



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologprogrammet

Är depersonalisationssyndrom underdiagnostiserat i svensk psykiatri?

Leif Månsson & Anna Strid

Psykologexamensuppsats, 2015

Handledare: Per Johnsson
Examinator: Lars-Gunnar Lundh

Abstract

Studies claim that depersonalization disorder (DPD) is just as common as bipolar disorder or obsessive-compulsive disorder. DPD is, despite this fact, seen as a rare condition within psychiatry, and not considered to be a diagnosis on its own. Instead it's just regarded as symptoms that accompanies other psychiatric conditions. For that reason scientists claim that depersonalization disorder is one of the most neglected diagnoses of modern times. No other Swedish study has been made before to investigate the issues of DPD. A survey was therefore conducted to examine whether depersonalization disorder is under-diagnosed within outpatient psychiatric care for adults in Sweden. The survey investigated on one side the prevalence of depersonalization disorder among patients, on the other side the knowledge about and the attitude towards DPD among psychologists and psychiatrists working at the clinics. 468 patients and 146 clinicians completed the survey. The results show that case level of DPD was found in 39 % of the patients. Of all patients only one (0,2 %) was diagnosed with DPD. The results show that half of the clinicians considered themselves to have none or little knowledge about DPD. 99 % of them stated that they never or seldom used the diagnosis. Our results suggest that depersonalization disorder is an under-diagnosed condition also within Swedish psychiatry, and that DPD as a diagnosis should be payed attention to, so patients who suffer from the condition can receive proper treatment.

Keywords: Cambridge Depersonalization Scale, Depersonalization, Depersonalization disorder, Depersonalization/derealization disorder, Dissociation

Sammanfattning

Utländska studier gör gällande att depersonalisationssyndrom (DPD) är lika vanligt som bipolär sjukdom eller tvångssyndrom. Trots detta betraktas DPD som ett ovanligt tillstånd inom psykiatrin. Det anses inte vara en självständig diagnos, utan endast symtom vid andra störningar. Depersonalisationssyndrom uppges därför av forskare vara en av den moderna tidens mest förbisedda diagnoser. Ingen svensk studie har tidigare genomförts för att kartlägga DPD. En enkätstudie genomfördes för att undersöka om depersonalisationssyndrom är underdiagnostiserat inom vuxen allmänpsykiatri i Sverige. Studien ämnade undersöka dels förekomst av depersonalisationssyndrom bland patienter, dels kunskapsläget om och inställningen till DPD hos psykologer och psykiatrer som arbetar på mottagningarna. 468 patienter och 146 behandlare deltog i studien. Resultatet visade att 39 % av de deltagande patienterna uppfyllde kriterierna för DPD. Av samtliga patienter hade 1 patient (0,2 %) diagnosen DPD. Resultatet visade också att hälften av behandlarna ansåg att de hade obefintlig eller liten kunskap om DPD. 99% av behandlarna uppgav att de aldrig eller sällan satte diagnosen. Slutsatsen är att depersonalisationssyndrom är underdiagnostiserat även inom svensk psykiatri, och att DPD som diagnos bör uppmärksammas så att patienter som befinner sig i tillståndet får rätt behandling.

Nyckelord: Cambridge Depersonalization Scale, Depersonalisation, Depersonalisationssyndrom, Depersonalisation/derealisationssyndrom, Dissociation

Tack!

Per Johnsson, Angela Patel, Sean Perrin,

Patienter och personal på deltagande mottagningar

Innehållsförteckning

Inledning	11
Teori och tidigare forskning.....	11
Historik.....	11
Depersonalisation i en klinisk kontext.....	12
Symtombild.....	12
<i>Tillståndet är inte psykotiskt</i>	13
<i>Överdriven självmedvetenhet</i>	13
<i>Rumination</i>	13
<i>Depersonalisation/Derealisation</i>	14
<i>Depersonalisation som ett spektrum</i>	14
<i>Depersonalisation – en form av dissociation</i>	14
Prevalens.....	15
Etiologi.....	16
<i>Predisponerande faktorer</i>	16
<i>Emotionellt våld under barndomen</i>	16
<i>Utlösande faktorer</i>	16
<i>Svår stress</i>	16
<i>Depression eller panikångest</i>	16
<i>Droger</i>	17
<i>Inga identifierbara utlösande faktorer</i>	17
<i>Depersonalisation som en försvarsmekanism</i>	17
Neurobiologi.....	17
<i>Ökad prefrontal aktivitet – minskad limbisk aktivitet</i>	17
<i>Obalans i sensoriska systemet och insula</i>	18
<i>Obalans i HPA-axeln</i>	18
<i>Minskad reaktivitet i autonoma nervsystemet</i>	18
Depersonalisation och andra psykiatriska tillstånd.....	19
<i>DPD – en självständig diagnos?</i>	19
<i>PTSD och depersonalisation</i>	19
<i>Ångest och depersonalisation</i>	19
<i>Social ångest</i>	20
<i>Depression och depersonalisation</i>	20

<i>Borderline PS och depersonalisation</i>	20
<i>OCD och depersonalisation</i>	20
Vad depersonalisation <i>inte</i> är.....	20
Diagnosen ställs sällan.....	21
Kognitiv förklaringsmodell och behandling.....	22
<i>Katastroftankar, undvikanden och säkerhetsbeteenden</i>	22
<i>Katastroftankar</i>	22
<i>Undvikanden</i>	22
<i>Säkerhetsbeteenden</i>	22
<i>Psykoterapeutisk KBT-Behandling</i>	23
<i>Psykoedukation och normalisering</i>	23
<i>Föra dagbok</i>	23
<i>Reducera undvikandebeteenden</i>	23
<i>Reducera självfokuserad uppmärksamhet</i>	23
<i>Utmana katastroftankar</i>	23
Farmakologisk behandling.....	23
ECT.....	24
Syfte.....	24
Frågeställningar.....	24
Metod.....	25
Design.....	25
Metod för datainsamling.....	25
Instrument.....	26
Patientenkät.....	26
Behandlarenkät.....	27
Procedur.....	28
Översättning av CDS.....	28
Kontaktuppgifter.....	28
Patient- och behandlarenkät.....	28
Pilotstudie.....	29
Utskick av inbjudningar.....	29
Administrering av enkäter.....	29
Analys av data.....	30

Etik	30
Resultat.....	31
Patientenkät.....	31
Övergripande resultat.....	31
Jämförelse mellan kön.....	32
Jämförelse mellan åldrar.....	32
Jämförelse mellan diagnoser utifrån medelvärde.....	32
<i>Depression</i>	33
<i>Ångest</i>	33
<i>PTSD</i>	33
<i>Borderline</i>	34
Jämförelse mellan diagnoser utifrån cutoff-värde.....	34
Psykolog/psykiaterenkät.....	35
Kommentarer under Övriga synpunkter.....	36
Diskussion.....	37
Är DPD inte bara underdiagnostiserat utan även feldiagnostiserat?.....	37
<i>Patienter utan diagnos</i>	37
<i>Patienter med diagnos</i>	38
<i>Depression</i>	38
<i>PTSD</i>	38
<i>Borderline PS</i>	39
<i>Social ångest</i>	39
Könsfördelning.....	39
Ålder.....	39
Bristfällig kunskap hos kliniker.....	40
Vilken skillnad gör rätt diagnos?.....	40
Metoddiskussion.....	42
Reflektioner kring studiens genomförande.....	42
Styrkor och svagheter.....	43
Generaliserbarhet.....	43
<i>Representativitet</i>	44
<i>Patienter</i>	44
<i>Behandlare</i>	44

Diagnostisering.....	45
Val av CDS.....	45
<i>SCID-D</i>	45
<i>DES</i>	45
<i>CDS</i>	46
<i>Kulturella skillnader?</i>	46
<i>Klassiska symtombeskrivningar</i>	46
<i>Reliabilitet och validitet</i>	46
Synpunkter på CDS-skalan.....	47
<i>Förhöjd självmedvetenhet och rumination</i>	47
<i>Kan inte differentiera psykos från DPD</i>	48
<i>Flera frågor är för generella</i>	48
Etik.....	48
Framtida forskning.....	49
Två kategorier DPD-patienter?.....	49
Ketamin som narkos- och bedövningsmedel inom sjukvården.....	49
ECT skadligt vid depersonalisationssyndrom?.....	49
Självskadebeteende vid borderline PS.....	50
Sammanfattning.....	50
Referenser.....	53

Depersonalisation; Det tog tid innan vi fick ett namn på detta tillstånd. Vi har mött klienter som beskrivit symtom på depersonalisationssyndrom (DPD), både under kandidatpraktik och under de terapier som bedrivs vid psykologiska institutionen i Lund. Vi har också kommit i kontakt med depersonalisationsupplevelser i våra privata liv innan vi började studera psykologi. Vad var detta för ett tillstånd? Det stämde inte överens med den klassiska beskrivningen av någon av de vanliga diagnoserna. Var det något psykotiskt?

Under en föreläsning om ångest, kom en mycket kort beskrivning av symtomen upp. Tillståndet hette depersonalisation, och var en vanlig upplevelse i samband med ångest. Mer framkom inte, föreläsningen fortsatte med annan ångestinformation. Något år senare dök ordet depersonalisation upp igen, denna gång i samband med en föreläsning om dissociation. Den föreläsningen fokuserades på en annan mer mytomspunnen diagnos, dissociativ identitetsstörning (DID).

Upplevelser av överklighetskänslor kopplas vanligtvis samman med psykotiska tillstånd. Icke-psykotiska överklighetskänslor diskuterades sällan under utbildningen. Detta gjorde oss nyfikna. Varför upplever vi att detta tillstånd av depersonalisation är vanligt, när vi under fem års utbildning knappt hört talas om det? Är det vanligt? Kan orsaken till informationsbristen vara att kunskapen inom professionen saknas? Med anledning av detta inleder vi med en relativt bred presentation av depersonalisation och vad tillståndet innebär.

Teori och tidigare forskning

Historik. Beskrivningar av patienter som led av ”att tänka utan att känna” och känslor av att vara avskärmade från världen började dyka upp i medicinska kretsar så tidigt som på 1840-talet (Simeon & Abugel, 2006). De första skrifterna om depersonalisation som en unik störning kom 1873 från den ungerske läkaren Maurice Krishaber som skrev om patienter som kände sig ”separerade från världen” eller som såg saker ”som om de vore i en dröm” (Shilony & Grossman, 1993). De uppvisade en blandning av ångest, håglöshet och depression. Mer än en tredjedel av dem klagade över märkliga och obehagliga mentala upplevelser som bestod av bristande verklighetskänslor. Krishaber teoretiserade att dessa känslor var ett resultat av patologiska förändringar i kroppens sensoriska system. En mängd sensoriska förvrängningar kunde då leda till upplevelser av ”själv-främmandskap” (Simeon & Abugel, 2006). Psykiatrikern Ludovic Dugas myntade namnet depersonalisation 1911. Förutom fallbeskrivningar av patienter han observerade, hämtade han också kunskap från en mängd europeiska läkare och filosofer (Simeon & Abugel, 2006). Freud (1936) introducerade

depersonalisation som en omedveten försvarsmekanism (Shilony and Grossman, 1993; Sierra & Berrios, 1997).

Förvånansvärt många av de allra tidigaste observationerna av depersonalisationssyndrom gäller fortfarande, trots den utveckling som skett från artonhundratalets medicinska praktik till idag. Detta beror till stor del på att de upplevelser som patienterna beskrev, beskrivs på samma sätt nu. Upplevelser av depersonalisation är sig lika, oavsett vilket århundrade man lever i (Simeon & Abugel, 2006). Under det senaste decenniet har intresset för depersonalisationssyndrom åter ökat. Tack vare detta förnyade intresse kring depersonalisation och upprättandet av specialistkliniker och forskningsprogram både i USA och i Europa, har mer kunskap inhämtats om tillståndet under de senaste 10 åren än under hela det föregående århundradet (Sierra, 2009).

Depersonalisation i en klinisk kontext. De två huvudsakliga diagnossystem som används inom psykiatri är DSM-5 och ICD-10. Systemen klassificerar depersonalisationssyndrom något olika. I DSM-5 kategoriseras syndromet som en av de dissociativa störningarna, vilka även inkluderar dissociativ amnesi, dissociativ fugue, dissociativ identitetsstörning (DID) och dissociativ störning UNS (American Psychiatric Association, 2013).

ICD-10 räknar inte syndromet som en dissociativ störning, utan placerar det under kategorin ”övriga neurotiska störningar” (World Health Organization, 1992).

Utöver att depersonalisationssyndrom finns som en egen diagnos, finns depersonalisation även med bland kriterierna för ett antal andra diagnoser. Dessa är emotionellt instabil personlighetsstörning (borderline), paniksyndrom, akut stressreaktion och en variant av PTSD. Med DSM-5 infördes en undergrupp av PTSD, i vilken depersonalisation eller derealisation är ett av huvudkriterierna (American Psychiatric Association, 2013), till skillnad från i DSM IV, då dessa symtom gällde alla former av PTSD.

Depersonalisationssyndrom (DPD) bytte namn till depersonalisations-/derealisationssyndrom (DDD) när DSM-5 ersatte DSM-IV (Gentile, Snyder & Gillig, 2014). Då vi under insamlingen av data använt oss av namnet depersonalisationssyndrom (DPD), kommer vi även att göra det i denna uppsats, trots att tillståndet bytt namn.

Symtombild. Depersonalisationssyndrom är ett kroniskt och plågsamt tillstånd som kännetecknas av en känsla av överklighet kring självet (depersonalisation:DP) och/eller kring omgivningen (derealisation: DR) (Hunter, Salkovskis & David, 2014). De som lider av DPD beskriver att de är avskurna från sina upplevelser som om de levde i en dröm. Det är som om det var en glasvägg mellan självet och världen, eller som att man vore instängd i en bubbla.

Ofta ingår en känsla av ”att känna sig konstig”, en känsla av att ”det här är inte riktigt jag”, som om man vore en skådespelare i en film om sig själv. Omgivningen beskrivs som tom eller livlös, som om den saknade betydelse. Den kan därför upplevas konstgjord, tvådimensionell, som en kuliss, och även andra personer kan upplevas som skådespelare eller robotar. I tillståndet beskrivs ofta en förhöjd medvetenhet av tankar och kropp; en överdriven självmedvetenhet. Detta gör också att personen tappar sin förmåga till spontanitet, vilket bidrar till en känsla av att vara som en robot. Det är vid tillståndet vanligt att uppleva sig emotionellt avdomnad eller distanserad. Det är också vanligt att upplevelsen av den egna kroppen påverkas, t ex att en kroppsdel känns större eller mindre än vad den egentligen är (Sierra, 2009; Simeon & Abugel, 2006).

Tillståndet är inte psykotiskt. Det innebär att realitetsprövningen vid DPD är intakt, och man är fullt medveten om att upplevelsorna av självet och omgivningen är skeva (Guralnik, Schmeidler & Simeon, 2000). Kännetecknande för syndromet är att patienter upplever det mycket svårt att sätta ord på sina upplevelser, då inga beskrivningar fullt ut tycks kunna fånga tillståndets natur. Patienter använder av den anledningen ofta metaforer för att försöka måla sina upplevelser i ord, där de beskrivs i termer av ”som om” (Abugel, 2010). Det är *som om* man vore instängd i en bubbla. Patienten försöker beskriva en skillnad i *kvaliteten* hos upplevelsen av sig själv och omgivningen, och inte en faktisk hallucinatorisk förvrängning. Metaforen ”instängd i en bubbla” är helt enkelt den bästa möjliga beskrivning man kan komma på av en upplevelse som egentligen är obeskrivbar (Simeon & Abugel, 2006).

Överdriven självmedvetenhet. Många patienter beskriver att de är alltför medvetna om varje tanke som passerar, som om de är utanför sig själva och tittar in. Denna förhöjda självobservation kan resultera i en överdriven hypermedvetenhet om självet, ett själv som inte längre känns bekant eller grundat. Ständigt observerar och analyserar de allting hos sig själva, ”fångade i sina hjärnor”, med varje tanke omgiven av en miljon andra tankar om den tanken. Varje tanke verkar uppförstorad. De kan inte sluta tänka över sitt tänkande. Tänkandet känns konstigt och onaturligt; det har förlorat all sin spontanitet (Simeon & Abugel, 2006).

Rumination. Det finns hos vissa patienter ett tvångsmässigt tänkande kring vad det kan vara för fel på dem. Tankarna kan även kretsa kring själva kärnan i depersonalisationen, med ett ändlöst grubbel över hur det är att vara eller inte vara verklig, över huruvida livet är på riktigt eller en dröm, och över andra likartade existensiella ångestladdade frågor. Denna typ av tänkande brukar vara vanligt i tidiga former av tillståndet. Efter hand planar tillståndet

istället ut till en emotionell dödhet och en accepterad känsla av ett ”icke-själv”(Simeon & Abugel, 2006).

Depersonalisation/Derealisation. Depersonalisation uppträder ofta tillsammans med derealisation, som innebär en känsla av ett främmandeskap eller avskildhet från sin omgivning. Individer, miljöer eller objekt upplevs som överkliga, drömlika, dimmiga, livlösa, eller visuellt förvrängda. Ofta uppträder depersonalisation och derealisation samtidigt, och patienter beskriver att distinktionen mellan dessa två begrepp är meningslös, då de upplever att båda är del av samma tillstånd (Medford, 2012). Försättningsvis kommer därför användningen av begreppet depersonalisation även inbegripa derealisation i uppsatsen.

Depersonalisation som ett spektrum. Kortvariga upplevelser av depersonalisation är vanligen inte patologiska: tvärtom är de relativt vanliga hos den allmänna populationen (Hunter, Sierra & David, 2004; Medford et al., 2003). Fenomenet depersonalisation rör sig längs ett kontinuum från övergående korta episoder till ett kroniskt tillstånd (Sierra, 2009). Många har säkert testat tankelekar med sig själva, som att stirra in i spegeln så länge att man inte längre känner igen sitt ansikte, eller att upprepa samma ord om och om igen tills det inte längre känns bekant. Dessa tillfälliga upplevelser av främlingskap som vanliga människor kan försätta sig i är ganska lik upplevelsen hos den som lider av depersonalisationssyndrom. Skillnaden är att den som lider av syndromet inte har kontroll över upplevelsen (Simeon & Abugel, 2006). Hos den allmänna befolkningen kan fenomenet ibland uppstå under extrem trötthet. Ett exempel på detta är den överklighetskänsla som kan orsakas av jetlag. Även bruk av vissa droger, som cannabis eller ecstasy, kan skapa övergående upplevelser av depersonalisation (Medford et al., 2003). Depersonalisation kan också upplevas i samband med svår eller livshotande stress, som vid olyckor eller liknande. Denna typ av upplevelser är ofta övergående. Det har visat sig att 50-70 % av befolkningen någon gång har upplevt en kort episod av depersonalisation, och oftast försvinner depersonalisationen lika oförklarligt som den uppstod (Simeon & Abugel, 2006). När depersonalisationen blir ihållande eller återkommande, och leder till signifikant lidande, bör dock diagnosen depersonalisationssyndrom användas (Simeon, 2004).

Depersonalisation – en form av dissociation. Som tidigare nämnts klassas depersonalisationssyndrom som en dissociativ störning i DSM-5. Dissociation definieras som en rubbning av de vanligen integrerade funktionerna av medvetande, minne, identitet, eller perception. Detta leder till att upplevelser av självet på olika sätt fragmenteras (Steinberg & Schnall, 2001).

Depersonalisation är en särskild typ av dissociation där man befinner sig i ett subjektivt tillstånd av känslor av främlingskap inför sig själv och sin omgivning. (Simeon, 2004). Det finns flera kännetecken för de andra dissociativa störningarna som inte gäller för DPD, trots att depersonalisation i DSM-5 räknas som en dissociativ störning. För det första, är det mindre vanligt att individer med DPD upplever perioder av minnesförlust som är vanligt vid dissociativ amnesi, dissociativ fugue och dissociativ identitetsstörning. För det andra, även om det vid DPD finns känslor av avskildhet från självet och den yttre världen, så är dessa inte kopplade till någon bristande *medvetenhet* om självet eller omgivningen. Tvärtom finns en mycket stor medvetenhet om att något inte stämmer, vilket skapar stor ångest. DPD skiljer sig från de andra dissociativa störningarna också i fråga om fluktuation. Vid dissociativ amnesi, dissociativ fugue och dissociativ identitetsstörning är det vanligt att alternera mellan icke-dissociativa och dissociativa tillstånd. Vid DPD är det istället vanligast att hela tiden befinna sig i tillståndet, med endast skiftningar i styrka (Baker et al., 2003; Hunter, Phillips, Chandler, Sierra & David. 2003).

Det verkar finnas ett svårighetspektrum av de dissociativa störningarna, där DPD representerar den mildare formen och dissociativ identitetsstörning representerar den svåraste formen. Studier av Simeon et al. (2001) har visat att medan dissociativ identitetsstörning har tydliga kopplingar till tidigt sexuellt eller fysiskt våld, har depersonalisationssyndrom kopplingar till mildare former av våld som pågått under lång tid, ofta av mer psykisk och emotionell karaktär. Av de olika dissociativa störningarna var det enbart DPD som kunde prediceras av mängden emotionellt våld eller emotionell neglect under barndomen (Simeon, 2004).

Prevalens. Studier har visat en prevalens av depersonalisationssyndrom hos allmänpopulationen på 1 % till 3 % (Hunter et al., 2004). Dessa siffror pekar på en prevalens av samma storlek som för tvångssyndrom (Bebbington, 1998), schizofreni eller bipolär sjukdom. Det har dock ännu inte gjorts tillräckligt många studier för att ge mer exakta siffror (Simeon, 2004).

När det gäller psykiatriska populationer har det genomförts få prevalensstudier av hög kvalitet. De studier som genomförts har framförallt varit inom slutenvården. En studie av Davidson (1966), genomfördes i USA inom psykiatrisk slutenvården med ett urval av 195 deltagare. Patienterna, som hade en blandad uppsättning av diagnoser rapporterades ha en prevalens på 44 % av depersonalisationssyndrom. Elva år senare genomfördes en annan studie, även den i USA inom psykiatriska slutenvården, med ett urval av 100 deltagare, som visade en prevalens på 42 % (Noyes, Hoenk, Kuperman & Slymen, 1977).

Etiologi. Studier har visat att depersonalisationssyndrom är signifikant vanligare bland yngre personer än äldre. Medelåldern för debut av depersonalisationssyndrom är 16 år. I psykodynamiska teorier har depersonalisation ansetts grunda sig i ett dåligt integrerat ego eller känsla av själv. Detta kan förklara den högre frekvens av depersonalisation bland tonåringar, där identiteten är under utveckling (Simeon & Abugel, 2006). Även om det är vanligast att syndromet debuterar i tonåren eller i tidiga 20-årsåldern, kan det uppstå senare i livet. Det finns också de som har upplevt depersonalisation så långt tillbaka i tiden som de kan minnas (Simeon et al., 1997).

Flera studier har visat att könsfördelningen är 1:1 (Baker et al., 2003; Simeon et al., 2003), medan flertalet andra studier har visat att depersonalisationssyndrom är signifikant vanligare bland kvinnor (Aderibigbe, Bloch & Walker, 2001; Michal et al., 2014; Simeon et al., 1997).

Predisponerande faktorer. Predisponerande faktorer som har identifierats för att utveckla svårare former av depersonalisation är ett tillbakadraget temperament, låg tro på den egna förmågan, svårigheter att uttrycka känslor och behov av kontroll. Andra riskfaktorer är en benägenhet att känna skam och passiva försvar som att dra sig undan andra eller att ge upp lätt. I ljuset av ovan nämnda riskfaktorer verkar depersonalisation vara ett uttryck för en lägre motståndskraft mot stress och motgångar (Simeon & Abugel, 2006).

Emotionellt våld under barndomen. Studier har visat att upplevelser av emotionellt våld under barndomen kan predicera depersonalisationssyndrom senare i livet. Emotionellt våld var den typ av våld som var mest intimt förknippat med DPD, i jämförelse med fysiskt och sexuellt våld. Den vanligaste typen av emotionellt våld innebar upplevelser av hotfulla tillrop som ”jag ska döda dig”, eller påståenden som ”jag önskar att jag aldrig fött dig”. Ofta av både hög frekvens och under lång tid (Simeon & Abugel, 2006).

Utlösande faktorer. Debuten kan både vara plötslig eller komma smygande. Vid en plötslig debut, kan individer i efterhand minnas just det ögonblicket. De kommer ihåg var de befann sig och under vilka omständigheter då de hade sin första upplevelse av depersonalisation. De vanligaste utlösande faktorerna är:

Svår stress. Depersonalisationssyndrom kan utlösas av en lång period av svår stress eller efter en traumatisk händelse (Simeon & Abugel, 2006).

Depression eller panikångest. Depersonalisationsupplevelserna kan ha uppkommit i samband med ett annat mentalt tillstånd som paniksyndrom eller depression, men när dessa tillstånd förbättrats har depersonalisationen funnits kvar (Simeon & Abugel, 2006).

Droger. Tillståndet kan också ha utlösts genom intag av drogerna cannabis, LSD, ecstasy eller ketamin. Dessa fyra droger har visat sig ha ett specifikt samband med depersonalisationsupplevelser. Sambandet förklaras med att de biologiska funktionerna för cannabis, LSD, ecstasy och ketamin har något gemensamt och att de påverkar särskilda neurokemiska system i hjärnan. Fynden kan bidra till värdefull information och ledtrådar till den underliggande biologin bakom depersonalisation (Simeon & Abugel, 2006). Flertalet studier har visat starka samband mellan användningen av cannabis och depersonalisationssyndrom. Ett enstaka rus av cannabis kan utlösa ett kroniskt tillstånd av depersonalisation, och det uppskattas att 10-15 % av alla fall av depersonalisationssyndrom har utlösts av marijuanabruk (Simeon & Abugel, 2006). En tysk studie visar vidare att antalet gånger man brukar drogen har ett positivt samband med förekomst av depersonalisationssyndrom (Michal et al., 2014).

Inga identifierbara utlösande faktorer. Depersonalisationssyndrom kan även uppstå plötsligt och utan identifierbara triggers (Simeon, 2004).

Depersonalisation som en försvarsmekanism. Psykoanalytiska tänkare har länge ansett att depersonalisation fungerar som en försvarsmekanism mot negativa känslor, konflikter, eller upplevelser, när individens mer adaptiva försvar misslyckats (Simeon & Abugel, 2006).

De flesta teoretiker är eniga om att depersonalisation kan ses som ett sätt att distansera sig själv från överväldigande smärtsamma känslor. I en situation av livsfara, kan normal depersonalisation fylla en adaptiv och i vissa fall till och med livräddande funktion. Depersonalisation har beskrivits av många som har varit med om livshotande bilolyckor, livshotande sjukdomar och liknande. Detta överensstämmer med idén om att dissociation är en försvarsmekanism, med syfte att hjälpa människor att ta sig igenom överväldigande stress som annars skulle göra dem paralyserade av skräck och oförmögna att agera (Simeon & Abugel, 2006).

Neurobiologi.

Ökad prefrontal aktivitet – minskad limbisk aktivitet. Studier tyder på att depersonalisation är ett resultat av förändringar av de funktioner i hjärnan som styr kontrollen av emotionella responser. Detta inbegriper en ökad aktivitet i prefrontala cortex och en minskad aktivitet i det limbiska systemet (amygdala och anteriora cingulate cortex). Den ökade aktiviteten i prefrontala cortex har en inhiberande funktion över det limbiska systemet. Forskare drar slutsatsen att denna förändring är en mekanism för att hantera extrem ångest (Sierra & Berrios, 1998). Detta mönster av minskad aktivitet i det limbiska systemet och en

ökad prefrontal respons inför emotionella stimuli har i flera studier kunnat påvisas hos patienter med DPD (Phillips et al., 2000). Den ökade aktiviteten i prefrontala cortex höjer individens vakenhet, vilket kan fungera adaptivt i en situation av verklig fara (Simeon & Abugel, 2006), men kan också förklara varför patienter med DPD har en tendens att ruminera och intellektualisera vid emotionell information och situationer (Hunter et al., 2003). Dessa fynd kan också vara en förklaring till varför dissociativa upplevelser minskar vid en försämrad kognitiv funktion. Möjligtvis är det så att dessa upplevelser är beroende av en intakt kognitiv funktion (Aderibigbe et al., 2001).

Obalans i sensoriska systemet och insula. Forskning pekar på att Anteriora insula är underaktiv vid DPD. Detta område har visat sig ha en nyckelfunktion när det gäller skapandet av subjektiva känslor. Området är delaktigt i att integrera sinnesintryck så att de kan upplevas på ett medvetet plan. Detta förklarar varför patienter med DPD upplever en förändring i kvaliteten hos både kroppsliga och känslomässiga upplevelser: om subjektiva känslor har sitt ursprung i bearbetningen i interiora insula, så kan brister i denna process få konsekvenser för hela spektrumet av första-person upplevelser, som är fallet vid DPD. Underaktivitet i anteriora insula kan därför vara en bidragande orsak till varför patienterna upplever att de är känslomässigt distanserade (Medford, 2012).

Obalans i HPA-axeln. HPA-axeln är ett system som aktiveras vid stress, och som reglerar vår stressrespons genom utsöndring av stresshormonet kortisol. Patienter med DPD har uppvisat en obalans i HPA-axeln (Gentile et al., 2014). Det är sedan tidigare väldokumenterat att patienter med PTSD har en obalans i kortisolutsöndringen. Studier tyder på att patienter med DPD i jämförelse med PTSD-patienter har en motsatt typ av obalans i detta system (Simeon & Abugel, 2006).

Minskad reaktivitet i autonoma nervsystemet. Det autonoma nervsystemet, den del av nervsystemet som inte står direkt under viljans inflytande och som reglerar organismens grundläggande livsprocesser som blodcirkulation, andning och ämnesomsättning, har visat sig vara en viktig komponent vid DPD. Medan det finns bevis för en ökad reaktivitet av det autonoma nervsystemet vid PTSD, så finns det tvärt emot tecken på en minskad reaktivitet vid depersonalisation (Simeon, 2004). Det finns ett flertal studier som har undersökt detta. Sierra et al. (2002) mätte hudrespons på DPD-patienter som konfronterades med känslomässigt obehagliga stimuli, för att undersöka aktiviteten i det autonoma nervsystemet. Till skillnad från friska individer och ångestpatienter, så uppvisade DPD-patienterna en signifikant minskad hudrespons inför obehagliga stimuli.

Depersonalisation och andra psykiatriska tillstånd.

DPD – en självständig diagnos? Vid depersonalisationssyndrom är det vanligt med samsjuklighet av depression eller ångestsyndrom (Simeon et al., 1997). En övertvåk bland patienter med depersonalisationssyndrom uppfyller också kriterierna för depression och/eller ångest.

Trots att depersonalisation oftast uppkommer tillsammans med dessa tillstånd, har studier visat att den delade variansen av depersonalisationens svårighetsgrad med depression och ångest är låg. Detta stöder teorin att det finns en tydlig avgränsning mellan dessa tre syndrom (Michal et al., 2011). Förutom att varken depressionen eller ångestsyndromen verkar kunna predicera svårighetsgraden av depersonalisation, har inget av dem heller visat sig debutera före själva depersonalisationssyndromet (Simeon et al., 2003). När man jämför debutålder för DPD med debutålder för någon av störningarna ovan, var det ingen som verkade starta i tidigare ålder än DPD. I medeltal, startade paniksyndrom och depression signifikant senare än depersonalisation. Detta ger ett starkt stöd för att depersonalisation är ett *primärt* fenomen, och inte endast ett fenomen som kan finnas tillsammans med dessa andra tillstånd (Simeon & Abugel, 2006).

Det finns också en stor samsjuklighet mellan DPD och olika personlighetsstörningar. Man har funnit att 60 % av patienter med diagnosen DPD samtidigt har en personlighetsstörning (Simeon et al., 2003). De vanligaste är borderline, fobisk och obsessiv-kompulsiv personlighetsstörning. Inte heller personlighetsstörningarna har visat sig vara unikt relaterade till uppkomst eller svårighet hos depersonalisationssyndrom, vilket stöder teorin om DPD som en separat störning (Simeon et al., 1997).

Det är fullt legitimt att sätta diagnosen depersonalisationssyndrom när en patient har andra diagnoser. Om exempelvis en patient har diagnosen paniksyndrom, är det ändå rimligt att ställa diagnosen depersonalisationssyndrom om depersonalisationen uppstår vid perioder då patienten inte samtidigt drabbas av panikattacker (Sierra, 2009).

PTSD och depersonalisation. Studier har visat att 30 % av patienter med PTSD uppvisar höga värden av depersonalisation (Davidson, Kudler, Saunders & Smith, 1990).

Ångest och depersonalisation. Studier har visat tydliga kopplingar mellan extremt stark ångest, ofta i fritt flytande form (ångest UNS) och depersonalisation (Roth, 1960, refererat i Hunter et al., 2003). Av alla emotionella tillstånd har ångest funnits vara den starkaste prediktorn för depersonalisation (Simeon et al., 2003). Detta kan förklaras av en ond cirkel mellan ångest och depersonalisation. Tanken är att depersonalisationen uppstår som ett försvar mot ångesten, men eftersom depersonalisationstillståndet i sig upplevs främmande och

obehagligt, genererar depersonalisationen mer ångest istället för att fungera dämpande. Detta gör att depersonalisationen ökar ytterligare (Medford, 2012).

Trots detta samband, är relationen mellan ångest och depersonalisation komplex och svårbegriplig. Studier har visat att sambandet mellan ångestnivå och depersonalisationsnivå endast gäller upp till en viss gräns. Vid en hög nivå av depersonalisation slutar ångestnivån att öka i takt med depersonalisationsnivån. Ångesten planar ut, men depersonalisationssymtomen fortsätter att öka (Sierra, Medford, Wyatt & David, 2012).

Social ångest. Individer som är predisponerade att uppleva depersonalisation är mer självmedvetna än andra. Denna observation är intressant i ljuset av andra studier som visar en stark koppling mellan DPD och social ångest (Sierra, 2009). Patienter med DPD har en tendens att undvika situationer som kan öka ångest. Ofta är detta sociala situationer (Hunter et al., 2003).

Depression och depersonalisation. Studier har visat att 60 % av patienter med depression uppvisar höga värden av depersonalisation (Noyes et al., 1977).

Borderline PS och depersonalisation. Patienter med borderline personlighetsstörning har visat sig vara predisponerade för att uppleva depersonalisation (Hunter, 1966, refererat i Sierra, 2009). Depersonalisationssymtom finns, som tidigare nämnts, med bland kriterierna för borderline personlighetsstörning i DSM-5 (APA, 2013).

Hos denna diagnosgrupp verkar depersonalisationsupplevelser vara en utlösande faktor vid självskadebeteende. Självskadandet skulle då fungera som ett desperata försök att bli kvitt detta tillstånd. Dessa patienter skär sig själva för att ”vakna upp” ur känslor av överklighet eller för att ”känna” någonting överhuvudtaget (Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Även om det finns en stor samsjuklighet mellan borderline PS och DPD, har denna diagnos inte visat sig vara unikt relaterad till uppkomst eller svårighet hos depersonalisationssymtomen (Simeon et al., 1997).

OCD och depersonalisation. Många patienter med depersonalisationssyndrom har visat sig ha en hög grad av tvångsmässigt ruminerande, som har stora likheter med den tvångsmässighet man kan se vid OCD (Sierra, 2009).

Vad depersonalisation inte är. Som tidigare nämnts är tillståndet av depersonalisation inte psykotiskt. Ett av huvudkriterierna för DPD är att realitetsprövningen är intakt (Guralnik et al., 2000). Studier har visat att depersonalisationssyndrom inte verkar ge upphov till psykotiska tillstånd (Baker et al., 2003). Prevalensen av depersonalisation hos patienter med schizofreni har visat sig vara 7 % - 11 % (Hunter et al., 2004), och sambandet verkar framförallt höra ihop med samtidig ångestproblematik (Noyes et al., 1977).

Diagnosen ställs sällan. I ICD-10 beskrivs depersonalisationssyndrom som ett ovanligt tillstånd, vilket är anmärkningsvärt då forskning tvärtemot pekar mot att tillståndet är relativt vanligt (Hunter et al., 2004). Trots den höga prevalensen och den kliniska relevansen för DPD är tillståndet kraftigt underdiagnostiserat (Medford, Sierra, Baker & David, 2005). En relativt nygjord studie i Tyskland där man studerade vilka diagnoser som 1,567 miljoner personer fått under det senaste året visade att endast 0,007 % av dessa hade fått diagnosen DPD (Michal, Beutel & Grobe, 2010).

Det är sannolikt flera faktorer som bidrar till att diagnosen inte ställs; 1. Många psykologer/psykiatrer känner inte till tillståndet eller hur det yttrar sig. 2. Många patienter känner en motvillighet inför att berätta om sina symtom eftersom de förutsätter att de inte ska bli förstådda. Ofta är de rädda för att de ska uppfattas som galna. Orsaken till att de inte berättar om sina symtom kan också vara svårigheten att på ett rättvisande sätt beskriva upplevelserna. 3. Det finns en allmän hållning att betrakta depersonalisation som enbart ett symtom vid depression, ångest eller andra psykiatriska diagnoser, trots att depersonalisationssyndrom är fastställt som ett enskilt tillstånd och finns som en egen diagnos (Simeon, 2004).

Depersonalization disorder (DPD) remains one of the most frequently misdiagnosed or underdiagnosed conditions in modern psychiatry. Why? Likely for several reasons. DPD is often accompanied by anxiety, depression, or other disorders, and patients may have trouble or hesitation expressing its vagaries in words that anyone but fellow sufferers can understand. Patients often wind up being treated for depression or anxiety, even though they have tried to make clear that they were depressed or anxious only initially in their depersonalization course, or only well after depersonalization had set in. The patients are often clear that what they are struggling most with are feelings of “unreality”, “deadness”, or “no self” and that they know the difference from being solely depressed or anxious. Clinicians, however, do not always agree, possibly because they have solid training in – and are more comfortable dealing with – the domains of anxiety and depression. (Simeon & Abugel, 2006, s. 83)

Patienter med DPD beskriver att de möts av oförståelse av läkare och psykologer när de berättar om sina symtom och att det dröjer lång tid innan de får rätt diagnos (Simeon &

Abugel, 2006). Studier har visat att från att patienten tar sin första kontakt med psykiatri till de får sin rätta diagnos, tar det i genomsnitt 12 år (Hunter et. al., 2003). Typiskt för mindre uppmärksammade och underbehandlade tillstånd är att patienter ofta känner en stor lättnad av att komma i kontakt med en behandlare som är bekant med syndromet och som kan identifiera deras symtom. Patienten kan då äntligen få ett namn på sitt tillstånd och få veta att även andra har samma upplevelser. Det är vanligt att patienter tror att de är den enda personen i världen som upplever detta syndrom (Simeon, 2004).

Kognitiv förklaringsmodell och behandling. Kognitiva modeller av DPD utgår från att katastroftankar om depersonalisationssymtomen leder till en ökad ångest. Denna ångest leder i sin tur till att förvärra och vidmakthålla symtomen av depersonalisation (Baker, Hunter, Lawrence & David, 2010; Hunter et al., 2003).

Katastroftankar, undvikanden och säkerhetsbeteenden.

Katastroftankar. Depersonalisationssymtom är i grunden både ofarliga och i normala fall övergående. Symtomen kan dock ge upphov till tankar om att vara på väg att bli galen, försvinna, tappa kontrollen, eller ha en hjärnsjukdom. Katastroftankarna leder till att depersonalisationssymtomen upplevs som mer hotfulla än vad de verkligen är, vilket leder till en ökad ångest. Ångesten bidrar i sin tur till en ökad uppmärksamhet på symtomen, samt förstärker och vidmakthåller dem. En ond cirkel har uppstått.

Utöver detta, kan patienten utveckla ett antal beteenden och tankefällor som vidmakthåller symtomen. Det kan handla om att undvika vissa situationer som triggar symtomen; och att använda sig av säkerhetsbeteenden som patienten upplever minskar risken för att symtomen ska uppstå (Hunter et al., 2003).

Undvikanden. Undvikanden kan inkludera alla situationer som ökar patientens ångest. Ofta är detta sociala situationer, vilket kan förklara varför det är vanligt att många patienter med DPD också har en komorbid social ångest (Hunter et al., 2003; Simeon & Abugel, 2006). Roth & Argyle (1988) noterade att eftersom platser med många människor kan trigga depersonalisationssymtom, leder ett undvikande av dessa situationer till minskad socialisering på lång sikt. Upplevelser av att vara avskärmad från sig själv och omvärlden ger känslor av meningslöshet, vilket också kan leda till depression (Hunter et al., 2003).

Säkerhetsbeteenden. Ett vanligt säkerhetsbeteende är att försöka bete sig normalt och anstränga sig att verka engagerad, vilket bara leder till en ökning av överklighetskänslorna (Simeon & Abugel, 2006). En ökad uppmärksamhet på symtomen leder till en förhöjd medvetenhet om dem och ökar sannolikheten för att upptäcka hotfulla situationer som skulle kunna trigga symtomen. Många patienter utvecklar en förhöjd introspektion och

överintellektualisering kring sina upplevelser, vilket bidrar till att accentuera den emotionella distanseringen (Simeon & Abugel, 2006).

Psykoterapeutisk KBT-Behandling. Utifrån den kognitiva förklaringsmodellen har fem huvudsakliga interventioner föreslagits av Hunter et al. (2003). Det finns evidens för att dessa interventioner minskar depersonalisationssymtom hos patienter (Hunter et al, 2014).

Psykoedukation och normalisering. Interventionen syftar till att ge tillståndet ett namn, och att acceptera symtomen för vad de är. Klinikern informerar patienten om att depersonalisationssymtom är vanliga i normalpopulationen, och att symtomen tjänar syftet att skydda individen från överväldigande känslor genom emotionell distans (Simeon & Abugel, 2006). Information om hur vanligt depersonalisation är, och att få veta att andra med diagnosen har tillfrisknat, har visat sig vara en av de mest hjälpsamma aspekterna vid psykoterapeutisk behandling. Informationen bidrar till att normalisera patienternas upplevelser och ge hopp. Patienter har också rapporterat att det var hjälpsamt att få veta skillnaderna mellan DPD och schizofreni, eftersom denna vetskap gjorde att de bättre kunde hantera vissa katastroftankar (Hunter et al., 2014).

Föra dagbok. Denna intervention kan hjälpa patienter att bli mer medvetna om att symtomen fluktuerar. Det kan också hjälpa dem att bli medvetna om tankar och beteenden som påverkar symtomen (Simeon & Abugel, 2006).

Reducera undvikandebeteenden. Detta innefattar graderad exponering, vilket innebär att gradvis öka exponeringen för situationer som förstärker symtomen och som därför per automatik undviks. Rollspel och tekniker kan också användas för att bättre hantera säkerhetsbeteenden och att lära sig att interagera på ett mer genuint och meningsfullt sätt med andra (Simeon & Abugel, 2006).

Reducera självfokuserad uppmärksamhet. Interventionen syftar till att bryta en ond cirkel av självfokuserad uppmärksamhet genom att lära sig att rikta uppmärksamheten mot annat (Simeon & Abugel, 2006).

Utmana katastroftankar. Genom kognitiv omstrukturering utmanas tankar om depersonalisation. Detta sker främst med hjälp av psykoedukation, experiment och bevisande för och emot (Simeon & Abugel, 2006).

Farmakologisk behandling. Det finns ännu ingen känd medicinsk behandling för DPD. Ofta skrivs olika typer av antidepressiva medel ut till dessa patienter, vilket kan hjälpa mot komorbid ångest och depression, men de har inte visat sig hjälpa mot depersonalisationssymtom (Simeon, 2004).

ECT. En studie som undersökt olika typer av icke-psykoterapeutiska behandlingar vid DPD, visade att ECT hade sämst effekt av samtliga behandlingar. Av 39 DPD-patienter som behandlats med ECT var det 22 patienter som var oförändrade i sin depersonalisation, och 10 patienter som uppgav att deras tillstånd förvärrades av behandlingen (Shorvon, 1946).

Syfte

Det finns bristfällig kunskap gällande hur vanligt depersonalisationssyndrom är. Fler studier behövs för att kartlägga DPD. Tidigare har förekomst av depersonalisationssyndrom i en klinisk population, aldrig undersökts i en svensk studie. Syftet med denna studie är att undersöka om tillståndet DPD är vanligare än vad som i dagsläget uppmärksammas inom psykiatri i Sverige. Är DPD en försummad diagnos? Denna studie avser att undersöka i vilken utsträckning patienter inom allmänpsykiatri uppfyller de kriterier som krävs för att få diagnosen DPD.

Forskning gör gällande att det finns en bristande kunskap om depersonalisationssyndrom bland kliniker, och att detta är en viktig orsak till att diagnosen inte ställs. Denna studie avser att undersöka kunskapsläget om DPD hos kliniker (psykologer och psykiatrer), hur ofta de anser att de möter patienter med depersonalisationssymtom och i vilken utsträckning de ställer diagnosen.

Frågeställningar

Är depersonalisationssyndrom (DPD) underdiagnostiserat i svensk psykiatri?

Hur ser kunskapsläget och synen på depersonalisationssyndrom ut bland psykologer och psykiatriker i svensk psykiatri?

Metod

Design

För att undersöka förekomst av DPD bland patienter på psykiatriska öppenvårdsmottagningar samt kunskapsläget bland psykiatrer och psykologer om diagnosen DPD och andra faktorer genomfördes en enkätstudie. Data samlades in med hjälp av två oberoende enkäter. En kvantitativ ansats valdes för att testa resultat från utländska studier (Sierra, 2009) som visar att DPD är ett underdiagnostiserat fenomen. Syftet med studien var att undersöka om det var möjligt att generalisera dessa resultat till en svensk population. Studien var ett svar på en efterfrågan i litteraturen att testa Cambridge Depersonalization Scale (CDS) på fler och större populationer (Sierra & Berrios, 2000).

Metod för datainsamling

Data samlades in med hjälp av två enkäter utan koppling till varandra. En av enkäterna riktade sig till patienter och den andra till behandlare på allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningar i Sverige.

Inklusionskriterier för allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningar var vuxenpsykiatriska mottagningar drivna i landstingets regi. Exklusionskriterier var psykosmottagningar och andra specialiserade mottagningar som t.ex. neuropsykiatriska mottagningar och ätstörningsmottagningar. Inklusionskriterier för behandlare var psykiatrer, psykologer, PTP-psykologer och läkare under specialistutbildning till psykiater. Inklusionskriterier för patienter var besökande patienter på ovan beskrivna kliniker.

Undersökningsgruppen var alla allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningar i Sverige. Totalt kontaktades 113 mottagningar. Av dessa tackade 19 mottagningar ja till att delta i studien och att administrera både enkäten till patienter och enkäten till behandlare. Mottagningar som tackade nej till inbjudan erbjöds att administrera endast behandlar-enkäten. Tjugo mottagningar tackade ja till detta. Totalt skickades 2515 patientenkäter och 313 behandlarenkäter ut till 39 allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningar.

Åtta mottagningar som skulle delta med både patient- och behandlarenkäten och tagit emot enkäter genomförde inte studien. Totalt motsvarade detta 500, eller 20 % av samtliga utskickade patientenkäter. Dessa enkäter administrerades aldrig. Dock inkom behandlarenkäter från en av dessa åtta mottagningarna, vilket slutligen innebar att 19, eller 6 %, av det totala antalet utskickade behandlarenkäter aldrig administrerades.

Gällande övriga utskickade enkäter har mottagningarna inte redovisat hur många av de beställda enkäterna som administrerades till patienter och behandlare.

Tabell 1 visar en sammanställning av antal utskickade patient- respektive behandlarenkäter till de deltagande mottagningarna.

Tabell 1

Sammanställning av antal utskickade enkäter till deltagande mottagningar.

	Antal mottagningar	Patient-enkät	Behandlar-enkät
Deltagit med både patienter och behandlare	11	2015	129
Deltagit med enbart behandlare	21		165
Totalt	32	2015	294

Av de utskickade enkäterna inkom slutligen 468 patientenkäter och 146 behandlarenkäter.

Instrument

Patientenkät. (Bilaga A). För att undersöka prevalens av DPD-symtom hos deltagarna användes The Cambridge Depersonalization Scale (CDS) (Sierra & Berrios, 2000). CDS är ett väl etablerat, reliabelt instrument (Chronbach alfa 0.89, split half reliabilitet 0.92), med god validitet som används alltmer vid depersonalisations-relaterad forskning (Sierra, 2009).

Instrumentet är ett självskattningsformulär och består av 29 frågor som beskriver upplevelser som klassiskt associerats med DPD (Sierra, 2009). Varje påstående skattas, på två Likert-skalor, utifrån frekvens av symtom och varaktighet i symtom under de senaste 6 månaderna. Eftersom DPD-symtom kan komma och gå, är skalan konstruerad så att summan av frekvens och varaktighet för varje fråga ger ett index för intensitet i upplevelse. Frekvens (hur ofta) skattas mellan 0, ”aldrig” och 4, ”alltid” och varaktighet (hur länge) skattas mellan 1, ”några sekunder” och 6, ”mer än en vecka”. Detta gör att skillnader i kliniska uttryck täcks in av skalan. Individer som lider av frekventa och kortvariga symtom och individer som har långvariga men mindre frekventa symtom skattas i lika hög grad lida av sina depersonalisationsymtom (Sierra, 2009). För att räkna ut en totalpoäng adderas frekvens och varaktighet för alla frågor (0-290).

The Cambridge Depersonalization Scale är baserad på omfattande studier av skilda fenomenologiska aspekter av depersonalisation och är det mest omfattande instrumentet för att mäta depersonalisation. Instrumentet validerades ursprungligen på patienter med

depersonalisationssyndrom och har visat sig kunna differentiera patienter med depersonalisationssyndrom från patienter med temporallobsepilepsi och ångeststörningar (Sierra & Berrios, 2000). En cut-off poäng på 70 gav en sensitivitet på 75.5 % och en specificitet på 87.7 % vilket visade sig bäst kunna fånga in de som verkligen hade diagnosen (sanna positiva) och skilja bort de som inte hade diagnosen (sanna negativa). Skalans frågor hamnar i fem dimensioner som traditionellt associeras med depersonalisation 1) onormala kroppsupplevelser, 2) emotionell avdomning, 3) avvikelser i subjektivt minne, 4) derealisation/alienation från omgivningen och 5) förvrängd kroppsuppfattning (Sierra, Baker, Medford & David, 2005; Simeon et al., 2008). Skalan översattes till svenska av studiens författare.

Utöver CDS bestod enkäten av fem demografiska frågor samt en avslutande punkt med utrymme för övriga synpunkter. Dessa tilläggsfrågor skrevs av författarna. Förutom frågor om ålder och kön, efterfrågades om deltagarna hade ett aktivt alkohol- eller narkotikamissbruk, samt om de visste vilken diagnos de behandlades för. Om den sist nämnda frågan besvarades jakande, uppmanades respondenten att uppge vilken diagnos eller vilka diagnoser hen behandlades för.

Behandlarenkät. För att undersöka kunskapsläget om DPD hos behandlare, hur ofta behandlare upplever att de möter fenomenet DPD och i vilken omfattning diagnosen DPD används konstruerades ett skattningsformulär av författarna (Bilaga B).

Enkäten som riktade sig till behandlare bestod av nio frågor. Den första frågan efterfrågade vilken yrkeskategori respondenten tillhörde. Svartalternativen på denna fråga var psykiatriker alternativt psykolog. En fråga skattades på en sexgradig likert-skala med ”vet ej” som ett sjätte alternativ. Övriga frågor skattades på en femgradig likert-skala. Enkäten avslutades med utrymme att lämna kommentarer under punkten ”övriga synpunkter”.

Kunskapsläget mättes med frågorna ”Hur stor är din kunskap om DPD” och ”Hur stor är kunskapen om DPD bland psykologer/psykiatriker på din arbetsplats, tror du?”. Dessa frågor skattades från 1, ”obefintlig” till 5, ”stor”.

Hur ofta behandlare stöter på diagnosen mättes med frågorna ”Hur vanligt är det att patienter du möter uppvisar tecken på depersonalisationssyndrom?”, ”Hur ofta screenas patienter specifikt för DPD av dig?” och ”Hur ofta diskuteras DPD på din arbetsplats?”. Den första frågan skattades från 1, ”aldrig” till 6, ”vet inte”, de två andra frågorna skattades från 1, ”aldrig” till 5, ”varje dag”.

I vilken omfattning diagnosen används mättes med frågorna ”Hur ofta sätter du diagnosen DPD?” och ”Hur ofta sätts diagnosen på din arbetsplats, tror du?” samt ”Hur ofta

har du påbörjat en behandling specifikt för DPD-symtom?”. Även dessa frågor skattades från 1, ”aldrig” till 5, ”varje dag.

Procedur

Genomförandet av studien bestod av följande punkter: 1) översättning samt inhämtande av tillstånd att använda en svensk översättning av the Cambridge Depersonalization Scale, CDS, 2) insamlande av kontaktuppgifter till mottagningarna, 3) utformande av patient- och behandlar-enkät 4) pilotstudier, 5) utskick av inbjudningar till mottagningar i form av brev samt påminnelsemail och telefonkontakt med kontaktpersoner 6) tryckning samt utskick av enkät-material 7) insamling av data. 8) analys av data.

Översättning av CDS. Först utformades ett brev till upphovsmännen av skalan, Mauricio Sierra and German E. Berrios där vi erbjöd oss att genomföra en översättning av The Cambridge Depersonalization Scale till svenska. På inrådan av handledare docent leg. psykolog Per Johnson kontaktades docent leg. psykolog Sean Perrin, för en försäkran om att brevet var författat i god engelsk ton. Denna kontakt ledde till att delar av texten omformulerades och även att förfrågan kom att skickas som mail istället för som brev. Detta ansågs öka sannolikheten att få en respons på förfrågan. Översättningen av The Cambridge Depersonalization Scale genomfördes av författarna själva efter upphovsmännens godkännande. För att validera översättningen genomfördes en åter-översättning till engelska. För detta anlätades en tvåspråkig svenskfödd översättare, utan kunskap om originalversionen av CDS.

Kontaktuppgifter. För att samla in kontaktuppgifter till samtliga allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningar i Sverige genomfördes en sökning på internet. I efterhand visade sig att ett landsting och en region missades i denna sökning. Under arbetets gång framkom också att en del information på hemsidor inte uppdaterats till exempel efter sammanslagningar och nedläggningar av mottagningar eller vid chefsbyten. Totalt samlades kontaktuppgifter in till uppskattningsvis 85 % av Sveriges allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningar.

Som adressat på inbjudningarna valdes i första hand medicinskt ansvarig läkare alternativt klinikchef och i andra hand enhetschef. Namn samt telefon och mailadress till de först nämnda fanns sällan angivet på mottagningarnas hemsidor. Mottagningarna kontaktades därför per telefon för att få tillgång till information.

Patient- och behandlarenkät. Parallellt med framtagandet av kontaktuppgifter utformades patientenkäten och behandlarenkäten, inklusive försättsblad och tillägsfrågor.

Pilotstudie. För att testa studiens design, inklusive instrument, informationsmaterial och inbjudningar till mottagningar, konsulterades två psykiatrer med god erfarenhet. Detta ledde till att metoden stramades upp. All information i form av instruktioner, språk och layout finslipades för att ett deltagande både för mottagningar och enskilda respondenter skulle kräva minimal ansträngning. Två medstudenter fick prova att svara på patient-enkäten, vilket inte ledde till några ändringar.

Utskick av inbjudningar. Efterhand som fullständiga kontaktuppgifter fanns tillgängliga påbörjades utskick av brev med inbjudningar till mottagningarna (Bilaga C). Inbjudan bestod av ett informationsblad och en svarsblankett i form av en intresseanmälan.

Totalt skickades 135 brev med inbjudningar ut till 113 allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningar. Svarefrekvensen blev 34 brevsvaret och ett mailsvar. Av dessa uppgav 4 att de var intresserade av att delta i studien, vilket motsvarade 7 enskilda mottagningar då ett av svaren kom från en klinikchef med ansvar för 4 mottagningar. 30 svarade att de inte ville delta i studien. Sex av nej-svaren saknade avsändare- och kontaktuppgifter. Svar inkom under en period av sex veckor.

Tio dagar efter brev-inbjudan skickades ett påminnelsemail med den ursprungliga inbjudan bifogad. Med de mottagningar som svarade att de var intresserade av att delta inleddes en mailkontakt, de mottagningar som inte var intresserade erbjöds att delta i studien med bara behandlarenkäten. Mottagningar som inte svarat på inbjudan eller påminnelsemailet kontaktades av författarna per telefon. De olika stegen i mottagningarnas beslutsprocess uppdaterades kontinuerligt i en logg för att dokumentera vad som diskuterats. En överblick av de mottagningar som distribuerade både patientenkäten och behandlarenkäten var resultat av en personlig telefonkontakt med medicinskt ansvariga och klinikchefer. Upprepade mail- och telefonsamtal investerades för att inhämta ett slutgiltigt beslut om ett deltagande var av intresse eller ej. En anledning till att svar inte inkom uppgavs vara att mottagningarna hade för hög arbetsbelastning.

Administrering av enkäter. Upplägget för administreringen av enkäterna bestämdes i samråd med de enskilda mottagningarna. I detta ingick att beslutsfattande chef ombads utse en kontaktperson samt att besluta om tidpunkt för genomförandet av studien. Flertalet mottagningar administrerade enkäten via receptionen, några valde att sätta ut en brevlåda för svar. Patientenkäten administrerades under en vecka och mottagningarna bestämde själv vilken vecka som passade dem bäst. Fyra mottagningar framförde förfrågningar om att fortsätta studien vilket ledde till att dessa mottagningar kom att administrera patientenkäten i 2 eller 3 veckor. Efter det att en mottagning uttryckt önskemål om en affisch utformades ett

original på en sådan som mottagningar själva kunde trycka ut. Fyra mottagningar fick även hjälp av författarna med tryckning av affischer. Enkäter skickades ut mellan 18 mars och 30 april 2015 och de sista svaren inkom den 25 juni 2015.

Analys av data

Insamlad data analyserades med IBM SPSS Statistics, version 22. För att besvara forskningsfrågan användes deskriptiv statistik, för att testa hypoteser och undersöka skillnader mellan grupper användes oberoende t-test och envägs oberoende ANOVA.

Etik

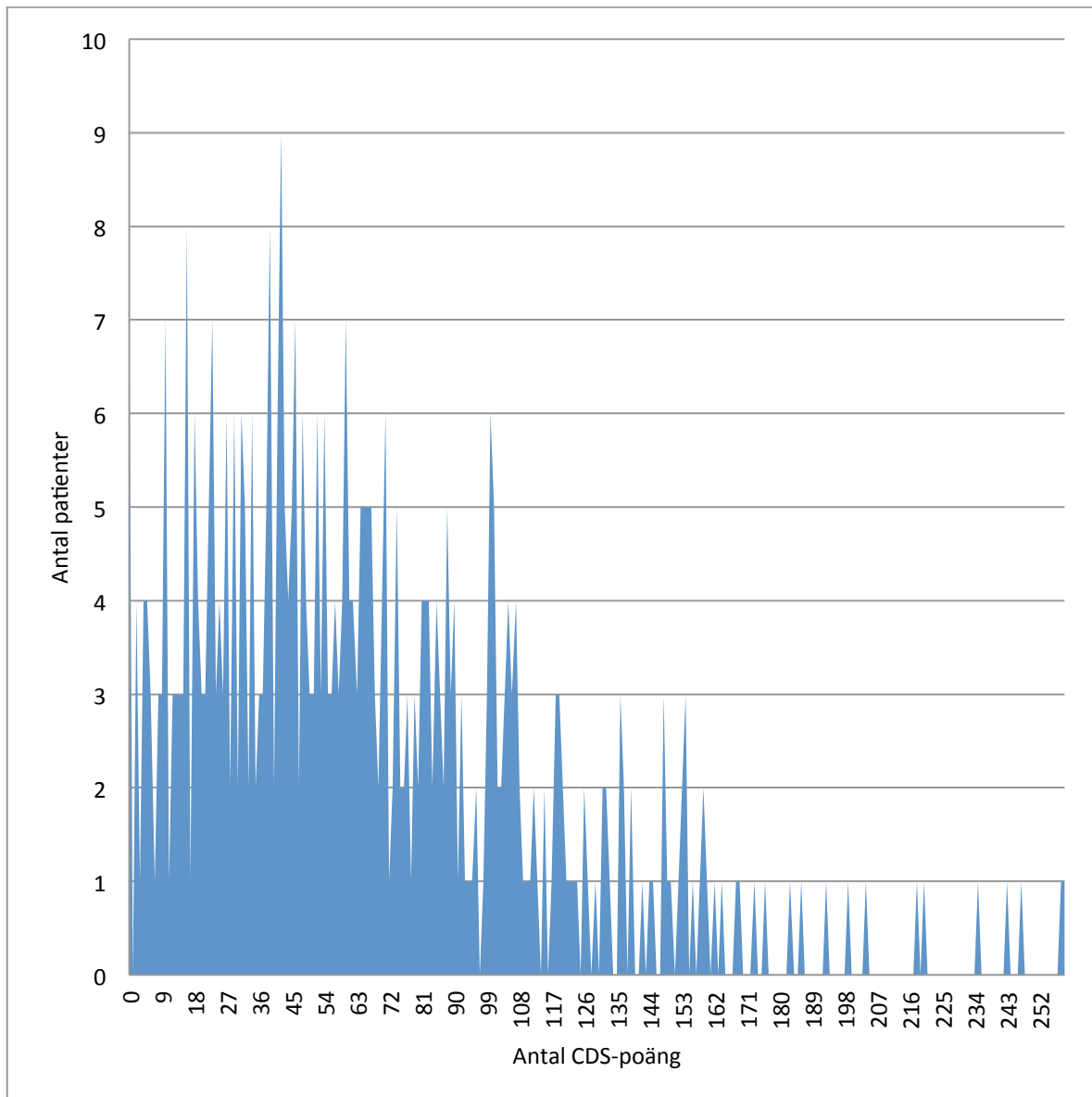
Etiska överväganden och ställningstaganden redovisades enligt gängse tillvägagångssätt vid institutionen för psykologi vid Lunds Universitet.

Till de båda enkäterna bifogades ett försättsblad med information om bakgrund och syfte med studien. Här informerades deltagarna även om att de svarade anonymt. Deltagarnas anonymitet kunde garanteras genom att ifyllda enkäter lämnades in i igenklistrade neutrala kuvert. Information om vilka mottagningar som deltog hanterades enligt sekretess.

Resultat

Patientenkät

Övergripande resultat. Av de totalt 2015 patientenkäter som skickades ut till 11 deltagande allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningar i Sverige, fick studien sammanlagt in 468 enkäter. Resultatet visade att 39 % av de deltagande patienterna uppnådde 70 eller mer på Cambridge Depersonalization Scale. Av samtliga patienter uppgav 1 patient (0,2 %) diagnosen depersonalisationssyndrom. Figur 1 visar fördelningen av CDS-poäng för de deltagande patienterna.



Figur 1. Deltagande psykiatripatienters poäng på Cambridge Depersonalization Scale

Patienterna fick ett medelvärde av 66,5 poäng på Cambridge Depersonalization Scale. Uppdelat efter kön visade det sig att kvinnorna fick ett medelvärde av 70,5 poäng, medan männens medelvärde låg på 57,5 poäng, vilket tabell 2 visar. Fyra patienter hade inte uppgivit könstillhörighet.

Tabell 2

Ålder och CDS-poäng totalt och uppdelat utifrån kön, för deltagande patienter i studien

	Totalt (n = 468)				Kvinnor (n = 329)				Män (n = 135)			
	M	Min	Max	SD	M	Min	Max	SD	M	Min	Max	SD
Ålder (år)	37,0	18	71	12,5	37,0	18	71	12,4	37,2	18	69	12,8
CDS poäng	66,5	0	259	47,6	70,5	0	259	49,4	57,5	0	247	41,6

Jämförelse mellan kön. Kvinnorna och männens resultat skiljde sig åt. Ett t-test för oberoende grupper genomfördes därför för att undersöka om det fanns signifikant skillnad på CDS-poäng mellan män och kvinnor. Resultatet visade att män (M = 57.5, SD = 41.6) hade signifikant lägre CDS-poäng än kvinnor (M = 70.5, 49.4), $t(462) = 2.70$, $p = 0.007$, $d = 0.29$. Effektstorleken visade en liten effekt.

Om man istället undersökte hur stor del av kvinnorna respektive männen som fick 70 eller mer på Cambridge Depersonalization Scale (d v s uppfyllde kriterierna för depersonalisationssyndrom), visade det sig att 43 % av kvinnorna uppfyllde kriterierna för depersonalisationssyndrom. Motsvarande siffra hos männen var 31 %. Detta gav en könsfördelning på 1,4:1 mellan kvinnor och män.

Jämförelse mellan åldrar. En envägs oberoende ANOVA genomfördes för att undersöka skillnader mellan fem olika ålderskategorier, vilket inte gav några signifikanta resultat. Därefter gjordes en ny åldersindelning med två grupper, istället för fem. Ett t-test för oberoende grupper användes denna gång för att undersöka om det fanns en signifikant skillnad på CDS-poäng mellan de patienter som var 18-29 år och de som var 30 år och däröver. Resultatet visade att de patienter som var under 30 år fick signifikant högre CDS-poäng (M = 76.7, SD = 47.2) än de som var 30 år och äldre (M = 61.8, SD = 47.1), $t(462) = 3.23$, $p = 0.001$, $d = 0.32$. Effektstorleken visade en liten effekt.

Jämförelse mellan diagnoser utifrån medelvärde. Förutom frågor om kön och ålder fick patienterna även frågan om de visste vilken diagnos de behandlades för, och i så fall

vilken/vilka dessa diagnoser var. Resultatet visade att 96 patienter inte visste vilken diagnos de behandlades för, medan 369 patienter uppgav diagnos/diagnoser. Tre patienter svarade inte på frågan. Tabell 3 visar de vanligast förekommande diagnoserna bland studiens deltagande patienter, och vilket medelvärde varje diagnosgrupp fick på Cambridge Depersonalization Scale.

Tabell 3

Sammanställning av deltagande patienters CDS-poäng utifrån diagnos

	Antal		Poäng CDS		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>SD</i>
Vet ej diagnos	96	66,6	0	247	50,4
Vet diagnos	369	66,5	0	259	46,9
Diagnos*					
Depression	159	74,3	0	259	47,2
Bipolär sjukdom	73	62,7	0	186	43,6
ADHD	62	73,9	6	243	48,4
Ångest	59	74,9	4	193	42,8
PTSD	44	88,8	2	258	55,9
GAD	37	52,8	0	154	39,0
Borderline PS	29	96,5	23	243	48,9
Utmattningssyndrom	25	52,9	0	168	37,6
Aspergers syndrom	24	56,4	10	159	44,1
ADD	21	63,8	6	183	49,4
Paniksyndrom	18	65,2	0	199	56,9
OCD	17	53,0	11	126	32,1
Social ångest	15	75,3	10	160	45,5

Fotnot. Endast diagnoser med ett n-tal >10 redovisas i tabellen.

* Multipla diagnoser har ofta uppgivits, varför antalet diagnoser > 369.

Då patienter med vissa diagnoser (enligt tabell 3) fick ett högt medelvärde på CDS-poäng, undersöktes detta ytterligare:

Depression. Ett oberoende t-test för användes för att undersöka om det fanns signifikant skillnad mellan deprimerade patienter och övriga psykiatripatienter gällande CDS-poäng. Resultatet visade att deprimerade patienter ($M = 74.3$, $SD = 47.2$) hade signifikant högre CDS-poäng än övriga psykiatripatienter ($M = 62.4$, $SD = 47.4$), $t(466) = 2.56$, $p = 0.01$, $d = 0.25$. Effektstorleken visade en liten effekt.

Ångest. Ett oberoende t-test för användes för att undersöka om det fanns signifikant skillnad mellan ångestpatienter och övriga psykiatripatienter gällande CDS-poäng. Resultatet visade att ångestpatienter ($M = 74.9$, $SD = 42.8$) inte hade signifikant högre CDS-poäng än övriga psykiatripatienter ($M = 65.3$, $SD = 48.2$), $t = (466) = 1.45$, $p = 0.15$.

PTSD. Ett oberoende t-test för användes för att undersöka om det fanns signifikant skillnad mellan PTSD-patienter och övriga psykiatripatienter gällande CDS-poäng. Resultatet

visade att PTSD-patienter ($M = 88.8$, $SD = 55.9$) hade signifikant högre CDS-poäng än övriga psykiatripatienter ($M = 64.2$, $SD = 46.1$), $t(466) = 3.30$, $p = 0.001$, $d = 0.48$. Effektstorleken visade en liten effekt.

Borderline. Ett oberoende t-test för användes för att undersöka om det fanns signifikant skillnad mellan patienter med diagnosen borderline och de utan diagnosen borderline gällande CDS-poäng. Resultatet visade att psykiatripatienter med diagnosen borderline ($M = 96.5$, $SD = 48.9$) hade signifikant högre CDS-poäng än de utan den diagnosen ($M = 64.5$, $SD = 46.9$), $t(466) = 3.55$, $p = 0.000$, $d = 0.67$. Effektstorleken visade en medium effektstorlek.

Jämförelse mellan diagnoser utifrån cutoff-värde. Förutom jämförelser mellan olika grupper medelvärden, jämfördes hur stor del av de olika grupperna som hamnar över summan 70 på Cambridge Depersonalization Scale, vilket är skalans cutoff-värde för depersonaliseringssyndrom (se tabell 4).

Tabell 4

Sammanställning av antal deltagande patienter med CDS-poäng ≥ 70 kategoriserat utifrån diagnos

	Antal	Patienter som hamnat över cutoff-poängen för	
	totalt	DPD (≥ 70)	
	<i>n</i>	<i>n</i>	Andel av de med samma diagnos
Vet ej diagnos	96	38	40%
Vet diagnos	369	146	40%
Diagnos*			
Depression	159	74	47%
Bipolär sjukdom	73	25	34%
ADHD	62	29	47%
Ångest	59	30	51%
PTSD	44	25	57%
GAD	37	13	35%
Borderline PS	29	20	69%
Utmattningsyndrom	25	8	32%
Aspergers syndrom	24	6	25%
ADD	21	7	33%
Paniksyndrom	18	8	44%
OCD	17	5	29%
Social ångest	15	9	60%

Fotnot. Endast diagnoser med ett n-tal > 10 redovisas i tabellen.

* Multipla diagnoser har ofta uppgivits, varför antalet diagnoser > 369 .

Resultatet visade att 40 % av de patienter som svarat att de inte vet sin diagnos uppfyllde kriterierna för depersonalisationssyndrom enligt CDS. Av de med diagnosen

borderline personlighetsstörning uppfyllde 69 % kriterierna. Resultatet visade också att 60 % av de patienter som uppgett diagnosen social ångest fick 70 poäng eller mer på skalan.

Psykolog/psykiaterenkät

Av de 294 psykolog/psykiaterenkäter som skickades ut till 32 deltagande allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningar i Sverige, fick studien sammanlagt in 146 enkäter. Tabell 5 visar fördelningen mellan studiens deltagande psykologer och psykiatriker.

Tabell 5

Antal deltagande psykiatrer/psykologer i studien

Antal mottagningar	Deltagare (n)			
	totalt	psykologer	psykiatrer	Annat*
32	146	92	46	8

*ST-läkare, socionom, psykoterapeut, PTP-psykolog etc.

Tabell 6 och 7 visar resultatet av de deltagande psykologernas/psykiaternas svar på enkätfrågorna. Resultatet visade, enligt tabell 6, att 51 % av studiens deltagande behandlare ansåg sig ha obefintlig eller liten kunskap om DPD; 16 % svarade att de hade ganska stor eller stor kunskap om DPD.

Tabell 6

Deltagande psykologers/psykiatrers svar på enkätfrågor

	obefintlig	liten	måttlig	ganska stor	stor	ej svarat
Hur stor är din kunskap om DPD?	12%	39%	32%	15%	1%	-
Hur stor är kunskapen om DPD bland psykologer/psykiatrer på din arbetsplats, tror du?	5%	48%	38%	7%	1%	1%

Tabell 7 visar att 64 % svarade att de aldrig eller sällan mötte patienter som uppvisade tecken på DPD.

Tabell 7

Deltagande psykologers/psykiatrers svar på enkätfrågor

	aldrig	sällan	en gång i månaden	en gång i veckan	varje dag	vet ej	ej svarat
Hur vanligt är det att patienter du möter uppvisar tecken på depersonalisationssyndrom?	9%	55%	20%	8%	-	8%	-
Hur ofta screenas patienter specifikt för DPD av dig?	64%	30%	3%	2%	1%	*	-
Hur ofta sätter du diagnosen DPD?	68%	31%	1%	-	-	*	-
Hur ofta sätts diagnosen på din arbetsplats, tror du?	29%	69%	1%	-	-	*	1%
Hur ofta diskuteras DPD på din arbetsplats?	47%	49%	3%	-	-	*	1%
Hur ofta har du påbörjat en behandling specifikt för DPD-symtom?	75%	24%	1%	1%	-	*	-

*inte ett svarsalternativ på befintlig fråga

På frågan om hur ofta man satte diagnosen DPD, svarade 99% att de aldrig eller sällan gjorde det. Nittiosex procent uppgav att DPD aldrig eller sällan diskuterades på deras arbetsplats.

Kommentarer under Övriga synpunkter. Av de 146 behandlare som svarat på enkäten, hade 35 lämnat kommentar under övriga synpunkter. Sjutton av kommentarerna uttryckte att man inte betraktade depersonalisationssyndrom som en egen diagnos, utan enbart som symtom vid andra tillstånd. Åtta av kommentarerna beskrev att depersonalisationssyndrom är ovanligt. En kommentar beskrev att DPD var något man aldrig hört talas om innan studien. Två kommentarer uttryckte att studiens frågeställning var viktig eller intressant. Sju av kommentarerna beskrev övriga saker, såsom arbetssituation eller hur länge man arbetat på sin mottagning.

Diskussion

Syftet med studien är att undersöka hur vanligt förekommande DPD är bland patienter inom psykiatri i Sverige, och om DPD är underdiagnostiserat. Syftet är också att undersöka kunskapsläget om DPD hos kliniker (psykologer och psykiatrer), hur ofta de anser att de möter patienter med depersonalisationssymtom och i vilken utsträckning de ställer diagnosen.

Resultatet visar att 39 % av studiens deltagande patienter uppnår cutoff-värdet på Cambridge Depersonalization Scale, och skulle därmed kunna få diagnosen depersonalisationssyndrom. Studien visar att endast 0,2 % av patienterna uppgav depersonalisationssyndrom som diagnos. Det är inte troligt att 39 % av patienterna vid en fortsatt utredning skulle uppfylla kriterierna för DPD, men vi bedömer det som sannolikt att fler än 0,2 % borde ha diagnosen. Att anta att Depersonalisationssyndrom är ett underdiagnostiserat tillstånd verkar därför rimligt.

Då ämnet depersonalisation är bristfälligt utforskat, finns det stora kunskapsluckor att fylla. Till vår kännedom, har ingen tidigare studie genomförts i Sverige för att kartlägga DPD inom psykiatrisk öppenvård. Därför finns det i denna studie skäl att analysera data, inte bara utifrån vår initiala frågeställning, utan även ur ett bredare perspektiv. Under arbetet med studien har nya frågeställningar dykt upp utifrån det som framkommit av insamlade data. Patientenkäten innehåller utöver Cambridge Depersonalization Scale ett antal demografiska frågor. En av dessa efterfrågar aktuell diagnos. Information om patienters diagnos i relation till deras resultat på CDS bidrog till att ytterligare analyser genomfördes. Resultat från dessa jämförelser gör det tydligt att ett antal diagnoser har starkare koppling till höga värden av depersonalisation än andra.

Är DPD inte bara underdiagnostiserat utan även feldiagnostiserat?

Patienter utan diagnos. Av den patientgrupp som inte uppgett någon diagnos (n = 96) är det 40 % som får 70 poäng eller mer på Cambridge Depersonalization Scale. Av dessa 40 % är det sannolikt att tänka sig att det är ett antal som borde få diagnosen depersonalisationssyndrom.

Ett skäl till att personer i denna grupp inte uppgett diagnos kan givetvis vara att de *har* en diagnos som de inte vet om eller inte vill uppges. Alternativt kan det vara så att man inom psykiatri inte har någon klar hypotes om vad det är de lider av. Det är mindre sannolikt att någon i denna grupp har fått diagnosen depersonalisationssyndrom men inte vet om det. I synnerhet då all forskning pekar på att en stor del av DPD-patientens lidande består av grubblerier om vad det är som är fel på dem, och en känsla av att vara ensam om tillståndet.

En behandlare som ställt diagnosen skulle därför som första intervention med all sannolikhet ge patienten psykoedukation om diagnosen. Utifrån dessa skäl kan man anta att det i denna grupp inte är någon, eller endast mycket få, med diagnosen DPD. En del av de patienter som inte uppgett diagnos och som uppnått höga poäng på Cambridge Depersonalization Scale kan därför antas vara underdiagnostiserade.

Patienter med diagnos. Bland de patienter som uppgett diagnos (n = 369) är det 40 % som får över 70 poäng på CDS. Dessa patienter har alltså redan en eller flera diagnoser. En tänkbar hypotes är att en del är underdiagnostiserade, d v s de borde vid sidan av den eller de diagnoser de redan har även ha diagnosen DPD. Det är också tänkbart att några är feldiagnostiserade. Här är det intressant att titta närmare på de diagnoser som har visat ett samband med högre poäng på Cambridge Depersonalization Scale:

Depression. Av deltagande patienter med diagnosen depression uppfyller 47 % kriterierna för depersonalisationssyndrom. Då studier visat att komorbiditet mellan depression och DPD är vanligt, är det sannolikt att några av dessa patienter borde ha diagnosen DPD vid sidan om depressionsdiagnosen. Det är också tänkbart att det finns feldiagnostiserade patienter i denna kategori: att deras primära diagnos bör vara depersonalisationssyndrom, med depressivitet som en sekundär reaktion på depersonalisationen. Av de 74 patienter i denna kategori som fått 70 poäng eller mer på Cambridge Depersonalization Scale, kan det finnas både de som är underdiagnostiserade och de som är feldiagnostiserade.

PTSD. Av deltagande patienter med diagnosen PTSD har 57 % höga värden på Cambridge Depersonalization Scale. För att uppfylla kriterier för PTSD krävs ett antal symtom som inte ingår i symtombilden vid DPD, som mardrömmar om den specifika traumatiska händelsen, flashbacks etc. Flera behandlare som deltagit i studien har under ”Övriga kommentarer” uppgett att de och deras kolleger tenderar att sätta diagnosen PTSD vid depersonalisationssymtom. För att differentiera mellan dessa två tillstånd är det viktigt att vara medveten om skillnaderna mellan dessa och ställa de rätta frågorna. Har patienten förutom depersonalisationssymtom även flashbacks och mardrömmar om en specifik händelse är det sannolikt PTSD det är frågan om. Men vid avsaknad av dessa sista symtom, är det viktigt att vidare undersöka tecken på depersonalisationssyndrom. Patienter med höga poäng på Cambridge Depersonalization Scale med diagnosen PTSD, är därför, utifrån detta resonemang, sannolikt inte underdiagnostiserade. Däremot är det möjligt att ett antal patienter från denna kategori är feldiagnostiserade.

Borderline PS. Av patienter med diagnosen borderline personlighetsstörning är det 69 % som får 70 poäng eller mer på skalan. I samband med borderlinediagnos är det vanligt med upplevelser av depersonalisation, och symtomet ingår i beskrivningen av borderline personlighetsstörning i DSM-5 (APA, 2013). Det finns dock borderlinepatienter med få eller inga depersonalisationsupplevelser, vilket innebär att depersonalisation inte är ett självklart inslag vid borderline PS. Vid mycket uttalade depersonalisationssymtom, finns inget hinder att diagnosen DPD ställs. Att ha andra diagnoser vid sidan av en personlighetsstörning är vanligt. De flesta patienter i denna studie med en borderlinediagnos uppgav ett flertal andra diagnoser vid sidan av borderline, som depression och ångest, vilket innebär att de på samma sätt skulle kunna få diagnosen DPD. En hypotes är därför, att ett antal patienter i studien med diagnosen borderline personlighetsstörning med höga poäng på Cambridge Depersonalization Scale är underdiagnostiserade.

Social ångest. Av patienter med diagnosen social ångest är det 60 % i studien som uppfyller kriterierna för Depersonalisationssyndrom. Litteraturen gör gällande att det finns starka kopplingar mellan dessa båda tillstånd (Hunter et al., 2003). I de fall där depersonalisationssyndromet förstärker och vidmakthåller den sociala ångesten, är det troligtvis svårt att veta vilket av tillstånden som är primärt. Dessa två tillstånd verkar i många fall samverka. Det är viktigt att identifiera om DPD samexisterar med den sociala ångesten, så att rätt insatser kan sättas in. Utifrån ovan förda resonemang är det möjligt att anta att ett antal deltagande patienter med diagnosen social ångest är underdiagnostiserade.

Könsfördelning. Resultatet av denna studie visar ett signifikant högre medelvärde för kvinnor än män på Cambridge Depersonalization Scale. Könsfördelningen är 1,4:1 mellan kvinnor och män gällande de som uppfyller kriterierna för depersonalisationssyndrom. Detta resultat går i linje med ett flertal tidigare studier som har visat en markant övervikt av kvinnor. En studie av Simeon et al. (1997) visade att depersonalisationssyndrom var dubbelt så vanligt hos kvinnor än hos män. Det har spekulerats i att sådana resultat kan vara missvisande utifrån ett antagande om kvinnors tendens att i större utsträckning söka hjälp än män, och att många män med DPD finns i det dolda (Simeon et al., 1997). Denna studie har utgått från patienter inom allmänpsykiatri, vilket innebär att deltagarna redan sökt behandling. Det finns därför ingen anledning att tro att det finns någon skillnad mellan könen i deras vilja att få höga poäng på skalan.

Ålder. Resultatet visar att patienter under 30 år har signifikant mer depersonalisationssymtom än äldre patienter. Detta stämmer väl med tidigare forskning som visar att depersonalisationssyndrom är vanligast bland unga (Simeon & Abugel, 2006). En

bidragande orsak är sannolikt att tonåringar och unga vuxna har en större sårbarhet, då de ännu inte har format en stabil identitet och känsla av själv (Michal et al., 2014).

Predisponerande faktorer som har identifierats för att utveckla svårare former av depersonalisation är, som tidigare nämnts, ett tillbakadraget temperament, låg tro på den egna förmågan, svårigheter att uttrycka känslor, och behov av kontroll. Andra riskfaktorer är förutom social ångest, en benägenhet att känna skam, och passiva försvar som att dra sig undan andra eller ge upp lätt. I ljuset av ovan nämnda riskfaktorer verkar depersonalisation vara ett uttryck för en lägre motståndskraft mot stress och motgångar (Simeon & Abugel, 2006). Tonårstiden och åren därefter är för många unga en utvecklingsmässig ”kris”, vilket innebär en rad utmaningar; som att leva utan familj och att leva med osäkerhet inför framtiden. Möjligtvis är det så att unga med depersonalisation i större grad drar sig undan andra. Det är tänkbart att en icke färdigutvecklad identitet i kombination med ensamhet och social isolering kan vara bidragande faktorer till ett ökat ruminerande och känsla av att vara fränkopplad sig själv och omgivningen. Detta ligger i linje med studier som pekar på att social ångest samverkar med DPD (Simeon och Abugel, 2006) och att en kollektivistisk kultur kan vara en skyddande faktor mot DPD (Sierra et al., 2006).

Det är tänkbart att personer över 30 år, till skillnad från yngre individer, har skaffat familj och barn och därigenom fått ett annat fokus som gör att de lyckas bryta en ond cirkel av isolering och grubblande. Denna förändrade livssituation ger mindre utrymme för självobservation och existentiella grubblerier. För att undvika att unga med depersonalisation blir felbehandlade och att de utvecklar en kronisk form av depersonalisation är det viktigt att tidigt identifiera symtomen och ställa rätt diagnos.

Bristfällig kunskap hos kliniker. Resultatet från psykolog/psykiaterenkäten visar att behandlare upplever sig ha relativt liten kunskap om depersonalisationssyndrom. Att yrkesverksamma behandlare beskriver en bristfällig kunskap om DPD kan tänkas vara en konsekvens av att syndromet inte uppmärksammas i utbildningssammanhang. Detta är något vi själva har erfarit, då vi saknat information om tillståndet under vår utbildning till psykologer. Resultatet från studien visar också att kliniker ser depersonalisation som ovanligt, och enbart symptom vid andra tillstånd. Att ny forskning visar att DPD är relativt vanligt bland allmänpopulationen, och att tillståndet räknas som en självständig diagnos, har inte uppmärksamats av professionen. Brist på en levande diskussion om depersonalisationssyndrom är en trolig orsak till varför kunskapen inte sprids.

Vilken skillnad gör rätt diagnos? Brinkman (2014) framför kritik mot nutida diagnostiseringsprocesser och hävdar att det idag råder en betydande biologisk patologisering

av psykiskt lidande. Han menar att dagens diagnostik utgår från en föreställning att psykiskt lidande finns ”inne i individen” och att ingen hänsyn tas till etiologi; inte utgår från orsaker som till exempel samhällsklimat eller teoretiska förklaringar och att diagnostisering endast utgår från aktuella symtom. För att undvika en överpatologisering är det viktigt att vara medveten om fördelar och nackdelar med diagnostisering. Diagnostisering måste alltid ske i ljuset av dess nytta.

Det är viktigt att identifiera och uppmärksamma DPD som en egen diagnos. Individer som lider av depersonalisationssyndrom ägnar sig ofta åt tvångsmässig rumination över vad det kan vara för fel på dem (Sierra, 2009). Till skillnad från andra psykiatriska tillstånd som ångeststörningar och depression, finns ingen utbredd kunskap om depersonalisationssyndrom bland allmänheten. Brist på samhällelig information om DPD gör att drabbade individer inte har någon kunskap att tillgå. En av de viktigaste faktorerna för ett tillfrisknande är att komma i kontakt med en behandlare som känner till syndromet. Patienten behöver få ett namn på tillståndet (Simeon, 2004).

Grundlig information om vad depersonalisationssyndrom innebär, leder till en normalisering av upplevelsorna och en känsla av att inte vara ensam om dem. Det är vanligt att patienter tolkar symtomen som att de är på väg att bli galna eller har en hjärnsjukdom. Psykoedukation om DPD leder till en minskning av sådana katastroftankar. En minskning av katastroftankar leder till en reducerad ångest, vilket i sin tur minskar depersonalisationssymtomen (Hunter et al., 2003).

Depersonalisationssyndrom kan vara ett primärt tillstånd, som i förlängningen ger upphov till andra störningar, som ångesttillstånd och depression (Simeon & Abugiel, 2006). Sekundär ångest eller depression, bör då behandlas utifrån den primära depersonalisationsproblematiken. Om ett självskadebeteende i grunden handlar om försök att bli fri sitt depersonalisationssyndrom bör behandlingen även ge redskap för att hantera depersonalisationen.

Eftersom uttryck av överklighetskänslor vanligen förknippas med bristande realitetsprövning är det viktigt att unga individer med depersonalisationssyndrom diagnostiseras rätt och inte blir felaktigt behandlade för psykos.

För att undvika att individer med depersonalisation blir felbehandlade och utvecklar en kronisk form av depersonalisation är det angeläget att tidigt identifiera symtomen och ställa rätt diagnos. Rätt diagnos ökar sannolikheten för en riktad och adekvat behandling, och ökar möjligheten för patienter med DPD att tillfriskna från sina depersonalisationssymtom.

Metoddiskussion

Reflektioner kring studiens genomförande. Studiens ansats var att försöka nå så många patienter och behandlare som möjligt för att kunna besvara forskningsfrågan och för att kunna generalisera de resultat som framkom. Vid planeringen av studien valdes samtliga allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningar i Sverige som undersökningsgrupp. Detta upplägg ansågs som ambitiöst för en psykologexamensuppsats.

Statistiska centralbyrån (2015-06-09) beskriver en ökande ”undersökningströtthet” och att allt fler informanter inte är anträffbara per telefon. Vi förstod att det skulle vara svårt att samla in material till studien och var tveksamma till designen eftersom det fanns en tidsgräns. Valet av en bred ansats i denna studie visade sig dock vara ett klokt beslut.

Den begränsade respons vi fick på den initiala inbjudan ledde till att vi tidigt började kontakta medicinskt ansvariga och klinikchefer personligen. Det som visade sig ha bäst effekt var en direkt telefonkontakt. Att komma i kontakt med personal på de olika mottagningarna var tidskrävande. Det visade sig vara mer effektivt att ringa växel för ett landsting, en region eller ett sjukhus. Här fanns allmänt en god vilja att vara behjälplig med en kontakt till mottagningarna. Det faktum att vi redan från start bjöd in ett stort antal mottagningar gjorde att det kontinuerligt fanns mottagningar att föra dialog med. Det tog tid att få svar angående ett deltagande och denna tid kunde vi använda till att bearbeta andra mottagningar.

Av de mottagningar som valt att inte delta i studien, har främst fyra orsaker framkommit. Ofta har tidsbrist angivits som anledning till att inte delta. Andra skäl har varit att man aldrig hört talas om fenomenet eller att man anser att det är så ovanligt att man inte har någon information att delge studien. Det tredje skälet till att inte delta i studien har uppgetts vara att man inte betraktar syndromet som en egen diagnos. Det fjärde skälet har enligt enhetscheferna varit att personalen inte velat delta i studien. I vissa fall har det varit administrerande personal, dvs receptionister, i andra fall har det varit psykologer och psykiatriker som av olika skäl inte velat delta i studien.

Studiens design genomfördes med endast små förändringar. I den ursprungliga designen var det tänkt att patienter kunde erbjudas frankerade svarskuvert om de önskade besvara enkäten hemma istället för på mottagningen. Detta alternativ plockades bort efter pilotundersökningen eftersom det inte ansågs sannolikt att det skulle öka svarsfrekvensen, utan snarare minska den. Det som ansågs mest verkningsfullt var att be respondenterna att besvara enkäten direkt på plats. En miss i studiens design var att det inte fanns möjlighet att ange ett tredje kön. Fyra patienter angav inte kön, vilket kan vara ett resultat av denna miss.

De erfarenheter vi tar med oss är att tidsaspekten är avgörande vid genomförandet av en studie av denna typ. Tid ger förutsättningar att knyta en personlig relation till medicinskt ansvariga, klinik- och enhetschefer vilket ökar sannolikheten att mottagningarna skall delta och att N-talet ökar.

Styrkor och svagheter. Det finns ett antal metodologiska aspekter av studien som bör diskuteras för att ge en mer nyanserad bild av tillförlitligheten i slutsatser och tolkningar. Studien har flera metodologiska styrkor som stärker tillförlitligheten i resultaten. För det första är antal respondenter i studien förhållandevis stort. Många mottagningar, både större och mindre, deltar med en god spridning över hela landet. Såväl storstad, förort, mindre städer som landsbygd är representerade, vilket ökar generaliserbarheten i resultaten. För det andra har studien en tydlig design och en väl definierad undersökningsgrupp vilket gör det möjligt att replikera studien.

Utöver detta är respondenterna, både patienter och behandlare, till stor del från samma mottagningar. Betydande ansträngningar har investerats för att uppnå två grupper, en patientgrupp och en behandlargrupp, med koppling till varandra även om inga direkta samband mellan dessa undersöks. Prevalensstudier av DPD är ovanligt och till vår kännedom är detta första gången en kvantitativ studie av denna typ dessutom undersökt behandlares inställning till DPD. De kommentarer behandlargruppen lämnat under ”övriga synpunkter” adderar en kvalitativ dimension till de statistiska resultaten.

Trots betydande styrkor är studien behäftad med en del metodologiska problem. För det första har vi haft liten kontroll över hur enkäterna har administrerats. Skillnad i svarsfrekvens mellan mottagningar är betydande. Flertalet enkäter har administrerats via mottagningarnas receptioner. Patientbemötande i samband med detta kan ha inverkat på patienternas motivation att fylla i enkäten. En avgörande faktor för svarsfrekvensen har därför varit de receptionister som skött administreringen av enkäterna. En del receptionister har uppmanat patienter att fylla i enkäten, medan andra enbart har lagt fram dem på disken.

Generaliserbarhet. Studien riktar sig till allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningar i Sverige. Således är den population som undersöks redan patienter i psykiatri av olika anledningar. Utländska studier har visat en prevalens av att 1-3 % av normalpopulationen lider av DPD (Hunter et al., 2004). En sådan prevalens kan denna studie varken bekräfta eller ifrågasätta. Studien kan däremot bidra med information om förekomst av DPD hos patienter inom allmänpsykiatrisk öppenvård i Sverige.

Definitionen av generaliserbarhet är i vilken grad resultatet är giltigt vid variation av personer, platser och behandling (Shadish, Cook & Campbell, 2002).

Studiens ambition är att kunna generalisera resultatet till samtliga patienter inom allmänpsykiatrisk öppenvård i Sverige

Representativitet. Shadish et al. (2002) menar att betydelsen av ett representativt urval används på olika sätt i olika sammanhang. Definitionen av en representativ undersökningsgrupp är att denna grupp är en miniatyr av populationen. Denna studies definition av populationen är: Samtliga patienter och behandlare vid allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningar i Sverige. Deltagarna kan därför anses utgöra en representativ undersökningsgrupp.

Patienter. Stickprovet är förhållandevis jämnt fördelat, medelåldern är 37 år (SD 12,5) med en åldersfördelning på 18-71 år, vilket innebär att en normalpopulation av besökande vid allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningar kan anses vara representerad. Utöver detta är samtliga vanligt förekommande diagnoser representerade i en omfattning som uppskattningsvis kan anses representativt för en normalpopulation av patienter på denna typ av mottagning. De deltagande patienterna är fördelade över 11 mottagningar från skilda delar av landet. Mottagningarna är både stora och små och representerar storstad, förort och landsbygd.

Behandlare. Av 294 administrerade behandlarenkäter inkom hälften, dvs ett antal av 146. Till skillnad från patientenkäten har troligtvis samtliga utskickade behandlarenkäter administrerats. Av de 146 behandlare som svarat på enkäten, hade 35 lämnat kommentar under övriga synpunkter. Flertalet av dessa var av sin karaktär tveksamma till studiens frågeställning, då kommentarerna reflekterade en syn på depersonalisationssyndrom antingen som enbart symtom vid andra diagnoser eller som något ovanligt förekommande.

Av de behandlare som fått enkäten i sin hand, är det rimligt att anta att de mest negativa och de som känner sig mest okunniga om tillståndet, valt att inte svara. Trots anonymiteten kan behandlarna ha känt sig ifrågasatta eller osäkra om de inte ansett att de har tillräcklig kunskap om det tillstånd som studien undersöker.

Bland de faktorer som tidigare nämnts om varför diagnosen inte ställs är just att många psykologer/psykiatrer inte känner till tillståndet eller hur det yttrar sig. En annan viktig faktor är att psykologer/psykiatrer tenderar att betrakta depersonalisation som enbart ett symtom vid depression, ångest eller andra psykiatriska diagnoser, trots att depersonalisationssyndrom är fastställt som ett enskilt tillstånd och finns som en egen diagnos (Simeon, 2004).

De psykologer/psykiatrer som ingår i stickprovet kan därför tänkas anse sig ha en större kunskap om DPD än psykologer/psykiatrer generellt. På samma sätt är det rimligt att anta att de behandlare som ingår i studien har en mer positiv inställning till depersonalisationssyndrom som en egen diagnos än behandlare generellt. Resultatet från studiens psykolog/psykiaterenkät kan därför anses vara generaliserbart för behandlarkåren i stort, med en sannolik övervikt åt det positiva hållet.

Diagnostisering. Liksom för alla psykiatriska tillstånd krävs det en grundlig utredning för att sätta diagnosen DPD. Beskrivningar av symtom som gjorts här i uppsatsen, eller i diagnosmanualer, fungerar som en utgångspunkt för vidare undersökningar. CDS liksom andra instrument är värdefulla hjälpmedel i dialogen mellan patient och behandlare och kan inte användas för att ställa en diagnos, medan en kunnig och professionell behandlare däremot är helt avgörande för detta. Eftersom depersonalisation är en subjektiv upplevelse som är svår att beskriva och dela med andra krävs det tid och engagemang för att undersöka de fenomen patienter beskriver. Edwards och Angus (1972) beskrev diagnostisering av DPD:

Is not just a reflection of the skills of the interviewer, but is dependent on the type of questions and the manner in which they are asked. The less structured the interview, the more likely it is that there will be inconsistencies in the frequency with which depersonalization is recognized (s. 243).

Val av CDS. För att utreda om en person lider av DPD finns det olika skalor och intervjuer att använda:

SCID-D. The Structured Clinical Interview for DSM IV Dissociative Disorders är en evidensbaserad strukturerad intervju som bedömer dissociativa symtomområden; amnesi, depersonalisation, derealisation, identitetsförvirring och identitetsförändring (Steinberg & Schnall, 2001). Eftersom instrumentet skapades för att bedöma dissociativa tillstånd generellt, saknas den bredd i frågor rörande DPD som krävs för att bedöma alla skilda symtom som ligger till grund för tillståndet (Sierra, 2009).

DES. Dissociativ Experience Scale är ett enkelt självskattningsformulär som består av 28 frågor för att mäta dissociativa symtom. Instrumentet har använts i 100-tals studier om dissociation under trettio år. DES kan användas för att spåra DPD men bör inte vara ett förstahandsval eftersom endast få frågor är relaterade till depersonalisations- och derealisationsupplevelser. Personer med DPD skattar ofta lågt på skalan eftersom instrumentet är skapat för att upptäcka allvarligare dissociativa tillstånd. Dock anses i

litteraturen de frågor som är kopplade till klassiska beskrivningar av depersonalisations- och derealisationsupplevelser kunna fånga DPD, och då speciellt om andra frågor i skalan skattas lågt (Simeon & Abugel, 2009).

CDS. Cambridge Depersonalization Scale är det mest omfattande instrumentet för att mäta enbart depersonalisations- och derealisationssymtom. Skalan används i denna studie eftersom forskning gör gällande att det är det mest specialiserade, etablerade, reliabla och valida instrumentet för att mäta depersonalisationssyndrom (Simeon & Abugel, 2006).

Kulturella skillnader? Ett antal studier har undersökt och funnit skillnader i CDS-poäng mellan olika länder. Sierra et al. (2006) fann vid en jämförelse mellan spanska, engelska och colombianska patienter att colombianska patienter skattade lägre på CDS. Författarnas slutsats var att kollektivistiska samhällen innebar en skyddande faktor för att inte utveckla depersonalisationssyndrom. Detta tyder på att upplevelser av depersonalisation kan variera eller förändras med kulturellt inflytande. CDS är skapad i en engelsk kontext vilket innebär att den kan ha ett lägre förklaringsvärde i en svensk kontext. Den kulturella skillnaden bedöms i detta fall vara marginell då båda länder är individualistiska samhällen.

Klassiska symtombeskrivningar. CDS beskriver upplevelser som klassiskt associeras med depersonalisation. Upplevelserna beskrivs som ”klassiska” i litteraturen eftersom forskningen hittills delvis byggt på retrospektiva fallbeskrivningar. Vid framtagandet av skalan genomförde upphovsmännen en övergripande genomgång av fenomenologin bakom tillståndet. Denna genomgång inkluderade en statistisk analys av 200 publicerade fall av depersonalisation (Sierra & Berrios, 2000).

Reliabilitet och validitet. CDS har hög inre konsistens och god reliabilitet (Chronbach alfa 0.89, split half reliabilitet 0.92). Instrumentet skapades utifrån ett behov av en självskattningsskala med bättre innehållsvaliditet och som bättre än tidigare skalor fångade den fenomenologiska komplexiteten hos DPD. Detta ansågs av upphovsmännen viktigt eftersom det fortfarande finns en bristande kunskap om vilka kliniska kännetecken för DPD som bör undersökas i neurobiologiska studier (Sierra, 2009).

CDS validerades ursprungligen på patienter med depersonalisationssyndrom och har visat sig kunna skilja ut dessa patienter från patienter med temporallobsepilepsi och ångestpatienter. En cutoff-poäng på 70 gav en sensitivitet på 75.5 % och en specificitet på 87.7 %. En jämförelse med Dissociativ Experience Scale (DES), som är den mest undersökta skalan, visade en god kriterievaliditet, gruppen DPD-patienters resultat på CDS korrelerade med deras resultat på DES delskala depersonalisation ($r = 0.80$; $p = 0.0007$) men inte med delskalorna amnesi och försjunkhet (Sierra & Berrios, 2000).

Utländska versioner av CDS har validerats på olika urvalsgrupper och visat liknande psykometriska profiler som den engelska originalversionen. En tysk version av CDS validerades på 91 patienter, varav 43 med diagnosen DPD, inom slutenvården (Michal et al., 2004). Samma författare jämförde därefter i en annan studie CDS med Dissociative Experiences Scale (DES) och en delskala av German Narcissism Inventory (NI-DRP), och fann att CDS i lägre grad fel-klassificerade ett urval av slutenvårdspatienter med olika svårighetsgrad av DPD än de båda andra skalorna (Michal et al., 2005). En japansk version av skalan validerades på 59 patienter. Tolv av dessa patienter hade diagnosen DPD, elva hade tillfrisknat från DPD, och 36 individer utgjorde frisk kontrollgrupp. Den bästa cutoff-poängen för att skilja ut personer med DPD från personer utan en psykisk sjukdom var 60, vilket gav en sensitivitet på 1.00 och en specificitet på 0.96 (Sugiura et al., 2009).

Synpunkter på CDS-Skalen.

Förhöjd självmedvetenhet och rumination. Fråga 10 som lyder: ”Det känns som att jag *inte har några tankar* alls, så när jag pratar känns det som om jag säger saker på automatik”, är motsägelsefull.

Litteraturen beskriver hur patienter med DPD har en förhöjd medvetenhet av alla tankar som far genom huvudet. Hur de ständigt observerar och analyserar allting hos dem själva, fångade i sina hjärnor, där varje tanke verkar uppförstorad. Där tänkandet känns konstigt och onaturligt; det har förlorat all sin spontanitet (Simeon & Abugel, 2006). Patienter med upplevelser av *alltför många* tankar, med ett tänkande om tänkandet, som gör att allt de säger är som repliker i en film, bör ha svårt att skatta poäng på denna fråga. För att fånga in denna grupp DPD-patienter kunde frågan istället formuleras ”Det känns som att jag överanalyserar det jag ska säga, så när jag pratar känns det som om jag säger saker utan spontanitet”

Fråga 24 är problematisk på samma sätt. Frågan lyder: ”När jag rör mig känns det inte som om det är jag som kontrollerar mina rörelser, vilket gör att rörelserna känns automatiska och mekaniska, som om jag vore en robot.”

Litteraturen beskriver hur den överdrivna självmedvetenheten vid DPD gör att man kan känna att ben och armar rör sig på ett konstigt sätt och känns främmande. Det beskrivs hur patienter ständigt observerar och analyserar allting hos sig själva. Denna ökade självmedvetenhet liknar till stora delar den som tonåringar kan ha, med en alltför stor medvetenhet om sig själv i förhållande till andra, upplevelser av att armar och ben är för långa, i vägen, så att man inte vet vart man ska göra av dem (Simeon & Abugel, 2006).

Frågan blir därför konstig. Man kan istället tänka sig att det är själva överanalyserandet av hur man rör sig, den ökade självobservationen, som gör att all spontanitet försvinner. Denna brist på spontanitet leder till känslor av att vara ”som om” en robot, mekaniserad.

För att fånga in dessa patienter borde frågan lyda: ”Jag har en överdriven medvetenhet om hur jag rör mig, vilket gör att jag känner mig som att jag är skådespelare i en film om mig själv.”

Cambridge Depersonalization Scale fångar, utifrån dessa exempel, inte upp de patienter med DPD som beskriver ett ruminerande av tankar och en över-medvetenhet om sig själv och omgivningen. Frågorna 10 och 24 är exempel på hur en tomhet på tankar och känslor av bristande kontroll, istället lyfts fram.

Litteraturen beskriver att man har observerat skillnader i symtombild beroende på hur länge patienter med DPD lidit av tillståndet. Det nämns att vid tidiga former av DPD är det mycket vanligt med rumination och tankar om tänkandet. Det beskrivs att tillståndet, då det varit kroniskt under en längre tid, planar ut till en emotionell dödhet och en accepterad känsla av ett ”icke-själv” (Simeon & Abugel, 2006). Man kan tänka sig att frågorna 10 och 24 på ett bra sätt fångar upp patienter av det senare slaget, men missar patienter med den förhöjda rumination och självobservation, som är karaktäristiskt för depersonalisationssyndrom vid tidigare skeden.

Kan detta spegla att det finns två olika kategorier av patienter med DPD? En patientgrupp med en stor mängd grubblerier och självobservation, och en annan patientgrupp som hamnat i en större acceptans av sin sjukdom och där den förhöjda självobservationen har ersatts av en tomhet på tankar.

Kan inte differentiera psykos från DPD. CDS saknar frågor som skulle kunna skilja ut de som inte har en intakt realitetsprövning. Detta gör att patienter med en psykotisk problematik troligtvis skulle få höga poäng oavsett om de har depersonalisationssymtom eller inte.

Flera frågor är för generella. Ett antal frågor mäter depression mer än de mäter depersonalisation. Frågorna ”Mina favoritsysselsättningar ger mig inte längre någon glädje” och ”Smaken av mat ger mig inte längre känslor av njutning eller avsmak” är exempel på sådana frågor.

Etik

På försättsbladet till patientenkäten beskrevs studiens hypotes med texten ” detta är en studie som vill undersöka ett tillstånd som ofta inte uppmärksammas, men som vi tror är

ganska vanligt”. Denna formulering bedömdes vara viktigt för att inte skapa onödig oro hos de patienter som skulle komma att få höga poäng på skalan.

Framtida forskning

Två kategorier DPD-patienter? Litteraturen gör gällande att det verkar finnas två olika grupper av DPD-patienter. En grupp av patienter med en stor mängd rumination och existentiella tankar och en annan grupp som haft tillståndet under längre tid och hamnat i en högre acceptans av känslan av ett ”icke-själv”. Den sistnämnda kategorin har istället symtom i form av en tomhet på tankar (Simeon & Abugel, 2006). Det är önskvärt för framtida studier att undersöka om det går att skilja ut dessa två grupper från varandra, och om frågorna i CDS möjligen stämmer bättre överens med symtombilden för en av grupperna.

Ketamin som narkos-och bedövningsmedel inom sjukvården. Ketamin är ett vanligt förekommande narkosmedel inom sjukvården. Ketamin används inom ambulanssjukvården i Sverige till vuxna patienter över 15 år vid svåra smärttillstånd som frakturer, brännskador och vid trauma (Eriksson, 2009; Mohlin, 2008).

Forskning gör gällande att drogerna cannabis, LSD, ecstasy och ketamin kan utlösa depersonalisationssyndrom (Simeon & Abugel, 2006). Sambandet förklaras med att de biologiska funktionerna för cannabis, LSD, ecstasy och ketamin har något gemensamt och att de påverkar särskilda neurokemiska system i hjärnan.

Då forskning visar att ketamin kan utlösa depersonalisationssyndrom (Simeon & Abugel, 2006), bör studier undersöka användandet av ketamin som narkosmedel inom sjukvården och vad det kan ge för bieffekter.

ECT skadligt vid depersonalisationssyndrom? Studier har visat att behandling med ECT förvärrat symtom av depersonalisation (Shorvon, 1946). Denna studie genomfördes för länge sedan, och är sannolikt inte representativ idag, då metoden för ECT sedan dess har utvecklats. Dock har det, enligt vår kännedom, inte genomförts några ytterligare studier inom området.

ECT är idag en vanlig behandling vid olika psykiatriska tillstånd, i synnerhet depression. Det är inte osannolikt att tänka sig att ett antal patienter med en depersonalisationsproblematik vid sidan om andra tillstånd idag behandlas med ECT. Studier bör därför göras för att undersöka hur ECT påverkar depersonalisationssymtom. Om depersonalisation är den primära problematiken och depression en sekundär reaktion, kan det vara väsentligt att veta riskerna med ECT. Till dess att man med säkerhet vet hur ECT

inverkar på depersonalisation, bör denna metod användas med försiktighet på patienter med komorbida depersonalisationssymtom.

Självskaдебeteende vid borderline PS. Litteraturen gör gällande att depersonalisation kan vara en utlösande faktor vid självskaдебeteende. Självskaдебandet fungerar som desperata försök att bli kvitt upplevelser av depersonalisation (Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Det är vanligt att Borderlinepatienter upplever depersonalisation. Att ha dessa upplevelser av depersonalisation är dock inget krav för diagnosen borderline. Det kan dock vara av stor vikt att undersöka om borderlinepatienter har en komorbid DPD för att öka förståelsen om ett eventuellt självskaдебeteende. Är självskaдебandet en desperat självbehandling mot depersonalisationssyndrom? Att identifiera en komorbid DPD är därför av stor vikt vid behandlingsarbetet. Forskning saknas om kopplingen mellan självskaдебeteende och DPD.

Avslutningsvis har det hos författarna under studiens gång växt fram ett behov av att informera om tillståndet. Från det att vi började med att sätta oss in i ämnet, och fortsatt under arbetet med studien, har vi tagit del av forskning som visar att DPD är betydande problem men att detta inte uppmärksammas av psykiatrin. Resultat från internationell forskning pekar på att antalet individer som drabbas av depersonalisation ökar (Abugel, 2010; Simeon & Abugel, 2006). DPD har visat samband med ett ökat cannabisbruk, en utsatt social situation främst bland unga, social isolering och ensamhet; faktorer som är utmärkande för vår tidsålder. Likaledes poängterar denna forskning att personer med depersonalisationssyndrom som inte uppmärksammas eller får felaktig vård riskerar att utveckla en kronisk DPD.

Det är vår förhoppning att framtida forskning vidare undersöker de forskningsresultat som framkommit under senare år, så att DPD lyfts från att vara ett försummat tillstånd till en upplevelse som tas på allvar och utreds med engagemang.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis anses studien vara tillförlitlig och genomförd på ett metodologiskt adekvat sätt för att kunna besvara forskningsfrågan. Syftet med studien var att validera utländska forskningsresultat genom att testa CDS i en svensk kontext och göra generaliseringar till en svensk psykiatrisk population. Kunskapsanspråket var att undersöka två olika grupper – en patientgrupp och en behandlargrupp. Studien ämnade också undersöka skillnader i poäng för depersonalisationssymtom mellan patienterna utifrån undergrupper

baserade på kön, ålder och diagnos.

Studien visar att det finns ett stort antal patienter i svensk psykiatri med betydande depersonalisationssymtom. Studien visar också att det finns en allmän hållning bland psykologer och psykiatrer att betrakta DPD som ett ovanligt tillstånd, och depersonalisation enbart som symtom vid andra diagnoser. Utifrån resultatet verkar det rimligt att anta att DPD som diagnos är underdiagnostiserat och eventuellt också feldiagnostiserat.

All forskning pekar mot att depersonalisationssyndrom är ett eget tillstånd som bör identifieras och behandlas som ett sådant. Ledande forskare inom området påtalar att en identifiering och ett erkännande av diagnosen är av avgörande betydelse, då psykoedukation och normalisering visat sig vara viktiga interventioner för ett tillfrisknande.

Referenser

- Abugel, J. (2010). *Stranger to my self: Inside depersonalization: The hidden epidemic*. The Book Source, Inc. Carson, Virginia.
- Aderibigbe, Y. A., Bloch, R. M. & Walker, W. R. (2001). Prevalence of depersonalization and derealization experiences in a rural population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36, 63-69.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. American Psychiatric Publishing, Inc, Arlington.
- Baker, D., Hunter, E., Lawrence, E., et al., (2003). Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases. *Br J Psychiatry*, 182, 428-433.
- Baker, D., Hunter, E., Lawrence, E. & David A. (2010). *Overcoming depersonalization & feelings of unreality: A self-help guide using Cognitive Behavioral Techniques*. Constable & Robinson Ltd, London.
- Bebbington, P. E. (1998). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry*, 173, 2-6.
- Brinkmann, S., (2014). *Den diagnostiserade människan: Sjukdom utan gränser*. Studentlitteratur, Lund.
- Davidson, P. W. (1966). Depersonalization phenomena in 214 adult psychiatric in-patients. *Psychiatr Q*, 40, 702-722.
- Davidson, J. R. T., Kudler, H. S., Saunders, W. B., & Smith, R. D. (1990). Symptom and comorbidity patterns in World War II and Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 162-170.
- Edwards, J. G., Angus, J. W. (1972). Depersonalization. *British Journal of Psychiatry*, 120, 242-244.
- Eriksson, L. (2009). *Prehospital Analgesi med Ketamin. Användning av Ketalar inom ambulanssjukvården i Uppsala län – En retrospektiv studie*. (D-uppsats). Uppsala universitet, Institutionen för kirurgiska vetenskaper.

- Gentile, J. P., Snyder, M., & Gillig, P. M. (2014). Stress and trauma: Psychotherapy and Pharmacotherapy for Depersonalization/Derealization Disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 11 (7/8), 37-41.
- Guralnik, O., Schmeidler, J., & Simeon, D. (2000). Feeling unreal: cognitive processes in depersonalization. *American Journal of Psychiatry*, 157, 103-109.
- Hunter, E. C. M., Phillips, M. L., Chandler, T., Sierra, M., & David, A. S. (2003). Depersonalisation disorder: A cognitive-behavioural conception. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1451-1467.
- Hunter, E. C. M., Salkovskis, P. M. & David, A. S. (2014). Attributions, appraisals and attention for symptoms in depersonalization disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 53, 20-29.
- Hunter, E. C. M., Sierra, M., & David, A. S. (2004). The epidemiology of depersonalisation and derealisation: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 9-18.
- Klonsky, E. D., Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: a research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 1045-1056.
- Medford, N. (2012). Emotion and the unreal self: Depersonalization disorder and de-affectualization. *Emotion Review*, 4 (2), 139-144.
- Medford, N., Baker, D., Hunter, E., Sierra, M., Lawrence, E., Phillips, M. L., et al. (2003). Chronic depersonalization following illicit drug use: a controlled analysis of 40 cases. *Addiction*, 98, 1731-1736.
- Medford, N., Sierra, M., Baker, D., & David, A. S. (2005). Understanding and treating depersonalisation disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 92-100
- Michal, M., Beutel, E.M., Grobe, G.T., (2010). Wie oft wird die Depersonalisations-Derealisationsstörung (ICD-10: F48.1) in der ambulanten Versorgung diagnostiziert? *Z. Psychosom. Med. Psychother.* 56, 74-83.
- Michal, M., Duven, E., Giralt, S., Dreier, M., Müller, K.W., Adler, J., Beutel, M. E., Wölfling, K. (2014). Prevalence and correlates of depersonalization in students aged 12-18 years in Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 50, 995-1003.

- Michal, M., Glaesmer, H., Zwerenz, R., Knebel, A., Wiltink, J., Brähler, E., & Beutel, M. E. (2011). Base rates for depersonalization according to the 2-item version of the Cambridge Depersonalization Scale (CDS-2) and its associations with depression/anxiety in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 128, 106-111.
- Michal, M., Kaufhold, J., Engelbach, U. et al. (2005). Zur validität der Skala Derealisation/Depersonalisation des Narzissmusinventars. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 55, 512-516.
- Michal, M., Sann, U., Niebecker, M. et al. (2004). Die erfassung des Depersonalisation-derealisation syndroms mit der deutschen version der Cambridge Depersonalisation Scale (CDS). *Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 54, 367-374.
- Mohlin, M. (2008). *I vilka situationer och vid vilka skador används ketamine prehospitalt?* (Litteraturstudie). Lunds universitet, Medicinska fakulteten, Institutionen för hälsa, vård och samhälle.
- Noyes, R., Hoenk, P. R., Kuperman, S., & Slymen, D. J. (1977). Depersonalization in accident victims and psychiatric patients. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 164, 401-407.
- Phillips, M. L., Medford, N., Senior, C., Bullmore, E. T., Brammer, M. J., Andrew, C., Sierra, M., Williams, C. R., & David, A. S. (2000). Depersonalization disorder: thinking without feeling. *Biological Psychiatry*, 47, 94-95.
- Roth, M., & Argyle, N. (1988). Anxiety, panic, and phobic disorders: an overview. *Journal of Psychiatric Research*, 22, 33-54.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., Campbell, D.T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized casual inference*. Boston, Houghton Mifflin.
- Shilony, E., & Grossman, F. K. (1993). Depersonalization as a defense mechanism in survivors of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 6(1), 119-128.
- Shorvon, H. (1946). The depersonalization syndrome. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 39, 779-792.

- Sierra, M. (2009). *Depersonalization: A new look at a neglected syndrome*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Sierra, M., Baker, D., Medford, N., & David, A. S. (2005). Unpacking the depersonalization syndrome: An exploratory factor analysis on the Cambridge Depersonalization Scale. *Psychological Medicine*, 35, 1523-1532
- Sierra, M., Berrios, G. E. (1997). Depersonalization: a conceptual history. *History of Psychiatry*, 8, 213-229.
- Sierra, M., Berrios, G. E. (1998). Depersonalization: neurobiological perspectives. *Biological Psychiatry*, 44, 898-908.
- Sierra, M., Berrios, G. E. (2000). The Cambridge Depersonalisation Scale: a new instrument for the measurement of depersonalisation. *Psychiatric Research*, 93, 153-164.
- Sierra, M., Gómez, J., Molina, J. J., Luque, R., Muñoz, J. F., & David, A. S. (2006). Depersonalization in psychiatric patients: A transcultural study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 356-361.
- Sierra, M., Medford, N., Wyatt, G., & David, A. S. (2012). Depersonalization disorder and anxiety: A special relationship? *Psychiatry Research*, 197, 123-127.
- Sierra, M., Senior, C., Dalton J., et al. (2002). Autonomic response in depersonalization disorder. *Arc Gen Psychiatry*, 59 (9), 833-838.
- Simeon, D. (2004). Depersonalisation disorder, a contemporary overview. *CNS Drugs*, 18 (6), 343-354.
- Simeon, D. & Abugel, J. (2006). *Feeling unreal: Depersonalization disorder and the loss of the self*. Oxford University Press.
- Simeon, D., Gross, S., Guralnik, O. et al., (1997). Feeling unreal. 30 cases of DSM-III depersonalization disorder. *Am J Psychiatry*, 154(8), 1107-1113.
- Simeon, D., Guralnik, O., Hazlett, E. A., Spiegel-Cohen, J., Hollander, E., & Buchsbaum, M. S. (2000). Feeling unreal: A PET study of depersonalization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1782-1788.

- Simeon, D., Guralnik, O., Schmeidler, J. et al., (2001). The role of childhood interpersonal trauma in depersonalization disorder. *Am J Psychiatry*, 158 (7), 1027-1033.
- Simeon, D., Knutelska, M., Nelson, D, et al., (2003). Feeling unreal: a depersonalization disorder update of 117 cases. *J Clin Psychiatry*, 64 (9), 990-997.
- Simeon, D., Kozin, D. S. Segal, K., Lerch, B., Dujour, R., & Giesbrecht, T. (2008). Deconstructing depersonalization: Further evidence for symptom clusters. *Psychiatric Research*, 157, 303-306.
- Statistiska centralbyrån (2015-06-09). Mer bortfall i statistiken. Hämtat 5 augusti 2015: http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/Statistikskolan-Mer-bortfall-i-statistiken
- Steinberg, M., Schnall, M. (2001). *The stranger in the mirror: Dissociation: the hidden epidemic*. HarperCollins Publishers Inc, NY.
- Sugiura, M., Hirosawa, M., Tanaka, S., Nishi, Y., Yamada, Y., & Mizuno, M. (2009). Reliability and validity of a Japanese version of the Cambridge depersonalization scale as a screening instrument for depersonalization disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63, 314-321.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneve, Schweiz: World Health Organization.

Bilaga A



Studie om Depersonalisationssyndrom

Tack för att du vill fylla i detta formulär!

Du svarar helt anonymt på denna enkät.

När du fyllt i enkäten, lägg den i kuvertet, klistra igen och lämna in den.

(Du kan också be om att få ett frankerat svarskuvert och själv skicka in ditt svar med post.)

Detta är en studie som vill undersöka ett tillstånd som ofta inte uppmärksammas, men som vi tror är ganska vanligt. Tillståndet kallas för Depersonalisationssyndrom (DPD).

Din medverkan är betydelsefull! En ökad kunskap inom psykiatrin om DPD kan leda till att personer som lider av detta uppmärksammas mer. Det är därför viktigt att tillståndet ges mer utrymme.

Leif Månsson och Anna Strid, psykologkandidater.

Frågor: E-post leif.mansson.309@student.lu.se

Cambridge Depersonalization Scale

Vänligen läs dessa instruktioner noga:

Detta frågeformulär beskriver märkliga upplevelser som normala personer ibland kan ha. Vi är intresserade av deras (a) frekvens, alltså hur ofta du har haft dessa upplevelser **UNDER DE SENASTE SEX MÅNADERNA**; och (b) varaktighet, alltså ungefär hur länge dessa upplevelser varat. För varje fråga, var god ringa in det svar som passar bäst. Är du inte säker så gör din bästa gissning.

1. Helt plötsligt känner jag mig konstig, som om jag inte vore verklig eller som om jag vore avskuren från världen.

Frekvens (hur ofta)

- 0 = aldrig
- 1 = sällan
- 2 = ofta
- 3 = väldigt ofta
- 4 = alltid

Varaktighet

(hur länge upplevelsen varar i snitt)

- 1 = några sekunder
- 2 = några minuter
- 3 = några timmar
- 4 = en dag
- 5 = mer än en dag
- 6 = mer än en vecka

2. Saker i min omgivning ser ”platta” eller ”livlösa” ut, som om jag tittade på en bild.

Frekvens (hur ofta)

- 0 = aldrig
- 1 = sällan
- 2 = ofta
- 3 = väldigt ofta
- 4 = alltid

Varaktighet

(hur länge upplevelsen varar i snitt)

- 1 = några sekunder
- 2 = några minuter
- 3 = några timmar
- 4 = en dag
- 5 = mer än en dag
- 6 = mer än en vecka

3. Delar av min kropp känns som om de inte tillhörde mig.

Frekvens (hur ofta)

- 0 = aldrig
- 1 = sällan
- 2 = ofta
- 3 = väldigt ofta
- 4 = alltid

Varaktighet

(hur länge upplevelsen varar i snitt)

- 1 = några sekunder
- 2 = några minuter
- 3 = några timmar
- 4 = en dag
- 5 = mer än en dag
- 6 = mer än en vecka

4. Det har hänt att jag *inte alls blivit rädd* i situationer som jag vanligtvis skulle uppleva som skrämmande eller oroande.

Frekvens (hur ofta)

- 0 = aldrig
- 1 = sällan
- 2 = ofta
- 3 = väldigt ofta
- 4 = alltid

Varaktighet

(hur länge upplevelsen varar i snitt)

- 1 = några sekunder
- 2 = några minuter
- 3 = några timmar
- 4 = en dag
- 5 = mer än en dag
- 6 = mer än en vecka

5. Mina favoritsysselsättningar ger mig inte längre någon glädje.

Frekvens (hur ofta)

- 0 = aldrig
- 1 = sällan
- 2 = ofta
- 3 = väldigt ofta
- 4 = alltid

Varaktighet

(hur länge upplevelsen varar i snitt)

- 1 = några sekunder
- 2 = några minuter
- 3 = några timmar
- 4 = en dag
- 5 = mer än en dag
- 6 = mer än en vecka

6. När jag gör saker har jag en känsla av att vara avskild, att jag observerar mig själv utifrån.

Frekvens (hur ofta)

- 0 = aldrig
- 1 = sällan
- 2 = ofta
- 3 = väldigt ofta
- 4 = alltid

Varaktighet

(hur länge upplevelsen varar i snitt)

- 1 = några sekunder
- 2 = några minuter
- 3 = några timmar
- 4 = en dag
- 5 = mer än en dag
- 6 = mer än en vecka

7. Smaken av mat ger mig inte längre känslor av njutning eller avsmak.

Frekvens (hur ofta)

- 0 = aldrig
- 1 = sällan
- 2 = ofta
- 3 = väldigt ofta
- 4 = alltid

Varaktighet

(hur länge upplevelsen varar i snitt)

- 1 = några sekunder
- 2 = några minuter
- 3 = några timmar
- 4 = en dag
- 5 = mer än en dag
- 6 = mer än en vecka

8. Min kropp känns väldigt lätt, som om den flöt på luft.

Frekvens (hur ofta)

- 0 = aldrig
- 1 = sällan
- 2 = ofta
- 3 = väldigt ofta
- 4 = alltid

Varaktighet

(hur länge upplevelsen varar i snitt)

- 1 = några sekunder
- 2 = några minuter
- 3 = några timmar
- 4 = en dag
- 5 = mer än en dag
- 6 = mer än en vecka

9. När jag skrattar eller gråter, är det som om jag inte *känner* några känslor alls.

Frekvens (hur ofta)

- 0 = aldrig
- 1 = sällan
- 2 = ofta
- 3 = väldigt ofta
- 4 = alltid

Varaktighet

(hur länge upplevelsen varar i snitt)

- 1 = några sekunder
- 2 = några minuter
- 3 = några timmar
- 4 = en dag
- 5 = mer än en dag
- 6 = mer än en vecka

10. Det känns som att jag *inte har några tankar alls*, så när jag pratar känns det som om jag säger saker på automatik.

Frekvens (hur ofta)

- 0 = aldrig
- 1 = sällan
- 2 = ofta
- 3 = väldigt ofta
- 4 = alltid

Varaktighet

(hur länge upplevelsen varar i snitt)

- 1 = några sekunder
- 2 = några minuter
- 3 = några timmar
- 4 = en dag
- 5 = mer än en dag
- 6 = mer än en vecka

11. Väl bekanta röster (även min egen) låter avlägsna och överkliga.

Frekvens (hur ofta)

- 0 = aldrig
- 1 = sällan
- 2 = ofta
- 3 = väldigt ofta
- 4 = alltid

Varaktighet

(hur länge upplevelsen varar i snitt)

- 1 = några sekunder
- 2 = några minuter
- 3 = några timmar
- 4 = en dag
- 5 = mer än en dag
- 6 = mer än en vecka

12. Det känns som om mina händer eller fötter har blivit större eller mindre.

Frekvens (hur ofta)

- 0 = aldrig
- 1 = sällan
- 2 = ofta
- 3 = väldigt ofta
- 4 = alltid

Varaktighet

(hur länge upplevelsen varar i snitt)

- 1 = några sekunder
- 2 = några minuter
- 3 = några timmar
- 4 = en dag
- 5 = mer än en dag
- 6 = mer än en vecka

13. Min omgivning känns bortkopplad eller överklig, som om det fanns en hinna mellan mig och omvärlden.

Frekvens (hur ofta)

- 0 = aldrig
- 1 = sällan
- 2 = ofta
- 3 = väldigt ofta
- 4 = alltid

Varaktighet

(hur länge upplevelsen varar i snitt)

- 1 = några sekunder
- 2 = några minuter
- 3 = några timmar
- 4 = en dag
- 5 = mer än en dag
- 6 = mer än en vecka

14. Det verkar som om saker jag gjort nyligen, istället hände för länge sedan. Till exempel att det jag gjorde i morse känns som att det skedde för flera veckor sedan.

Frekvens (hur ofta)

- 0 = aldrig
- 1 = sällan
- 2 = ofta
- 3 = väldigt ofta
- 4 = alltid

Varaktighet

(hur länge upplevelsen varar i snitt)

- 1 = några sekunder
- 2 = några minuter
- 3 = några timmar
- 4 = en dag
- 5 = mer än en dag
- 6 = mer än en vecka

15. I fullt vaket tillstånd kan jag uppleva det som att jag *ser* mig själv utifrån, som om jag tittade på mig själv i en spegel.

Frekvens (hur ofta)

- 0 = aldrig
- 1 = sällan
- 2 = ofta
- 3 = väldigt ofta
- 4 = alltid

Varaktighet

(hur länge upplevelsen varar i snitt)

- 1 = några sekunder
- 2 = några minuter
- 3 = några timmar
- 4 = en dag
- 5 = mer än en dag
- 6 = mer än en vecka

16. Jag känner mig avskuren från minnen av saker jag varit med om – som om jag inte varit delaktig i dem.

Frekvens (hur ofta)

- 0 = aldrig
- 1 = sällan
- 2 = ofta
- 3 = väldigt ofta
- 4 = alltid

Varaktighet

(hur länge upplevelsen varar i snitt)

- 1 = några sekunder
- 2 = några minuter
- 3 = några timmar
- 4 = en dag
- 5 = mer än en dag
- 6 = mer än en vecka

17. När jag befinner mig i en ny situation, känns det som om jag varit med om den förut.

Frekvens (hur ofta)

- 0 = aldrig
- 1 = sällan
- 2 = ofta
- 3 = väldigt ofta
- 4 = alltid

Varaktighet

(hur länge upplevelsen varar i snitt)

- 1 = några sekunder
- 2 = några minuter
- 3 = några timmar
- 4 = en dag
- 5 = mer än en dag
- 6 = mer än en vecka

18. Helt plötsligt är det som att jag inte har några känslor för min familj och nära vänner.

Frekvens (hur ofta)

- 0 = aldrig
- 1 = sällan
- 2 = ofta
- 3 = väldigt ofta
- 4 = alltid

Varaktighet

(hur länge upplevelsen varar i snitt)

- 1 = några sekunder
- 2 = några minuter
- 3 = några timmar
- 4 = en dag
- 5 = mer än en dag
- 6 = mer än en vecka

19. Saker omkring mig verkar mindre än de är eller mer avlägsna.

Frekvens (hur ofta)

- 0 = aldrig
- 1 = sällan
- 2 = ofta
- 3 = väldigt ofta
- 4 = alltid

Varaktighet

(hur länge upplevelsen varar i snitt)

- 1 = några sekunder
- 2 = några minuter
- 3 = några timmar
- 4 = en dag
- 5 = mer än en dag
- 6 = mer än en vecka

20. Jag kan inte fullt ut känna saker som jag rör vid med mina händer, för det känns *inte som om det är jag* som rör vid dem.

Frekvens (hur ofta)

- 0 = aldrig
- 1 = sällan
- 2 = ofta
- 3 = väldigt ofta
- 4 = alltid

Varaktighet

(hur länge upplevelsen varar i snitt)

- 1 = några sekunder
- 2 = några minuter
- 3 = några timmar
- 4 = en dag
- 5 = mer än en dag
- 6 = mer än en vecka

21. Det känns inte som att jag kan föreställa mig bilder av saker i huvudet, till exempel, ansiktet på en nära vän eller en välkänd miljö.

Frekvens (hur ofta)

- 0 = aldrig
- 1 = sällan
- 2 = ofta
- 3 = väldigt ofta
- 4 = alltid

Varaktighet

(hur länge upplevelsen varar i snitt)

- 1 = några sekunder
- 2 = några minuter
- 3 = några timmar
- 4 = en dag
- 5 = mer än en dag
- 6 = mer än en vecka

22. När jag har ont i en kroppsdel är det som om jag är så fränkopplad från smärtan att det känns som om smärtan är ”någon annans”.

Frekvens (hur ofta)

- 0 = aldrig
- 1 = sällan
- 2 = ofta
- 3 = väldigt ofta
- 4 = alltid

Varaktighet

(hur länge upplevelsen varar i snitt)

- 1 = några sekunder
- 2 = några minuter
- 3 = några timmar
- 4 = en dag
- 5 = mer än en dag
- 6 = mer än en vecka

23. Jag har känslor av att befinna mig utanför min egen kropp.

Frekvens (hur ofta)

- 0 = aldrig
- 1 = sällan
- 2 = ofta
- 3 = väldigt ofta
- 4 = alltid

Varaktighet

(hur länge upplevelsen varar i snitt)

- 1 = några sekunder
- 2 = några minuter
- 3 = några timmar
- 4 = en dag
- 5 = mer än en dag
- 6 = mer än en vecka

24. När jag rör mig känns det inte som om det är jag som kontrollerar mina rörelser, vilket gör att rörelserna känns automatiska och mekaniska, som om jag vore en ”robot”.

Frekvens (hur ofta)

- 0 = aldrig
- 1 = sällan
- 2 = ofta
- 3 = väldigt ofta
- 4 = alltid

Varaktighet

(hur länge upplevelsen varar i snitt)

- 1 = några sekunder
- 2 = några minuter
- 3 = några timmar
- 4 = en dag
- 5 = mer än en dag
- 6 = mer än en vecka

25. Lukten av saker ger mig inte längre känslor av njutning eller obehag.

Frekvens (hur ofta)

- 0 = aldrig
- 1 = sällan
- 2 = ofta
- 3 = väldigt ofta
- 4 = alltid

Varaktighet

(hur länge upplevelsen varar i snitt)

- 1 = några sekunder
- 2 = några minuter
- 3 = några timmar
- 4 = en dag
- 5 = mer än en dag
- 6 = mer än en vecka

26. Jag känner mig så avskärmad från mina tankar att de verkar ha ett ”eget liv”.

Frekvens (hur ofta)

- 0 = aldrig
- 1 = sällan
- 2 = ofta
- 3 = väldigt ofta
- 4 = alltid

Varaktighet

(hur länge upplevelsen varar i snitt)

- 1 = några sekunder
- 2 = några minuter
- 3 = några timmar
- 4 = en dag
- 5 = mer än en dag
- 6 = mer än en vecka

27. Jag måste röra vid mig själv för att försäkra mig om att jag har en kropp eller verkligen existerar.

Frekvens (hur ofta)

- 0 = aldrig
- 1 = sällan
- 2 = ofta
- 3 = väldigt ofta
- 4 = alltid

Varaktighet

(hur länge upplevelsen varar i snitt)

- 1 = några sekunder
- 2 = några minuter
- 3 = några timmar
- 4 = en dag
- 5 = mer än en dag
- 6 = mer än en vecka

28. Jag verkar ha tappat vissa kroppsliga upplevelser (t ex av hunger och törst), så när jag äter eller dricker så känns det som en automatiserad rutin.

Frekvens (hur ofta)

- 0 = aldrig
- 1 = sällan
- 2 = ofta
- 3 = väldigt ofta
- 4 = alltid

Varaktighet

(hur länge upplevelsen varar i snitt)

- 1 = några sekunder
- 2 = några minuter
- 3 = några timmar
- 4 = en dag
- 5 = mer än en dag
- 6 = mer än en vecka

29. Tidigare välbekanta ställen, känns nu främmande som om jag aldrig sett dem förut.

Frekvens (hur ofta)

- 0 = aldrig
- 1 = sällan
- 2 = ofta
- 3 = väldigt ofta
- 4 = alltid

Varaktighet

(hur länge upplevelsen varar i snitt)

- 1 = några sekunder
- 2 = några minuter
- 3 = några timmar
- 4 = en dag
- 5 = mer än en dag
- 6 = mer än en vecka

Sierra M & Berrios G. *The Cambridge Depersonalisation Scale: a new instrument for the measurement of depersonalization*. Psychiatry Research 2000; 93: 153-164

Jag är: man kvinna

Jag är _____ år

Har du ett aktivt missbruk av alkohol/narkotika? ja nej

Vet du vilken diagnos du behandlas för? ja nej

Om ja, vad har du för diagnos/diagnoser? _____

Övriga synpunkter:

Tack för din medverkan!

Bilaga B



LUNDS
UNIVERSITET

Studie om Depersonalisationssyndrom

Tack för att du vill fylla i detta formulär! Din medverkan är till stor hjälp för oss.

När du fyllt i enkäten - lägg den i kuvertet, klistra igen och lämna in.

Vi heter Leif Månsson och Anna Strid och läser på psykologprogrammet i Lund. Vi behöver din hjälp inför vår examensuppsats, som kommer att behandla ämnet Depersonalisationssyndrom (DPD).

Denna enkät undersöker psykologers/psykiatrikers upplevelse av förekomsten av Depersonalisationssyndrom (DPD) inom allmänpsykiatrin. Du kommer att få svara på frågor om dina erfarenheter gällande patienter med DPD. Undersökningen ingår i en psykologexamensuppsats vid Institutionen för psykologi vid Lunds universitet, och vänder sig till psykologer och psykiatriker på allmänpsykiatriska mottagningar i Sverige.

Enkäten tar ca 5 minuter att genomföra. Deltagandet är anonymt. Resultaten kommer att presenteras på gruppnivå, och ingen individuell deltagare eller mottagning kommer att kunna identifieras.

Vid Depersonalisationssyndrom (DPD) har man en konstant och plågsam känsla av att vara avskärmad från sig själv och från sin omgivning. Det är som om det vore en glasvägg mellan självet och världen, eller att man är instängd i en bubbla. Man upplever att man själv och omgivningen inte är fullt verkliga, tomma eller livlösa; som om man vore en skådespelare i filmen om sig själv. Man kan också uppleva omgivningen som en kuliss, eller tvådimensionell. Tillståndet är inte psykotiskt. Det innebär att realitetsprövningen vid DPD är intakt, och man är fullt medveten om att upplevelserna av en själv och omgivningen är skeva.

Om du har några frågor, kommentarer eller önskar ta del av undersökningens resultat är du välkommen att kontakta oss:

Leif Månsson
leif_mansson@yahoo.com
0706-42 52 72

Anna Strid
anna@annastrid.com
072-22 48 806

Det går också bra att kontakta vår handledare:
leg. psykolog, univ. lektor Per Johnsson
per.johnsson@psy.lu.se
046-22 28 771

1. Vilken yrkeskategori tillhör du? psykolog psykiatriker

2. Hur stor är din kunskap om DPD?

Obefintlig liten måttlig ganska stor stor

3. Hur stor är kunskapen om DPD bland psykologer/psykiatriker på din arbetsplats, tror du?

Obefintlig liten måttlig ganska stor stor

4. Hur vanligt är det att patienter du möter uppvisar tecken på depersonalisationssyndrom?

aldrig sällan en gång i månaden en gång i veckan varje dag vet ej

5. Hur ofta screenas patienter specifikt för DPD av dig?

aldrig sällan en gång i månaden en gång i veckan varje dag

6. Hur ofta sätter du diagnosen DPD?

aldrig sällan en gång i månaden en gång i veckan varje dag

7. Hur ofta sätts diagnosen på din arbetsplats, tror du?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| aldrig | sällan | en gång i månaden | en gång i veckan | varje dag |

8. Hur ofta diskuteras DPD på din arbetsplats?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| aldrig | sällan | en gång i månaden | en gång i veckan | varje dag |

9. Hur ofta har du påbörjat en behandling specifikt för DPD-symtom?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| aldrig | sällan | en gång i månaden | en gång i veckan | varje dag |

Övriga synpunkter:

Tack för din medverkan!

Bilaga C



LUNDS
UNIVERSITET

Studie: Är DPD ett underdiagnostiserat fenomen?

Samarbete med er öppensykiatriska mottagning önskas!

Hej! Vi heter Leif Månsson och Anna Strid och läser på psykologprogrammet i Lund. Vi söker informanter till vår examensuppsats, som kommer att behandla ämnet Depersonalisationssyndrom (DPD).

Vid Depersonalisationssyndrom (DPD) har man en konstant och plågsam känsla av att vara avskärmad från sig själv och från sin omgivning. Det är som om det vore en glasvägg mellan självet och världen, eller att man är instängd i en bubbla. Man upplever att man själv och omgivningen inte är fullt verkliga, tomma eller livlösa; som om man vore en skådespelare i filmen om sig själv. Man kan också uppleva omgivningen som en kuliss, eller tvådimensionell. Tillståndet är inte psykotiskt. Det innebär att realitetsprövningen vid DPD är intakt, och man är fullt medveten om att upplevelserna av en själv och omgivningen är skeva.

Depersonalisationssyndrom har i forskning visat sig vara ett mindre uppmärksammat tillstånd inom psykiatri, vilket gör att diagnosen sällan används. (Simeon & Abugle, 2006).

I ICD-10 beskrivs depersonalisationssyndrom som ett ovanligt tillstånd, vilket är anmärkningsvärt då forskning tvärför pekar mot att tillståndet är relativt vanligt. Det uppskattas att 1-2 % av allmänpopulationen lider av DPD, men för lite forskning har hittills gjorts för att ge några säkra siffror. (Simeon, 2004).

Syftet med vår studie är att undersöka om DPD är vanligare än vad som framkommit inom psykiatri.

Vi vill samla in information från allmänpsykiatriska mottagningar i Sverige, i form av två olika sorters skattningsformulär, varav ett specifikt riktat till psykologer/psykiatriker och ett till patienter.

Skattningsformuläret som är riktat till psykologer/psykiatriker syftar till att undersöka i vilken omfattning diagnosen DPD används, och hur ofta man upplever att man stöter på fenomenet. Skattningsformuläret som är riktat till patienter innehåller instrumentet Cambridge depersonalisation scale (Sierra & Berrios, 2000), som är ett väl etablerat instrument för att mäta just DPD-symtom.

Vi kommer att skicka ut enkäter till er, och föra en dialog kring hur dessa enkäter kan administreras på ett bra sätt på er mottagning. Enkäterna är helt anonyma, och resultaten kommer inte att kunna kopplas till någon specifik mottagning, specifik behandlare eller patient.

Vi hoppas att samarbetet ska generera ny kunskap om DPD. Vi kommer att maila en länk till den färdiga uppsatsen till alla mottagningar som deltagit i studien.

Om din mottagning vill delta i vår studie, eller om du har frågor, är du varmt välkommen att höra av dig!

Leif Månsson
leif_mansson@yahoo.com
0706-42 52 72

Anna Strid
anna@annastrid.com
072-22 48 806

Det går också bra att ta kontakt med vår handledare leg. psykolog, univ. lektor Per Johnsson
per.johnsson@psy.lu.se
046-222 87 71

Ert deltagande är viktigt!

Oavsett om ni önskar delta i studien är vi tacksamma för ert svar!

Fyll i och returnera denna blankett i svarskuvertet ni tidigare fått!

Har svarskuvertet kommit bort går det lika bra att svara via mail.

Ja, vi är intresserade av att delta i studien och vill veta mer

Kontaktperson _____

Telnr _____

Mottagning/mottagningar _____

Nej, vi vill inte delta i studien

Avsändare _____

Vanliga frågor:

Är studien etikprövad?

Etiska hänsynstaganden har övervägts och diskuterats i samråd med docent leg. Psykolog Per Johnsson, som är vår handledare.

En obligatorisk etikdeklaration har bifogats projektplanen för studien/examensarbetet, som har godkänts av Psykologiska institutionen vid Lunds Universitet.

Vad är The Cambridge Depersonalisation Scale?

The Cambridge Depersonalisation Scale är det internationellt mest etablerade instrumentet för att mäta symtom på depersonalisation. Detta är första gången skalan används i Sverige, och vi har fått förtroendet av upphovsmännen att ansvara för den svenska översättningen.