

Posttraumatisk stressforstyrrelse?

Alle med litt klinisk erfaring har møtt pasienter som har gjennomlevd store påkjenninger, og som i ettertid har utviklet typiske posttraumatiske symptomer. I dag er det imidlertid gått inflasjon i diagnosen posttraumatisk stressforstyrrelse. Ikke minst i forsikringssaker støter man stadig på diagnosen, ofte med en tynn begrunnelse.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Antall studier av årsaker og behandling ved posttraumatisk stressforstyrrelse er enormt, men likevel er det flere og flere forfattere som finner diagnosen meningsløs eller latterlig (1, 2). Mens man opprinnelig, som i DSM-III og ICD-10, skulle anvende diagnosen bare ved ekstreme opplevelser med påfølgende typiske symptomer, ser man nå stadig at til og med helt alminnelige påkjenninger som små ulykker, skilsmisse, verbale seksuelle trakasseringer, dårlige nyheter fra lege eller andre aksepteres som traumatiske påkjenninger, og at vanlig angst og depresjon godtas som tilstrekkelige symptomer. I dag kan man, mener mange, snakke om en egen «traumeindustri» av eksperter, advokater, saksøkere og andre interesserte (1).

Skal diagnosen anvendes, bør man forlange at symptomene skal være utløst av en ekstrem belastning som ville føre til symptomer hos de fleste, altså forferdelige krigsopplevelser, naturkatastrofer, voldtekt og tortur. Traumatet må ha forekommet innenfor et tidsrom på seks måneder før symptomene oppsto, og disse må være av alvorlig karakter med stadig *gjenopplevelse* av katastrofesituasjonen med plagsomme invaderende bilder, følelser og minner, *unnvikelsesatferd* knyttet til minner om traumatet og *hyperaktivering* i form av søvnvansker, irritabilitet, på-vakt-holdning, konsentrasjonssvikt og skvettenhet.

Historisk

Diagnosen posttraumatisk stressforstyrrelse har vært i bruk siden DSM-III ble innført i 1980, og diagnosen kom med i ICD-10 fra 1992. Diagnosen er egentlig en arv fra Vietnamkrigen. Amerikanske soldater kom

hjem og ble ikke hyllet, men tvert imot ofte nedvurdert med tilrop som «babykillers» av folk som hadde sett på fjernsyn hva amerikanske militære hadde gjort mot forsvarsløse bønder.

Posttraumatisk stressforstyrrelse ble etablert som diagnose etter sterk lobbyvirksomhet fra pasienter og andre som hadde opplevd ettervirkninger etter Vietnamkrigen. Tidligere hadde tilstanden ofte hatt navn etter hendelsens art, for eksempel granatsjokk (første verdenskrig), krigsseiler-syndrom, krigsnevrose, konsentrasjonsleir-syndrom (annen verdenskrig), voldtektsyndrom eller posttraumatisk nevrose, eller man stilte ordinære psykiatriske diagnoser som angstnevrose eller depresjon.

Epidemiologi

I en norsk studie med 107 pasienter som var hospitalisert på grunn av ulykker, og der knapt 50 % hadde vært utsatt for trafikkulykker, tilfredsstilte bare én pasient DSM-III-kriteriene for posttraumatisk stressforstyrrelse(3), noe som viser at den «naturlige» insidensen av slike forstyrrelser etter ulykker er meget lav. I en amerikansk befolkningsundersøkelse fant man derimot en livstidsprevalens for posttraumatisk stressforstyrrelse på 7,8 % og en klart høyere forekomst for kvinner (10 %) enn for menn (5 %) (4). I en norsk undersøkelse med noe vide kriterier fant man en livstidsprevalens på 8,8 % i både Oslo og Lofoten. Her var kjønnsforskjellen svært stor – 13,5 % for kvinner og 3,6 % for menn (5). Symptomene må ha gjort utslaget. Det kan neppe være så mange som har opplevd ekstreme påkjenninger i form av naturkatastrofe, uhyggelige krigsopplevelser, voldtekt eller tortur.

En amerikansk studie rapporterte at 30,9 % av alle som hadde tjenestegjort i Vietnamkrigen, kokker og kontorfolk så vel som infanterister, hadde utviklet posttraumatisk stressforstyrrelse, og 22,5 % hadde utviklet en subklinisk form. At over halvparten av dem som tjenestegjorde i Vietnam, skulle ha utviklet den fulle eller subkliniske formen må overraske, særlig fordi bare 15 % av dem som tjenestegjorde der, var i kampanheter (6).

Menn som er mer utsatt for traumatiske opplevelser, har lavere forekomst av posttraumatisk stressforstyrrelse enn kvinner

(4, 7, 8). Noen enighet om hvorfor man har denne kjønnsforskjellen, finnes ikke. En forklaring er at det er forskjellige typer av stress som forekommer hos kvinner og menn. Seksuelle traumer, som er mer hyppig hos kvinner enn hos menn, er også en type traume som ofte fører til posttraumatisk stressforstyrrelse (4, 7, 9). På den annen side viser data i den omtalte befolkningsundersøkelsen fra USA (4) at kvinner hadde høyere risiko for å utvikle posttraumatisk stressforstyrrelse, selv når man kontrollerte for typen traume. Stein og medarbeidere viste at selv når de som ble eksponert for seksuelle traumer, ble ekskludert fra analysen, hadde kvinner høyere risiko enn menn (10). Kan forklaringen være at de fleste diagnoser ikke er «riktige», men at disse pasientene har forskjellige nervøse symptomer av angst og depressiv karakter som følger det vanlige mønsteret med høyere andel hos kvinner?

I en australsk studie rapporterte Creamer og medarbeidere at mens menn hadde større risiko for å oppleve en traumatisk episode i løpet av livet, hadde kvinner bare litt høyere risiko for å utvikle posttraumatisk stressforstyrrelse etter DSM-IV-kriteriene enn menn (9). Hvis man kontrollerte for typen traume, var det ingen økt sårbarhet for kvinner. Forfatterne antyder at det kan være sosiokulturelle faktorer som bidrar til symptomer etter traumer, og at slike faktorer kan forklare fraværet av kjønnsforskjeller i det australske utvalget.

Reformuleringen av posttraumatisk stressforstyrrelse

DSM-IV skjerpet kravene til diagnosen posttraumatisk stressforstyrrelse når det gjelder symptomer, men ikke når det gjelder den utløsende påkjenning eller traume. Man har blant annet inkludert opplevelsen av å høre om «unexpected or violent death, serious harm, or threat of death or injury experienced by a family member or other close associate». Som det er sagt av andre: «second-hand shocks now count». Etter mitt syn er dette en meningsløs utvidelse av kriteriet for «ekstremt traume», noe som vil kunne forkludre diagnosen enda mer enn før.

DSM-III, ICD-10 og DSM-IV er fenomenologisk og beskrivende. Etiologi er ikke inkludert i definisjonen, fordi man ved de fleste psykiske lidelser finner en multifaktoriell årsakskjede. Et unntak er posttrauma-

tisk stressforstyrrelse, som legger vekt på en eneste årsak, nemlig traumet. Dette er imidlertid uvitenskapelig, for både premorbid personlighet, der genetiske faktorer spiller en rolle, og legens holdning er nok ikke uvesentlig.

Tidligere la man stor vekt på den premorbide personligheten for utviklingen av psykiske symptomer etter store påkjenninger. I 1970-årene kom selve påkjenningen eller traumet i brennpunktet, og det la også grunnlaget for diagnosen i DSM-III i 1980. I dag er man kommet tilbake til personlighetens betydning. Det erkjennes at alle mennesker vil kunne reagere med psykiske symptomer på ekstreme påkjenninger, men at de mer alvorlige tilstandene vil forekomme særlig hos dem som har vært «nervøse» på forhånd. Undersøkelser viser også at genetiske faktorer spiller en rolle (12).

Forløp og betydning av den premorbide personlighet

Forløpet av posttraumatisk stressforstyrrelse er åpenbart fluktuerende, men bedring inntreffer over tid i de fleste tilfeller. I en norsk undersøkelse etter en stor eksplosjonsulykke i en malingsfabrikk hadde 43 % i den mest eksponerte gruppen en posttraumatisk stressforstyrrelse, mens andelen blant de mindre utsatte var 23 % og blant dem som så vidt unnsnapp, 10 %. Etter fire år var det imidlertid bare 15 % (ti personer) i den mest eksponerte gruppen som fortsatt hadde klare posttraumatiske stresssymptomer. Interessant nok hadde bare en av disse en upåfallende premorbid personlighet (13). En annen ulykke på oljefeltet i Nordsjøen for noen år siden viste samme mønster (14). Generelt finner man i den internasjonale litteratur at blant dem som blir eksponert for alvorlige traumer, vil faktorer før hendelsen bety mer for variansen i symptomer enn karakteristikk ved selve hendelsen (15).

Om å hjelpe pasienten

Grunnen til at så mange leger og psykologer anvender diagnosen posttraumatisk stress-

forstyrrelse på temmelig svake premisser, er selvsagt at man vil være pasientens advokat og hjelpe sin pasient til erstatning. Det er også bare denne diagnosen og psykoser som gjelder som kriterier ved yrkesskadeerstatning. Men ved å være snill og gi pasienten en diagnose som det ikke er grunnlag for, gjør man pasienten en bjørnetjeneste. Dessuten handler man uetisk. Det er ikke pasienten som skal bestemme diagnosen, men legen, og ens vurdering skal bygge på et best mulig faglig skjønn. Enten man opptrer som pasientens terapeut eller som sakyndig, skal ens vurdering bygge på rasjonell medisinsk innsikt.

En del leger føler åpenbart at de må gi pasienten noe mer enn en konsultasjon. En sykmelding, en resept eller en diagnose må til. Et utsagn om at pasienten har en posttraumatisk stressforstyrrelse, når det ikke er grunnlag for en slik diagnose, vil kunne bidra til å kronifisere pasientens plager. For i neste omgang blir gjerne advokat oppsøkt, og så har man det gående med rettssaker der tragedien blir fullbyrdet hvis pasienten taper i retten. For pasienten kan en diagnose være en god knagg å henge problemene på. Dessuten kan man selvsagt ikke bli frisk mens rettssaken pågår.

Det leger bør gjøre ved mindre skader eller påkjenninger der pasienten angir symptomer etterpå, er å høre på pasienten, undersøke ham/henne grundig og antyde en god prognose. Altfor mange leger er for pessimistiske og sier til pasienten at «dette er nok noe du må regne med å streve med resten av livet». Si heller at plagene vil nok gå over på noen dager, eventuelt uker. Diagnoser som posttraumatisk stressforstyrrelse bør man absolutt ikke bringe inn i diskusjonen (16, 17).

Einar Kringlen

einar.kringlen@medisin.uio.no
Psykiatrisk institutt
Universitetet i Oslo
Vinderen
0319 Oslo

Litteratur

1. Summerfield D. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *BMJ* 2001; 322: 95–8.
2. McNally RJ. Troubles in traumatology. *Can J Psychiatry* 2005; 50: 815–6.
3. Malt UF. The longterm psychiatric consequences of accidental injuries. *Br J Psychiatry* 1988; 253: 810–8.
4. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E et al. Posttraumatic stress disorder in the National Community Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 1048–60.
5. Ingebrigtsen G, Sandanger I, Sørensen T et al. Når ulykken rammer. Posttraumatisk stressforstyrrelse i Norge, forekomst og relasjon til sosialt nettverk. I: Dalgard OS, Døhlle E, Ystgaard M, red. Sosialt nettverk, helse og samfunn. Oslo: Universitetsforlaget, 1995.
6. Dean ET. Shook over hell: post-traumatic stress, Vietnam, and the Civil War. Cambridge: Harvard University Press, 1997.
7. Breslau N, Chilcoat HD, Kessler RC et al. Vulnerability to assaultive violence: further specification of the sex difference in post-traumatic stress disorder. *Psych Med* 1999; 29: 813–21.
8. Perkonig A, Kessler RCC, Storz S et al. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 46–99.
9. Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psych Med* 2001; 31: 1237–47.
10. Stein MB, Walker JR, Forde DR. Gender differences in susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Behav Res Therapy* 2000; 38: 619–28.
11. Breslau N, Kessler, RC. The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: an empirical investigation. *Biol Psychiatry* 2001; 50: 699–704.
12. True WR, Reice J, Eisen SA et al. A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 257–64.
13. Weisæth L. Stress reactions to an industrial disaster. Oslo: Universitetet i Oslo, 1984.
14. Holen A. A longterm outcome of survivors from a disaster: The Alexander L. Kielland disaster in perspective. Oslo: Universitetet i Oslo, 1990.
15. Bowman M. Individual differences in post-traumatic distress: Problems with the DSM-IV model. *Can J Psychiatry* 1999; 44: 21–32.
16. McNally RJ. Debunking myths about trauma and memory. *Can J Psychiatry* 2005; 50: 817–22.
17. Rosen GM, red. Post traumatic stress disorder: issues and controversies. Chichester: Wiley, 2004.

Manuskriptet ble mottatt 25.4. 2006 og godkjent 17.11. 2006. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.