det upplevs ofta som obehagligt för en behandlare, som inte är medveten om det terapeutiskt verksamma i detta, att fråga om känsliga upplevelser. Följden blir då att patienten lämnas ensam med sina besvärande och påträngande minnen utan att ha möjlighet att dela dem med någon. Behandlingen blir symtomatisk när såväl patient som behandlare undviker det som borde vara fokus för behandlingen: de traumatiska upplevelserna.

Modet att fråga – viktigaste terapeutiska tillgången

Det förefaller som om det i sig har en terapeutisk effekt att dela upplevelserna med någon; skräcken blir då inte överväldigande utan lämnar plats för psykologisk bearbetning. Terapeutisk skicklighet och specifika tekniker som EMDR (»eye movement desensitization and reprocessing«) kan ytterligare förstärka denna effekt. Men den viktigaste terapeutiska tillgången ligger i modet att fråga – och att dröja kvar vid svaren.

En undersökning med traumaformulär och självskattningsformulär för posttraumatiskt stressyndrom av patienterna på en allmänpsykiatrisk mottagning visade att en stor andel av svenskfödda patienter (cirka 30 procent) och en majoritet av utlandsfödda hade en symtomatisk bild av posttraumatiskt stressyndrom [8]. Av samtliga svarande hade 89 procent angivit att de blivit utsatta för minst ett trauma, och 77 procent hade angivit flera olika traumatiska händelser.

I rutinmässig vård ställs diagnosen posttraumatiskt stressyndrom dock ytterst sällan. Det finns med andra ord ett mycket stort mörkertal inom psykiatrin. På psykosomatiska [9] och allmänmedicinska mottagningar är andelen med posttraumatiskt stressyndrom sannolikt större än i befolkningen i stort, men mindre än på psykiatriska mottagningar.

Bergh Johannessons och medarbetares undersökning visar att en organisation med psykologiska/psykiatriska katastrofledningsgrupper finns i varje landsting. Traumaspecialiserade mottagningar finns däremot endast i liten utsträckning. Mest iögonenfallande är att många företrädare för psykiatrin i sina svar avslöjar en omedvetenhet om traumans förekomst bland de egna patienterna. Enligt svaren betraktas traumapatienter som undantag, inte som regel. Endast 23 procent av kliniskt ansvariga säger sig ha patienter med traumabesvär varje dag, medan 34 procent anger frekvensen till varje vecka och 24 procent varje månad (för resterande 19 procent är patienter med traumarelaterade besvär än mer sällsynta).

En folksjukdom

Vi måste ställa krav på att vården inte bara är i stånd att möta

de uppenbara katastroferna genom psykologiska/psykiatriska katastrofledningsgrupper. Vården måste också ha tillgänglighet och kompetens för att möta de sena effekterna av katastrofer och erbjuda bearbetande terapier.

Viktigast är att ha mod att se de ständigt pågående katastroferna i patienternas liv och de medicinska konsekvenser dessa får.

Trauman är betydligt vanligare än vad vi tidigare föreställt oss, och posttraumatiskt stressyndrom måste på grund av sin höga prevalens och sitt långdragna förlopp tveklöst betraktas som en folksjukdom. Med ett sådant perspektiv blir det en uppgift för den psykiatriska vården att anlägga ett traumaperspektiv och att rutinmässigt screena för traumaupplevelser och symtom på posttraumatiskt stressyndrom [7].

Den psykiatriska vården kommer i kontakt med ett stort segment av den vuxna befolkningen med förhöjd risk. Enligt epidemiologiska enheten, Centrum för folkhälsa vid Stockholms läns landsting, har cirka 5 procent av den vuxna befolkningen i Stockholm årlig kontakt med den psykiatriska vården [10]. I kontrast till vårdgivares ofta försiktiga attityd att fråga om trauma brukar patienter uppskatta när mottagningar har en icke-undvikande attityd och signalerar beredskap att bemöta tunga upplevelser. En enkät med traumafrågor och självskattningsformulär för posttraumatiskt stressyndrom till nya patienter kan hjälpa till att redan från början ge rätt fokus åt behandlingen [6, 11].

De specialiserade institutionerna – med specifik kunskap om reaktioner på trauma och kanske riktade mot vissa typer av trauma – behövs som utbildningsresurser för primärvård och psykiatri och som remissinstans i speciellt svåra fall. Det är önskvärt att åtminstone en sådan resurs finns i varje landsting, även om dess inriktning kan variera och tillåta specialisering mot en viss typ av trauma, katastrofer likaväl som flyktingtrauman. Finns sådan specialisering bör närliggande landsting utbyta patienter och erfarenheter.

Strävan måste dock vara att öka beredskapen att ta hand om psykiska trauman och dess följer i den reguljära vården.

*
Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

2. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:1048-60.
5. Frans Ö, Rimmö PA, Åberg L, Fredrikson M. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111:291-9.
6. Al-Saffar S, Borgå P, Lawoko S, Edman G, Hällström T. The significance of addressing trauma in outpatient psychiatry. *Nord J Psychiatry* 2004;58(4):305-12.
7. Jacobson A, Richardson B. Assault experiences of 100 psychiatric inpatients: evidence of the need for routine inquiry. *Am J Psychiatry* 1987;144:908-13.
8. Al-Saffar S, Borgå P, Hällström T. Long-term consequences of unrecognised PTSD in general outpatient psychiatry. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37(12):580-5.



I Läkartidningens elektroniska arkiv
<http://lartarkiv.lakartidningen.se>
är artikeln kompletterad med fullständig referenslista