

Posttraumatisk stressforstyrrelse i DSM- og ICD-systemene:

Implikasjoner for forskning og behandling

Diagnosen posttraumatisk stressforstyrrelse har utviklet seg langs de samme historiske linjer i DSM- og ICD-systemene. En nærmere gjennomgang av kriteriene i de to systemene avdekker imidlertid iøynefallende ulikheter. Artikkelen drøfter forskningsmessige og kliniske konsekvenser av dette.

TEKST

Jarle Eid

Pål H. Herlofsen

PUBLISERT 1. august 2004

ABSTRACT:

PTSD diagnostics in the DSM and ICD systems: Implications for research and clinical practice
The diagnosis of posttraumatic stress disorder (PTSD) has developed along the same historical lines in the DSM and ICD systems. However, a closer examination of the diagnostic criteria for PTSD in the two systems also reveals some striking differences. Although recent comparative studies have found that the ICD-10 and DSM-IV have relatively high concordance in classifying depression and anxiety disorders, only a 35 % concordance was found for the PTSD diagnosis. Overall the DSM-10 criteria generated twice as many PTSD cases as the DSM-IV criteria. The present study presents two case studies that illustrate some implications of ICD and DSM diagnosis in forensic and clinical settings. The differences between the two diagnostic systems would have greater implications in research and forensic work, than in general clinical practice.

EMNER

Post-traumatisk stresslidelse

PTSD

DSM- og ICD-systemene

Amerikanske studier har anslått at 80–90 % av befolkningen kan regne med å bli utsatt for et psykisk traume i løpet av livet (Breslau et al., 1998). Med et psykisk traume forstås her en alvorlig stressbelastning hvor tre forhold er avgjørende; hendelsens intensitet og varighet, individets opplevelse eller forståelse av hendelsen, og den motstandskraft personen har eller rekker å mobilisere. I et norsk materiale fra 1995 ble livstidsprevalensen for posttraumatisk stressforstyrrelse funnet å være 8,8 %, med en betydelig kjønnsforskjell: 13,5 % for kvinner og 3,6 % for menn (Ingebrigtsen, Sandanger, Sørensen & Dalgard, 1995). Psykiske traumer, som resulterer i tap av liv – såkalt brå død – vil være særlig belastende for de overlevende og etterlatte. Tall fra

Statistisk sentralbyrå viser at 6 % av alle dødsfall i Norge i 1999 skyldtes ulykker (n = 1843), selvmord (n = 583), drap (n = 38) eller andre årsaker (n = 17). Selv om overlevende vil kunne vise en spontan bedring i løpet av de første uker og måneder etter en traumatisk hendelse (Eid, 2000), vil mange også slite med ettervirkninger i lang tid etter hendelsen (Winje & Ulvik, 1998). Vanlig forekommende ettervirkninger kan være posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD; APA, 1980), ofte ledsaget av depresjon, angsttilstander og/eller misbruksproblemer (Breslau et al., 1998). I de senere års traumeforskning har tvillingstudier vist at genetiske faktorer kan påvirke eksponering til visse former for traumer og senere utvikling av PTSD (Stein, Jang, Taylor, Vernon & Livesley, 2002). Likeledes har undersøkelser vist at psykisk lidelse blant førstegenerasjonslektninger øker risikoen for PTSD (Weisæth, 1984).

I denne artikkelen skal vi drøfte PTSD-diagnostikk. Psykologer som arbeider med traumatiserte klienter bør ha kjennskap til hvilke implikasjoner ulike diagnostiske paradigmer kan ha for forskning og behandling. Vi skal redegjøre for hvordan synet på posttraumatiske stressreaksjoner har endret seg over tid, og drøfte noen aktuelle kliniske og forskningsmessige konsekvenser av PTSD-diagnostikk.

Utviklingen av PTSD-diagnosen

Diagnosen PTSD ble første gang introdusert i 1980 av den amerikanske psykiatriforening (APA) i deres Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, det såkalte DSM-systemet (APA, 1980). Samme diagnose ble i 1992 innført av Verdens Helseorganisasjon (WHO) i deres International Statistical Classification of Diseases, det såkalte ICD-systemet (WHO, 1992). I løpet av de siste 20 årene har diagnosen PTSD fått betydelig oppmerksomhet. Forskningsdatabasen Psych Info hadde bare registrert 131 nye vitenskapelige artikler som omhandlet PTSD i perioden 1980–1984, mens det i femårsperioden fra 1995–1999 ble registrert mer enn 2000 nye vitenskapelige arbeider om PTSD. En viktig årsak til den økte interessen var at PTSD i løpet av 1980- og 90-tallet ble etablert som egen diagnose både i DSM- og ICD-systemene.

Går vi tilbake i historien, finnes det eksempler på at man i århundrer har vært klar over sammenhengen mellom sterke traumatiske opplevelser og påfølgende psykiske reaksjoner. Fra gresk mytologi kjenner vi den greske krigshelten Akhillevs som Homer levendegjør i de episke heltegediktene i Iliaden, mer enn 700 år før Kristus. Shay (1991) gir flere eksempler på at Homers beskrivelser av Akhillevs omfatter psykologiske reaksjoner som sorg, sinne og følelsesmessig avstengning. Dette er vanlige reaksjoner på traumatiske opplevelser, som i dag inngår i de diagnostiske kriteriene for PTSD. I nyere tid har systematiske observasjoner av innsatspersonell, overlevende etter ulykker og naturkatastrofer, samt studier av soldater i kriser og krig, bidratt til økt innsikt i sammenhengen mellom traumatiske opplevelser og psykiske reaksjoner. I løpet av den amerikanske borgerkrigen ble det for eksempel registrert at mer enn 5000 soldater viste psykiske reaksjoner som depresjon og tilbaketrekning. Tilstanden ble omtalt som «nostalgia» og ble antatt å skyldes at soldatene hadde vært for lenge borte fra hjemmet (Kellett, 1982). Depresjon er imidlertid også en meget vanlig klinisk tilstand etter

traumatiske opplevelser, og det er rimelig å anta at mange av disse soldatene fra borgerkrigen i dag ville ha kvalifisert for en PTSD-diagnose.

Under den første verdenskrig fikk mange av soldatene sterke og vedvarende psykiske reaksjoner. I dag er dette ikke overraskende, gitt forholdene ved fronten. Den gang antok man imidlertid at de psykiske reaksjonene hos soldatene skyldtes fysiologiske skader i nervesystemet som følge av artilleribeskytningen (Salmon, 1919). Tilstanden ble omtalt som «granatsjokk» eller «soldat-hjerte» og viste seg å resultere i alvorlige og langvarige psykiske lidelser. Etter første verdenskrig hadde England over 120 000 krigsveteraner med psykiske senskader, og 20 år etter krigen hadde fremdeles 25 000 britiske soldater diagnosen granatsjokk (Noy, 1991).

Under den andre verdenskrig ble psykiske kampskader betraktet som naturlige og forbigående reaksjoner på ekstreme stressbelastninger. Tilstanden fikk følgende betegnelse Combat Stress Reaction (CSR). Det viste seg å være en nøye sammenheng mellom intensitet i kamphandlingene og psykiske skader (Noy, 1991). Psykiske kampskader ble i gjennomsnitt observert hos ca. 20 % av amerikanske soldater under den andre verdenskrig, men kunne i enkelte avdelinger utgjøre inntil 50 % av alle skadetilfeller (Kardiner & Spiegel, 1947). De militære erfaringene med diagnostisering og behandling av CSR ble under og like etter andre verdenskrig nedfelt i diagnosesystemene til U.S. Armed Forces og U.S. Veterans Administration, og fikk senere stor innflytelse på de tidlige utgavene av ICD- og DSM-systemene (Brett, 1996). En oversikt over utviklingen av traumerelaterte diagnoser i ICD og DSM systemene er gitt i Tabell 1.

Etter krigen inkluderte WHO diagnosen «acute situational maladjustment» i den nye utgaven av diagnosesystemet ICD-6 (WHO, 1948). Fire år senere kom DSM-I, hvor APA lanserte diagnosene «transient situational personality disturbance» og «gross stress reaction» som forløpere til dagens PTSD-diagnose (APA, 1952). I de påfølgende ICD-8 og DSM-II som kom i 1968, ble betegnelsen endret til «transient situational disturbance» (APA, 1968; WHO, 1968). I den neste revisjonen av diagnosesystemet i 1977 innførte WHO i ICD-9 betegnelsen «acute reaction to stress» (WHO, 1977). Felles for disse tidlige utgavene av ICD- og DSM-systemene var at man videreførte erfaringene fra andre verdenskrig om at posttraumatiske stressreaksjoner var relativt kortvarige og situasjonsspesifikke reaksjoner på traumatiske opplevelser hos stort sett normalt fungerende individer (Briere, 1997). Det var først i de neste store revisjonene av diagnosesystemene på 1980 og 90-tallet at dette perspektivet endret seg. Man innså at posttraumatiske stressforstyrrelser også kunne opptre som følge av eller sammen med andre psykiske lidelser (APA, 1980; WHO, 1992). En viktig årsak til dette var erfaringene etter Vietnam-krigen, hvor en stor andel av soldatene i ettertid hadde pådratt seg kroniske og omfattende psykiske lidelser. Det var derfor neppe tilfeldig at PTSD-diagnosen først ble innført av APA i DSM-III i 1980. PTSD-diagnosen var også med i den reviderte utgaven av DSM-III som kom ut i 1987, og i DSM-IV som kom ut i 1994 (APA, 1987, 1994). Det er også verdt å merke seg at DSM-IV introduserte en ny diagnostisk kategori kalt Acute Stress Disorder (ASD). Denne nye diagnosen var i utgangspunktet

tenkt å bidra til tidlig identifisering av personer med høy risiko for utvikling av PTSD (Eid & Johnsen, 2002).

Tabell 1. Utviklingen av traumerelaterte diagnoser i ICD- og DSM-systemene.

<i>International Statistical Classification of Diseases (ICD-systemet)</i>		
ICD-6	1948	Acute situational maladjustment
ICD-8	1968	Transient situational disturbance
ICD-9	1977	Acute reaction to stress
ICD-10	1992	Acute stress reaction (ASR) Posttraumatic stress disorder (PTSD) Enduring personality changes after catastrophic experience
<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-systemet)</i>		
DSM-I	1952	Transient situational personality disturbance Gross stress reaction
DSM-II	1968	Transient situational disturbance Adjustment reaction
DSM-III-(R)	1980 (87)	Post-traumatic stress disorder (PTSD)
DSM-IV	1994	Acute stress disorder (ASD) Post-traumatic stress disorder (PTSD)

Arbeidet med utviklingen av nye diagnostiske systemer innenfor WHO var sterkere influert av europeisk psykiatri og psykologi. I Europa hadde man i lengre tid innsett at krigsopplevelser – da særlig opphold i tyske konsentrasjonsleire og tjeneste i handelsflåten – kunne resultere i omfattende og langvarige psykiske lidelser. I flere land, deriblant Norge, benyttet man derfor allerede uoffisielle diagnostiske kategorier som «KZ-syndrom», «krigsseiler syndrom» og «posttraumatisk nevrose» (Eitinger & Strøm, 1973). Norske fagpersoner sto også sentralt i arbeidet med å revidere ICD-systemet på slutten av 1980-tallet (Malt, Schnyder, & Weisæth, 1996). Da WHO i 1992 besluttet å innføre PTSD-diagnosen i ICD-10 bidro dette til å etablere en mer enhetlig diagnostisk praksis.

Det bør også nevnes at WHO i ICD-10 etablerte ytterligere to nye diagnostiske kategorier for reaksjoner på traumatiske hendelser (WHO, 1992). Den ene var diagnosen Acute Stress Reaction (ASR), som var ment å skulle fange opp forbigående og sterke akutte reaksjoner på ekstreme belastninger. Den andre kategorien ble kalt «enduring

personality changes after catastrophic experience». Denne diagnosen skulle fange opp kroniske posttraumatiske reaksjoner med personlighetsmessige endringer som følge av langvarige og særlig belastende hendelser som for eksempel krigsfangenskap og/eller tortur (Eitinger, 1964; Eitinger & Strøm, 1973).

Diagnostiske kriterier for PTSD i ICD-10 og DSM-IV

Klassifikasjonssystemene er forskjellige allerede når det gjelder den første reaksjonen på et traume. Dette rubriseres som henholdsvis ASD i DSM og ASR i ICD. I DSM-IV vektlegges en tilstedeværelse av en dissosiativ reaksjon i kombinasjon med regulær PTSD-symptomatologi. I ICD-10 er definisjonen mer preget av erfaringer fra militær psykiatri/ psykologi og følgelig mer «bredspektret» i betydningen mer inkorporerende for andre kategorier som angst og depresjon (Zolomon, Laor & McFarelane, 1996). I fortsettelsen skal vi avgrense oss til å se nærmere på hvordan PTSD-diagnosen kommer til uttrykk i de nyeste utgavene av ICD- og DSM-systemene. Diagnostisering av PTSD vil i hvert enkelt tilfelle avhenge av om vedkommende oppfyller de kriterier som er angitt i diagnosesystemet. I den videre sammenligning av de to systemene skal vi ta utgangspunkt i forskningsversjonen av ICD-10 og DSM-IV (se Tabell 2).

Tabell 2. Sammenligning av kriterier for PTSD-diagnostikk i ICD10-DCR og DSM-IV.

A	Eksponert for en usedvanlig truende eller katastrofal stressor som hos nesten enhver ville forårsake omfattende og sterkt ubehagelige reaksjoner.	A1	Direkte eller indirekte eksponert for stressor
		A2	Emosjonell reaksjon på stressor
B	Vedvarende gjenoppleving av stressor i form av enten: «flashbacks», påtrengende minner eller drømmer, samt opplevelse av ubehag når minnet på stressor	Krever en eller flere av følgende:	
		B1	Påtrengende minner
		B2	Ubehagelige drømmer
		B3	Opplevelse av at hendelsen gjentar seg
		B4	Psykologisk ubehag når eksponert for forhold som minner om stressor
B5	Fysiologisk aktivering når eksponert for påminnelser om stressor		

		Krever tre eller flere av følgende:
		C1 Unngår tanker, følelser eller samtale om stressor
		C2 Unngår aktiviteter, steder eller folk forbundet med stressor
C	Krever ett symptom på faktisk eller ønsket unngåelse av stressor	C3 Problemer med å huske stressor
		C4 Redusert interesse for essensielle aktiviteter
		C5 Fremmedgjøring fra andre
		C6 Begrenset følelsesliv
		C7 Redusert fremtidstro
	Enten D1 eller D2	To eller flere av:
D1	Umulig å gjenkalle hendelsen	D1 Søvnproblemer
D2	To eller flere av følgende:	D2 Irritabilitet
	A. Søvnvansker	D3 Konsentrasjonsvansker
	B. Irritabilitet	D4 Overdreven vaksomhet
	C. Konsentrasjonsvansker	D5 Økt skvettenhet
	D. Overdreven vaksomhet	
	E. Økt skvettenhet	
E	Symptomer innen 6 mnd. etter eksponering for stressor	E Varighet av symptomer > 1 mnd.
		F Vesentlig ubehag eller funksjonssvikt

Kriterium A for PTSD krever at vedkommende person skal ha blitt eksponert for en traumatisk hendelse. Dette er et sentralt krav både i ICD- og DSM-systemet. ICD-10 omtaler dette som «en belastende hendelse eller situasjon – av *usedvanlig truende eller katastrofal art*, som sannsynligvis vil forårsake *omfattende og sterkt ubehagelige reaksjoner* hos de fleste». Kriterium A gjør derfor PTSD til en etiologisk diagnose i motsetning til mange andre diagnoser på psykisk lidelse som i all hovedsak er symptomatologisk basert. En viktig forskjell mellom diagnosesystemene er at mens nærvær av en alvorlig objektiv stressor er tilstrekkelig i ICD, krever DSM-IV i tillegg at vedkommende skal ha vist frykt, hjelpeløshet eller skrekk i møtet med den traumatiske hendelsen. Dette betyr at de som umiddelbart reagerer på annen måte eller uten disse reaksjoner, ikke vil kvalifisere for en PTSD-diagnose selv om de tilfredsstillende diagnosen ved ICD-10 (Brevin, Andrews, & Rose, 2000). Dette innebærer også at mens ICD-10 i likhet med DSM-III primært legger vekt på kontekstuelle faktorer, så vektlegger DSM-IV i tillegg subjektive forhold knyttet til individets vurdering av stressoren. Enkelte har imidlertid også påpekt at DSM-IV i prinsippet kan åpne for en utvidet bruk av PTSD-diagnosen i og med formuleringen om at personen «*erfarte, var vitne til eller ble konfrontert med en situasjon eller situasjoner ...*» (APA 1994, s. 427–428). Dette kan føre til at personer som indirekte eksponeres for traumatiske hendelser via media eller andre personer, også kan kvalifisere for en PTSD-diagnose forutsatt at de øvrige symptomene er oppfylt (McNally, 2003).

«I tillegg til ulik vektlegging av de diagnostiske kriteriene, er PTSD klassifisert som en stressforstyrrelse i ICD-10, og som en angstlidelse i DSM-IV»

I kriterium (B) for PTSD vektlegger både ICD-10 og DSM-IV at den traumatiske hendelsen vedvarende blir gjenopplevd i form av for eksempel gjentatte og innvandrende tanker og erindringer, plagsomme drømmer eller intense emosjoner knyttet til påminnelser om hendelsen. Kriterium (C) i ICD-10 og DSM-IV omhandler symptomer som aktiv unnvikelse av inntrykk som assosieres med traumet, eller emosjonell nummenhet. Her er det verdt å merke seg at mens ICD-10 nøyer seg med å slå fast at minst ett av unngåelsessymptomene må være oppfylt, krever DSM-IV at minst tre ulike former for unngåelse eller følelsesmessig avstengning må være tilstede. Kriterium (D) angir i begge systemene vedvarende symptomer på økt psykofysiologisk aktivering eller hyperaktivering. Dette kan komme til uttrykk gjennom for eksempel innsøvningssvanser, irritabilitet, konsentrasjonssvanser og skvettenhet. Her krever DSM-IV at vedkommende må fremvise minst to ulike symptomer, i motsetning til ICD-10 som nøyer seg med å slå fast at minst ett symptom må være tilstede. Sett under ett kan det derfor synes som om den største forskjellen mellom ICD-10 og DSM-IV ligger i vektleggingen av symptomer på emosjonell nummenhet, unngåelse og autonome forstyrrelser. I ICD fremheves det at disse kan være tilstede, men at de ikke er

essensielle for diagnosen. Kriterium (E) omhandler i begge systemene tidsrommet for diagnostisering av PTSD. I følge ICD-10 må PTSD-symptomene angitt i kriterium B, C og D ha opptrådt innen seks måneder. ICD-10 gjør det med andre ord mulig å diagnostisere PTSD allerede få dager eller uker etter en traumatisk hendelse. I følge DSM-IV må imidlertid symptomene angitt i kriterium B, C og D ha vart i minimum 30 dager før PTSD kan diagnostiseres. DSM-IV har derimot ingen klar grense for hvor sent PTSD-symptomer kan opptre første gang. I motsetning til ICD-10 gir derfor DSM-IV mulighet for å diagnostisere såkalt forsinket eller «delayed onset» PTSD – i de tilfeller hvor symptomene første gang opptrer mer enn 6 måneder etter den traumatiske hendelsen. Avslutningsvis bør også nevnes at DSM-IV i kriterium (F) krever at PTSD-symptomene fører til markert funksjonsnedsettelse i sosiale eller profesjonelle sammenhenger. Dette i motsetning til ICD-10, som ikke har et eksplisitt krav om funksjonsnedsettelse i sine PTSD-kriterier.

I tillegg til ulik vektlegging av de diagnostiske kriteriene, er PTSD klassifisert som en stressforstyrrelse i ICD-10, og som en angstlidelse i DSM-IV. ICD-10 vektlegger en mer kasuistisk tilnærming, i motsetning til DSM-IV som legger opp til en deskriptiv kriteriebasert tilnærming til PTSD-diagnostikk. DSM-systemet opererer i tillegg med betegnelsen «kronisk» PTSD allerede etter tre måneder. Det vil imidlertid være et empirisk spørsmål i hvor stor grad disse forskjellene mellom ICD og i DSM, kan tenkes å få konsekvenser for PTSD-diagnostikk i forskning og klinikk.

Komparative studier av PTSD-diagnostikk i DSM- og ICD-systemene

En empirisk studie har nylig sammenlignet PTSD-diagnostikk basert på kriteriene i ICD-10 og DSM-IV (Andrews, Slade & Peters, 1999; Peters, Slade & Andrews, 1999). Undersøkelsene omfatter et utvalg på over 1300 pasienter og tilfeldig utvalgte personer av begge kjønn. Samtlige gjennomførte The Composite International Diagnostic Interview (CIDI) som er et strukturert diagnostisk intervju utarbeidet av WHO for å gi diagnostikk av psykiske lidelser etter både ICD-10- og DSM-IV-kriterier. Re-sultatene viste at samsvaret mellom ICD og DSM lå på rundt 80 % i diagnostisering av depressive tilstander og misbruksproblemer, og noe lavere for angstlidelser.

Tabell 3. Uoverensstemmelse i klassifisering av PTSD (n = 65*) etter brudd på diagnostiske kriterier i DSM- eller ICD-systemene (kilde: Peters et al., 1999).

PTSD-KRITERIUM	PTSD-KASUS I DSM, MEN IKKE I ICD	PTSD-KASUS I ICD, MEN IKKE I DSM	BRUDD PÅ PTSD-KRITERIER I DSM ELLER ICD
A	0	9	9
B	0	0	0
C	2	33	35
D	0	7	7

PTSD-KRITERIUM	PTSD-KASUS I DSM, MEN IKKE I ICD	PTSD-KASUS I ICD, MEN IKKE I DSM	BRUDD PÅ PTSD-KRITERIER I DSM ELLER ICD
E	4	4	8
F	-	35**	35**

På den annen side var det bare 35 % samsvar i diagnostisering av PTSD, hvor ICD-10 dobbelt så ofte resulterte i en PTSD-diagnose som DSM-IV (Andrews, Slade & Peters, 1999; Peters, Slade & Andrews, 1999). Det er nærliggende å tenke seg at dette kan skyldes forskjellig vektlegging av diagnostiske kriterier for PTSD i de to systemene. For å undersøke dette nærmere utarbeidet vi en oversikt basert på data fra studiene nevnt ovenfor (Andrews et al., 1999; Peters et al., 1999) over de 65 tilfellene hvor det var diskrepans i PTSD-diagnostikk mellom ICD- og DSM-systemene.

Som Tabell 3 viser, var det seks tilfeller hvor pasienten møtte DSM-IV, men ikke ICD-10 kriterier for PTSD. Disse avvikene skyldes at pasienten ikke oppfylte kriterium C (aktiv unngåelse, distansering eller emosjonell nummenhet), eller at de ikke oppfylte kravene i kriterium E (tidsperiode for symptomer). De 59 pasientene som hadde en PTSD-diagnose i ICD-10, men ikke i DSM-IV-systemet, hadde avvik for samtlige av PTSD-kriteriene med unntak av kriterium B (gjenoppleveling av tanker og minner). Interessant nok viser det seg at forskjellene mellom ICD-10 og DSM-IV for kriteriene A (stressorkriteriet), D (aktivering og skvettenhet) og E (varighet og introduksjon av symptomer), bidro langt mindre til ulike diagnostiske vurderinger enn man kanskje skulle anta. Forskjellene mellom ICD-10 og DSM-IV for kriteriene C (aktiv unngåelse, distansering og emosjonell nummenhet) og F (vesentlige nedsatt funksjonsevne), viste seg derimot å bidra vesentlig mer til diskrepansen mellom de to systemene.

Undersøkelsene til Andrews et al. (1999) og Peters et al. (1999) er interessante av flere grunner. For det første er de så vidt vi kjenner til de foreløpig eneste systematiske sammenligning-er av ICD-10 og DSM-IV-kriterier for diagnostikk av PTSD og andre psykiske lidelser, basert på et stort utvalg personer. For det andre viser de at selv om samsvaret mellom ICD- og DSM-systemene er tilfredsstillende for en rekke psykiske lidelser, synes dette ikke å gjelde for PTSD-diagnostikk. Selv om man bør være varsom med å konkludere på grunnlag av bare én studie, kan dette indikere at man ikke uten videre kan sammenligne på tvers av kulturer og situasjoner, hvor ulike diagnostiske systemer har blitt benyttet. Det blir følgelig også viktig å gjøre eksplisitt oppmerksom på om ICD- eller DSM-kriterier er benyttet for å diagnostisere PTSD.

Implikasjoner for forskning

I klinisk forskning vil det være ønskelig å kunne beskrive utbredelse og omfang av ulike psykiske lidelser som PTSD. For å kunne gjøre dette kreves det at man benytter reliable målemetoder og at man har etablert en felles begrepsforståelse. Standardiserte selvrapportskjemaer og strukturerte diagnostiske intervjuer som CIDI vil være viktig i denne sammenheng. Slike standardiserte instrumenter vil ha begrenset verdi om vi

ikke har etablert tilstrekkelig klare diagnostiske kriterier. Som tidligere nevnt er DSM-IV basert på et sett med operasjonelle kriterier, mens ICD-10 i større grad er basert på typebetegnelser. På grunn av sin mer spesifikke operasjonalisering av diagnostiske kriterier har DSM systemet i stor grad vært enerådende på forskningssiden. Selv om WHO i 1993 utformet en egen forskningsversjon av ICD-10 basert på mer operasjonelle kriterier, viser undersøkelsen til Peters et al. (1999) at de to systemene kan gi svært ulike PTSD-estimer, selv om man benytter en standardisert protokoll som CIDI. Innenfor epidemiologisk forskning vil forskjellene mellom ICD- og DSM-systemene kunne tenkes å få vesentlig innvirkning på estimer over prevalens og insidens av PTSD. Bildet er imidlertid sammensatt. ICD-10-diagnostikk av norske, sveitsiske og tyske materialer har vist forekomster av PTSD på 1–2 % (Malt et al., 1996), mens studier fra USA viser insidenstall på 10–25 % etter skader og «traumer» basert på DSM-IV-diagnostikk (Breslau et al., 1998). Dette kan skyldes forskjeller i diagnostiske kriterier, men kan også reflektere at diagnose i seg selv er en vesentlig faktor for å utløse behandlingsrettigheter i USA. Uansett synes det her å være behov for ytterligere forskning.

En konsekvens blir at man i klinisk forskning må gjøre eksplisitt oppmerksom på hvilket standardiserte målemetoder og diagnostiske kriterier som benyttes. En annen konsekvens kan være at man i klinisk forskning også måler intensitet og omfang av underliggende PTSD-symptomer ved hjelp av standardiserte traumespesifikke inventorer i tillegg til å etablere formelle diagnoser. Eksempler på slike traumespesifikke inventorer er Impact of Event Scale (IES; Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979) og Post Traumatic Symptom Scale (PTSS; Weisæth & Mehlum, 1993). Nyere empiriske studier har vist at for eksempel IES (med grenseverdi > 19) kan identifisere PTSD-tilfeller i henhold til DSM-IV- eller ICD-10-kriterier med høy grad av treffsikkerhet (Wohlfarth, van den Brink, Winkel & Smitten, 2003). Traumaspesifikke inventorer som IES og PTSS har tidligere blitt benyttet i flere norske undersøkelser, og gir dermed også et godt grunnlag for komparative undersøkelser av posttraumatiske stresssymptomer uavhengig av diagnostiske vurderinger (se for eksempel Dyregrov & Kristoffersen, 1988; Dyregrov, Kristoffersen & Müller, 1991; Eid, Thayer & Johnsen, 1999; Herlofsen, 1994; Mehlum, & Weisæth, 2002; Winje, 1996).

Implikasjoner for behandling

Innføringen av PTSD-diagnosen i ICD- og DSM-systemene var viktig for å fremme en bedre allmenn og faglig forståelse av posttraumatiske reaksjoner. Mangelen på en spesifikk diagnose bidro tidligere til at mange pasienter ble gitt en generell diagnose. Selv om dette var nærliggende på grunn av likheten mellom PTSD og andre psykiske lidelser, kunne det føre til at mange ikke fikk den behandling de hadde krav på. Etter at betegnelser som KZ-syndrom og krigsseiler-syndrom ble allment kjent i Norge, var det lettere å få aksept for at problemene primært skyldtes traumet og i mindre grad personlige forhold. Medvirkende til dette var nok også at flere av etterkrigstidens ledende politikere selv hadde sittet i konsentrasjonsleir. Det ble dermed lettere for personen selv og andre å forstå og akseptere lidelsen. Videre vil en formell diagnose

utløse behandlingsmuligheter, trygderettigheter og støttetiltak, samt bidra til økt oppmerksomhet omkring betydningen av mulige forebyggende tiltak.

I behandling vil diagnostikk ofte ha et praktisk siktemål. Diagnostikk skal formidle et bilde av klientens symptomatologi, sosiale fungering og iblant prognose. En viktig vurdering vil derfor være om subjektivt plagenivå eller diagnose skal utløse behandling. Legger man subjektivt plagenivå til grunn for behandling, kan derfor ICD- og DSM-systemenes ulike vektlegging av for eksempel emosjonell nummenhet, unngåelse og autonome forstyrrelser kunne komme til å spille en mindre viktig rolle i klinisk praksis. Et eksempel er DSM-IV-kriterium F (uttalte plager og vesentlig funksjonsnedsettelse), som utgjorde en stor andel av positive ICD-10-diagnoser som ikke oppfylte DSM-IV sine krav til PTSD (Peters et al., 1999). Personer som søker behandling, vil i større eller mindre grad rapportere om plager eller funksjonsnedsettelse som følge av den traumatiske hendelsen. Forskjellen mellom ICD- og DSM-systemene når det gjelder PTSD-kriterium F kan derfor fremstå som mindre relevant i klinikk enn i forskning.

Forskjellene mellom ICD- og DSM-systemene kan imidlertid være av stor betydning i forbindelse med ulike typer uttalelser som sakkyndig. I slike tilfeller vil også aggravering av symptomer kunne bidra ytterligere til å forsterke de tidligere nevnte forskjellene i PTSD-diagnostikk mellom ICD- og DSM-systemene. Uttalelser som sakkyndig vil derfor kreve særlig omtanke og eksplisitt vurdering av diagnostiske kriterier før en PTSD-diagnose stilles. De påfølgende kasuistikker illustrerer dette.

Kasuistikk A

Mann (AA) født av ubeslektede foreldre uten arvelige belastninger av somatisk eller psykisk art. Forholdene under oppveksten var gode. Skolegang ble avsluttet med eksamen artium, over middels resultat. Var i arbeid ett år før han gjorde seg ferdig med verneplikten. Deretter frivillig til utenlandstjeneste i Forsvaret. Sterkt overrasket over den store nød og ødeleggelse i området han tjenestegjorde. Følte seg hjelpeløs og utrygg. Hans avdeling var utsatt for overskytning ca. 1–2 ganger ukentlig. Ingen ble truffet. Han sov dårlig og brukte som mange andre ofte alkohol på kvelden for å sovne. Følte at dette hjalp. Ved en anledning ble han alene satt til å kjøre en såret utenlandsk soldat til sykehus. Dette medførte at han måtte igjennom flere kontrollposter, og ved en av disse ble han oppholdt i flere timer uten mat, vann og medisinsk hjelp til den sårede. Måtte tåle pasientens stønning og skrik, og følte seg igjen hjelpeløs. Til slutt ble han sluppet igjennom og nådde sykehuset. Ble deretter umiddelbart sendt tilbake, og mottok aldri noen tilbakemelding på om pasienten overlevde. Fikk permisjon en uke lokalt og var mye beruset. Etter hjemkomst forskjellige småjobber før han starter som selger. Reiste mye, og gjorde en resultatmessig god jobb. Giftet seg og fikk barn. Ekteskapet var preget av hans fravær og relativt høye aktivitet når han var hjemme. Følte tiltagende rastløshet. Brukte ofte alkohol om kvelden, nærmest som et hypnotikum, og ble i praksis avhengig av dette. I forbindelse med et oppkjøp ble hans stilling endret, og han ble lokalisert til arbeidsstedet mer enn før. Han mestret dette dårlig, mistriivdes og sa opp. Søvnplagene økte. Nå fikk han marerittpregede drømmer

hvor han ofte var hjelpeløs når noe skjedde og følte seg ikke ivaretatt. Opplevdes av familien som ukonsentrert og flyktig, fant seg dårlig til rette. Han følte seg deprimert og hjelpeløs med økende konflikter i ekteskapet. I de påfølgende årene hadde han flere jobber før han ble langtidssykemeldt for «depresjon» og misbruk av alkohol.

Kasuistikk B

Kvinne (BB), vokst opp som enebarn under gode sosioøkonomiske forhold. Barndom og ungdom uten anmerkning, flink på skolen og gjorde det meget bra på videregående. Tok universitetsutdanning på høyt nivå og startet i arbeidslivet. Gift med mann i tilsvarende akademiske yrke. Fikk barn, gode familiære forhold. Følte hun måtte gi slipp på ytterligere faglig kvalifisering og opplevde at karrieren ikke utviklet seg slik hun hadde håpet. Forholdet til mannen var i perioder vanskelig. Hun ble påkjørt bakfra en dag hun var på vei hjem med barna (alder 8 og 10) i baksetet. Bilene fikk små skader. Hun så bilen komme mot seg i speilet og tenkte at nå blir barna og jeg truffet. Umiddelbart etter var hun helt adekvat, fylte ut skadeskjema med den andre bilfører og kjørte selv hjem. Reagerte de følgende dagene økende og etter hvert voldsomt på påkjørselen, fikk smerter, konsentrasjonsvansker, mareritt, og skvettenhet for brå uventede lyder, særlig i trafikken. I tillegg utviklet hun fobi for bilkjøring. Hun måtte få hjelp av mannen og forholdet dem imellom bedret seg kortvarig. Gradvis forverres dog dette med økende isolasjon og redusert livskvalitet. I tillegg fikk hun angst knyttet til sin egen fremtid. Ble langtidssykemeldt.

Diskusjon

AA har en PTSD i henhold til ICD-10, dersom en antar at stressor, dvs. eksponering for en såret soldat som han ikke kunne kommunisere med, som var hjelpeløs og som han fikk ansvar for å bringe til sykehus, er å anse som tilstrekkelig til å påkalle «*en reaksjon på en belastende eller livstruende hendelse eller situasjon av usedvanlig truende eller katastrofal art, som mest sannsynlig ville fremkalt sterkt ubehag hos de fleste*» (jfr kriterium A). Det er imidlertid klart at AA ikke fyller kriteriene i henhold til DSM-IV, da han ikke i tilstrekkelig grad har en spesifikk reaksjon umiddelbart på hendelsen, men var mer angstplaget som følge av oppholdet generelt, og med aggravering etter ambulanseoppdraget. I tillegg kommer hans problemer med misbruk av alkohol.

BB har åpenbart ikke en fullt utviklet PTSD dersom en benytter DSM-IV eller ICD-10. Traumets meget moderate intensitet og varighet vil her være avgjørende.

Symptomatologien som BB har, er imidlertid analog med det en finner ved en PTSD på de fleste andre parametrene, Hun har unngåelsesatferd, traumatofobi og forhøyet aktivering. Implikasjonene ved ikke å få en PTSD-diagnose kan være dramatiske i forhold til utredning av forsikringsjuridisk art. Behandlingsmessig vil imidlertid konsekvensene av diagnosen PTSD være av liten eller ingen betydning.

Behandlingsstrategier i forhold til angst og negative tanker eventuelt kombinert med psykofarmakologisk støtte synes å være første terapeutiske tilnærming, både hos AA og BB (for en oversikt se Foa, Keane, & Friedman, 2000).

Konklusjon

Selv om det er en rekke fellesnevner i utvikling av ICD- og DSM-systemene, er det også klare forskjeller i diagnostiske kategorier. Både ICD- og DSM-systemet har innført PTSD-diagnosen, men de har noe ulike tilnærminger til akutte posttraumatiske tilstander og det vi kan kalle senskader av traumatiske hendelser.

Et annet forhold er at de diagnostiske kriteriene i de to systemene ikke er sammenfallende på alle områder. Der hvor ICD-10 for eksempel har et sterkt krav til objektiv alvorlighet av og direkte eksponering for stressor, åpner DSM-IV for at også indirekte eksponering (å ha hørt om stressor), og subjektivt definert traume kan være en tilstrekkelig utløsende faktor. Våre to kasuistikker og de tidligere nevnte empiriske studiene til Peters et al. (1999) indikerer at det i mange tilfeller kan være vanskelig å etablere en entydig konsensus om en PTSD-diagnose både i ICD- og DSM-systemene. Dette forholdet kan ha større praktiske implikasjoner for forskning og i juridisk sammenheng enn i vanlig klinisk virksomhet hvor diagnostikk ikke vil være bestemmende for om behandling skal gis eller ikke.

Jarle Eid

Sjøkrigsskolen,

Pb 83 Haakonsværn, 5886 Bergen

Tlf 55 50 50 90. E-post jeid@sksk.mil.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 41, nummer 8, 2004, side 620-627

TEKST

Jarle Eid, Sjøkrigsskolen og Universitetet i Bergen

Pål H. Herlofsen, Oslo Militære Legekontor, Forsvarets Sanitet

+ [Vis referanser](#)

Referanser

Andrews, G., Slade, T., & Peters, L. (1999). Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. *British Journal of Psychiatry*, 174, 3-5.

American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1 ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd revised ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- Brett, E. A. (1996). The classification of posttraumatic stress disorder. I B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisæth (Eds.), *Traumatic stress* (ss. 117-128). New York: Guilford Press.
- Brewin, C., Andrews, B., & Rose, S. (2000). Fear, helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder: Investigating DSM-IV criterion A2 in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 499-509.
- Briere, J. (1977). *Psychological assessment of adult posttraumatic states*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Dyregrov, A., & Kristoffersen, J. I. (1988). *Psykososial oppfølging av helikopterhavariet på Polycastle/Gullfaks B. Rapport nr 1*. Senter for Krisepsykologi, Bergen, Norge.
- Dyregrov, A., Kristoffersen, J. I., & Müller, O. (1991). Når livet trues. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 28, 885-894.
- Eid, J. (2000). Early predictors of PTSD symptom reporting: The significance of contextual and individual factors. Doktorgradsavhandling. Universitetet i Bergen.
- Eid, J., & Johnsen, B. H. (2002). Diagnosen Akutt Stressforstyrrelse og forebygging av Posttraumatisk Stressforstyrrelse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 39, 987-995.
- Eid, J., Thayer, J. F., & Johnsen, B. H. (1999). Measuring post-traumatic stress symptoms: A psychometric evaluation of symptom- and coping questionnaires based on a Norwegian sample. *Scandinavian Journal of Psychology*, 40, 101-108.
- Eitinger, L. (1964). *Concentration camp survivors in Norway and Israel*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eitinger, L., & Strøm, A. (1973). Mortality and morbidity after excessive stress: A follow-up investigation of Norwegian concentration camp survivors. Oslo: Universitetsforlaget.
- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. (Eds.). (2000). *Effective treatments for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Herlofsen, P. (1994). Group reactions to trauma: An avalanche accident. I R. J. Ursano, B. G. McCaughey & C. S. Fullerton (Eds.), *Individual and community responses to trauma and disaster* (ss. 248-266). Cambridge: Cambridge University Press.
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Ingebrigtsen, G., Sandanger, I., Sørensen, T., & Dalgard, O. S. (1995). Når ulykken rammer; Posttraumatiske stressforstyrrelser i Norge, forekomst og relasjon til sosialt nettverk. I O. S. Dalgard, E. Døhlle, & M. Ystgaard (Red.), *Sosialt nettverk, helse og samfunn* (ss. 64-85). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kardiner, A., & Spiegel, H. (1947). *War stress and neurotic illness*. New York: Hoeber.
- Kellett, A. (1982). *Combat motivation: The behavior of soldiers in battle*. Boston: KluwerNijhoff.
- Malt, U. F., Schnyder, U., & Weisæth, L. (1996). ICD-10 mental and behavioral consequences of traumatic stress. *International Review of Psychiatry* (ss. 151-151). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- McNally, R. J. (2003). Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*, 54, 229-252.
- Mehlum, L., & Weisæth, L. (2002). Predictors of posttraumatic stress reactions in Norwegian U.N. Peacekeepers 7 years after service. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 17-26.
- Noy, S. (1991). Combat stress reactions. I R. Gal, & A. D. Mangelsdorff (Eds.), *Military psychology* (ss. 507-530). Chichester: John Wiley & Sons.
- Peters, L., Slade, T., & Andrews, G. (1999). A comparison of ICD-10 and DSM-IV criteria for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 335-343.

- Salmon, T. W. (1919). The war neurosis and their lessons. *New York Journal of Medicine*, 109, 993.
- Shay, J. (1991). Learning about combat stress from Homer's *Illiad*. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 561-579.
- Stein, M. B., Jang, K. L., Taylor, S., Vernon, P. A., & Livesley, W. J. (2002). Genetic and environmental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: A twin study. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1675-1681.
- Weisæth, L. (1984). Stress reactions to an industrial disaster. Doktorgradsavhandling. Universitetet i Oslo.
- Weisæth, L., & Mehlum, L. (1993). Appendix 3. I L. Weisæth, & L. Mehlum (Red.), *Mennesker, traumer og kriser* (ss. 254-255). Oslo: Universitetsforlaget.
- Winje, D. (1996). Long-term outcome of trauma in adults: The psychological impact of a fatal bus accident. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1037-1043.
- Winje, D., & Ulvik, A. (1998). Long-term outcome of trauma in children: The psychological consequences of a bus accident. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 635-642.
- Wohlfarth, T. D., van den Brink, W., Winkel, F. W., & ter Smitten, M. (2003). Screening for posttraumatic stress disorder: An evaluation of two self-report scales among crime victims. *Psychological Assessment*, 15, 101-109.
- World Health Organization (WHO) (1948). *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries and causes of death (6th revision)*. Geneva: Author.
- World Health Organization (WHO) (1968). *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries and causes of death (8th revision)*. Geneva: Author.
- World Health Organization (WHO) (1977). *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries and causes of death (9th revision)*. Geneva: Author.
- World Health Organization (WHO) (1992). *ICD-10: Manual of the international statistical classification of diseases, injuries and causes of death (10th revision)*. Geneva: Author.
- Zolomon, Z., Laor, N., & McFarlane, A. (1996). Acute posttraumatic reactions in soldiers and civilians. I B. van der Kolk, A. McFarlane & L. Weisæth (Eds.), *Traumatic stress* (ss. 102-114). New York: Guilford.