

Psykologisk traumebehandling

– en effektundersøgelse

Ask Elklit

i samarbejde med

Christian Simonsen og Henrik Steen Andersen

2000

INDHOLDSFORTEGNELSE

Resumé	1
Abstract	2
Indledning	3
Model for traumeprocessen	5
Undersøgelse	8
Formål	8
Procedure	8
Sampling	9
Metode	9
Statistiske metoder	11
Resultater	12
Deltagelse i undersøgelsen og intervention	12
Demografi	13
Omstændigheder ved de traumatiske situationer	14
Støtte fra hjælpeinstanser og sikkerhedsfølelsen	21
Harvard Trauma Questionnaire	21
Trauma Symptom Checklist	23
General Health Questionnaire	23
Defense Style Questionnaire	24
Analyse af uafhængige variabler	25
Analyse af traumatiseringsvariable	26
Krisebehandlingen	30
Sammenhænge mellem interventionsformer	31
Sammenhænge mellem funktionsvurdering, traumatisering, forsvarsstil og symptomskalaer	32
Sammenhænge mellem demografi, traumatiseringsfaktorer og afhængige variable	34
Sammenhænge mellem behandlingsfaktorer, rammer og interventionsformer	38
Interventionsformer	40
Data fra efterundersøgelsen	42
Demografi	42
Åbent slutspørgsmål	43
Forandringer i traumatisering, symptomatologi og forsvar	45
Afsluttende regressionsanalyser	48
Diskussion	51
Litteraturliste	59
Bilag	62

RESUMÉ

Formål

At undersøge de akutte psykologiske følger af traumatiske begivenheder og ændringer i traumatiseringsomfang, symptom billede, forsvarsmekanismer og social støtte indenfor seks måneder samt vurdere effekten af den tilbudte kriseintervention.

Metode

Spørgeskemaundersøgelse. Skemaerne blev uddelt i løbet af én til to uger ifm. kriseintervention, og efterundersøgelsesskemaet blev udsendt til klienterne efter seks måneder.

Population

213 personer, som henvendte sig til Falcks psykolognetværk; 47 var privatpersoner, og kontakten med de resterende skete via den kontrakt, deres arbejdsplads havde med Falck om krisehjælp. Den mest almindelige hændelse er dødsfald.

Resultater

38% led af posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD); efter et halvt år er antallet 23%. Antallet af GHQ-caseness, der oprindeligt var på 20%, halveredes. På samtlige symptom mål (undtagen aggression) er der tale om et betragteligt fald; det psykologiske forsvar ændrer sig ubetydeligt. Én demografisk faktor, én traumatisk omstændighed, én opvækstfaktor, én social faktor, sikkerhedsfølelsen, alle tre forsvarsstile, én interventionsform og to efterbehandlingsfaktorer kan forklare ca. 45% af variationen i faktorerne symptomniveau (TSC og GHQ) og PTSD (og dens tre subskalaer) samt generelt funktionsniveau (GAF). Et halvt år senere er ”køn”, ”dødsfald hos nærtstående”, ”stabil” og ”ustabil forsvarsstil” ikke længere bærende forklaringslementer. Til gengæld er modtagelse af sympati og svigtoplevelsen blevet vigtige som selvstændige forklaringslementer for symptomudviklingen. De kliniske og forskningsmæssige implikationer omtales.

ABSTRACT

Purpose

To study psychological sequelae of traumatic events and changes in traumatisation, symptomatology, defense style, and social support one to two weeks after the event and six months after and to assess the effect of the crisis intervention program.

Method

Questionnaire study including General Health Questionnaire (GHQ-30), Trauma Symptom Checklist (TSC-35), Harvard Trauma Questionnaire (HTQ), Crisis Support Scale (CSS), filled out by the clients, and information on the frame factors of the acute crisis intervention and the intervention methods from the therapists. The number of sessions were one or two, lasting in all four hours.

Population: 213 clients who was referred to the psychologists' crisis service of the Danish national emergency corps ("Falck"). 22% came via a private insurance arrangement; the rest via their workplaces' insurance arrangements. The most common incident was a sudden death.

Results

38% was acutely suffering from PTSD; after six months the number was 23%. The number of GHQ caseness - originally 20% - dropped to 9,5%. On all measures of symptoms (apart from aggression) there was a considerable decrease; the psychological defenses only changed inconsiderably.

Gender, the death of a person you were closely related to, childhood maltreatment, the actual feeling of security, defense style, cognitive intervention and two post-treatment factors (further referral and medicine intake after the event) could explain app. 60% of the variance of the TSC-total and the GHQ-total, and 41-42% of the variance of the PTSD prevalence and the GAF score.

Six months later gender, death of a closely related, stable and unstable defense styles were no longer principal elements of explaining the variance. In return received sympathy and the experience of being let down had become bearing elements in symptom development. Clinical and research implications are discussed.

INDLEDNING

Fremkomsten af post-traumatisk stress-forstyrrelse (PTSD) som diagnose i det amerikanske diagnosesystem DSM har været igangsætter for et stadigt stigende antal videnskabelige undersøgelser og en række nye behandlingsformer til ofre for voldsomme begivenheder. Udviklingen afspejles bl.a. af to revisioner af PTSD-diagnosen på kun fjorten år (DSM-III, 1980, DSM-III-R, 1987, DSM-IV, 1994).

Det nutidige traumbegreb har i en vis udstrækning indenfor det professionelle behandlerarbejde erstattet tidlige tiders krisebegreb (Elklit, 1994b). PTSD afløser Caplan (1964) og Rapports (1962, 1967) krisebegreb, som nærmere analyser viser hverken indeholder en meningsbærende kerne eller er erkendelsesmæssigt klart; derudover lider det af mangel på empirisk underbygning og er endelig omgivet af mange myter (Elklit, 1994b).

PTSD (se bilag 1) fik i 1994 et psykologisk, subjektivt stressorkriterie, dvs. den personlige oplevelse af at have været i en livstruende situation sammen med de dertil hørende følelser af hjælpeløshed og rædsel anses for at være de faktorer, som kan udløse forstyrrelsen. PTSD er kendetegnet ved tre symptomgrupper: 1) Genoplevelse/invadering af forestillinger fra begivenheden, 2) undgåelse og følelsesmæssig tiltrækning samt 3) forhøjet vagtsomhed.

For at opnå diagnosen skal både et varighedskriterie (én måned) og et funktionskriterie (forringet social og arbejdsmæssig funktion) være opfyldt. Tidskriteriet er arbitrært i en forskningsmæssig sammenhæng, men relevant ifm. erstatningsspørgsmål. Funktionskriteriet har også karakter af at være et praktisk kriterie, som ikke virker substantielt i forhold til dynamikken i PTSD. En stor del af den aktuelle forskning vælger derfor at ignorere disse supplerende kriterier.

I takt med at kendskabet til PTSD og accepten af diagnosen er blevet større, er der sket en betydelig stigning i brugen af krisehjælp. Denne udvikling har været ledsaget af politisk, faggruppemæssig og videnskabelig kamp om traumeforståelse og -behandling (Elsass, 1993; Christensen, 1993; Buhl et al., 1999; Erichsen, 1999; Elklit, 1993a+b; 1999a). PTSD som ”kulturimperialisme” og kriseterapi som ”industri” er nogle af de skældsord, som har været i debatten. Reaktionen må delvis forstås ud fra den hurtige opbygning, som er foregået både indenfor den videnskabelige forskning af traumer indenfor krisebehandlingen og indenfor det offentlige og det private erhvervsliv.

Den udvikling er i Danmark sket på 10 år efter færgekatastrofen på ”Scandinavian Star” i 1990. I 1992 kom sygesikringsordningen som forsøg med tilskud til psykologbehandling efter bestemte, voldsomme begivenheder, og i dag er den både velkendt og udbredt. Den bygger imidlertid stadigvæk på 40% egenbetaling, og på at man skal opsøge sin egen læge for at få en henvisning til behandling, foruden at der er sat en tidsgrænse på seks måneder efter hændelsen.

Et andet grundkoncept for behandling knytter sig til kilden for traumets opståen, hvor krisehjælpen ydes hurtigt, f.eks. opsøgen på arbejdspladsen eller gerningsstedet. Bankerne førte an i opbygning af denne moderne form for krisehjælp, som i dag er en mulighed for en lang række udsatte erhvervsgrupper. Indenfor det offentlige er dette koncept gennemført i Vejle Amt i tilknytning til skadestuerne og i det nye Center for Voldtægtsofre i Århus (Elklit & Vesterby, 1999).

Et tredje koncept, der er meget udbredt i Sverige og Danmark, bygger på forsikringstanken og gør det muligt for enkeltpersoner at sikre sig ret til psykologisk krisehjælp f.eks. i forbindelse med ulykker og dødsfald. Herhjemme er Falcks Redningskorps længst fremme med at tilbyde den form for hjælp.

På baggrund af en tidligere undersøgelse af de psykologiske eftervirkninger af en voldsom eksplosionsulykke på Lindøværftet i 1994 (Elklit, 1997a) og inspireret af et samarbejde med Falcks psykologer blev nærværende undersøgelse planlagt i 1996 og påbegyndt i marts 1997. Formålet var dels at få et billede af de klienter, der opsøgte eller fik tilbudt ordningen, dels at bidrage til en kvalitetsudvikling af det psykologarbejde og den tjeneste, som Falck tilbyder.

Velkontrollerede behandlingsundersøgelser er vanskelige at gennemføre, fordi de kræver en standardiseret behandling, lodtrækning mellem klientgrupper samt at en lang række forhold skal være under kontrol. Den foreliggende undersøgelse opfylder ikke alle de krav, som kan stilles til en sådan undersøgelse. Der er flere årsager hertil. De fleste kliniske psykologer er eklektikere, som løbende evaluerer deres interventioner og tilpasser disse til klientens mål og motivation samt de konkrete omstændigheder. Uden en sådan fleksibel tilpasning ville mange klienter sandsynligvis få et mindre udbytte af at være hos psykologen. Specielt som krisepsykolog, der kan tilkaldes en akut opgave, som f.eks. kl. 7.00 om morgenen at forsøge at gennemføre en kollektiv psykologisk bearbejdning af følgerne af en eksplosionsulykke for 2000 skibsværftsarbejdere, at stå midt i en spejderlejr og skulle tilrettelægge krisebearbejdningsforanstaltninger for hundredevis af børn og unge efter en drukneulykke, eller at sidde på en trappe på Møns Klint i tre dage og være samtalepartner for en udenlandsk mand, der følger redningsarbejdere og frivillige, der graver efter liget af hans kone, som blev dræbt under et stort skred.

Den akutte kriseintervention er yderst krævende, fordi klient og terapeut konfronteres med meget intense følelser i form af hjælpeløshed, rædsel, dyb sorg, smerte og raseri. Det gode terapeutiske forhold er omdrejningspunktet i den vellykkede behandling. Psykologens evne til at rumme det forfærdelige, til at få det udsigelige sagt, til at stå bi som et vidne til genoplevelse af mødet med det grusomme og rædselsvækkende, er den kvalitet, som hjælper mange til at få hold på begivenheden.

Tidligere kom man som psykolog oftest i kontakt med gamle traumer, og det gør psykologen stadigvæk i almindelige, terapeutiske forløb. Voldtægt, spædbarnsdød, overfald, dødsulykker, der ikke bliver bearbejdet, er eksempler på begivenheder, der ofte bidrager til at skabe vanskeligheder inden i den enkelte og i samspillet med de nærmeste. I faglitteraturen er der en voksende erkendelse af denne sammenhæng, som allerede Caplan (1964) påpegede i sit banebrydende værk om den forebyggende psykiatri: At i det omfang der ikke sættes ind med a) oplysning og b) kriseintervention, ender vi med c) langvarige behandlinger i institutioner. WHO's diagnosesystem ICD-10 indeholder den samme erkendelse i diagnosekategorien F.62: "Personlighedsændringer efter katastrofeoplevelser". Også i forarbejdet til Psykologloven og i beslutningsforslaget bag sygesikringsaftalen ligger eksplicit en forståelse for værdien af det akutte krisearbejde for at reducere forekomsten af senere arbejdsmæssige og sociale funktionsproblemer.

Udviklingen har imidlertid betydet, at mange ofre og deres omgivelser er opmærksomme på hjælpebehov og reagerer meget hurtigere på disse end tidligere. Fremfor at håne disse behov – som det nogle gange sker i medierne ("en psykolog skal stå klar, når bæreposens hank går i

stykker hende i Irma”) - er der grund til at glæde sig over den forøgede responsivitet og ansvarlighed for egne og andres behov.

Udviklingen medfører også hos psykologer et øget behov for mere pålidelig viden om akutte traumatiske belastningstilstande, om klientforhold og om effekten af forskellige typer af intervention i forhold til forskellige klienter. En lang række krisepsykologiske undersøgelser af forskellige populationer er blevet gennemført her i landet i de sidste syv år vedrørende traumeramte populationer som f.eks. voldsofre (Elklit, 1993c), ofre for en færgekatastrofe (Elklit & Andersen, 1994; Elklit, Andersen & Arctander, 1995), ofre for et skuddrama (Elklit, 1994c) HIV-positive (Pedersen & Elklit, 1998), paraplegikere (Nielsen, 1999), forældre der har mistet et spædbarn (Elklit & Jind, 1999), unge bosniske flygtninge (Elklit, Nørregård & Tibor, 1998), danske FN-soldater (Elklit & Knudsen 1995), røveriofre (Elklit, 1999b) m.fl. Men kun én undersøgelse har set på den terapeutiske indsats overfor kriseramte. Mehlbye & Laurents (1994) undersøgte psykologers, lægers og klienters oplevelse af og tilfredshed med den nye sygesikringsordning og fandt gennemgående en stor, udelte tilfredshed fra alle tre parter med den nye ordning.

Det forekommer imidlertid påkrævet at gå dybere ind i en kortlægning og analyse af klienternes situation før, under og efter den voldsomme begivenhed og at undersøge, hvilke forandringer, der finder sted i traumatiseringsgrad, symptom billede, social støtte og psykologisk forsvar.

PTSD er en mangedimensionel lidelse, som kun kan forstås og bearbejdes via flere forskellige tilgange. Det er vores håb, at den foreliggende undersøgelse vil være et nyttigt skridt på vejen mod en mere dybtgående forståelse og behandling af traumeramte.

Falck og Apotekerfonden har bidraget til projektets gennemførelse. Christian Simonsen og Henrik Steen Andersen har deltaget i planlægningen af projektet. Anne Sørensen har været tovholder på projektet gennem fire år og sørget for at alt det praktiske fungerede upåklageligt og har samvittighedsfuldt og opmærksomt sørget for at denne rapport blev læselig. Stud. psych. Mikkel Arendt har med dygtighed sørget for indtastning af data og stud. psych. Runild Vatne har effektivt sørget for kategoriseringer af nogle af de åbne spørgsmål.

Model for traumeprocessen

I det følgende præsenteres en model (figur 1), som viser de nøgelfaktorer, der er nødvendige for at forstå dynamikken i udviklingen af posttraumatiske forstyrrelser.

Øverst ses en række baggrundsfaktorer, der under nogle omstændigheder kan være afgørende for, om traumatiseringen finder sted, og hvordan traumatiseringen opleves og bearbejdes.

Centralt i modellen er den fysisk-psykiske spaltningssreaktion i form af chok og dissociation. Det livstruende element i den voldsomme begivenhed opfattes instinktivt, og vores første reaktioner bygger på den instinktive fortolkning af faren. Nogle gange kan en fare imødegås ved aktive handlinger (kamp, flugt), men i andre tilfælde er det den passive forholdemåde, der sikrer vores overlevelse (jf. Levine, 1998).

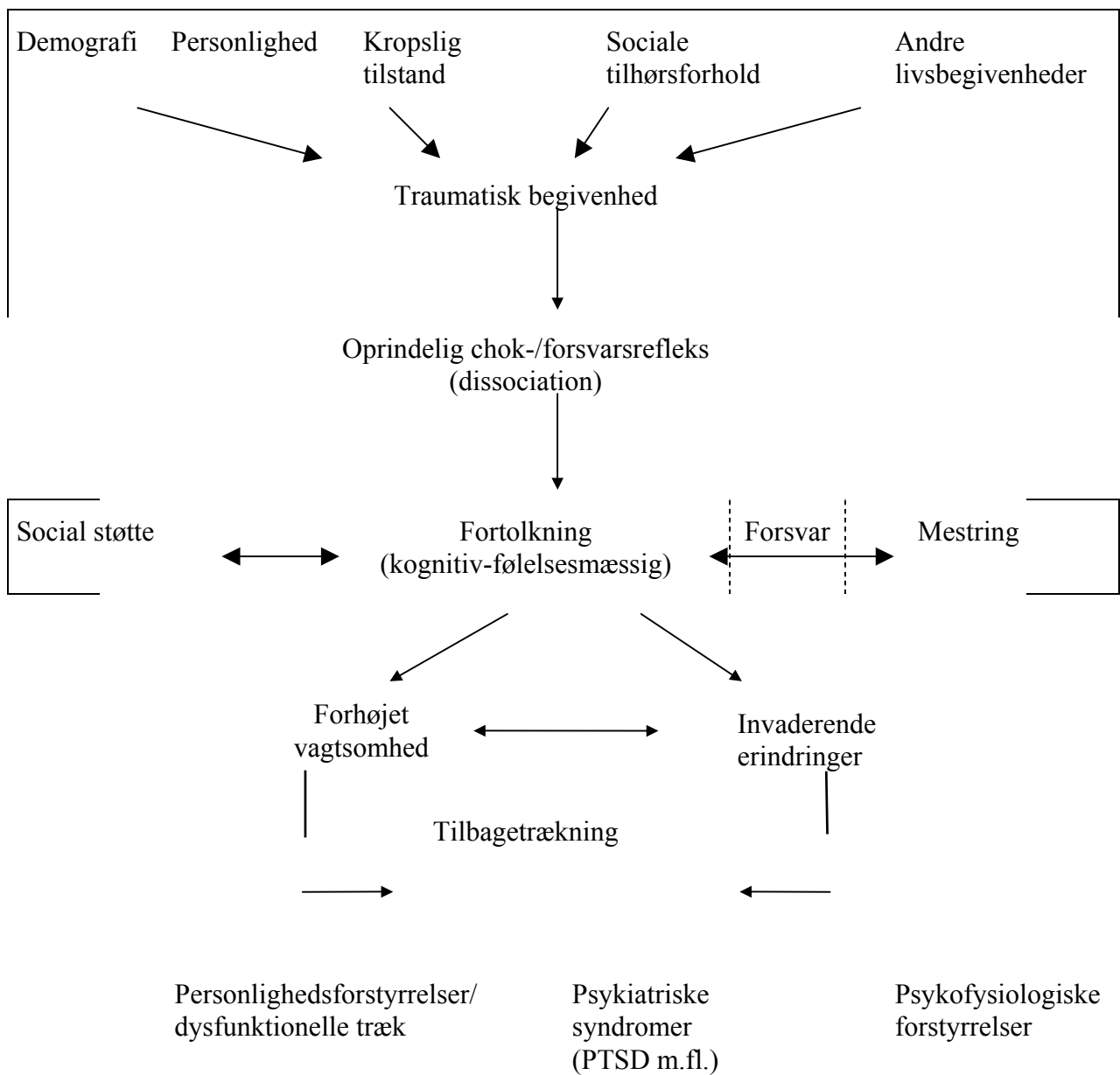
De sideløbende og efterfølgende sociale reaktioner, forsvarsmekanismer og mestringsreaktioner spiller en stor rolle for den videre bearbejdningsproces. Kan de sociale omgivelser genopbygge tilliden til medmennesket, eller svigter de i denne situation? Fører ens egne handlinger

mod en slags løsning, stopper de i en stor fortvivelse eller søger de at undgå alt, hvad der minder om traumet?

De vigtigste primære procesreaktioner samler sig i a) invaderende tanker, følelser og billeder i form af genoplevelser og mareridt, b) forhøjet konstant vagtsomhed, der påvirker søvn og koncentration og medfører øget irritabilitet. Endelig er c) undgåelsesadfærd og –reaktioner en meget almindelig følgetilstand til den voldsomme belastning, som begivenheden udgjorde. Samspillet mellem de primære procesfaktorer ender med mere eller mindre adaptive løsninger.

Vigtigt i den psykologiske forståelse er, at alle elementer i forløbet opleves og fortolkes af et individ, som er *meningssøgende*, og som en dag kan forlige sig med sin skæbne, når denne er integreret i en – måske nydannet - selvopfattelse, et menneskesyn og en verdensopfattelse. Lykkes denne proces ikke, vil en række *psykiske forstyrrelser* kunne blive resultatet af en mislykket traumbearbejdning.

Figur 1. Model for udvikling af psykiske traumer



UNDERSØGELSE

Formål

Formålene med undersøgelsen er:

- 1) på baggrund af en model for traumeprocessen at kortlægge forekomsten af demografiske faktorer, traumeomstændigheder, traumatiseringsgrad, social støtte samt en række psykologiske symptomer og forsvarsstil.
- 2) At analysere sammenhænge mellem ovennævnte faktorer med henblik på at kunne identificere en række risikofaktorer for udvikling af PTSD og psykiske forstyrrelser.
- 3) At vurdere udviklingen af følgevirkninger over tid og effekten af den psykologiske kriseintervention.
- 4) At fastholde typiske, oplevede, akutte reaktioner på traumatiske situationer, hvilket kan hjælpe udenforstående til lettere at leve sig ind i de ramtes situation.

Procedure

Falcks Redningskorps A/S varetager som privat virksomhed i Danmark en række opgaver i forbindelse med udrykningstjeneste ved ulykker, sygdom og brand samt sygetransporter, overvågning og forskellige typer serviceopgaver indenfor områder, som er nærmere defineret i aftaler med det offentlige og gennem aftaler med private og offentlige virksomheder. Som en del af sit samlede tilbud har Falcks Redningskorps i 1993 oprettet et psykolognetværk. Gennem samarbejdsaftaler med et halvt hundrede psykologer, fordelt geografisk jævnt over hele landet, tilbydes privatpersoner og offentlige og private virksomheder et abonnement på psykologisk krisehjælp i forbindelse med ulykker og hændelser af voldsom eller usædvanlig traumatisk karakter.

Netværket aktiveres ved rekvirering fra abonnenten via telefonopkald til vagtcentraler, som er døgnbemandede med specialuddannet personale. Herfra formidles telefonkontakt til en psykolog i netværket indenfor 12 timer, og første samtale tilbydes herefter indenfor 24 timer. Kontakten søges etableret med en psykolog indenfor kort afstand fra rekvirenten. Der tilbydes maksimalt 4 timers kontakt. Ved behov kan flere psykologer fra netværket inddrages. Ved afslutning vurderer psykologen, om der er behov for yderligere opfølgning eller behandling og anviser muligheder herfor.

I denne undersøgelse blev der ved første psykologkontakt ved hjælp af et kort struktureret interview foretaget en screening for at se, om personen opfyldte undersøgelsens inklusions- og eksklusionskriterier (bilag 2). Klienten blev informeret mundtligt og skriftligt om undersøgelsen (bilag 3) og underskrev i tilfælde af inklusion en skriftlig samtykkeerklæring (bilag 4). Klienten blev herefter tilbudt en psykologisk debriefing eller en anden form for intervention. Efter første eller anden psykologkontakt udfyldte klienten et spørgeskema (bilag 5).

Alle spørgeskemaer blev udleveret af psykologen. De var vedlagt skriftlig instruktion og en adresseret, frankeret svarkuvert. For at sikre projektets uafhængighed af Falck-koncernen

vedrørende håndtering af data samt opgørelse og publikation af disse, og for at sikre ansatte fuld anonymitet, skete indsamling og opbevaring af data udenfor koncernens regi, idet projektgruppen i fuld forståelse med Falck-koncernen oprettede en forskningsbase på Psykologisk Institut, Aarhus Universitet.

Et halvt år efter udfyldelse af det første spørgeskema blev et nyt, opfølgende spørgeskema (bilag 6) udsendt til klienterne af de psykologer, som havde foretaget behandlingen.

Sampling

16 psykologer meldte sig til ordningen. I en analyse af de indtastede psykolograpporter fra Falck for perioden marts 1997 til marts 1998 viste det sig, at 13 af dem var aktive i projektet. De 16 psykologer svarer til 29% af de psykologer, der på det tidspunkt var med i Falcks psykolognetværk.

24% af det samlede antal påbegyndte behandlinger i perioden og 16% af det samlede antal personer, som henvendte sig til psykologfunktionen, er med i undersøgelsen.

Antal svarpersoner pr. deltagende psykolog varierer for denne periode fra 1-29 med et gennemsnit på 13,7.

Metode

Undersøgelsen bygger på et til lejligheden konstrueret spørgeskema og efterundersøgelses-spørgeskema (se bilag 5 og 6) vedrørende demografiske forhold, traumatiske omstændigheder, familiens og egne reaktioner, kontakt til hjælpende instanser samt forekomst af alvorlige livsbegivenheder og tidligere oplevede traumatiske begivenheder og sygdomme. Herudover er følgende spørgeskemaer anvendt (jf. figur 2):

Figur 2. Belastningsområder og de tilsvarende psykologiske måleredskaber

Belastningskriterier	Måleredskaber	Forkortelse
Traumatiseringsområder (invasion, undgåelse og vagtsomhed)	Harvard Trauma Questionnaire	HTQ
Social støtte (dengang og nu)	Crisis Support Scale	CSS
Depression, angst, søvnproblemer, dissociation, somatisering, aggression, samspilsproblemer	Trauma Symptom Checklist	TSC
Angst, følelse af inkompetence, depression, mestringsvanskeligheder, social dysfunktion	General Health Questionnaire	GHQ
Forsvarsstil (stabil, neurotisk, ustabil)	Defense Style Questionnaire	DSQ

Harvard Trauma Questionnaire (HTQ), (Mollica, Caspi-Yavin, Bollini, Truong, Tor & Lavelle, 1992), er et enkelt og pålideligt screeningsinstrument, som er kulturelt sensitivt, har god indre og ydre validitet, og er mere præcist end f.eks. HSCL-25 til at identificere PTSD. HTQ består af fire dele. I den foreliggende undersøgelse er det den tredje del, som anvendes.

Skemaet består oprindeligt af i alt 30 spørgsmål, hvoraf 17 relaterer sig til de tre hoveddimensioner ved PTSD: Invadering, undgåelse og forhøjet vagtsomhed. Et ekstra spørgsmål er blevet tilføjet vedrørende skyldfølelser, der relaterer sig til undladelse eller svigt på baggrund af Raphael (1986). Svarene angives på en 4-punkts Likertskala, der spænder over svarmulighederne: "For det meste", "noget af tiden", "sjældent" og "overhovedet ikke".

The Crisis Support Scale (CSS), (Joseph, Andrews, Williams & Yule, 1992), bliver brugt til at måle oplevelsen af social støtte, dels lige efter den traumatiske begivenhed (7 spørgsmål) og dels på tidspunktet for efterundersøgelsen (7 spørgsmål). Spørgsmålene omfatter oplevet tilgængelighed, modtaget emotionel og praktisk støtte, kontakt medigestillede, evne til at udtrykke sig, et negativt aspekt ifm. oplevet svigt og generel tilfredshed. Svarene angives på en 7-punkts Likertskala, som rækker fra "aldrig" til "altid". CSS er bl.a. brugt i forbindelse med en stor eksplosionsulykke (Elklit, 1997a), og har både en rimelig indre konsistens og god diskriminationsevne. I Elklit, Pedersen & Jind (2000) analyseres næsten 4500 skemabesvarelser fra 11 undersøgelser. Resultaterne bekræfter CSS' psykometriske reliabilitet og validitet.

Trauma Symptom Checklist (TSC) er et spørgeskema udviklet af Briere & Runtz (1989). Spørgeskemaet måler forekomsten af en række forskellige, almindeligt forekommende psykologiske symptomer samt en halv snes mere traume-specifikke symptomer. Den oprindelige liste indeholdt 33 spørgsmål. Den er i Elklit (1990) udvidet med to: "Føler du dig vred eller irriteret?" og "Føler du dig uoplagt?". De 35 spørgsmål, som skemaet består af, måler forekomsten af: Depression, angst, dissociation, søvnproblemer, somatisering, samspilsproblemer, aggression og incest. De tre sidstnævnte subskalaer er tilføjet af Elklit (ibid.) efter en komparativ analyse af HSCL-25, SCL-90 og en symptomliste udviklet af svenskeren H. Leymann. Svarene angives på en 4-punkts Likertskala fra: "Nej", "ja -nogle gange", "ja - ofte", og til "meget tit". TSC har gode psykometriske kvaliteter og ser ud til at være et valid måleredskab for virkningerne af traumatisering (Elklit 1990, 1994c).

General Health Questionnaire er blevet udviklet som et psykiatrisk screeningsredskab for at kunne identificere personer, som har psykiatriske forstyrrelser og behandlingsbehov (Goldberg, 1972). Den benyttede version er GHQ-30, som er udviklet fra den oprindelige version af GHQ, som indeholder 60 spørgsmål (Huppert et al., 1989). I GHQ-30 er der sket en udelukkelse af den somatiske subskala, der benyttes til at måle en række symptomer, som man almindeligvis finder hos personer, der lider af fysiske sygdomme. GHQ-30 versionen måler derfor fortrinsvis psykologiske og psykosociale symptomer, som er samlet i fem subskalaer: Angst, følelsen af inkompetence, depression og mestringsvanskeligheder. Huppert et al. (ibid.) har i en faktoranalyse af mere end 6000 personer vist berettigelsen af de nævnte subskalaer. Svarene angives på en 4-punkts Likert-skala fra "meget dårligere end sædvanligt", "dårligere end sædvanligt", "det samme som sædvanligt" og "bedre end sædvanligt". Svarene kan kodes på flere måder. Vi har valgt værdierne (1, 2, 3, 4). En totalscore på >69 peger på en behandlingskrævende psykiatrisk tilstand (Goldberg, 1972).

Defense Style Questionnaire (DSQ) er udviklet af Bond, Gardner & Sigal (1983), og er blevet revideret flere gange. Andrews, Singh & Bond (1993) er ophavsmænd til en forkortet version af DSQ, der indeholder i alt 40 spørgsmål. Svarene i DSQ angives på en 9-punkts Likertskala,

der spænder fra ”stærkt uenig” til ”helt enig”. Svarerne måler 20 forsvarsmekanismer, som kan indeles i tre grupper: Modne eller stabile forsvarsmekanismer, neurotiske forsvarsmekanismer og umodne, ustabile forsvarsmekanismer.

En række statistiske analyser har vist, at DSQ er et målemæssigt godt redskab, som er i god overensstemmelse med kliniske vurderinger af patienter (Elklit, 1998a).

Statistiske metoder

Fordelinger beskrives ved hjælp af *procenter* og *gennemsnit*. Procenter kan i nogle tilfælde beløbe sig til mere end 100 i en tabel pga. afrunding. Herudover bruges *middelværdi*, som er den værdi, der deler en fordeling i to lige store dele til at udtrykke den centrale tendens i et sæt observationer. Hvis gennemsnit og middelværdi afviger meget fra hinanden, skyldes det, at få ekstremværdier trækker gennemsnittet op eller ned. Middeltallet er ikke så påvirkeligt af sådanne ekstremværdier.

En *standardafvigelse* (SD) er en matematisk defineret afvigelse fra gennemsnittet og et udtryk for normalfordelingskurvens form.

Chi-i anden (χ^2)-*testen* bruges til at undersøge, om fordelingen i en tabel er tilfældig, eller om der er en interaktion mellem to variabler. χ^2 siger intet om retningen af denne sammenhæng. Det gør derimod *gamma*, γ , der ligesom Pearsons '*r*' er en korrelationstest, som udtrykker sammenhængen mellem to variabler. Sammenhængen udtrykkes med et tal mellem -1.00 og $+1.00$. En positiv sammenhæng betyder, at jo mere der er af den ene variabel, jo mere er der også af den anden variabel. En negativ sammenhæng betyder derimod, at jo mere der er af denne ene faktor, jo *mindre* er der af den anden. Jo tættere på ± 1.00 , jo stærkere er sammenhængen.

ANOVA er en variansanalyse, hvor gennemsnitsværdier for f.eks. testresultater sammenlignes ud fra én to- eller fleredelt uafhængig variabel. Den uafhængige variabel kan f.eks. være køn, civilstand eller aldersgruppe. ANOVA muliggør mere komplekse analyser af samspil mellem variabler. Men ANOVA indebærer også, at den information, der ligger i kontinuerte variabler, går til spilde.

Derfor kan man anvende *regressionsanalyse*, hvor mange kontinuerlige, uafhængige variabler relateres til én enkelt afhængig variabel. Regressionsanalyse er en videreudvikling af korrelationsanalysen, en multipel korrelation. I regressionsanalysen udregnes, hvor megen vægt den enkelte uafhængige faktor bidrager med til at forklare slutresultatet.

Signifikationsniveau (*p-værdi*) er et statistisk udtryk for, om en given sammenhæng skyldes tilfældige faktorer. Hvis sandsynligheden er mindre end 5%, taler man om, at sammenhængen er signifikant, dvs. videnskabeligt betydningsfuld - på 0.05-niveauet. Jo højere signifikansniveauet er, jo mindre risiko er der for, at man tager fejl vedrørende sammenhængen.

RESULTATER

Deltagelse i undersøgelsen og intervention

I den samlede undersøgelsesperiode (marts 1997-januar 1999) deltog i alt 14 psykologer fra Falcks psykologfunktion i samarbejdet med undersøgelsesgruppen ved at inddrage klienter i undersøgelsen

78% af klienterne er erhvervskunder, mens 22% er privatkunder hos Falck. Det gennemsnitlige timeforbrug har været fire timer. Det har varieret fra mindre end en hel time til op til 12 timer. Det antal gange, som psykologen har været hos klienten, har ligeledes varieret fra 0-12 gange med et gennemsnit på 1,5. Antal gange hos psykologen varierer fra 0-9 med et gennemsnit på 1,6.

Antallet af telefonsamtaler har varieret fra 0-6 med et gennemsnit på 0,74. Længden af disse samtaler har varieret fra mindre end et minut til 120 minutter, gennemsnitlig varighed 14,7 minutter. Efter endt psykologbehandling hos Falck er 25% henvist til yderligere psykologbehandling andetsteds, eventuelt hos samme psykolog.

Seks procent er henvist til læge.

Klienterne er blevet bedt om at vurdere forløbet hos psykologen på en visuel analogskala, hvor det ene yderpunkt er ikke-tilfredsstillende forløb, midten er tilfredsstillende og det andet yderpunkt er meget tilfredsstillende. Omregnet til hundrede millimeter er gennemsnittet 78 mm, dvs. langt oppe mod den meget tilfredsstillende vurdering. Middeltallet er 84 mm. Rækkevidden er fra 26 til 100 mm. Den første fjerdedel placerer sig fra 26 til 66 mm, den næste fjerdedel fra 67 til 84 mm, den næste fjerdedel fra 84-93 mm, og den sidste fjerdedel fra 94 op til 100 mm.

Psykologerne er også blevet anmodet om at lave en helhedsvurdering af klienternes funktionsmåde ifølge det skema, der kaldes Global Assessment Functioning (GAF) (bilag 7), hvilket svarer til akse 5 i det amerikanske DSM-IV diagnosesystem. Gennemsnittet for helhedsvurderingen er 75, middeltallet er 77, og standardafvigelsen er 14,0. Deler man klienterne i fire lige store grupper, ser fordelingen således ud: Gruppe 1 = 35-64 point, gruppe 2 = 65-76 point; gruppe 3 = 78-86 point og gruppe 4 = 87-99 point.

Endelig blev psykologerne også bedt om at beskrive deres interventionsform ifm. de pågældende klienter (bilag 8).

Interventionsform		
	n	%
Defusing	21	10
Debriefing	157	74
EMD	14	7
Kognitiv	26	12
Andet	89	42
Ialt	307	

Det ses af denne oversigt, at hver anden klient møder to forskellige terapiformer; debriefing er langt den mest udbredte behandlingsform, efterfulgt af ”andet”. Af mindre hyppige behandlingsformer er kognitiv terapi, defusing og Eye Movement Desensivering.

Den endelige opgørelse af, i hvilket omfang psykologerne bedrog med klienter til undersøgelsen, viste, at i alt 14 psykologer havde bidraget med fra 1 til 36 klienter. Det gennemsnitlige antal klienter var 6,2, middeltallet 5,5. Ti af psykologerne bidrog med fra 7 til 14 klienter, to ligger lavere og to højere.

Demografi

Der deltager 213 personer i undersøgelsens første del, *akutdelen*, og 157 (74%) af disse deltager i den opfølgende efterundersøgelse seks måneder senere.

Aldersfordeling

Gennemsnittet er 37,5 år, spredningen er fra 16-77 år. Middeltallet er 37 år, dvs. at den ene halvdel er yngre end dette tal, og den anden halvdel er ældre. Den yngste fjerdedel er op til 28 år, og den ældste fjerdedel er fra 45 år og ældre.

Kønsfordeling

34% er mænd, og 66% er kvinder.

Antal børn

Det gennemsnitlige antal børn er 1,4, og middeltallet er 2.

Civilstand

Fordelingen af civilstand ses i tabel 1. To tredjedele bor i parforhold, og en tredjedel er alene.

Tabel 1	Civilstand (n=207)	(tal i %)
Ugift		20
Gift/partnerskab/samlevende		66
Fraskilt eller separeret		4
Enke(-mand)		7
Andet (kombinationer)		2

Uddannelse

Fordelingen af uddannelse ses i tabel 2. Det gennemsnitlige antal skole- og uddannelsesår er 13,1. Der er få specialarbejdere og få med højere uddannelse med i undersøgelsen. De største grupper er de mellem-uddannede og de faglærte, mens de ufaglærte udgør mindre end en femtedel.

Tabel 2 Uddannelse (n=204)	(tal i %)
Ingen/ufaglært	16
Specialarbejder e.lign.	3
Faglært (f.eks. håndværker)	28
Mellemuddannelse (f.eks. lærer/sygepl.)	34
Højere uddannelse (universitet eller lign.)	2
Under uddannelse	11
Kombinationer og andet	7

Aktuel beskæftigelse

Fordelingen på beskæftigelse ses i tabel 3. Mere end 78% af alle er i arbejde. Omkring 20% er på overførselsindkomst eller studiestøtte. Eksempler på ”andet” er værnepligt og barselsorlov.

Tabel 3 Aktuel beskæftigelse (n=204)	(tal i %)
Arbejdende	78
Dagpengemodtager	4
Efterlønsmodtager	1
Bistandshjælpsmodtager	1
Førtidspensionist	3
Folkepensionist	2
Uddannelsessøgende	4
Andet	7
Kombinationer	3

Boligforhold

64% bor i egen bolig, 26% bor til leje, og 10% bor på anden måde, f.eks. hos forældre, i andelslejlighed eller på kaserne.

Omstændigheder ved de traumatiske situationer

I tabel 4 vises de nærmere omstændigheder ifm. overfaldet. Det ses, at en fjerdedel har oplevet dødsfald, at 9% er blevet truet på livet, 8% har været udsat for psykisk vold i form af ydmygelser og chikane og 4% for fysisk vold. 6% har været udsat for kvæstelser, 6% for røveri, og 9% for ”andet”.

Herudover har 30% set døde eller sårede, 21% har været vidne til kvæstelser, 4% har overværet drab. 42% har troet, at de skulle dø eller har følt sig helt hjælpeløse ifm. traumet; 17% har været vidne til, at afmagt eller dødsangst forekom hos andre.

I de efterfølgende analyser vil de direkte eksponeringsfaktorer 3 og 4 blive lagt sammen, idet de i deres indhold svarer til ét af de to stressor-kriterier i det amerikanske diagnosesystem DSM-IV. De direkte eksponeringsfaktorer 6, 7 og 8 sammenlægges også i en ny gruppe ”vold”.

Inden for området indirekte eksponering sammenlægges faktorerne 1, 2 og 10: "Kvæstelser", "har set døde eller sårede" og "overværet drab" til én gruppe: "Vidne til død og kvæstelser". Ligeledes samles grupperne "afmagt" og "dødsangst" til én ny gruppe: "Vidne til afmagt". De indirekte eksponeringsfaktorer 6, 7 og 8, der alle drejer sig om vold, slås ligeledes i de efterfølgende analyser sammen til en ny gruppe: "Vidne til vold".

Tabel 4 I forbindelse med den ulykke/begivenhed, der får dig til at opsøge Falck-psykologen

	Har du været udsat for?		Har du været vidne til?	
	n	%	n	%
1. Kvæstelser	12	6	44	21
2. Set døde eller sårede			63	30
3. Troet at du skulle dø	18	9	5	2
4. Følt dig helt hjælpeløs og afmægtig	70	33	32	15
5. Dødsfald	51	24	52	24
6. Trusler på livet	19	9	3	1
7. Fysisk vold (slået, sparket)	9	4	4	2
8. Psykisk vold (ydmygelser, chikane)	17	8	7	3
9. Røveri/tyveri	12	6	3	1
10. Drab			9	4
11. Andet	18	9	17	8

Omfanget af det sociale netværk, der er indblandet i begivenheden, vises i tabel 5. Det ses, at i halvdelen af tilfældene var familie og venner indblandet. I en femtedel af alle tilfældene blev nogen, der stod den pågældende nær, kvæstet, og i 43% af tilfældene var der nogen, som stod den pågældende nær, som døde. Af de personer, som på det åbne spørgsmål blev nævnt indenfor dette område er: Forældre, ægtefælle, søskende, datter og søn, barnebarn, svoger, morfar, bror, forlovede, venner, kolleger, naboer, medlemmer af samme klub, en elev, en person, som klienten har haft ansvar for, datterens ven, et plejetrængende barn og en beboer på et plejehjem.

Tabel 5 Nære personer indblandet i ulykken (tal i %)

	n	Nej	Ja
Var familie og venner indblandet?	200	52	49
Blev nogen, som stod dig nær, kvæstet?	182	80	20
Er nogle, der stod dig nær, døde?	202	37	43

Forudannelser

81% havde ingen anelse om, at begivenheden ville ske, kort før den faktisk skete, mens 19% havde en forudanelse eller oplevede situationen som farlig.

Angst for egen sikkerhed under begivenheden

På en 7-punkts Likert-skala skulle svarpersonerne afkrydse, i hvilket omfang de var bange for deres egen sikkerhed under begivenheden. Gennemsnittet var 2,88, dvs. midt imellem ”nej, overhovedet ikke” og ”ja, noget”. Standardafvigelsen var 2,44.

Det værste i forbindelse med traumet

Alle svarpersonerne blev bedt om at svare på, hvad der var det mest ubehagelige de oplevede under selve traumet. 205 personer (96%) har besvaret dette åbne spørgsmål. Svarene centrerer sig omkring tre hovedemner: 1) Opleve en andens (voldsomme) død, 2) egen livsfare og 3) ventetid og afmagt. Typiske besvarelser er:

- *At det ikke var muligt for mig at komme i kontakt (psykisk/verbalt) med gerningsmanden.*
- *At se manden flyve gennem luften efter eksplosionen.*
- *At et barn døde, medens jeg havde ansvaret for det.*
- *At NN brændte - ikke at kunne gøre noget for at hjælpe ham. At han måtte lide - en skrækelig måde at dø på.*
- *At se drengen kravle med det læderede ben.*
- *Kampen for overlevelse. Hvis jeg var blevet siddende på sædet, havde jeg ikke været her i dag. Det var jeg klar over inden sammenstødet.*
- *At se den druknede forsøgt genoplivet uden held. Især var synet af Falcks forsøg med elektrochok uhyggeligt.*
- *At være ude af stand til at kunne trøste og hjælpe min kollega.*
- *At selvmordsforsøget havde direkte relation til arbejdssituationen og et forestående møde.*
- *Da manden kom gående med skyderen i hånden ved siden af bilen.*
- *Følelsen af ikke at kunne flytte sig fra farezonen og at se på, at fire mænd blev skudt.*
- *At jeg ikke var hos min mand, da han døde.*
- *Jeg troede, at jeg blev skudt.*
- *Angsten for at skulle dø.*
- *Forventningen om at jeg skulle ind til et dødt menneske. Formodningen om at personer var blevet myrdet.*
- *Jeg følte, at jeg svigtede et andet menneske, som havde det psykisk dårligt. At få at vide at han var død på så voldsom en måde.*
- *At jeg så min vens hoved blive klemt mellem tog og trinbræt.*
- *At min leder blev udsat for fysisk vold - og det hver dag at være usikker på hvilket humør personen (der slog) var i.*
- *Angsten for en utilregnelig faders adfærd i den børnehave, hvor jeg er ansat - både kollegernes angst og det stress det medfører.*
- *Den psykotiske mor opsøgte mig i mit hjem flere gange. Konflikter med børnehaven når barnet var tilstede.*
- *At hun hånede og ydmygede mig og truede mig med sin hund, mens mine børn så på det.*
- *Dagen før min storebror døde, havde jeg en drøm om, at han kørte galt i en tunnel og døde.*
- *Budskabet om at vor søn var omkommet på havet.*

- *At børnene stod uden far.*
- *At jeg kunne se barnet drukne, men ikke kunne gøre noget for at redde hende. Da det var konstateret, at klassekammeraten var død.*
- *Meddelelsen fra politiet om at min forlovede var død.*
- *Vi havde været på en udflugt hele dagen, der havde været perfekt. Men et sekunds uopmærksomhed ændrede alt, og en ung gut er væk for altid.*
- *Kvinden, jeg elsker, trykkede på aftrækkeren*
- *At et barn jeg kendte oplevedes som farligt, og at jeg havde fejlvurderet ham og situationen.*
- *Ventetiden fra Falck var kørt til jeg fik endelig besked. Jeg var alene hjemme.*
- *Utilstrækkelighed. Vi gjorde alt for at redde den døende, uden at det lykkedes.*
- *Truslerne gjorde, at jeg blev bange for mit eget liv samt for mine børns sikkerhed.*
- *At se sin mand dø i løbet af 30 sekunder uden at kunne hjælpe.*
- *At psykolog og terapeut overskred min personlige grænse, trods nej fra min side til at gå videre.*
- *Psykisk terror, æreskrænkelser, ydmygelser (forældet gestaltterapi af amatører).*
- *En 11-årig dreng døde i mine arme pga. sine kvæstelser fra ulykken.*
- *At jeg et par dage inden ulykken drømte om, at vedkommende var stoppet med at arbejde hos os.*
- *Synsindtrykket og lugten af blod.*
- *At ikke kunne stoppe maskinen tidsnok, selv om jeg havde øjenkontakt med afdøde sekundet før han blev mast. Synet, lyden af knuste knogler og lugten sidder stadig dybt i mig.*
- *At jeg troede, at overfaldsmanden fortsat var i huset, og at han ville overfalde mig.*
- *At få en ladet pistol imod tindingen og bagefter i ryggen, og at hun blev truet med en ladet pistol.*
- *At få at vide at min kræft i tyktarmen havde spredt sig til venstre lunge, og at ingen helbredelse var mulig.*
- *Det at jeg gentagne gange blev truet på livet og spyttet på.*
- *Ventetiden fra beboeren slog hovedet og faldt til ro, så jeg kunne se, hvor slem skaden var. Min magtesløshed.*
- *At min far tog sit eget liv. Han var i en psykose og anede ikke, hvad han gjorde. Han havde det godt to timer forinden.*
- *Da der blev ringet og fortalt, at Falck ledte efter vores søn i søen.*
- *At da jeg søgte hjælp hos en læge, kom han ikke.*
- *En gennemtrængende og uforklarlig stank af svovl.*
- *At se min datter falde gennem luften uden at skærmen foldede sig ud, og at jeg ingenting kunne gøre.*
- *At se det lille barn som offer i en meningsløs ulykke, og at moderen døde mellem hænderne på os.*
- *Braget. Finde en mand med et halvt hoved og den anden halvdel spredt udover vejen.*
- *Følelsen af at min datter blev kold i kroppen.*
- *At der var en masse børn der skreg, uden at jeg kunne hjælpe dem alle på en gang.*
- *Det værste var tanken om hendes tre små børn. Det var ubærligt at tænke på, at børnene fra den ene time til den anden havde mistet deres mor for altid.*

- *Det var, da knivrøveren holdt en dolk/kniv op foran mit ansigt (ca. 2 cm fra mit ansigt) og forlangte penge.*
- *At jeg var ved bevidsthed (ifølge vidner og politi), men intet kan huske.*
- *Afmagten overfor branden. Ventetiden indtil der kom hjælp. Tankerne om, hvor galt går det, hvor mange dør af branden.*
- *Lyden i mørket.*
- *Tanken om at skulle dø.*
- *At se min storebror lide, uden at være i stand til at hjælpe ham med at få smerterne til at forsvinde.*
- *At der blev taget kvælertag på mig. Truslen om at blive skudt.*
- *Synet af bilen der kom lige imod. Viden om ikke at kunne gøre noget. Skrækken for at der skulle gå ild i bilen.*
- *At se en mand brænde ihjel uden at kunne gøre noget.*
- *Maskerede røvere, der trængte ind på vores bopæl, truede os på livet med våben og forlangte penge.*
- *At sidde fast i de iskolde fingre. Hans øjne.*
- *Det var et selvmord. En mand springer ud fra 9. eller 10. etage. På vej ned råber/brøler han dødsangstens skrig - derved ser jeg op og ser ham komme med stor fart mod jorden og hører ham ramme, og samtidigt lyden af alle hans knogler, der knustes, derefter stilhed.*
- *Indbruddet i mit hjem blev begået af en tidligere elev på den skole, hvor jeg er lærer. Vedkommende havde været der i længere tid. Han havde ligget i min seng, stjålet mit undertøj etc. Det har virket dybt blufærdigheds-krænkende på mig.*
- *At se ham ligge i vandet med hovedet under.*
- *Det værste var, da røveren sigtede på mig.*
- *At se ham død på sygehuset. Han var forslået og kvalt og var derfor blå/sort i huden.*
- *At jeg ikke kunne trække vejret, og arret bagefter som gør ondt hele tiden, og jeg er bange for operation.*
- *Total uvidenhed om grundlaget for fængslingen og anklagerne efterfølgende (incest-beskyldning).*

Indvirkning på nærmeste familie

Tabel 6 Familie og venners reaktion lige efter ulykken		
	n	% af alle
1. Lettet, rolig	2	1
2. Chok/rystet	64	30
3. Vrede/bitter	9	4
4. Angst/bange	18	9
5. Bekymring, medfølelse, omsorg (støtte)	44	21
6. Sorg, savn, ulykkelig	7	3
7. Ambivalent (dengang/nu, nogle/andre)	2	1
8. Interesseret/neutral, ligegyldighed,	2	1
9. Ingen reaktion, ved ikke, husker ikke	10	5
10. Ikke specificeret	11	5
11. De ved ikke noget	4	2
12. Irrelevante svar	13	6
13. Ubesvaret	27	13
Total	213	101

Familie og venners reaktion på den voldsomme hændelse antages at have en stor betydning på ofret. I tabel 6 ses en kategorisering af besvarelsene på det åbne spørgsmål, som 87% havde svaret på. Den mest almindelige reaktion er chokket, at de nærmeste bliver dybt rystet over at høre, at de har været lige ved at miste én, de holder af, eller at vedkommende har haft en meget ubehagelig oplevelse.

Mange familiemedlemmer og venner reagerer med medfølelse, omsorg og bekymring. Resten af svarene fordeler sig i mange forskellige grupper: Angst, vrede, ligegyldighed eller fravær af reaktion m.fl. Meget stærk følelsesmæssig reaktion fra de nærmeste kan i nogle tilfælde begrænse ofrenes lyst til at berette mere om hændelsen for ikke at aktivere den angst eller den vrede, som de pågældende føler (jf. Elklit, 1993). Ligegyldighed og mangel på reaktion skaber ofte en meget stor frustration hos ofrene (jf. Elklit, 1994c).

I den efterfølgende analyse vil reaktionerne blive yderligere grupperet, således at gruppe 3 og 4, 5 og 6 samt 7-11 bliver slået sammen. Herefter er der fire nye analysegrupper: "Chok", "bekymring", "ambivalent" og "emotionel".

Tidligere livsbegivenheder og sygdom

Fordelingen af andre traumatiske begivenheder i svarpersonernes liv vises i tabel 7. Det ses her, at 57% på et tidspunkt har mistet en nærtstående, og 28% har været ude for en ulykke. 13% har været udsat for overfald og vold. Andre 13% har været udsat for voldsomme begivenheder, som har givet dem et chok. 9% har været udsat for brand, og 6% har været udsat for trusler med våben. Andre 6% har været vidne til traume. 7% har været udsat for omsorgssvigt som barn, 5% fysisk mishandlet og 4% seksuelt misbrugt. 1% har været udsat for voldtægt, og 8% for andre traumer. Eksempler på disse er "tæt på at miste en nærtstående", "tæt på at miste livet", "sygdom" og "alvorlige tilfælde af mobning".

Tabel 7 Har du oplevet nogle af de følgende begivenheder tidligere i dit liv?		(Tal i %)
1.	Voldtægt ¹⁾	1,4
2.	Seksuelt misbrug ²⁾	3,8
3.	Overfald/vold ¹⁾	12,7
4.	Chok	13,1
5.	Trusler med våben ¹⁾	5,6
6.	Ulykke	28,2
7.	Brand	8,5
8.	Vidne til traume	5,6
9.	Fysisk mishandling ²⁾	5,2
10.	Omsorgssvigt som barn ²⁾	7,6
11.	Mistet en nærtstående	57,3
12.	Andre traumer	8,0

¹⁾ Samles i én variabel: "Tidligere vold".
(Total=36, (17%), idet 6 har oplevet 2 voldstyper)

²⁾ Samles i én variabel: "Opvækstsvigt".
(Total=25, (12%), idet 6 har oplevet 2 el. 3 opvækstsvigt)

I tabel 8 ses omfang af sygdom, medicin og behandling. Det ses her, at 17% angiver, at de har en legemlig sygdom, og det samme antal har brugt medicin før ulykken. 7% angiver, at de har en psykisk sygdom, og 3% har på et tidspunkt været indlagt på en psykiatrisk afdeling. Mere end en fjerdedel har fået medicin efter ulykken, og knap halvdelen angiver at have været i kontakt med en praktiserende psykolog eller psykiater.

De legemlige sygdomme drejer sig f.eks. om for højt blodtryk, hjerteproblemer, for lavt stofskifte, nyreproblemer, kunstige hofter, rygproblemer, gigt og astma. De psykiske problemer drejer sig f.eks. om depression og angst. Eksempler på medicin før ulykken er medicin mod for højt blodtryk, gigtmedicin, anti-depressiva og medicin mod astma. Eksempler på medicin efter ulykken er sovemedicin, anti-depressiva, angstdæmpende/beroligende og smertestillende midler samt de former for medicin, der eventuelt blev brugt af personen inden ulykken.

Tabel 8 Omfang af sygdom, medicin og behandling		
	Nej	Ja
Har du en legemlig sygdom?	83	17
Har du en psykisk sygdom?	93	7
Brugte du medicin før ulykken?	83	17
Har du fået medicin efter ulykken?	72	28
Har du haft kontakt til praktiserende psykolog/psykiater?	51	49
Har du været indlagt på psykiatrisk afdeling?	98	3

Andre større livsændringer

Indenfor det sidste år har 100 ud af 204 personer været ude for andre større livsændringer såsom dødsfald, sygdom, skilsmisse, flytninger, familieændringer, jobændringer eller andet. Antallet af sådanne ændringer varierer fra 0-6. I gennemsnit er der 0,8 pr. person. 51% har ingen af disse større livsbegivenheder. 32% har oplevet en, 8% har oplevet to, og 8% har oplevet tre eller flere af disse begivenheder.

Støtte fra hjælpeinstanser og sikkerhedsfølelsen

I tabel 9 vises kontakten med en lang række hjælpeinstanser. Det ses, at 87% har haft kontakt med en psykolog, hvilket var indgangskriteriet til undersøgelsen. Halvdelen har været i kontakt med politiet, 38% med sygehus, en tredjedel med egen læge og ambulancetjeneste. På et efterfølgende spørgsmål om, hvorvidt man fik den hjælp, man ønskede, ses gennemgående meget høj tilfredshed med den ydede hjælp, dog mindst med kranbilservice. Den måde, hjælpen er blevet givet på, er også blevet vurderet, og her ses meget høje tal, som udtrykker en høj tilfredshed med den ydede hjælp.

Den aktuelle sikkerhedsfølelse er belyst via en 7-punkts Likert-skala fra 1 = Jeg er bange for, at der let kan ske en ny ulykke, til 7 = Jeg føler mig helt sikker på, at der ikke sker mig noget igen. Gennemsnittet på denne skala var 3,7, med en SD på 1,87. Dvs. at gennemsnittet ligger meget tæt på midterpunktet, hvor der er nogen angst for, at hændelsen kan ske igen.

Tabel 9 Kontakt med hjælpeinstanser						
	Har du haft kontakt med		Fik du den hjælp, du ønskede?		Var de venlige og forstående?	
	Nej=1, Til dels=2, Ja=3		Nej=1, Til dels=2, Ja=3		Nej=1, Til dels=2, Ja=3	
	n	%	n	%	n	%
Ambulance	68	32	62	2,74	61	2,77
Kranbil	6	3	5	1,80	4	2,75
Sygehus	81	38	78	2,58	77	2,68
Politi	105	49	81	2,56	98	2,64
Egen læge	71	33	68	2,69	68	2,82
Psykolog	185	87	168	2,89	173	2,99
Andre	55	26	51	2,61	52	2,67

Harvard Trauma Questionnaire

I tabel 10 vises rækkevidde, gennemsnit, standardafvigelse, antal personer og antal items samt et mål for skalaernes interne konsistens (α) og deres diskriminationsevne i form af inter-item korrelationer. For HTQ's vedkommende drejer det sig om subskalaerne invasion, undgåelse, vagtsomhed samt en HTQ totalscore. Set i forhold til hinanden, når man deler gennemsnittet med antal, er den relative score: Invasion = 2,63, undgåelse = 1,87 og vagtsomhed = 2,47. Vi ser her, at omfanget af invasion og vagtsomhed er tilnærmelsesvis lige store, mens omfanget

af undgåelse er betydeligt mindre. Dette svarer godt til den overordnede models (figur 1) antagelse om, at undgåelse er et sekundært fænomen i forhold til de to andre kernesymptomområder indenfor PTSD med tiden vil udvikle sig i det omfang, traumet ikke bliver bearbejdet. Den interne konsistens for de tre subskalaer og for hele HTQ-total er gode. Det samme gælder diskriminationsevnen for de enkelte subskalaer og for totalscoren.

På basis af HTQ beregnes forekomsten af PTSD. I tabel 11 ses fordelingen af PTSD-symptomer efter antal og art. Det ses, at hele 90% opfylder PTSD-diagnosens invasionskriterier. 41% opfylder undgåelseskriteriet, og 72% opfylder vagtsomhedskriteriet. I alt opfylder 38% alle tre kernekriterier for PTSD.

Tabel 10 Deskriptiv statistik for akutundersøgelsen								
		Række- vidde	Gennem- snit	SD	n	Antal items	α	Inter-item
HTQ	- Invasion	4-16	10,05	2,75	200	4	0,74	0,42
	- Undgåelse	8-31	14,94	5,17	197	8	0,78	0,31
	- Vagtsomhed	5-20	12,33	3,96	200	5	0,80	0,44
	Total	32-110	61,19	17,26	182	31	0,93	0,29
TSC	- Depression	9-32	18,01	5,56	153	9	0,81	0,32
	- Angst	8-25	13,63	3,76	161	8	0,71	0,22
	- Dissociation	7-23	12,62	3,81	161	7	0,78	0,35
	- Søvnproblemer	4-16	8,23	3,08	164	4	0,82	0,53
	- Somatisering	6-22	10,92	3,51	162	6	0,77	0,36
	- Samspilsproblemer	6-17	8,61	2,53	158	6	0,68	0,26
	- Aggression	3-10	3,50	0,94	163	3	0,52	0,27
	Total	33-99	56,93	15,04	175	33	0,93	0,27
GHQ	- Angst	8-32	20,19	5,67	193	8	0,89	0,50
	- Inkompetence	7-23	14,24	3,31	194	6	0,83	0,46
	- Depression	5-20	9,43	3,63	201	5	0,85	0,53
	- Mestringsproblemer	7-19	11,76	3,01	198	5	0,74	0,36
	- Social dysfunktion	4-12	7,48	2,80	203	3	0,70	0,43
	Total	32-91	55,94	13,98	183	30	0,95	0,38
DSQ	- Stabil	18-70	44,46	9,96	192	8	0,61	0,17
	- Neurotisk	18-117	40,75	10,58	196	8	0,45	0,09
	- Ustabil	32-137	85,94	23,42	185	24	0,80	0,15

Tabel 11 Fordelingen af PTSD-symptomer efter ulykken i % efter art					
	Antal symptomer				
	0	1	2	3	≥4
Invasion	10	17	30	28	16
Undgåelse	24	13	21	15	26
Vagtsomhed	18	11	15	24	36
Total	7	21	34	38	

Trauma Symptom Checklist

I tabel 10 vises en række mål for de enkelte subskalaer i TSC samt i TSC-total. Set i forhold til hinanden (gennemsnit delt med antal spørgsmål) er den relative score for de enkelte subskalaer således: Depression = 2,00, angst = 1,70, dissociation = 1,80, søvnproblemer = 2,05, somatisering = 1,82, samspilsproblemer = 1,44 og aggression = 1,17. Den højeste enkeltværdi er for søvnproblemer, hvilket svarer godt til den generelle teoris forventning om forhøjet vagtsomhed og arousal, som er stærkest umiddelbart efter et traume. Tilsvarende er værdierne for den interpersonelle sensitivitet ("samspilsproblemer") og aggression meget lave, hvilket også er almindeligt umiddelbart efter et traume. Uden behandling vil man normalt forvente, at disse værdier stiger efter nogen tid.

Den interne konsistens for de enkelte subskalaer er god, med undtagelse af aggression. Diskriminationsevnen for de enkelte subskalaer er også yderst tilfredsstillende, dog mindst for søvnproblemer. TSC-totalscorens interne konsistens og diskriminationsevne er ligeledes tilfredsstillende.

General Health Questionnaire

I tabel 10 ses fordelingen for de centrale statistiske værdier for de fem subskalaer, som indgår i GHQ samt for totalscoren.

Den relative størrelse af de enkelte subskalaer (når gennemsnittet deles med antallet af spørgsmål) er som følger: Angst = 2,52, følelse af inkompetence = 2,37, depression = 1,89, mestringsproblemer = 2,35 og social dysfunktion = 2,49. Angst og social dysfunktion er de mest fremtrædende problemområder efter traume ifølge GHQ, mens depression er mindst fremtrædende af de fem subskalaer. Dette billede er markant anderledes end det, som TSC fremviser, hvor depression er mest fremtrædende og angst meget mindre fremtrædende. Forskellen herpå skyldes sandsynligvis, at TSC er gearret til traume-situationer, mens GHQ er udviklet til at måle psykiatriske problemer i en befolkning.

Den interne konsistens for de enkelte subskalaer og for den samlede GHQ-score er meget fine, ligesom de enkelte subskalaers diskriminationsevne er god. Mindst diskriminerende er depressionsskalaen.

Defense Style Questionnaire

I tabel 10 vises de statistiske værdier for Defense Style Questionnaire. Relativt set er den gennemsnitlige item-værdi for den stabile forsvarsstil 5,56, for den neurotiske forsvarsstil 5,09 og for den ustabile forsvarsstil 3,58. Dvs. at omfanget af modne og neurotiske forsvarsmekanismer er langt mere fremtrædende end omfanget af de umodne forsvarsmekanismer. Forsvarskvotienten (summen af de stabile og neurotiske forsvarsmekanismer delt med antallet af de ustabile forsvarsmekanismer er 0,99, hvilket svarer til fordelingen i en normalbefolkning ifølge en stor sammenlignende undersøgelse (Elklit, 1998a).

Den interne konsistens for specielt den neurotiske forsvarsstil, men også i et vist omfang for den stabile forsvarsstil, er ikke helt tilfredsstillende, mens den er god for den ustabile forsvarsstil. Ligeledes er diskriminationsevnen, specielt for den neurotiske forsvarsstil, heller ikke helt tilfredsstillende. Dette har sandsynligvis at gøre med, at hele DSQ er bygget op omkring forsvarsmekanismer, som er undersøgt ved hjælp af kun to items og i højere grad afspejler disse entiteter, end at den fremtræder som en stringent skala. Disse problemer er yderligere belyst i ovennævnte publikation.

Åbent slutspørgsmål

Svarene på det åbne spørgsmål: *Nu har du svaret på en række spørgsmål om dig selv. Er der her til sidst noget, du har lyst til at fortælle os, som du gerne vil have vi skal vide eller være opmærksomme på?* – er blevet indholdsanalyseret og kategoriseret som følger:

Tabel 11a Fordeling af svar på det åbne spørgsmål	
	Antal svar
Uddybe hændelser ("hvad var det værste")	10
Andre voldsomme hændelser	12
Opvækst, baggrund	7
Psykologbehandling	16
Selvreflektion/-erkendelse	14
Nuværende tilstand:	
- Kropsligt	1
- Psykisk	6
- Socialt (omgivelsernes reaktion)	4
Skemakritik	9
Forbedringsforslag	16
I alt	95

Uddybninger af hændelser er fortrinsvis de, som har haft specielle oplevelser såsom langvarig telefonterror, arbejdspladsschikane og at vente ekstra 48 dage på en livsnødvendig kræftbehandling pga. en kommunikationsfejl fra hospitalets side.

Andre voldsomme hændelser er fortrinsvis dødsfald. Opvækst drejer sig fortrinsvis om voldsomme hændelser, der ligger langt tilbage.

Tilfredsheden med psykologens arbejde er meget stor hos de, der skriver om det under det åbne spørgsmål.

Selvreflektion kan ses som en fortsættelse af det erkendelsesarbejde, som er forgået i forbindelse med behandlingen.

Tilstandsbeskrivelser er fortrinsvis af negativ art og signalerer et behov for mere støtte undtagen i to tilfælde under ”psykisk” og ét under ”socialt”, hvor der rapporteres om positive udviklinger.

Skemakritik er forståelige klager eller suk over længden og dybden på et sårbart tidspunkt, og problemet med nogle gange at finde det mest rigtige svar, når flere muligheder kan være lige gode.

Forbedringsforslag er ønsker til at forbedre alarmfunktionen og den psykologiske førstehjælp på flere punkter. Ønskerne vil blive gennemgået med Falcks psykologer.

Analyse af uafhængige variabler

I tabel 1 vises de indbyrdes sammenhænge mellem de uafhængige faktorer i undersøgelsen.

Køn

Der er i undersøgelsen en overvægt af kvinder, der har mellemuddannelse.

Alder

De, der er ældre, har forholdsvis flere børn, de lever oftere i parforhold, de har flere uddannelsesår bag sig, de er oftere i arbejde, og de har oftere egen bolig.

Antal børn

De, der har flere børn, lever oftere i parforhold, de har ikke brugt så mange år på uddannelse, og de bor oftere i egen bolig.

Civilstand

De, der bor i parforhold, har oftere mellemuddannelse og er sjældnere ufaglærte, de er oftere i arbejde og har oftere egen bolig.

Uddannelseslængde

Uddannelseslængden er positivt sammenhængende med uddannelsestypen, dvs. de mellemuddannede har længere uddannelse end dem, der har en mindre eller ingen uddannelse.

Uddannelsestype

De, der har en mellemuddannelse eller en faglært uddannelse, har oftere arbejde end de ufaglærte, og de har oftere egen bolig.

Arbejde

De, der har arbejde, har oftere egen bolig.

Tabel 12 Sammenhænge mellem demografiske faktorer							
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. Køn							
2. Alder	2,5 (3) ,17						
3. Antal børn	1,4 (3) ,13	108,5 (9)5) ,67 5)					
4. Civilstand	2,6 (1) -,25	39,6 (3)5) ,51 5)	29,0 (3)5) ,46 5)				
5. Uddannelsesår	0,8 (3) -,04	36,1 (9)5) -,16 1)	18,8 (9)1) -,12	2,4 (3) ,16			
6. Uddannelsestype	12,6 (2)3) ,31 1)	9,8 (6) ,06	3,8 (6) ,06	10,9 (2)3) ,28	103,3 (6)5) ,84 5)		
7. Arbejde	2,6 (1) -,30	14,7 (3)3) ,17	2,5 (3) ,16	16,7 (1)5) ,57 5)	7,3 (3) ,22	6,2 (2)1) ,36 1)	
8. Bolig	1,8 (1) ,19	33,8 (3)5) ,51 5)	30,9 (3)5) ,45	29,7 (1)5) ,67 5)	,5 (3) ,03	8,6 (2)1) ,17	13,7 (1)3) ,52 5)

χ^2 er først nævnt. Antal frihedsgrader i parentes. Til sidst gammaværdier.
 $p < 1) .05$ 2) .01 3) .005 4) .001 5) .0005

Analyse af traumatiseringsvariable

Sammenhænge mellem direkte eksponeringsfaktorer

I tabel 13 vises de indbyrdes sammenhænge mellem de direkte eksponeringsfaktorer.

Kvæstelser

De, der er blevet kvæstet, har oftere set døde eller sårede, har oftere selv følt afmagt og har oftere selv haft dødsfald inde på livet.

Set døde eller sårede

De, der har set døde eller sårede eller haft forventninger om selv at dø, har oftere følt afmagt og oplevet dødsfald eller drab.

Dødsforventninger

De, der har troet, at de selv skulle dø, har oplevet en afmagt og har oftere overværet drab. Afmagtsfølelsen er også knyttet til at have oplevet dødsfald.

Fysisk vold

De, der har oplevet fysisk vold, har også oftere oplevet psykisk vold.

En række andre sammenhænge i tabellen er ikke interessante pga. et lille svarantal for de enkelte hændelser. Gammaværdier på $\div 1,00$ betyder i denne sammenhæng, at der er tomme celler i de små tabeller, hvorfor en fortolkning er meningsløs.

Tabel 13 Sammenhænge mellem direkte eksponeringsfaktorer								
	1.	2.	3.	4.	5.	7	8	10.
1. Kvæstelser								
2. Set døde	54,9 5) ,87 5)							
3. Dødsforventning	4,8 ,72	6,3 1) ,82						
4. Afmagt	12,3 4) ,60 2)	10,0 3) ,54 2)	16,1 3) ,93 5)					
5. Dødsfald	10,6 3) ,52 3)	22,7 5) ,65 5)	0,7 ,36	20,7 5) ,70 5)				
7. Fysisk vold	0,0 ,13	1,7 -1,00 1)	0,1 -1,00	0,7 -1,00	1,3 -1,00			
8. Psykisk vold	0,3 ,22	3,0 -1,00 2)	0,2 -1,00	0,0 -,03	2,3 -1,00	28,0 3) ,95		
10. Drab	3,2 ,53	15,9 5) ,91 3)	16,2 1) ,90	0,1 -,18	0,0 -,0,6	0,2 -1,00	0,3 -1,00	
11. Andet	4,8 1) -1,0 5)	0,3 -,17	0,4 -1,00	0,1 0,11	0,0 -,03	1,6 -,60	0,6 -1,00	0,8 -1,00

χ^2 er først nævnt. Antal frihedsgrader = 1. Til sidst gammaværdier.

p< 1) .05 2) .01 3) .005 4) .001 5) .0005

Tallene i venstre kolonne refererer til tallene i tabel 4

Sammenhænge mellem indirekte eksponeringsfaktorer

I tabel 14 vises de indbyrdes sammenhænge mellem de indirekte eksponeringsfaktorer.

Kvæstelser

De, der har været vidne til kvæstelser, har oftere haft dødsforventning.

Dødsforventninger

De, der har overværet en situation, hvor nogen har haft dødsforventninger, har oftere følt stor hjælpeløshed, de har sjældnere overværet dødsfald, og de har oftere været vidne til, at et røveri var i gang.

Hjælpeløshed

De, der har været vidne til hjælpeløshed og rædsel, har oftere været vidne til eller har mødt nogen, der har oplevet dødsfald eller er blevet truet på livet. De, der har været vidne til trusler, har tillige været vidne til psykisk vold og har oftere været vidne til røveri. De, der har været vidne til fysisk vold, har ofte også været vidne til eller har mødt nogen, der har oplevet psykisk vold. De, der har været vidne til psykisk vold, har oftere overværet røveri.

Tabel 14 Sammenhænge mellem indirekte eksponeringsfaktorer ("vidne")								
	1.	3.	4.	5.	6.	7	8	9.
1. Kvæstelser								
3. Dødsforventning	28,4 5) ,88 1)							
4. Hjælpeløs	0,4 ,20	7,1 2) ,57 1)						
5. Dødsfald	1,7 -,57	3,7 1) -,71 2)	7,9 3) ,43 2)					
6. Trusler	0,0 -,04	4,3 ,55	5,9 1) ,52 1)	6,6 3) -1,00 5)				
7. Fysisk vold	4,9 ,69	0,9 -1,00 2)	0,0 ,01	3,0 -1,00 3)	2,0 ,52			
8. Psykisk vold	0,0 ,03	0,3 ,20	0,6 ,19	5,8 2) -1,00 5)	33,1 5) ,88 2)	17,0 3) ,84		
9. Røveri	0,2 ,22	10,2 1) ,74	0,5 ,20	4,0 1) -1,00	38,2 5) ,91 2)	0,6 ,37	11,1 2) ,76	
11. Andet	0,0 ,04	0,2 ,17	0,3 ,14	0,6 -,24	1,9 -1,00 4)	0,9 -1,00 2)	2,0 ,44	1,2 -1,00 3)

χ^2 er først nævnt. Antal frihedsgrader = 1. Til sidst gammaværdier.

p< 1) .05 2) .01 3) .005 4) .001 5) .0005

Tallene i venstre kolonne refererer til tallene i tabel 4

Nære indblandet

I tabel 15 ses, at der er nær sammenhæng mellem alle tre faktorer; at hvis nære er indblandet i traumesituationen, er de oftere kvæstet eller døde.

Tabel 15 Sammenhænge mellem faktorer, hvor nærtstående er berørt af traumet		
	1.	2.
1. Nære indblandet		
2. Nære kvæstede	16,9 5) ,67 5)	
3. Nære døde	23,4 5) ,63 5)	16,2 5) ,64 5)

χ^2 er først nævnt. Antal frihedsgrader = 1. Til sidst gammaværdier.

p< 1) .05 2) .01 3) .005 4) .001 5) .0005

Tidligere traumatiske livsbegivenheder

I tabel 16 vises de indbyrdes sammenhænge mellem de tidligere forekommende traumatiske begivenheder.

Vold

Det ses, at de, der har oplevet meget vold, oftere har været udsat for opvækstsvigt.

Opvækstsvigt

De, der har været udsat for opvækstsvigt, har oftere været udsat for ulykker, har oftere været vidne til traumer og scorer også højt i rubrikken ”andre traumer”.

Ulykke

De, der har oplevet alvorlige ulykker tidligere i deres liv, har oftere overværet brand eller været vidne til andre traumer.

Vidne til traume

De, der har overværet andre traumer, scorer også højt på den anden gruppe med ”andre traumer”.

Tabel 16 Sammenhænge mellem tidligere forekommende traumatiske begivenheder						
	1.	2.	6.	7.	8.	11.
1. Vold						
2. Opvækstsvigt	7,4 1) ,54 1)					
6. Ulykke	1,4 ,22	5,5 1) ,46 1)				
7. Brand	0,4 ,19	0,5 ,22	4,6 1) ,48			
8. Vidne	2,5 ,45	37,0 5) ,91 3)	9,3 3) ,70 1)	1,1 0,40		
11. Dødsfald	0,4 ,11	0,0 ,03	3,0 ,27	1,8 ,35	0,0 ,02	
12. Andre	2,1 ,38	5,6 1) ,57	0,2 ,13	0,3 ,20	19,6 4) ,84	0,1 ,10

χ^2 er først nævnt. Antal frihedsgrader = 1. Til sidst gammaværdier.

p< 1) .05 2) .01 3) .005 4) .001 5) .0005

Tallene i venstre kolonne refererer til tabel 7 med undtagelse af de to første, som er nye grupper

Sygdom og anden behandling

Det ses i tabel 17, at de, der har fysisk sygdom, også har taget medicin før den voldsomme begivenhed og fortsætter med at tage medicin efter kriseinterventionen. Denne gruppe har også oftere været indlagt på psykiatrisk afdeling.

De, der har lidt af en psykisk sygdom, har oftere taget medicin før hændelsen og fortsætter med at tage medicin efter kriseinterventionen og har tillige oftere været indlagt på psykiatrisk afdeling.

De, der tidligere har taget medicin, fortsætter i højere grad også med at tage medicin efter ulykken. Denne gruppe har også oftere været indlagt på psykiatrisk afdeling.

Tabel 17 Sammenhænge mellem sygdomsfaktorer og behandling					
	1.	2.	3.	4.	5.
1. Fysisk sygdom					
2. Psykisk sygdom	4,0 ,56				
3. Medicin før	84,3 5) ,95 5)	36,4 5) ,92 4)			
4. Medicin efter	25,1 5) ,74	27,5 5) ,92 5)	57,1 5) ,90 5)		
5. Kontakt psykolog	0,1 ,06	0,4 ,18	0,6 ,14	2,7 ,26	
6. Indlagt psykiatrisk	15,2 3) ,92 1)	11,2 1) ,87	14,1 3) ,91 1)	2,7 ,61	0,3 ,25

χ^2 er først nævnt. Antal frihedsgrader = 1. Til sidst gammaværdier.
 $p < 1)$.05 2) .01 3) .005 4) .001 5) .0005

Krisebehandlingen

Omfang og henvisninger

Det ses i tabel 18, at timetallet hos psykologerne hænger sammen med højt sessionstal, mange telefonsamtaler samt større antal henvisninger til psykolog og læge.

Hvis antallet af sessioner er højt ude hos klienten, er det tilsvarende lavt i psykologens klinik. Tillige vil der være færre telefonsamtaler, men disse vil være af længere varighed. Der vil oftere være tale om, at klienten bliver henvist til psykologbehandling, efter at forløbet hos Falck er afsluttet.

Antallet af sessioner hos psykologen hænger positivt sammen med antallet af telefonsamtaler og videre henvisning til psykologbehandling.

Antallet af telefonsamtaler hænger negativt sammen med længden af disse og positivt sammen med videre henvisning til psykolog. Endelig er der en positiv sammenhæng med videre henvisning til psykolog og videre henvisning til læge.

Tabel 18 Sammenhænge mellem rammefaktorer og henvisninger						
	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Antal timer						
2. Sessioner hos klient	12,1 (6) ,11					
3. Sessioner hos psykolog	105,9 (9) ,26 3)	145,1 (6) 5) ,65 5)				
4. Telefonsamtaler	19,7 (6) 3) ,25 2)	10,6 (4) 1) ,07	22,0 (6) 4) ,30 3)			
5. Telefonminutter	6,2 (6) ,15	4,7 (4) ,21 1)	9,3 (6) ,05	94,0 (4) 5) ,37 5)		
6. Henvisning psykolog	21,5 (3) 5) ,56 5)	7,2 (2) 1) ,22	8,1 (3) 1) ,17	6,5 (2) 1) ,32 1)	1,1 (2) ,05	
7. Henvisning læge	7,5 (3) ,65 2)	5,5 (2) ,42	4,2 (3) ,10	2,8 (2) ,00	2,6 (2) ,26	41,4 (1) 5) ,97 4)

χ^2 er først nævnt. Antal frihedsgrader i parentes. Til sidst gammaværdier.
 $p < 1) .05$ 2) .01 3) .005 4) .001 5) .0005

Sammenhænge mellem interventionsformer

I hvilket omfang bruger psykologerne bestemte kombinationer af behandling? I fortolkningen af tabel 19 skal man være opmærksom på, at tre fjerdedele af behandlingen involverer debriefing, og at der er tale om relativt små tal for de andre grupper. Dette giver sig udslag i gammaværdier på $\div 1,00$, hvilket betyder, at der er tomme celler. Dvs. at man enten vælger den ene eller den anden interventionsform, og at der ikke er tale om noget overlap. Derfor viser tabellen kun to sikre fund. Det ene er, at hvis man anvender defusing som arbejdsmetode, er det oftere forbundet med Eye-Movement-Desensivering. Det andet er, at hvis man bruger debriefing, kombinerer man det sjældent med andre interventionsformer.

Tabel 19 Sammenhænge mellem interventionsformer				
	1.	2.	3.	4.
1. Defusing				
2. Debriefing	3,30 ,40			
3. EMD	5,9 (1) ,62	2,1 ,38		
4. Kognitiv	3,2 -1,00 5)	2,2 ,31	2,1 (1) -1,00	
5. Andre	3,1 ,43	21,2 (5) ,63 5)	1,5 (1) ,32	0,8 ,19

χ^2 er først nævnt. Antal frihedsgrader = 1. Til sidst gammaværdier.
 $p < 1) .05$ 2) .01 3) .005 4) .001 5) .0005

Sammenhænge mellem funktionsvurdering, traumatisering, forsvarsstil og symptom-skalaer

I tabel 20 ses de indbyrdes sammenhænge mellem alle væsentlige, afhængige faktorer i de forskellige standardiserede spørgeskemaer, der indgår i undersøgelsen. Med ganske få undtagelser er alle sammenhænge signifikante og på et meget højt niveau ($p < .0005$). Dvs. at hvis man finder et bestemt enkelt symptom, er der store muligheder for at finde andre symptomer. GAF, den globale vurdering af klientens funktionsmåde, er negativt forbundet med alle symptomer samt forsvarsstil, med én undtagelse: Stabilt eller modent forsvar.

Det modne forsvar er ligeledes negativt forbundet med alle symptomer. Ustabilt forsvar er positivt og signifikant forbundet med stort set alle symptomer, undtaget angst, inkompetence, mestringsvanskeligheder og social dysfunktion indenfor GHQ samt vagtsomhedssubskalaen i HTQ, hvor sammenhængene ikke er signifikante.

Neurotisk forsvar befinder sig midt imellem de to ovennævnte former for forsvarsstil og udviser positive sammenhænge med alle symptomer. Men der er ikke signifikans ifm. social dysfunktion og inkompetence i GHQ, og de positive sammenhænge er svagere end ved ustabilt forsvar.

Tabel 20 Sammenhænge mellem afhængige faktorer. Pearsons korrelationer.																					
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.
1. GAF																					
HTQ																					
2. Invasion	-,41																				
3. Undgåelse	-,37	,51																			
4. Vagtsomhed	-,37	,58	,70																		
5. Total	-,45	,75	,89	,83																	
DSQ																					
6. Stabil	,24 4)	-,22 3)	-,30	-,25 4)	-,31																
7. Neurotisk	-,03	,19 2)	,16 1)	,15 1)	,24 3)	,09 *)															
8. Ustabil	-,17 1)	,21 3)	,31	,13 *)	,32	,07 *)	,39														
TSC																					
9. Depression	-,45	,68	,69	,76	,85	-,30	,16 1)	,21 2)													
10. Angst	-,40	,52	,68	,72	,77	-,28	,24 4)	,24 4)	,80												
11. Dissociation	-,34	,56	,69	,71	,78	-,27	,23 4)	,27	,80	,87											
12. Søvn	-,30	,62	,52	,62	,65	-,23 4)	,19 2)	,22 3)	,74	,58	,60										
13. Somatisering	-,37	,53	,52	,66	,71	-,24 4)	,19 2)	,16 1)	,80	,93	,81	,56									
14. Samspil	-,32	,43	,75	,65	,78	-,22 3)	,16 1)	,36	,64	,70	,69	,44	,58								
15. Aggression	-,28 3)	,29	,56	,42	,58	-,21 3)	,22 3)	,38	,49	,51	,54	,30	,42	,69							
TSC total	-,44	,66	,76	,76	,89	-,30	,24 3)	,29	,94	,92	,92	,75	,88	,80	,59						
GHQ																					
16. Angst	-,41 3)	,60	,64	,71	,76	-,31	,24 4)	,14 *)	,75	,68	,68	,62	,64	,56	,40	,78					
17. Inkompetence	-,33	,58	,61	,67	,70	-,41	,12 *)	,07 *)	,69	,62	,60	,54	,61	,49	,38	,72	,74				
18. Depression	-,41	,49	,58	,49	,67	-,35	,16 1)	,28	,63	,61	,56	,45	,60	,51	,47	,66	,70	,59			
19. Mestringsproblemer	-,39	,57	,62	,64	,71	-,27	,17 1)	,13 *)	,68	,62	,59	,46	,61	,53	,33	,71	,81	,69	,72		
20. Soc. dysfunktion	-,32	,47	,54	,48	,58	-,33	,08 *)	,04 *)	,57	,48	,45	,44	,52	,45	,34	,58	,61	,66	,61	,65	
21. Total	-,43	,63	,69	,72	,82	-,37	,25 4)	,18 1)	,79	,73	,70	,62	,70	,61	,46	,82	,95	,80	,85	,89	,72

p< .0005, undtaget når andet er vist, *) = ikke signifikant
p< 1) .05 2) .01 3) .005 4) .001

Sammenhænge mellem demografi, traumatiseringsfaktorer og afhængige variable

I tabel 21 vises sammenhænge mellem demografiske faktorer og uafhængige variable. Det ses, at *køn* er forbundet med en lang række sammenhænge, hvor kvinder scorer højt på subskalaerne fra HTQ, TSC samt GHQ.

På det sociale område modtager kvinder oftere praktisk hjælp efter begivenheden end mænd gør, men alt i alt er de mindre tilfredse med den støtte, de modtager efter begivenheden, end mænd er.

Hvad angår *alder* er der en stigende tendens til at symptomerne bliver mere udtalte, jo ældre man er. Der er dog hos utroligt mange faktorer et lille dyk, således at den næstyoungste aldersgruppe (28-37 år) ligger lavest på en lang række faktorer: Undgåelse, HTQ-total, dissociation, søvnproblemer, samspilsproblemer, aggression indenfor GHQ, depression og GHQ-total. Det eneste område, hvor man ser en faldende tendens med alder, er i forbindelse med tendensen til at have kontakt med andre i samme situation efter begivenheden.

Antal af børn har næsten ingen sammenhæng med de afhængige variable.

Det at leve i et *parforhold* har også meget få sammenhænge med de afhængige variable i nedadgående retning, sådan at der er et lavere symptomniveau hos dem, der bor i parforhold. Til gengæld er der et højere niveau af ustabil forsvar.

Uddannelseslængde

Uddannelseslængden har en negativ sammenhæng med omfanget af symptomer og ustabil forsvar.

Uddannelsestypen

viser næsten ingen sammenhænge med de afhængige mål. De mellem-uddannede har færre ustabile forsvarsmekanismer. De faglærte modtager mindre sympati efter begivenheden end de henholdsvis ufaglærte og mellem-uddannede.

Det at have *fuldtidsarbejde* har meget få sammenhænge med de afhængige faktorer og giver sig udslag i mindre aggression, lavere TSC total score og færre ustabile forsvarsmekanismer.

Ejrbolig

har få sammenhænge med uafhængige faktorer; det at have egen bolig giver sig udslag i flere mestringsproblemer, mere social dysfunktion og højere GHQ total score. Omfanget af ustabil forsvarsstil er derimod mindre hos boligejerne end hos lejerne. Boligejerne har en mindre tendens til at have kontakt med andre i samme situation efter begivenheden, end lejerne har.

Tabel 21. Sammenhænge mellem demografiske faktorer og afhængige variable. One-way ANOVA. F-ratio.

		Køn	Alder	Børn	Parforhold	Udd.- længde	Udd.- type	Arbejde	Ejerbolig
HTQ	- Invasion	11,5 4)	3,0 1)	0,6	0,1	3,6 1)	1,6	0,4	0,4
	- Undgåelse	6,8 2)	2,5	0,5	1,1	2,1	2,8	1,0	0,9
	- Vagtsomhed	27,6 5)	1,2	0,4	0,1	1,5	0,1	1,0	0,9
	Total	12,8 3)	3,1 1)	1,8	6,3 2)	2,9 1)	0,8	0,5	1,0
TSC	- Depression	19,8 5)	1,1	2,3	1,3	1,9	0,2	2,4	0,2
	- Angst	31,55 5)	1,2	1,4	1,3	1,9	0,8	3,3	0,5
	- Dissociation	27,5 5)	3,3 1)	1,2	1,3	2,4	0,2	3,7	0,4
	- Søvnproblemer	7,1 2)	3,9 2)	1,4	1,3	2,5	0,9	2,6	1,0
	- Somatisering	26,3 5)	1,3	2,1	0,7	2,1	0,9	3,6	1,7
	- Samspilsproblemer	9,7 3)	1,8	1,4	7,0 2)	2,2	0,9	2,3	0,7
	- Aggression	1,5	1,5	4,2 2)	6,0 1)	2,2	0,4	5,7 1)	0,5
	Total	23,8 5)	2,0	1,7	1,3	2,1	0,5	5,6 1)	0,1
GHQ	- Angst	16,9 5)	5,6 4)	1,7	0,0	2,0	0,2	0,2	4,2
	- Inkompetence	7,2 2)	1,8	0,2	0,1	1,9	2,4	1,2	0,2
	- Depression	7,2 2)	4,2 2)	1,1	0,6	2,8 1)	1,4	2,2	1,7
	- Mestringsproblemer	11,94)	5,6 4)	1,5	0,7	1,9	0,8	0,3	7,3 2)
	- Social dysfunktion	2,8	1,3	1,2	1,1	1,4	2,0	0,2	3,8 1)
	Total	16,75)	6,3 5)	1,3	0,2	2,1	0,4	0,9	5,5 1)
DSQ	- Stabil	0,3	0,9	1,3	0,7	0,6	2,0	1,0	0,9
	- Neurotisk	3,3	1,4	0,4	0,6	1,3	0,2	3,0	1,1
	- Ustabil	0,0	2,3	0,6	4,0 1)	5,4 4)	4,9 2)	4,4 1)	5,5 1)
CSS	- Lytte?	2,1	1,9	1,1	0,1	2,2	0,6	0,1	0,0
	- Kontakt med andre?	2,4	6,6 5)	5,6 4)	1,5	1,9	0,1	0,0	7,1 2)
	- Udtrykke?	0,8	0,5	0,9	0,0	1,4	0,2	1,4	0,0
	- Sympati?	0,0	1,2	0,5	0,6	2,2	3,9 1)	2,6	0,7
	- Praktisk?	7,2 2)	1,3	0,7	0,1	0,5	0,2	0,4	3,5
	- Svigtet?	1,4	0,3	0,7	0,1	1,8	1,6	2,2	0,1
	- Samlet tilfreds?	3,7 1)	0,3	1,4	0,1	1,9	0,0	1,2	0,6

p< 1) .05 2) .01 3) .005 4) .001 5) .0005

De følgende sammenhænge er ikke i tabelform, fordi der kun er få sammenhænge i relation til begivenhedstype.

Oplevelsen af *vold og brand* har ikke sammenhæng med nogle af de afhængige faktorer.

Oplevelsen af *ulykke* har sammenhæng med forekomsten af søvnproblemer (F=5,1, (df=1,202), p<.05) samt social dysfunktion indenfor GHQ (F=3,9, (df=1,201), p<.05).

Oplevelsen af *andre traumer* var forbundet med højere grad af dissociation (F=5,7, (df=1,200), p<.05) og ustabile forsvarsmekanismer (F=4,5, (df=1,185), p<.05).

Oplevelsen af *chok* i forbindelse med traumer er ligeledes forbundet med højere grad af dissociation (F=5,3, (df=1,200), p<.05) og højere grad af aggression (F=8, (df=1,197), p<.005).

Oplevelsen af *dødsfald* er specielt forbundet med flere søvnproblemer ($F=5,7$, ($df=1,200$), $p<.05$), færre stabile forsvarsmekanismer ($F=3,9$, ($df=1,190$), $p<.05$), og at folk i lavere grad var i stand til at tale om deres tanker og følelser efter begivenheden ($F=4,5$, ($df=1,205$), $p<.05$).

Hvis *nære* har været *indblandet* i begivenheden, var der højere forekomst af ustabile forsvarsmekanismer ($F=8,9$, ($df=1,178$), $p<.005$) og en højere forekomst af at have kontakt med andre i samme situation ($F=8,8$, ($df=1,195$), $p<.005$).

Hvis man har været *kvæstet* i forbindelse med begivenheden, var der en højere forekomst af neurotiske forsvarsmekanismer ($F=4,1$, ($df=1,171$), $p<.05$), og der var i højere grad nogen, der var villig til at lytte, når man havde brug for at snakke om begivenheden ($F=4,5$, ($df=1,180$), $p<.05$).

Af de mange traumatiseringsfaktorer og tidligere traumer er de mest robuste og omfangsrige udvalgt til nærmere analyse (jf. tabel 22).

Hvis der har været *nære pårørende*, der er døde ved begivenheden, er der et højt symptomniveau både med hensyn til invaderende forestillinger, depression, somatisering og angst inden for GHQ, mestringsproblemer og social dysfunktion.

Hvis der har været en *anelse om fare*, før begivenheden fandt sted, er der flere samspilsproblemer og mere aggression, men færre der var villige til at lytte efter begivenheden, færre der udtrykker sympati, større følelse af svigt og mindre samlet tilfredshed med den sociale støtte, man har modtaget efter begivenheden. Der er også en større brug af ustabile forsvarsmekanismer.

Hvis der er tale om *opvækstsvigt*, er der mange symptomer på en lang række områder. Der er en oplevelse af, at folk i mindre grad udviser sympati efter begivenheden; ofrene angiver, at der er færre, der hjælper dem med praktiske ting, de føler sig i højere grad svigtet og er mindre tilfredse med den støtte, de har modtaget.

Hvis man har været *vidne til et traume* tidligere i sit liv, er der et højere symptomniveau på nogle enkelte områder i form af mere angst, mere dissociation, flere samspilsproblemer og mere aggression. Der er også en tendens til, at de pågældende har både mere stabile og flere ustabile forsvarsmekanismer. Der er også en tendens til i højere grad at føle, at folk ikke udviste sympati efter begivenheden, en stærkere følelse af at blive svigtet samt mindre tilfredshed med den sociale støtte.

Antal tidligere *alvorlige livsbegivenheder* indenfor det sidste år havde ingen sammenhæng med nogle af de afhængige mål.

Tabel 22. Sammenhænge mellem traumatiseringsfaktorer, tidligere traumatisering og afhængige faktorer. One-way ANOVA. F-ratio.

		Nære døde?	Anelse om fare?	Opvækstsvigt	Vidne til traume
HTQ	- Invasion	6,0 1)	0,5	0,7	0,0
	- Undgåelse	3,2	1,9	7,8 3)	2,2
	- Vagtsomhed	1,2	0,9	12,9 5)	0,1
	Total	5,2 1)	0,3	12,0 4)	0,9
TSC	- Depression	7,7 2)	0,9	5,5 19	0,4
	- Angst	2,6	0,1	12,4 4)	3,8 1)
	- Dissociation	1,0	0,3	10,4 3)	4,5 1)
	- Søvnproblemer	0,7	0,3	4,1 1)	2,1
	- Somatisering	10,0 3)	0,3	4,1 1)	1,8
	- Samspilsproblemer	1,7	6,5 1)	20,2 5)	4,6 1)
	- Aggression	3,7	7,3 2)	10,6 4)	5,4 1)
	Total	4,3 1)	0,0	8,6 3)	1,0
GHQ	- Angst	5,5 1)	2,9	3,4	0,0
	- Inkompetence	1,6	0,2	1,4	2,3
	- Depression	11,6 4)	1,3	1,0	0,0
	- Mestringsproblemer	8,8 3)	1,5	2,1	0,4
	- Social dysfunktion	6,7 2)	0,9	1,6	0,1
	Total	7,2 3)	2,7	3,7	0,1
DSQ	- Stabil	0,7	0,2	0,1	8,7 3)
	- Neurotisk	1,1	0,0	0,5	0,0
	- Ustabil	1,3	8,0 3)	2,8	8,6 3)
CSS	- Lytte?	1,9	20,0 5)	2,0	1,1
	- Kontakt med andre?	0,8	0,0	0,7	0,0
	- Udtrykke?	2,0	0,3	0,1	1,1
	- Sympati?	0,3	4,2 1)	9,1 3)	4,0 1)
	- Praktisk?	1,8	1,4	5,2 1)	2,0
	- Svigtet?	0,8	13,2 5)	9,2 3)	10,0 3)
	- Samlet tilfreds?	4,0 1)	8,4 3)	5,6 1)	4,2 1)

p< 1) .05 2) .01 3) .005 4) .001 5) .0005

En analyse af de grupperede familiereaktioner (se tekst til tabel 6) viste, at kun to af de afhængige mål 1) ”villighed til at lytte” og 2) ”kontakt med andre i samme situation” korrelerede med familiens reaktioner således: 1) $F=3,02$, ($df=3,164$), $p<.03$, og 2) $F=5,02$, ($df=3,161$), $p<.002$. En post hoc Tukey-b analyse viste, at de, der havde en bekymret og omsorgsfuld holdning fra familien i langt højere grad oplevede, at andre ville lytte til dem end de, der oplevede ambivalens og ligegyldighed fra familiens side. De, der var blevet mødt med en ambivalent reaktion fra familien, havde langt mere kontakt med andre efter ulykken end de, der var blevet mødt med en chokeret eller stærk emotionel reaktion

Sammenhænge mellem behandlingsfaktorer, rammer og interventionsformer

Tabel 23. Sammenhænge mellem sygdomme, medicin, anden behandling og afhængige faktorer. One-way ANOVA. F-ratio.

		Fysisk sygdom	Psykisk sygdom	Medicin før	Medicin efter	Psykolog/psykiater	Psykiatrisk hospital
HTQ	- Invasion	0,4	0,1	0,7	5,3 1)	11,2 4)	1,0
	- Undgåelse	2,4	2,0	1,6	8,1 3)	8,6 3)	5,2 1)
	- Vagtsomhed	2,8	5,6 1)	2,8	10,7 4)	15,0 5)	4,5 1)
	Total	5,0 1)	3,0	2,6	12,6 5)	13,9 5)	8,0 3)
TSC	- Depression	5,2 1)	4,2 1)	4,4 1)	23,9 5)	8,6 3)	4,6 1)
	- Angst	18,7 5)	10,6 4)	10,2 3)	29,3 5)	9,5 3)	12,2 4)
	- Dissociation	17,5 5)	6,9 2)	13,3 5)	20,0 5)	6,0 1)	14,7 5)
	- Søvnproblemer	5,2 1)	6,8 2)	5,1 1)	21,2 5)	3,5	5,5 1)
	- Somatisering	18,2 5)	3,6	6,6 2)	31,7 5)	6,3 1)	7,2 2)
	- Samspilsproblemer	7,0 2)	1,6	3,5	5,4 1)	7,4 2)	10,0 3)
	- Aggression	3,2	1,7	2,6	7,3 2)	9,5 3)	20,2 5)
	Total	11,1 4)	6,3 2)	6,3 1)	22,9 5)	11,7 4)	10,4 1)
GHQ	- Angst	5,2 1)	5,9 1)	3,3	17,7 5)	10,8 4)	4,4 1)
	- Inkompetence	3,0	6,1 1)	1,3	10,3 3)	7,5 2)	2,5
	- Depression	9,7 3)	5,5 1)	3,3	25,8 5)	4,7 1)	2,8
	- Mestringsproblemer	5,2 1)	3,1	1,5	14,7 5)	8,2 3)	1,0
	- Social dysfunktion	4,5 1)	1,0	0,4	15,1 5)	5,6 1)	1,8
	Total	9,7 3)	6,7 2)	5,0 1)	20,2 5)	8,7 3)	8,3 3)
DSQ	- Stabil	1,1	1,0	0,0	6,7 2)	1,3	1,5
	- Neurotisk	4,5 1)	3,2	1,4	2,0	4,4 1)	0,4
	- Ustabil	16,8 5)	5,3 1)	12,5 4)	7,8 3)	2,7	3,0
CSS	- Lytte?	0,4	2,3	0,1	1,0	1,8	4,0 1)
	- Kontakt med andre?	2,1	6,0 1)	6,7 4)	15,2 5)	1,7	0,1
	- Udtrykke?	0,0	1,7	0,8	1,4	0,3	0,8
	- Sympati?	1,0	1,1	0,0	0,5	0,0	12,3 4)
	- Praktisk?	3,2	0,1	0,5	5,9 1)	1,3	0,2
	- Svigtet?	1,1	0,0	1,2	2,8	0,0	8,2 3)
	- Samlet tilfreds?	0,7	0,3	0,1	0,3	0,1	5,7 1)

p < 1) .05 2) .01 3) .005 4) .001 5) .0005

Det ses i ovennævnte tabel 23, at de, der har *fysiske sygdomme*, har en lang række psykiske symptomer. Hos dem, der har *psykisk sygdom*, ses det samme mønster. Ét sted er der en negativ sammenhæng, og det er hos de psykisk syge, som i ringere grad har kontakt med andre i samme situation, end dem der ikke har en psykisk sygdom.

Medicinförbrug før begivenheden og *efter* begivenheden er positivt sammenhængende med en lang række symptomer. De, der tidligere har taget medicin eller tager *medicin efter* hændelsen, har ringere kontakt med andre i samme situation. De, der tager medicin efter begivenheden, får i højere grad praktisk hjælp fra andre. Det samme billede ses hos dem, der har haft kontakt med en praktiserende psykolog eller psykiater.

De, der har været *indlagt på et psykiatrisk hospital*, har stigende symptomer på en lang række områder. Med hensyn til social støtte har de sværere ved at finde nogen, der er villige til at lytte efter begivenheden. Folk har også i mindre grad udvist sympati og støtte efter begiven-

heden, de føler sig i højere grad svigtet af folk, som de havde regnet med ville støtte dem, og er mindre tilfredse med den støtte, de fik efter begivenheden.

Tabel 24. Sammenhænge mellem rammefaktorer, henvisninger og afhængige faktorer. One-way ANOVA. F-ratio.								
		Timer hos psykolog	Sessioner hos psykolog	Sessioner hos klient	Telefon-samtaler	Privat/-erhverv	Henvist til læge	Henvist til psykolog
HTQ	- Invasion	4,5 3)	2,9 1)	0,7	1,9	2,2	1,9	13,4 5)
	- Undgåelse	10,4 3)	7,6 5)	1,1	1,4	0,2	6,5 1)	31,0 5)
	- Vagtsomhed	8,6 5)	6,9 5)	2,1	3,0 1)	0,8	4,7 1)	13,7 5)
	Total	9,1 5)	5,9 4)	1,5	2,5	1,0	12,6 4)	32,4 5)
TSC	- Depression	7,1 5)	2,6	1,3	1,4	2,8	8,1 3)	33,4 5)
	- Angst	9,0 5)	5,7 4)	2,7	1,8	1,2	12,0 4)	35,6 5)
	- Dissociation	8,8 5)	6,4 5)	1,9	2,0	1,7	13,7 5)	26,3 5)
	- Søvnproblemer	3,3 1)	2,8 1)	3,1 1)	1,3	1,8	2,0	15,8 5)
	- Somatisering	7,6 5)	3,3 1)	2,2	0,5	3,4	13,2 5)	28,3 5)
	- Samspilsproblemer	6,0 4)	9,5 5)	2,8	0,5	0,5	10,2 3)	27,4 5)
	- Aggression	3,6 1)	2,7 1)	0,2	0,2	0,6	15,4 5)	14,2 5)
	Total	8,8 5)	5,3 3)	2,0	1,8	1,3	11,6 4)	41,5 5)
	- Angst	5,8 4)	5,5 4)	1,7	4,5 1)	3,8 1)	8,8 3)	23,2 5)
	- Inkompetence	5,3 3)	3,9 2)	1,1	3,1 1)	1,2	7,6 2)	20,5 5)
GHQ	- Depression	7,2 5)	1,8	3,3 1)	0,9	13,3 5)	16,5 5)	25,9 5)
	- Mestringsproblemer	8,4 5)	4,0 2)	1,1	3,5 1)	6,0 2)	3,8 1)	29,0 5)
	- Social dysfunktion	3,1 1)	3,1 1)	0,2	1,7	0,2	4,6 1)	18,1 5)
	Total	9,0 5)	5,6 4)	1,7	4,0 1)	4,0 1)	11,3 4)	27,3 5)
	- DSQ	1,2	1,1	2,9	1,4	0,5	0,2	11,3 4)
CSS	- Stabil	1,4	1,2	0,6	0,2	1,9	2,4	0,3
	- Ustabil	1,9	1,0	0,1	4,1 1)	0,3	2,0	1,0
	- Lytte?	0,7	1,2	2,1	0,9	3,1	0,1	0,1
CSS	- Kontakt med andre?	5,0 3)	4,1 3)	3,1 1)	5,8 3)	4,0 1)	1,8	5,3 1)
	- Udtrykke?	1,4	2,1	0,6	0,4	0,1	0,1	0,4
	- Sympati?	0,6	3,6 1)	3,9 1)	1,7	2,3	2,0	2,1
	- Praktisk?	1,0	0,3	1,2	2,2	0,0	0,0	0,6
	- Svigtet?	0,2	1,7	0,1	0,3	1,0	3,3	1,3
	- Samlet tilfreds?	2,1	4,6 3)	3,7 1)	2,8	3,5	3,7	7,9 2)

p< 1) .05 2) .01 3) .005 4) .001 5) .0005

Det ses i tabel 24, at en lang række rammefaktorer hænger sammen med en lang række afhængige faktorer. *Timetallet* hos psykologen hænger sammen med stort set alle symptomer, men ikke med forsvarsmekanismer. Højere timetal er også ensbetydende med en lavere kontakt til andre i samme situation. For *sessionsantallet hos psykologen* ses samme mønster. Med hensyn til social støtte har denne gruppe modtaget mindre sympati fra omgivelserne efter begivenheden og er mindre tilfreds med den støtte, de har fået fra omgivelserne. Der er få faktorer, der har sammenhæng med, om sessionerne bliver gennemført *hjemme hos klienten*. Sammenhængene er alle kurveformede, således at få eller en del gange hos klienten er forbundet med flere søvnproblemer og mere depression, mindre kontakt med andre i samme situation, færre der udviser sympati og mindre samlet tilfredshed med den sociale støtte.

Antallet af telefonsamtaler viser sammenhæng med højere vagtsomhed, mere angst, følelsen af inkompetence og mestringsproblemer samt den totale GHQ-score. Endvidere viser antallet af telefonsamtaler sammenhæng med mindre forekomst af ustabil forsvar og mindre kontakt med andre i samme situation.

De klienter, som psykologerne får via Falcks *erhvervskontrakter*, udviser mindre angst, mindre depression, mestring og mindre total GHQ-score end privatkunderne. De er også i højere grad sammen med andre i samme situation end privatkunderne.

Henvisning til læge er forbundet med højt symptomniveau på en lang række områder. Videre *henvisning til en psykolog/psykiater* er ligeledes forbundet med et højt symptomniveau på stort set alle områder. Det er også forbundet med et lavere niveau af stabile forsvarsmekanismer, mindre kontakt til andre i samme situation og mindre samlet tilfredshed.

Interventionsformer

Anvendelsen af *debriefing* (jf. tabel 25) er forbundet med et lavere symptomniveau på en lang række områder. Det er endvidere forbundet med en højere grad af kontakt med andre i samme situation og større samlet tilfredshed med social støtte.

Eye-Movement-Desensivering er forbundet med et større antal symptomer på alle de nævnte områder.

Kognitiv terapi anvendt som kriseintervention er også forbundet med et højt symptomniveau på de nævnte områder.

Andre interventionsformer er ligeledes forbundet med et højere symptomniveau. På det sociale område er disse forbundet med, at der er få, der har været villige til at lytte, lav kontakt med andre i samme situation og mindre udtalt grad af praktisk hjælp.

Tilfredshed med psykolog hænger sammen med lavere grad af genoplevelse, mindre depression og angst samt større samlet tilfredshed med social støtte. For alle fire sammenhænge gælder det, at de mest tilfredse har lidt flere problemer end de næstmest tilfredse.

GAF: En positiv vurdering af klientens funktionsniveau viser sig ved en højsignifikant, lavere forekomst af samtlige symptomer, høj forekomst af modne forsvarsmekanismer og positiv oplevelse af den sociale støtte.

Tabel 25. Sammenhænge mellem interventionsform, vurderinger og afhængige faktorer. One-way ANOVA. F-ratio.

		Debriefing	EMD	Kognitiv intervention	Anden terapi	Tilfreds m/psykolog	GAF
HTQ	- Invasion	1,1	10,5 4)	2,7 1)	13,3 5)	1,7	2,5
	- Undgåelse	9,8 3)	8,9 3)	1,7	13,3 5)	2,7	8,1 3)
	- Vagtsomhed	5,2 1)	15,6 3)	1,5	10,0 5)	2,5	1,7
	Total	9,3 3)	9,6 3)	2,3	16,8 5)	3,7	4,2 1)
TSC	- Depression	4,8 1)	2,7	2,8 1)	17,1 5)	7,6 2)	2,3
	- Angst	12,0 4)	3,0	2,7 1)	13,2 5)	4,9 1)	4,8 1)
	- Dissociation	10,0 3)	4,7 1)	1,3	9,7 5)	4,5 1)	5,3 1)
	- Søvnproblemer	6,4 1)	3,8 1)	1,7	7,0 5)	5,0 1)	5,8 1)
	- Somatisering	9,7 3)	1,6	2,5	11,6 5)	9,1 3)	6,2 1)
	- Samspilsproblemer	11,1 4)	7,7 2)	1,5	8,7 5)	2,3	1,6
	- Aggression	12,8 5)	0,1	2,1	7,4 5)	2,6	0,9
	Total	12,1 4)	4,5 1)	2,0	15,2 5)	6,7 2)	3,6
GHQ	- Angst	7,0 2)	5,2 1)	0,6	12,5 5)	0,5	6,1 1)
	- Inkompetence	2,2	7,5 2)	0,5	8,3 5)	0,8	4,3 1)
	- Depression	6,8 2)	0,7	3,1 1)	13,1 5)	0,3	4,4 1)
	- Mestringsproblemer	3,5	4,0 1)	0,9	11,8 5)	0,4	6,0 1)
	- Social dysfunktion	2,3	4,5 1)	2,1	7,6 5)	0,2	2,0
	Total	6,5 2)	5,0	1,4	13,4 5)	0,2	6,0 1)
DSQ	- Stabil	1,8	0,1	0,9	4,5 3)	0,0	2,7
	- Neurotisk	1,	0,6	0,7	0,5	0,0	0,7
	- Ustabil	0,2	0,2	2,5	2,5	0,0	0,6
CSS	- Lytte?	3,1	0,1	1,3	3,9 2)	0,2	4,0 1)
	- Kontakt med andre?	5,8 1)	0,8	0,8	3,6 1)	3,1	11,0 4)
	- Udtrykke?	0,8	0,0	1,5	2,1	2,7	0,0
	- Sympati?	1,0	0,2	0,1	1,8	0,7	0,9
	- Praktisk?	0,5	0,4	0,7	1,5	1,4	4,5 1)
	- Svigtet?	1,2	0,4	0,1	4,0 2)	0,1	1,4
	- Samlet tilfreds?	4,2 1)	0,4	3,7 1)	5,5 4)	0,0	1,9

p< 1) .05 2) .01 3) .005 4) .001 5) .0005

DATA FRA EFTERUNDERSØGELSEN

Som nævnt i indledningen blev der foretaget en efterundersøgelse 6 måneder efter at det første skema var blevet udfyldt.

Demografi

Civilstand

Fordelingen af civilstand ses i tabel 26. I forhold til akutundersøgelsen (tabel 1) er der ikke sket væsentlige ændringer i de forløbne seks måneder.

Tabel 26 Civilstand efter ulykken, (n= 157)		(tal i %),
Ugift		17
Gift / partnerskab / samlevende		65
Fraskilt eller separeret		5
Enke (-mand)		10
Andet (kombinationer)		4

Aktuel beskæftigelse

Sammenlignet med beskæftigelsen et halvt år tidligere (tabel 3) er ni procent færre i arbejde.

Tabel 27 Aktuel beskæftigelse efter ulykken (tal i %), n= 157	
Arbejdende	71
Dagpengemodtager	6
Efterlønsmodtager	2
Bistandshjælpsmodtager	1
Førtidspensionist	3
Folkepensionist	2
Uddannelsessøgende	5
Andet	8
Kombinationer	4

Sikkerhedsfølelse

Sikkerhedsfølelsen er på det halve år steget fra 3,7 til 4,63 med et fald i SD fra 1,87 til 1,45, dvs. at der nu findes færre ekstremværdier end tidligere.

Kontakt med hjælpende instanser

Siden hændelsen er der sket et markant fald i kontakten til hjælpende instanser (jf. tabel 28), men alligevel forekommer det, at ganske mange fortsat er involveret i at få hjælp eller få sagen afsluttet.

Tabel 28 Har du efter ulykken – siden du udfyldte det første spørgeskema						
	haft kontakt med		Fik du den hjælp, du ønskede? Nej=1, Til dels=2, Ja=3		Var de venlige og forstående? Nej=1, Til dels=2, Ja=3	
	n	%	n		n	
Sygehus	20	9	17	2,59	18	2,72
Politi	23	11	20	2,35	22	2,64
Egen læge	58	27	55	2,65	55	2,78
Psykolog	55	26	49	2,80	48	2,98
Forsikrings- selskab	33	16	31	2,19	31	2,39
Advokat	28	13	26	2,58	26	2,81
Domstol	14	7	12	2,58	13	2,84
Social- og Sundhedsfor- valtning	18	9	17	2,35	16	2,44
Andre	15	7	13	2,62	13	2,92

Ved en sammenligning mellem tabel 29 og tabel 8 ses, at det medicinforbrug, der kan relateres til ulykken, er faldet fra 11% til 8%. 13% har haft anden kontakt til psykolog eller psykiater, mens ingen har været indlagt på en psykiatrisk afdeling. Eksempler på medicin modtaget som følge af ulykken er: Alprazolam, Apramil, Cipramil, Fontex, Ibuprofen, Lexotan, Pano-dil, Seroxat, Triatex, Zoloft. De mere generelle svar er: Sovemedicin, nervemedicin, gigtpiller og blokader.

Tabel 29 Anden behandling	(tal i %)	
	Nej	Ja
Får du i dag medicin som følge af ulykken? (n=154)	92	8
Har du siden ulykken haft kontakt til anden praktise- rende psykolog/psykiater (udover Falck-psykologen)? (n=157)	87	13
Har du siden ulykken været indlagt på psykiatrisk afdeling? (n=157)	100	0

Andre alvorlige livsbegivenheder

Om det forløbne halve år svarede 64%, at de ikke i denne periode havde været ude for større livsændringer i form af dødsfald, sygdom, skilsmisse e.l. 31% havde oplevet én af disse ændringer, 4% havde oplevet to og 1% havde oplevet tre eller fire af sådanne ændringer.

Åbent slutspørgsmål

Som ved akutundersøgelsen blev det åbne slutspørgsmål: *Vi vil gerne sige dig tak for, at du har svaret på de foregående spørgsmål. Er der her til sidst noget, du har lyst til at fortælle os,*

som du gerne vil have, vi skal vide eller være opmærksomme på? – gentaget. Nu kom der 111 svar, hvilket er en stigning fra 45% til 71% af svarpersonerne fra akut- til efterundersøgelsen. Den oprindelige kategorisering var også velegnet til at bearbejde svarene fra efterundersøgelsen.

Tabel 29a Fordeling af svar på det åbne spørgsmål fra hhv. akut- og efterundersøgelsen		
	Antal svar akutus.	Antal svar efterus.
Uddybe hændelser ("hvad var det værste")	10	2
Andre voldsomme hændelser	12	12
Opvækst, baggrund	7	0
Psykologbehandling	16	24
Selvreflektion/-erkendelse	14	14
Nuværende tilstand		
- Kropsligt	1	8
- Psykisk	6	17
- Socialt (omgivelsernes reaktion)	4	17
Skemakritik	9	11
Forbedringsforslag	16	6
I alt	95	111

Sammenligningen af de to kolonner i tabel 29a giver et billede af forandringsprocesserne. Ulykken er på en måde kommet længere væk, idet få finder anledning til at uddybe hændelsen, gøre opmærksom på noget i sin opvækst eller foreslå forbedringer.

Der er stadig selvreflektion, og antallet af taknemmelige udsagn vedrørende psykologernes indsats er stigende.

Antallet af voldsomme hændelser virker stort på en seks-måneders periode, også fordi det er mennesker, der i forvejen er ramt. De største stigninger ligger i beskrivelsen af den nuværende tilstand med en nogenlunde jævn fordeling af personlige problemer og positive forandringer på det kropslige, psykiske og sociale område.

Der er stadig anstrengte suk og kritik af skemaerne som ved akutundersøgelsen. Antallet af forbedringsforslag og ønsker vedrørende hjælp er faldet.

Sampling-bias i efterundersøgelsen?

En krydstabulering af civilstand, arbejde og antal børn fra akut- til efterundersøgelsen viste høje signifikansniveauer ($p < .0005$). Dvs. at det frafald, der er mellem de to undersøgelser, ikke har påvirket de demografiske faktorer.

Med andre ord støtter analysen den antagelse, at der ikke er sket en skæv udvælgelse fra 1. til 2. undersøgelse.

Forandringer i traumatisering, symptomatologi og forsvar

I tabel 30 vises rækkevidde, gennemsnit, spredning, antal svar, antal items samt værdier for indre konsistens (α) og diskriminationsevne for alle subskalaer og totalværdier i de afhængige mål. En umiddelbar sammenligning med tabel 10 fra akutundersøgelsen viser en række fald i gennemsnitsværdierne.

I tabel 30a ses forekomsten af PTSD og de enkelte subskalaer. En sammenligning med tabel 11 viser, at langt færre nu opfylder kriterierne på de enkelte subskalaer. Antallet, der nu opfylder invasionskriteriet, er 54%; antallet, der opfylder undgåelseskriteriet, er 26%, og med hensyn til vagtsomhedskriteriet er tallet 50%. Den samlede forekomst af PTSD er nu 23% - et fald på 42%.

Hvis man ser på "caseness"-niveauet i GHQ lige efter hændelsen, er 20% over den kritiske grænse ifølge Goldberg (1972). Dette tal er faldet til 9,5% efter seks måneder.

I tabel 31 og 31a ses, at alle symptomer på nær ét falder fra interventionstidspunktet og til efterundersøgelsen seks måneder senere. Signifikansniveauerne er høje og afspejler betragtelige fald. Den eneste undtagelse er subskalaen aggression, der holder sig konstant.

Forsvarsmekanismerne ændrer sig kun i ubetydelig grad. De umodne har en svagt stigende tendens og de neurotiske en svagt faldende tendens. Sikkerhedsfølelsen stiger markant på det halve år.

Relativt få har haft kontakt med sygehus og politi i løbet af det halve år, lidt flere kontakter til henholdsvis egen læge og egen psykolog. To faktorer når signifikansniveau: Egen læge opleves som lidt mindre hjælpsom sammenlignet med lige efter traumet, og psykologen opleves som mindre venlig med den nye kontakt sammenlignet med den akutte intervention.

Antal livsbegivenheder falder markant, men da perioden også er halveret fra 12 til seks måneder, ligger forklaringen nok heri. Medicinforbruget fra lige efter begivenheden til efterundersøgelsestidspunktet viser et markant fald; det samme gør brug af praktiserende psykolog eller psykiater.

Tabel 30 Deskriptiv statistik for efterundersøgelsen								
		Række- vidde	Gennem- snit	SD	n	Antal items	α	Inter-item
HTQ	- Invasion	4-16	7,91	2,87	154	4	0,81	0,53
	- Undgåelse	8-28	12,99	5,11	149	8	0,86	0,43
	- Vagtsomhed	5-20	10,15	4,04	152	5	0,86	0,55
	Total	32-110	51,88	16,94	142	31	0,95	0,37
TSC	- Depression	9-31	14,38	4,76	150	9	0,84	0,37
	- Angst	8-23	11,84	3,41	154	8	0,78	0,31
	- Dissociation	7-22	10,91	3,70	155	7	0,79	0,35
	- Søvnproblemer	4-16	7,18	3,14	156	4	0,87	0,63
	- Somatisering	6-20	9,01	2,83	154	6	0,73	0,32
	- Samspilsproblemer	6-18	8,13	2,36	154	6	0,73	0,31
	- Aggression	3-10	3,44	0,99	155	3	0,67	0,40
	Total	33-96	48,99	13,67	146	33	0,93	0,30
GHQ	- Angst	8-32	16,80	5,00	152	8	0,90	0,54
	- Inkompetence	8-22	12,23	2,18	150	6	0,78	0,37
	- Depression	5-20	8,43	3,33	155	5	0,90	0,64
	- Mestringsproblemer	7-20	10,30	2,56	153	5	0,81	0,46
	- Social dysfunktion	4-12	6,37	1,36	155	3	0,70	0,43
	Total	30-94	48,17	12,22	147	30	0,95	0,41
DSQ	- Stabil	12-15	44,44	10,31	152	8	0,63	0,17
	- Neurotisk	12-62	39,18	9,24	152	8	0,57	0,14
	- Ustabil	27-145	79,23	22,28	140	24	0,80	0,15

Tabel 30a Fordelingen af PTSD-symptomer i efterundersøgelsen i % efter art					
	Antal symptomer				
	0	1	2	3	≥4
Invasion	46	21	14	14	6
Undgåelse	45	20	9	11	15
Vagtsomhed	35	15	18	12	20
Total	34	22	21	23	

Tabel 31 Ændringer i symptomer, forsvar og social støtte lige efter hændelsen og seks måneder senere

		Gennemsnit		T-test		
		Akut-us.	Efter-us.	Difference	t	p
HTQ	- Invasion	10,18	7,92	2,26	10,31	,0005
	- Undgåelse	15,09	12,91	2,18	6,36	,0005
	- Vagtsomhed	12,62	10,17	2,46	8,58	,0005
	Total	61,50	51,23	10,27	9,49	,0005
TSC	- Depression	18,27	14,27	4,00	11,10	,0005
	- Angst	13,87	11,89	1,98	7,75	,0005
	- Dissociation	12,75	11,03	1,71	6,34	,0005
	- Søvnproblemer	8,28	7,25	1,04	5,01	,0005
	- Somatisering	11,16	9,08	2,07	8,90	,0005
	- Samspilsproblemer	8,61	8,12	0,49	2,68	,01
	- Aggression	3,48	3,46	,02	,30	ns
	Total	57,10	48,92	8,18	8,66	,0005
GHQ	- Angst	19,97	16,97	3,00	6,84	,0005
	- Inkompetence	14,23	12,23	1,99	7,21	,0005
	- Depression	9,25	8,49	,76	2,80	,01
	- Mestringsproblemer	11,77	10,39	1,38	5,62	,0005
	- Social dysfunktion	7,40	6,40	1,00	6,63	,0005
	Total	55,92	48,44	7,48	6,95	,0005
DSQ	- Stabil	44,78	44,36	,42	,54	ns
	- Neurotisk	40,06	39,00	1,05	1,57	ns
	- Ustabil	79,06	79,99	-,93	-,69	ns
	Total	39,65	34,54	5,11	8,53	,0005
CSS	Lytte?	6,35	5,92	,43	3,59	,0005
	Kontakt med andre?	4,07	3,13	,94	5,23	,0005
	Udtrykke?	5,93	5,95	,02	-0,12	ns
	Sympati?	6,49	5,23	1,26	8,61	,0005
	Praktisk?	5,34	3,63	1,72	7,90	,0005
	Svigtet?	2,50	2,96	-,46	-2,57	,01
	Samlet tilfreds?	6,26	5,76	,50	3,43	,001

Tabel 31a Social støtte lige efter hændelsen og seks måneder senere

			Gennemsnit		T-test		
			Akut-us.	Efter-us.	Difference	t	p
	Sikkerhed		3,66	4,56	-,91	-6,38	,0005
Hjælp	Sygehus	(n=12)	2,50	2,50	,00	,00	ns
-	Politi	(n=15)	2,47	2,27	,20	1,15	ns
-	Egen læge	(n=32)	2,75	2,63	,13	2,10	,05
	Psykiolog	(n=41)	2,95	2,83	,12	1,95	ns
Venlige	Sygehus	(n=12)	2,75	2,75	,00	,00	ns
-	Politi	(n=16)	2,50	2,56	,06	-,57	ns
-	Egen læge	(n=31)	2,77	2,71	,06	,62	ns
-	Psykiolog	(n=24)	3,00	2,79	,21	2,46	,05
	Livsbegivenheder		-,82	0,44	,38	3,58	,0005
	Medicin efter		1,29	1,09	,20	5,65	,0005
	Praktiserende psykolog		1,47	1,13	,34	7,31	,0005

Afsluttende regressionsanalyser

I tabel 32 ses resultatet af syv multiple regressionsanalyser, hvor en række overordnede symptomsmål fra akutundersøgelsen er indsat som afhængige faktorer.

11 uafhængige faktorer forklarer i gennemsnit ca. 45% af den forekommende variation. Det drejer sig om én demografisk faktor (køn), én traumatiseringsfaktor ("nære døde"), én opvækstfaktor ("svigt"), én social støttefaktor ("i stand til at udtrykke sine følelser og tanker"), sikkerhedsfølelsen, de tre forsvarsstile, én interventionsform og to efterbehandlingsfaktorer (videre henvisning til psykolog og indtag af medicin efter begivenheden).

GAF er faldende, hvis der er nære døde, og hvis efterbehandling kommer på tale. Et højt generelt funktionsniveau viser sig ved stærk sikkerhedsfølelse og anvendelse af kognitiv terapi som interventionsform.

GHQ er kønsspecifik i modsætning til *GAF*. Kvinder og de, der begynder at tage medicin, scorer højest. De, der har problemer med at udtrykke sig, har lav selvfølelse og begrænset modent forsvar, scorer også højt på *GHQ*.

TSC opfører sig som *GHQ*, idet de samme elementer, der forklarer *GHQ*, også forklarer en del af variationen i *TSC*. Men dertil kommer, at umodent forsvar, anvendelsen af kognitiv terapi og efterfølgende viderehenvisning til psykolog også bidrager til at forklare i alt 62% af den samlede variation.

PTSD-forekomsten stiger med antal kvinder og hos personer, der har oplevet alvorlige svigt i deres opvækst. Gruppen er også kendetegnet ved at have svært ved at udtrykke tanker og følelser, der er lav sikkerhedsfølelse og færre modne forsvarsmekanismer. De samme faktorer optræder naturligt nok ved *PTSD*'s delkomponenter. Den *invasive* symptomskala afviger ikke fra grundmønsteret i *PTSD*. *Undgåelsesskalaen* varierer på tre områder: a) Den er ikke kønsspecifik, b) den er kendetegnet ved ustabil forsvar og c) flere viderehenvisninger til fortsat

psykologbehandling. *Vagtsomhedsskalaen* øges, når der er nære døde, men har i øvrigt samme profil som PTSD.

I tabel 33 ses ændringer i de faktorer, som seks måneder senere bedst forklarer de centrale symptomer. GAF er udeladt, fordi Falck-psykologerne ikke længere havde klienterne i terapi og derfor ikke kunne foretage den nødvendige vurdering.

GAF er imidlertid blevet inddraget i regressionsanalysen af efterundersøgelsens resultater sammen med de centrale afhængige mål fra akutundersøgelsen.

Overordnet viser analysen, at færre faktorer nu forklarer ca. 54% af den samlede varians – en fremgang i forklaringsstyrke på ca. 25%.

Køn og ”nære døde” er ikke længere i stand til at være de bærende forklaringselementer. Det er derimod opvækstsvigt og sikkerhedsfølelsen lige efter begivenheden. Men sikkerhedsfølelse har nu skiftet fortegn, således at høj grad af sikkerhedsfølelse bidrager til højt symptomniveau i GHQ. Måske er dette fund udtryk for en slags skintilpasning, idet en dyb, stærk sikkerhedsfølelse burde udelukke et højt symptomniveau. Stabilt og ustabilt forsvar er også væk, mens neurotisk forsvar holder skansen som et af de elementer, der forklarer GHQ.

To nyttilkomne faktorer er om personen stadig modtager sympati og støtte, samt følelsen af at blive svigtet af nogen, man regnede med. Lav sympati og udtalt svigt er med til at øge GHQ. Den oprindelige GHQ-score er den stærkeste enkeltprediktor for GHQ et halvt år senere.

TSC har igen en lidt anden profil end GHQ. Sikkerhedsfølelsen spiller også her en positiv rolle for forekomsten af den samlede TSC-score, mens omfang af sympati ikke har nogen betydning som forklaring. Det har derimod – udover den tidligere samlede TSC-score – anvendelse af kognitiv terapi som interventionsform. Henvisning til psykolog og svigt-oplevelse påvirker alle 6 afhængige faktorer. PTSD og to af dens tre subskalaer er påvirkelige af de tidligere TSC-totaler.

PTSD-skalaen øges med mangel på sympati fra de nærmeste eller personer, der er vigtige for ofrene. De invaderende symptomer og vagtsomhed følger mønstret i PTSD med undtagelse af sympatifaktoren. Omfanget af undgåelsesreaktioner påvirkes af sikkerhedsfølelsen.

Tabel 32 Multipel regressionsanalyse af de vigtigste afhængige faktorer i akutundersøgelsen, β -værdier

	GAF	GHQ	TSC	PTSD	Invade- rende	Undgåen- de	Vagtsom- hed
Køn	-,07	,17 3)	,17 3)	,24 4)	,15 1)	,08	,28 5)
Nære døde	-,20 3)	,21 5)	,09	,09	,12	,07	,13 1)
Opvækstsvigt	-,10	,07	,11	,21 3)	,08	,18 2)	,20 4)
Udtrykke sig	,10	-,23 5)	-,13 1)	-,18 1)	-,06	-,18 2)	-,11
Sikkerhed	,19 2)	-,26 5)	-,35 5)	-,23 3)	-,22 2)	-,23 3)	-,41 5)
Stabilt forsvar	,08	-,29 5)	-,21 5)	-,21 3)	-,21 3)	-,19 2)	-,18 3)
Neurotisk forsvar	,09	,13 1)	,01	,03	,08	,02	,00
Ustabilt forsvar	-,11	-,04	,17 2)	,05	,07	,23 4)	-,03
Kognitiv terapi	,19 2)	-,09	,15 1)	,06	,06	,08	-,02
Henvi sning psykolog	-,30 5)	,10	,16 1)	,08	,10	,18 2)	-,02
Medicin efter	-,16 1)	,20 3)	,16 1)	,06	,02	,04	,07
R ²	,41	,59	,62	,42	,29	,43	,50
F	9,68	17,45	19,29	9,08	5,28	10,09	13,36

df= 11. For hver enkel af de syv regressionsanalyser er $p < .0005$

$p < 1) .05$ 2) .01 3) .005 4) .001 5) .0005 for enkeltfaktorer indenfor hver analyse

Tabel 33 Multipel regressionsanalyse af de vigtigste afhængige faktorer i efterundersøgelsen, β -værdier

	GHQ	TSC	PTSD	Invade- rende	Undgåen- de	Vagtsom- hed
Opvækstsvigt	,17 1)	,13 1)	,02	-,01	,20 3)	,02
Sikkerhed	,16	,18 2)	,03	,03	,17 1)	-,03
Neurotisk forsvar	,19 1)	,07	,04	,02	,06	,07
Henvi sning psykolog	,20 1)	,27 5)	,25 3)	,21 1)	,27 4)	,23 3)
Sympati	-,17 1)	-,05	-,20 1)	-,13	-,10	,04
Svigtet?	,24 3)	,30 5)	,26 3)	,21 1)	,32 5)	,33 5)
GHQ tidligere	,44 4)	,18	-,06	-,20	,05	-,04
TSC tidligere	-,08	,32 3)	,35 1)	,53 4)	,26	,36 1)
Kognitiv terapi	-,04	,13 1)	,02	,03	-,02	,05
R ²	,55	,70	,52	,44	,57	,52
F	12,97	11,37	11,37	8,50	14,04	11,86

df= 9. For hver enkel af de seks regressionsanalyser er $p < .0005$

$p < 1) .05$ 2) .01 3) .005 4) .001 5) .0005 for enkeltfaktorer indenfor hver analyse

DISKUSSION

I indledningen blev omtalt forskellige muligheder for traumebehandling i Danmark. Der eksisterer kun få danske undersøgelser, hvor man har søgt at vurdere effekten af denne form for behandling.

Mehlbye & Laurents undersøgte i 1994 forsøgsordningen med sygesikringsstøtte til krisebehandling og fandt, at 90% af klienterne fik et positivt udbytte af samtalerne, og at disse vurderinger svarede til psykologens og lægens. Undersøgelsen fandt, at patienterne fortalte, at de følte sig mindre deprimerede, i mindre omfang led af søvnproblemer, havde lettere ved at koncentrere sig, havde lettere ved at tage beslutninger, og at deres selvfølelse var øget. De var desuden især blevet bedre til at håndtere og acceptere deres situation, leve med problemerne omkring deres sygdom eller deres sorg over at have mistet en nær pårørende samt at tackle nye problemer på en anden og bedre måde. Udbyttet kom også til udtryk ved, at omkring halvdelen af patienterne angav, at de ikke længere brugte beroligende medicin.

Desuden erklærede patienterne i interviewene, at de var blevet bedre til at sige fra overfor krav og pres fra omgivelsernes side, samtidigt med at de var blevet bedre til at prioritere, hvordan de ville bruge deres tid i øvrigt.

Undersøgelsen bygger fortrinsvis på lægens, psykologens og klientens generelle vurderinger af udbytte og ordningens hensigtsmæssighed. Der anvendes ingen kontrolgruppe, og kun et enkelt standardiseret spørgeskema over symptomforekomst.

I en undersøgelse af effekten af kriseintervention overfor voldsofre (Elklit, 1993c) anvendtes kontrolgruppe og en projektiv test til at supplere selvrapporterende symptomspørgeskemaer. Undersøgelsen fandt en række positive virkninger af kriseintervention: Klienten tog 1) mere ansvar for forløbet 2) havde færre aggressioner mod gerningsmanden og 3) havde lært meget om sig selv. 4) Det sociale netværk blev bedre. 5) Klienten var godt tilfreds med egen mestring og 6) var mindre på vagt, men havde 7) flere følelsesmæssige problemer - iflg. tests - (mere angst, større fjendtlighed, mere dissociation, dårligere tilpasning).

Undersøgelsen fandt imidlertid at de, der havde modtaget kriseterapi, på nogle væsentlige områder havde flere problemer end dem, der ikke havde modtaget nogen hjælp. Det var den projektive testningen og ikke det selvrapporterende spørgeskema, der viste problemer med en større forekomst af bl.a. angst og depression.

Der kunne være flere forklaringer på ovennævnte fund: Måske var terapeuterne ikke dygtige nok, den behandlede gruppe havde været udsat for voldsommere begivenheder end kontrolgruppen, testningen måske ikke fintfølende nok og der var ingen indledende "baseline" testning.

Undersøgelsen af voldsofre giver anledning til at være mere opmærksom på, at der kan være problemer i vurderingen af behandlingen af traumatiserede eller kriseramte personer, der måske kun træder frem ved et dybtgående klinisk interview.

I undersøgelsen af ofre for et skuddrama i en universitetskantine på Aarhus Universitet (Elklit, 1994c) viste det sig, at de højest eksponerede, som befandt sig inde i den store universitetskantine, to uger efter begivenheden var mindre belastede end de, der havde opholdt sig

andetsteds i bygningen. En mulig forklaring kunne være effekten af den iværksatte krisepsykologiske hjælp. Andre forklaringsselementer kunne være opståede sociale fællesskaber blandt de mest eksponerede og den stærke sociale støtte, som netop denne gruppe fik. Det havde også betydning, at de højt eksponerede havde handlet aktivt for at redde livet og gjort noget for at hjælpe andre. Endelig fik hovedparten af de ikke-direkte eksponerede relativt lidt hjælp til at bearbejde tragedien.

Få udenlandske undersøgelser er beskrevet, der minder om det arbejde, Falcks psykologfunktion varetager.

Amerikaneren Davis (1987) har undersøgt effekten af den kriseintervention, som New York's Victim Services Agency tilbød. Han fordelte 249 ofre for røveri, indbrud og overfald tilfældigt i en kontrolgruppe og en kriserådgivningsgruppe. Sidstnævnte ofre modtog hjælp til praktiske problemer og psykologisk rådgivning, mens kontrolgruppen ikke fik nogen hjælp. Ofrene blev vurderet tre måneder, efter behandlingen var slut. Både ofrenes materielle situation og den psykologiske tilstand blev vurderet ved at anvende standardiserede spørgeskemaer. Der var ingen synlig effekt af interventionen.

I den forbindelse er det også værd at bemærke sig, at hovedparten af de omkring 50 voldtægtsundersøgelser, som gennemgås i Elklit (1993b) er interventionsundersøgelser, hvor ofrene har modtaget behandling fra et "Rape Crisis Center", men hvor behandlingen ikke er beskrevet og effekten ikke undersøgt. Så en anden forståelse af de mange undersøgelser af de voldtægtsramtes problemer kunne ligeså godt være, at centrene manglede effektivitet med hensyn til at befri ofrene for deres symptomer.

De behandlingsforløb, som Falck-psykologerne iværksætter, er kortvarige: Fire timer fordelt på en eller to gange. Andre kortvarige kriseinterventioner ser vi beskrevet hos Bordow & Porritt (1979), som i en undersøgelse af unge australske trafikofre finder en klar positiv effekt både af en kriseintervention, der strækker sig over et større antal samtaler, og af en éngangssamtale ved sygesengen en uge efter ulykken.

Modsat australierne fandt nordmanden Weisæth (1984) ingen effekt af et langt, detaljeret interview med ofrene fra en gigantisk eksplosion på Norges største malingsfabrik.

På mange måder minder Falck-psykologernes arbejdsmåde om den, der kaldes debriefing, bortset fra at de i hovedparten af tilfældene sidder med én eller to klienter. I deres selvbeskrivelse af interventionen angives i tre fjerdedele af tilfældene brug af debriefing. Da debriefing forudsætter (større) grupper, menes der antageligt, at der bruges teknikker fra debriefing (som Falck-psykologerne ved flere lejligheder er blevet undervist og trænet i).

Debriefing er en omdiskuteret behandlingsform. Klienterne er gennemgående meget glade for den, men nyere undersøgelser har vist, at effekten er begrænset og måske endda negativ (Elklit, 1998b). Mens en nærmere afklaring (Dyregrov, 1999; Ibsen & Larsen, 2000) og bedre forskning er på vej indenfor debriefingsområdet, er det værd at citere Titchener (1986), som gør opmærksom på, at både den nødvendige behandlingstid og -indsats næsten altid bliver stærkt undervurderet af ofret og af lægen.

Det er vanskeligt at opfylde idealet om at lave kontrollerede effektundersøgelser af behandling (Hougård, 1996). Den foreliggende undersøgelse er en forløbsundersøgelse, hvor en eksisterende behandlingspraksis beskrives sideløbende med ændringer i klientgruppen. Eventuelle

forskelle kunne skyldes behandlingen, men kunne ligeså godt tænkes at være en følge af social støtte i det nære netværk, egen opfølgende bearbejdning osv.

Det fremgår imidlertid tydeligt af de åbne slutspørgsmål, at mange føler trang til at udtrykke deres taknemmelighed overfor den behandlende psykolog – at der var en fagperson til stede på et tidspunkt, hvor alt virkede kaotisk, og som hjalp dem til at genvinde fodfæstet.

I det følgende vil vi vurdere og diskutere betydningen af forskellige faktorer på baggrund af de gennemførte analyser.

Set under ét falder det i øjnene, at køn og alder er de dominerende demografiske faktorer, og at en lang række faktorer - civilstand, uddannelseslængde, uddannelsestype, at have fuldtidsarbejde, at eje sin egen bolig og at have børn - var relativt betydningsløse i relation til symptomudvikling, men som det eneste fællestræk var forbundet med ustabil forsvar.

Mange undersøgelser (jf. Elklit, 1997a) af traumepopulationer finder, at kvinder er særligt udsatte. Forklaringen kan være, at voldsomme begivenheder udsætter kvinderne for langt flere sociale belastninger end mænd. Kvinderne forventes at støtte deres partner, familie, slægtninge og sociale netværk, men modtager ofte selv meget mindre social støtte, når de selv har været udsat for belastninger

Alder er i mange – men langt fra i alle (jf. Elklit, 1997a) – undersøgelser af traumeramte ligesom her en risikofaktor. Men belastningskurven er ikke jævnt stigende med øget alder. Flere undersøgelser (Elklit, 1997a, 2000) viser ”guirlande-mønster”, dvs. at visse aldersgrupper – ofte de grupper der var midttredive til midtfyrrer - er mere belastede, måske pga. større familiemæssige forpligtelser. I de afsluttende regressionsanalyser ses køn som den eneste tilbageblivende demografiske faktor, som indgår i alle symptommål, men ikke i GAF og undgåelsesskalaer i HTQ. Men i regressionsanalysen af tilstanden efter et halvt år er også køn forsvundet som effektiv faktor. Det vil sige, at køn er med til at afgøre omfanget af de umiddelbare følgevirkninger, men langsomt reduceres værdien af denne faktor til fordel for andre faktorer, som bedre kan forklare langtidsudviklingen.

I gruppen af traumatiseringsfaktorer bemærkes det, oplevelsen af chok var forbundet med høj forekomst af dissociation, en forventning der indtager en central plads i modellen i figur 1. Nogle traumatiske omstændigheder giver sig udslag i det psykologiske forsvar: Oplevet dødsfald resulterer i mindre modent forsvar; hvis personen selv er blevet kvæstet, stiger det neurotiske forsvar, og hvis nære har været indblandet i ulykken/begivenheden, vokser omfanget af det umodne forsvar.

Relativt set er der forbløffende få sammenhænge mellem situationsfaktorer ved begivenheden og en række symptommål, forsvar og social støtte. Den stærkeste enkelt-situationsfaktor er om der er nære døde, der resulterer i mange invaderende forestillinger, depression, somatisering, angst, mestringsproblemer og social dysfunktion – et meget mere specifikt reaktionsmønster end det vi så i forbindelse med køn. En forudgående anelse om faren er i andre undersøgelser - f.eks. Elklit (1993b) om volds ofre - en faktor, der har betydning for en hurtigere tilpasningsproces. Rationalet for dette er, at fareoplevelsen betyder, at det er nemmere at fastholde forestillingen – nogle vil sige illusionen – om kontrol. Og da traumat netop per definition (A2 stressorkriteriet i PTSD-diagnosen) indebærer et drastisk kontroltab, er genvindelsen af magt over tingene vigtig. I den foreliggende undersøgelse er der tale om et bredt spektrum af traumer med relativt få direkte overgreb (jf. tabel 4) – og betydningen af det forudgribende

varsel for mange betyder måske mindre bagefter, fordi hovedparten af skaderne ikke er intentionelt påførte, bliver fuldt oplyste og i mange tilfælde ikke forventes at indtræffe igen.

At have været vidne til et traume tidligere i tilværelsen medfører et særligt reaktionsbillede med dissociation, angst, interpersonel sensitivitet, aggression samt en forøgelse af både modent og umodent forsvar. Hertil kommer en oplevelse af manglende social støtte. Det er værd at bemærke, at tidligere, indirekte eksponering disponerer til udvikling af bestemte symptomer.

Den stærkest virkende personlige baggrundsfaktor er oplevelsen af at være blevet udsat for svigt i sin opvækst i form af seksuelt misbrug, fysisk mishandling eller omsorgssvigt. Opvækstsvigt resulterer i et mønster uden et stort omfang af invaderende billeder fra den aktuelle ulykke, men med undgåelse og vagtsomhed samt forhøjede scores på samtlige TSC-subskaler. GHQ opfanger ikke denne gruppe, og der ses heller ikke nogen tegn på, at den skulle adskille sig med hensyn til forsvarsmekanismer. Men til gengæld er der en tydelig oplevelse af begrænset social støtte. I de afsluttende regressionsanalyser ses en meget spændende udvikling, idet opvækstsvigt i den akutte del bidrager til at forklare omfanget af PTSD ud fra den høje forekomst af de to ovennævnte subskalaer. Seks måneder senere bidrager opvækstsvigt ikke længere til forøget vagtsomhed, men bidrager til gengæld nu til både GHQ og TSC. Vi ser her et eksempel på en symptomudvikling fra specifikke traumatiseringsreaktioner til mere generelle symptombelastninger.

Betydning af opvækstsvigt for forøget sårbarhed efter traumatisering er også beskrevet i en undersøgelse af norske FN-soldater (Forsvarets Sanitet, 1993). Sammenhængen er indenfor den tidlige traumelitteratur beskrevet af Kelman (1947), der argumenterede for, at posttraumatiske reaktioner kun viste sig hos de personer, der har lidt af omsorgssvigt eller er blevet afvist af deres forældre i den allertidligste barndom. Han beskriver disse personer som nogle, der ikke er godt integrerede, men som er veltilpassede, ”succesrige neurotikere”, der pga. den tidlige psykiske skade er mere udsat for sammenbrud. Kelman var psykoanalytiker og hans opfattelse af opvækstsvigt er selvfølgelig præget af dette. Alligevel finder vi her en empirisk bekræftelse af en vigtig sammenhæng mellem barndomsoplevelse og sårbarhed i voksenlivet. Dette delresultat i denne sammenhæng ville nok have ærgret Harold Kelman, eftersom de opvækstsvigtede ikke har et særligt udtalt neurotisk forsvar, hvilket er centralt i hans forståelse af årsagssammenhængen.

Sygdomsfaktorer før begivenheden har rigtigt mange sammenhænge med symptommål efter begivenheden, hvilket måske bedst ses ved signifikante TSC-totalscores og GHQ-totalscores ud for alle sygdomsfaktorer. Men ser man mere specifikt på de to redskabers subskalaer, opdager man 1) at TSC opfanger depression, angst og dissociation hos alle sygdomsgrupper, 2) at de to redskaber mht. angst og depression (hvor de er overlappende) i de fleste tilfælde har samme svarmønster, og 3) at GHQ ikke på 4 af sine 5 subskalaer i stand til at opfange de (få) personer, som har været indlagt på psykiatrisk hospital. Det sidste er yderst bemærkelsesværdigt, eftersom GHQ er udviklet til at opfange psykiatiske problemer i en normalbefolkning; men forklaringen kunne selvfølgelig være, at de tidligere indlagte nu er så raske, at der ikke længere er spor af den tidligere psykiske sygdom. Det modsvares imidlertid af, hvad TSC's subskalaværdier viser. I den akutte del af regressionsanalysen er der kun én af sygdomsfaktorerne, der har en stor forklaringsværdi. Det er det medicinforbrug, der er kommet til efter ulykken og pga. denne. Dette forbrug bidrager ikke til at forklare variansen indenfor PTSD,

men derimod indenfor TSC-total og GHQ-total samt (negativt) til GAF. I efterundersøgelsen er der ingen sygdomsfaktorer tilbage som forklarende elementer.

Rammefaktorer vedrørende tidsforbrug og antal gange for krisebehandlingen og videre henvisninger er faktorer, som giver udslag på stort set alle symptommål, men som kun i ubetydelig grad berører de forskellige former for psykologisk forsvar. Når det drejer sig om kontakt med andre i samme situation, har de med det største timeforbrug og viderehenvisninger sjældnere kontakt medigestillede. Her varetager psykologbehandlingen og viderehenvisningen tilsyneladende en vigtig funktion for nogle, der ikke har mulighed for at møde andre i samme situation.

I den afsluttende regressionsanalyse af den akutte del er viderehenvisning til psykolog den eneste af rammefaktorerne, som bidrager signifikant. Viderehenvisning bidrager negativt til GAF - dvs. at så er funktionsniveauet relativt lavt - og positivt til TSC-total og undgåelsesskalaen

I efterundersøgelsesdelen er viderehenvisning også repræsenteret som faktor og nu på den måde, at den bidrager til samtlige seks afhængige mål, så psykologens vurdering af klientens behov må siges at svare godt til den subjektive oplevelse af traumatisering og symptomudvikling.

I gennemgangen af interventionsformer viste det sig, at debriefing var forbundet med et lavere symptomniveau på en lang række områder, mens EMD, kognitiv terapi og "andre terapiformer" hang sammen med højt symptomniveau. Denne forskel kunne fortolkes således, at debriefing er en særlig virksom metode i modsætning til de andre terapiformer. En anden fortolkning kunne være, at de andre terapiformer anvendes, når symptomniveauet er højt, og debriefing ikke er nok. Noget der taler for den sidstnævnte fortolkning er forskellen mellem EMD og kognitiv terapi, idet det af tabel 25 fremgår, at EMD i modsætning til kognitiv terapi er forbundet med høje traumatiseringsscores. Det kan selvfølgelig stadigvæk fortolkes således, at EMD ikke har effekt i forhold til traumatiseringsvariablene, mens kognitiv terapi har. Men det forekommer overvejende sandsynligt, at EMD er anvendt indenfor det felt, som man kunne kalde dets "gyldighedsområde", mens kognitiv terapi til gengæld især er blevet brugt i forbindelse med depression, angst, søvnproblemer og somatisering, hvor den kognitive terapi traditionelt bruges mest.

Billedet af "anden terapi" er mere diffust, men indebærer muligvis flere støttende og (social) færdighedstrænende elementer.

I den afsluttende regressionsanalyse af den akutte del optræder kognitiv terapi som den eneste interventionsform, og den bidrager til GAF og TSC-total. Heri ligger en interessant oplysning: Psykologen vurderer klientens funktionsniveau som relativt højt som betingelse for at bruge kognitiv terapi i akut krisebehandling. I regressionsanalysen seks måneder senere bidrager kognitiv terapi stadigvæk til at forklare omfanget af TSC-total. Sammenhængen mellem kognitiv terapi og TSC kunne forstås på den måde, at psykologen valgte at sætte ind overfor "symptomdelen" (fremfor traumatiseringen). Men det er usikkert, om denne forklaring er rigtig, fordi man stadig kunne vende tilbage til "djævelens synspunkt" og påpege, at terapien måske ikke er så virksom, når symptomniveauet er højt.

Det psykologiske forsvar er også en meget væsentlig komponent til at forklare variansen i symptomerne. I akutdelen bidrager de modne forsvarsmekanismer negativt til alle symptom-

mål. Det neurotiske forsvar bidrager til TSC og undgåelsesadfærd. Et halvt år senere er der sket en spændende forandring, idet det nu kun er det neurotiske forsvar, som bidrager til GHQ-total, hvilket igen peger på en uhensigtsmæssig symptomstabilisering.

Sikkerhedsfølelsen er et eksempel på en relativ global faktor, som er umiddelbart forståelig, aktuel og relevant for traumatiserede personer. Sikkerhedsfølelsen bidrager som den eneste faktor til at forklare variansen i samtlige syv afhængige faktorer i den ”akutte” regressionsanalyse. Så sikkerhedsfølelsen kunne være et vigtigt diagnostisk tegn, som ikke havde karakter af at være en del af den ”almindelige” symptomatologi. I den efterfølgende regressionsanalyse bidrager sikkerhedsfølelse et halvt år efter ulykken til TSC-total og undgåelsesadfærd. På det halve år har fortegnet ændret sig, dvs. at lige efter ulykken var en høj sikkerhedsfølelse ensbetydende med få psykologiske problemer. Et halvt år efter betyder høj sikkerhedsfølelse, at der forekommer høj grad af undgåelse og mange psykologiske symptomer. Dvs. at sikkerhedsfølelsen i en forstand er ”falsk”, idet den er baseret på undgåelse og mange psykiske problemer.

I den sene regressionsanalyse er den akutte GHQ-total og TSC-total medtaget som forklaringsfaktorer. Begge mål i den akutte fase er gode til at forudsige en høj forekomst af samme mål et halvt år senere, men de er ikke i stand til at forudsige det andet mål. Den akutte TSC-total bidrager derimod meget stærkt til at forklare PTSD-niveauet og subskalaerne for de invaderende og vagtsomme subskalaer.

Den største overraskelse i regressionsanalyse er måske betydningen af social støtte. I den akutte del spiller faktoren ”evnen til at udtrykke tanker og følelser” en stor (negativ) rolle for GHQ-total, TSC-total, PTSD og undgåelsesdimensionen, hvilket umiddelbart virker meget forståeligt; at evnen til at udtrykke sig er blokeret eller begrænset i takt med, at de psykiske problemer vokser. Også i Lindø-undersøgelsen (Elklit, 1997a,b) ses en sådan sammenhæng ud fra en indholdsanalyse af svarerne på et åbent spørgsmål om de umiddelbare reaktioner. De arbejdere, som udtrykte deres følelser mest udifferentieret, havde relativt flere psykiske vanskeligheder end de arbejdere, som brugte mere nuancerede ord.

I regressionsanalysen fra efterundersøgelsen er ”udtryksfaktoren” forsvundet. Til gengæld er der dukket to nye sociale faktorer op. Sympati fra andre er ensbetydende med lavere forekomst af PTSD og GHQ-total. Den anden sociale faktor er følelsen af at være blevet svigtet; den nu er den eneste faktor, der bidrager til at forklare alle seks afhængige faktorer på et signifikant niveau. Vi har her et meget vigtigt resultat, idet forhold som er uafhængige af demografi, sygehistorie, de traumatiske omstændigheder og psykologens intervention har deres egen selvstændige og betydningsfulde plads i forklaringen af senfølgerne af traumatisering.

Det er også værd at bemærke, at GAF ikke bidrager væsentligt til at forklare variansen i efterundersøgelsen. Spørgeskemaerne har højere prediktionsværdi end psykologernes helhedsvurderinger af klienterne.

De markante fald i traumatiseringsgrad og symptomniveau er forventelige og bør ses som en kombination af den psykologiske intervention og klienternes selvhelbredende kræfter. Disse fald gælder for gruppen som helhed, men der er stadig ca. en fjerdedel, som er traumatiseret i betydelig grad, og for hvem den psykologiske behandling ikke er tilstrækkelig. Inddrager man den subkliniske gruppe, som opfylder to af PTSD-diagnosens tre subskalakriterier, er antallet af potentielt behandlingskrævende 44%.

På ét symptomområde ser vi ingen forandring. Omfanget af aggression er stabilt i en periode på seks måneder. Dette fund er i overensstemmelse med bl.a. Weisæth (1984), som fandt, at aggression var den eneste af 30 variable, der ikke aftog seks måneder efter en katastrofe, men tværtimod på dette tidspunkt begyndte at stige. Dette fænomen kunne anskues som et udtryk for en ufuldstændig bearbejdning og måske som en reaktion på den reducerede sociale støtte, som vi også finder i den foreliggende undersøgelse. Faldet i social støtte skyldes ikke reduceret evne til at udtrykke tanker og følelse, men snarere skuffede forventninger, idet antallet af de, der føler sig svigtet, er stigende.

Forandringer i forsvarsstil er ubetydelige. Vi så tidligere, at forsvarsmekanismerne bidrog til symptomudvikling. Når der ikke er en større ændring i det halve år efter ulykken, kunne man tage det som udtryk for, at de dybereliggende lag i personligheden ikke var berørt på en sådan måde, at der havde fundet en større omstrukturering sted. Det er også muligt, at en eventuel traumefremkaldt regression er så kortvarig eller afgrænset, at den ikke ændrer personens grundlæggende funktionsmåde. Endelig er der også den mulighed, at det benyttede redskab, DSQ, ikke er velegnet til at opfange finere tegn på ustabil forsvar.

Overordnet bekræftes forståelsen af traumatiseringsprocessen som vist i modellen i figur 1. Modellen er en struktureret måde at se samspillet mellem en lang variable på. Modellen kan ses som en taksonomi over de områder, som den psykotraumatologiske forskning har identificeret som væsentlig. Der er baggrundsfaktorer, som spiller en betydelig rolle i forbindelse med de akutte reaktioner, men hvis betydning aftager i løbet af et halvt år. Den sociale støtte er væsentlig til at forklare omfanget af de akutte reaktioner. Den sociale støtte ændrer sig i løbet af det halve år, og nye faktorer kommer til at spille en rolle for udvikling af senfølger. Lidt af den samme ændring ses i forbindelse med det psykologiske forsvar. Umiddelbart efter ulykken spiller alle tre former for forsvarsstil en rolle for symptomudvikling. Seks måneder senere er billedet ændret på en måde, der kan fortolkes som symptomstabilisering. En bestemt følelse, oplevelse af sikkerhed, var en utroligt stærk prediktor for udvikling af PTSD og psykiske eftervirkninger. Modellen er et forsøg på at beskrive den intrapsykeiske traumatiseringsproces, der er indlejret i en personlig og social kontekst. Modellen indeholder ikke interventionsfaktorer.

Det er vanskeligt med sikkerhed at sige noget om effekten af en behandling i en naturalistisk undersøgelse. Klienters udsagn og de betydelige forbedringer i symptomniveau er indikatorer på positive og vellykkede interventioner. For at kunne udtale sig med sikkerhed om effekten må man arbejde med kontrolgruppe, randomisering og på nogle områder gøre behandlingen mere ensartet. At løse denne opgave ville være meget ressourcekrævende. Mindre ambitiøst, men mere realistisk kunne man med tiden forestille sig, at krisepsykologerne anvendte standardiserede redskaber til bestemmelse af klienternes problemomfang og ressourcer i starten af et behandlingsforløb og efter tre og seks måneder. Høje symptomniveauer og typen af modtaget social støtte kunne dels påvirke valg af intervention og dels en behandling, hvis der var indikation for det.

De redskaber, som kunne anbefales ud fra den foreliggende undersøgelse, ville være HTQ, TSC og CSS. De tre symptomundersøgende spørgeskemaer HTQ, TSC og GHQ er alle sensitive i forhold til kønsforskelle, udtryksevne, sikkerhedsfølelse og fravær af modent forsvar. HTQ er i den akutte del sensitiv overfor opvækstsvigt, mens GHQ er sensitiv overfor én kombineret tilknytnings- og traumatiseringsfaktor ("nære døde"), overfor neurotisk forsvar, mens både GHQ og TSC er sensitive overfor efterfølgende medicinforbrug. TSC er desuden i den

akutte del sensitiv overfor ustabilt forsvar, kognitiv terapi som interventionsform og viderehenvisning til psykolog. I efterundersøgelsen ses ligeledes lidt forskellige profiler for de tre symptommål. Væsentligst er det måske, at den akutte TSC bidrager til at forklare forekomsten af traumatisering efter et halvt år, mens GHQ er urelateret til alle PTSD-variable. Til gengæld er GHQ som nævnt forbundet med en særlig forsvarsstil, den neurotiske, samt mangel på sympati fra omgivelserne og højere grad af svigt under opvæksten.

Afslutningsvist må det nævnes, at undersøgelsens konklusioner bygger på et materiale, hvor der forekommer en sampling-bias. Derfor bør man være forsigtig med konklusioner til andre traumepopulationer. De omtalte interventionsformer hviler på de deltagende psykologers opfattelse af, hvad de enkelte behandlingsformer indebærer, og ikke på en standardiseret behandlingsprotokol. Eksempelvis bruges debriefing i mange tilfælde, hvor der kun er én klient tilstede, hvilket er forskelligt fra de gængse beskrivelser af debriefing. Fraværet af kontrolgruppe er nævnt som en begrænsning ved undersøgelsen. Trods disse forhold er der mange resultater, der er indbyrdes konsistente og i overensstemmelse med foreliggende teori om psykiske traumer og andre tilsvarende undersøgelser.

LITTERATURLISTE

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edition*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edition revised*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*. Washington, DC: Author.
- Andrews, G., Singh M. & Bond, M. (1990). The Defense Style Questionnaire. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 18(4), 246-256.
- Bond, M., Gardner, S. T., Christian, J. & Sigal, J. J. (1983). Empirical Study of Self-Rated Defense Styles. *Archives of General Psychiatry*, 40, 333-338.
- Bordow, S., Porritt, D. (1979). An Experimental Evaluation of Crisis Intervention. *Social Science & Medicine*, 13A, 251-256.
- Briere, J. & Runtz, M. (1989). Trauma Symptom Checklist. (TSC-33). *Journal of Interpersonal Violence*, 4, 151-163.
- Buhl, M., Hommelgaard, B. Martini, S. & Wedell-Wedellborgs, M. (1999). Krisebistand til soldater. *Psykolog Nyt*, 53, (16).
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York, Basic Books..
- Christensen, A. K. (1993). Traumeindustrien. *Psykolog Nyt*, 21, 741-742.
- Davis, R.C. Providing help to victims: A study of psychological and material outcomes. Final report of Victim Services Agency (New York) to the National Institute of Justice. A. J. Lurigio, W. G. Skogan & R. C. Davis (eds.): *Victims of Crime. Problem, Policies, and Programs*, (1990). Newbury: Sage.
- Dyregrov, A. (1999). Psykologisk debriefing – en virksom metode? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36, 99-106.
- Elklit, A. (1990): Måling af belastninger efter voldeligt overfald. *Nordisk Psykologi*, 42 (4), 281-289.
- Elklit, A. (1993a): Er der gået inflation i krisepsykologien? *Psykolog Nyt*, 47, (7), 224-225.
- Elklit, A. (1993b): *Offer for vold*. Aarhus Universitetsforlag.
- Elklit, A. (1994a): Traumeindustriens behandlingstærskel. *Psykolog Nyt*, 48, (5), 165-166.
- Elklit, A. (1994b): PTSD - en afløser for krisebegrebet? K.- E. Sabroe et al. (eds.): *Psykologi i et jubilæumsperspektiv*. Psykologisk Institut, Aarhus Universitet, 221-243.
- Elklit, A. (1994c): Skuddramaet på Aarhus Universitet. *Psykologisk Skriftserie*, 19, (3).
- Elklit, A. (1997a): The Aftermath of an Industrial Disaster. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, (Suppl., no. 392), 1-25.
- Elklit, A. (1997b): De psykologiske følger af en voldsom arbejdsulykke. I: Graversen, G. (red.): *Et arbejdsliv*. Psykologisk Institut, Aarhus Universitet, 89-111.

- Elklit, A. (1998a). *Psychometric Qualities of the Defense Style Questionnaire-40*, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet.
- Elklit, A. (1998b). Virker psykologisk debriefing? *Psykolog Nyt*, 52(3), 24-25.
- Elklit, A. (1999a). Krisehjælp til alle? *Psykolog Nyt*, 53 (17), 12-15.
- Elklit, A. (1999b). Røveriofre – de psykologiske konsekvenser af et væbnet røveri. *Psykologisk Skriftserie*, 24(5).
- Elklit, A. (2000). *Følger af whiplash*. København: PTU.
- Elklit, A., Andersen, L. B. (1994): Scandinavian Star - en undersøgelse af de fysiske, psykologiske og sociale eftervirkninger af en katastrofe. *Psykologisk Skriftserie*, 19, (5), (2. udgave 1995).
- Elklit, A., Andersen, L. B., Arctander, T. (1995): Scandinavian Star. Anden del. De fysiske, psykologiske og sociale eftervirkninger 3½ år efter katastrofen. *Psykologisk Skriftserie*, 20, (2).
- Elklit, A., Jind, L. (1999). *Forældrereaktioner på spædbarnsdød*, København: Forlaget Skolepsykologi/Dansk Psykologisk Forlag.
- Elklit, A., Knudsen, H. (1995): Danske FN-soldater i fredsbevarende mission - belastninger og efterreaktioner. *Psykologisk Skriftserie*, 20, (5).
- Elklit, A., Pedersen, S. & Jind, L. (2000). The Crisis Support Scale – Psychometric qualities and validation. (Submitted).
- Elklit, A., Vesterby, A. (1999): Integreret krisehjælp til voldtægts ofre. *Psykolog Nyt*, 53 (20), 9-11.
- Elsass, P. (1993). Kriseindustrien. *Psykolog Nyt*, 47, (5), 166-168.
- Erichsen, B. (1999). Den kommercielle krisehjælp. *Psykolog Nyt*, 53 (15), 12-15.
- Forsvarets Sanitet (1993). *Unifil-undersøgelsen 1992-1992. Rapport, Del I*. Oslo.
- Goldberg, D. P. (1972). *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness*. London: Oxford University Press.
- Hougaard, E. (1986). *Psykoterapi, teori og forskning*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Huppert, A. F., Walters, D. E., Day, N. & Elliot, B. J. (1989). The factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ-30): a reliability study on 6317 community residents. *British Journal of Psychiatry*, 155, 178-185.
- Ibsen, B. F. & Larsen, A. I. (2000). Psykologisk kriseintervention. *Månedsskrift for praktisk lægegerning*, 78, 163-174.
- 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.
- Kelman, H. (1947). Character and the Traumatic Syndrome. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 102, 121-153.
- Levine, P. A. (1998). *Væk tigreren. Helbredelse af traumer*. København: Borgen.

- Mehlbye, J. & Laurents, C. B. (1994). *Psyologhjælp med sygesikringstilskud*. København: AKF:
- 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 (2), 111-116.
- Nielsen, M. S. (1999). *Psyriske reaktioner efter rygmarvsskader*. Psykologisk Institut, Århus: Aarhus Universitet.
- Pedersen, S.S. & Elklit, A. (1998): Traumatization, Psychological Defense Style, Coping, Symptomatology, and Social Support in HIV-positive: A Pilot Study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 39 (2), 55-60.
- Raphael, B. (1986). *When Disaster Strikes. How Individuals and Communities Cope with Catastrophe*. New York: Basic Books, Inc.
- Rapoport, L. (1962). The State of Crisis: Some Theoretical Considerations. *The Social Service review*, 36, 211-217.
- Rapoport, L. (1967). Crisis-oriented Short-term Casework. *The Social Service Review*, 41, 31-43.
- Titchener, J. L. (1986). Post-Traumatic Decline: A Consequence of Unresolved Destructive Drives. Figley, C. R. (ed.). *Trauma and Its Wake. VOLUME II: Traumatic Stress Theory, Research, and Intervention*. New York: Brunner/Mazel, Inc. 5-19
- Weisæth, L. (1984). *Stress Reactions to an Industrial Disaster*. Division of Disaster Psychiatry, Institute of Psychiatry, Gaustad; The Psychiatric Institute, Vinderen; University of Oslo, and The Joint Norwegian Armed Forces Medical Service.
- WHO (1994). *ICD-10. Psyriske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser*. København: Munksgaard.

KRITERIER FOR PTSD

- 1. Personen har været udsat for en traumatisk begivenhed, der var kendetegnet ved to af de nedennævnte forhold:**
 - a. Personen oplevede, var vidne til eller blev konfronteret med en begivenhed eller begivenheder, som indebar død eller trusler om død eller alvorlig kvæstelse eller trusler mod egen eller andres fysiske integritet.
 - b. Personens reaktion involverede intens frygt, hjælpeløshed eller rædsel.
- 2. Den traumatisk begivenhed bliver til stadighed genoplevet på mindst én af de følgende måder:**
 - a. Gentagne, invaderende og belastende erindringer om det skete.
 - b. Gentagne belastende drømme om begivenheden.
 - c. Pludselig oplevelse af eller ageren som om den traumatiske begivenhed gentog sig i nuet (f.eks. en oplevelse af at gennemleve begivenheden igen, oplevelsen af illusioner, hallucinationer eller dissociative episoder ("flash backs").
 - d. Intenst psykisk stress ved oplevelsen af begivenheder, der symboliserer eller ligner den traumatiske begivenhed.
- 3. Vedvarende forsøg på at undgå stimuli, der er forbundet med traumet, eller en følelsesmæssig tilbagetrækning ("numbness"), som ikke var til stede før traumet. Dette skal manifesteres ved mindst 3 af følgende symptomer:**
 - a. Forsøg på at undgå tanker eller følelser forbundet med traumet.
 - b. Forsøg på at undgå aktiviteter og situationer, der kan give erindringer om traumet.
 - c. Manglende evne til at genkalde sig vigtige aspekter af traumet.
 - d. Tydelig nedsat interesse for vigtige aktiviteter.
 - e. En oplevelse af følelsesmæssig afsondrethed eller fremmedgørelse over for andre
 - f. Begrænsning i det følelsesmæssige spektrum, f.eks. manglende evne til at føle kærlighed over for andre.
 - g. En oplevelse af, at fremtidsmulighederne er begrænsede.
- 4. Vedvarende symptomer på øget stress ("arousal"), som ikke var til stede før traumet. Dette skal manifestere sig ved mindst 2 af følgende symptomer:**
 - a. Vanskelighed ved at falde i søvn eller at sove igennem.
 - b. Irritabilitet og vredesudbrud.
 - c. Koncentrationsvanskeligheder.
 - d. Overvagtsthed.
 - e. Overreaktion på forskrækkelse ("startle response").
- 5. Forstyrrelsen skal have varet i mindst én måned.**
- 6. Forstyrrelsen forårsager en klinisk set betydelig belastning eller forringelse på det sociale, arbejdsmæssige eller andre vigtige funktionsområder.**

Falck / Psykologisk Institut-undersøgelsen

Information til psykologen

Undersøgelsesmaterialet omfatter:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 1) Klientsamtykke | udleveres til klient |
| 2) Klientinformation | udleveres til klient |
| 3) Spørgeskema | udleveres til klient |
| 4) Helhedsvurdering af funktion | forbliver hos psykologen |
| 5) Interventionsoplysninger
samt | returneres til Psykologisk Institut |
| 6) Lønkort | returneres til Psykologisk Institiut |
| 7) Labels | anvendes af psykologen |
| 8) Follow-up skema (fremsendes senere) | udleveres til klient |
| 9) Følgrebrev til follow-up skema (fremsendes senere) | udleveres til klient |

Eksklusionskriterier

Under 18 år (ikke-myndige).

Demens eller kognitive vanskeligheder i middelsvær grad.

Dårlig sprogbeherskelse.

Falck-ansatte (deltager som sammenligningsgruppe).

Grupper

Intervention i grupper kan afsluttes med uddeling af skemaet i frankeret returkuvert med indlagt slip til navn. Kuverterne returneres pr. post til dig, således at du

- 1) kan kontakte enkeltpersoner, som har det dårligt ifølge skemaerne
- 2) kan udsende follow-up skema efter 6 måneder.

Individuelt forløb

Efter 1. samtale udleverer du skemaet, klientinformation og samtykkeerklæring og siger til klienten: *“Jeg vil bede dig om at udfylde dette spørgeskema, inden vi ses næste gang. (Hvis der går mere end 7-10 dage, så bed klienten om at sende det til dig, før I mødes). Det vil give mig en mulighed for at kunne se, hvordan du har det, og om der er nogle særlige ting, jeg skal være opmærksom på. Skemaet er også en del af en undersøgelse, som jeg laver sammen med nogle andre Falck-psykologer”.*

Når du modtager skemaet, takker du og siger: *“Jeg vil gerne have lov at kontakte dig om et halvt år med et skema, der ligner det, du har udfyldt, for at se hvordan det går med dig til den tid. Er det i orden?”.*

Når du er færdig med forløbet, sender du spørgeskema og interventionsskema til Psykologisk Institut, Asylvej 4, 8240 Risskov, att.: Anne Sørensen (tlf. 8942 4934, labels vedlagt). Samtykkeerklæ-

ringen opbevarer du. Hvis du ønsker et eksemplar af spørgeskemaet til din journal, kan du tage en kopi.

Follow-up

5 3/4 måned efter ulykken modtager du follow-up skemaet med en følgebrev til klienten, som du personligt underskriver. Brevet sender du derefter til klienten i en af dine egne kuverter inklusive en frankeret returkuvert.

Når skemaet returneres, kigger du det igennem og vurderer det:

- ⇒ Har klienten **ubetydelige** problemer, ringer du op/sender et lille brev, takker for skemaet og siger: *“Jeg kan se af dit skema, at du ikke har nogle alvorlige eftervirkninger af ulykken. Er det rigtigt? (.....) Jeg er glad for, at du er kommet så godt igennem det - og skulle der nogensinde dukke problemer op, er du velkommen til at kontakte mig”*.
- ⇒ Har klienten **betydelige** problemer, ringer du til Tine Arctander og får bevilliget et antal opfølgningstimer. Så ringer du til klienten og siger: *“Jeg kan se af dit skema, at du har en del psykologiske eftervirkninger af ulykken. Hvis du har lyst til at snakke om dem her hos mig, så har jeg mulighed for at tale med dig nogle gange, uden at det skal koste dig noget.*

Skemaet sendes herefter til Psykologisk Institut.

Honorar

Honorar udbetales af Aarhus Universitet én gang om måneden. Første gang du indsender et spørgeskema, skal det vedlagte lønkort udfyldes og returneres til Anne Sørensen. Herefter modtager du automatisk honorar, når skemaerne modtages.

Klientinformation

De har rekvireret psykologhjælp hos Falck i forbindelse med, at De har været udsat for en uventet og ulykkelig hændelse, som har gjort et voldsomt indtryk på Dem.

Det er i de senere år blevet almindeligt, at mennesker, som udsættes for en usædvanlig og rystende begivenhed, får hjælp til at bearbejde denne.

En forskningsgruppe af læger og psykologer er i øjeblikket i gang med en undersøgelse af de eftervirkninger, den slags hændelser kan få. Vi er interesseret i en række oplysninger, som kan give os større viden om disse efterreaktioner. Disse oplysninger skal bruges til at forbedre de tilbud, som de mennesker kan få, som er ramt af en ulykke.

Undersøgelsen er tilrettelagt således, at De vil blive bedt om at afgive nogle almindelige oplysninger om Dem selv og nogle oplysninger om de tanker og følelser, der har optaget Dem efter hændelsen. Der er også spørgsmål om Deres helbred.

Efter 6 måneder vil De blive kontaktet af Deres psykolog med et nyt skema, der drejer sig om, hvordan De har det på det tidspunkt.

Vi vil være Dem meget taknemmelig, hvis De vil tage Dem tid til at udfylde spørgeskemaerne. Alle oplysninger vil blive behandlet fortroligt. De indsendte spørgeskemaer vil kun kunne identificeres ved hjælp af en talkode, således at vi kan sammenligne de indsendte besvarelser i undersøgelsesperioden.

Hvis De er interesseret i at få mere at vide om undersøgelsen, kan De kontakte den ansvarlige projektleder, læge Christian Simonsen, ved at ringe til Falck Cares vagtcentral på *tlf. nr. 44 92 42 22*.

Undersøgelsen er bedømt og godkendt af det videnskabsetiske komitésystem under sag nr. KF 01-272/96 (Københavns Sundhedsdirektorat, Sjællandsgade 40, 2200 København N.)

Med venlig hilsen

Christian Simonsen
Læge

Ask Elklit
Psykolog

Henrik Steen Andersen
Læge

Klientsamtykke

Vi vil gerne spørge Dem, om De vil være med i en videnskabelig undersøgelse.

På næste side vil vi beskrive, hvad undersøgelsen går ud på, og hvordan De kan deltage, hvis De vil være med.

Vi håber, at De vil være med i undersøgelsen, men vi understreger, at det er *frivilligt*, om De vil deltage i undersøgelsen. Hvis De vælger at deltage, kan De *altid* trække Dem ud af undersøgelsen igen, hvis De skulle fortryde - uden at De skal komme med nogen forklaring på, hvorfor De alligevel ikke vil være med. Det gælder også, selvom De har skrevet under på at ville deltage.

Skulle De ikke ønske at deltage, vil det på ingen måde påvirke den hjælp, De modtager.

Med venlig hilsen

Christian Simonsen
Projektansvarlig læge
Tlf. nr.: 44 92 42 22

Hvis De vil være med i undersøgelsen, bedes De skrive under nedenfor.

Jeg bekræfter hermed, at jeg efter at have modtaget ovenstående information, såvel mundtligt som skriftligt, indvilliger i at deltage i den beskrevne undersøgelse.

Jeg er informeret om, at det er frivilligt at deltage, og at jeg når som helst kan trække mit tilsagn om deltagelse tilbage, uden at det vil påvirke min nuværende eller fremtidige behandling.

Dato: _____

Underskrift: _____

*Det er vigtigt, at alle spørgsmål udfyldes.
Enkelte spørgsmål ligner hinanden; det håber vi, at du vil bære over med.*

Dato for udfyldelse af skemaet: _____

Alder: _____ år.

Køn: Mand ☐ Kvinde ☐ (Sæt kryds).

Børn: Antal: _____

Civilstand (sæt kryds):

Ugift ☐
Gift / partnerskab / samlevende ☐
Fraskilt eller separeret ☐

Enke (-mand) ☐
Andet: _____

Antal skoleår: _____ **Antal år i videre-/erhvervsuddannelse:** _____

Uddannelse (sæt kryds):

Nej/ufaglært ☐
Specialarbejder e.lign. ☐
Faglært (f.eks. håndværker) ☐

Mellemuddannelse (f.eks. lærer/sygepl.) ☐
Højere uddannelse (universitet e.lign.) ☐
Under uddannelse ☐

Aktuel beskæftigelse (sæt kryds):

Arbejdende ☐
Dagpengemodtager ☐
Efterlønsmodtager ☐
Bistandshjælpsmodtager ☐

Førtidspensionist ☐
Folkepensionist ☐
Uddannelsessøgende ☐
Andet: _____

Bolig (sæt kryds):

Bor du til leje? ☐ I egen bolig ☐

Andet: _____

Hvornår skete ulykken/begivenheden: _____

I forbindelse med den ulykke/begivenhed, der får dig til at opsøge Falck-psykologen (sæt kryds):

	Har du været udsat for?	Har du været vidne til?
Kvæstelser		
Set døde eller sårede		
Troet at du skulle dø		
Følt dig helt hjælpeløs og afmægtig		
Dødsfald		
Trusler på livet		
Fysisk vold (slået, sparket)		
Psykisk vold (ydmygelser, chikane)		
Røveri/tyveri		
Drab		
Andet (hvad?): _____		

Var familie eller venner indblandet? Nej ☐ Ja ☐ Hvem? _____

Blev nogen, som stod dig nær, kvæstet? Nej ☐ Ja ☐ Hvem? _____

Er nogle, der stod dig nær, døde? Nej ☐ Ja ☐ Hvem? _____

Hvad var det værste/det mest ubehagelige du oplevede?

Lige før begivenheden skete, havde du da en anelse om, at den ville ske? (Sæt kryds).

Ja ☐ Nej ☐

Ved begivenheden var du da bange for din egen sikkerhed?

1	2	3	4	5	6	7	(sæt kryds)
Nej, overhovedet ikke			Ja, noget			Ja, virkelig meget	

Hvordan påvirkede begivenheden din nærmeste familie?

Har du oplevet nogle af de følgende begivenheder tidligere i dit liv? (Sæt kryds)

Voldtægt	☐	Brand	☐
Seksuelt misbrug	☐	Vidne til traume	☐
Overfald/vold	☐	Fysisk mishandling	☐
Chok	☐	Omsorgssvigt som barn	☐
Trusler med våben	☐	Mistet en nærtstående	☐
Ulykke	☐	Andre traumer	☐

Hvordan er din sikkerhedsfølelse i dag?

1	2	3	4	5	6	7	(sæt kryds)
Jeg er bange for, at der let kan ske en ny begivenhed						Jeg føler mig helt sikker på, at der ikke sker en sådan begivenhed igen	

	Har du haft kontakt med (sæt kryds)	Fik du den hjælp du ønskede? Nej = 1 Til dels = 2 Ja = 3	Var de venlige og forstående? Nej = 1 Til dels = 2 Ja = 3
Ambulance			
Kranbil			
Sygehus			
Politi			
Egen læge			
Psykolog			
Andre (hvem?):			

Har du inden for det sidste år været ude for andre større livsændringer/-begivenheder (dødsfald, sygdom, skilsmisse, flytninger, familieændringer, jobændringer eller andet?):

Eventuel kontakt med læge/hospital:

Har du en legemlig sygdom?

Nej ☐ Ja ☐ Hvilken? _____

Har du en psykisk sygdom?

Nej ☐ Ja ☐ Hvilken? _____

Brugte du medicin før ulykken?

Nej ☐ Ja ☐ Hvilken? _____

Har du fået medicin efter ulykken?

Nej ☐ Ja ☐ Hvilken? _____

Har du haft kontakt til praktiserende psykolog/psykiater?

Ja ☐ Nej ☐

Har du været indlagt på psykiatrisk afdeling?

Ja ☐ Nej ☐

De følgende spørgsmål drejer sig om symptomer, som folk kan have efter at have oplevet ubehagelige eller voldsomme begivenheder. Vil du læse hvert enkelt spørgsmål omhyggeligt og angive, hvor meget det pågældende symptom har generet dig siden begivenheden?

	Overhovedet ikke	Sjældent	Noget af tiden	For det meste
1 Tilbagevendende tanker eller erindringer om begivenheden.				
2 Føler i glimt, at det er ligesom at begivenheden gentager sig.				
3 Gentagne mareridt.				
4 Føler mig uengageret eller isoleret fra mennesker.				
5 Ude af stand til at vise følelser.				
6 Føler ængstelse, bliver nemt forskrækket.				
7 Svært ved at koncentrere mig.				
8 Besvær med at falde i søvn/sove igennem.				
9 Følelsen af at være på vagt.				
10 Føler mig let irriteret og har let ved at blive vred.				
11 Undgår aktiviteter, som minder mig om begivenheden.				
12 Ude af stand til at huske dele af begivenheden.				
13 Mindre interesse i dagligdags aktiviteter.				
14 Føler jeg ikke har nogen fremtid.				
15 Undgår tanker eller følelser forbundet med begivenheden.				
16 Pludselige følelsesladede eller fysiske reaktioner, når jeg bliver mindet om begivenheden.				

	Overhovedet ikke	Sjældent	Noget af tiden	For det meste
17 Føler at mennesker ikke forstå mig.				
18 Besvær med at udføre arbejde eller daglige gøremål.				
19 Giver mig selv skylden for begivenheden.				
20 Skyldfølelse over at have overlevet/klaret mig godt.				
21 Håbløshed.				
22 Føler skam p.g.a. begivenheden, som har fundet sted.				
23 Tilbringer tid med at tænke over, hvorfor det skete for mig.				
24 Føler det som om jeg bliver sinds- syg.				
25 Føler at jeg er den eneste, der har været udsat for en sådan begivenhed.				
26 Føler at andre er fjendtlige mod mig.				
27 Føler at jeg ikke kan stole på nogen.				
28 Finder ud af, eller bliver fortalt af andre, at jeg har gjort noget, jeg ikke kan huske.				
29 Føler at jeg er blevet delt i to, og at den ene halvdel af mig iagttager den anden.				
30 Føler at nogen, jeg har stølet på, har forrådt mig.				
31 Føler skyld fordi jeg kunne have gjort noget/jeg ikke havde gjort nok.				

	Hvor tit har du oplevet følgende siden begivenheden (sæt kryds):	Aldrig	Nogle gange	Ofte	Meget tit
1	Har du problemer med at falde i søvn?				
2	Sover du uroligt?				
3	Har du mareridt?				
4	Vågner du op tidligt om morgenen - og kan ikke falde i søvn igen?				
5	Har du dårlig appetit, vægttab?				
6	Føler du dig isoleret fra andre?				
7	Føler du dig ensom?				
8	Har du følt dig trist?				
9	Har du forstyrrende tanker eller billeder om tilskadekomsten?				
10	Taber du tråden, forsvinder du i dine tanker?				
11	Har du hovedpine?				
12	Har du problemer med maven?				
13	Græder du sommetider?				
14	Føler du dig bange eller på vagt?				
15	Har du svært ved at styre dit temperament?				
16	Har du svært ved at komme ud af det med andre?				
17	Føler du dig vred eller irriteret?				
18	Lider du af svimmelhed?				
19	Besvimer du?				
20	Har du ønsker om at skade dig selv fysisk?				
21	Har du ønsker om at skade andre fysisk?				
22	Har du seksuelle problemer?				
23	Er du bange for mænd?				
24	Er du bange for kvinder?				
25	Vasker du dig meget? (Overdreven hygiejne).				
26	Føler du dig underlegen eller usikker?				
27	Har du selvbefejdelser?				
28	Har du en følelse af uvirkelighed?				
29	Har du problemer med at huske?				
30	Føler du, at det nogen gange er, som om du er ude af din krop?				
31	Føler du dig anspændt?				
32	Har du problemer med at trække vejret?				
33	Føler du dig uoplagt?				

Hvordan oplevede du dine omgivelser *efter begivenheden*?

- 1) Når du havde behov for at snakke, hvor tit var der nogen, der var villig til at lytte *efter begivenheden*?

1	2	3	4	5	6	7	(sæt kryds)
Aldrig			Nogle gange			Altid	

- 2) Havde du kontakt med andre i samme situation eller folk med lignende oplevelser *efter begivenheden*?

1	2	3	4	5	6	7	(sæt kryds)
Aldrig			Nogle gange			Altid	

- 3) Var du i stand til at tale om dine tanker og følelser *efter begivenheden*?

1	2	3	4	5	6	7	(sæt kryds)
Aldrig			Nogle gange			Altid	

- 4) Udviste folk sympati og støtte *efter begivenheden*?

1	2	3	4	5	6	7	(sæt kryds)
Aldrig			Nogle gange			Altid	

- 5) Var der nogen, der hjalp dig med praktiske ting *efter begivenheden*?

1	2	3	4	5	6	7	(sæt kryds)
Aldrig			Nogle gange			Altid	

- 6) Følte du dig nogle gange svigtet af folk, som du regnede med ville støtte dig?

1	2	3	4	5	6	7	(sæt kryds)
Aldrig			Nogle gange			Altid	

- 7) Alt i alt var du tilfreds med den støtte, du modtog *efter begivenheden*?

1	2	3	4	5	6	7	(sæt kryds)
Overhovedet ikke			Nogle gange			Ja, meget	

Vi vil gerne vide, hvordan dit velbefindende og din helbredstilstand har været siden begivenheden. Besvar spørgsmålene ved at overkrydse det svar, som du synes passer bedst til, hvordan du har haft det.

Har du siden begivenheden:

1.	Kunnet koncentrere dig om det, du er i gang med?	bedre end sædvanligt	det samme som sædvanligt	dårligere end sædvanligt	meget dårligere end sædvanligt
2.	Mistet søvn på grund af bekymringer?	nej, slet ikke	ikke mere end sædvanligt	noget mere end sædvanligt	meget mere end sædvanligt
3.	Haft hvileløse urolige nætter?	nej, slet ikke	ikke mere end sædvanligt	noget mere end sædvanligt	meget mere end sædvanligt
4.	Været i stand til at holde dig beskæftiget og travlt optaget?	mere end sædvanligt	det samme som sædvanligt	noget mindre end sædvanligt	meget mindre end sædvanligt
5.	Kommet lige så meget udenfor dit hjem, som du plejer?	mere end sædvanligt	det samme som sædvanligt	noget mindre end sædvanligt	meget mindre end sædvanligt
6.	Klaret dig lige så godt, som de fleste ville have gjort i dit sted?	bedre end de fleste	det samme som de fleste	dårligere end de fleste	meget dårligere end de fleste
7.	Følt du har klaret dig godt - alt taget i betragtning?	bedre end sædvanligt	omtrent som sædvanligt	mindre godt end sædvanligt	meget dårligere end sædvanligt
8.	Været tilfreds med den måde, du har udført dine opgaver på?	mere tilfreds end sædvanligt	omtrent som sædvanligt	mindre tilfreds end sædvanligt	meget mindre tilfreds end sædvanligt
9.	Været i stand til at føle varme og hengivenhed for dine nærmeste?	mere end sædvanligt	omtrent det samme som sædvanligt	mindre end sædvanligt	meget mindre end sædvanligt
10.	Haft let ved at omgås andre mennesker?	lettere end sædvanligt	det samme som sædvanligt	sværere end sædvanligt	meget sværere end sædvanligt
11.	Brugt mere eller mindre tid på at more dig med andre?	mere end sædvanligt	det samme som sædvanligt	mindre end sædvanligt	meget mindre end sædvanligt
12.	Følt at du spiller en nyttig rolle?	mere end sædvanligt	det samme som sædvanligt	mindre nyttig end sædvanligt	meget mindre nyttig
13.	Følt at du har været i stand til at tage beslutninger?	mere end sædvanligt	det samme som sædvanligt	mindre end sædvanligt	meget mindre end sædvanligt
14.	Følt dig presset?	nej, slet ikke	ikke mere end sædvanligt	noget mere end sædvanligt	meget mere end sædvanligt

15.	Følt at det var svært at klare dine van- skeligheder?	nej, slet ikke	ikke mere end sædvanligt	noget mere end sædvanligt	meget mere end sædvanligt
16.	Følt livet som en daglig kamp?	nej, slet ikke	ikke mere end sædvanligt	noget mere end sædvanligt	meget mere end sædvanligt
17.	Været i stand til at nyde dine normale daglige aktiviteter?	mere end sædvanligt	det samme som sædvanligt	mindre end sædvanligt	meget mindre end sædvanligt
18.	Taget det hele for tungt?	nej, slet ikke	ikke mere end sædvanligt	noget mere end sædvanligt	meget mere end sædvanligt
19.	Været grebet af angst eller panik uden nogen særlig grund?	nej, slet ikke	ikke mere end sædvanligt	noget mere end sædvanligt	meget mere end sædvanligt
20.	Været i stand til at se dine problemer i øjnene?	mere end sædvanligt	det samme som sædvanligt	mindre end sædvanligt	meget mindre end sædvanligt
21.	Følt at alt tårner sig op omkring dig?	nej, slet ikke	ikke mere end sædvanligt	noget mere end sædvanligt	meget mere end sædvanligt
22.	Følt dig ulykkelig og nedtrykt?	nej, slet ikke	ikke mere end sædvanligt	noget mere end sædvanligt	meget mere end sædvanligt
23.	Følt svigtende selvtillid?	nej, slet ikke	ikke mere end sædvanligt	noget mere end sædvanligt	meget mere end sædvanligt
24.	Syntes at du ikke er noget værd?	overhovedet ikke	ikke mere end sædvanligt	noget mere end sædvanligt	meget mere end sædvanligt
25.	Følt at livet er håbløst?	overhovedet ikke	ikke mere end sædvanligt	noget mere end sædvanligt	meget mere end sædvanligt
26.	Haft forventninger til din fremtid?	mere end sædvanligt	omtrent det samme som sædvanligt	mindre end sædvanligt	meget mindre end sædvanligt
27.	Følt dig rimeligt lykkelig - alt taget i betragtning?	nej, slet ikke	omtrent det samme som sædvanligt	mindre end sædvanligt	meget mindre end sædvanligt
28.	Følt dig nervøs og ophængt?	nej, slet ikke	ikke mere end sædvanligt	noget mere end sædvanligt	meget mere end sædvanligt
29.	Følt at livet ikke er værd at leve?	nej, slet ikke	ikke mere end sædvanligt	noget mere end sædvanligt	meget mere end sædvanligt
30.	Følt at du af og til ikke har kunnet foretage dig noget på grund af dårlige nerver?	nej, slet ikke	ikke mere end sædvanligt	noget mere end sædvanligt	meget mere end sædvanligt

Spørgeskemaet består af et antal sætninger om din holdning til dig selv og andre mennesker. Der er ingen rigtige eller forkerte svar. Brug 9 punkts-skalaen vist nedenunder og angiv, hvor meget du er enig eller uenig ved at slå et kryds. Kryds af ved 5 hvis du hverken er enig eller uenig. Kryds af ved 3 hvis du er noget uenig og ved 9, hvis du er helt enig i udtalelsen.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Stærkt uenig							Helt enig	
1	Jeg kan lide at hjælpe andre, og hvis ikke jeg havde mulighed for det, ville jeg blive i dårligt humør.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2	Jeg kan undgå at tænke på et problem, indtil jeg har tid til at gøre noget ved det.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3	Jeg bearbejder evt. stress og nervøsitet ved at gøre noget praktisk eller kreativt.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4	Jeg er i stand til at finde på gode begrundelser for alt det, jeg gør	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5	Jeg har let ved at le af mig selv og kan godt være selvironisk.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6	Folk er tilbøjelige til at behandle mig dårligt.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7	Hvis jeg blev overfaldet og frastjålet mine penge, ville jeg hellere have, at gerningsmanden fik behandling end straf.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8	Folk siger, at jeg for det meste lader som om, at ubehagelige kendsgerninger ikke eksisterer.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9	I farlige situationer ignorerer jeg faren.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	Jeg er stolt af min evne til at kunne sætte folk på plads.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11	Jeg reagerer ofte impulsivt, når jeg har et problem.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12	Jeg bliver let syg, når tingene ikke fungerer for mig.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13	Jeg er et meget hæmmet menneske.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14	Jeg får mere ud af mine fantasier og dagdrømme end af virkeligheden.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15	Jeg har en særlig evne til at komme igennem tilværelsen uden problemer.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16	Der er altid en god grund, når noget ikke lykkes for mig.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17	Flere ting lykkes for mig i dagdrømme end i mit virkelige liv.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18	Der er ikke noget, der kan gøre mig bange.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19	Sommetider synes jeg, at jeg er en "engel", sommetider en "djævel".	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20	Jeg bliver meget vred, hvis jeg føler mig såret.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21	Jeg føler altid, at en person jeg kender godt, vil beskytte mig.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Stærkt uenig							Helt enig	
22	For mit vedkommende er mennesker enten gode eller dårlige.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
23	Hvis min chef eller en anden kritiserer mig, kan jeg finde på f.eks. at lave fejl eller arbejde langsomt for at gøre gengæld.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
24	Jeg kender et menneske, som kan alt og som er fuldstændigt retfærdig og reel.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
25	Jeg kan lægge låg på mine følelser, hvis de ser ud til at forhindre mig i at gennemføre det, jeg er i gang med.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
26	Jeg kan for det meste se det morsomme i en ellers pinlig situation.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
27	Jeg får let hovedpine, når jeg er nødt til at gøre noget, som jeg ikke bryder mig om.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
28	Jeg er ofte venlig over for mennesker, som jeg har al mulig grund til at være vred på.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
29	Jeg synes, at livet er hårdt ved mig.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
30	Når jeg står over for en vanskelig situation, prøver jeg at forestille mig, hvad der kan ske og planlægger, hvordan jeg vil klare det.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
31	Læger forstår aldrig rigtigt, hvad der er galt med mig.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
32	Hvis jeg har kæmpet for min ret, plejer jeg bagefter at undskylde min adfærd.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
33	Når jeg er trist eller nervøs, får jeg det bedre ved at spise noget.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
34	Jeg får tit at vide, at jeg ikke viser mine følelser.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
35	Hvis jeg kan forudse, at jeg bliver ked af det i en situation, så kan jeg bedre klare den.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
36	Lige meget hvor meget jeg beklager mig, får jeg aldrig et ordentligt svar.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
37	I situationer, der ellers kan få stærke følelser frem, sker det tit, at jeg ikke føler noget.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
38	Ved at koncentrere mig om den opgave jeg er i gang med, kan jeg undgå at føle mig trist eller nervøs	1	2	3	4	5	6	7	8	9
39	Hvis jeg var i en krise, ville jeg prøve at finde nogen, som havde det samme problem.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
40	Hvis jeg bliver vred på nogen, føler jeg trang til at gøre det godt igen.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

[illegible]

Efterundersøgelse

*Det er vigtigt, at alle spørgsmål udfyldes.
Enkelte spørgsmål ligner hinanden; det håber vi, at du vil bære over med.*

Dato for udfyldelse af skemaet: _____

Alder: _____ år.

Køn: Mand ☐ Kvinde ☐ (Sæt kryds).

Børn: Antal: _____

Civilstand (sæt kryds):

Ugift ☐
Gift / partnerskab / samlevende ☐
Fraskilt eller separeret ☐

Enke (-mand) ☐
Andet: _____

Aktuel beskæftigelse (sæt kryds):

Arbejdende ☐
Dagpengemodtager ☐
Efterlønsmodtager ☐
Bistandshjælpsmodtager ☐

Førtidspensionist ☐
Folkepensionist ☐
Uddannelsessøgende ☐
Andet: _____

Hvornår skete ulykken/begivenheden: _____

Hvordan er din sikkerhedsfølelse i dag?

1	2	3	4	5	6	7	(sæt kryds)
Jeg er bange for, at der let kan ske en ny begivenhed						Jeg føler mig helt sikker på, at der ikke sker en sådan begivenhed igen	

Har du efter ulykken - siden du udfyldte det første spørgeskema:

	haft kontakt med (sæt kryds)?	Fik du den hjælp du ønskede? Nej = 1 Til dels = 2 Ja = 3	Var de venlige og forstående? Nej = 1 Til dels = 2 Ja = 3
Sygehus			
Politi			
Egen læge			
Psykolog			
Forsikringsselskab			
Advokat			
Domstol			
Social- og Sundheds- forvaltning			
Andre (hvem?):			

Har du inden for det sidste halve år været ude for andre større livsændringer/-begivenheder (dødsfald, sygdom, skilsmisse, flytninger, familieændringer, jobændringer eller andet?):

Eventuel kontakt med læge/hospital:

Får du idag medicin som følge af ulykken?

Nej ☐ Ja ☐ Hvilken? _____

Har du siden ulykken haft kontakt til anden praktiserende psykolog/psykiater udover Falck-psykologen?

Ja ☐ Nej ☐

Har du siden ulykken været indlagt på psykiatrisk afdeling?

Ja ☐ Nej ☐

De følgende spørgsmål drejer sig om symptomer, som folk kan have efter at have oplevet ubehagelige eller voldsomme begivenheder. Vil du læse hvert enkelt spørgsmål omhyggeligt og angive, hvor meget det pågældende symptom har generet dig *de sidste to uger*?

	Overhovedet ikke	Sjældent	Noget af tiden	For det meste
1 Tilbagevendende tanker eller erindringer om begivenheden.				
2 Føler i glimt, at det er ligesom at begivenheden gentager sig.				
3 Gentagne mareridt.				
4 Føler mig uengageret eller isoleret fra mennesker.				
5 Ude af stand til at vise følelser.				
6 Føler ængstelse, bliver nemt forskrækket.				
7 Svært ved at koncentrere mig.				
8 Besvær med at falde i søvn/sove igennem.				
9 Følelsen af at være på vagt.				
10 Føler mig let irriteret og har let ved at blive vred.				
11 Undgår aktiviteter, som minder mig om begivenheden.				
12 Ude af stand til at huske dele af begivenheden.				
13 Mindre interesse i dagligdags aktiviteter.				
14 Føler jeg ikke har nogen fremtid.				
15 Undgår tanker eller følelser forbundet med begivenheden.				
16 Pludselige følelsesladede eller fysiske reaktioner, når jeg bliver mindet om begivenheden.				

	Overhovedet ikke	Sjældent	Noget af tiden	For det meste
17 Føler at mennesker ikke forstå mig.				
18 Besvær med at udføre arbejde eller daglige gøremål.				
19 Giver mig selv skylden for begivenheden.				
20 Skyldfølelse over at have overlevet/klaret mig godt.				
21 Håbløshed.				
22 Føler skam p.g.a. begivenheden, som har fundet sted.				
23 Tilbringer tid med at tænke over, hvorfor det skete for mig.				
24 Føler det som om jeg bliver sindssyg.				
25 Føler at jeg er den eneste, der har været udsat for en sådan begivenhed.				
26 Føler at andre er fjendtlige mod mig.				
27 Føler at jeg ikke kan stole på nogen.				
28 Finder ud af, eller bliver fortalt af andre, at jeg har gjort noget, jeg ikke kan huske.				
29 Føler at jeg er blevet delt i to, og at den ene halvdel af mig iagttager den anden.				
30 Føler at nogen, jeg har stølet på, har forrådt mig.				
31 Føler skyld fordi jeg kunne have gjort noget/jeg ikke havde gjort nok.				

	Hvor tit har du oplevet følgende de sidste to uger (sæt kryds):	Aldrig	Nogle gange	Ofte	Meget tit
1	Har du problemer med at falde i søvn?				
2	Sover du uroligt?				
3	Har du mareridt?				
4	Vågner du op tidligt om morgenen - og kan ikke falde i søvn igen?				
5	Har du dårlig appetit, vægttab?				
6	Føler du dig isoleret fra andre?				
7	Føler du dig ensom?				
8	Har du følt dig trist?				
9	Har du forstyrrende tanker eller billeder om tilskadekomsten?				
10	Taber du tråden, forsvinder du i dine tanker?				
11	Har du hovedpine?				
12	Har du problemer med maven?				
13	Græder du sommetider?				
14	Føler du dig bange eller på vagt?				
15	Har du svært ved styre dit temperament?				
16	Har du svært ved at komme ud af det med andre?				
17	Føler du dig vred eller irriteret?				
18	Lider du af svimmelhed?				
19	Besvimer du?				
20	Har du ønsker om at skade dig selv fysisk?				
21	Har du ønsker om at skade andre fysisk?				
22	Har du seksuelle problemer?				
23	Er du bange for mænd?				
24	Er du bange for kvinder?				
25	Vasker du dig meget? (Overdreven hygiejne).				
26	Føler du dig underlegen eller usikker?				
27	Har du selvbefejdelser?				
28	Har du en følelse af uvirkelighed?				
29	Har du problemer med at huske?				
30	Føler du, at det nogen gange er, som om du er ude af din krop?				
31	Føler du dig anspændt?				
32	Har du problemer med at trække vejret?				
33	Føler du dig uoplagt?				

Hvordan oplever du dine omgivelser i dag?

- 1) Når du har behov for at snakke, hvor tit er der nogen, der er villig til at lytte?

1	2	3	4	5	6	7	(sæt kryds)
Aldrig			Nogle			Altid	
gange							

- 2) Har du for tiden kontakt med andre i samme situation eller folk med lignende oplevelser?

1	2	3	4	5	6	7	(sæt kryds)
Aldrig			Nogle			Altid	
gange							

- 3) Er du for tiden i stand til at tale om dine tanker og følelser?

1	2	3	4	5	6	7	(sæt kryds)
Aldrig			Nogle			Altid	
gange							

- 4) Udviser folk sympati og støtte nu?

1	2	3	4	5	6	7	(sæt kryds)
Aldrig			Nogle			Altid	
gange							

- 5) Er der nogen, der hjælper dig med praktiske ting nu?

1	2	3	4	5	6	7	(sæt kryds)
Aldrig			Nogle			Altid	
gange							

- 6) Føler du dig nogle gange svigtet af folk, som du regnede med ville støtte dig?

1	2	3	4	5	6	7	(sæt kryds)
Aldrig			Nogle			Altid	
gange							

- 7) Er du alt i alt tilfreds med den støtte, du modtager i øjeblikket?

1	2	3	4	5	6	7	(sæt kryds)
Overho-			Nogle			Ja,	
vedet ikke			gange			meget	

Vi vil gerne vide, hvordan dit velbefindende og din helbredstilstand har været de sidste par uger. Besvar spørgsmålene ved at overkrydse det svar, som du synes passer bedst til, hvordan du har haft det.

Har du de sidste to uger:

1.	Kunnet koncentrere dig om det, du er i gang med?	bedre end sædvanligt	det samme som sædvanligt	dårligere end sædvanligt	meget dårligere end sædvanligt
2.	Mistet søvn på grund af bekymringer?	nej, slet ikke	ikke mere end sædvanligt	noget mere end sædvanligt	meget mere end sædvanligt
3.	Haft hvileløse urolige nætter?	nej, slet ikke	ikke mere end sædvanligt	noget mere end sædvanligt	meget mere end sædvanligt
4.	Været i stand til at holde dig beskæftiget og travlt optaget?	mere end sædvanligt	det samme som sædvanligt	noget mindre end sædvanligt	meget mindre end sædvanligt
5.	Kommet lige så meget udenfor dit hjem, som du plejer?	mere end sædvanligt	det samme som sædvanligt	noget mindre end sædvanligt	meget mindre end sædvanligt
6.	Klaret dig lige så godt, som de fleste ville have gjort i dit sted?	bedre end de fleste	det samme som de fleste	dårligere end de fleste	meget dårligere end de fleste
7.	Følt du har klaret dig godt - alt taget i betragtning?	bedre end sædvanligt	omtrent som sædvanligt	mindre godt end sædvanligt	meget dårligere end sædvanligt
8.	Været tilfreds med den måde, du har udført dine opgaver på?	mere tilfreds end sædvanligt	omtrent som sædvanligt	mindre tilfreds end sædvanligt	meget mindre tilfreds end sædvanligt
9.	Været i stand til at føle varme og hengivenhed for dine nærmeste?	mere end sædvanligt	omtrent det samme som sædvanligt	mindre end sædvanligt	meget mindre end sædvanligt
10.	Haft let ved at omgås andre mennesker?	lettere end sædvanligt	det samme som sædvanligt	sværere end sædvanligt	meget sværere end sædvanligt
11.	Brugt mere eller mindre tid på at more dig med andre?	mere end sædvanligt	det samme som sædvanligt	mindre end sædvanligt	meget mindre end sædvanligt
12.	Følt at du spiller en nyttig rolle?	mere end sædvanligt	det samme som sædvanligt	mindre nyttig end sædvanligt	meget mindre nyttig
13.	Følt at du har været i stand til at tage beslutninger?	mere end sædvanligt	det samme som sædvanligt	mindre end sædvanligt	meget mindre end sædvanligt
14.	Følt dig presset?	nej, slet ikke	ikke mere end sædvanligt	noget mere end sædvanligt	meget mere end sædvanligt

15.	Følt at det var svært at klare dine van- skeligheder?	nej, slet ikke	ikke mere end sædvanligt	noget mere end sædvanligt	meget mere end sædvanligt
16.	Følt livet som en daglig kamp?	nej, slet ikke	ikke mere end sædvanligt	noget mere end sædvanligt	meget mere end sædvanligt
17.	Været i stand til at nyde dine normale daglige aktiviteter?	mere end sædvanligt	det samme som sædvanligt	mindre end sædvanligt	meget mindre end sædvanligt
18.	Taget det hele for tungt?	nej, slet ikke	ikke mere end sædvanligt	noget mere end sædvanligt	meget mere end sædvanligt
19.	Været grebet af angst eller panik uden nogen særlig grund?	nej, slet ikke	ikke mere end sædvanligt	noget mere end sædvanligt	meget mere end sædvanligt
20.	Været i stand til at se dine problemer i øjnene?	mere end sædvanligt	det samme som sædvanligt	mindre end sædvanligt	meget mindre end sædvanligt
21.	Følt at alt tårner sig op omkring dig?	nej, slet ikke	ikke mere end sædvanligt	noget mere end sædvanligt	meget mere end sædvanligt
22.	Følt dig ulykkelig og nedtrykt?	nej, slet ikke	ikke mere end sædvanligt	noget mere end sædvanligt	meget mere end sædvanligt
23.	Følt svigtende selvtillid?	nej, slet ikke	ikke mere end sædvanligt	noget mere end sædvanligt	meget mere end sædvanligt
24.	Syntes at du ikke er noget værd?	overhovedet ikke	ikke mere end sædvanligt	noget mere end sædvanligt	meget mere end sædvanligt
25.	Følt at livet er håbløst?	overhovedet ikke	ikke mere end sædvanligt	noget mere end sædvanligt	meget mere end sædvanligt
26.	Haft forventninger til din fremtid?	mere end sædvanligt	omtrent det samme som sædvanligt	mindre end sædvanligt	meget mindre end sædvanligt
27.	Følt dig rimeligt lykkelig - alt taget i betragtning?	nej, slet ikke	omtrent det samme som sædvanligt	mindre end sædvanligt	meget mindre end sædvanligt
28.	Følt dig nervøs og ophængt?	nej, slet ikke	ikke mere end sædvanligt	noget mere end sædvanligt	meget mere end sædvanligt
29.	Følt at livet ikke er værd at leve?	nej, slet ikke	ikke mere end sædvanligt	noget mere end sædvanligt	meget mere end sædvanligt
30.	Følt at du af og til ikke har kunnet foretage dig noget på grund af dårlige nerver?	nej, slet ikke	ikke mere end sædvanligt	noget mere end sædvanligt	meget mere end sædvanligt

Spørgeskemaet består af et antal sætninger om din holdning til dig selv og andre mennesker. Der er ingen rigtige eller forkerte svar. Brug 9 punkts-skalaen vist nedenunder og angiv, hvor meget du er enig eller uenig ved at slå et kryds. Kryds af ved 5 hvis du hverken er enig eller uenig. Kryds af ved 3 hvis du er noget uenig og ved 9, hvis du er helt enig i udtalelsen.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Stærkt uenig							Helt enig	
1	Jeg kan lide at hjælpe andre, og hvis ikke jeg havde mulighed for det, ville jeg blive i dårligt humør.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2	Jeg kan undgå at tænke på et problem, indtil jeg har tid til at gøre noget ved det.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3	Jeg bearbejder evt. stress og nervøsitet ved at gøre noget praktisk eller kreativt.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4	Jeg er i stand til at finde på gode begrundelser for alt det, jeg gør	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5	Jeg har let ved at le af mig selv og kan godt være selvironisk.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6	Folk er tilbøjelige til at behandle mig dårligt.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7	Hvis jeg blev overfaldet og frastjålet mine penge, ville jeg hellere have, at gerningsmanden fik behandling end straf.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8	Folk siger, at jeg for det meste lader som om, at ubehagelige kendsgerninger ikke eksisterer.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9	I farlige situationer ignorerer jeg faren.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	Jeg er stolt af min evne til at kunne sætte folk på plads.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11	Jeg reagerer ofte impulsivt, når jeg har et problem.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12	Jeg bliver let syg, når tingene ikke fungerer for mig.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13	Jeg er et meget hæmmet menneske.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14	Jeg får mere ud af mine fantasier og dagdrømme end af virkeligheden.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15	Jeg har en særlig evne til at komme igennem tilværelsen uden problemer.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16	Der er altid en god grund, når noget ikke lykkes for mig.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17	Flere ting lykkes for mig i dagdrømme end i mit virkelige liv.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18	Der er ikke noget, der kan gøre mig bange.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19	Sommetider synes jeg, at jeg er en "engel", sommetider en "djævel".	1	2	3	4	5	6	7	8	9
20	Jeg bliver meget vred, hvis jeg føler mig såret.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
21	Jeg føler altid, at en person jeg kender godt, vil beskytte mig.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Stærkt uenig							Helt enig	
22	For mit vedkommende er mennesker enten gode eller dårlige.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
23	Hvis min chef eller en anden kritiserer mig, kan jeg finde på f.eks. at lave fejl eller arbejde langsomt for at gøre gengæld.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
24	Jeg kender et menneske, som kan alt og som er fuldstændigt retfærdig og reel.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
25	Jeg kan lægge låg på mine følelser, hvis de ser ud til at forhindre mig i at gennemføre det, jeg er i gang med.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
26	Jeg kan for det meste se det morsomme i en ellers pinlig situation.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
27	Jeg får let hovedpine, når jeg er nødt til at gøre noget, som jeg ikke bryder mig om.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
28	Jeg er ofte venlig over for mennesker, som jeg har al mulig grund til at være vred på.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
29	Jeg synes, at livet er hårdt ved mig.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
30	Når jeg står over for en vanskelig situation, prøver jeg at forestille mig, hvad der kan ske og planlægger, hvordan jeg vil klare det.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
31	Læger forstår aldrig rigtigt, hvad der er galt med mig.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
32	Hvis jeg har kæmpet for min ret, plejer jeg bagefter at undskylde min adfærd.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
33	Når jeg er trist eller nervøs, får jeg det bedre ved at spise noget.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
34	Jeg får tit at vide, at jeg ikke viser mine følelser.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
35	Hvis jeg kan forudse, at jeg bliver ked af det i en situation, så kan jeg bedre klare den.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
36	Lige meget hvor meget jeg beklager mig, får jeg aldrig et ordentligt svar.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
37	I situationer, der ellers kan få stærke følelser frem, sker det tit, at jeg ikke føler noget.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
38	Ved at koncentrere mig om den opgave jeg er i gang med, kan jeg undgå at føle mig trist eller nervøs	1	2	3	4	5	6	7	8	9
39	Hvis jeg var i en krise, ville jeg prøve at finde nogen, som havde det samme problem.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
40	Hvis jeg bliver vred på nogen, føler jeg trang til at gøre det godt igen.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

[illegible]

Psykolog:

Klient:

Helhedsvurdering af psykologisk funktion

Forsøg at betragte patientens psykologiske, sociale og arbejdsmæssige funktionsniveau på en skala, der går fra tilstanden ved svær psykiatrisk sygdom og strækker sig til den bedst mulige funktion. Ved scoringen kan anvendes alle tal mellem 100-0, således at den værdi vælges, som svarer bedst til tilstanden, indplaceret efter følgende (skala mellem værdier, f.eks. 87, kan anvendes):

- 100-91 *Strålende funktionsniveau* inden for en lang række områder, mister aldrig overblikket over problemer, opsøges af andre på grund af mange positive kvaliteter. Ingen symptomer.
- 90-81 *Ingen eller meget lette symptomer* (f.eks. let eksamensangst), godt funktionsniveau på alle områder, interesseret og i gang med et stort spektrum af aktiviteter, socialt velfungerende, generelt tilfreds med tilværelsen, kun hverdagsproblemer og bekymringer (f.eks. lejlighedsvist skænderi med én i familien).
- 80-71 *Symptomer er forbigående* og forventelige reaktioner på psykosocial belastning (f.eks. koncentrationsvanskeligheder lige efter et skænderi), kun let forringelse i socialt og arbejdsmæssigt funktionsniveau (f.eks. rent midlertidig reduceret indsats).
- 70-61 *Nogle lette symptomer* (f.eks. let nedsat stemningsleje eller let søvnbesvær) eller nogle vanskeligheder med social og arbejdsmæssig funktionsniveau (f.eks. lejlighedsvis rapseri i hjemmet), men funktionsevnen generelt ganske god og med væsentlige relationer til andre.
- 60-51 *Moderate symptomer* (f.eks. nedsat kontakt, intellektualisering, lejlighedsvis angstanfald) eller moderate vanskeligheder med social og arbejdsmæssig funktion (meget få venner, problemer med dem, der skal samarbejdes med).
- 50-41 *Alvorlige symptomer* (f.eks. selvmordstanker, svære tvangshandlinger, hyppige butikstyverier) eller enhver svær forringelse af social og arbejdsmæssig funktion (f.eks. ingen venner, ude af stand til at bevare et job).
- 40-31 *Nogen forringelse i virkelighedsopfattelse* eller kommunikationsevne (talen er tidvis ulogisk, vanskelig at forstå eller ikke relevant) eller betydelig forringelse på forskellige områder såsom arbejde, skole, familie, dømmekraft, tænkning eller stemningsleje (f.eks. en deprimeret mand undgår kontakt med venner, forsømmer familien og kan ikke passe sit arbejde).
- 30-21 *Adfærden påvirkes i væsentlig grad af vrangforestillinger eller hallucinationer*, eller der foreligger svær forringelse i kommunikationsevne eller dømmekraft (undertiden usammenhængende tale, svært uhensigtsmæssig adfærd, konstante selvmordstanker) eller manglende evne til at fungere inden for de fleste områder (ligger i sengen hele dagen, har ikke job, bolig eller venner).
- 20-11 *Der foreligger fare for vold eller selvdestruktiv adfærd* (f.eks. pseudosuicidal forsøg, vrede, manisk opstemthed) eller personen er lejlighedsvis ikke i stand til at opretholde minimal personlig hygiejne (f.eks. smører afføring ud), eller der er svær reduktion i kommunikationsevne (tankegangen stort set usammenhængende eller mutisme).
- 10-1 *Der foreligger vedblivende fare for alvorlig destruktiv eller selvdestruktiv adfærd* (f.eks. gentagne voldshandlinger), eller der er en permanent ophævet evne til at opretholde personlig hygiejne, eller der foreligger alvorlige selvmordsforsøg.
- 0 *Tilstanden kan ikke bedømmes.*

Interventionsoplysninger

Psykolog:	Klient:
-----------	---------

Har du klientens adresse og telefonnummer? Ja ☐ Nej ☐

Kundeforhold: Privat ☐ Erhverv ☐

Timeforbrug: _____

Antal gange hos klient: _____

Antal gange hos psykolog: _____

Antal telefonsamtaler (minutter): _____ gange _____ minutter

Henvist til psykolog? Ja ☐ Nej ☐

Henvist til læge? Ja ☐ Nej ☐

Vurdering af forløbet: _____

Ikke tilfreds- stillende	Tilfreds- stillende	Meget tilfreds- stillende
--------------------------------	------------------------	---------------------------------

Helhedsvurdering af funktionsmåde (1-100): _____ (jvf. helhedsvurderings-skema)

Interventionsform:

Defusing ☐

Debriefing ☐

EMD ☐

Kognitiv ☐

Andet: ☐