



LUNDS
UNIVERSITET

INSTITUTIONEN FÖR PSYKOLOGI

Posttraumatisk Stress hos Universitetsstudenter i Lund

Magdalena Bergqvist

Jens Sterner

Kandidatuppsats ht 2006

Handledare: Aki Johanson

Abstract

Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) is an anxiety disorder resulting from exposure to a traumatic event. The purpose of this study was to examine the exposure to Potentially Traumatic Events (PTE) and the prevalence of PTSD among students at the University of Lund. Sexdifferences among these variables were also examined. Using surveys as research method, 380 students from five different faculties participated. The results indicated that these students have been more exposed to PTE than the general Swedish population. The students also showed a higher prevalence of symptoms for PTSD. A significant sexdifference was found in the prevalence for PTSD with female students scoring almost three times higher than men. Thus, the need for further research in the topic is necessary.

Keywords: Posttraumatic Stress Disorder, Potentially Traumatic Event, students, survey research

Posttraumatisk Stress hos Universitetsstudenter i Lund

På vägen genom livet utsätts de flesta människor för en eller flera *Potentiellt Traumatiska Händelser* (PTE). Dessa PTE är mer eller mindre allvarliga, och gestaltar sig på olika sätt beroende på en mängd faktorer. De flesta individer klarar av att hantera känslor som uppkommer vid och efter ett trauma men för en del människor kan det resultera i diagnosen *Posttraumatiskt Stress Syndrom* (PTSD). PTSD definieras som utvecklandet av ett antal karakteristiska symptom efter exponering av en extremt traumatisk händelse (American Psychiatric Association [APA], 2000). Sjukdomsbilden är mycket komplex och yttrar sig på många olika sätt vilket gör att det ibland kan vara svårt att få insikt i vad en person lider av samt vad som är den egentliga orsaken till symptomen (Rosenbaum, 2004).

Historiskt sett har de flesta undersökningar rörande PTSD, utgått från människor som ”tydligt faller inom ramen” för detta syndrom. Det vill säga studierna har fokuserat på extremfall som till exempel krigsoffer eller människor som i vardagslivet blivit utsatta för diverse hemskheter. Först på senare år har forskare lagt mera fokus på befolkningen i stort (Barlow, 2002). Idag pågår forskning inom olika delar och ur olika synvinklar på PTSD, men bland annat på grund av dess komplexitet är många frågor fortfarande obesvarade. I USA har ett antal undersökningar gjorts på prevalensen av PTSD hos den generella befolkningen medan det i Sverige har gjorts betydligt färre. För tillfället pågår en studie i Östergötland på omkring 1000 personer i åldrarna 45 till 60 (Rosenbaum, 2005). Förutom denna finns så vitt vi vet bara en tidigare större studie som genomfördes i Uppsala av Frans, Rimmö, Åberg och Fredrikson (2004). I Uppsalastudien fick ett representativt urval av 1824 personer ur Sveriges befolkning delta i en enkätundersökning där prevalensen av PTSD undersöktes. De betraktade flera olika variabler för att se vilka trauman människor har varit med om och hur dessa verkar bidra till symptomutveckling av PTSD. I vår studie har vi valt att undersöka liknande variabler som vid Uppsalastudien, såsom frekvensen av potentiella trauman och förekomsten av symptom på posttraumatisk stress, hos studenter vid Lunds Universitet. Detta för att se om vi uppnår samma resultat eller om studenter i Lund skiljer sig från den svenska befolkningen i allmänhet. Vi har även valt att undersöka om det finns några skillnader mellan könen gällande dessa variabler. Metoden vi använde för att undersöka och besvara våra frågeställningar är enkätstudie med tvärsnittsdesign, där vi tagit sju stickprov från en population. 380 studenter från fem olika institutioner (sju kurser) svarade på två frågeformulär: *Checklista för livshändelser* (Gray, Litz, Hsu & Lombardo, 2004) och *Impact of Event Scale-22* ([IES-22] Weiss och Marmar, 1997). Den förstnämnda används för att ta

reda på vilka potentiellt traumatiska händelser människor kan ha varit med om och den andra för att finna symptom på PTSD.

I följande uppsats kommer först en teoretisk bakgrund till posttraumatiskt stress syndrom att presenteras för att skapa en djupare insikt om PTSD och öka förståelsen för den forskning som bedrivs i ämnet. I nästa kapitel beskrivs den metod vi använt oss av för att besvara våra frågeställningar, detta för att öka replikerbarheten av studien och för att läsaren skall kunna utvärdera kvalitén på undersökningen och dess design. I resultatdelen presenteras vad våra enkäter och mätningar visade, som sedan problematiseras tillsammans med våra frågeställningar och teoretisk bakgrund i efterföljande diskussionsdel.

Teoretisk Bakgrund

Den äldsta skriften som fokuserat på traumatiska händelser och dess efterföljande konsekvenser är *Epic of Gilgamesh* från Mesopotamien. Den kan dateras till 3000 år före Kristus. Författaren till denna skrift beskriver hur människor som bevittnat hemska händelser återupplever och våndas av det de drabbats av. Flera av de drag personerna i skriften uppvisar, kan man i dag hitta i gällande symptom beskrivningar för posttraumatiskt stress syndrom. Under antiken och framåt skrevs det flera filosofiska verk som beskrev individer som återupplevde och drömde om traumatiska händelser de råkat ut för, och framme vid det amerikanska inbördeskriget uppmärksammade Weir Mitchell symptom på vad han kallade *nostalgia* då han träffade civila och militära offer som drabbats av krigets fasor. Mitchell beskrev dem som apatiska, hysteriska och med häftiga emotionella svängningar (Birmes, Hatton, Brunet & Schmitt, 2003).

År 1867 kunde man i boken *On Railway and Other Injuries of the Nervous System*, av John Eric Erichsen läsa om patienter med minnesförlust, sömnproblem och mardrömmar, där symptomen visat sig dagar eller veckor efter att de varit med om järnvägsolyckor. Erichsen var en av de första som undersökte symptom kopplade till traumatiska händelser. Han kallade detta syndrom för *Railway Spine* då han trodde att symptomen utvecklats utifrån kroniska förändringar i den struktur i hjärnan som kallas för *spinal cord* (Frans, 2003).

De som fått mest uppmärksamhet, och av vissa forskare anses vara de första som undersökte människor med symptom på det vi idag kallar för posttraumatisk stress var Pierre Janet och Sigmund Freud (Frans, 2003; Birmes et al., 2003). I ett av Janets mera kända verk *L'Automatisme Psychologie* (1889) skrev han att nästan vartannat kliniskt fall visade allvarliga symptom efter att ha drabbats av ett trauma. Dessa individer hade flashbacks och betedde sig som om de återupplevde den otäcka händelsen. De tycktes även ha svårt för att

återge vad som egentligen hade hänt. Janet menade att de hade drabbats av, som han uttryckte sig, emotionellt dränerade traumatiska upplevelser (Birmes et al., 2003). Samma år (1889) började Herman Oppenheim använda sig av termen *traumatiska neuroser*, när han under kliniska observationer beskrev symptom hos personer som varit med om järnvägs och gruvarbetsolyckor. Oppenheim föreslog att känslorna och skräcken i samband med olyckan ledde till ett sänkt motstånd i nervsystemet som tillsammans med de personliga predispositionerna var avgörande då personen utvecklade en neuros (Frans, 2003).

I slutet av 1800 talet presenterade Freud fallstudien om Anna O, som led av vad han kallade hysteriska symptom som kunde relateras till traumatiska sexuella erfarenheter i hennes barndom. Freuds original modell av neurosen med fall av kvinnor som blivit våldtagna och sexuellt utnyttjade, sägs av vissa vara de första fallen där man fokuserade på externa traumatiska händelser som tros ha lett till posttraumatiskt stress syndrom. Freud ändrade senare denna teori till att istället förklara symptomen som interna sexuella fantasier individen själv skapat under barndomen. Detta paradigmskifte fick stora konsekvenser för synen på traumatiska händelser, vilket senare skulle visa sig i de första utgåvorna av DSM (Frans, 2003).

Under första världskriget uppmärksammades de mentala skadorna som offren från krigets fasor drabbades av. Förklaringarna till dessa tillstånd fokuserade på psykofysiologiska reaktioner och bristande impuls kontroll (Birmes et al., 2003). De psykiska symptomen som soldaterna uppvisade från krigets hemskheter kallades för *shell shock* eller *combat exhaustion* och för de civila som drabbades kallades detta för traumatiska neuroser (Horowitz, 1999). Men på den här tiden ansågs symptomen vara mera fysiska än psykiska. År 1917 etablerades ett speciellt centrum för behandling av *shell shock*, och senare samma år började de första principerna för den amerikanska traumapsykiatri utvecklas (Frans, 2003).

I den första versionen av det amerikanska psykiatri samfundets *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1952), beskrevs det hur trauman kan leda till stressreaktioner som kan kopplas till personlighetsproblematik före händelsen. Extremt traumatiska händelser ansågs endast leda till temporära och tillfälliga störningar och om bekymren blev kroniska hänvisades de till andra sjukdomsbilder. Dessa symptom ansågs, även efter att den andra upplagan av DSM utgetts (1968), till största del bero på individuella skillnader samt endogena personliga problem och inte av de yttre traumatiska omständigheterna. Detta visar att Freuds tankesätt gjort en avsevärd inverkan på synen av symptom bilden och dess orsaker (Frans, 2003).

Först då DSM-III släpptes år 1980 fastställdes en officiell diagnos för PTSD för första gången. Men diagnosen var kontroversiell. Det diskuterades om det var den traumatiska händelsen som till största del var avgörande för de mentala åkommorna, eller om det var redan existerande personliga egenskaper som gör vissa individer mer sårbara än andra. Om traumat var den huvudsakliga orsaken till symptomen, kunde organisationer och individer som orsakat eller inte förhindrat traumat, hållas ansvariga för vållande till annans lidande. Men om de personliga egenskaperna hade den avgörande rollen kunde ansvaret framförallt läggas på individen (Horowitz, 1999).

Diagnostiska kriterier för PTSD enligt DSM-IV-TR.

När DSM IV kom ut 1994 innebar det en del förändringar för diagnosen av PTSD. Den största skillnaden var att individen inte längre behövde råka ut för traumat själv för att möta kriterier för diagnosen PTSD. Idag inkluderas även att ha bevittnat eller att hört om någon annan som varit utsatt för fara eller hot. Symptom på överspändhet har tillkommit som ett tredje kriterium för symptom på PTSD (APA, 1994). De diagnostiska kriterierna är många, komplexa och kan visa sig i olika uttryck hos olika individer. Sjukdomsbilden skiljer sig även för barn hos vilka den bland annat kan visa sig i mardrömmar, våldsamt lek och oacceptabelt uppträdande. Enligt DSM-IV-TR (APA, 2000) definieras PTSD utifrån tre olika symptomkluster 1. Återupplevande av traumat, 2. Emotionell bedövning och undvikande av stimuli som påminner om traumat samt 3. Överspändhet. Förutom dessa kriterier måste symptomen finnas kvar eller uppstå minst en månad efter traumat och innebära en försämrad funktion i det vardagliga livet (APA, 2000). Tabell 1 presenterar mer ingående de kriterier som ställts upp för PTSD enligt DSM-IV-TR.

I DSM IV (APA, 1994) har som tidigare nämndes kriteriet för att ha upplevt en traumatisk stressor breddats till att även inkludera bevittnade av ett PTE eller att det har hänt en närstående. Detta har inneburit att diagnosen har blivit tillgänglig att ställa i en bredare utsträckning. Detta visar på att människor som till exempel har bevittnat ett trauma på tv, hört om att en vän blivit våldtagen eller vårdas av en närståendes plötsliga död, kan utveckla symptom på PTSD. Individer kan drabbas i alla kulturer och i alla åldrar, men de som kommer från socialt svåra förhållanden och konfliktområden har ofta utsatts för svårare trauman och uppvisar därför i större uträkning symptom på PTSD (APA, 1994).

Symptomen på posttraumatisk stress visar sig vanligtvis inom de tre första månaderna efter traumat, och kallas då för akut PTSD. Men de kan även ligga latent och utvecklas först senare i livet, vilket kallas för posttraumatiskt stress syndrom med fördröjd verkan. Om

symptomen blir varaktiga i tre månader eller längre är det fråga om kronisk PTSD (APA, 2000).

Tabell 1.

PTSD, diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR

A. Personen har varit utsatt för en traumatisk händelse där följande ingått i bilden:

- 1) personen upplevde, bevittnade eller konfronterades med en händelse eller en serie av händelser som innebar död, allvarlig skada (eller hot om detta) eller hot mot egen eller andras fysiska integritet.
- 2) personen reagerade med intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck

B. Traumat återupplevs om och om igen på ett av följande sätt:

- 1) återkommande, påträngande och plågsamma minnesbilder, tankar eller perceptioner relaterade till händelsen
- 2) återkommande mardrömmar om händelsen
- 3) handlingar och känslor som om den traumatiska händelsen inträffar på nytt (en känsla av att återuppleva händelsen, illusioner, hallucinationer och dissociativa flashbackupplevelser, även sådana som inträffar vid uppvaknande eller under drogpåverkan)
- 4) intensivt psykiskt obehag inför inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen.
- 5) Fysiologisk reaktivitet vid exponering av interna eller externa ledtrådar som symboliserar eller påminner om någon aspekt från traumat.

C. Ständigt undvikande av stimuli som associeras med traumat och allmänt nedsatt själslig vitalitet samt känslomässig bedövning (som inte funnits före traumat) enligt tre eller fler av följande kriterier:

- 1) aktivt undvikande av tankar, känslor, eller samtal som förknippas med traumat
- 2) ständigt undvikande av aktiviteter, platser eller personer som framkallar minnen av traumat
- 3) oförmåga att minnas någon viktig del av händelsen
- 4) klart minskat intresse eller delaktighet i betydelsefulla aktiviteter
- 5) känsla av likgiltighet eller främlingskap inför andra människor
- 6) begränsade affektiva förmågor (till exempel oförmåga till att känna kärleksfulla känslor)
- 7) känsla av att inte ha någon framtid (till exempel inga särskilda förväntningar på yrkeskarriär, äktenskap, barn eller på att få leva och åldras som andra)

D. Ihållande symptom på överspändhet (som inte funnits före traumat), vilket indikeras av två eller fler av följande kriterier:

- 1) svårt att somna eller orolig sömn
- 2) irritabilitet eller vredesutbrott
- 3) koncentrationssvårigheter
- 4) överdriven vaksamhet
- 5) lättskrämdhet

E) Störning enligt kriterierna B, C och D har varat längre än en månad

F) Störningen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.

(APA, 2000)

Vissa yrken kan kopplas till en ökad risk av att utveckla PTSD, till exempel hos poliser, brandmän och soldater. Men faktorer som trauma typ, social support, familjehistoria, barndoms erfarenheter och tidigare existerande mentala störningar är avgörande för utfallet av syndromen (APA, 2000; McNally, Brynat & Ehlers, 2003).

PTSD är relaterat till ökade nivåer på en rad andra psykiska besvär, vilka kan ha funnits där innan, uppkommit efter eller samtidigt som traumat. Några av dessa är: *depression, panik syndrom, agorafobi, tvångsmässiga beteenden, generaliserat ångest syndrom, social fobi, specifik fobi* och *bipolärt syndrom*. Symptomen för PTSD är väldigt lika dem för *Akut Stress Syndrom (ASD)*. Det finns dock två viktiga skillnader mellan ASD och PTSD. För det första måste individen visa upp symptom minst två dagar efter traumat, och max fyra veckor, för att denne skall kunna sägas lida av ASD. För det andra betonas de dissociativa reaktionerna i större utsträckning vid akut stress syndrom. Om en person med ASD har kvar sina symptom efter en månad, ändras diagnosen till PTSD. En annan diagnos som är lik PTSD är *anpassnings störning*, skillnaden där är att stressorn inte behöver vara ett extremt trauma utan kan vara vilken händelse som helst, som till exempel separation från en partner, flytta hemifrån eller bli avskedad från jobbet (APA, 2000; McNally et al., 2003).

För att kunna få diagnosen posttraumatiskt stress syndrom måste man ha varit konfronterad med en situation som uppfattats som ett hot till ens egen eller någon annans fysiska integritet och att detta lett till känslor av rädsla, skräck eller hjälplöshet. Trauma typ spelar egentligen ingen roll så länge dessa kriterier är tillmötesdada (McNally et al., 2003). Vem som utvecklar PTSD efter att ha exponerats för ett trauma kan bero på en mängd faktorer. Men det är viktigt att komma ihåg att trots att det finns många människor som lider av detta syndrom så klarar de allra flesta människor att hantera känslorna vid ett trauma utan att utveckla PTSD (Frans et al., 2004).

Traumatiska händelser eller potentiella trauman.

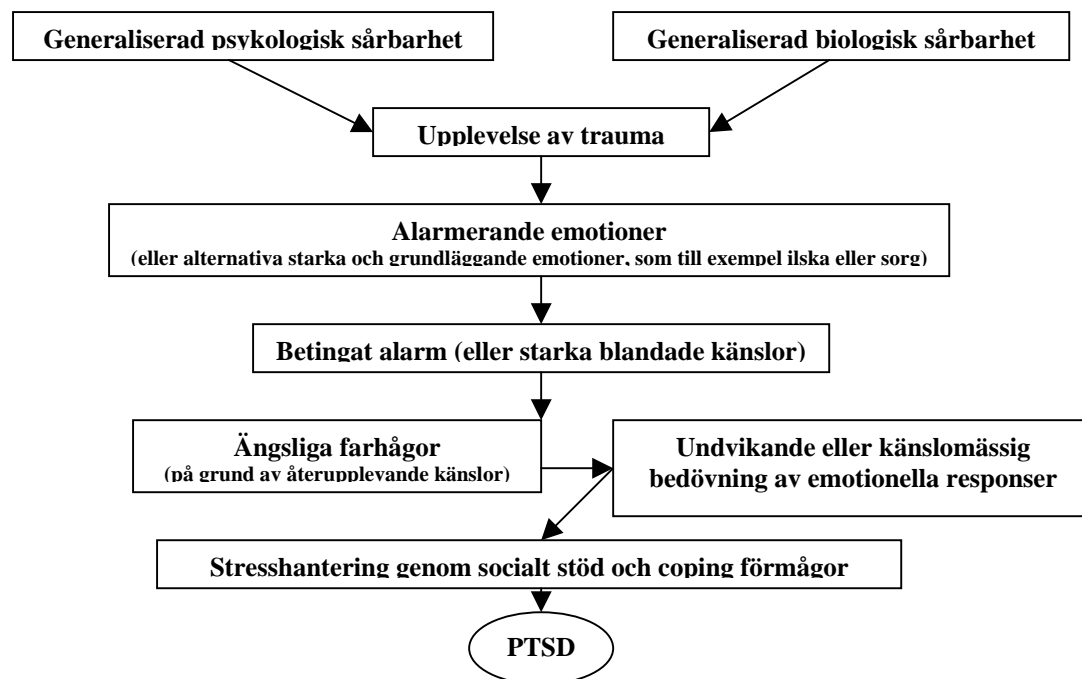
Ett av kriterierna för syndromet posttraumatisk stress är att individen som drabbats har exponerats av en eller flera traumatiska händelser. Även fast personen skulle uppvisa allvarliga symptom måste dessa ha föranletts av ett trauma för att denne skall kunna diagnostiseras för PTSD (APA, 2000). Traumatisk händelse kunde förr beskrivas i termer av en eller flera extrema stressorer som inträffar utanför ramen av det vardagliga och lämnar allvarliga spår i form av djupa psykiska sår hos de flesta som drabbas (McNally et al., 2003). Men genom åren har det diskuterats huruvida man bör definiera en traumatisk händelse och hösten 2005 togs detta upp i samband med en nordisk konsensuskonferens om PTSD vid

Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri i Uppsala. De kunde då konstatera att det var mera ändamålsenligt att använda begreppet *Potentiellt Traumatisk Händelse* (PTE), än psykiskt trauma. Detta för att en händelse kan upplevas som mer eller mindre traumatisk och lämna mer eller mindre allvarliga spår beroende på en mängd faktorer (Mitchel, Johannesson, Ahmad & Lundin, 2006).

Etiologin av PTSD.

Faktorer som är avgörande eller påverkar då en person utvecklar PTSD är av stort intresse för forskare som vill finna förebyggande åtgärder, och för att se vilka personer som är i farozonen eller mest sårbara. Det är av intresse att finna vilka potentiella trauman som är de största prediktorerna för posttraumatisk stress. Detta bland annat för att kunna vidta rätt åtgärder vid till exempel stora katastrofer som tsunamin som drabbade Sydostasien nyligen eller Estonia olyckan. Forskare är dock oense och kan fortfarande inte direkt fastställa varför människan utvecklar dessa symptom. Men det är ofta ganska lätt att finna en bakomliggande händelse som tycks ha utlöst symptomen. Tydligt är dock också att personer som utvecklat PTSD ofta är intrasslade i komplicerade symptombilder vilket brukar innebära dyra och omfattande medicinska vårdlösningar för att komma till rätta med sina bekymmer (Barlow, 2002). I många fall är lösningarna de tar till eller blir erbjudna inte de rätta, vilket ofta leder till en lång neråtgående spiral med sjukskrivningar (Rosenbaum, 2005).

Utvecklandet av PTSD tycks ske genom en kedja av olika faktorer. Miljön man vistas i, typ av stressor, personliga egenskaper biologiska som psykologiskt betingade, samt copingstrategier har alla betydelse för hur hälsan kommer att utveckla sig efter att ha exponerats av en extrem stressor. Barlow (2002) har skapat en modell (se figur 1) som översiktligt visar de olika stegen och faktorer som är betydande vid utvecklande av PTSD. Modellen utgår från de psykologiska och fysiologiska förutsättningar vi har för att hantera de stimuli man utsätts för vid ett trauma. Efter en sådan händelse översköljs de flesta av starka emotioner (alarmerande emotioner) och många hamnar i en negativ spiral med starka förvirrande känslor då personen ständigt påminns av traumat (betingat alarm). Detta förstärks sedan av ängsliga farhågor, en känslomässig utmattning samt att individen ständigt försöker undvika situationer som påminner om traumat. I detta stadium är det sociala nätverket och individens copingstrategier av stor betydelse för att förhindra sjukdom (Barlow, 2002).



Figur 1. En modell för etiologin av PTSD

(Barlow 2002)

Tidigare studier av trauman och PTSD.

Den vanligaste traumatiska händelse som studerats i samband med PTSD är krigsexponering. Inom detta område går det att finna uppemot 1177 vetenskapliga artiklar, och då framförallt om manliga Vietnam veteraner. Ett annat vanligt studerat trauma är sexuellt utnyttjande och misshandel i barndomen, samt fysiska och sexuellt förnedrande handlingar hos vuxna människor. Dessa undersökningar har till största del varit fallstudier av tydligt traumatiserade människor. Undersökningar av den generella befolkningen är dock sparsamma, med mindre än ett dussin publicerade artiklar, varav de flesta kommer från USA (Frans, 2003).

Resultat från Uppsalastudien.

Som tidigare nämnts har det i Uppsala genomförts en studie av Frans et al. (2004) med avsikt att undersöka exponeringen av trauman och förekomsten av posttraumatiskt stress syndrom hos den generella befolkningen. Ett slumpmässigt urval i befolkningsregistret av 1500 män och 1500 kvinnor i åldrarna 18-70 år, tillfrågades om de ville delta i en enkätundersökning som byggde på självskattnings - instrument (PTSD checklist). 1824 personer genomförde studien, 863 män och 961 kvinnor, med en medelålder på 43 år. Resultaten visade att 80.8% av den vuxna svenska befolkningen (83,0% i åldersgruppen 18-34) har upplevt åtminstone en

traumatisk händelse (84.8% av männen och 77.1% av kvinnorna). Den vanligaste trauma typen som rapporterades var trafikolyckor, och den minst förekommande var sexuella förnedringar. Männen visade sig ha drabbats oftare av trafikolyckor än kvinnorna och hade generellt varit med om flera trauman. Sexuella förnedringar hade dock drabbat kvinnorna betydligt oftare än männen. Trafikolyckor var det trauma som rapporterades oftast, men samtidigt den händelse som i minst utsträckning visade sig vara en risk för att PTSD skulle utvecklas. Totalt uppfyllde 5.6% (3.6% av männen och 7.4% av kvinnorna) kriteriet för PTSD. I åldersgruppen 18-34 uppfyllde 6.1% kriterierna för PTSD. De största riskerna fann man vid sexuella och fysiska överfall och angrepp. Frans et al. (2004) kom fram till att trauma typ och hur många trauman man råkat ut för, är viktigare att ta i beaktande än kön när man skall bestämma risken för PTSD.

Förekomsten av traumaexponering och PTSD utanför Sverige.

Den kanske mest omfattande och kompletta studien som genomförts på en generell population för att ta reda på omfattningen av PTSD är the National Comorbidity Survey i USA av Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes och Nelson (1995). De intervjuade 5877 personer som representerade den amerikanska befolkningen. Resultaten visade att 55.5% av deltagarna hade råkat ut för åtminstone ett trauma och att 7.8% (5,0% av männen och 10,4% av kvinnorna) hade utvecklat posttraumatiskt stress syndrom. De kom även fram till att våldtäkter och deltagande i strid var de händelser som med störst sannolikhet ledde till PTSD, medan plötslig död av en närstående var den vanligast förekommande traumatiska händelse för dem som utvecklat syndromet (Kessler et al., 1995).

En stor studie av Hapke, Schumann, Rumpf, Ulrish och Meyer (2006), med ett representativt urval på 4075 personer, hade i slutet av nittiotalet som avsikt att undersöka förekomsten av PTSD i Tyskland. Deras resultat visade att 19,8% av deltagarna hade exponerats för åtminstone ett trauma och att livstidsprevalensen för PTSD var 1.4%, vilket var mycket lägre siffror än studien av Kessler et al. (1995) och Frans et al. (2004). Vissa typer av trauman, då speciellt att utsättas för våldtäkter och sexuellt förnedrande handlingar, visade sig vara största prediktorer till PTSD. De kom även fram till att redan existerade ångestsjukdomar, somatoforma och depressiva sjukdomar signifikant ökar risken för PTSD efter att ha exponerats av trauma (Hapke et al., 2006).

Undersökningar av PTSD vid traumatiserade populationer.

De flesta undersökningar om PTSD har som tidigare beskrivits, gjorts på tydligt traumatiserade populationer. I en studie nyligen genomförd på personer som råkade ut för diskoteksbranden i Göteborg fann Broberg, Dyregrov och Lilled (2005), en prevalens på 25% som drabbats av PTSD. Studien genomfördes 1.5-2 år efter branden. Undersökningar som har gjorts efter attentaten mot World Trade Center har fått olika resultat, vilket har fått många forskare att kritisera metoderna för att fastställa utbreddheten av detta syndrom. Galea et al. (2002), undersökte responsen på terrordådet hos ett slumpmässigt urval av vuxna som bodde på 110th Street på Manhattan i New York och fann att fem till åtta veckor efter det att tornen rasade hade 7,5% utvecklat PTSD. De fann även att bland personer bosatta söder om Canal Street (nära ground zero) hade 20% utvecklat PTSD. När Galeas forskningsgrupp gjorde en uppföljningsstudie på en annan grupp vuxna bosatta på 110th Street senare samma år visade resultaten att bara 1,7% av dem hade PTSD som kunde sägas vara relaterat till attacken (Galea et al., 2002). Resultaten av den tidigare studien troddes då bero på tillfälliga stressyndrom hos undersökningspersonerna, och inte av en kronisk psykisk sjukdom (McNally et al., 2003). En förklaring till varför uppgifterna om prevalens varierar kan vara hur sträng man är i sina kriterier. När det har gått mer än ett år efter traumat bör frekvensen i populationen avspegla förekomsten av kliniskt signifikant psykisk sjuklighet i PTSD (Mitchel et al., 2006).

Könsskillnader vid traumaexponering och posttraumatisk stress.

I de flesta studier avseende PTSD har könsskillnader undersökts. Resultaten har varit varierande och visar på komplexiteten i att försöka generalisera eventuella könsskillnader. Tolin och Foa (2006) har gjort en metaanalys i vilken de undersökte resultaten i 290 forskningsstudier. Fokus för studien var att analysera undersökningar som mätt könsspecifik risk för trauman och PTSD. De fann att kvinnor har dubbelt så stor risk att utveckla PTSD än män och att generellt exponeras män signifikant oftare för trauma. Resultaten för könsskillnader vid traumatyper visade att män rapporterar en högre frekvens av att ha råkat ut för olyckor, icke sexuellt våld, strid eller krig, naturkatastrof eller brand, allvarlig sjukdom och bevittnandet av död eller skada än kvinnor. Kvinnor har däremot rapporterat en högre frekvens av sexuellt våld (Tolin & Foa, 2006).

Dessa resultat stödjer Uppsalastudien i vilken man fann att dubbel så många kvinnor uppfyllde kriteriet för PTSD jämfört med män. Som i Tolin och Foas studie (2006) korrelerar även resultaten med att svenska män drabbats av fler trauman än kvinnor bortsett från

sexuellt våld. I Uppsalastudien mättes även resultat på att kvinnor uppgav att det kände mer oro (distress) än män för alla trauma typer (Frans et al., 2004).

Breslau, Chilcoat, Kessler och Peterson (1999) genomförde år 1996 en undersökning i Detroit, på ett representativt urval av 2181 personer i åldrarna 18-45, för att studera könsskillnader för PTSD i samhället. Resultaten visade att livstidsprevalensen för att exponerats av något trauma var 87.1% hos kvinnorna och 92.2% hos männen. Bland dessa personer var antalet trauman de exponerats för signifikant lägre hos kvinnorna än hos männen. Kvinnorna uppvisade mycket högre förekomster av våldtäkter och sexuellt förnedrande handlingar medan männen oftare varit med om allvarliga trafikolyckor, bevittnat och varit med om fysiskt våld. Breslau et al. (1999) kunde se att 9,2% av undersökningsdeltagarna hade utvecklat PTSD. Det ensamt mest frekventa traumat som lett till PTSD hos båda könen var plötslig och oväntad död hos närstående vilket svarade för 26.6% hos kvinnorna och 38.5% för männen. För kvinnorna var det annars förnedrande våld som till största del bidrog till PTSD (54.1%) och hos männen var det annan chockerande händelse (40.4%). Resultaten visade att de förnedrande våldshandlingarna drabbade de som var i åldrarna 16-20 i största utsträckning, och detta gällde för båda könen. Risken för att utveckla PTSD efter att ha utsatts för trauma var 13.0% för kvinnorna och 6.2% för männen. Denna skillnad berodde till största del på kvinnors större risk att utveckla syndromet efter att ha utsatts av våldtäkter och sexuellt förnedrande handlingar (Breslau et al., 1999).

Resultatet i studien av Hapke et al. (2006) visade att livstidsprevalensen för exponering av något trauma inte skiljde sig signifikant åt mellan könen, men att livstidsprevalensen för hur många som hade PTSD skiljde sig signifikant åt, 2.2% hos kvinnor och 0.6% hos männen. Kvinnor var oftare utsatta för våldtäkter och offer för sexuellt utnyttjande, medan män oftare hade blivit fysiskt hotade, attackerade, skadade eller torterade, varit med om allvarliga olyckor och oftare bevittnat traumatiska händelser som andra drabbats av. Risken för att utveckla PTSD efter att exponerats av ett PTE var likt studien av Breslau et al. (1999), signifikant högre hos kvinnorna (11.1%) än hos männen (2.9%). Den högsta risken fanns bland personer som utsatts för våldtäkter och sexuellt utnyttjande. Man kunde dock inte finna att kön var en oberoende riskfaktor för att utveckla PTSD. Deras slutsats blev att kvinnor inte är mera utsatta för att utveckla PTSD rent generellt. Men på grund av att kvinnor utsätts för sexuellt våld i högre grad än män, och i större utsträckning bär på ångest och stress relaterade psykiska besvär, drabbas de oftare av PTSD. Även fysiskt våld ledde oftare till dessa symptom hos kvinnor än det gjorde hos män (Hapke et al., 2006).

Tabell 2

Traumaexponering och livstidsprevalensen av PTSD i generella populationer.

Variabler	Land	n ^a	PTE exp. % ^b	PTSD prevalens % ^c
Referens				
Frans et al., (2004)	Sverige	1824	80,8	5,6
Kessler et al., (1995)	USA	5877	55,5	7,8
Breslau et al., (1999)	USA	2181	89,8	9,2
Hapke et al., (2006)	Tyskland	4075	19,8	1,4

^a Antal deltagare som genomförde studien, ^b Frekvensen av deltagare som exponerats för minst en potentiellt traumatisk händelse, ^c Frekvensen av deltagare med symptom på PTSD.

Syfte och frågeställningar

Resultaten från Uppsalastudien (Frans et al., 2004) ligger till grund för den enkätstudie vi har genomfört. Med bakgrund av Uppsalastudien är vårt syfte att undersöka exponeringen av potentiellt traumatiska händelser samt prevalensen av symptom på posttraumatisk stress hos universitetsstuderande i Lund. Vi ville även studera om det går att finna några könsskillnader gällande detta. För att konkretisera syftet har vi utformat fyra frågeställningar som är följande:

Frågeställning 1: Hur många av undersökningsdeltagarna har drabbats av minst en potentiellt traumatisk händelse, hur många PTE har de i genomsnitt råkat ut för, vilken PTE typ är vanligast och vilken PTE upplever de som mest besvärande?

Frågeställning 2: går det att finna några könsskillnader i fråga om vilka PTE de har drabbats av och i frekvensen av antal PTE?

Frågeställning 3: Hur många undersökningsdeltagare uppfyller kriterier för PTSD, finns det några könsskillnader gällande detta och finns det en korrelation mellan totalt antal PTE och symptom på PTSD?

Frågeställning 4: Finns det någon skillnad mellan olika institutioner och prevalens av PTSD?

Metod

Deltagare

Ett urval av 393 studenter på Lunds universitet fick svara på en enkät. Deltagarna var från sju kurser på fem olika institutioner. Studenterna ombads att delta på frivillig basis och informerades om anonymitet. Vi valde att exkludera personer som var över 40 år. Bland annat för att begränsa aspekter som erfarenheter och typer av trauman som kan ha drabbat olika åldersgrupper. Det blev ett bortfall på tretton personer som antingen valt att inte svara på en av delarna i enkäten eller var över 40 år. Detta betyder att resultaten är beräknade på 380 deltagare.

Könsfördelningen var 181 kvinnor (47.6%) med genomsnittsåldern = 21.44 (SD = 2.91) och 192 män (50.5%) med genomsnittsåldern = 21.50 (SD = 3.11). Totalt för hela urvalsgruppen var genomsnittsåldern = 21.47 (SD = 3.01). Åtta individer (2.1%) uppgav ej ålder. Könsfördelningen i hela urvalsgruppen skilde sig ej signifikant åt. Sju individer (1.8%) uppgav ej kön. Av de 380 deltagare som sedan var med i studien kom 51 från juridiska institutionen, 127 från institutionen för maskinteknologi, 94 från sociologiska institutionen, 67 från filosofiska institutionen och 41 undersökningsdeltagare från ekologiska institutionen. Se tabell 3 för demografisk fakta om undersökningsdeltagarna.

Tabell 3.

Demografisk fakta om undersökningsdeltagarna

Variabler	%	n
Kön ^a		
Kvinnor	47.6	181
Män	50.5	192
Institution ^b		
Juridicum	13.4	51
Institutionen för maskinteknik	33.4	127
Sociologiska institutionen	24.7	94
Filosofiska institutionen	17.6	67
Ekologiska institutionen	10.8	41

^an=373 på grund av saknad av data. ^bn=380

Material

Undersökningsdeltagarna fick ett häfte på tre sidor, med en informerande framsida och två olika frågeformulär (se appendix A, B och C). Demografiska variabler var kön, ålder samt att vi antecknade vilken institution undersökningsdeltagarna studerade vid.

Checklista för livshändelser.

Det första frågeformuläret som undersökningsdeltagarna fick svara på var *checklista för livshändelser*. För tydliggörande hänvisas till appendix B. Den inkluderade 16 olika potentiellt traumatiska händelsetyper samt ett 17:e alternativ för annan påfrestande händelse och en 18:e fråga där de kunde ange vilken denna händelse var. För varje traumatyp fanns det fyra svarsalternativ: *har upplevt; har bevittnat; hände närstående* och *gäller ej mig*. Som sista fråga på detta blad (nummer 19) fick de även ange vilket alternativ de upplevt som mest besvärande. Originalen kommer från the *Life Events Checklist* (LEC) och är utvecklat av det amerikanska *National Center for PTSD* (Gray et al., 2004). Vi har modifierat LEC något genom att ta bort variablerna årtal för varje händelse och svarsalternativet ”*jag är inte säker*”. Detta för att begränsa studien och för att den bättre skulle passa vårt syfte. I *Checklista för livshändelser* kodades *har inte varit med om* = 0 och *har varit med om* = 1. Detta innebär att vi inte har undersökt skillnad i vilken stor relation individerna har haft till traumat, det vill säga om de *upplevt själv, bevittnat* eller om de *hört att det hände närstående*.

Impact of Event Scale-22.

Det andra frågeformuläret var *Impact of Event Scale-22* (IES-22; Weiss & Marmar, 1997). För djupare förståelse av enkätdelen se appendix C. IES-22 består av 22 frågor med fyra svarsalternativ: *inte alls, sällan, ibland* och *ofta*. Frågorna utvärderar symptom på PTSD utifrån DSM IV (APA, 1994) och är utvecklade för att täcka in kriterierna: återupplevelse av trauma, undvikande av stimuli som associeras till traumat och symptom på överspändhet (Weiss & Marmar, 1997). IES-22 är en breddad upplaga av Horowitz (1979) *Impact of Event Scale-15*. Trots att enkäten togs fram 1979 används den flitigt än idag och är den mest använda självvuppskattningsenkät som mäter stress respons och PTSD symptom (Barlow, 2002). 1997 uppdaterades IES-15 i en studie av Weiss och Marmar, med sju nya frågor vilka mäter grad av överspändhet. De har testat den interna validiteten som visade sig vara hög för alla symptom kriterierna (Weiss, 2004).

IES-22 kodades efter rekommendationer av Horowitz (1979). Varje fråga gav en bestämd poäng: *inte alls*= 0, *sällan*= 1, *ibland*= 3 och *ofta*= 5. Den totala poängen av alla frågor som

varje individ fick jämfördes sedan med nyckeln nedan, för att se vilken symptomgrupp deltagaren hamnade i. Nyckeln är:

1. < 20 poäng. Mindre trauma, normal eller lätt reaktion, väl förberedd för händelsen.
2. 20-30 poäng. Måttlig reaktion, drabbade bör följas upp.
3. 31-40 poäng. Traumatisk stressreaktion med viss sannolikhet för PTSD.
4. 41-50 poäng. Svår stressreaktion, hög sannolikhet för PTSD, behov av behandling.
5. > 50 poäng. Drabbade bör undersökas med personliga strukturerade intervjuer, följas upp och erhålla specialistvård (Horowitz, 1979).

När vi räknade på prevalensen av PTSD inkluderade vi alla i symptomgrupp 4 och 5. De som är i den 3:e nivån har förvisso också viss sannolikhet för att ha utvecklat PTSD men eftersom det är svårt att bedöma hur stor sannolikheten är har vi beslutat oss för att inte inkludera dem. Vi vill också poängtera att bara för att en individ hamnar inom en viss grupp betyder det inte att denne får diagnosen PTSD. Vi har ingen chans att diagnostisera människor på dessa enkäter, men däremot ger de indikationer på hur undersökningsdeltagarna mår. Därför påpekar vi åter igen att dessa grupper endast är rekommenderade beskrivningar av symptom på PTSD.

Båda dessa frågeformulär har använts i erkända forskningsstudier och testats för reliabilitet och validitet (Grey et al., 2004; Sundin & Horowitz, 2003; Weiss & Maramar, 1997; Barlow, 2002; Frans, 2003)

Procedur

Efter att ha valt population studenter skickade vi ut ett mail eller ringde till föreläsare på de olika institutionerna. Vi presenterade vårt syfte med studien samt bad om att få några minuter i början av föreläsningen eller innan rasten, efter deras önskemål. För att öka representativiteten av urvalet kontaktade vi föreläsare på fem olika institutioner som alla gav oss tillåtelse att lämna ut enkäten till deras elever.

När vi kom till varje kursgrupp började vi med att göra en enkel muntlig presentation av oss, studien och enkäten som skulle fyllas i. Undersökningsdeltagarna uppmärksammades på att de inte skulle glömma att fylla i kön, ålder och fråga nummer 19 i den första enkät delen. Vidare informerades de om att det var helt frivilligt att delta, om deras rätt till att avbryta när de vill samt att total anonymitet gäller för dem alla. De fick även tillgång till våra e-mailadresser och telefonnummer för eventuella frågor efter undersökningen. Enkäten delades ut till var och en i kursgruppen. Tiden som undersökningsdeltagarna använde till att fylla i

formulären varierade mellan två till tolv minuter, de som var klara gick på rast eller väntade tyst tills alla var klara, då vi tackade för oss och lämnade klassen.

Statistik metod

Efter insamlingen av data kodades informationen i enkäterna och lades in i SPSS 14, som hjälpte oss att beskriva den deskriptiva statistiken. För att räkna ut resultatet av våra erhållna svar, använde oss av T-test, variansanalys ANOVA för oberoende grupper samt Pearsons korrelationstest. Signifikansnivån i alla mätningar är på .05.

Resultat

Frågeställning 1: Hur många av undersökningsdeltagarna har drabbats av minst en potentiellt traumatisk händelse, hur många PTE har de i genomsnitt råkat ut för, vilken PTE typ är vanligast och vilken PTE upplever de som mest besvärande?

Att ha drabbats av minst en potentiellt traumatisk händelse var mycket vanligt, totalt 345 (92.1%) av 380 undersökningsdeltagare. I tabell 4 presenteras genomsnittet på antal PTE studenterna har varit med om. Det potentiella trauma som studenterna råkat ut för i störst utsträckning var transportolycka med 51.6%, tätt följd av fysiskt våld med 51.3% och som tredje vanligaste PTE var plötsligt oväntat dödsfall som 31.6% individer hade erfarenhet av. 13.9% ansåg att plötsligt oväntat dödsfall hos närstående var mest besvärande och 10.3% angav livshotande sjukdom eller skada. Se tabell 5 för ytterligare information om frekvensen av det trauma de upplevde som mest besvärande idag. 31.3% av undersökningsdeltagarna fyllde ej i vilken PTE de upplever som värst.

Tabell 4

Genomsnitts frekvens av antal PTE undersökningsdeltagarna exponerats av.

Variabler	M	SD	95% CI	max
Kön				
Totalt	4.39	3.15	4.08-4.72	16
Kvinnor	4.73	3.13	4.27-5.19	16
Män	4.13	3.16	3.67-4.58	14

Frågeställning 2: går det att finna några könsskillnader i fråga om vilka PTE de har drabbats av och i frekvensen av antal PTE?

Resultaten visade en trend mot att kvinnor hade upplevt något fler traumatiska händelser än män $t(371) = 1.82, p = .069$. T-testet visade en signifikant könsskillnad för vilka olika typer av PTE kvinnor respektive män upplevt vid sex av traumatyperna. Män hade högre frekvens på *fysiskt våld* (att bli angripen, slagen, sparkad eller misshandlad) $t(371) = -3.617, p = .001$ och *angripen med vapen* (skjuten, knivhuggen, hotad med kniv, vapen eller bomb) $t(371) = -2.12, p = .035$.

Tabell 5

Frekvens av PTE och mest besvärade PTE.

Variabler	totalt %	n	mest besvärade %
PTE			
1. naturkatastrof	29.2	111	1.1
2. brand, explosion	26.3	100	0.5
3. transportolycka	51.6	196	4.7
4. annan olycka	30.5	116	3.2
5. farliga ämnen	10.8	41	0.3
6. fysiskt våld	51.3	195	6.8
7. angripen med vapen	21.6	82	1.3
8. sexuellt våld	16.3	62	3.4
9. annan sexuell upplevelse	19.7	75	3.4
10. strid eller krig	11.6	44	0.8
11. fångenskap	5.3	20	0.3
12. livshotande sjukdom	48.2	183	10.3
13. mänskligt lidande	23.9	91	3.4
14. självmord eller mord	31.6	120	7.1
15. oväntat dödsfall	38.4	146	13.9
16. vållande till skada	2.9	11	0.0
17. annan PTE	21.1	80	7.6

Frågeställning 3: Hur många undersökningsdeltagare uppfyller kriterier för PTSD, finns det några könsskillnader gällande detta och finns det en korrelation mellan totalt antal PTE och symptom på PTSD?

Om vi utgår från att individer i symptomgrupperna 4 och 5 uppfyller kriterierna för PTSD så fann vi att prevalensen för PTSD hos studenterna var 13.4%. Se tabell 6 för utförligare information. Vid t-testning upptäckte vi en signifikant könsskillnad för hur många som hade symptom på PTSD. 20.98% av kvinnorna respektive 6.77% av männen hamnade innanför gränsvärdena för PTSD $t(371) = 6.315, p = .001$.

Tabell 6

Frekvens av individer i symptomgrupper för PTSD.

Variabel	<u>Kvinnor</u>		<u>Män</u>		<u>Totalt</u>	
	%	n	%	n	%	n
Symptomgrupp						
1	52.49	95	79.17	152	66.3	252
2	14.36	26	8.85	17	11.8	45
3	12.15	22	5.21	10	8.4	32
4	7.73	14	4.17	8	5.8	22
5	13.25	24	2.60	5	7.6	29

Resultaten visade även en signifikant korrelation mellan antal PTE och symptom på PTSD enligt Pearsson ($r = 0.394, p = .001$). Med andra ord visar dessa resultat att det finns ett signifikant samband som säger att ju fler trauman en individ varit med om desto fler symptom på PTSD uppvisar de.

Frågeställning 4: Finns det någon skillnad mellan olika institutioner och prevalens av PTSD?

Vid variansanalys ANOVA kunde vi finna en signifikant skillnad $f(5/380) = 4.465, p = .002$ mellan olika institutioner och prevalensen av PTSD. Vid t-testning mellan institutioner och hur många som faller inom ramen för PTSD (symptomgrupp 4 och 5) fann vi att institutionen för maskinteknik skiljde sig signifikant från ekologerna, filosoferna och sociologerna samt att

juristerna visade en stark trend i skillnad till ekologerna och filosoferna. Mer detaljrik data hittas i tabell 7.

Tabell 7

Antal individer i PTSD symptomgrupper vid olika institutioner.

Variabler	<u>PTSD Symptomgrupp</u>				
	1	2	3	4	5
Institution					
Juridicum ^a	62.75	13.73	13.73	5.88	3.92
Maskinteknologi ^b	81.10	9.45	3.94	0.79	4.72
Sociologen ^c	55.32	13.82	13.82	9.57	7.45
Filosofen ^d	59.70	11.94	7.46	8.96	11.94
Ekologen ^e	60.98	12.20	4.88	7.32	14.63

Siffrorna är i procent. ^an=51. ^bn=127. ^cn94. ^dn=67. ^en=41.

Diskussion

De skrämmande höga resultaten i vår studie stämmer till vissa delar överens med tidigare forskning men skiljer sig även vid vissa viktiga punkter. I jämförelse med Uppsalastudien av Frans et al. (2004) uppvisade studenterna i större utsträckning symptom av vad som kan vara posttraumatiskt stress syndrom, samt hade i högre grad exponerats av potentiella trauman än den generella befolkningen i Sverige.

Potentiellt traumatiska händelser

Att det är vanligt att ha råkat ut för åtminstone ett potentiellt trauma har alla forskningsstudier kommit fram till, men enligt vår studie hade 92.1% av undersökningsdeltagarna exponerats för minst en PTE, vilket är ett högre resultat än de flesta andra undersökningar visar. I Uppsalastudien (2004) uppgav 83.0% i åldersgruppen 18-34, att de varit med om ett eller flera trauman. Vi hade förvisso tre stycken som var över 34 år, vilka skulle kunna tänkas ha varit med om flera trauman på grund av att de har levt längre, men dessa hade inte avvikande resultat och bidrog därför inte till de höga siffrorna. Den intressanta frågan är därför varför studenterna har exponerats för fler potentiella trauman än den generella befolkningen? Kan det vara något i universitetsmiljön som innebär höga risker? I jämförelse med studien av

Kessler et al., (1995) där 55,5% av den amerikanska befolkningen hade upplevt åtminstone ett PTE, visade vår studie alltså på väldigt höga siffror. Vi anser att detta är ett förvånande resultat då USA har både en större fattigdom och högre kriminalitet än Sverige, vilket bör bidra till att fler människor upplever trauman. Den amerikanska studien gjordes dock med hjälp av intervjuer vilket kanske bidrar till skillnaden då det har visat sig att individer är mindre mindre benägna att berätta vad de har upplevt under dessa premisser (Kessler et al., 1995; Frans, 2003). Även i den tyska studien av Hapke et al. (2006) användes intervjuer vilket kanske är en av förklaringarna till varför deras resultat var så låga.

I likhet med studien i Uppsala så var den vanligast förekommande potentiellt traumatiska händelsen transportolyckor tätt följt av fysiskt våld. Hela 51.3% av studenterna i Lund uppgav att de kommit i kontakt med fysiskt våld på något sätt vilket är väldigt skrämmande. Kan detta kopplas till studentmiljön med fester och mycket alkohol eller att unga människor är mer utsatta för fysiskt våld?

Även fast vi fann en statistisk trend mot att kvinnor drabbats av fler PTE så kunde vi inte finna en signifikant könsskillnad för hur många potentiella trauman undersökningsdeltagarna har drabbats av. Resultaten i tidigare forskning skiljer sig något åt där, men de flesta studier, däribland Uppsalastudien och Tolin och Foa (2006), visar att män har en högre frekvens av exponering av trauman. Däremot överrensstämde våra resultat med att män i högre grad drabbas av fysiskt våld medan kvinnor utsätts för sexuellt våld (Tolin & Foa, 2006; Breslau et al., 1999; Hapke et al., 2006). Det bör noteras att vi inte använde samma traumaenkät som Uppsalastudien. Den vi använde är något utförligare och har fler alternativ till potentiella trauman än deras. Det är möjligt att detta resulterat i att vi lyckats fånga in fler traumatiska livshändelser. Om resultatet inte beror på detta och att kvinnor på universitet faktiskt har upplevt en högre exponering än kvinnor i den generella populationen, vore det mycket intressant att undersöka vad det är som föranleder detta. En grundläggande fråga som detta väcker är: Riskerar kvinnor i högre grad att utsättas för trauman om man väljer att studera eller har individer som i större utsträckning utsatts för eller är mera sårbara för trauman, valt att börja studera?

När vi bad deltagarna ange vilka PTE de upplevde som mest besvärande svarade 31.3% inte på frågan. Vi vet dock inte om det var för att de missade frågan, då den var längst ner på sidan, om de inte hade någon synpunkt om vad som var jobbigast, eller att de helt enkelt inte besvarades av något alls. Av dem som svarade blev plötsligt dödsfall hos närstående den mest omnämnda följt av livshotande sjukdom eller skada. Vi har dock inte lyckats finna några tidigare studier som berört just denna fråga. Enligt Breslau et al. (1999) och Kessler et al.

(1995), var det ensamt mest frekventa traumat som lett till PTSD hos båda könen plötslig och oväntad död hos närstående vilket då vid en första anblick kan tros stämma överens med vårt resultat här. Men samtidigt har forskningsresultat visat att förnedrande och skamfyllda trauman är de som i högsta grad leder till PTSD (Hapke et al., 2006; Kessler et al., 1995). Vi insåg att det var många som hade drabbats av trauman med plötsligt dödsfall vilket innebär att det är större chans att fler nämner dem som mest besvärande. Detta gör att vi inte riktigt kunde dra några slutsatser från våra resultat på denna fråga.

Symptom på posttraumatisk stress

Våra resultat visade på oroväckande höga nivåer av symptom på PTSD. I grupperna 4 och 5 som vi benämner uppfylla kriterierna för symptom på PTSD, fann vi 13.4% av hela undersökningsgruppen (20.98% kvinnor och 6.77% män) jämfört med Uppsalastudien (2004) med 6.1% (7.4% kvinnor och 3.65% män). I studien av Hapke et al. (2006) fann man i Tyskland enbart 1,4% prevalens av PTSD vilket skiljer sig väldigt mycket från våra siffror. Det är intressant hur kan det vara så stor skillnad mellan två i-länder i norra Europa? Kan det bero på kulturella skillnader? Delvis kan det bero på att vi använder oss av olika material för att mäta symptom på PTSD. Som tidigare nämnts användes vid Uppsalastudien (2004) inte samma PTSD enkät som vi valde att använda. Vi är därför medvetna om att detta kan bidra till att resultaten skiljer sig. De undersökningar som har gjorts för att fastslå förekomsten av PTSD i olika länder och för olika populationer, har använt sig av lite olika metoder. När man jämför resultaten från dessa undersökningar måste man därför ha i åtanke att validiteten kan skilja sig beroende på vilken metod de använt. Validiteten för de mest använda enkätmetoderna vid fastställande av prevalensen för PTSD har ändå visat sig vara förhållandevis hög, oberoende av vilken man väljer (Barlow, 2002). Vi har kanske satt en låg gräns för prevalens av PTSD men även om vi enbart inkluderar symptomgrupp 5, som är den högsta nivån i vår skala för att mäta dessa symptom, så är skillnaden för prevalensen av PTSD ändå nästan dubbelt så stor mellan den generella befolkningen i Sverige och studenterna i Lund. Vad kan det tyda på? Enligt Derryberry och Reed (2002) så kan de mentala processerna som är kopplade till *exekutiva funktioner* ha en avgörande roll då vi drabbas av ett trauma. De menar att hög intelligens i form av god arbetsminneskapacitet hjälper oss att kontrollera och handskas med hotande stimuli då vi utsätts för fara. De hävdar då att människor med hög IQ har bättre copingstrategier och därmed i mindre utsträckning utvecklar ångestsjukdomar som PTSD. Denna teori är då motsägande för våra resultat då

studenterna som torde ha hög IQ visar upp högre prevalens av symptom på PTSD än den generella befolkningen.

Kan det vara så att studenter är i en känslig ålder i livet, funderar mycket och känner efter? Flera studier visar att ju äldre man blir desto större sannolikhet är det att man har råkat ut för ett potentiellt trauma (Frans et al., 2003; Kessler et al., 1995). Detta gäller för båda könen. Men resultaten visar också att människor i de äldre åldrarna mindre sällan utvecklar PTSD (Barlow, 2002). Kan det vara så att äldre personer har hunnit bearbeta sina traumatiska händelser och de efterföljande mentala konsekvenserna, eller är det så att de äldre har råkat ut för färre eller andra trauman än dagens ungdomar? Då det visat sig att åldern har betydelse har vi fått ta det i beaktande då vi jämfört resultaten med andra studier. Studien i Uppsala hade till exempel en medelålder strax över 40 medan vår studie hade en medelålder på strax över 20 år.

I tidigare studier har kvinnor visat en dubbel så hög prevalens på PTSD än män (Tolin & Foa, 2006; Breslau et al., 1999; Frans et al., 2004; Kessler et al., 1995), men vi fann nästan trefaldigt så hög hos kvinnor. Lite över hälften av kvinnorna som var med i studien (52.49%) kunde man finna i symptom grupp 1 som innebär normal stressreaktion till skillnad bland männen som hade klar majoritet (79.17%). Den största könsskillnaden inom de olika symptomgrupperna fann vi i symptomgrupp 5, som är den högsta nivån, med nästan fem gånger så många kvinnor som män, 13.20% jämfört med 2.60%. Vad är det då som gör att kvinnor har högre prevalens av symptom på PTSD än män? Det finns olika försök till förklaringar för detta. Vissa forskare anser att kvinnor och män utsätts för olika traumatiska händelser och att de som kvinnor råkar ut för, ofta har värre "egenskaper", som till exempel skam och förnedring, vilket åsamkar allvarligare följder, och därmed i fler fall leder till PTSD (Hapke et al., 2006).

Enligt en nyligen genomförd neuropsykologisk studie av Pagani et al, (2005), undersöktes personer som fallit offer för skamfyllda och förnedrande traumatiska händelser. Då dessa människor blev påmindas om trauman kunde man finna ett större blodflöde i den högra hjärnhalvan. Forskarna jämförde sedan blodflödet hos personer som råkat ut för trauman av annan sort och kunde inte finna samma aktivitet i deras högra hjärnhalvor när de påmindes av händelsen. Denna hjärnaktivitet ansågs då kunna associeras med en emotionell respons för den traumatiska händelsen, och kunde enligt dessa forskare förklara varför vissa typer av trauman i större utsträckning leder till PTSD än andra (Pagani et al., 2005). Men enligt Tolin och Foa (2006) kan den större risken hos kvinnor att utveckla PTSD inte bara tillräknas den högre frekvensen av vissa förnedrande och skamfyllda trauman. De hävdar att kvinnor har en

högre risk att utveckla PTSD oberoende av vilket potentiellt trauma de har varit med om. Andra förklarar problemet med att kvinnor blir oroligare och är generellt mera utsatta och sårbara vid emotionell stress än vad män är (Fujita, Diener & Sandvik, 1991; Seidlitz & Diener, 1998). Detta skulle i så fall kunna betyda att kvinnor och män har olika neurobiologiska förutsättningar för att möta en traumatisk händelse och att kvinnor då i större utsträckning utvecklar PTSD oavsett vilket trauma de utsätts för (Frans et al., 2004). Men forskarna verkar fortfarande vara oense om dessa frågor. Vi har dock inte tagit med några teorier om kulturellt betingade responser efter ett trauma. Vissa forskare kanske skulle hävda att det i vissa kulturer är mer accepterat att få känna och bete sig på ett visst sätt än i andra, vilket säkert har betydelse för hur symptomen utvecklas.

Skillnader inom institutioner på Lunds universitet

Ett intressant resultat vi erhållit är att studenter vid olika institutioner skiljer sig åt med avseende på förekomsten av symptom på PTSD. Då vi inte känner till någon tidigare forskning angående detta kan vi bara diskutera varför det tycks vara så. Vi fann högst prevalens av dessa symptom hos ekologerna (21.95%) och därefter filosoferna (20.90%), sociologerna (17.02%), juristerna (9.80%) och lägst hos teknologerna som läser maskinteknik (5.51%). Vid en första tanke kanske man drar en parallell till vad det är man sätter i fokus i den utbildning man studerar, det vill säga att de som studerar människans tankar och beteende blir mer emotionella av sin natur och därför skulle uppleva större oro vid en potentiellt traumatisk händelse. Vi kan tänka oss att filosoferna och sociologerna har en djupare analytisk och reflektiv förmåga när det handlar om människors beteenden och tankar kring hur vi mår. Till stor del innebär dessa ämnen att analysera människans samhälle, beteende och dennes mentala värld. Teknologerna däremot räknar och analyserar fysiska ting som oftast går att mäta, och juristerna studerar lagar och regler samt analyserar hur dessa förhåller sig i vårt samhälle. Andra forskare kanske skulle hävda att dessa människor har sökt sig till en viss utbildning för att de har en viss personlighet, och att denna personlighet är mer eller mindre förenlig med att utveckla PTSD efter exponering av potentiella trauman. Vi har dock inga vetenskapliga belegg för dessa teorier. Men om denna lite stereotypa förklaringsmodell skall fungera, hur passar då ekologerna in i den? Vad är det de studerar som får dem att visa så hög prevalens av symptom på PTSD, eller vad är det för människor som söker sig dit? Vidare bör noteras att även fast det inte var någon signifikant skillnad i hur många kvinnor respektive män som var med i studien så var fördelningen olika inom

institutionerna. Till exempel var män överrepresenterade i maskinteknologin vilket troligtvis kan ha haft en bidragande orsak till den relativt låga förekomsten av symptom på PTSD.

Avslutande reflektioner

Det är lätt att vara efterklok och självklart finns det en del som vi skulle ändra på om vi hade gjort om studien idag med de erfarenheter vi fått under dessa veckor. Det finns därför några punkter som vi skulle vilja problematisera.

Vi vill åter igen påpeka att PTSD är ett syndrom som är svårt att diagnostisera. Sjukdomsbilden är ofta mycket komplex och de som lider av syndromet kan ha utvecklat ett nystan av psykiska och fysiska bekymmer efter traumat. Om dessa människor inte får behandling efter de traumatiska händelserna blir ofta sjukdomsbilden mer och mer invecklad ju längre tiden går. Detta gör att det kan vara svårt att avgöra om det verkligen är traumats följder som gör att personen mår dåligt eller om det är andra omständigheter som ligger till grund för bekymren. Ett annat problem är att vissa som utsätts för fruktansvärda händelser gör allt för att förtränga att det hänt, och när de sedan mår dåligt kanske de inte förstår varför och kopplar det inte till traumat de tidigare varit med om. Även detta kan innebära att de söker hjälp för fel problem vilket ofta leder till höga kostnader och fel vård under lång tid (Rosenbaum, 2004). Denna komplexa sjukdomsbild bidrar till att det är svårt att diagnostisera PTSD endast utifrån de resultat vi erhållit.

Vi har stött på en del problem under studiens gång och de flesta av dessa har gått att lösa men vad vi inte klarat att kontrollera är just närliggande sjukdomar. Till exempel när studenterna fick nämna andra påfrestande händelser eller upplevelser skrev några av dem om erfarenheter som inte är så extrema, som till exempel att flytta hemifrån, men att de trots detta visade upp symptom på vad som kan vara PTSD. I dessa fall är det möjligt att de uppvisar symptom på *anpassnings syndrom*. Detta syndrom har i stort sett samma sjukdomsbild men de utlösande faktorerna kan vara vilka händelser som helst och behöver inte vara väldigt traumatiska vilket är kravet för PTSD (APA, 2000). På samma sätt finns det en möjlighet att vissa av studenterna lider av *akut stress syndrom* då vi inte är medvetna om tillfället för den traumatiska händelsen. För enligt kriterie E i DSM-IV-TR (APA, 2000) skall symptom på PTSD träda fram minst en månad efter trauma tillfället. Detta har vi tyvärr inte fått med i studien. Vi känner heller inte till om kriteriet F, en försämrad funktion i det vardagliga livet, gäller för dem som visar upp dessa symptom. Om vi kunnat kontrollera dessa variabler hade vi förmodligen fått ett säkrare resultat. Det går därför inte med säkerhet att diagnostisera PTSD utifrån våra resultat eftersom symptomen bland annat kan falla inom

ramen för andra sjukdomar. Vi kan alltså inte veta om personen i fråga lider av posttraumatiskt stressyndrom, men däremot kan vi dra slutsatsen att personen visar upp symptom på vad som tycks vara PTSD.

Enkäter med självvupskattningsskalor är ofta problematiska och komplexa. I vår studie är det omöjligt att veta om en undersökningsdeltagare som fyller i att den mår mycket dåligt verkligen mår lika dåligt som en annan person med samma resultat och om de båda passar in i samma kategori av symptom. Vi är alla olika individer med olika erfarenheter och känslor och så länge som man inte undersöker ren empirisk fakta så är det omöjligt att få ett objektiva resultat. Styrkan i att använda en enkätstudie är ändå att det går att samla in mycket data på kort tid för en liten kostnad. Det har även visat sig att ett frågeformulär kan vara effektivare än intervjuer till att få undersökningsdeltagare att berätta om otrevliga erfarenheter de har varit med om (Kessler et al., 1995; Frans, 2003). På grund av detta och eftersom vårt syfte är att finna prevalensen av PTSD samt PTE typer hos studenter anser vi att en kvantitativ enkätstudie ändå varit den mest lämpliga metoden för oss.

Konstruktions validiteten i vår undersökning kan också problematiseras. Om en person fyller i att han eller hon ofta haft sömnsvårigheter den senaste veckan, hur kan vi vara säkra på att det kan kopplas till en potentiellt traumatisk händelse? Mäter våra enkäter verkligen det som de uppger sig mäta och går det någonsin att vara säker på det? Då de båda enkäterna har använts tidigare i större forskningssammanhang och i erkända studier så anser vi att studien har tillräckligt god reliabilitet och validitet.

Vi anser att det hade varit lämpligt med ett test-retest för att öka reliabiliteten, men på grund av tidsbristen har detta inte varit möjligt. För uppnå en bra reliabilitet och extern validitet har vi försökt få med så många undersökningsdeltagare som möjligt, haft studenter från olika institutioner, en relativt jämn könsfördelning samt upprepat varje undersökningstillfälle så exakt som möjligt. Vi har tyvärr inte haft möjligheten till en slumpmässig urvalsprocess för att undvika selection bias, utan gjort en nonprobability sampling. Vårt enda försvar är att vi har gjort vårt bästa utifrån de förutsättningar vi hade och vi är medvetna om att det inte går att avgöra om vårt stickprov är representativt för populationen studenter på Lunds universitet.

Vad vi inte gjorde men som vore intressant att undersöka är om det finns någon skillnad i om individerna själva deltagit i ett trauma, om de bevittnat, eller hört att det hände närstående. Hur skiljer sig dessa premisser åt, och är det så att någon av dem i större utsträckning leder till PTSD? Så vitt vi vet finns det inte någon bredare forskning om just detta. Vidare är det mycket viktigt att fortsätta undersöka vad det är som gör att kvinnor

uppvisar en så betydligt mycket högre prevalens av PTSD än män och vad som kan göras för att över huvud taget förhindra att vi utvecklar detta syndrom.

Många frågor är fortfarande obesvarade inom detta område. Varför är det så att vissa människor utvecklar PTSD när inte andra gör det vid till exempel en flygolycka? Redan År 1889 föreslog Herman Oppenheim att känslorna och skräcken vid ett trauma leder till ett sänkt motstånd i nervsystemet som tillsammans med de personliga förutsättningarna är avgörande när en person utvecklar vad han kallade en *traumatisk neuros* (Frans, 2003). Forskare har nyligen funnit att genetiska skillnader och predispositioner är avgörande för hur skräckfylld en traumatisk händelse upplevs. De tror att denna skillnad kan finnas i produktionen av *serotonin* och i den *dopamin receptor* som kallas för D4 (Hettema, Annas, Neale, Kendler & Fredrikson, 2003). Förmodligen är både dessa genetiska och personliga egenskaper tillsammans med vilken typ av trauma man råkar ut för avgörande för huruvida man utvecklar posttraumatiskt stress syndrom eller inte (Frans et al., 2004). Men för att få mer klarhet i dessa frågor skulle det behöva genomföras omfattande studier av ett representativt urval av befolkningen för att se hur vi påverkas av olika trauman under en längre period. Detta för att lyckas kontrollera en mängd variabler. En sådan undersökning vore dock mycket kostsam och komplicerad att genomföra samt skulle ha etiska hinder (Barlow, 2002).

Som avslutning önskar vi poängtera att de resultat som vi fått fram i denna studie är av betydande vikt då den så vitt vi vet är den första i Sverige som undersöker prevalensen av PTSD hos studenter. Att studenter har exponerats av fler potentiella trauman och uppvisar högre prevalens av PTSD än den allmänna befolkningen i Sverige, visar att det är av största intresse med fortsatta studier inom området. De resultat vi fått fram är mycket skrämmande och vi anser att det vore viktigt att undersöka orsaken till och vad som kan göras för att minimera riskerna för att utveckla posttraumatiskt stress syndrom som student.

Vi vill till sist tacka Larry Rosenbaum, läkare och forskare, samt Magnus R Larsson, doktorand i psykologi, för deras engagemang och hjälpande insatser.

Referenser

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders text revised* (5th ed.). Washington DC: Author.
- Barlow D. H. (2002). *Anxiety and Its Disorders – The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. (2nd ed.). (pp. 418-453). The Guilford Press, New York.
- Birmes P., Hatton L., Brunet A & Schmitt L. (2003). Early historical literature for post-traumatic symptomatology. *Stress and Health*, 19, 17-26.
- Breslau N., Chilcoat. H. J, Kessler. R. C. & Peterson. E. L. (1999). Vulnerability to assaultive violence: further specification of the sex difference in post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 29, 813-819.
- Broberg A. G., Dyregrov A. & Lilled L. (2005). The Gothenburg discotheque fire: posttraumatic stress, and school adjustment as reported by the primary victims 18 months later. *J Child Psychol Psychiatr.* 16(12), 1279-86.
- Derryberry D., Reed M. A. (2002) Anxiety-Related Attentional Biases and Their Regulation by Attentional Control. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(2), 225-236.
- Frans Ö. (2003). *Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in the General Population* (pp. 9-17). Uppsala Universitet.
- Frans Ö., Rimmö P-A., Åberg L. & Fredrikson M. (2004). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatr Scandinavia*, 1-9.
- Fujita F., Diener E. & Sandvik E. (1991). Gender differences in negative affect and well-being and well being: the case for emotional intensity. *J Pers Soc Psychol*, 61, 427-434.

- Galea S., Athern J., Resnick H., Kilpatrick D., Bucuvalas M., Gold J. & Vlahov D. (2002). Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks. *New Journal of Medicine*, 346, 982-987.
- Gray M. J., Litz B. T., Hsu J. L. & Lombardo T. W. (2004). Psychometric Properties of the Life Events Checklist. *Assessment*, 11(4), 330-341.
- Hapke U., Schumann A., Rumpf Hans-J., John U. & Meyer C. (2006). Post-traumatic stress disorder - The role of PTE, pre-existing psychiatric disorders, and gender. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256, 299-306.
- Hettema J. M., Annas P., Neale M. C., Kendler K. S. & Fredrikson M. (2003). A twin study of the genetics of fear conditioning. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 702-708.
- Horowitz M. J., Wilner N. & Alvarez W. (1979). Impact of event scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209-218.
- Horowitz M. J. (1999). *Essential Papers on Post Traumatic Stress Disorder* (pp. 1-3). New York University Press.
- Kessler R. C., Sonnega A., Bromet F., Hughes M. & Nelson C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- McNally R. J., Brynat R. A. & Ehlers A. (2003). Does early psychological Intervention Promote Recovery from Post Traumatic Stress? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(2), 53.
- Mitchel P. O., Johannesson K. B., Ahmad A. & Lundin T. (2006). Posttraumatiskt stressyndrom alltmär i fokus. *Läkartidningen*, 44(103).

- Pagani M., Hogberg G., Salmaso D., Tarnell B., Sanchez-Crespo A., Soares J., Aberg-Wistedt A., Jacobsson H., Hallstrom T., Larsson S. A., Sundin O. (2005). Regional cerebral blood flow during auditory recall in 47 subjects exposed to assaultive and non-assaultive trauma and developing or not posttraumatic stress disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 255:359-365.
- Rosenbaum L. (2004). Post-traumatic stress disorder: The chameleon of psychiatry. *Nord J Psychiatry* 58, 343-348.
- Rosenbaum L. (2005). Post traumatiskt stress syndrom: rätt diagnos en viktig utmaning för primärvården. *Medikament*, 3-5, 66.
- Sand E. C. & Horowitz M. J. (2003). Horowitz's impact of event scale evaluation of 20 years of use. *Psychosomatic Medicine*, 65(5), 870-876.
- Seidlitz L. & Diener E. (1998). Sex differences in the recall of affective experiences. *J Pers Soc Psychol*, 74, 262-271.
- SPSS 14 © 2006 SPSS Inc. Headquarters, 233 S. Wacker Drive, 11th floor Chicago, Illinois 60606.
- Tolin D. F. & Foa E. B. (2006). Sex differences in PTE and post traumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959 –992.
- Weiss D. S., Marmar C. R. (1997). The impact of event scale- revised. I J.P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: Guildford press.
- Weiss D. S. (2004). The impact of event scale- revised. I J. P. Wilson & K. M. Terence (Eds), *Assessing psychological trauma and PTSD* secon edition (pp.168-189). New York: The Guilford Press.

Appendix A



Du ska ha ett stort tack för din medverkan i denna forskningsstudie.

Våra namn är Jens Sterner och Magdalena Bergqvist och vi genomför denna enkätstudie i C-kursen i Psykologi. Syftet är att undersöka traumatyper och PTSD (Posttraumatiskt Stress Syndrom) hos den generella populationen studenter.

På följande två sidor skall du svara på två olika enkäter i den ordning som de ligger. Försök att tänka efter och vara så uppriktig som det går. Det är helt frivilligt genomföra enkäten och du får avbryta när du vill om så önskas.

Enkäterna är helt anonyma.

Om du har några frågor är det bara att vända dig till oss. Om enkäterna skulle väcka frågor som inte vi kan hjälpa dig med så går det vid behov att boka tid hos studenthälsan på telefonnummer 046-222 43 77.

Åter ett stort tack för din medverkan!

Jens och Magdalena

Jens Sterner

0736-750669

jens.sterner.344@student.lu.se

Magdalena Bergqvist

0735-056324

magdalena.bergqvist.574@student.lu.se

Appendix B

Checklista för livshändelser

Nedan finns en lista över svåra eller påfrestande livshändelser. Frågorna gäller hela livet så var vänlig kryssa i den ruta som instämmer bäst på dina erfarenheter.

Kön: _____

Ålder: _____

Händelse	Har Upplevt	Har bevittnat	Hände närstående	Gäller ej mig
1. Naturkatastrof (t. ex. översvämning, orkan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Brand eller explosion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Transportolycka (olycka med bil, fartyg, flyg, tåg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Allvarig olycka i hemmet, på arbetet eller på fritid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Utsatt för farliga ämnen (kemiska eller strålning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fysiskt våld (angripen, slagen, sparkad eller misshandlad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Angripen med vapen (skjuten, knivhuggen, hotad med kniv, vapen eller bomb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sexuellt våld (våldtäkt, våldtäktsförsök, bli tvingad till sexuell handling under våld eller hot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Andra oönskade eller obehagliga sexuella upplevelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Deltagit i strid under krig eller vistelse i krigszon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Fångenskap (kidnappad, bortförd, tagen som gisslan eller krigsfånge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Livshotande sjukdom eller skada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Svårt mänskligt lidande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Självordsförsök, självmord eller mord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Plötsligt oväntat dödsfall hos närstående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Allvarlig skada, lidande eller dödsfall som du var vållande till	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Annan påfrestande händelse eller upplevelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Om annan påfrestande händelse, ange vilken:				

19. Vilken av ovan nämnda händelser är mest besvärande för dig idag? Ange vilket nummer:

Appendix C

IES-22

Nedan följer ett antal påståenden om tankar och känslor som kan förekomma när man har varit med om ett trauma. Läs varje påstående och ange med ett kryss hur vanligt detta har varit för dig *under den senaste veckan*.

Aktuell Upplevelse

Inte alls Sällan Ibland Ofta

1. Jag har oavsiktligt kommit att tänka på olyckan/katastrofen				
2. Jag har försökt att låta bli att bli upprörd när jag har kommit att tänka på det som har hänt eller blivit påmind.				
3. Jag har försökt att rationalisera bort det.				
4. Jag har haft svårt att sova eller sovit dåligt.				
5. Jag har drabbats av återkommande starka känslor.				
6. Jag har drömt om det.				
7. Jag har undvikit det som påminner om det.				
8. Det har känts överkligt eller som om det inte har inträffat.				
9. Jag har försökt undvika att tala om det som har hänt.				
10. Minnesbilder har dykt upp i mitt huvud.				
11. Saker och ting har påmint mig om det.				
12. Jag är klar över att jag fortfarande har intensiva känslor, men jag har inte släppt fram dem.				
13. Jag har försökt undvika att tänka på vad som har hänt.				
14. Allt som påminner om olyckan uppväcker starka känslor.				
15. Mina känslor kring vad som varit är bedövande.				
16. Jag har känt mig arg och lättretlig.				
17. Jag har känt mig darrig och lättskrämd.				

18. Jag har kommit på mig själv med att handla eller känna som om jag åter var vid olyckan.				
19. Jag har haft svårt att somna.				
20. Jag har haft svårt att koncentrera mig.				
21. Sådant som påminner mig har gett mig kroppsliga symptom, såsom svettningar, andningssvårigheter, yrsel eller hjärklappning.				
22. Jag har känt mig vaksam och är på min vakt.				