

I samarbejde mellem Syddansk Universitet, Finansrådet og de danske pengeinstitutter:

Et nationalt studie af bankrøveri - de psykologiske følger og prædiktorer for PTSD



Foto: Colourbox

Maj Hansen & Ask Elklit

Støttet af Finansrådet og Nationalbanken

Videnscenter for Psykotraumatologi
Syddansk Universitet



**Et nationalt studie af bankrøveri
- de psykologiske følger og prædiktorer for PTSD**

Trykkeri: Print & Sign, Syddansk Universitet Odense, Campusvej 55, 5230 Odense

Foto: Colourbox

Copyright © Maj Hansen & Ask Elklit

Videnscenter for Psykotraumatologi, Institut for Psykologi, Syddansk Universitet, Odense
mhansen@health.sdu.dk; aelklit@health.sdu.dk

www.psykotraume.dk

1 udgave, 1 oplag, marts 2012.

ISBN: 978-87-92646-30-9 87-92646-30-1 EAN 9788792646309

Projektet, som denne undersøgelsesrapport er udarbejdet på grundlag af, er foretaget i samarbejde mellem Finansrådet, de danske pengeinstitutter og Videnscenter for Psykotraumatologi, Institut for Psykologi, Syddansk Universitet, Odense.

Tak til Finansrådet, Nationalbanken, de projektansvarlige, de danske pengeinstitutter og deres ansatte for at gøre denne forskning mulig.

Resumé

Baggrund. Til trods for, at antallet af bankrøverier er stigende i det meste af den vestlige verden, er forskning i de psykologiske følgevirkninger af bankrøveri begrænset. Formålet med dette studie er at kortlægge prævalensen af akut stress forstyrrelse (ASD) og posttraumatisk stress forstyrrelse (PTSD) efter bankrøveri og undersøge mulighederne for at forudsige PTSD med en lang række prædiktorer, som ikke tidligere er undersøgt i samme studie. Dette studie belyser, om bankrøveriofre adskiller sig fra andre traumepopulationer i forhold til den eksisterende forskning i prædiktorer og muligheder for tidlig præventiv behandling ved at bidrage med yderligere viden til tidlig identifikation af traumeofre i risiko for udviklingen af PTSD. En randomiseret kontrolgruppe inddrages for at undersøge repræsentativitet, forskelle i traumatiseringsgrad og prædiktorerne mellem de to grupper. **Metode.** National spørgeskemaundersøgelse af alle danske bankansatte udsat for røveri fra april 2010 til april 2011 ($N = 622$). 458 deltog i undersøgelsen (svarprocent = 73,6 %) ved første måletidspunkt (1 uge efter røveriet) og 378 (svarprocent = 82,5 %) deltog i undersøgelsen ved anden tidsmåling (6 mdr. efter røveriet). 573 ansatte fra 100 tilfældigt udvalgte filialer deltog i kontrolgruppeundersøgelsen, hvoraf 303 aldrig havde oplevet et røveri og samtidig havde angivet en stressende begivenhed. **Resultater.** Dette studie viser, at bankrøverier kan være traumatiserende for de ansatte. En uge efter røveriet led 11,1 % ($n = 41$) af ASD og seks måneder efter røveriet led 6,2 % ($n = 23$) af PTSD. Begge prævalenser var begrænset af kravet om undgåelsessymptomer (ASD uden undgåelse: 14 %, PTSD uden undgåelse: 17,8 %), men ASD diagnosen var især begrænset af kravet om dissociationssymptomer (ASD uden dissociation: 26,7 %). Hierarkisk regressionsanalyse viste, at 51 % af variansen i PTSD sværhedsgrad blev forklaret af peritraumatisk dissociation, ASD sværhedsgrad, emotionel coping og negative tanker om egen person og evner. ASD sværhedsgrad var den stærkeste prædiktorer for PTSD sværhedsgrad og forudsagde alene 41 % af variansen i PTSD sværhedsgrad. **Konklusion.** Bankrøveri er en traumatiserende begivenhed for de ansatte. Et mindretal udvikler ASD og PTSD, mens høje subkliniske prævalenser viser, at en stor andel udvikler svære symptomer på både ASD og PTSD, selvom de ikke opfylder kriterierne for fulde diagnoser. Særligt ASD sværhedsgrad og negative tanker om egen person og evner synes at kunne forudsige PTSD sværhedsgrad efter bankrøveri. Det anbefales derfor, at "Acute Stress Disorder Scale" anvendes til at screene for PTSD efter bankrøveri. Fremtidig forskning anbefales at fokusere på udvikling af præventive kognitive kurser for de bankansatte, der kan give de ansatte kendskab til og redskaber til at ændre negative antagelser om egen person og egne evner – særligt i forhold til oplevelsen af et røveri.

Indhold

1. Indledning	6
1.1. Hvad er Posttraumatisk stress forstyrrelse?	7
1.2. Hvad er Akut stress forstyrrelse?	8
2. Prædiktorer for PTSD	8
2.1. Prætraume faktorer	9
2.2. Peritraume faktorer	10
2.3. Posttraume faktorer	12
3. Formål med studiet	14
4. Metode	15
4.1. Procedure & deltagere	15
4.1.1. Røverigruppen	15
4.1.2. Kontrolgruppen	16
4.2. Måleredskaber	16
4.2.1. Røverigruppen	16
4.2.2. Kontrolgruppen	19
5. Resultater	20
5.1. Deskriptive resultater for røverigruppen.	20
5.1.1. Demografi	20
5.1.2. Det værste ved røveriet	20
5.1.3. Pårørende	21
5.1.4. Større livsbegivenheder, traumatiske oplevelser og røverier	21
5.1.5. Kontakt til politi, psykolog og andre instanser	22
5.1.6. Bebrejdelse af andre og ny læring	23
5.1.7. ASD og PTSD prævalens	23
5.1.8. Præ-, peri-, posttraume faktorer og HTQ	23
5.2. Deskriptive resultater for kontrolgruppen.	23
5.3. Forskelle mellem røverigruppen og kontrolgruppen.	24
5.4. Korrelationsanalyser	25
5.5. Forudsigelsen af PTSD	26

6. Diskussion	27
6.1. Forskelle mellem røverigruppen og kontrolgruppen.	27
6.2. ASD og PTSD prævalenser.	30
6.3. Forudsigelsen af PTSD.	31
6.3.1. Prætraume faktorer.	31
6.3.2. Peritraume faktorer	32
6.3.3. Posttraume faktorer.....	34
7. Afslutning.....	36
7.1. Begrænsninger og styrker.	36
7.2. Konklusion	37
8. Referencer	38
9. Bilag.....	45
Bilag 1. Diagnosekriterier for DSM-IV PTSD.....	45
Bilag 2: Diagnosekriterier for DSM-IV ASD.....	46
Bilag 3: Tabel 1. Forskelle mellem røveriramte gruppe og kontrolgruppe	47
Bilag 4: Tabel 2. Deskriptiv statistisk over præ-, peri-, posttraume faktorer og HTQ total scoren efter røveri.	48
Bilag 5: Tabel 3. Korrelationer mellem præ-, peri-, posttraume faktorer og HTQ total scoren efter røveri (Pearson's r).....	49
Bilag 6: Tabel 4. Hierarkisk multiple regressionsanalyse forudsigelsen af Posttraumatisk Stress forstyrrelse symptom sværhedsgrad efter bankrøveri.....	50
Bilag 7: Tabel 5. Hierarkisk multiple regressionsanalyse forudsigelsen af akut stress forstyrrelse symptom sværhedsgrad efter bankrøveri.....	51

1. Indledning.

Et røveri defineres som anvendelsen af vold eller truslen om vold med henblik på at tilegne sig en anden persons ejendele eller kassebeholdningen, hvis der er tale om et bankrøveri (Gabor & Normandeau, 1989). I Danmark og det meste af verden er det en del af bankernes kundeservice, at de ansatte er direkte kontakt med kunderne i forbindelse med ind- og udleveringen af penge. Dette sætter de bankansatte i en daglig risiko for røveri eller røveriforsøg, hvor de trues på livet med forskellige pressionsmidler til at udlevere bankens værdibeholdning. Det amerikanske udtryk "Gunpoint" anvendes som udtryk for, at man trues på livet af et andet menneske ofte med et våben og man ved, at man risikerer at blive dræbt på stedet eller kvæstet, hvis man ikke samarbejder med gerningsmanden (Elklit, 1999). De fleste mennesker konfronteres med dødsangst, hjælpeløshed og intens rædsel, når de trues på livet og opfylder derved stressor kriteriet (A) i det amerikanske diagnosesystem "*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*" (DSM-IV) for akut stress forstyrrelse (ASD) og posttraumatisk stress forstyrrelse (PTSD) (American Psychiatric Association, 1994).

Antallet af bankrøverier har i de seneste år været stigende i Danmark og det meste af den vestlige verden (Finansrådet, 2011; Gilioli, Campanini, Fichera, Punzi & Gassitto, 2006). Nyere forskning i røverier på arbejdspladsen er begrænset til få studier (Elklit, 2002; Hansen & Elklit, 2011; Hansen & Elklit, submitted; Ladwig, Marten-Mittag, Dammann, Erazo, Baedeker, & Stolzewski, 2002; Miller-Burke, Attridge, & Fass; Richards, 2000). De få eksisterende studier viser, at røverier på arbejdspladsen er en traumatisk begivenhed, som er associeret med både kortvarige (ASD) og langvarige (PTSD) posttraumatiske symptomer. Til trods for denne viden, har kun få studier forsøgt at identificere røveriofre i risiko for udvikling af posttraumatisk symptomatologi (Elklit, 1999; Elklit, 2002; Hansen & Elklit, 2011; Hansen & Elklit, submitted; Kamphuis & Emmelkamp, 1998; Miller-Burke et al., 1999) og derved facilitere tidlig behandling og reducere de store omkostninger forbundet med PTSD (Litz & Maguen, 2007). Disse studier viser, at traumatiseringsgraden hos det enkelte røverioffer afhænger af mange forskellige forhold herunder individuelle karakteristika hos ofret fx alder, køn, sociale tilhørsforhold og omgivelsernes reaktion på hændelsen fx graden af social støtte. Der er dog brug for en mere systematisk undersøgelse af dette efter bankrøveri, der medtager flere af de faktorer, som nyere forskning finder lovende prædiktorer for posttraumatisk symptomatologi efter traumatiske oplevelser (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; Bryant, 2003; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003).

Denne forskning er særligt relevant, fordi følgevirkningerne af røverier synes at sprede sig i ringe ud fra det enkelte offer efter, at hændelsen har fundet og udgøre en byrde for familien, arbejdspladsen og samfundet. Omkostningerne for arbejdspladsen ses fx i form af store omkostninger relateret til sygefravær, opsigelser og reduceret produktivitet, mens omkostninger for samfundet ses i form af et øget pres på sundhedsydelse og velfærdsydelse i forhold til fx sygdom og førtidspension (Gilioli et al., 2006). Det er derfor af særlig interesse for såvel den enkelte person, arbejdspladsen og samfundet at reducere disse omkostninger ved at indsamle mere viden omkring de psykologiske konsekvenser ved bankrøveri hos de ansatte, så det bliver muligt at optimere mulighederne for præventive tiltag og psykologisk behandling. De psykologiske eftervirkninger af et væbnet røveri kan være mangfoldige, men PTSD og ASD er de mest udbredte diagnosticerede psykiatriske lidelser hos røveriofre (Gilioli et al., 2006).

1.1. Hvad er Posttraumatisk stress forstyrrelse?

Posttraumatisk stress forstyrrelse (PTSD)¹ er en karakteristisk symptomkonstellation i det amerikanske diagnosesystem, DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). PTSD kan udvikle sig hos mennesker i alle aldre som respons på en traumatisk oplevelse, som de enten selv har været udsat for, været vidne til eller er blevet konfronteret med af andre. Den traumatiske oplevelse skal være forbundet med død, alvorlig kvæstelse eller trussel herom eller en trussel mod egen eller andres fysiske integritet (kriterium A1). Personens reaktion på den traumatiske hændelse skal være forbundet med intens frygt, hjælpeløshed eller rædsel (kriterium A2). PTSD er derudover karakteriseret ved tre hovedsymptomklynger: genoplevelse (kriterium B), undgåelse (kriterium C) og forhøjet vagtsomhed (kriterium D), som personen skal opfylde kriterierne for, at PTSD diagnosen kan stilles. Personen skal vedvarende genopleve den traumatiske hændelse gennem forestilling, mareridt mm. Der skal være tale om en vedvarende undgåelse af stimuli, der er forbundet med traumatet og en generel nedsat reaktionsevne, som ikke var til stede inden traumatet. Samtidig skal personen udvise vedvarende symptomer på forhøjet vagtsomhed, som ligeledes ikke var til stede inden traumatet. Alle symptomerne skal være til stede i mindst 1 måned (kriterium E - varighed) og forstyrrelsen skal forårsage klinisk betydningsfuldt ubehag eller en nedsættelse af sociale, arbejdsmæssige eller andre vigtige funktionsområder (kriterium F – funktionsnedsættelse). For flertallet af alle traumeofre er PTSD symptomerne kortvarige reaktioner på traumatiske hændelser, men for et mindretal manifesterer symptomerne sig i en kronisk lidelse, som er vanskelig at behandle. Tidlig identifikation af traumaofre og herunder bankrøveriofre i risiko for

¹ Se bilag 1: diagnosekriterier for DSM-IV PTSD.

udvikling af PTSD er derfor central for at muliggøre tidlig præventive tiltag og behandling. Prævalensen af PTSD findes at variere mellem 20-30 % efter butiksrøveri og ikke seksuelt overfald (Brewin, Andrews, Rose, & Kirk, 1999; Elklit, 1999; Elklit & Brink, 2004, Kleim, Ehlers & Glucksman, 2007), mens et tidligere studie af bankrøveri i Danmark foretaget i samarbejde med psykologgruppen af 1984 fandt en PTSD prævalens på 6,8 % 6 mdr. efter røveriet (Hansen & Elklit, submitted).

1.2. Hvad er Akut stress forstyrrelse?

Akut stress forstyrrelse (ASD)² er ligeledes en karakteristisk symptomkonstellation i DSM-IV, som blev introduceret med to primære formål. Det første formål var at anerkende posttraumatisk stress, der finder sted indenfor den første måned, mens det andet formål var at identificere traumeoverlevende i risiko for udvikling af PTSD (Bryant & Harvey, 2002). De diagnostiske kriterier for ASD er nært relateret til PTSD diagnosekriterierne og er ligeledes beskrevet i form af et stressor kriterium (A) og symptomer indenfor genoplevelse, undgåelse, forhøjet vagtsomhed og funktionsnedsættelse. Hovedforskellene på diagnoserne er ASD diagnosens dissociationsklynge og varigheden af symptomerne. ASD diagnosen kræver, at mindst tre af følgende dissociative symptomer er til stede: subjektiv følelse af lammelse, reduceret bevidsthed, derealisering, depersonalisering og dissociativ amnesi. ASD symptommønsteret skal desuden være til stede i mindst 2 dage og højst 4 uger efter traumet, hvorimod PTSD symptommønsteret skal være til stede i mindst 1 måned efter traumet. Prævalensen af ASD er fundet at variere mellem 17-25 % efter butiksrøveri og ikke seksuelt overfald (Brewin et al., 1999; Elklit, 2002; Elklit & Brink, 2004; Kleim et al., 2007), mens det tidligere studie af bankrøveri i Danmark fandt en ASD prævalens på 14,5 % (Hansen & Elklit, 2011).

2. Prædiktorer for PTSD

Flere undersøgelser tyder som tidligere omtalt på, at traumatiseringsgraden hos det enkelte røverioffer afhænger af multiple faktorer. Disse faktorer kan anskues som prædiktorer for posttraumatisk symptomatologi, da de bidrager til variation i PTSD symptomniveauet. Faktorerne kan grupperes i tre grupper efter en tidslinje. De tre grupper er ”prætraume”, ”peritraume” og ”posttraume faktorer”. Prætraume faktorer er faktorer, der er til stede hos personen inden røveriet, mens peritraume faktorer er faktorer, der er til stede under selve røveriet og posttraume faktorer er faktorer, der er til stede efter røveriet (Ladwig et al., 2002). På grund af det nære forhold mellem

² Se bilag 2: diagnosekriterier for DSM-IV ASD.

ASD og PTSD vil nedenstående afsnit medtage forskning i prædiktorer for ASD, da disse også kan forventes at være prædiktorer for PTSD (Bryant & Harvey, 2002). I afsnittet posttraume faktorer gennemgås forskning i ASD som en prædiktor for PTSD.

2.1. Prætraume faktorer

Nyere forskning i de psykologiske følgevirkninger af røverier på arbejdspladsen finder forskellige resultater med hensyn til om tidligere traumatiske oplevelser, yngre alder og det kvindelige køn udgør risikofaktorer for posttraumatisk symptomatologi (Elklit, 2002; Hansen & Elklit, 2011; Hansen & Elklit, submitted; Ladwig et al., 2002; Miller-Burke et al., 1999). Eksempelvis finder Miller-Burke et al. (1999) i modsætning til andre studier af røverier (Elklit, 1999; Hansen & Elklit, 2011; Hansen & Elklit, submitted; Kamphuis & Emmelkamp, 1998) ingen signifikante associationer mellem disse prætraumefaktorer og posttraumatiske symptomer. Brewin et al.'s (2000) meta-analyse af prædiktorer for PTSD konkluderede, at disse prætraumefaktorer ofte udgør risikofaktorer for PTSD, men at deres effekt er lille. I overensstemmelse med dette, konkluderede Ozer et al. (2003) i deres metaanalyse af prædiktorer for PTSD, at studier af effekten ved prætraume faktorer ikke forbedrede forståelsen af udvikling af PTSD. De to refererede metaanalyser medtager dog ikke røverier samtidig med, at begge finder, at størrelsen af den prædikative værdi varierer i omfang efter traumetype. Endvidere var det som understreget af Ozer et al. (2003) problematisk, at begge metaanalyser inkluderede studier med forskellige mål for tidligere traumatiske oplevelser, hvilket gør det vanskeligt at sammenligne resultaterne. Det er ikke sikkert, at alle traumatiske oplevelser har den samme effekt. Denne heterogenitet kan være ansvarlig for uoverensstemmelser i resultater med hensyn til om tidligere oplevede traumer er en risiko faktor for posttraumatisk symptomatologi.

Årsagen til, at prætraumefaktorer ikke synes at være gode prædiktorer for PTSD, kan desuden være, at prætraumefaktorerers effekt medieres af senere aspekter ved traumet. Deres effekt er derfor mere distal frem for proksimal (Brewin et al., 2000). For eksempel viser Yap and Devilly's (2004) review af social støtte, at tidligere traumatiske oplevelser kan have en indirekte effekt på posttraumatiske symptomer gennem social støtte. Dette studie undersøger derfor effekten af både alder, køn, tidligere oplevet bankrøveri og andre traumatiske oplevelser. Derudover undersøges større livsbegivenheder oplevet indenfor det seneste år, da disse er fundet associeret med øget risiko for posttraumatisk symptomatologi efter røveri (Elklit, 2002; Hansen & Elklit, 2011; Kamphuis & Emmelkamp, 1998).

2.2. Peritraume faktorer

Forskellige aspekter ved traumasværhedsgrad er fundet associeret med posttraumatiske symptomer efter røveri og andre former for ikke seksuel vold (Brewin et al., 2000; Elklit, 2002; Ladwig et al., 2002; Miller-Burke et al., 1999; Ozer et al., 2003). Særligt oplevelsen af livsfare er fundet en stærk prædikator for posttraumatiske symptomer efter forskellige traumatiske oplevelser og røverier (Elklit, 2002; Grieger, Fullerton, Ursano, & Reeves, 2003; Hansen & Elklit, 2011; submitted; Kleim et al., 2007; Ladwig et al., 2002; Ozer et al., 2003). Ozer et al.s metaanalyse (2003) finder desuden, at oplevelsen af livsfare er den bedste enkelte variabel i forudsigelsen af PTSD efter traume, da styrken i forholdet ikke varierer mellem traumetype. Tilstedeværelsen af A2 stressor kriteriet (hjælpeløshed, rædsel og frygt for at dø) er også fundet at udgøre en risikofaktor for posttraumatisk symptomatologi efter forskellige typer af vold inklusiv røveri (Brewin, Andrews & Rose, 2000; Hansen & Elklit, 2011; submitted; Elklit, 1999). A2 kriteriets rolle er dog blevet diskuteret meget på det seneste og findes generelt ikke i stand til at forudsige PTSD efter andre traumatyper (Friedman, Resick, Bryant, & Brewin, 2010). Forskning viser desuden lovende resultater for faktorer som tonisk immobilitet, peritraumatisk panik og peritraumatisk dissociation som prædiktorer for PTSD efter forskellige traumetyper (Bryant, 2003; 2011; Marx, Forsyth, Gallup, Fusé, & Lexington, 2008; Ozer et al., 2003).

Tonisk immobilitet (TI) er en evolutionær nedarvet overlevelsesstrategi, der omhandler, at byttet ”spiller død” overfor rovdyret, da et rovdyr er mindre sandsynlig i at angribe et bytte, der allerede er dødt (Marx et al., 2008). TI antages at være den sidste forsvarsmekanisme, som et bytte kan anvende, når det ikke er muligt at flygte eller yde modstand (Marx et al., 2008). Nyere forskning indikerer, at TI finder sted hos mennesker under livsfare og tilbageholdelse og ledsages af intens frygt og fysisk immobilitet (Heidt, Marx, & Forsyth, 2005; Kunst, Winkel & Bogaerts, 2011; Marx et al., 2008; Rocha-Rego et al., 2009; Volchan, al., 2011). TI er associeret med øget PTSD efter forskellige typer af traumer herunder også ikke seksuelt overfald (Heidt et al., 2005; Kunst et al., 2011; Marx et al., 2008; Rocha-Rego et al., 2009; Volchan, al., 2011). TI er desuden fundet associeret med et dårligere behandlingsudfald hos patienter med PTSD (Lima et al., 2010). Ingen studier har dog undersøgt TI i forbindelse med bankrøveri og der er en generel mangel på prospektive studier af TI.

Oplevelsen af paniksymptomer under en traumatisk oplevelse (peritraumatisk panik) er alment. Over halvdelen af alle traumaofre oplever mindst fire symptomer på panik (Bryant & Panasetis, 2001; 2005). Eksempler på paniksymptomer er kvælningsfornemmelser,

vejrtrækningsproblemer, hjertebanken, sveden, trykken/smerter i brystet, kvalme/uro i maven, svimmelhed, frygt for at miste kontrollen mm. Peritraumatisk panik antages at være forbundet med posttraumatisk symptomatologi, da panik under traumet kan medføre, at traumet opleves med større ubehag og derved øges risikoen for posttraumatisk symptomatologi (Falsetti, Resnick, Dansky, Lydiard, & Kilpatrick, 1995). Flere studier har understreget vigtigheden af peritraumatisk panik i forklaringen af posttraumatisk symptomatologi (Bryant, Brooks, Silove, Creamer, O'Donnell, & McFarlane, 2011; Nixon & Bryant, 2003; Lima et al., 2010). Peritraumatisk panik er fundet at være en risikofaktor for posttraumatisk symptomatologi efter forskellige traumatiske oplevelser (Rocha-Rego et al., 2009; Bryant, Brooks et al., 2011; Bryant & Panasetis, 2001; Nixon & Bryant, 2003), men forholdet mellem posttraumatisk symptomatologi og panik er ikke undersøgt i forbindelse med bankrøveri. Dette studie undersøger derfor både peritraumatisk panik og en generel tendens til at udvikle paniksymptomer.

Peritraumatisk dissociation refererer til ændringer i bevidstheden under en traumatisk oplevelse fx hukommelsesbesvær i forhold til traumet, derealisering, depersonalisering, emotionel følelseløshed mm. (Bryant & Panasetis, 2005). Tilstedeværelsen af dissociation er veldokumenteret under et traume (Bryant, 2009; Bryant & Panasetis, 2005; Ozer et al., 2003), mens forbindelsen mellem dissociation og PTSD er omdiskuteret. Ifølge Ozer et al. (2003) finder i deres metaanalyse, at peritraumatisk dissociation er en stærk risikofaktor for PTSD efter en lang række forskellige traumatiske oplevelser. Studierne i Ozer et al.s (2003) metaanalyse kan dog kritiseres for muligvis ikke at omhandle peritraumatisk dissociation men derimod vedvarende dissociation, fordi forholdet mellem peritraumatisk dissociation og PTSD symptomer findes stærkest i studier, hvor der er gået 6 måneder til 3 år mellem den traumatiske oplevelse og måletidspunktet. Anden forskning tyder på, at vedvarende dissociation er en bedre prædikator for posttraumatisk symptomatologi end peritraumatisk dissociation (Briere, Scott, & Weathers 2003; Ehlers, Mayou, & Bryant 1998; Hagenaaars, Minnen, & Hoogduin, 2007; Panasetis & Bryant, 2003). Dette skyldes ifølge Hagenaaars et al. (2007), at der er tale om to kvalitativt forskellige former for dissociation. Peritraumatisk dissociation kan anskues som en automatisk reaktion på livsfare under traumet, mens vedvarende dissociation derimod kan anskues som en dysfunktionel mestringsstrategi, der fortsætter efter traumet og forhindrer personen i at ændre de negative vurderinger af traumet og derved bevarer PTSD (Hagenaaars et al., 2007). Peritraumatisk synes derimod at udgøre en forsvarsmekanisme eller beskyttende faktor mod at blive overrumplet af ubehag og derved udvikling af PTSD, fordi det begrænser bevidstheden om den truende oplevelse efter princippet ”jo

mindre man indkoder, jo mindre er der at håndtere” (Bryant, 2009; Bryant & Panasetis, 2005). Et nyere review af prospektive studier af den prædikativ værdi ved peritraumatisk dissociation finder dog, at peritraumatisk dissociation ikke synes at være en uafhængig prædiktor for PTSD (van der Velden & Wittmann, 2008). Forholdet mellem peritraumatisk dissociation og PTSD synes at miste sin betydning med kontrol for blandt andet ASD (van der Velden & Wittmann, 2008). Forholdet mellem ASD, PTSD og peritraumatisk dissociations rolle er endnu ikke undersøgt i forbindelse med bankrøveri.

2.3. Posttraume faktorer

Kognitive modeller for traumareaktioner antager, at personens vurdering af den traumatiske begivenhed og kapacitet til at reagere på begivenheden med er afgørende for tilpasningen (Ehlers & Clark, 2000). Hvis personen udvikler katastrofale eller negative antagelser eller tanker om traumat, dets følgevirkninger og egne evner til at håndtere det, kan det føre til en følelse af konstant trussel, hvilket vil bevare et maladaptivt traumarespons. Efter et bankrøveri kan en ansat eksempelvis udvikle en overbevisning om, at han eller hun er i konstant fare for yderligere røverier, hvilket kan medføre vedvarende angst og uhensigtsmæssige adfærd fx undgåelse af at sidde i kassen i banken. Negative antagelser eller tanker bidrager til udvikling af PTSD, fordi de forhindrer en bearbejdning af korrigerende information, der kan få personen til at indse, at faren er drevet over. Flere studier viser, at traumaofre kan udvikle negative vurderinger af dem selv og deres omverden og at katastrofal tænkning er en prædiktor for posttraumatisk symptomatologi (Bryant, 2003; Bryant, 2011; Nixon & Bryant, 2005). Dette studie undersøger derfor negative tanker om egen person og evner, negative tanker om omverden og selvbebrejdelse som prædiktorer for PTSD. I overensstemmelse med Ehlers og Clarks (2000) model er oplevet sikkerhedsfølelse også fundet negativt associeret med posttraumatiske symptomer efter forskellige typer af interpersonel vold (Elklit & Kurdahl, 2007; Grieger et al., 2003) og bankrøveri (Hansen & Elklit, 2011; submitted). Elklit og Kurdahl (2007) finder desuden, at sikkerhedsfølelsen *efter* traumat er stærkere relateret til PTSD end sikkerhedsfølelsen *under* traumat. Dette studie undersøger derfor sikkerhedsfølelsen både *under* og *efter* røveriet, samt sikkerhedsfølelsen for kolleger under røveriet.

Coping eller mestring stil defineres ofte efter Lazarus og Folkmanns (1984) teori om stress som en tilpasningsproces på en oplevet trussel. Coping er en persons forsøg på at forandre adfærd eller tanker for at mestre krav (fx trusler eller udfordringer) ved en situation, som overstiger personens ressourcer (Monat & Lazarus, 1991). Mange forskellige coping stile er blevet identificeret, men de kan oftest inddeles i enten positiv eller negativ coping. Forholdet mellem

coping og posttraumatiske symptomer er etableret i flere studier af både ikke seksuel vold og røveri (Christiansen & Elklit, 2008; Elklit & Kurdahl, 2007; Elklit, 1999; Elklit, 2002; Richards, 2000). Forholdet synes dog ikke så simpelt som, at det er valget af coping stil, der bestemmer om coping er en risikofaktor eller beskyttende faktor for PTSD. Richards (2000) fandt eksempelvis, at jo højere grad af traumatisering, at de ansatte havde, jo mere anvendte de opgavefokuseret coping (positiv coping) og derved en positiv association mellem de to. Elklit (2002) fandt derimod, at undgående coping (negativ coping) var den mest anvendte mestringsmetode efter røveri på arbejdspladsen og var forbundet med reduktion i PTSD symptomer. Denne negative relation kan ses som et udtryk for en succesfuld separation af de to hovedkoncepter kognition (tanker) og adfærd hos ofrene, da undgående mestring anvendt tidligt synes at være en succesfuld strategi, fordi de ofre, som aktivt undgik at tænke på, føle eller genopleve hændelsen havde lavere PTSD sværhedsgrad. Coping er dog ikke undersøgt i forbindelse med bankrøveri.

Der er mange forskellige definitioner på social støtte, men begrebet referer generelt til positive aspekter ved sociale interaktioner (Holeva, Tarrier & Wells, 2001). Flere studier har undersøgt forholdet mellem social støtte og udviklingen af posttraumatiske symptomer efter forskellige traumatiske begivenheder og finder generelt, at social støtte er en beskyttende faktor for både psykologisk og fysisk helbred (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003; Yap & Devilly, 2004). Det tyder desuden på, at det er kvaliteten og tilfredsheden med, frem for tilstedeværelsen af, social støtte, der er afgørende for, om den har en beskyttende funktion mod udviklingen af PTSD (Andrews, Brewin & Rose, 2003; Elklit & Brink, 2004; Elklit & Kurdahl 2007; Miller-Burke et al., 1999). Kritik, følelser af tvivl og skyld mm. kan betyde, at social støtte udgør en byrde på ofrene og påvirker deres helbredelsesproces negativt (Buunk & Hoorens, 1992; Yap & Devilly, 2004). Røveristudier har ligeledes fundet, at positive aspekter ved social støtte udgør en beskyttende faktor mod PTSD, mens negative aspekter findes at udgøre risikofaktorer for PTSD (Elklit, 2002; Hansen & Elklit, 2011; submitted; Kamphuis & Emmelkamp, 1998; Miller-Burke et. al., 1999; Richards, 2000). Social støtte er dog endnu ikke undersøgt med kontrol for mere lovende risikofaktorer for PTSD efter bankrøveri som fx panik, kognitioner og tonisk immobilitet.

Siden ASD blev introduceret i DSM-IV har flere studier undersøgt den prædikative værdi ved ASD symptom klyngerne og sværhedsgrad for PTSD (Bryant, 2011; Bryant, Friedman, Spiegel, Ursano, & Strain, 2011). Generelt finder studierne problemer med lav sensitivitet ved ASD diagnosen (dvs. størsteparten af ofrene med PTSD havde aldrig lidt af ASD) til trods for, at størstedelen af ofrene med ASD udviklede PTSD (høj positiv prædikativ værdi). Årsagen til den

lave sensitivitet er ifølge Bryant (2011) primært, at ofrene i risiko for udvikling af PTSD ikke opfyldte ASD dissociationskriterierne, da en stor del af ofrene, som mødte ASD diagnosekriterierne med undtagelse af dissociation, udviklede PTSD. Bryants (2011) review indeholdte kun to studier af ikke seksuelt overfald (Brewin, Andrews, Rose & Kirk, 1999; Elklit & Brink, 2004), som begge tydede på, at ASD er en bedre prædiktor for PTSD efter ikke seksuel vold end andre traumetyper. Hansen og Elklit's (submitted) studie af bankrøveri fandt, at ASD sværhedsgrad fremfor ASD diagnosen synes bedre at kunne forudsige PTSD end ASD diagnosen. Med andre ord, synes det mindre vigtigt, hvorvidt den enkelte person opfylder kriterierne for en ASD diagnose, så længe et vist symptom niveau er opnået. Det stærke forhold mellem ASD sværhedsgrad og PTSD blev bekræftet både ved, at grænseværdier på ASD skalaen fremfor den fulde diagnose forudsagde PTSD diagnosen bedst og ASD sværhedsgrad alene forudsagde 40 % af variansen i PTSD sværhedsgrad. Der er dog flere lovende prædiktorer for PTSD, som Hansen og Elklit (submitted) ikke kontrollerede for bl.a. tonisk immobilitet, panik, peritraumatisk dissociation og negative tanker. Dette studie undersøger derfor ASD sværhedsgrad som prædiktor for PTSD sværhedsgrad med kontrol for flere faktorer end tidligere studier.

3. Formål med studiet

Formålet med dette studie er at undersøge prævalensen af ASD og PTSD efter bankrøveri, samt vurdere associationer og den prædikative værdi for PTSD sværhedsgrad ved de ovenstående omtalte præ-, peri- og posttraume faktorer i et nationalt studie af bankrøveri i Danmark. Tidligere forskning har ikke evalueret forbindelsen mellem denne kombination af prædiktorer hos bankrøveriofre eller andre traumeofre. Studiet belyser, om bankrøveriofre adskiller sig fra andre traumepopulationer i forhold til den eksisterende forskning i prædiktorer og muligheder for tidlig præventiv behandling ved at bidrage med yderligere viden til tidlig identifikation af traumeofre i risiko for udviklingen af PTSD. Der inddrages en kontrolgruppe af bankansatte aldrig udsat for røveri til sammenligning med de akut røveriramte for yderligere dokumentation af undersøgelsens repræsentativitet, samt en undersøgelse af forandringer forårsaget i udvalgte prædiktorer for PTSD og særligt forskelle i generel traumatisering. Hvis de ansatte udsat for røveri viser samme grad af traumatisering som kontrolgruppen kan dette være udtryk for, at røveriet ikke er årsagen til de ansattes traumatisering. Forskning i kontrolgruppe efter bankrøveriet er meget begrænset (Kamphuis & Emmelkamp, 1998; Elklit, 2002).

Med afsat i den foregående gennemgang af prædiktorer for PTSD fremsættes følgende hypoteser til testning:

1. Der forventes ikke at være forskelle på den akut røveriramte gruppe og kontrolgruppen i forhold til demografiske variabler, større livsbegivenheder og traumatiske oplevelser. Den akut røveriramte gruppe forventes at have en større tendens til at udvise følsomhed overfor angstsymptomer, somatisering, traumatisering, negative tanker og en reduceret sikkerhedsfølelse både for sig selv og kolleger sammenlignet med kontrolgruppen. Det er uvist om, der er signifikante forskelle på de to grupper mht. social støtte og anvendelsen af coping, da disse ikke før er undersøgt med en kontrolgruppe.
2. Prætraume faktorerne (yngre alder, det kvindelige køn, generel tendens til at udvikle panik, antallet af livsbegivenheder, tidligere oplevede traumer og røverier) og peritraume faktorerne (hjælpeløshed, rædsel, peritraumatisk panik, tonisk immobilitet, reduceret sikkerhedsfølelse for selv og kolleger) forventes at være forbundet til øget PTSD sværhedsgrad.
3. Peritraumatisk dissociation og coping forventes at være forbundet til PTSD sværhedsgrad, men grundet tidligere forsknings blandede resultater, er det uvist, hvorvidt disse udgør risikofaktorer eller beskyttende faktorer mod PTSD.
4. Posttraume faktorerne negative tanker og negativ social støtte forventes at være forbundet til øget PTSD sværhedsgrad. Positiv social støtte, tilfredshed med social støtte, tilfredshed med bankens indsats, støtte fra lederen og sikkerhedsfølelsen forventes at være forbundet med reduceret PTSD sværhedsgrad.
5. Baseret på tidligere forskning forventes det desuden, at ASD og oplevelsen af livsfare er særlig stærke prædiktorer for PTSD sværhedsgrad.

4. Metode

4.1. Procedure & deltagere

4.1.1. Røverigruppen

Dette studie er en prospektiv spørgeskemaundersøgelse af de psykologiske følgevirkninger af bankrøveri begået i Danmark fra april 2010 til april 2011 foretaget i samarbejde mellem Finansrådet, de danske pengeinstitutter og Syddansk Universitet, Odense. Projektet er støttet af Finansrådet og Nationalbanken. I undersøgelsesperioden blev der begået i alt 111 røverier og 634 ansatte var udsat for røveri. Undersøgelsen havde to måletidspunkter: 1 uge efter røveriet ($GNS= 9,54$ dage, $SD = 5,94$) og 6 mdr. efter røveriet ($GNS= 191,58$ dage, $SD = 13,12$) efter røveriet. Spørgeskemaet blev uddelt til 622 ansatte, da ledelsen i to filialer besluttede ikke at uddele spørgeskemaerne til 12 medarbejdere. 458 ansatte deltog i undersøgelsen (svarprocent = 73,6 %)

ved første måletidspunkt og 378 ansatte (svarprocent = 82,5 %) deltog i undersøgelsen ved anden tidsmåling. Spørgeskemaerne blev uddelt af en projektansvarlig udpeget i hver bank og de ansatte blev informeret mundtligt og skrifteligt om formålet med undersøgelsen og instrueret i at udfylde spørgeskemaet i relation til indekstrøveriet fremfor tidligere røverier. Deltagelse var frivillig og godkendt af datatilsynet. Størstedelen af deltagerne (98,1 %, $n = 371$) var på arbejdet under røveriet og størstedelen af disse var desuden til stede under selve røveriet (78,6 %, $n = 297$), mens 74 befandt sig i andre rum (19,6 %, $n = 74$). De resterende 7 ansatte (0,02 %) var ikke på arbejde under røveriet.

4.1.2. Kontrolgruppen.

100 danske filialer blev tilfældigt udvalgt blandt alle danske filialer med en kassebeholdning, som ikke havde været udsat for røveri indenfor det seneste år. 573 ansatte deltog, hvoraf 377 ansatte aldrig havde oplevet et røveri. Ud af disse havde 303 angivet en stressende begivenhed, som de havde oplevet indenfor de sidste 6 måneder og besvaret spørgeskemaerne efter. De resterende 74 havde ikke angivet en stressende begivenhed og havde derfor ikke udfyldt alle spørgeskemaerne. De 303 besvarelser anvendes derfor udelukkende i dette studie.

4.2. Måleredskaber

4.2.1. Røverigruppen

Spørgeskemapakke 1 indeholdte lukkede selvdesignede spørgsmål vedrørende demografiske oplysninger, samt de ansattes fysiske placering under røveriet, kontakt til instanser fx psykologhjælp, større livsændringer inden for det seneste år, den subjektive oplevelse af røveriets sværhedsgrad i forhold til dødsangst, hjælpeløshed, trusler på livet mm. og åbne selvdesignede spørgsmål vedrørende, hvordan røveriet påvirkede den ansattes nærmeste familie og det værste ved røveriet mm. Tidligere traumeoplevelser vurderes ved at spørge de ansatte, om de tidligere har oplevet 14 forskellige traumetyper anvendt i U.S. National Comorbidity Survey (Kessler et al., 1995), samt en separat scoring af tidligere røverier/røveriforsøg. Røveriforsøg medtages, da de er fundet at have ligeså store eller større konsekvenser som gennemførte røverier (Kilpatrick et al., 1985; Elklit, 1999). Følelsen af egen sikkerhed og kollegers sikkerhed under røveriet blev vurderet på en 7-punkts Likert skala (1 = nej, slet, 4 = noget, 7 = ja, meget) ved at spørge deltagerne om de frygtede for deres egen/kollegers sikkerhed under og lige efter røveriet. De ansattes egen sikkerhedsfølelse efter røveriet blev vurderet på en 7-punkts Likert skala (1 = Jeg er bange for, at der let kan ske et nyt røveri, 7 = sikker på, at der ikke sker sådant et røveri igen).

ASD vurderes efter Acute Stress Disorder Scale (ASDS, Bryant, Moulds & Guthrie, 2000), som er en selvrapporteringsskala baseret på ASD hovedsymptomklyngerne i DSM-IV. Skalaen er udviklet for at kunne identificere ASD. ASDS består af 19 spørgsmål relateret til sværhedsgraden ved oplevede symptomer fra hver af de fire ASD symptomklynger. Svarene angives på en 5-punkts Likert skala (1 = slet ikke, 5 = i allerhøjeste grad). Kriterierne for ASD blev mødt, hvis deltagerne udviste mindst 1 genoplevelsessymptom, 1 vagtsomhedssymptom, 1 undgåelsessymptom og tre dissociationssymptomer. Scores ≥ 3 indikerer tilstedeværelsen af symptomet. Denne procedure er anvendt tidligere (Elklit & Christiansen, 2010; Hansen & Elklit, 2011). Skalaen har gode psykometriske egenskaber (ibid.). I dette studie var Cronbach's Alfa tilfredsstillende (.93).

Oplevet social støtte efter røveriet blev målt med Crisis Support Scale (CSS: Joseph, Andrews, Williams & Yule, 1992), som består af 7 spørgsmål. I overensstemmelse med tidligere studier (Andrews, Brewin, & Rose, 2003) anvendes den totale score på de første fem spørgsmål som et mål for positiv social støtte, spørgsmål seks anvendes som mål for negativ social støtte og spørgsmål syv anvendes som mål for overordnet tilfredshed med social støtte. Svarene angives på en 7-punkts Likert skala (1 = aldrig, 7 = altid på de første 6 items, 1 = meget utilfreds, 7 = meget tilfreds på item 7). CSS synes at have gode psykometriske egenskaber med en god indre konsistens og diskriminationsevne (Elklit, Pedersen, & Jind, 2001). Cronbach's alfa værdien på CSS positiv var lav (.57), men gennemsnits interitem korrelationskoefficient (.27) var tilfredsstillende.

Peritraumatisk dissociation blev vurderet efter Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ; Marmar, Weiss, & Metzler, 1997), som består af 10 spørgsmål. Svarene angives på en 5-punkt Likert skala (1 = overhovedet ikke sandt, 5 = helt sandt), hvor godt beskrivelsen af 10 forskellige symptomer på dissociation under eller lige efter røveriet passer på deres oplevelser. Cronbach's alfa var tilfredsstillende (.87).

En modificeret version af Physical Reactions Scale (PRS) blev anvendt til at vurdere peritraumatisk panik (Falsetti & Resnick, 1992). PRS består af 16 spørgsmål, der spørger til, hvor voldsomt deltagerne oplevede 16 forskellige DSM-IV symptomer på panik under røveriet. Svarene angives på en 6-punkts Likert skala (0 = ikke til stede, 5 = meget ubehag). Cronbach's alfa var tilfredsstillende (.91). Deltagernes tendens til at udvikle panikangst eller katastrofal misfortolkning af angstsymptomer blev vurderet med Anxiety Sensitivity Index (ASI: Reiss, Peterson, Gursky, & McNally, 1986). ASI består af 16 spørgsmål, som vurderes på en 5-punkts Likert skala (1 = slet ikke, 5 = særdeles meget). Testen har god test-retest reliabilitet (Reiss et al., 1986). Cronbach's alfa på var tilfredsstillende (.89).

Tonisk immobilitet (TI) blev vurderet med 4 spørgsmål fra Tonic Immobility Scale (TIS; Heidt et al., 2005). TIS består oprindeligt af 10 spørgsmål, som vurderes på en 7-punkts Likert skala, hvor høje scores indikerer høj grad af TI. I dette studie anvendes kun de fire "rene" eller motoriske tonisk immobilitetsspørgsmål (oplevelsen af at være fastfrosset eller lammet, ude af stand til bevægelse, råbe, skrig og flygte under røveriet), da de øvrige spørgsmål overlapper med PDEQ og PRS. En lignende prioritering ses i Rocha-Rego et al.'s (2009) studie af tonisk immobilitet hos voldsofre og Lima et al.'s (2010) studie af blandede trauma. Cronbach's alfa var tilfredsstillende (.85).

Generel coping stil eller mestring stil blev vurderet med den reviderede version af Coping Styles Questionnaire (CSQ; Roger, Jarvis, & Narajian, 1993), som består af 37 spørgsmål relateret til anvendelsen af fire forskellige coping stile: rational, emotionel, udgående og distancerende coping. Svarene angives på en 4-punkt Likert skala for hyppighed (1 = aldrig, 4 = altid) (Elklit, 1996). De fire underskalaer har udvist tilfredsstillende psykometriske egenskaber (Cronbach's alfa = .66-.81) (Elklit, 1996). I dette studie var Cronbach's alfa tilfredsstillende på alle underskalaer (.72 - .84) med undtagelse af distancerende coping, hvor både Cronbach's alfa (.58) og gennemsnits interitem korrelationskoefficienten (.19) var utilfredsstillende. Distancerende coping blev ekskluderet fra yderligere analyser.

Traumarelateret kognition eller tænkemønstre blev vurderet med Posttraumatic Cognition Inventory (PTCI, Foa, Ehlers, Clark, Tolin & Orsillo, 1999), som indeholder 33 spørgsmål, der vurderes på en 7-punkts Likert skala (1 = helt uenig, 7 = helt enig). PTCI har tre underskalaer; negative tanker om selv og egne evner (fx "jeg er en svag person"), negative tanker om verden (fx "verden er et farligt sted") og selv-skyld (fx enhver anden ville have forhindret røveriet). Cronbach's alfa på underskalaerne negative tanker om selv og omverden var tilfredsstillende (.84 - .91), mens Cronbach's alfa for selv-skyld underskalaen lå lige på grænsen for at være tilfredsstillende (.69) dog med en tilfredsstillende gennemsnits interitem korrelationskoefficienten (.32).

Spørgeskemapakke 2 indeholdte mange af de samme mål som spørgeskemapakke 1 og derudover Harvard Trauma Questionnaire (HTQ, Mollica et al., 1992) til måling af PTSD. HTQ består af 17 spørgsmål, der relaterer sig til de tre symptomklynger i DSM-IV PTSD diagnosen: genoplevelse, undgåelse og forøget vagtsomhed. Svarene angives på en 4-punkts Likert skala (1 = overhovedet ikke, 4 = for det meste). HTQ er et enkelt og pålideligt screeningsinstrument med god indre og ydre validitet, som er blevet anvendt i en lang række danske undersøgelser af

traumatiserede (Elklit & Fuglsang, 2001). Kriterierne for PTSD er mødt, hvis deltagerne udviser mindst et symptom på genoplevelse, tre symptomer på undgåelse og to symptomer på forøger vagtsomhed. Symptomtilstedeværelse er indikeret ved scores ≥ 3 . Denne procedure er anvendt tidligere (Elklit & Christiansen, 2010; Hansen & Elklit, submitted). Cronbach's alfa var tilfredsstillende (.92).

4.2.2. Kontrolgruppen

Kontrolgruppen modtog en spørgeskemapakke identisk til den akutte røverirante gruppe med undtagelse af de faktorer, der var direkte relateret til røveriet (herunder især peritraumatiske faktorer, ASD og PTSD). Udover ovenstående omtalte måleredskaber anvendt i røverigruppen blev følgende spørgeskemaer anvendt i både røverigruppen og kontrolgruppen: en revideret version af Trauma Symptom Checklist (TSC; Briere & Runtz, 1989) og somatiseringsskalaen på Symptom Checklist – 90 – revised (SCL-90-R, Derogatis, 1994). TSC blev anvendt til at vurdere general traumatiseringsgrad. TSC er valideret og revideret af Krog og Duel (2003). Svarene angives på en 4-punkts Likert-skala (1 = nej, 4 = meget tit). TSC-26 har gode psykometriske egenskaber og synes at være et validt måleredskab for traumatisering (Krog & Duel, 2003). Somatisering blev vurderet med somatisering underskalaen fra den danske version af SCL-90-R (Derogatis, 1994). SCL-90-R er et omfattende instrument til vurdering af psykiske problemer og psykopatologiske symptomer. Somatisering underskalaen i den danske version af SCL-90-R består af 12 spørgsmål vedrørende, hvor stort et ubehag forskellige somatiske symptomer har voldt deltagerne efter røveriet. Svarene angives på en Likert skala (0 = slet ikke, 4 = særdeles meget). Cronbach's alfa var tilfredsstillende på alle standardiserede skalaer (.71-91) anvendt i kontrolgruppen med undtagelse af CSS positiv social støtte (.65), hvor gennemsnits interitem korrelationskoefficienten dog var tilfredsstillende (.33).

Det var ikke muligt at anvende somatisering og general traumatisering som prædiktorer for PTSD i forbindelse med røveriundersøgelsen pga. for høje korrelationer mellem TSC, SCL-90 somatisering og flere af skalaerne relateret til røveri. Eksempelvis korrelerede somatisering målt på SCL-90 positivt og meget højt med både PRS total ($r = .71$, $p < .001$) og ASDS ($r = .74$, $p < .001$), mens TSC total scoren korrelerede positivt og meget højt med ASDS total scoren ($r = .88$, $p < .001$) og PRS total scoren ($r = .71$, $p < .001$). Dette er ikke nødvendigvis en indikation på, at disse skalaer måler aspekter ved det samme fænomen, men de høje korrelationer vil skabe statiske problemer ("multicollinearity"), som vil give et uklart billede af forudsigelsen af PTSD. TSC og SCL-90

somatisering blev derfor udelukkende anvendt i sammenligning mellem kontrolgruppen og den akut røverirante gruppe, hvor hverken PRS eller ASDS indgår.

5. Resultater

Inden analyserne blev hele datasættet rensat for fejlindtastninger. Antallet af manglende indtastninger (missing values) var lille (0,3 – 4,6 %) og derfor blev “Expectation Maximization” algoritmen anvendt til at beregne de manglende værdier (Bunting, Adamson, & Mulhall, 2002).

5.1. Deskriptive resultater for røverigruppen.

En χ^2 analyse blev udført for at undersøge forskellen mellem de tre grupper af deltagere i røverigruppen (Gruppe 1: til stede under røveriet, Gruppe 2: på arbejde men ikke til stede under røveriet, Gruppe 3: ikke på arbejde) og PTSD diagnose og sværhedsgrad. Der var ingen signifikante forskelle på de tre grupper og PTSD diagnose ($\chi^2(2, 378) 1,73, p = .472$). Der var dog en signifikant forskel på de to grupper med hensyn til PTSD sværhedsgrad, hvor gruppe 1 ($M = 25,43, SD = 8,27$) scorede signifikant højere på PTSD sværhedsgrad end gruppe 3 ($M = 20,43, SD = 3,15$), $F(2,18,74) = 7,87, p = .003$, mens gruppe 2 ikke adskilte sig fra gruppe 1 eller 3. De 7 ansatte, der ikke var på arbejde under røveriet blev derfor fjernet fra de resterende analyser, eftersom gruppe 1 og 2 kunne betragtes og derved behandles som en homogen gruppe.

5.1.1. Demografi.

Tabel 1 ”Forskelle mellem røverirante gruppe og kontrolgruppen” (se bilag 3) viser de demografiske oplysninger (alder, køn, civil status, stilling og uddannelsesvarighed) på røverigruppen mm. Eksempelvis viser tabel 1, at over halvdelen af de ansatte var gift (60,5 %, $n = 222$), 18,8 % af de øvrige ansatte boede sammen med en kæreste ($n = 69$), 16,1 % var single ($n = 59$). De resterende 4,6 % af de ansatte var i et forhold men ikke sammenboende ($n = 17$).

5.1.2. Det værste ved røveriet.

På det åbne spørgsmål: ”Hvad var det værste, som du oplevede under røveriet?” angav 90,8 % af de ansatte ($n = 337$) en bred vifte af svar. Følgende er derfor en opsummering af de mest hyppige svar. 30,7 % ($n = 114$) af de ansatte angav, at det værste ved røveriet var frygten for, hvad der kunne ske deres kolleger og kollegernes reaktion på røveriet. Herunder angav halvdelen af de ansatte at se kollegers efterfølgende psykiske reaktion eksempelvis panik, skrig og gråd og frygten for kollegers liv og velbefindende, da de blev ført væk af røveren. 14,2 % ($n = 48$) af de ansatte angav, at det værste ved røveriet var karakteristika ved røveren herunder maskeringen, deres truende adfærd og deres trusler med våben. 13,9 % ($n = 47$) af de ansatte angav, at det værste var

den magtesløshed, som de oplevede under røveriet. De ansatte følte, at de bare skulle se på, hvad der skete uden at have indflydelse på udfaldet. Flere af de ansatte følte sig personligt krænket og fandt det grænseoverskridende, at røveren kunne komme ind fra gaden og tage penge fra dem uden at de kunne eller måtte stoppe ham. 12,5 % ($n = 42$) af de ansatte angav, at det værste ved røveriet var de høje lyde enten i form af ruder, der blev smadret eller røverens råb. 9,2 % ($n = 31$) af de ansatte angav, at synet af våbnet (pistolen, kniven, hammeren mm.) og lyden af pistolen, der blev ladet og affyret var det værste ved røveriet. 6,8 % ($n = 23$) af de ansatte oplevede skyld over ikke at være i nærheden af sine kolleger og kunne hjælpe dem under røveriet. 3,0 % ($n = 10$) af de ansatte angav, at det værste ved røveriet var, at proceduren for røveri ikke blev overholdt og tekniske fejl. Eksempelvis blev der ikke ringet efter politiet og en kasse ville ikke åbne.

Eksempler på besvarelser:

”Jeg så kasserens ledende øjne – uden at jeg kunne hjælpe”

”Jeg var ikke klar over, hvad der foregik i lokalet – var nogen kommet til skade? – kassereren skreg – og det var temmeligt utrygt ikke at vide hvorfor”

”Det var meget grænseoverskridende og overraskende, at et andet menneske kunne være så truende og forlange noget af mig”

”At sidde med ryggen til en røver alene i et mørkt mødelokale, han står bag ved med en pistol og strips og fortæller, hvilken bil jeg kører i og at jeg har en kæreste – ubehageligt”

”At blive peget på med en pistol, blive gennet ned på gulvet og blive gennet til at åbne boksen”

”At røverne truede med pistoler og råbte højt hele tiden at de ville skyde hovederne af os og at vi nogen var nogen fucking ludere”

5.1.3. Pårørende.

142 af de ansatte (38,3 %) angav, at deres pårørende var berørte af røveriet. De fleste pårørende reagerede med bekymring for den ansatte ($n = 68$), forskrækkelse/chok ($n = 63$), omsorg og hjælpsomhed ($n = 25$), frygt for den ansattes sikkerhed i banken fremover ($n = 18$), ked-af-hed af de på den ansattes vegne ($n = 10$), nysgerrighed ($n = 8$), mens et mindretal af de pårørende synes mere påvirkede af røveriet end de ansatte selv ($n = 4$) mm.

5.1.4. Større livsbegivenheder, traumatiske oplevelser og røverier.

I alt angav 147 ansatte, at de havde oplevet mellem mindst en større livsbegivenhed indenfor det sidste år (se bilag 4 tabel 2 ”Deskriptiv statistik for præ-, peri-, posttraume faktorer og HTQ total scoren” for GNS, SD og spændevide). Den hyppigste forekommende livsændring var dødsfald ($n = 55$), efterfulgt af jobændringer ($n = 39$), sygdom ved pårørende ($n = 36$), flytning ($n =$

34), indbrud ($n = 17$), skilsmisse ($n = 15$), egen sygdom ($n = 14$), blevet forælder ($n = 6$), efterfulgt af en lang række begivenheder, som 1-3 af de ansatte har oplevet bl.a. børn, der var flyttet hjemmefra, aflivning af kæledyr, problemer i parforholdet, ny kæreste og ægtefælle mistet job.

I alt 63,1 % ($n = 234$) af de ansatte havde tidligere oplevet et røveri, mens 288 af de ansatte (77, 6 %) tidligere havde oplevet et traume (se bilag 4 tabel 2 for GNS, SD og spændevide). Den mest almene form for tidligere oplevet traume, som de ansatte angav, var tab af en nærtstående ($n = 198$; 53,4 %), efterfulgt af ulykke ($n = 69$; 18,6 %), trusler med våben ($n = 66$; 17,8 %), livstruende sygdom ($n = 53$; 14,3 %), været vidne til en anden person i livsfare (45; 12,1 %), brand ($n = 45$; 12,1 %), vold ($n = 41$; 11,1 %), Chok ifm. nærtstående var udsat for noget livstruende ($n = 25$; 6,7 %), andre traumer ($n = 25$; 6,7 %), naturkatastrofe ($n = 9$; 2,4 %), seksuelt misbrug ($n = 6$; 1,6 %), Omsorgssvigt som barn ($n = 3$; 0,8 %), voldtægt ($n = 3$; 0,8 %), krig ($n = 2$; 0,5 %) og fysisk misbrug ($n = 2$; 0,5 %).

5.1.5. Kontakt til politi, psykolog og andre instanser.

Størstedelen af de ansatte (90,0 %, $n = 334$) havde været i kontakt med politiet i forbindelse med udfyldelse af skema 1. De fleste ansatte angav, at de fik den hjælp fra politiet, som de ønskede (87,2 %, $n = 287$) og vurderede politiet som venlige og forstående (92,5 %, $n = 307$). I alt 90 ansatte (24,3 %) angav, at de havde haft kontakt til andre instanser end politi og psykolog lige efter røveriet. Kontakten var primært til den pågældende banks sikkerhedsafdeling ($n = 42$), regionskontoret ($n = 12$), leder/chef i filialen ($n = 8$) og bankens HR afdeling ($n = 7$), familie ($n = 3$) mm. Størstedelen af de ansatte (95,3 %, $n = 81$) angav, at de modtog den hjælp, som de ønskede fra kontakten med andre instanser og fandt dem venlige og forstående (97,6 %, $n = 83$). Næsten alle de ansatte (96,0 %, $n = 356$) havde haft kontakt til en psykolog ved udfyldelsen af skema 1. De fleste ansatte fandt psykologen venlig og forstående (97,5 %, $n = 344$) og angav, at de fik den hjælp, som de ønskede (90,1 %, $n = 317$). Der gik mellem 0-4 dage efter røveriet ($GNS = 0,27$ dage, $SD = 0,85$) til de ansatte modtog hjælp fra psykologen. Der gik dog 10 dage for en enkelt medarbejder. De ansatte angav, at de havde talt med psykologen 0-10 gange ($GNS = 2,25$ gange, $SD = 1,82$). Kontakten til psykologen foregik for de fleste ansatte både i gruppe og individuelt (73,5 %, $n = 258$), mens et mindre antal udelukkende mødte psykologen i gruppe (16,8 %, $n = 59$) og individuelt (9,7 %, $n = 34$). Samlet angav de ansatte, at de i alt havde talt med psykologen i 2 minutter til 7 timer ($GNS = 61,92$ minutter, $SD = 62,31$). Der er en naturlig tendens til, at jo mere påvirket personer er af et traume, jo mere psykologhjælp modtager de. Det vil derfor ikke give mening at inddrage modtagelse af psykologhjælp som en prædiktor for PTSD.

5.1.6. Bebrejdelse af andre og ny læring.

Et mindretal af de ansatte (5,4 %, $n = 20$) angav, at de bebrejdede andre for røveriet. 10 ansatte bebrejdede røverne, mens de resterende 10 ansatte bebrejdede banken eller filialens ledelse for røveriets udfald. Herunder mente 6 ansatte, at ledelsen reagerede mangelfuldt og burde have været mere omsorgsfuld og vist hensyn i de efterfølgende dage overfor de berørte medarbejdere og afdelingen.

Seks måneder efter røveriet angav 136 medarbejdere (37,0 %), at de havde lært noget nyt efter røveriet. De fleste ansatte angav, at de har lært deres egne reaktionsmønstre under et røveri at kende ($n = 40$). De fleste ansatte havde positive oplevelser med dette, mens enkelte havde lært, at de var sårbare og ikke længere var sikre på, at de kunne tåle flere røverier ($n = 5$). De ansatte havde desuden lært at være mere opmærksomme på, at sikkerheden i filialen var i orden ($n = 25$), de holdte mere øje med potentielle faresignaler på røveri både indenfor og udenfor banken ($n = 23$) og var opmærksomme på, at et røveri kan ske når som helst og man aldrig kan føle sig sikker ($n = 10$) mm.

5.1.7. ASD og PTSD prævalens

11,1 % af de ansatte ($n = 41$) mødte de diagnostiske kriterier for ASD målt med ASDS (se *GNS*, *SD* og spændevide i tabel 2 bilag 4). Derudover led 71 ansatte (19,1 %) af subklinisk ASD (defineret som tilstedeværelsen af tre fremfor 4 symptomklynger) og kun 97 ansatte (26,1 %) var helt symptomfrie. ASD prævalensen var især begrænset af manglende tilstedeværelse af de tre dissociationssymptomer og undgåelseskriteriet. ASD prævalensen uden undgåelse var 14 %, mens ASD prævalensen uden dissociation var 26,7 %. I alt 6,2 % af de ansatte ($n = 23$) mødte de diagnostiske kriterier for PTSD målt med HTQ (se *GNS*, *SD* og spændevide i tabel 2 bilag 4). Prævalensen af PTSD var særligt begrænset af kravet om de to symptomer på undgåelse, da PTSD prævalensen uden opfyldelsen af undgåelseskriteriet var 17,8 %.

5.1.8. Præ-, peri-, posttraume faktorer og HTQ.

Deskriptiv statistisk på de øvrige præ-, peri-, posttraume faktorer og HTQ ses i tabel 2 (se bilag 4). Der var kun 12 deltagere (3,2 %), der troede, at de skulle dø under røveriet og derfor blev frygt for at død kun anvendt i relation til A2 kriteriet i yderligere analyser.

5.2. Deskriptive resultater for kontrolgruppen.

Tabel 1 (se bilag 3) viser de demografiske oplysninger (alder, køn, civil status, stilling og uddannelsesvarighed) på kontrolgruppen mm. Eksempelvis viser tabel 1, at over halvdelen af de

ansatte i kontrolgruppen var gift (59,5 %, $n = 179$), 23,3 % boede sammen med en kæreste ($n = 70$), 13,6 % var single ($n = 41$). De resterende 3,7 % af de ansatte var i et forhold ($n = 11$).

Kontrolgruppen blev bedt om at tænke tilbage på den mest stressfyldte eller ubehagelige begivenheden, som havde voldt dem besvær i den seneste tid i forhold til besvarelsen af CSS og PTCL. Den hyppigst beskrevne begivenhed var sygdom ved pårørende ($n = 53$), egen sygdom ($n = 43$), arbejdsmængden på arbejdet/stress relateret til arbejdspress ($n = 42$), ubehagelige oplevelser med kunder ($n = 41$), dødsfald (pårørende) ($n = 40$), jobskifte (flytte til ny afdeling/ny stilling) ($n = 19$), jobændringer (fyringer, opsigelser, forflytninger af kolleger, digital tinglysning) af kollega ($n = 15$) og skilsmisse ($n = 11$).

I alt 71,9 % ($n = 218$) af kontrolgruppen havde tidligere oplevet et traume (se bilag 3 tabel 1 for *GNS*, *SD* og spændevide). Den mest almene form for tidligere oplevet traume, som de ansatte angav, var tab af en nærtstående ($n = 170$, 56,1 %), efterfulgt af ulykke ($n = 59$, 19,5 %), brand ($n = 34$, 11,2 %), vold ($n = 33$, 10,9 %), livstruende sygdom ($n = 26$, 8,6 %), chok ifm. nærtstående var udsat for noget livstruende ($n = 23$, 7,6 %), trusler med våben ($n = 11$, 3,6 %), andre traumer ($n = 15$, 5,0 %), krig ($n = 4$, 3,0 %), omsorgssvigt som barn ($n = 5$, 1,7 %), seksuelt misbrug ($n = 3$, 1,0 %), naturkatastrofe ($n = 3$, 1,0 %), været vidne til en anden person i livsfare ($n = 2$, 0,7 %), fysisk mishandling ($n = 2$, 0,7 %) og voldtægt ($n = 1$, 0,3 %).

26,1 % af de ansatte ($n = 79$) angav, at de havde oplevet mellem mindst en større livsbegivenhed indenfor det sidste år (se tabel 1 for *GNS*, *SD* og spændevide). De hyppigste forekommende livsbegivenheder hos kontrolgruppen lignede meget dem hos røverigruppen. Den mest almene forekommende begivenhed var dødsfald ($n = 42$), efterfulgt af flytning ($n = 40$), jobændringer ($n = 36$), blevet forælder ($n = 25$), sygdom ved pårørende ($n = 22$), egen sygdom ($n = 16$), indbrud ($n = 10$), skilsmisse/gået fra kæreste ($n = 12$) og efterfulgt af en lang række begivenheder, som 1-3 af de ansatte har oplevet bl.a. huskøb, færdiggjort uddannelse, ægtefælle mistet job mm.

5.3. Forskelle mellem røverigruppen og kontrolgruppen.

Tabel 1 (se bilag 3) viser resultaterne af tests for signifikante forskelle mellem de akut røveriramte ansatte og kontrolgruppen på de målinger, som blev foretaget på begge grupper.

Tabel 1 viser, at der ingen signifikante forskelle er på de to grupper mht. demografiske variabler (dvs. alder, køn, civilstatus, stilling og varighed af uddannelse). Der er desuden ingen signifikante forskelle på de to grupper mht. antallet af oplevede større livsbegivenheder indenfor de sidste 6 måneder.

Der er en signifikant forskel på de to grupper mht. oplevede tidligere traumer. Den akutte røveriramte gruppe har oplevet signifikant flere traumer end kontrolgruppen. Der er desuden signifikante forskelle på de to gruppers sikkerhedsfølelse. Kontrolgruppen føler sig til dagligt mere sikre på, at der ikke sker et røveri end den røveriramte gruppe gør en uge efter røveriet og kontrolgruppen frygter til dagligt mindre for deres kollegers sikkerhed end den røveriramte gruppe.

Tabel 1 viser desuden, at der er signifikante forskelle på de to grupper og de fem mål for social støtte. Kontrolgruppen angiver, at de har oplevet signifikant mindre positiv støtte, mere negativ social støtte og er mindre tilfredse med den social støtte, som de modtog i forbindelse med deres angivne stressende begivenhed end røverigruppen. Derudover har røverigruppen oplevet signifikant mere støtte fra lederen og er mere tilfredse med bankens indsats i forbindelse med røveriet end kontrolgruppen generelt oplever. Der er ingen signifikante forskelle på de to grupper mht. anvendelsen af undgående coping, mens kontrolgruppen i signifikant højere grad anvender emotionel og rationel coping sammenlignet med den akutte røverigruppe.

Der er ingen signifikant forskel på de to gruppers negative antagelser eller tanker omkring verden i forbindelse med håndteringen af de angivne stressende begivenheder ved kontrolgruppen og røveriet hos røverigruppen. Kontrolgruppen er derimod i signifikant højere grad tilbøjelige til at give sig selv skylden for og have negative antagelser eller tanker omkring egen person og egne evner til at håndtere de stressende begivenheder, som de har angivet sammenlignet med røverigruppen, som i mindre grad giver sig selv skylden for røveriet. Der er desuden ikke en signifikant forskel på de to grupper mht. tendens til somatisering og samtidig er begge gruppers tendens til somatisering lav (henholdsvis 5,44 og 5,70 på en skala med en maksimumscore på 48 og 0 er ingen symptomer). Den røveriramte gruppe viser signifikant højere grad af generel traumatisering målt på TSC end kontrolgruppen, mens kontrolgruppen scorer signifikant højere på tendens til panikangst målt på ASI end røverigruppen.

5.4. Korrelationsanalyser.

Tabel 3 viser korrelationerne blandt de præ-, peri- og posttraume faktorer samt HTQ total scoren for røverigruppen (se bilag 5). Ud af prætraumefaktorerne korrelerede kun det kvindelige køn signifikant med HTQ total scoren ($r = -.26^{**}$), mens alder, tidligere oplevede røverier, større livsbegivenheder og tidligere oplevede traumer ikke korrelerede signifikant med HTQ total scoren. Alle peritraumefaktorerne korrelerede derimod signifikant moderat positivt med HTQ total scoren ($r = .29-.51^{**}$) med undtagelse af sikkerhedsfølelsen for kolleger, som korrelerede svagt med HTQ total scoren ($r = .22^{**}$).

De fleste posttraumefaktorer korrelerede ligeledes signifikant med HTQ total scoren dog med undtagelse af rational coping stil og tilfredshed med social støtte, som ikke var forbundet signifikant med forekomsten af posttraumatiske symptomer. Positiv social støtte, støtte modtaget fra leder og tilfredshed med bankens indsats korrelerede signifikant svagt negativt med HTQ total scoren (-.13 - -.17**). Negativ social støtte og PTCI selvskyld korrelerede svagt positivt med HTQ total scoren ($r = .22^{**}$). Emotional coping stil, undgående coping stil og PTCI negative tanker om verden korrelerede signifikant moderat positivt med HTQ total scoren ($r = .29-.49^{**}$). ASDS total scoren og PTCI negative tanker om selv korrelerede som de eneste signifikant stærkt positivt med HTQ total scoren (.60-.64**).

5.5. Forudsigelsen af PTSD.

De forskellige undersøgte præ-, peri- og posttraume faktorerers potentiale for at forudsige posttraumatiske symptomer 6 måneder efter røveriet blev undersøgt gennem multiple lineær regressionsanalyse for at finde frem til de faktorer, der bedst forklarede variansen i posttraumatiske symptomer. Den afhængige variabel var HTQ total scoren, mens de uafhængige variable var alle de undersøgte faktorer præ-, peri- og posttraume faktorer. Fordelingen af alle HTQ scorerne var tæt på en normalfordeling og der var ikke problemer med multicollinearity (alle tolerance værdier $> .10$; alle VIF værdier < 10).

Tabel 4 viser den hierarkiske regressionsmodel for de 27 prædiktorer for PTSD sværhedsgrad med HTQ total scoren som den afhængige variabel (se bilag 6). Grundet tidligere beskrevet forskning i forholdet mellem ASD og PTSD efter bankrøveri (Hansen & Elklit, submitted) blev ASDS total scoren indsat alene i første skridt af regressionsanalysen for at redegøre for dens unikke bidrag i forklaringen af PTSD sværhedsgrad. Tabel 4 viser, at ASDS total scoren alene forklarede 41 % af variansen i PTSD sværhedsgrad. Prætraumefaktorerne alder, køn, tidligere røverier, større livsbegivenheder, tidligere oplevede traumer og ASI total udgjorde det andet skridt i regressionsanalysen. På skridt 2 blev 42 % af variansen i PTSD sværhedsgrad forklaret med ASDS total scoren og ASI total scoren. På skridt 3 tilføjes de 8 peritraume faktorer modellen, som samlet forklarede 44 % af variansen i PTSD sværhedsgrad med ASDS total scoren, oplevet livsfare, peritraumatisk panik og peritraumatisk dissociation.

På det sidste skridt af regressionsanalysen tilføjes de 12 posttraume faktorer og 51 % af variansen i PTSD sværhedsgrad blev forklaret med PDEQ total scoren, ASDS total scoren, PTCI negative tanker om egen person og emotional coping. Den største prædiktor for PTSD sværhedsgrad var ASDS total scoren ($\beta = .40, p < .001$).

Eftersom ASDS total scoren var den største prædikator for PTSD blev der udført en regression analyse af forudsigelsen af ASDS total scoren for at undersøge muligheden for at identificere bankofre i risiko for udvikling af ASD og derved indirekte PTSD på et tidligere tidspunkt end første måletidspunkt. Fordelingen af alle ASDS scorerne var tæt på en normalfordeling og der var ikke problemer med multicollinearity (alle tolerance værdier $>.10$; alle VIF værdier < 10). Tabel 5 (se bilag 7) viser regressionsanalysen af forudsigelsen af ASDS total scoren med prædiktorerne inddelt i præ- og peritraume faktorer. På det sidste skridt af regressionsanalysen forudsiges 62 % af variansen i ASD sværhedsgrad ud fra 7 prædiktorer: det kvindelige køn, tidligere røverier, større livsbegivenheder, generel tendens til panikangst, peritraumatisk panik, peritraumatisk dissociation og reduceret sikkerhedsfølelse under røveriet. Den stærkeste prædikator var peritraumatisk dissociation ($\beta = .37$, $p <.001$) efterfulgt af peritraumatisk panik ($\beta = .21$, $p <.001$). Det tyder således på, at særligt høje niveauer af disse 2 peritraumatiske faktorer er forbundet med øget risiko for ASD sværhedsgrad. Opmærksomhed omkring peritraumatisk dissociation og peritraumatisk panik kan således tyde på at være en *indirekte* indikation på risiko for udvikling af PTSD via ASD. Det er uden for denne rapports formål at teste dette forhold yderligere gennem for eksempelvis mediationsanalyser.

6. Diskussion

6.1. Forskelle mellem røverigruppen og kontrolgruppen.

Der var som forventet ingen signifikante forskelle på de to grupper mht. demografiske variabler (dvs. alder, køn, civilstatus, stilling og varighed af uddannelse) og antallet af større livsbegivenheder, hvilket tyder på, at den akutte røverigruppe synes således at være repræsentativ for bankansatte i Danmark sammenlignet med kontrolgruppen. Endvidere rapporterede kontrolgruppen og røverigruppen meget lignende større livsbegivenheder. Eksempelvis var de 8 mest hyppige livsbegivenheder de samme i begge grupper (dog med forskellig rækkefølge). Der var endvidere et forventeligt stort overlap mellem de stressende begivenheder, som kontrolgruppen beskrev i forbindelse udfyldelsen af CSS og PTCI og de større livsbegivenheder, som kontrolgruppen havde oplevet gennem det seneste år.

Der var en signifikant forskel mellem kontrolgruppen og røverigruppen mht. antallet af tidligere oplevede traumer. Røverigruppen havde oplevet signifikant flere traumer end kontrolgruppen. Forskellen var dog minimal ($GNS = 1,60$ tidligere oplevede traumer sammenlignet med $GNS = 1,37$ tidligere oplevede traumer). Det tydede på, at forskellen mellem de to grupper især kunne være en afspejling af oplevelsen af røveri, fordi kun 3,6 % af kontrolgruppen havde

oplevet trusler med våben i modsætning til røverigruppen, hvor 17,8 % havde oplevet trusler med våben.

Der var som forventet signifikante forskelle på de to gruppers sikkerhedsfølelse, hvor kontrolgruppen til dagligt følte sig mere sikre på, at der ikke ville ske et røveri end den røveriramte gruppe gjorde en uge efter røveriet. Det tyder således på, at oplevelsen af et røveri er forbundet med en øget frygt for yderligere røverier. Der er desuden en forventelig signifikant forskel på de to grupper mht. sikkerhedsfølelsen for kolleger til dagligt og under røveriet, hvor de røveriramte frygtede mere for deres kollegers sikkerhed under røveriet end kontrolgruppen angiver, at de til dagligt gør. Røverigruppens øgede bekymring for deres kolleger var ligeledes afspejlet i de åbne spørgsmål omkring det værste ved røveriet, hvor det mest hyppige svar omhandlede deres kolleger.

Der var ingen signifikante forskelle på de to grupper mht. anvendelsen af undgående coping, mens kontrolgruppen i signifikant højere grad anvendte emotionel og rationel coping sammenlignet med den akutte røverigruppe. Dette tyder således på, at røveriramte bankansatte havde en mindre tendens til at forsøge at anvende coping stile i forbindelse med røveri end kontrolgruppen havde i forbindelse med generelle angivne problemer. Dette kan dog være et udtryk for, at et røveri er en uvant situation og de ansatte endnu ikke ved, hvordan de skal håndtere det på et personligt plan. Forskellen mellem de to gruppers anvendelse af både emotionel og rationel coping er dog minimal (henholdsvis $GNS=14,08$ og $GNS=14,82$, samt $GNS=28,67$ og $GNS=29,41$).

Der var signifikante forskelle på de to grupper på alle fem indikatorer på social støtte. Generelt angav både kontrolgruppen og røverigruppen en høj grad af oplevet omsorg for deres sikkerhed fra ledelsen og en høj grad tilfreds med bankens indsats overfor dem i forbindelse med problemer på arbejdet/røveri. Røverigruppen angav dog, at de i signifikant højere grad oplevede omsorg for deres sikkerhed fra ledelsen i forbindelse med røveriet og i højere grad var tilfreds med bankens indsats overfor dem i forbindelse med røveriet end kontrolgruppen havde oplevet i forbindelse med deres angivne stressende begivenhed. Begge grupper angav desuden, at de oplevede en høj grad af positiv social støtte, lav grad af negativ social støtte og i høj grad var tilfredse med den sociale støtte, som de modtog. Røverigruppen angav, at de oplevede signifikant mere positiv social støtte, mindre negativ social støtte og var mere tilfredse med den sociale støtte i forbindelse med røveriet end kontrolgruppen angav i forbindelse med løsningen af deres stressende oplevelser. Dette kan tyde på, at ledelsen og bankens procedure for bankrøveri fungerer godt. Som tidligere omtalt var den mest hyppige stressende begivenhed angivet af kontrolgruppen sygdom hos pårørende, egen sygdom, arbejdsmængden, ubehagelige oplevelser med kunder, dødsfald mm. Der

kan stilles spørgsmålstejn ved grundlaget for at sammenligne modtaget social støtte efter henholdsvis disse begivenheder og røverier og derved validiteten ved disse resultater.

Der var ingen signifikant forskel på de to gruppers negative tanker eller antagelser omkring verden i forbindelse med håndteringen af de angivne stressende begivenheder ved kontrolgruppen og røveriet hos røverigruppen. Der var en signifikant forskel på de to grupper med hensyn til, hvorvidt de gav sig selv skylden for henholdsvis røveriet og de øvrigt angivne stressende begivenheder. Kontrolgruppen var i signifikant mere tilbøjelige til at give sig selv skylden for de stressende begivenheder, som de angav sammenlignet med røverigruppen, som i mindre grad gav sig selv skylden for røveriet. Begge grupper angav dog lave grader af selvbebrejdelse, hvilket tyder på, at bankansatte generelt ikke har tendens til at mene, at deres problemer udelukkende er deres egen skyld. Der var desuden en signifikant forskel på de to grupper med hensyn til negative tanker omkring egen person og evner til at håndtere henholdsvis de angivne stressende begivenheder og røveriet. Kontrolgruppen havde i højere grad negative tanker omkring egne evner til at takle angivne problemer sammenlignet med røverigruppens tanker omkring egne evner til at takle røveriet på. Forskellen på de to grupper var dog ikke særlig stor ($GNS=32,22$ sammenlignet med $GNS=35,34$) og begge scores var under middel på skalaen af sværhedsgraden ved de negative tanker (maks. score på 77). Der kan dog igen stilles spørgsmålstejn ved grundlaget for at sammenligne kognitive antagelser omkring kontrolgruppens stressende begivenheder og røverierne hos røverigruppen og derved validiteten ved disse resultater.

I modsætning til forventet var der ingen signifikant forskel på de to grupper mht. somatisering og begge gruppers scores var lave. Somatisering er oplevelsen af at have fysiske symptomer uden, at disse kan forklares med en fysisk årsag (Pennebaker & Watson, 1991). Ifølge Fords (1997) review er de mest almene somatiske symptomer hovedpine, maveproblemer, svimmelhed mm., hvilket ligner de fysiske symptomer, som er almene efter et traume også efter bankrøverier (Leymann, 1985; 1988). I dette studie synes somatisering dog ikke at være særligt udbredt blandt bankansatte og heller ikke forbundet specifikt til røveri.

Røverigruppen var som forventet mere traumatiseret i forbindelse med røveriet end kontrolgruppen var målt på TSC. Forskellen på de to gruppers score var dog ikke stor. Der var en signifikant forskel på de to grupper med hensyn til generel følsomhed overfor angst og tendens til panikangst målt på ASI mellem de to grupper, som kan hjælpe med at forklare, hvorfor forskellen på traumatisering mellem de to grupper ikke var større. Kontrolgruppen scorede i modsætning til forventet signifikant højere på ASI end røverigruppen og var således mere sensitive overfor

angstsymptomer end røverigruppen. Dette kan have reduceret styrken i forskellen på de to gruppers scores på TSC, da kontrolgruppen synes at have en større tendens til at være påvirket af angstsymptomer end røverigruppen. Dette kan samtidig ses som et udtryk for, at mange ansatte vænnes til at opleve røverier. En alternativ forklaring kan være, at røverigruppen har en oplevelse, som de kan kanalisere angstsymptomerne over på og derved antage, at røveriet er en naturlig årsag til deres angstsymptomer. Hos kontrolgruppen kan det være vanskeligt at forbinde angstsymptomerne til en bestemt oplevelse og derved kan de have en øget tendens til at fejltolke disse symptomer som tegn på eksempelvis sygdom og gå i panik.

6.2. ASD og PTSD prævalenser.

PTSD (6,2 %) og ASD (11,1 %) prævalenserne i dette studie er lavere end de PTSD prævalenser (20-30 %) og ASD prævalenser (17-25 %), der er fundet i andre studier af røverier og andre former for ikke seksuel vold (Brewin et al., 1999; Elklit, 1999; Elklit & Brink, 2004; Kleim et al., 2007). Prævalenserne er dog meget lignende dem fundet i det tidligere bankrøveri studie foretaget i samarbejde med psykologgruppen af 1984 (ASD =14,5 %, Hansen & Elklit, 2011; PTSD = 6,8 %, Hansen & Elklit, submitted). Der er flere mulige forklaringer på, at der findes en lavere prævalens af både PTSD og ASD efter bankrøveri sammenlignet med andre former for røverier og ikke seksuel vold. For det første, er bankansatte en særlig traumapopulation, da de scorer lavt på undgåelsessymptomer. De ansatte har svært ved at undgå det traumatiske sted (de vender typisk tilbage på arbejdet dagen efter røveriet) og de har samtidig svært ved at undgå at tænke og tale om røveriet (de konfronteres konstant med røveriet under debriefing, samtaler med kolleger mm.). Dette ses i dette studie ved, at både ASD og særligt PTSD prævalenserne er begrænset af undgåelseskriteriet. For det andet kan forskelle i prævalenserne mellem studierne skyldes forskelle i, hvordan henholdsvis PTSD og ASD er målt – hertil kommer, hvordan disse måleenheder er opgjort. Opgøres eksempelvis ASDS skalaen efter Bryant et al.'s (2000) grænseværdier for diagnosticering af ASD fra ASDS fremfor de diagnostiske kriterier, er prævalensen af ASD i dette studie 28 % ($n = 104$). Anvendelsen af grænseværdier kan resultere i højere prævalenser end de diagnostiske kriterier, fordi det bliver muligt at diagnosticere ASD uden tilstedeværelsen af alle symptomklynger. For det tredje, er det muligt, at forskellene i prævalenserne i ASD og PTSD mellem de forskellige studier kan attribueres til indekstraumet. Det er muligt at oplevelsen af et bankrøveri er mindre traumatiserende end andre former for ikke seksuel vold, fordi vold under et bankrøveri er instrumentel rettet mod at opnå penge og sjældent er rettet personligt mod de ansatte. For det fjerde, kan de lave prævalenser og faldet i posttraumatisk symptomatologi reflektere en

positiv effekt ved psykologhjælpen. Normal remission (naturlig helbredelse) af posttraumatiske symptomer kan dog ikke udelukkes.

Uanset årsagen til de lavere prævalenser af ASD og PTSD fundet efter bankrøveri sammenlignet med andre former for vold, viser prævalensen af både fuld og subklinisk ASD og PTSD, at bankrøverier er en traumatiserende begivenhed for mange af de ansatte. ASD prævalensen uden opfyldelsen af undgåelseskriteriet var 14 %, mens ASD prævalensen uden opfyldelse af dissociationskriteriet var 26,7 % og PTSD prævalensen uden opfyldelsen af undgåelseskriteriet var 17,8 %. De høje subkliniske prævalenser indikerer, at en stor del af de ansatte har svære symptomer på både ASD og PTSD, selvom de ikke opfylder kriterierne for fulde diagnoser.

6.3. Forudsigelsen af PTSD.

6.3.1. Prætraume faktorer.

I modsætning til vores hypoteser var antallet af større livsændringer, yngre alder, tidligere oplevede traumer og røverier/-forsøg ikke signifikant forbundet til øget PTSD sværhedsgrad i dette studie og kunne ikke forudsige PTSD sværhedsgrad med kontrol for de øvrige faktorer. Den mest almene form for tidligere oplevet traume udover bankrøveri var tab af en nærtstående, hvilket ligeledes var den mest almene form for større livsbegivenhed. Bankrøverier og tab af nærtstående er muligvis ikke så traumatiserende en begivenhed som seksuelt eller fysisk overfald, hvilket kan være årsagen til, at disse ikke udgør risikofaktorer for PTSD i dette studie (Frans, Rimmö, Åberg, & Frederikson, 2005). Med andre ord synes tidligere oplevede traumer, større livsbegivenheder og særligt tidligere røverier ikke at skabe en progressiv lavere tærskel for udvikling af PTSD. Dette er desuden antydnet i korrelationsanalyserne, hvor tidligere oplevede røverier er forbundet til en reduktion i paniksymptomer under røveriet. Det er derimod muligt, at nogle bankrøveriofre værner sig til at blive udsat for røveri og tidligere røverier derfor synes at have en stressreducerende effekt ved fremtidige røverier. Det synes desuden usandsynligt, at tidligere traumatiske oplevelser og røverier har haft en indirekte effekt på posttraumatiske symptomer via social støtte (Yap & Devilly, 2004), fordi social støtte ikke kunne forudsige PTSD sværhedsgrad i dette studie.

Det kvindelige køn korrelerede svagt signifikant med HTQ total scoren og tendens til panikangst målt med ASI total scoren korrelerede moderat positivt signifikant med HTQ total scoren, men ingen af disse faktorer kunne ikke forudsige PTSD med kontrol for peritraumefaktorerne. Selvom resultaterne kun indikerede små kønsforskelle i PTSD sværhedsgrad, er forholdet mellem køn og PTSD sandsynligvis langt mere komplekst end, hvad dette studie tyder på. Ifølge Christiansen og Elklit's (2008) studie af ofre for vold og ulykker tyder det på, at der er

forskellige veje til udvikling af posttraumatiske symptomer hos mænd og kvinder. De signifikante kønsforskelle i ASD, peritraumatisk dissociation, negative tanker om selv eller emotionel coping kan desuden muligvis redegøre for den manglende store kønsforskel fundet i dette studie. Resultaterne stemmer overens med Brewin et al.' (2000) og Ozer et al.'s (2003) metaanalyser, som finder den prædikative værdi ved prætraume faktorer lille.

6.3.2. Peritraume faktorer

Alle de peritraumatiske faktorer var som forventet fra tidligere forskning signifikant forbundet med en øget risiko for PTSD sværhedsgrad (Brewin et al., 2000; Elklit, 1999; Ladwig et al., 2002; Ozer et al, 2003). Det var dog kun peritraumatisk panik, peritraumatisk dissociation og oplevet livsfare, der kunne forudsige PTSD sværhedsgrad ved kontrol for prætraume faktorerne og ASDS total scoren. Ved kontrol for posttraume faktorerne var det kun peritraumatisk dissociation, der var en signifikant prædiktor for PTSD sværhedsgrad.

Peritraumatisk panik kunne ikke længere forudsige PTSD sværhedsgrad ved kontrol for posttraume faktorerne, hvilket sandsynligvis særligt skyldes den stærke korrelation mellem paniksymptomer og henholdsvis peritraumatisk dissociation og ASDS total scoren. Der er begrebsligt overlap mellem paniksymptomer og disse to konstruktioner og det er derfor forventeligt, at effekten ved panik forsvinder med kontrol for disse. Dette stemmer overens med Bryant, Brooks et al. (2011) studie af trafikofre og voldsofre, som fandt, at peritraumatisk dissociation medierer forholdet mellem panik og PTSD symptomer.

Oplevet livsfare kunne ligeledes ikke forudsige PTSD sværhedsgrad ved kontrol for posttraume faktorerne. En mulig forklaring på dette er, at oplevet livsfare korrelerede signifikant med peritraumatisk dissociation, ASDS total scoren og negative tanker om egen person og evner, hvilket kan indikere, at oplevet livsfare bidrog indirekte til PTSD sværhedsgrad, da det er signifikant relateret til disse konstruktioner. En anden årsag til at oplevelsen af livsfare ikke kunne forudsige PTSD sværhedsgrad i dette studie er, at oplevet livsfare kun korrelerede svagt med PTSD sværhedsgrad og ikke var så udtalt blandt deltagerne i dette studie (13,7 %).

I korrelationsanalysen var peritraumatiske dissociation forbundet med en øget PTSD sværhedsgrad, men i regressionsanalysen var peritraumatisk dissociation en beskyttende faktor mod PTSD indikeret ved den negative betaværdi. Dette resultat er sandsynligvis ikke et reelt resultat, men det er langt mere sandsynlig at være et udtryk for et statistisk artefakt, eftersom peritraumatisk dissociation er forbundet med både øgede akutte og langvarige posttraumatiske symptomer har en anden faktor ageret som en negativ "suppressor". Det vil sige, at en anden faktor sandsynligvis har

fjernet den del af variansen i peritraumatisk dissociation, der var relevant for forudsigelsen af PTSD. Yderligere analyser viste desuden, at peritraumatisk dissociation kun var en signifikant prædiktor for PTSD i analyser, der inkluderede ASDs. Det er derfor langt mere sandsynligt, at peritraumatisk dissociation udgør en risikofaktor for PTSD i overensstemmelse med Ozer et al.s (2003) metaanalyse, men samtidig er dette forhold komplekst og synes afhængigt af ASD som fundet i van der Velden og Wittmanns (2008) review. Det tyder således på, at peritraumatisk dissociation ikke er en uafhængig prædiktor af PTSD i dette studie, men derimod er indirekte relateret til PTSD via ASD. Ifølge Bryant (2009) er den mulige virkningsmekanisme i dette forhold forøget vagtsomhed, da peritraumatisk dissociation har tendens til at være associeret med senere PTSD, fordi det er stærkt forbundet til forøget vagtsomhed, som bidrager direkte til udvikling af PTSD (Bryant, 2009). Peritraumatisk dissociation synes således ikke i dette studie at kunne anskues som en forsvarsmekanisme mod at blive overrumplet af ubehag og derved udvikling af PTSD, som antydnet i flere andre studier (Bryant, 2009; Bryant & Panasetis, 2005; Hagenaaars et al., 2007). Forholdet mellem dissociation og PTSD synes dog meget komplekst og det kan ikke udelukkes i dette studie, at dissociation kun spiller en rolle for udvikling af PTSD hos personer med tendens til dissociation inden traumet og ikke hos andre. Det kan ligeledes ikke udelukkes, at det er vurderingerne af peritraumatisk dissociation fremfor peritraumatisk dissociation i sig selv, der påvirker udvikling af PTSD. Dette er understøttet i dette studie af, at peritraumatisk dissociation korrelerer moderat med negative tanker om selv og negative tanker om selv er en stærkere prædiktor for PTSD sværhedsgrad end peritraumatisk dissociation.

En reduceret følelse af egen sikkerhed og kollegers sikkerhed under og lige efter røveriet var forbundet til øget PTSD sværhedsgrad. Dette indikerer således, at deltagernes reaktioner var påvirket af deres kollegers sikkerhed under røveriet. Dette er sandsynligvis en indikation på de stærke sociale bånd og den identifikation med kolleger mellem de ansatte, som de åbne spørgsmål indikerede. Banker er ofte små arbejdspladser med få ansatte, som alle har nære sociale relationer til hinanden. Dette betyder, at traumatiske hændelser påvirker hele arbejdspladsen (Richards, 2001). Forbindelsen mellem PTSD sværhedsgrad og egen sikkerhedsfølelse var dog moderat, mens den var svag for kolleger, hvilket indikerer, at de ansatte var mere påvirket af egen sikkerhed end kollegers sikkerhed. Ingen af de to former for sikkerhedsfølelse kunne forudsige PTSD sværhedsgrad ved kontrol for de øvrige faktorer, men de kan have haft en direkte effekt på PTSD symptomer grundet høje korrelationer med peritraumatisk dissociation, ASDS total scoren, emotionel coping og negative tanker om egen person og evner.

Tonisk immobilitet var moderat forbundet til øget PTSD sværhedsgrad, men kunne ikke forudsige PTSD med kontrol for de øvrige faktorer. Til trods for, at tonisk immobilitet blev vurderet efter de fire ”rene” mål for tonisk immobilitet korrelerede tonisk immobilitet signifikant stærkt med peritraumatisk dissociation, moderat med ASDS total scoren og svagt med emotionel coping og kan derved indirekte have påvirket PTSD variansen. Kunst et al. (2011) fandt ligeledes i deres studie af kompensationssøgende ofre for vold, at tonisk immobilitet ikke kunne forudsige PTSD symptom niveau ved kontrol for andre peritraumatiske reaktioner, hvorimod peritraumatisk dissociation kunne. Det tyder dog på, at oplevelsen af tonisk immobilitet ikke er så relevant for udvikling af PTSD efter bankrøveri, som det er efter andre traumatiske oplevelser som fx voldtægt. Under et bankrøveri trues de ansatte ofte til at stå stille, men det er ikke det samme som at være ude af stand til at bevæge sig. Samtidig tyder den lave gennemsnitsscore på TIS (17 ud af mulig 10-45) på, at tonisk immobilitet ikke er så udbredt under et bankrøveri.

Både hjælpeløshed og intens rædsel var som forventet forbundet til øget PTSD sværhedsgrad i korrelationsanalyserne, men kunne ikke forudsige PTSD sværhedsgrad med kontrol for de øvrige faktorer. Dette stemmer overens med nyere forskning i A2 kriteriet i PTSD diagnosen i DSM-5, som finder, at A2 kriteriet generelt ikke forbedrer forudsigelsen af PTSD (Friedman et al., 2010). Afslutningsvis skal det nævnes, at det forbliver en mulighed, at den manglende prædikative værdi ved flere af de peritraumatiske faktorer skyldes vanskeligheden ved at lave objektive målinger af aspekter ved traumesværhedsgrad. Ifølge Brewin et al.’s (2000) metaanalyse er det svært at lave målinger af traumesværhedsgrad, da personerne under et traume ofte er i chok og det kan diskuteres, hvorvidt de er i stand til at redegøre for deres oplevelser.

6.3.3. Posttraume faktorer.

De fleste posttraumefaktorer korrelerede som forventet signifikant med HTQ total scoren dog med undtagelse af rational coping stil og tilfredshed med social støtte. Kun ASDS total scoren, emotionel coping og negative tanker om egen person og evner kunne dog forudsige PTSD sværhedsgrad med kontrol for de øvrige faktorer.

Korrelationsanalysen viste som forventet, at positiv social støtte, tilfredshed med ledelsens omsorg og bankens indsats udgjorde en beskyttende faktor mod PTSD sværhedsgrad, mens negativ social støtte derimod udgjorde en risikofaktor for PTSD sværhedsgrad (Brewin et al., 2000; Fuglsang et al., 2002; Ozer et al., 2003; Yap & Devilly, 2004; Hansen, 2009), men ingen af formerne for social støtte kunne sige PTSD sværhedsgrad med kontrol for de øvrige faktorer. Det tyder således på, at til trods for at de ansatte oplevede høje grader af positiv social støtte og lave

grader af negativ social støtte, så have dette ikke en afgørende effekt i forudsigelsen af PTSD sværhedsgrad, når der er kontrolleret for andre faktorer. Den manglende stærke association mellem social støtte og PTSD symptomer kan dog muligvis tilskrives måleredskabet – særligt i forhold til at vurdere negativ social støtte med et enkelt spørgsmål. Det er muligt, at bankrøveriofre møder en bred vifte af negativ social støtte, som dette spørgsmål ikke kan indfange.

De tre forskellige former for negative tanker korrelerede som forventet signifikant positivt med posttraumatiske symptomer, mens sikkerhedsfølelsen en uge efter røveriet ligeledes korrelerede negativt med posttraumatiske symptomer. Dette kan ses som en indikation på, at den kognitive vurdering af røveriet og følelsen af vedvarende trussel har en betydning for udvikling af PTSD efter bankrøveri, som antaget af tidligere forskning og Ehlers og Clarks kognitive model for PTSD (Ehlers & Clark, 2000; Elklit, 1999, Grieger et al., 2003; Hansen & Elklit, 2011; Hansen & Elklit, submitted; Elklit & Kurdahl, 2007). I modsætning til Elklit og Kurdahls (2007) studie synes følelsen for egen sikkerhed efter røveriet ikke stærkere relateret til PTSD end følelsen for egen sikkerhed under røveriet, da begge korrelerede moderat med PTSD sværhedsgrad. Negative tanker om egen person og evner synes dog mest betydningsfuld i forudsigelsen af PTSD, da denne som den eneste fortsat kunne forudsige PTSD sværhedsgrad efter røveriet og samtidig var den anden stærkeste prædikator for PTSD sværhedsgrad.

I modsætning til forventet var kun de negative coping former (undgående og emotionel) signifikant relateret til øgede PTSD symptomer, mens den positive coping form (rationel) ikke var. Rationel coping syntes heller ikke at have haft en indirekte effekt på PTSD sværhedsgrad, da den kun korrelerede signifikant svagt med sikkerhedsfølelsen 1 uge efter røverier og de øvrige copingstile. Emotionel coping kunne desuden som den eneste coping form forudsige PTSD sværhedsgrad ved kontrol for de andre faktorer. I dette studie tyder det derfor på, at særligt emotionel fokuseret coping udgør en risikofaktor for udvikling af PTSD. Undgående coping kan dog have haft en direkte effekt på PTSD sværhedsgrad, da denne korrelerede moderat med ASDS total scoren, peritraumatisk dissociation og negative tanker om egen person og evner, som alle prædikerede PTSD sværhedsgrad.

ASDS total scoren var som forventet fra det tidligere bankrøveri studie (Hansen & Elklit, submitted) og øvrige traumeforskning (Bryant, 2009) en risikofaktor for udvikling af PTSD sværhedsgrad 6 måneder efter røveriet. ASDS total scoren var desuden som forventet den stærkeste prædikator for PTSD sværhedsgrad, når der var kontrolleret for de øvrige faktorer. ASDS total scoren alene redegjorde for 41 % af variansen i PTSD sværhedsgrad og inklusionen af 25 andre

prædiktorer forbedrede kun forklaringen af PTSD med 10 %. Det samme stærke forhold mellem ASD og PTSD efter bankrøveri er fundet i Hansen og Elklit's (submitted) studie, som fandt, at ASD alene forklarede 40 % af variansen i PTSD sværhedsgrad og inklusionen af 9 andre prædiktorer kun forbedrede forklaringen med 10 %. Det tyder således på, at ASD er den mest betydningsfulde risikofaktor for udvikling af PTSD efter bankrøveri. Dette betyder, at særlig fokus på de ansattes grad af ASD i den akutte fase efter røveriet vil kunne identificere en stor del af ofrene i risiko for udvikling af PTSD. Det anbefales derfor, at ASDS anvendes til at screene for PTSD efter bankrøveri, mens præventive tiltag skal fokusere på at give de ansatte kendskab til og redskaber til at ændre negative syn på særligt sig selv og egne evner til at håndtere mulige fremtidige røverier. Regressionsanalysen af ASD sværhedsgrad tydede desuden på, at peritraumatisk dissociation og peritraumatisk panik er de stærkeste prædiktorer for ASD. Opmærksomhed på, hvor høj grad de ansatte oplevede peritraumatisk dissociation og panik kan således tyde på at være en indirekte indikation på risiko for udvikling af PTSD via ASD.

7. Afslutning.

7.1. Begrænsninger og styrker.

Dette studie har flere begrænsninger. For det første, er både ASD og PTSD diagnoserne baseret på selvrapporteringsmålinger fremfor mere præcise kliniske diagnostiske interviews. For det andet modtog størstedelen af deltagerne psykologhjælp, hvilket kan have påvirket prævalenserne og derved resultaterne i dette studie i både positiv eller negativ retning. Det er uetisk at undlade at tilbyde røveriofre behandling, men samtidig vanskeliggøres det at få et præcist billede af de psykologiske eftervirkninger ved røveriet, da krisehjælp ifølge Hansens (2009) review kan påvirke de ansattes helbredelsesproces i både negativ og positiv retning. For det tredje indikerer forskning, at fysiologiske målinger af eksempelvis hjertefrekvens viser lovende resultater i forudsigelsen af ASD og PTSD (Kuhn et al., 2006; Bryant, 2003), men det har ikke været muligt at undersøge fysiologiske aspekter i dette studie. For det fjerde, kan det ikke udelukkes at kompleksiteten ved flere af de målte konstruktioner ikke kan indfanges med enkelte spørgsmål fx negative social støtte og sikkerhedsfølelsen. Til trods for begrænsningerne har dette studie mange styrker. For det første, er dette studie det eneste nationale studie af bankrøveri i verden. Dette studie har derfor i modsætning til andre studier ikke problemer med validitet og reliabilitet relateret til en manglende randomisering af bankansatte udsat for bankrøveri. For det andet, er dette studie det største studie af bankrøveri, der undersøger prævalensen af både ASD og PTSD med inklusion af en kontrolgruppe, som ikke har været udsat for bankrøveri. Selvom en baseline måling af røverigruppen er at

fortrække fremfor en kontrolgruppe, kan en randomiseret kontrolgruppe anskues som det næstbedste bud på at undersøge forandringer, der finder sted efter et røveri. Samtidig har kontrolgruppen understreget repræsentativiteten af de røveriramte ansatte i forhold til den resterende kohorte af bankansatte.

7.2. Konklusion.

Dette studie har undersøgt en lang række prædiktorer for PTSD i forsøg på at identificere og forstå de psykologiske mekanismer, der er involveret i det komplekse forhold mellem oplevelsen af et røveri og udviklingen af PTSD. På trods af sine begrænsninger viser dette studie, at bankrøverier kan være traumatiserende for de ansatte. 11,1 % af de ansatte led af ASD en uge efter røveriet og seks måneder efter røveriet led 6,2 % af de ansatte af PTSD. ASD prævalensen var især begrænset af manglende tilstedeværelse af de tre dissociationssymptomer og undgåelseskriteriet. ASD prævalensen uden undgåelse var 14 %, mens ASD prævalensen uden dissociation var 26,7 %. Prævalensen af PTSD var særligt begrænset af kravet om de to symptomer på undgåelse, da PTSD prævalensen uden opfyldelsen af undgåelseskriteriet var 17,8 %. De høje subkliniske prævalenser indikerer, at en stor del af de ansatte har svære symptomer på både ASD og PTSD, selvom de ikke opfylder kriterierne for fulde diagnoser. Dette studie har peget på, at peritraumatisk dissociation, emotionel coping, negative tanker om egen person og evner og særligt ASD sværhedsgrad synes vigtige i udviklingen af PTSD efter bankrøveri. Med andre ord havde en enkelt peritraume faktor og tre posttraume faktorer betydning for udvikling af PTSD i dette studie, mens prætraume faktorerne ikke synes at have en signifikant betydning med kontrol for de øvrige faktorer. ASD sværhedsgrad var den stærkeste prædiktor for PTSD sværhedsgrad i dette studie og kunne alene forudsige 41 % af variansen af PTSD sværhedsgrad, mens forklaringen kun blev øget med 10 % ved inklusion af de øvrige faktorer. Særlig opmærksomhed på de ansattes grad af ASD i den akutte fase efter røveriet synes derfor vigtigt i identifikation af ansatte i risiko for udvikling af PTSD. Den overordnede afsluttende anbefaling på dette studie er derfor at anvende ASDS til at screene for PTSD efter bankrøveri. Den anden stærkeste prædiktor for PTSD sværhedsgrad i dette studie var negative tanker om egen person og evner til at håndtere røverier. Fremtidig forskning skal fokusere på at udvikle præventive tiltag i form af kognitive kurser, der kan give de ansatte kendskab til og redskaber til at ændre negative syn på egen person og egne evner, som kan være et resultat af at have oplevet et røveri.

8. Referencer

- Andrews, B., Brewin, C. R., & Rose, S. (2003). Gender, social support and PTSD in victims of violent crime. *Journal of traumatic stress, 16*, 421-427. doi: 10.1023/A:1024478305142
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Brewin, C., Andrews, B., & Rose, S. (2000). Fear, helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder: Investigating *DSM-IV* Criterion A2 in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress, 13*, 499-509. doi: 10.1023/A:1007741526169
- Brewin, C. R., Andrews, B., Rose, S. & Kirk, M. (1999). Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder in Victims of Violent Crime. *American Journal of Psychiatry, 156*, 360-366.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 748-766.
- Briere, J. & Runtz, M. (1989). The Trauma Symptom Checklist (TSC-33) Early Data on a New Scale, *Journal of Interpersonal Violence, 4*, 151-163.
- Briere, J., Scott, C. & Weathers, F. (2003). Peritraumatic and Persistent dissociation in the Presumed Etiology of PTSD. *American Journal of Psychiatry, 162*, 2295-2301.
- Bryant, R. A. (2003). Early Predictors of Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry, 53*, 789-795.
- Bryant, R. A. (2009). Is peritraumatic dissociation always pathological? In Dell, P. F., & O'Neil, J. A. (2009). *Dissociation and the dissociative disorders – DSM-V and beyond*. New York and London: Routledge Taylor and Francis Group.
- Bryant, R. A. (2011). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 72*, 233-239. doi: 10.4088/JCP.09r05072blu
- Bryant, R. A., Brooks, R., Silove, D., Creamer, M., O'Donnel, M., & McFarlane, A. C. (2011). Peritraumatic dissociation mediates the relationship between acute panic and chronic posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 49*, 346-351.
- Bryant, R. A., Friedman, M. J., Spiegel, D., Ursano, R., & Strain, J. (2011). A review of acute stress disorder in DSM-5. *Depression and Anxiety, 28*. doi: 10.1002/da.20737
- Bryant, R. A. & Harvey, A. (2002). *Acute Stress Disorder – a Handbook of Theory, Assessment and Treatment*. Washington D.C.: American Psychological Association.

- Bryant, R. A., Moulds, M. L., & Guthrie, R. M. (2000). Acute stress disorder scale. *Psychological Assessment, 12*, 61-68. doi: 10.1037//1040-3590.12.1.61
- Bryant, R. A. & Panasetis, P. (2001). Panic symptoms during trauma and acute stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 961-966.
- Bryant, R. A. & Panasetis, P. (2005). The role of panic in acute dissociative reactions following trauma. *British Journal of Clinical Psychology, 44*, 489–494.
- Bunting, B. P., Adamson, G., & Mulhall, P. (2002). A Monte Carlo examination of MTMM model with planned incomplete data structures. *Structural Equation Modelling, 9*, 369–389. doi: 10.1207/S15328007SEM0903_4
- Buunk, B. P. & Hoorens, V. (1992). Social support and stress. The role of social comparison and social exchange processes. *British Journal of Clinical Psychology, 31*, 445-457.
- Christiansen, D. & Elklit, A. (2008). Risk Factors predict post-traumatic stress disorder differently in men and women. *Annals of General Psychiatry, 7(24)*.
- Derogatis LR. SCL-90-R Symptom checklist-90-R. Administration, scoring and procedures manual. Minneapolis: National Computer Systems, 1994
- Ehlers, A. & Clark, D. A. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 319-345.
- Ehlers, A., Mayou, R.A. & Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 508-519.
- Elklit, A. (1996). Coping styles questionnaire: a contribution to the validation of a scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual differences, 21*, 809-812. Doi: 10.1016/0191-8869(96)00123-7
- Elklit, A. (1999). Røveriofre – de psykologiske konsekvenser af væbnet røveri, *Psykologisk Skriftserie, 24*, 1-75.
- Elklit, A. (2002). Acute Stress Disorder in Victims of Robbery and Victims of Assault. *Journal of Interpersonal Violence, 17*, 872-887.
- Elklit, A. & Brink, O. (2004). Acute Stress disorder as a predictor of Post-Traumatic Stress Disorder in Physical Assault Victims. *Journal of Interpersonal Violence, 19*, 709-726
- Elklit, A. & Christiansen, D. (2010). ASD and PTSD in rape victims. *Journal of Interpersonal Violence, 25*, 1470-1488. doi: 10.1177/0886260509354587
- Elklit, A. & Fuglsang, A. (2001). *En oversigt over dansk psykotraumatologi*. København: Dansk Krise og Katastrofe Selskab.

- Elklit, A. & Kurdahl, S. (2007). De psykosociale følger af knivdrabet på Hasseri Gymnasium. *Psykologisk Skriftserie*, 28, 1-94.
- Elklit, A., Pedersen, S.S. & Jind, L. (2001). The Crisis Support Scale: Psychometric Qualities and further validation. *Personality and Individual Differences*, 31, 1291-1302.
- Falsetti, S.A., & Resnick, H.S. (1992). The physical reaction scale. Charleston, SC: Crime Victims Research and Treatment center, Medical University of South Carolina
- Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Dansky, B. S., Lydiard, R. B., & Kilpatrick, D. G. (1995). The relationship of stress to panic disorder: cause and effect. In Mazure, C. M. *Does stress cause psychiatric illness?* Washington, DC: American Psychiatric Press, 111-147.
- Finansrådet. (2011). *Røveristatistik*. Downloadet d. 7. november, 2011 from The Danish Bankers Association via <http://www.finansraadet.dk/tal--fakta/statistik-og-tal/roeveristatistik.aspx>
- Friedman, M. J., Resick, P.A., Bryant, R. A., & Brewin, C. (2010). Considering PTSD for DSM-5. *Depression & Anxiety*, 2011; 28: 750-769
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303-314. doi: [10.1037/1040-3590.11.3.303](https://doi.org/10.1037/1040-3590.11.3.303)
- Ford, C. V. (1997). Somatic symptoms, somatisation, and traumatic stress: An overview. *Nordic Journal of Psychiatry*, 51, 5-14.
- Gabor, T. & Normandeau, A. (1989). Armed Robbery: Highlights of a Canadian Study. *Canadian Police College Journal*, 13, 273-282.
- Gilioli, R., Campanini, P., Fichera, G. P., Punzi, S. & Gassitto, M. G. (2006). Emerging aspects of psychosocial risks: violence and harassment at work. *La Medicina del Lavoro*, 97, 160-164.
- Grieger, T. A., Fullerton, C. S., Ursano, R. J. & Reeves, J. J. (2003). Acute Stress Disorder, Alcohol Use, and the Perception of Safety Among Hospital Staff After the Sniper Attacks. *Psychiatric Services*, 54, 1383-1387.
- Hagenaars, M. A., van Minnen, A. & Hoogduin, K. A. L. (2007). Peritraumatic Psychological and Somatoform Dissociation in Predicting PTSD Symptoms – A Prospective Study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 952-954.
- Hansen, M. (2009). Røveriofre - Review over de sidste ti års forskning i de psykologiske følger og interventioner ved røverier på arbejdspladsen og intervention. *Kandidatafhandling*, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet.

- Hansen, M., & Elklit, A. (2011). Predictors of acute stress disorder in response to bank robbery. *European Journal of Psychotraumatology*, 2. doi: 10.3402/ejpt.v2i0.5864
- Hansen, M. & Elklit, A. (submitted). Does acute stress disorder predict posttraumatic stress disorder following bank robbery?
- Heidt, J., Marx, B. P., & Forsyth, J. P. (2005). Tonic immobility and childhood sexual abuse: a preliminary report evaluating the sequela of rape-induced paralysis. *Behavior Research and Therapy*, 43, 1157-1171.
- Holeva, V., Tarrier, N. & Wells, A. (2001). Prevalence and Predictors of Acute Stress Disorder and PTSD Following Road Traffic Accidents: Thought Control Strategies and Social Support. *Behaviour Therapy*, 32, 65-83.
- Joseph, S., Andrews, B., Williams, R. & Yule, W. (1992). Crisis support and psychiatric symptomatology in adult survivors of the Jupiter cruise ship disaster, *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 63-73.
- Kamphuis, J. H. & Emmelkamp, P. M. G. (1998). Crime-Related Trauma: Psychological Distress in Victims of Bank robbery. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 199-208.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kilpatrick, G. D., Best, L. C., Veronen, J. L., Amick, E. A., Villeponteaux, A. L. & Ruff, A. G. (1985). Mental Health Correlates of Criminal Victimization: A Random Community Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 866-873.
- Kleim, B, Ehlers, A. & Glucksman, E. (2007). Early predictors of chronic post-traumatic stress disorder in assault survivors. *Psychological Medicine*, 37, 1457-1467.
- Krog, T. & Duel, M. (2003) Traume Symptom Checkliste (TSC): en validering og revidering. *Psykologisk studieskrift serie*, 6, 1-147.
- Kuhn, E., Blanchard, E. B., Fuse, T., Hickling, E.J. & Broderick, J. (2006). Heart Rate of Motor Vehicle Accident Survivors in the Emergency Department, Peritraumatic Psychological Reactions, ASD, and PTSD severity: A 6 Month Prospective Study. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 735-740.
- Kunst, M., Winkel, F. W., & Bogaerts, S. (2011) Recalled Peritraumatic Reactions, Self-Reported PTSD, and the Impact of Malingering and Fantasy Proneness in Victims of Interpersonal

- Violence Who Have Applied for State Compensation. *Journal of Interpersonal Violence*, 26, 2186-2210.
- Ladwig, K.H., Marten-Mittag, B., Dammann, G., Erazo, N., Reicherzer, M. Baedeker, U. & Stolzewski, B. (2002). Prädiktoren persistierender psychischer Morbidität bei Bankmitarbeitern nach räuberischen Überfällen auf Bank-Institute. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 3, 105-111.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.
- Leymann, H. (1985). Somatic and Psychological Symptoms after the Experience of Life Threatening Events: A Profile Analysis, *Victimology: An International Journal*, 10, 512-538.
- Leymann, H. (1988). Stress reactions after bank robberies: psychological and psychosomatic reaction patterns. *Work & Stress*, 2, 123-132.
- Lima, A.A., Fiszman, A., Marques-Portella, C., Mendlowicz, M., Coutinho, E. S. F., Maia, D. C. B., Berger, W., Rocha-Rego, V., Volchan, E., Mari, J. J., & Figueira, I. (2010). The impact of tonic immobility reaction on the prognosis of posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 224-228.
- Litz, B. T. & Maguen, S. (2007). Early Intervention for Trauma. 540-561. I Friedman, M. J., Keane, T. M. & Resick, P. (2007) (eds.). *Handbook of PTSD – Science and Practice*. New York & London: Guilford Press.
- Marmar, C.R., Weiss, D. S., & Metzler, T. J. (2004). The peritraumatic dissociative experiences questionnaire. I Wilson, J. P., & Keane, T. M. (2004) (eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York & London: Guilford Press.
- Marx, B.P., Forsyth, J.P., Gallup, G.G., Fusé, T., & Lexington, J.M.(2008).Tonic Immobility as an Evolved Predator Defense: Implications for Sexual Assault Survivors. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 74-90.
- Miller-Burke, J., Attridge, M. & Fass, P.M. (1999). Impact of Traumatic Events and Organizational Response A Study of Bank Robberies. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 41, 73-83.
- Mollica, R. F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S. & Lavelle, J. (1992) Harvard Trauma Questionnaire. Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 111-116.

- Monat, A. & Lazarus, R. S. (1991). *Stress and coping: An anthology*. New York: Columbia University Press.
- Nixon, R. D., & Bryant, R. A. (2003). Peritraumatic and persistent panic attacks in acute stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, *41*, 1237-1242.
- Nixon, R. D., & Bryant, R. A. (2005). Are negative cognitions associated with severe acute trauma responses? *Behavior Change*, *22*, 22-28.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour, Research and Therapy*, *24*, 1-8
- Richards, D. (2000). Brief report Symptom severity, personal and social variables after armed robbery. *British Journal of Clinical Psychology*, *39*, 415-419.
- Richards, D. (2001). A field study of critical incident stress debriefing versus critical incident stress management. *Journal of Mental Health*, *10*, 351-362.
- Rocha-Rego, V., Fiszman, A., Portugal, L. C., Pereira, M. G., de Oliveira, L., Mendlowicz, M. et al. (2009). Is tonic immobility the core sign among conventional peritraumatic signs and symptoms listed for PTSD? *Journal of Affective Disorders*, *115*, 269-273.
- Rogers, D., Jarvis, G. & Narajin, B. (1993). Detachment and coping: the construction of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, *15*, 619-626.
doi:10.1016/0191-8869(93)90003-L
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, *129*, 52-73.
- Panasetis, P. & Bryant, R. A. (2003). Peritraumatic Versus Persistent Dissociation in Acute Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *16*, 563-566.
- Pennebaker, J. W. & Watson, D. (1991). The Psychology of Somatic Symptoms. In Kirmayer, L. J. & Robbins, J. M. (eds.) (1991). *Current Concepts of Somatization. Research and Clinical Perspectives*. Washington DC: American Psychiatric Press, pp. 21-35.
- van der Velden, P. G. & Wittmann, L. (2008). The independent predictive value of peritraumatic dissociation for PTSD symptomatology after type I trauma: a systematic review of prospective studies. *Clinical Psychology Review*, *28*, 1009-1020. doi:
10.1016/j.cpr.2008.02.006
- Volchan, E., Souza, G.G., Franklin, C. M., Norte, C.E., Rocha-Rego, V., Oliverira, J. M., David, I. A., Mendlowicz, M.V., Coutinho, E. S. F., Fiszman, A., Berger, W., Marques-Portella, C., &

Figueira, I. (2011). Is there tonic immobility in humans? Biological evidence from victims of traumatic stress. *Biological Psychology*, 88, 13-19.

Yap, M. B. H. & Devilly, G. J. (2004). The role of perceived social support in crime victimization. *Clinical Psychology Review*, 24, 1-14.

9. Bilag

Bilag 1. Diagnosekriterier for DSM-IV PTSD

Tabel 1: DSM-IV diagnosekriterier for 309.81 PTSD (egen oversættelse, American Psychiatric Association, 1994 p. 427-429).

Kriterium:	Beskrivelse:
A: Stressor	<p>Personen har været udsat for en traumatisk begivenhed, i hvilken begge af de følgende var til stede:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Personen oplevede, var vidne til eller blev konfronteret med en eller flere begivenheder, der var forbundet med død eller alvorlig kvæstelse eller trussel om samme, eller trussel mod egen eller andres fysiske integritet. 2. Personens reaktion var forbundet med intens frygt, hjælpeløshed eller rædsel. Bemærk: hos børn kan dette i stedet udtrykkes ved desorganiseret eller agiteret adfærd.
B: Genoplevelse	<p>Den traumatiske begivenhed genopleves vedvarende på en (eller flere) af følgende måder:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tilbagevendende og påtrængende ubehagelige erindringer om begivenheden, inkl. billedlige forestillinger, tanker eller oplevelser. Bemærk: hos små børn kan gentagne lege, i hvilke temaer eller aspekter fra traumet udtrykkes, finde sted. 2. Tilbagevendende ubehagelige drømme om begivenheden. Bemærk: hos børn kan der være skræmmende drømme uden genkendeligt indhold. 3. Adfærd eller følelser som om den traumatiske begivenhed fandt sted på ny (inkl. en følelse af at genopleve begivenheden, illusioner, hallucinationer og dissociative flashback episoder, inkl. sådanne, der finder sted, når man lige er vågnet eller er beruset). Bemærk: hos små børn kan traumespecifik genopførelse finde sted. 4. Intenst psykisk ubehag ved udsættelse for indre eller ydre begivenheder, der symboliserer eller minder om aspekter ved den traumatiske begivenhed. 5. Fysiologisk reaktivitet ved udsættelse for indre eller ydre begivenheder, der symboliserer eller minder om aspekter ved den traumatiske begivenhed.
C: Undgåelse	<p>Vedvarende undgåelse af stimuli forbundet med traumet og lammelse af generel reaktionsevne (ikke til stede før traumet), som angivet ved tre (eller flere) af de følgende:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bestræbelser på at undgå tanker, følelser eller samtaler forbundet med traumet. 2. Bestræbelser på at undgå aktiviteter, steder eller mennesker, der vækker erindringer om traumet. 3. Manglende evne til at genkalde et vigtigt aspekt i traumet. 4. Tydeligt indskrænket interesse for eller deltagelse i betydningsfulde aktiviteter. 5. Følelse af tilbagetrækning eller fremmedgørelse fra andre. 6. Indskrænket følelsesregister (fx ude af stand til at have kærlige følelser). 7. Følelse af manglende fremtidsudsigter (forventer ikke at få en karriere, ægteskab, børn eller normalt livsforløb).
D: Forhøjet vagtsomhed	<p>Vedvarende symptomer på forhøjet vagtsomhed (ikke til stede før traumet), som angivet ved to (eller flere) af følgende:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ind- og gennemsovningsbesvær. 2. Irritabilitet eller vredesudbrud. 3. Koncentrationsbesvær. 4. Forhøjet vagtsomhed. 5. Overdreven tilbøjelighed til sammenfaren.
E: Varighed	Varigheden af forstyrrelsen (symptomer i kriterium B, C og D) er mere end en måned.
F: Funktionsnedsættelse	Forstyrrelsen forårsager klinisk betydningsfuldt ubehag eller forringelse af sociale, arbejdsmæssige eller andre vigtige funktionsområder.
<p>Specificer hvis: Akut: hvis varigheden af symptomerne er mindre end 3 måneder. Kronisk: hvis varigheden af symptomerne er 3 mdr. eller derover. Specificer hvis: Med forsinket fremkomst: hvis symptomerne opstår mindst 6 mdr. eller derover efter stressoren.</p>	

Bilag 2: Diagnosekriterier for DSM-IV ASD

Tabel 2: DSM-V diagnosekriterier for 308.3 ASD (egen oversættelse efter American Psychiatric Association, 1994 p. 431-432).

Kriterium:	Beskrivelse:
A: Stressor	Personen har været udsat for en traumatisk begivenhed, i hvilken begge af de følgende var til stede: <ol style="list-style-type: none">1. Personen oplevede, var vidne til eller blev konfronteret med en eller flere begivenheder, der var forbundet med død eller alvorlig kvæstelse eller trussel om samme, eller trussel mod egen eller andres fysiske integritet.2. Personens reaktion var forbundet med intens frygt, hjælpeløshed eller rædsel.
B: Dissociation	Enten under oplevelsen af den ubehagelige begivenhed eller efter den, har personen tre (eller flere) af følgende symptomer: <ol style="list-style-type: none">1. En subjektiv følelse af lammelse, tilbagetrækning eller fravær af emotionel reaktionsevne.2. En reduceret bevidsthed om omgivelserne (fx være i en tilstand af forvirring).3. Derealisering4. Depersonalisering5. Dissociativ amnesi (fx manglende evne til at genkalde vigtige aspekter ved traumet).
C: Genoplevelse	Den traumatiske begivenhed genopleves vedvarende på mindst en af de følgende måder: tilbagevendende forestillinger, tanker, drømme, illusioner, flashback episoder, eller en følelse af at genopleve begivenheden; eller ubehag ved udsættelse for påmindelser om den traumatiske begivenhed.
D: Undgåelse	Markant undgåelse af stimuli, der kan vække minder om traumet (fx tanker, følelser, samtaler, aktiviteter, steder, mennesker).
E: Vagtsomhed	Markante symptomer på angst eller forhøjet vagtsomhed (fx søvnproblemer, irritation, dårlig koncentration, overdreven tilbøjelighed til sammenfare, motorisk rastløshed).
F: Funktionsnedsættelse	Forstyrrelsen forårsager klinisk signifikant ubehag eller skade i sociale, arbejdsmæssige eller andre vigtige funktionsområder eller skader personens evne til at udføre en nødvendig opgave, som fx at opnå den nødvendige hjælp eller mobilisere personlige ressourcer ved at fortælle familiemedlemmer om den traumatiske oplevelse.
G: Varighed	Forstyrrelsen varer i mindst 2 dage og i maksimum 4 uger og finder sted indenfor 4 uger efter den traumatiske begivenhed.
H: eksklusion	Forstyrrelsen skyldes ikke direkte fysiologiske effekter af en substans (fx stofmisbrug, medicin) eller en generel medicinsk tilstand og kan ikke redegøres bedre for ved kortvarig psykotisk forstyrrelse og er ikke en overdrivelse af en præeksisterende Akse I eller Akse II forstyrrelse.

Bilag 3: Tabel 1. Forskelle mellem røverirante gruppe og kontrolgruppe

	Røverigruppe (N = 371)	Kontrolgruppe (N = 303)	Independent-samples t-test/chi ²	p
Alder	GNS=42,11, SD= 12.47, S=20-65	GNS=40.33 SD= 12,63, S =20-64	t(670) = 1,83	.068
Kvinder	61.5 % (n= 228)	62,5 % (n =188)	Chi ² (1,672) = 0,85	.426
Civil status	Single = 16,1 % (n= 59) Sammenboende= 18,8 % (n= 69) Gift = 60,5 % (n= 222) I forhold = 4,6 % (n= 17)	Single = 13,6 % (n= 41) Sammenboende = 23,3 % (n= 70) Gift = 59,5 % (n= 179) I forhold = 3,7 % (n= 11)	Chi ² (3,668) = 2,65	.451
Stilling				.051
• Kasserer/medarbejder/assistent	22,8 % (n=84)	29,5 % (n=84)	Chi ² (1,654) = 3,45	
• Rådgivere	47,7 % (n =176)	53,0 % (n = 151)	Chi ² (1,654) = 1,59	.207
• Elever	7,6 % (n = 28)	4,2 % (n = 12)	Chi ² (1,654) = 2,63	.099
• Stedfortræder	7,3 % (n = 27)	3,9 % (n = 11)	Chi ² (1,654) = 2,91	.061
• Chef	13,0 % (n = 48)	8,4 % (n = 24)	Chi ² (1,654) = 3,00	.083
Uddannelsesår	GNS=14,45 SD= 3,71, S = 1-45	GNS=14,54 SD= 3,30, S =1-23	t(597) = 0,29	.769
Egen sikkerhedsfølelse	GNS=3,63 SD= 1,69, S =1-7	GNS=5,57 SD= 1,06, S =1-7	t(631,36) = 18,16	.000
Sikkerhedsfølelse kolleger	GNS=4,34 SD= 2,08, S =1-7	GNS=2,59 SD= 1,51, S =1-7	t(663,85) = 12,21	.000
Større livsbegivenheder	GNS=0,54 SD= 0,79, S =0-4	GNS=0,54 SD= 0,76, S =0-3	t(670) = 0,05	.963
Tidligere traumatiske oplevelser	GNS=1,60 SD= 1,45, S =0-10	GNS=1,37 SD= 1,39, S = 0-9	t(670) = 2,02	.044
ASI	GNS=10.11 SD= 8,73, S =0-38	GNS=13,09 SD= 8,60, S =0-56	t(672) = 4,43	.000
Somatisering	GNS=5,44 SD= 6,82, S =0-33	GNS=5,70 SD= 6,09, S =0-34	t(666,74) = 0,51	.610
TSC	GNS=36,15 SD= 10,51, S =26-76	GNS=34,73 SD= 6,81, S =26-81	t(640,88) =2,12	.034
PTCI selvbebrejdelse	GNS=9,28 SD= 5,00, S =5-27	GNS=12,07 SD= 5,83, S =5-28	t(597,62) = 6,57	.000
PTCI verden	GNS=16,08 SD= 7,77, S =7-43	GNS=15,88 SD= 7,82, S =7-44	t(672) = 0,33	.744
PTCI egen person	GNS=32.22 SD= 13,59, S =21-99	GNS=35,34 SD= 13,96, S =21-96	t(672) = 2,93	.004
CSQ undgåelse	GNS=19,08 SD= 3,97, S =10-32	GNS=19,29 SD= 3,92, S =11-31	t(672) = 0,68	.499
CSQ rational	GNS=28,67 SD= 4,82, S =15-43	GNS=29,41 SD= 4,62, S =18-41	t(672) = 4,75	.000
CSQ emotionel	GNS=14,08 SD= 3,56, S =10-30	GNS=14,82 SD= 3,49, S =10-29	t(672) = 2,71	.007
Støtte fra leder	GNS=6,35 SD= 1,13, S =1-7	GNS=5,85 SD= 1,16, S =1-7	t(672) = 5,66	.000
Tilfreds med bankens indsats	GNS=6,44 SD= 0,93, S =1-7	GNS=5,74 SD= 1,15, S =1-7	t(576,55) = 8,55	.000
CSS POS	GNS=29,58 SD= 4,73, S =13-35	GNS=26,51 SD= 4,77, S =13-35	t(672) = 8,35	.000
CSS NEG	GNS=2,02 SD= 1,73, S =1-7	GNS=2,61 SD= 1,65, S =1-7	t(672) = 4,49	.000
CSS SATISFAC	GNS=6,42 SD= 1,17, S =1-7	GNS=5,66 SD= 1,35, S =1-7	t(601,53) = 7,68	.000

Note. GNS (gennemsnit), SD (standardafvigelse), S (spændevide), ASI (Anxiety Sensitivity Index), TSC (Trauma Symptom Checklist), CSS (Crisis Support Scale), CSS POS (positive social støtte), CSS NEG (negativ social støtte), CSS TILFREDS (social støtte tilfredshed), PTCI (Posttraumatic Cognition Scale), CSQ (Coping Style Questionnaire), HTQ (Harvard Trauma Questionnaire).

Bilag 4: Tabel 2. Deskriptiv statistisk over præ-, peri-, posttraume faktorer og HTQ total scoren efter røveri.

Total sample (N= 371)			
Prætraume faktorer		Posttraume faktorer	
Alder	<i>GNS</i> = 42,11 <i>SD</i> = 12,47, <i>S</i> =20-65	CSS POS	<i>GNS</i> = 29,58 <i>SD</i> = 4,73, <i>S</i> = 13-35
Kvinder	61,5 % (<i>n</i> =228)	CSS NEG	<i>GNS</i> = 2,02 <i>SD</i> = 1,73, <i>S</i> = 1-7
Tidligere røverier	<i>GNS</i> =1,62 <i>SD</i> = 2,01, <i>S</i> = 0-14	CSS SATISFAC	<i>GNS</i> = 6,42 <i>SD</i> = 1,17, <i>S</i> = 1-7
Større livsbegivenheder	<i>GNS</i> =0,54 <i>SD</i> =0,79, <i>S</i> = 0-4	Støtte fra leder	<i>GNS</i> = 6,35 <i>SD</i> = 1,13, <i>S</i> = 1-7
Tidligere traumatiske oplevelser	<i>GNS</i> = 1,60 <i>SD</i> = 1,45, <i>S</i> = 0-10	Tilfreds med bankens indsats	<i>GNS</i> = 6,44 <i>SD</i> = 0,93, <i>S</i> = 1-7
ASI total	<i>GNS</i> = 10,11 <i>SD</i> = 8,73, <i>S</i> = 0-38		
		ASDS	<i>GNS</i> = 34,84 <i>SD</i> = 13,18, <i>S</i> = 19-86
Peritraume faktorer		PTCI selvbebrejdelse	<i>GNS</i> = 9,28 <i>SD</i> = 5,00, <i>S</i> = 5-27
Hjælpeløshed (ja)	37,2 % (<i>n</i> = 138)	PTCI verden	<i>GNS</i> = 16,08 <i>SD</i> = 7,77, <i>S</i> = 7-43
Intens rædsel (ja)	34,5 % (<i>n</i> = 128)	PTCI egen person	<i>GNS</i> = 32,22 <i>SD</i> = 13,59, <i>S</i> = 21-99
Livsfare (ja)	13,7 % (<i>n</i> = 51)	CSQ undgåelse	<i>GNS</i> = 19,08 <i>SD</i> = 3,97, <i>S</i> = 10-32
PRS total	<i>GNS</i> = 9,77 <i>SD</i> = 11,37, <i>S</i> = 0-62	CSQ rational	<i>GNS</i> = 27,67 <i>SD</i> = 4,82, <i>S</i> = 15-43
PDEQ total	<i>GNS</i> = 17,08 <i>SD</i> = 7,24, <i>S</i> = 10-45	CSQ emotionel	<i>GNS</i> = 14,08 <i>SD</i> = 3,56, <i>S</i> = 10-30
TIS	<i>GNS</i> = 7,50 <i>SD</i> = 6,82, <i>S</i> = 0-24	HTQ	<i>GNS</i> = 25,11 <i>SD</i> = 7,93, <i>S</i> = 17-62
Egen sikkerhedsfølelse under røveriet	<i>GNS</i> = 2,83 <i>SD</i> = 1,95, <i>S</i> = 1-7	Egen sikkerhedsfølelse efter røveriet	<i>GNS</i> = 4,34 <i>SD</i> = 2,08, <i>S</i> = 1-7
Sikkerhedsfølelse kolleger	<i>GNS</i> =3,63 <i>SD</i> = 1,69, <i>S</i> = 1-7		

Note. *GNS* (gennemsnit), *SD* (standardafvigelse), *S* (spændevide), ASI (Anxiety Sensitivity Index), PRS (Physical Reaction Scale), PDEQ (Peritraumatic Dissociation Scale), TIS (Tonic Immobility Scale), CSS (Crisis Support Scale), CSS POS (positive social støtte), CSS NEG (negativ social støtte), CSS TILFREDS (social støtte tilfredshed), ASDS (Acute Stress Disorder Scale), PTCI (Posttraumatic Cognitions Scale), CSQ (Coping Style Questionnaire), HTQ (Harvard Trauma Questionnaire) N= 371.

Bilag 5: Tabel 3. Korrelationer mellem præ-, peri-, posttraume faktorer og HTQ total scoren efter røveri (Pearson's r).

Measure	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
1. Alder	-																										
2. Køn	-.09	-																									
3. Tidligere røvier	.36**	.02	-																								
4. Livsbegivenheder	-.17**	-.10	-.01	-																							
5. tidligere traumer	.08	-.03	.13*	.16**	-																						
6. Hjælpeleshed	-.12*	-.12*	.03	-.03	-.01	-																					
7. Rædsel	-.03	-.30**	-.06	.05	-.08	.44**	-																				
8. Livsfare	.13*	-.20**	.02	.03	-.02	.20**	.25**	-																			
9. PRS	-.09	-.30**	-.12*	.12*	-.04	.48**	.52**	.37**	-																		
10. PDEQ	-.08	-.26**	-.10	.04	.09	.42**	.37**	.27**	.64**	-																	
11. TIS	-.09	-.22**	-.08	.02	-.05	.48**	.40**	.27**	.51**	.50**	-																
12. Sikkerhed – egen	-.09	-.25**	-.07	.07	-.09	.48**	.62**	.42**	.57**	.46**	.40**	-															
13. Sikkerhed kollege	-.10	-.02	.03	-.00	-.08	.36**	.29**	.09	.25**	.28**	.29**	.41**	-														
14. CSS pos	.10	-.12*	.07	-.01	.01	-.06	-.04	.01	-.08	-.13*	-.11*	-.04	-.04	-													
15. CSS neg	-.06	-.12*	-.04	-.13*	-.00	.19**	.15**	.01	.29**	.16**	.15**	.21**	.10	-.26**	-												
16. CSS tilfreds	.06	.04	.04	-.02	-.05	-.08	-.07	-.04	-.07	-.05	-.09	-.12	.02	.29**	-.23**	-											
17. Støtte fra leder	.12*	-.01	.01	-.06	.02	-.10	-.12*	-.05	-.08	-.05	-.02	-.13*	-.04	.30**	-.27**	.38**	-										
18. Bankindsats	.17**	-.06	-.01	-.06	-.01	-.19**	-.11*	-.03	-.07	-.05	-.10	-.17**	-.13*	.32**	-.31**	.34**	.54**	-									
19. ASDS	-.13*	-.30**	-.03	.15**	-.05	.45**	.48**	.26**	.67**	.68**	.46**	.57**	.33**	-.18**	.27**	-.17**	-.16**	-.15**	-								
20. PTCI bebrejdelse	-.07	.07	-.07	.08	-.05	.07	-.01	.20**	.16**	.12**	.00	.10	-.06	-.11*	.07	-.01	-.13*	-.01	.22**	-							
21. PTCI selv	-.11	-.22**	-.04	.11*	.05	.29**	.24**	.27**	.47**	.43**	.37**	.31**	.19**	-.27**	.28**	-.17**	-.15**	-.21**	.56**	.39**	-						
22. PTCI verden	-.07	-.16**	-.03	.08	.02	.24**	.23**	.29**	.42**	.37**	.30**	.34**	.20**	-.16**	.21**	-.10*	-.06	-.07	.52**	.34**	.61**	-					
23. CSQ undgående	.07	-.23**	.02	.02	-.08	.16**	.19**	.18**	.28**	.31**	.21**	.27**	.15**	-.01	.16**	-.02	.01	-.02	.33**	.10	.34**	.29**	-				
24. CSQ rationel	.09	.07	.10	-.06	.01	-.05	-.06	-.09	-.01	.04	-.06	-.01	.07	.07	-.00	.09	.01	.08	.04	.03	-.16**	-.02	.16**	-			
25. CSQ emotionel	-.12*	-.30**	-.05	.12*	.10	.17**	.18**	.10	.34**	.26**	.26**	.24**	.14**	-.15*	.23**	-.18**	-.12*	-.11*	.36**	.16**	.65**	.46**	.32**	-.24**	-		
26. HTQ	-.07	-.26**	.04	.07	.02	.36**	.36**	.29**	.51**	.42**	.38**	.42**	.22**	-.14*	.22**	-.10	-.13**	-.17**	.64**	.22**	.60**	.49**	.29**	-.07	.47**	-	
27. Sikkerhed2	.00	.08	-.10	-.04	-.06	-.26**	-.28**	-.16**	-.27**	-.26**	-.23**	-.32**	-.27**	-.01	-.09	.11*	.09	.12*	-.49**	-.08	-.24**	-.35**	-.13**	.00	-.14**	-.37**	-
28. ASI total	-.04*	-.09	.00	.08	-.04	.27**	.28**	.17**	.47**	.37**	.35**	.31**	.17**	-.12**	.17**	-.11*	-.06	-.06	.47**	.20**	.40**	.38**	.19**	-.01	.38**	.38**	-.18*

Note. 1=kvinder, 0= mænd, PRS (Physical Reaction Scale), PDEQ (Peritraumatic Dissociation Scale), TIS (Tonic Immobility Scale), CSS (Crisis Support Scale), CSS POS (positive social støtte), CSS NEG (negativ social støtte), CSS TILFREDS (social støtte tilfredshed), ASDS (Acute Stress Disorder Scale), PTCI (Posttraumatic Cognitions Scale), CSQ (Coping Style Questionnaire), HTQ (Harvard Trauma Questionnaire), ASI (Anxiety Sensitivity Index), sikkerhed2 (egen sikkerhedsfølelsen efter røveriet), N= 371.

*p= ≤ .05, **p= ≤ .01, *** p= ≤ .001, tosidet.

Bilag 6: Tabel 4. Hierarkisk multiple regressionsanalyse forudsigelsen af Posttraumatisk Stress forstyrrelse symptom sværhedsgrad efter bankrøveri.

Faktor	Step1 (β)	Step2 (β)	Step3 (β)	Step 4 (β)
ASDS total	.64***	.57***	.56**	.40**
Alder		-0,04	-0,05	-0,02
Køn		-0,09	-0,07	-0,03
Tidligere røverier		0,06	0,06	0,05
Større livsbegivenheder		-0,05	-0,06	-0,06
Tidligere traumatiske oplevelser		0,05	0,07	0,04
ASI total		.0,11**	0,08	0,02
Hjælpeløshed			0,05	0,05
Rædsel			0,00	0,03
Livsfare			0,12**	0,08
PRS total			0,11	0,08
PDEQ total			-0,15*	-0,13*
TIS total			.07	0,04
Sikkerhedsfølelse under røveriet			-.03	-0,03
Sikkerhedsfølelse for kolleger			-.00	-0,03
CSS POS				0,01
CSS NEG				-0,01
CSS TILFREDS				0,07
Støtte fra leder				-0,01
Tilfreds med bankens indsats				-0,06
PTCI selvbebrejdelse				0,01
PTCI egen person				0,21**
PTCI verden				0,04
CSQ undgåelse				0,02
CSQ rational				-0,00
CSQ emotionel				0,14**
Sikkerhedsfølelse2				-0,08
adj. R ²	.41***	.42***	.44***	.51***
F(df)	F(1,368) = 256,27	F(7,362) = 39,44	F(15,354) = 20,39	F(27,342) = 15,40

Note. 0=kvinder, 1= mænd, ASDS (Acute Stress Disorder Scale), ASI (Anxiety Sensitivity Index), PRS (Physical Reaction Scale), PDEQ (Peritraumatic Dissociation Scale), TIS (Tonic Immobility Scale), CSS (Crisis Support Scale), CSS POS (positive social støtte), CSS NEG (negativ social støtte), CSS TILFREDS (social støtte tilfredshed), PTCI (Posttraumatic Cognitions Scale), CSQ (Coping Style Questionnaire), sikkerhedsfølelse2 (egen sikkerhedsfølelsen efter røveriet), N= 371.
*p= \leq .05, **p= \leq .01, *** p= \leq .001.

Bilag 7: Tabel 5. Hierarkisk multiple regressionsanalyse forudsigelsen af akut stress forstyrrelse symptom sværhedsgrad efter bankrøveri.

Faktor	Step1 (β)	Step2 (β)
Alder	-.13**	-.06
Køn	-.26**	-.07*
Tidligere røverier	.03	0,08*
Større livsbegivenheder	.07	.09*
Tidligere traumatiske oplevelser	-.04	-.07
ASI total	.44**	.15**
Hjælpeløshed		.03
Rædsel		.06
Livsfare		-.05
PRS total		.21***
PDEQ total		.37***
TIS total		-.01
Sikkerhedsfølelse under røveriet		.15**
Sikkerhedsfølelse for kolleger		.05
adj. R ²	.30***	.62***
<i>F(df)</i>	F(6,363) = 27,81	F(14,355) = 44,56

Note. 0=kvinder, 1= mænd, ASI (Anxiety Sensitivity Index), PRS (Physical Reaction Scale), PDEQ (Peritraumatic Dissociation Scale), TIS (Tonic Immobility Scale), N= 371.

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$.

Videnscenter for Psykotraumatologi

Institut for Psykologi
Syddansk Universitet
Campusvej 55
5230 Odense M



ISBN: 978-87-92646-30-9 87-92646-30-1 EAN 9788792646309