

Det Europæiske Netværk for Post- traumatisk Stress Træning & Praksis



www.tentsproject.eu

Post-traumatisk Stressforstyrrelse (PTSD): Diagnose

Ask Elklit, Denmark

Kort oversigt over traumets historie

- ‘Railway spine’ (1866) var en diagnose, som blevet stillet efter togulykker, og som blev brugt til at beskrive emotionelle og personlighedsmæssige indvirkninger
 - Pierre Janet (1889) udviklede en dynamisk traumeforståelse, som stadig gælder i dag
 - Adskillige krige gav anledning til navne som ‘soldiers’ heart’, ‘shell shock’, ‘combat neurosis’, ‘KZ-syndrom’, ‘Vietnam syndrom’ m.m.
 - Denne viden forsvandt efter krig og blev “genopfundet” ved nye krige.
-

Horowitz (1976)

- I bogen "Stress Response Syndrom" beskrev Mardi Horowitz, hvad han anså som kernedynamikkerne efter en traumatisk oplevelse:
 - Langvarige udsving mellem forstyrrende genoplevelser og undgåelse
 - Fordi Horowitz primært arbejdede med mennesker i sorg, havde han ikke fokus på arousal-symptomerne
-

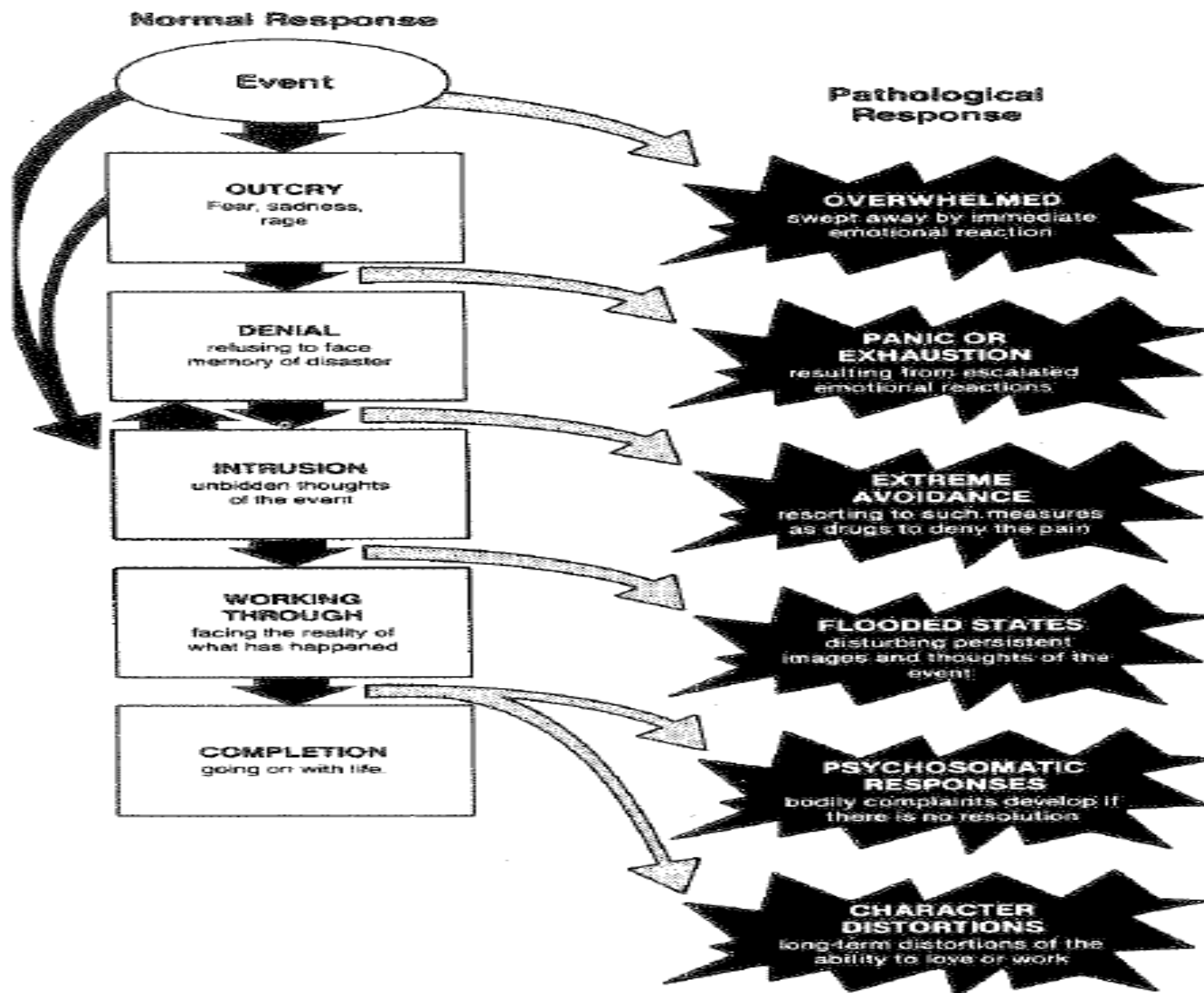
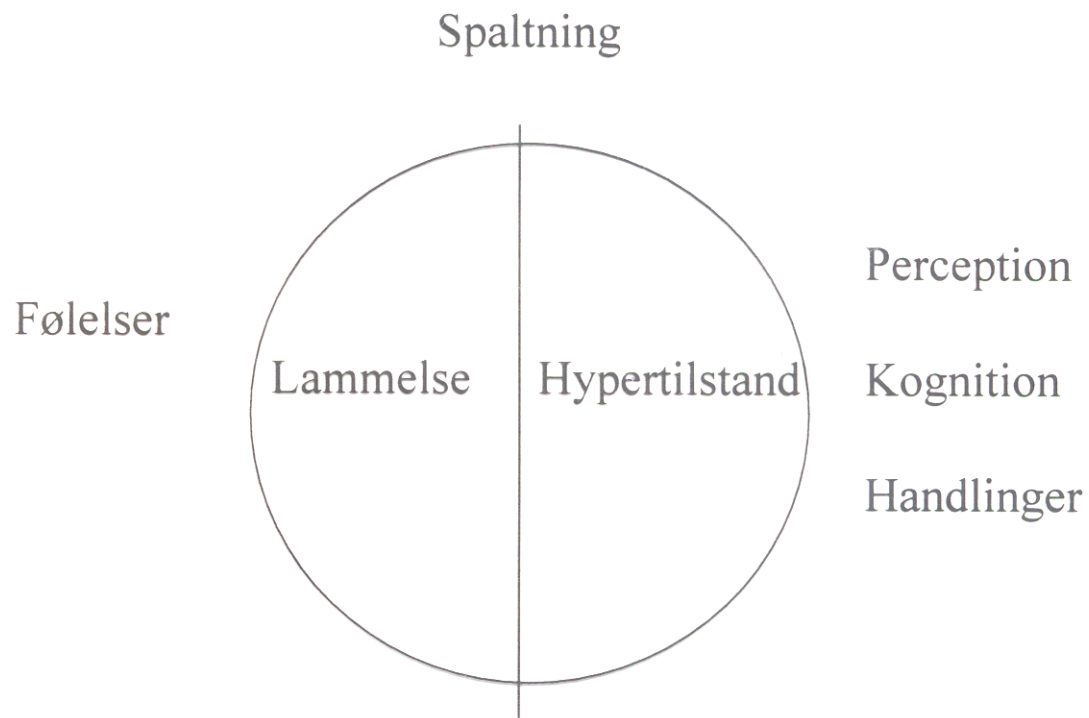
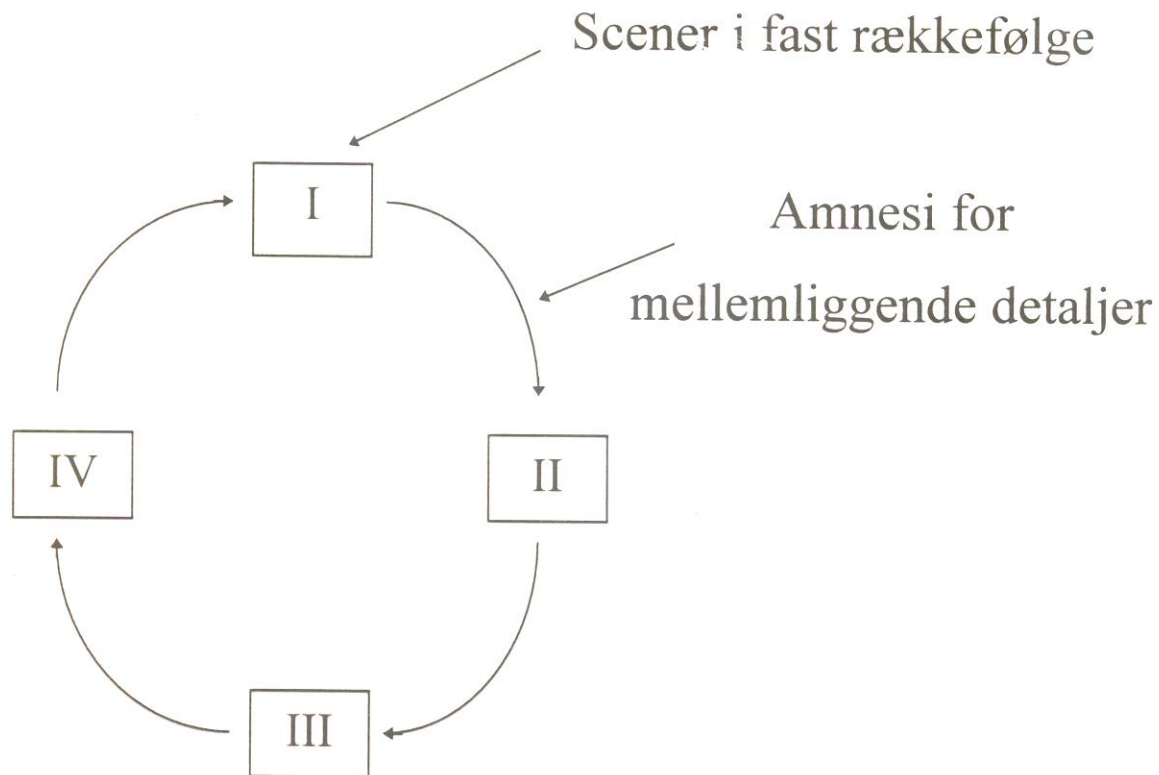


Figure 3-1. Normal and Pathological Phases of Poststress Response



Model for bevidstheden i chok



Model over den perceptuelle kondensering
("ætsning") efter traumer

Demografi Personlighed Kropstilstand Social gruppe Livsbegivenheder

Traumatisk begivenhed
(situationelle faktorer)

Umiddelbart chok/Forsvarsmekanismer
(dissociation)

Social støtte (sekundær viktimisering) Attribueringer Primær evaluering (kognitiv-emotionel) Forsvar Coping (handlemuligheder)

Hyper-årvågenhed (arousal)

Invaderende erindringer

Undgåelse

Personlighedsforstyrrelser/
Dysfunktionelle træk

Psykske lidelser
(ASD, PTSD etc.)

Sociale ændringer

Psykofysiologiske
forstyrrelser

DSM-III (a)

- Før DSM-III, mødtes klinikere og forskere i et forsøg på at finde et fælles grundlag for symptomerne observeret hos veteraner, voldtægtsofre og kvindelige voldsofre.
- I 1980 publicerede APA den første version af PTSD med de tre kerne symptom-klynger:
- Genoplevelse
- Undgåelse
- Hyperårvågenhed ("arousal")

DSM-III (b)

- Klyngerne består af beskrivende items, hvilket vil sige at klyngerne også er beskrivende, og der er således ingen forventning omkring de iboende dynamikker, som Horowitz beskrev.
 - Hyperårvågenheds-klyngen er en grundlæggende udvikling og tilføjelse til Horowitz's arbejde, som anerkender de psykosomatiske aspekter ved at opleve en ekstrem og truende situation.
 - Jf. Kardiners (1941) konceptualisering af traumet som en "psychoneurosis"
-

PTSD i DSM-IV

- Stressor-kriteriet (både A1 og A2):
 - A1 ”en livstruende situation, skade eller trussel mod fysisk integritet”
 - Dette kan være direkte eksponering eller indirekte – at være vidne til begivenheder
 - Det er den subjektive oplevelse, som er afgørende
 - A2: Personen reagerer med frygt, rædsel eller hjælpeløshed
-

Genoplevelse (1 symptom)

- 1) Tilbagevendende tanker eller perceptioner af begivenheden
 - 2) Tilbagevendende drømme om begivenheden
 - 3) At handle eller føle som om begivenheden finder sted igen (flashbacks)
 - 4) Intens psykologisk stress og
 - (5) fysiologisk reaktivitet, *når udsat for stimuli, der minder om begivenheden*
-

Undgåelse 1 (3/7 symptomer)

- 1) Undgåelse af traumerelaterede tanker og følelser
 - 2) Undgåelse af aktiviteter, steder og personer, der minder om traumet
 - 3) Manglende evne til at huske vigtige dele af traumet
 - 4) Manglende interesse i betydningsfulde aktiviteter
-

Undgåelse 2

- 5) En følelse af afkoblethed fra andre
- 6) Begrænset affekt (ingen kærlige følelser)
- 7) En følelse af at have en forkortet fremtid
- Note: De første to symptomer er *bevidste* anstrengelser; 4-6 kaldes '*følelsesløshed*' (manglende evne til at udtrykke følelser og planlægge fremtiden). Symptomerne må ikke have været til stede før traumet

Hyper-årvågenhed (2/5 symptomer)

- 1) Problemer med at falde i søvn eller sove uafbrudt
- 2) Irritabilitet eller vredesudbrud
- 3) Kocentrationsbesvær
- 4) Hyperårvågenhed*
- 5) Overdreven tendens til at fare sammen*

Note: Symptomerne må ikke have været til stede før traumet. De tre første kan anskues som mindre specifikke end de to sidste symptomer*

Varighed

- Symptomerne skal vare mere end 1 måned
 - *Akut* PTSD (mindre end 3 måneder)
 - *Kronisk* PTSD (3 måneder eller derover)
 - *Forsinket* PTSD (hvis symptomerne først fremtræder mindst 6 måneder efter traumet)
-

Nedsat funktionsniveau

- Forstyrrelsen skal forårsage klinisk signifikant stress eller forringelse inden for det sociale, arbejdsmæssige eller andre vigtige funktionsområder

PTSD ifgl. WHO

- ICD-10 diagnose-systemet, F 43.1, beskriver PTSD noget anderledes
- Stressor-kriteriet er *normativt*
- ”udsat for en *usædvanligt* truende eller katastrofisk stressor som *hos næsten alle personer* vil resultere i omfattende og meget stressede reaktioner”
- Dette nedprioriterer traumer i hverdagslivet

ICD-10 (fortsat)

- Genoplevelsessymptomerne svarer til DSM-IV 2,3, og 4
 - Undgåelse kræver ét symptom
 - Hyperårvågenhed er ligesom DSM-IV (2/5 symptomer)
 - Hukommelsestab kan erstatte hyperårvågenhedssymptomerne
-

ICD-10 (forsat)

- Varighed: Symptomerne skal være til stede inden 6 måneder efter traumet
- Ingen krav om nedsat funktionsniveau
- Diagnosen kan stilles efter få dage

Sammenligning af ICD-10 og DSM-IV

- Meget lidt forskning har anvendt ICD-10
 - Flere får en PTSD-diagnose ud fra ICD-10 end DSM-IV
 - Der er kun lille (35%) overensstemmelse mellem diagnoserne stillet af de to systemer pga. færre krav i ICD-10's undgåelsesklynge og manglende kriterium i forhold til funktionsniveau
 - Epidemiologiske studier, der anvender ICD-10, afslører meget få PTSD-tilfælde.
-

Empiriske analyser af PTSD

- Ingen studier har replikeret PTSD-strukturen med de tre symptom-klynger
 - Mange har argumenteret for, at undgåelsesgruppen bør inddeles i hhv. bevidst undgåelse og følelsesløshed.
 - Følelsesløshed lader til at være tæt forbundet med hyperårvågenhed, hvorimod bevidst undgåelse er forbundet med genoplevelse
-

Empiriske analyser af PTSD - 2

- For nyligt har flere forskere argumenteret for, at følelsesløshedssymptomerne sammen med de non-specifikke hyperarvågenheds-symptomer udgør en *dysfori*-faktor, som ikke er specifik for PTSD

Subklinisk PTSD

- En stor klientgruppe mangler kun ét symptom for at få den fulde diagnose
- De mangler typisk et undgåelsessymptom
- De beskrives ofte som havende “sub-syndromal”, “delvis” eller “subklinisk” PTSD

Subklinisk PTSD - 2

- Denne gruppe har ofte behov for hjælp
 - Det er vigtigt at skelne mellem individer, som har haft PTSD men nu er i bedring, og individer, som aldrig har haft symptomer nok til en fuld PTSD-diagnose.
 - For denne gruppe er det vigtigt at inddrage kriteriet om nedsat funktionsniveau.
-

PTSD remission

- PTSD-symptomer aftager ofte i ugerne og månederne efter et traume.
 - Efter 3-6 måneder har symptomerne ofte stabiliseret sig, og herefter forekommer ingen eller begrænset ændring uden terapeutisk indblanding.
 - 1/3 vil komme sig helt
 - 1/3 vil altid have et vist antal symptomer
 - 1/3 vil udvikle kronisk PTSD.
-

PTSD og andre forstyrrelser

- En PTSD-diagnose medfører i 4 ud af 5 tilfælde komorbide lidelser, hvoraf de mest almindelige er:
 - Angst (og fobier)
 - Depression
 - Somatoforme lidelser
 - Alkohol- og stofmisbrug
 - Nogle udvikler også en personlighedsforstyrrelse