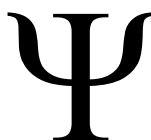




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



*Betydningen av kognitive faktorer for utvikling
av PTSD etter trafikkulykke.
Teoretiske implikasjoner og klinisk relevans*

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

Marianne Vatne

Høst 2010

Veileder:
Kjersti Arefjord

Forord

Jeg ønsker å takke min veileder Kjersti Arefjord for konstruktive tilbakemeldinger under skriveprosessen, og for god støtte og tilgjengelighet til tross for at vi har befunnet oss på ulike kanter av landet.

Sammendrag

Å bli utsatt for en trafikkulykke er en traumatisk opplevelse som kan få alvorlige psykiske konsekvenser for de involverte. Mens flertallet kommer seg igjen uten profesjonell hjelp, er det en signifikant gruppe som opplever at symptomene vedvarer og som får diagnosen posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Forskning viser at det ikke er tilfeldig hvem som utvikler PTSD, og interessen for å identifisere faktorer knyttet til risiko har økt i de senere årene.

Denne oppgaven belyser kognitive faktorer som er funnet å medvirke til utvikling og opprettholdelse av symptomer. Forskning indikerer at individuelle og subjektive faktorer er av større betydning for hvem som utvikler PTSD enn mer objektive karakteristikk ved hendelsen. Det er funnet empirisk støtte for at måten individet oppfatter verden og seg selv på, tolkninger av hendelsen og symptomene, sammenhengen mellom emosjoner og kognisjoner, og bruk av kognitive mestringsstrategier virker inn på utviklingen av symptomer. Denne kunnskapen har bidratt til å øke forståelse av PTSD som fenomen, og den har også spilt en sentral rolle i videreutviklingen av behandlingsmetoder i klinisk praksis.

Abstract

Exposure to a traffic accident is a traumatic experience with serious consequences for those involved. While the majority recovers without professional help there is still a significant group that reports persisting symptoms, and that is diagnosed with posttraumatic stress disorder (PTSD). Research indicates that who develops PTSD is not an incidental phenomenon. This has led to an increasing interest to identify factors related to the risk of developing symptoms of PTSD.

This paper shed light on cognitive factors that are found to be positively correlated with PTSD. Research indicates that individual and subjective factors are of great importance. Empirical studies support fundamental assumptions, interpretations of the accident and the symptoms, the relationship between emotions and cognitions, and coping strategies as factors involved in the development and maintenance of PTSD. This knowledge contributes to a better understanding of PTSD, and has been important in the development of treatment methods in clinical practice.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	s. 7
1.1 Hva er et traume?.....	s. 8
1.2 Diagnosen PTSD.....	s. 9
1.3 Konsekvenser og komorbiditet.....	s. 11
1.4 Problemstilling.....	s. 12
1.4.1 Litteratursøk.....	s. 13
1.4.2 Hvorfor kognitive faktorer?.....	s. 13
1.4.3 Trafikkulykker som traume.....	s. 15
2.0 Teorier om PTSD.....	s. 16
2.1 Ehlers og Clarks kognitive modell.....	s. 16
2.2 Emosjonell prosesseringsteori.....	s. 17
3.0 Kognitive faktorer ved PTSD.....	s. 18
3.1 Grunnleggende antakelser.....	s. 19
3.2 Tolkning av hendelsen.....	s. 21
3.3 Tolkning av symptomer.....	s. 24
3.4 Emosjoner og kognitiv prosessering.....	s. 26
3.5 Bruk av kognitive mestringsstrategier.....	s. 29
3.5.1 Tankeundertrykking.....	s. 30
3.5.2 Grubling.....	s. 31
3.5.3 Ønsketenking.....	s. 32
4.0 Diskusjon.....	s. 33
4.1 Viktigheten av kognitive faktorer.....	s. 34
4.2 Teoretiske implikasjoner.....	s. 35
4.3 Klinisk relevans.....	s. 37
4.4 Begrensninger.....	s. 40
5.0 Avslutning.....	s. 43
6.0 Kilder.....	s. 44

1.0 Innledning

Å bli utsatt for et traume er en alvorlig og belastende hendelse som kan få store konsekvenser for menneskets psykiske helse. Traumer rammer på tvers av geografi, yrke, alder, kjønn, sosioøkonomisk status og livssituasjon, og i følge statistikkene vil omtrent halvparten av den voksne befolkningen oppleve en eller flere traumatiske hendelser i løpet av livet (Ozer & Weiss, 2004). Nordanger (2007) hevder at mellom 60 og 80 prosent av den vestlige befolkningen har vært eksponert for det som i følge diagnosekriteriene defineres som et traume. Flertallet av disse kommer tilbake til normalt funksjonsnivå etter relativt kort tid uten å få varige plager, men en mindre gruppe utvikler så alvorlige symptomer at de oppfyller kriteriene for posttraumatisk stresslidelse (PTSD). For de som utvikler traumatiske symptomer kan lidelsen bli kronisk og svært handikappende, både sosialt, psykisk og yrkesmessig. Rundt én prosent av befolkningen antas til enhver tid å oppfylle kriteriene for PTSD (Norsk Helseinformatikk, 2009).

Selv om PTSD rammer kun en liten andel av de traumeutsatte er denne gruppen av signifikant og stabil størrelse. Funn fra en metaanalyse utført av Ozer, Best, Lipsey og Weiss (2003) indikerer at PTSD er et fenomen som ikke oppstår tilfeldig. Også Brewin, Andrews og Valentine (2000) konkluderer i sin metaanalyse med at til tross for stor variasjon i utvalg og metode mellom de forskjellige studiene, har man likevel klart å identifisere enkelte risikofaktorer som korrelerer signifikant med utvikling av PTSD. Dette har bidratt til økt interesse for å finne ut mer om hva som skiller de individene som utvikler vedvarende symptomer fra de som ikke gjør det. Et av hovedmålene for forskningsfeltet har dermed blitt å finne ut av hvilke faktorer som påvirker utviklingen av PTSD, slik at man kan bruke kunnskapen til å identifisere individer som er i faresonen og være tidlig ute med intervensjoner for å forhindre ytterligere belastning eller skade hos den traumeutsatte.

1.1 Hva er et traume?

Hva som defineres som en traumatisk hendelse er sentralt for diagnostiseringen av PTSD. Fenomenet er ikke så lett å avgrense, noe som gjenspeiler seg i de mange endringene som har blitt gjort i definisjonen siden diagnosen ble introdusert. Uklarhetene dreier seg blant annet om hva som regnes som traumatisk og for hvem (Ozer & Weiss, 2004). Opprinnelig ble PTSD regnet som en normal respons på en psykisk overveldende opplevelse (Brewin et al., 2000), hvor man tok utgangspunkt i at lidelsen først og fremst skyldtes hendelsen i seg selv (Elwood, Hahn, Olatunji & Williams, 2009), og antok et dose – responsforhold mellom eksponering for traume og PTSD (Friedman, 1999). Synet på PTSD som en direkte konsekvens av hendelsen og dens objektive karakteristikk førte til at andre faktorer ikke ble tatt med i betraktningen når diagnosen ble vurdert.

Et slikt enkelt forhold mellom grad av eksponering og symptomnivå har likevel ikke blitt påvist (Kuch, Cox & Evans, 1996), og det har etter hvert blitt synlig at PTSD er en både kompleks og multifaktoriell lidelse. Selv om alvorlighetsgraden av traumet er en betydelig faktor, er den ikke tilstrekkelig i seg selv til å forklare hvorfor noen utvikler PTSD og andre ikke. Å studere mulige pre- og posttraumatiske årsaker til hvorfor symptomer utvikles har derfor blitt et viktig tema i arbeidet med å forstå PTSD.

I den fjerde oversatte versjonen av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), karakteriseres et traume som en hendelse som innebærer ”livsfare eller trussel om død eller om alvorlig skade eller trussel mot egen eller andres fysiske integritet” og hvor personen ”reagerte med intens angst, hjelpsløshet eller skremsel” (Aagaard & Dahl, 1997, s.164). Denne diagnostiske definisjonen åpner for at de subjektive opplevelsene av traumet, slik som umiddelbar angstopplevelse og opplevd fare for liv eller skade, er sentrale i spørsmålet om hvem som utvikler symptomer, og at disse aspektene er vel så viktig som de objektive sidene ved selve hendelsen. Dagens PTSD-diagnose er nært knyttet til individuelle

antakelser og frykt (Bower & Sivers, 1998), og til den forståelsen individet selv har av hendelsen. Blant annet kan tanken om at traumet er unngåelig og ukontrollerbart gir følelse av avmakt og hjelpsløshet, som igjen virker inn på opplevelsen av mestring og gjør personen sårbar. Denne måten å forstå PTSD på har bidratt til større vektlegging av den individuelle tolkningen av hendelsen og den enkeltes opplevelser i forbindelse med traumet. I denne sammenhengen blir kognitive forskjeller særlig viktige som variabler som kan spille inn på utvikling og opprettholdelse av symptomer.

1.2 Diagnosen PTSD

Posttraumatisk stresslidelse er en relativt ny diagnose som først ble innlemmet i det amerikanske diagnosesystemet DSM i 1980 (American Psychiatric Association, 1980). I 1992 ble den også introdusert i den tiende utgaven av diagnosesystemet til Verdens Helseorganisasjon, International Classification of Diseases (Verdens Helseorganisasjon, 1992). Diagnosen ble opprinnelig utformet på bakgrunn av symptomer rapportert av krigsveteraner fra Vietnamkrigen, men ble senere utvidet til å omfatte ulike typer hendelser som antas å vekket sterke reaksjoner hos de fleste, deriblant ulykker, katastrofer, vold og overgrep. PTSD karakteriseres ved 1) at den traumatiske hendelsen gjenopplevs i form av påtrengende minner (flashbacks), drømmer eller mareritt, 2) emosjonell avflating og distansering fra andre mennesker, 3) nedsatt reaksjon på omgivelsene og 4) unngåelse av aktiviteter og situasjoner som trigger minner om det opprinnelige traumet. Det er også vanlig med forhøyet autonom aktivering, noe som medvirker til søvnløshet, irritabilitet, konsentrasjonsvansker, økt vaksomhet, skvettenhet og fysiologiske reaksjoner på stimuli som minner om den traumatiske hendelsen. Noen opplever akutte utbrudd av panikk, frykt eller aggresjon knyttet til gjenopplevelsen av minnene.

Diagnosen er kategorisert under angstlidelser i diagnosesystemene, og er i særstilling ved å være den eneste diagnosen som er direkte knyttet til en ytre hendelse. Forutsetningen

for å få stilt diagnosen er at personen har vært utsatt for en ”belastende livshendelse eller situasjon (av kort eller lang varighet) av usedvanlig truende eller katastrofal art, som mest sannsynlig ville fremkalt sterkt ubehag hos de fleste” (WHO, 1992). I følge kriteriene i DSM-IV må symptomene ha vært tilstede i minst en måned før diagnosen kan stilles, mens symptomer i perioden inntil en måned kan diagnostiseres som akutt stresslidelse. I ICD-10 stilles det ikke krav til varighet.

En rekke variabler har blitt foreslått som potensielt medvirkende til utviklingen av PTSD. I ICD-10 (WHO, 1992) beskrives predisponerende faktorer, som personlighetstrekk og tidligere nevrotiske lidelser, som medvirkende årsaker til utvikling eller forverring av symptomer, men det nevnes også at disse hverken er nødvendige eller tilstrekkelige for å forklare hvorfor PTSD oppstår. Dette understreker viktigheten av å undersøke hvilke andre faktorer som også kan bidra til å utvikle symptomene som oppstår ved PTSD.

Mardi Horowitz regnes med sin bok om stress respons som en av pionerene innenfor traumefeltet (Horowitz, 1976, omtalt i Brewin & Holmes, 2003). Forfatteren viste blant annet interesse for prosessering av tanker, bilder og humør, og beskriver hvordan individet i et forsøk på å integrere ny traumeinformasjon med tidligere erfaringer og kunnskap opplever en fase med informasjonsoverflod som skaper spenning, og som utløser psykologiske forsvarsmekanismer for å unngå minner og gjenkallelse fra den traumatiske opplevelsen. Horowitz var, i følge Brewin og Holmes (2003), en av de første teoretikerne som understreket den store innflytelsen traumer kan ha på antakelsene om seg selv, verden og fremtiden, og som diskuterte betydningen av store kognitive endringer i bedringsprosessen.

Sentral er også Janoff-Bulman (1992) med sin teori om hvordan endringer i de grunnleggende antakelsene kan virke inn på individets opplevelse av selvverd etter traume, og på synet av verden som meningsfull og godartet. Dette har resultert i undersøkelser som har påvist en sammenheng mellom globale negative antakelser og symptomer på PTSD

(Dunmore, Clark & Ehlers, 1999). I senere tid har blant annet spesifikke tolkninger av tanker, atferd og emosjonell respons under traumet, samt innkoding og hukommelse fått mye oppmerksomhet innen feltet (Brewin & Holmes, 2003).

1.3 Konsekvenser og komorbiditet

Utvikling av kroniske plager kan være svært belastende og ha store konsekvenser for livene til de det gjelder. Endrede følelser og de fysiske symptomene kan medføre at man føler seg fremmed i egen kropp. Mange beskriver at de ikke lenger kan forholde seg til verden eller til andre mennesker som ikke har opplevd traume, og relasjonen til venner og familie endrer seg (National Institute for Clinical Excellence, 2005). De føler seg annerledes. For den traumatiserte kan emosjonell distansering være en måte å skåne seg selv på, men det kan samtidig ha en negativ effekt ved at individet ikke lenger evner å finne glede i aktiviteter som tidligere var lystbetonte og som ga livet mening. Distansering fra andre kan i tillegg medføre ytterligere isolasjon som påvirker både selvtilliten og humøret negativt, og man ender opp i en ond sirkel som er vanskelig å bryte.

I tillegg til isolasjon fra det sosiale nettverket er det også mange som ikke lenger er i stand til å utføre sitt vanlige arbeide etter den traumatiske hendelsen. Symptomer på gjenopplevelse og problemer knyttet til dårlig søvn, konsentrasjonsproblemer og oppmerksomhetsvansker gjør det vanskelig å fungere i jobbsammenheng, og utestengelse fra yrkeslivet kan medføre økt isolasjon og ensomhet. Det kan i tillegg resultere i økonomiske bekymringer som en ekstra kilde til stress, som videre kan virke inn på symptomnivået og forsterke de psykiske problemene individet allerede har.

Det er også slik at PTSD sjeldent opptrer alene, og komorbide tilstander er svært vanlig (Bloom, 2000). Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes og Nelson (1995) fant at det var åtte ganger større sannsynlighet for å ha tre eller flere andre psykiatriske diagnoser hos de med PTSD i forhold til de som ikke har fått denne diagnosen. Studier utført i USA antyder at

så mange som 80 prosent av pasientene med livslang PTSD også lider av livslang depresjon, andre angstlidelser som for eksempel panikklidelse, eller avhengighetsproblematikk (NICE, 2005). Selvmordstanker forekommer også hyppigere blant de med PTSD enn de uten diagnosen, og assosiasjonen mellom PTSD og suicidalitet er funnet å være sterkere enn for noen annen angstlidelse (Kessler, 2000). Dette kompliserer lidelsen ytterligere og gjør tilstanden mer belastende for de som rammes.

Det finnes flere hypoteser om hvorfor komorbiditetsraten er så høy. En forklaring kan være at andre lidelser som eksisterte forut for traumet, utgjør en sårbarhet. Andre muligheter er at andre lidelser er forårsaket av PTSD, eller at flere lidelser utvikler seg samtidig på grunn av felles risikofaktorer (Bloom, 2000). Stor symptomoverlapp mellom lidelsene kan også være en medvirkende årsak (Tysland, 2003). Kessler (2000) refererer til studier som viser at dersom man skiller mellom de med aktiv PTSD og de med PTSD i remisjon, ser man at det kun er den førstnevnte gruppen som har forhøyet risiko for sekundære lidelser. Dette indikerer at årsaksmechanismene som fører til assosiasjonen mellom PTSD og andre lidelser i etterkant av traumet ikke skyldes en underliggende sårbarhet for PTSD, men heller faktorer assosiert med PTSD i seg selv.

1.4 Problemstilling

Mange utsettes for traumatiske hendelser i løpet av livet, men kun et fåtall av disse utvikler kroniske problemer av svært alvorlig grad som følger av traumet. Oppgaven har som mål å belyse ulike kognitive faktorer som kan bidra til å forklare hvorfor noen har økt sannsynlighet for å utvikle PTSD etter å ha vært i en trafikkulykke. Trafikkulykker ble valgt på bakgrunn av at dette er et enkeltstående traume som forekommer hyppig, og som rammer relativt bredt i befolkningen.

Jeg vil først gjennomgå hva som i ulike teorier er antatte faktorer av betydning, og videre se på empiriske funn i forhold til dette. Deretter vil jeg diskutere den kliniske

relevansen med utgangspunkt i hvilke konsekvenser funnene kan ha for behandling og intervensjoner i etterkant av opplevd traume. Oppgaven er avgrenset til å diskutere ulike kognitive variabler knyttet til traumatiske enkelthendelser.

1.4.1 Litteratursøk

Databasene ISI Web of Science, PubMed, PsychInfo og Google Scholar er gjennomført ved flersøk i bibliotekportalen Metalib med følgende søkeord alene og i kombinasjon: ”trauma”, ”post traumatic stress disorder”, ”posttraumatic stress syndrome”, ”motor vehicle accidents”, ”road traffic accidents”, ”risk factors”, ”cognitive factors”, ”cognitive vulnerabilities”, ”psychological factors”. Stor litteraturmengde og selektering av relevante artikler kan medvirke til at empirien som omtales i denne oppgaven sannsynligvis ikke dekker hele området.

1.4.2 Hvorfor kognitive faktorer?

Kognitive faktorer står sentralt både teoretisk og empirisk i forklaringen av forekomsten av PTSD (Elwood et al., 2009). Flere studier indikerer at den subjektive oppfatningen av og tankene rundt den traumatiske hendelsen er av større betydning for utviklingen av PTSD etter trafikkulykker enn de mer objektive målene som type, alvorlighetsgrad og varighet av traumet (Dörfel, Rabe & Karl, 2008; Steil & Ehlers, 2000). Dörfel et al. (2008) fant at objektive faktorer som skadeomfang ikke korrelerte med grad av symptomer etter trafikkulykke. Dunmore, Clark og Ehlers (1999) refererer også til en rekke studier av ulike traumatiske hendelser som indikerer at kognitive faktorer kan være minst like viktige for utviklingen og opprettholdelsen av PTSD som alvorlighetsgrad og variasjon i pretraumatiske opplevelser.

De kognitive modellene for psykopatologi tar utgangspunkt i at informasjon representeres mentalt på ulike måter som kalles kognitive skjema (Dalglish, 2004). Det tas utgangspunkt i at mentale prosesser som tolkning, oppmerksomhet og hukommelse virker inn

på forholdet mellom hendelser og de emosjonelle responsene på hendelsene. Kognitiv sårbarhet har sitt utspring i fra den individuelle sammensetningen av kognitive antakelser og bias, ut fra tankemønster som regnes som å ligge latent inntil de utløses av tilstrekkelig stressende eller negative livsopplevelser. Når disse aktiveres påvirker de hvordan individet opplever, tolker, organiserer og husker den negative hendelsen eller vurderer fremtidig fare. Det legges stor vekt på kognitiv dysfunksjon i dagens teorier om PTSD, og det er funnet empirisk støtte for mange hypoteser med opphav i kognitiv teori. Samtidig har kognitiv atferdsterapi vist seg å være en av de mer effektive og foretrukne behandlingsmetode vi har for PTSD per i dag (Elwood et al., 2009; Paunovic, 1998).

Nyere kognitive teorier og forskning er opptatt av den individuelle opplevelsen av hendelsen, men det kan tenkes at det også finnes kognitive faktorer involvert i opprettholdelse som går utover de relatert til selve traumet, og som inkluderer individets tolkning av symptomene (Ehlers & Steil, 1995). Flere forskere har understreket at det er et skille mellom hvorfor symptomer utvikles og hvordan de opprettholdes (Ehlers & Clark, 2000; Dunmore et al., 1999; Ehlers & Steil, 1995). Faktorer relatert til utvikling av PTSD utforskes ved å sammenligne de som har fått PTSD med de som ikke har det, mens faktorer relatert til opprettholdelse undersøkes ved å sammenligne de som har kommet tilbake til normalt funksjonsnivå etter å ha vært diagnostisert med PTSD med de som fortsatt har diagnosen (Dunmore et al., 1999). Bakgrunnen for å skille mellom utvikling og opprettholdelse er at de fleste som eksponeres for et traume i noen grad opplever forbigående symptomer i kjølvannet av hendelsen. Å oppleve symptomer virker dermed som en naturlige del av den prosessen man går i gjennom etter å ha opplevd noe oppskakende. Det er når symptomene opprettholdes og blir kroniske at PTSD utvikles. Både faktorer som bidrar til utvikling og opprettholdelse av PTSD vil bli drøftet i oppgaven, og da de samme variablene ofte kan være sentrale i både utvikling og opprettholdelse vil de bli drøftet under ett.

1.4.3 Trafikkulykker som traume

Trafikkulykker regnes for å være de hyppigste enkeltstående hendelsene som kan forårsake PTSD (Blanchard & Hickling, 1997; Norris, 1992), og de utgjør en ledende årsak til død, skade og varige handikap i den vestlige verden (Winje, 1997). Hvert år regner man med at over én prosent av den amerikanske befolkningen er involvert i en eller flere alvorlige trafikkulykker (Blanchard & Hickling, 1997). Det hevdes å være den mest vanlige traumatiske opplevelsen blant amerikanske menn med en livstidsprevalens på 25 prosent, og den nest vanligste blant kvinner med en livstidsprevalens på 13,8 prosent (Kessler et al., 1995).

I Norge var det i følge Statistisk Sentralbyrå (SSB, 2010) registrert 10 868 personer som ble alvorlig skadet i trafikken i 2008. *Alvorlige skader* regnes som alle skader med unntak av de som medfører et behov for kun kortvarig behandling, samt de skader som medfører dødsfall innen et år etter ulykken. Selv om det føres løpende statistikker over antall skadede er disse tallene svært usikre da man antar at mange ulykker og skader ikke blir rapportert. I 2007 ble det registrert over 12 000 personskader, mens det totale antall skader ble antatt å være tre ganger så høyt og omfatte rundt 32 500 lettere skader og 3 600 alvorlige skader per år (Folkehelseinstituttet, 2010).

Mange av de som rapporterer om symptomer i etterkant av en trafikkulykke opplever bedring og symptomlette over tid. I en britisk studie fant Ehlers, Mayou og Bryant (1998) at prevalensen for PTSD lå på 23,1 prosent tre måneder etter trafikkulykken og 16,5 prosent etter ett år. Noen år senere foretok de samme forskerne en prospektivt studie hvor de viste at forekomsten etter tre år var gått ned til 11 prosent (Mayou, Ehlers & Bryant, 2002). Dette er i tråd med funn fra studier som er gjort på PTSD etter andre typer traumer, som viser at det er en liten andel som utvikler kroniske plager, mens de fleste som utviser symptomer kort tid

etter opplevd traume kommer seg tilbake til normalt funksjonsnivå uten behov for større intervensjoner og profesjonell hjelp.

2.0 Teorier om PTSD

Til tross for en stadig økende mengde forskning på feltet finnes det per i dag ingen universell teori som forklarer forekomsten av PTSD. Det finnes likevel en rekke likhetstrekk ved de modellene som eksisterer. Brewins og Holmes (2003) har i en oversiktsartikkel oppsummert hovedlinjene i den forskningen som er gjort, samt redegjort for hovedpunktene i de teoriene som anvendes oftest i dag. Jeg vil i det følgende gå nærmere inn på to modeller som er blant de mest anerkjente (Bisson, 2009). Teoriene integrerer kunnskap fra blant annet læringsteori, klassisk kognitiv teori og informasjonsprosesseringsmodeller.

2.1 Ehlers og Clarks kognitive modell

Ehlers og Clarks (2002) detaljerte kognitive modell om opprettholdelse av PTSD retter oppmerksomheten mot det at PTSD-pasienter opplever angst knyttet til fremtiden, til tross for at traumeopplevelsen ligger i fortiden. Forfatterne tenker seg at den patologiske responsen på traumet oppstår når personen prosesserer informasjon på en måte som skaper følelsen av en konstant tilstedeværende trussel (*current threat*). Det kan oppleves som en ytre trussel mot sikkerhet eller som en indre trussel mot selvet og fremtiden. Følelsen av tilstedeværende trussel følges av symptomer knyttet til gjenopplevelse, fysiologisk aktivering og emosjonelle responser. Den motiverer til ulike atferdsmessige og kognitive responser som er ment å redusere trusselen og angsten, men som i stedet virker mot sin hensikt og hindrer kognitiv endring i tolkningen av det traumatiske minnet. Teorien forklarer traumatiske minner som at de er dårlig elaborerte og at de ikke har en fullstendig kontekst å plasseres i med hensyn til tid og sted. Dette fører til at minnene ikke blir integrert i det autobiografiske minnet på en adekvat måte.

I følge Ehlers og Clark (2002) er det i hovedsak negative tolkninger av selve traumet og/eller konsekvensene av det samt opprinnelsen til minnene om traume som ligger til grunn for følelsen av tilstedeværende trussel. Relevante negative tolkninger som ofte går igjen er at individet overgeneraliserer fare og tolker vanlige aktiviteter som farligere enn de er ("jeg kan aldri mer kjøre bil, for det vil komme til å skje meg igjen"), vurderer egne handlinger negativt ("jeg fortjente det"), tenker negativt om følgene av traumet ("jeg vil aldri kunne forholde meg til andre mennesker igjen") og måten disse opplevelsene kan påvirke fremtidsutsiktene på ("kroppen min er ødelagt", " jeg kommer aldri til å kunne gjøre ... igjen"). Faktorer som øker sannsynligheten for negative tolkninger er blant andre tankeprosesser under traumet og tidligere erfaringer.

2.2 Emosjonell prosessingsteori

Emosjonell prosesseringsteori har utviklet seg over tid og blitt tilpasset traumefeltet av blant andre Foa og Riggs (1993) og Foa og Rothbaum (1998). Teorien integrerer lærings- og personlighetsteori med kognitive teorier i forsøket på å forklare hvorfor noen utvikler PTSD. Teorien er basert på en antakelse om at negative hendelser i de fleste tilfeller blir gjenopplevd emosjonelt, men at styrke og hyppighet vanligvis avtar over tid på grunn av habituering. De som utvikler PTSD opplever ikke denne habitueringen fordi individet ikke tillater seg selv å huske eller gjenoppleve emosjoner som er assosiert med hendelsen. Slik oppstår det et minne for hendelsen som inneholder feilaktige assosiasjoner og vurderinger. Dette medfører patologisk frykt for minnet, som resulterer i unngåelsesatferd. På den måten oppstår en ond sirkel hvor kognitiv og atferdsmessig unngåelse fører til økt grad av gjenopplevelse og aktivering, som igjen virker forsterkende og øker frykten ytterligere.

I emosjonell prosesseringsteori fremheves særlig tre faktorer som er av betydning for utvikling av PTSD: personens skjema om seg selv og verden forut for traumet, minnene fra traumet, og minnene knyttet til de posttraumatiske opplevelsene (Foa & Riggs, 1992).

Personer med mer rigide pretraumatiske antakelser antas å være mer sårbare for PTSD.

Antakelsene kan være positive ved at man ser seg selv som ekstremt kompetent og ser verden som en svært trygg plass å være, og at traumeopplevelsen følgelig snur opp-ned på denne antakelsen. Antakelsene kan også være negative ved at man ser på seg selv som inkompetent og at verden er farlig. Ved opplevelsen av et traume får man bekreftet antakelsene sine. Det antas at rigiditet gjør det vanskeligere å tilpasse den nye opplevelsen til de skjemaene individet allerede har.

3.0 Kognitive faktorer ved PTSD

I det følgende beskrives nærmere noen av de kognitive faktorene som synes å spille en rolle i utviklingen og opprettholdelsen av symptomer, og som kan relateres til de kognitive teoriene presentert. Ehring, Ehlers og Glucksman (2008) undersøkte i hvor stor grad variabler hentet fra kognitive teoretiske modeller kan predikere hvem som er i risikozonen for å utvikle PTSD etter en trafikkulykke. Variablene ble sammenlignet med etablerte risikofaktorer hentet fra Ozer et al. (2003) sin metaanalysen, og med symptomnivå målt like etter at den traumatiske hendelsen hadde funnet sted. De faktorene som var inkludert i studien var kognitiv prosessering under trafikkulykken, kvaliteten på minnene fra hendelsen, negativ tolkning av ulykken og konsekvensene, sikkerhetsatferd, grubling og vedvarende dissosiering. Resultatene viste at teoretisk deriverte faktorer hadde større prediktiv verdi enn de etablerte faktorene hentet fra metaanalysen. Forskerne fant også at man ved hjelp av kognitive faktorer kan forutsi senere alvorlighetsgrad av PTSD med større sikkerhet enn dersom man tar utgangspunkt i det initiale symptomnivået. På bakgrunn av dette har jeg valgt å ta utgangspunkt i variabler hentet fra kognitive teoretiske modeller for PTSD.

Blant mange potensielle risikofaktorer vil kun variabler som det er funnet signifikant empirisk støtte for i flere studier drøftes i denne oppgaven. De kognitive faktorene som utdypes er grunnleggende antakelser om seg selv og verden, tolking av den traumatiske

hendelsen, tolking av symptomer, samt sammenhengen mellom emosjoner og kognisjoner. I tillegg diskuteres noen av de mest sentrale mestringsstrategier som oftest går igjen hos individer som utvikler PTSD etter trafikkulykker: tankeundertrykkelse, grubling og ønsketenking.

3.1 Grunnleggende antakelser

Gjennom erfaringer og opplevelser utvikler mennesker enkelte grunnleggende oppfatninger (skjemaer) av hvordan verden henger sammen. Disse benyttes til å organisere kunnskap på ulike abstraksjonsnivåer og skaper orden i et kaos av kontinuerlige erfaringer vi gjør oss (Dalglish, 2004). Dette gjør det enklere å finne en mening i ting som skjer rundt seg, samtidig som verden oppleves som mer forutsigbar. Etter hvert som man får flere erfaringer, vil de nye opplevelsene tilpasses og integreres i de eksisterende skjemaene.

Når et individ utsettes for et traume vil denne hendelsen oppleves som et så dramatisk avvik fra det man hadde forventet at hendelsen ikke passer inn i det grunnleggende systemet av antakelser man allerede har. Når antakelsene rokkes ved på en uventet måte skaper det kognitiv dissonans, ettersom det man tidligere trodde på har vist seg ikke lenger å være gyldig. For eksempel kan det å bli utsatt for en trafikkulykke når man har fulgt kjørereglene utgjøre en potensielt traumatisk hendelse som det er vanskelig å ta innover seg fordi den ikke stemmer overens med slik verden skal/burde fungere (Brewin & Holmes, 2003). Den traumeutsatte kan miste troen både på seg selv og verden, og kjenne seg sveket. Det kan også medføre at man mister troen på andre menneskers gode intensjoner og evnen til å stole på andre. Verden blir oppfattet som et usikkert sted hvor man aldri helt kan vite hva som kommer til å skje. Invaderende symptomer tenkes å bli opprettholdt av uoverensstemmelsen mellom den uintegreerte traumerelaterte informasjonen og skjemaene (Paunovic, 1998).

Empiri: Det er funnet assosiasjoner mellom globale negative antakelser og PTSD i flere studier basert på ulike typer traumer, deriblant trafikkulykker (Resick, Schnicke &

Makrway, 1991, omtalt i Dunmore et al., 1999). Den mest vanlige responsen på traumatiske hendelser er en umiddelbar intens følelse av sårbarhet som står i sterk kontrast til den tidligere illusjonen om trygghet forut for traumet. De psykiske følgene av traumet ses på som resultater av en prosess som involverer håndtering av den nye informasjonen slik at den passer inn med allerede eksisterende antakelser som er utviklet over lang tid i relasjonen til signifikante andre (Bower & Sivers, 1998).

Forskning viser at mennesker har en tendens til å strebe mot å opprettholde status quo med hensyn til innholdet i de kognitive skjemaene (Dalglish, 2004). Det er også vist at mennesker er relativt sett bedre til å huske skjemakonsistent informasjon enn den som bryter med de grunnleggende antakelsene (Fiske & Taylor, 1991, omtalt i Bower & Sivers, 1998), samtidig som man finner en tilbøyelighet til å tolke ny informasjon slik at den støtter de allerede eksisterende skjemaene. Dette gjelder særlig når det er de grunnleggende antakelsene som settes på prøve (Bower & Sivers, 1998), noe som kan forklare hvorfor den traumeutsatte engasjerer seg i unngåelsesatferd.

I kvalitative studier beskriver Janoff-Bulman (1992) menneskers grunnleggende tro på at verden er et godt og trygt sted å være. Studiene viser hvordan invaderende symptomer og gjenopplevelse av traumet avtar etter hvert som de traumatiske og negative aspektene integreres i individets tidligere skjemaer. Dette kan tolkes som støtte for teorien om at det er språk mellom tidligere antakelser og nye erfaringer som gjør individet ute av stand til å håndtere traumet fordi det traumatiske truer individets virkelighet.

Blant personer som har vært utsatt for et traume er det registrert høyere grad av negative antakelser om seg selv, andre og verden hos de som er diagnostisert med PTSD sammenlignet med de som ikke er det (Dunmore et al., 1999). I tillegg er manglende tro på andre menneskers gode intensjoner funnet hos PTSD-pasienter, særlig blant de som

rapporterer om mye sinne rettet mot andre (Andrews et al., 2000, omtalt i Brewin & Holmes, 2000).

3.2 Tolkning av hendelsen

Graden av trussel og frykt i forbindelse med en trafikkulykke avhenger av hvordan man tolker hendelsen. Personer med en subjektiv følelse av at liv og helse står i fare har større sannsynlighet for å utvikle PTSD (NICE, 2005), og måten informasjonen innkodes på under ulykken utgjør en faktor som virker inn på utvikling og opprettholdelse av PTSD-symptomer (Dunmore et al., 1999). Samtidig forekommer trafikkulykker ofte så raskt at man ikke rekker å fatte hva som skjer før det er over. Det medfører at muligheten for å tolke hendelsen, og generere dertil passende følelser, ofte først lar seg gjøre i etterkant av opplevelsen (Brewin & Holmes, 2003). Negative antakelser trenger derfor ikke nødvendigvis å oppstå under traumet, men kan være et resultat av en tolkningsprosess som finner sted etter at faren er over.

Det er stor variasjon i hvordan ulike individer opplever og tolker den samme situasjonen, og man antar at den negative idiosynkratiske meningen det enkelte individ tillegger hendelsen og minnene etter traumet spiller en stor rolle i opprettholdelsen av posttraumatiske symptomer (Ehlers & Steil, 1995). Ehlers og Clark (2000) tar i sin modell utgangspunkt i at de som opplever at symptomene vedvarer over tid, ikke er i stand til å se traumet som en tidsavgrenset hendelse uten globale, negative implikasjoner for fremtiden. I motsetning til dette tenker de at individer som opplever bedring og symptomlette klarer å legge traumet bak seg slik at det ikke lenger utgjør en opplevd trussel her og nå. Den negative tolkningen hos de med vedvarende symptomer kan være enten ekstern ("verden er et farlig sted å være") og/eller internt i personen (truer individets oppfatning av seg selv som en akseptert og dugende person, som kan oppnå de mål han eller hun setter seg i livet). Slike kognisjoner medfører at verden oppleves som meningsløs, ukontrollerbar og upredikerbar (Dalglish, 2004).

En annen side ved forståelsen av traumet er hvordan man forklarer årsakene til ulykken. I følge attribusjonsteori har mennesker behov for å gi en forklaring på hendelser som foregår rundt dem, spesielt når det er noe utenom det vanlige, noe uønsket eller uventet som skjer (Paunovic, 1998). Mennesker som går igjennom et traume opplever behov for å finne en mening med det. Situasjonen tolkes og analyseres, og den traumeutsatte begynner å reflektere rundt mulige årsakssammenhenger. Dette åpner opp for muligheten til å danne seg formeninger om fordeling av ansvar og skyld. I generell psykologi er det konsensus om at indre, stabile og globale attribusjoner er uheldige, og at disse er assosiert med psykiske vansker av ulike slag (Massad & Hulse, 2006), og en av forklaringene på dette kan være at slike attribusjoner ofte har sammenheng med selvbebreidelse.

Empiri: Studier viser at negative tolkninger av hva som skjedde og hvordan personen i etterkant tenkte rundt dette er vanlig hos flertallet i etterkant av å ha opplevd en trafikkulykke, men i større grad hos de som rapporterer om vedvarende symptomer (Michael, Halligan, Clark & Ehlers, 2007). En studie utført av Ehlers, Mayou og Bryant (1998) indikerer at negative tolkninger av minnene fra den traumatiske hendelsen er en av de største prediktorene for kronisk PTSD blant de som har vært involvert i en trafikkulykke, mens en annen studie indikerer at negative tolkninger også korrelerer med tregere bedringsprosess (Dunmore et al., 1999). Denne gruppen viser også en større tendens til å overgeneralisere fra den traumatiske hendelsen ("jeg ble påkjørt av en blå bil, ergo så er blå biler farlige") og tolke selv normale aktiviteter som farligere enn de egentlig er ("jeg kan ikke krysse gata for da kommer jeg til å bli påkjørt"), eller å overdrive sannsynligheten for at noe lignende vil skje igjen ("jeg tiltrekker meg katastrofer, jeg kan aldri mer kjøre bil"). Samtidig tar de oftere hendelsen som bevis på at det er dem det er noe galt med (Steil & Ehlers, 2000). Manglende følelse av mestring og tro på seg selv ("hvis noe lignende skjer meg igjen kommer jeg til å gå i oppløsning") er også vanlig.

Hos de som tillegger minnene dysfunksjonelle meninger ser man ofte økt grad av bekymring, som medfører fysiologisk aktivering. Dette kan ha uheldige konsekvenser ved at det fungerer som en indre trigger for å oppleve ytterligere grad av ubehagelige minner (Bower & Sivers, 1998). Samtidig kan det bli en selvoppfylgende profeti som bekrefter den negative meningen de påtrengende minnene har for personen, slik at det utvikler seg en ond sirkel som er med på å opprettholde symptomene og bekymringen.

Negative tolkninger av ulykken kan predikere bruk av mestringsstrategier som unngåelse, tankeundertrykkelse, grubling og distraksjon (Steil & Ehlers, 2000) ved at det øker motivasjonen for slik atferd. Bruk av unngåelsesstrategier assosieres med utvikling og opprettholdelse av PTSD, og vil bli tatt opp som egen tema senere i oppgaven.

Når det gjelder attribusjon og PTSD understreker Massad og Hulsey (2006) at man bør være forsiktig med å anta at sammenhengen mellom attribusjon og PTSD nødvendigvis er den samme for alle former for traume. Studier av overgrepsoffer viser at interne attribusjoner der individet ser seg selv som årsak til hendelsen er assosiert med dårligere utfall med hensyn til PTSD, mens andre studier av krigsveteraner er samstemte i sine funn om at eksterne attribusjoner hvor årsakene til traumet tilskrives noe utenfor en selv korrelerer med mer symptomer. En studie utført av Hickling, Blanchard, Buckley og Taylor (1999) indikerte at når det gjelder trafikkulykker er det de som selv tar på seg skylden for hendelsen som opplever minst symptomer. Denne gruppen viste også raskere bedring de første seks månedene etter trafikkulykken enn de som legger skylden på andre eller på faktorer i miljøet. Disse funnene er i tråd med tidligere forskning utført av Delahanty et al. (1997). Attribusjon av ansvar synes å spille en sentral rolle både for den første reaksjonen på ulykken, og ved senere oppfølging. Årsakene til disse funnene er ikke klarlagte, men Hickling et al. (1999) antar at det kan være følelsen av å være offer, samt opplevelse av større sårbarhet for

fremtidige ulykker, som ligger til grunn for at symptomene vedvarer hos de som ikke attribuerer ansvaret til seg selv.

3.3 Tolkning av symptomer

En annen kilde til subjektivt oppfattet trussel er personens tolkning av symptomene han eller hun opplever i etterkant av en dramatisk hendelse. Kognitiv tolkning av symptomer står sentralt i opprettholdelsen av flere typer angstlidelse (Ehring, Frank & Ehlers, 2008; Steil & Ehlers, 2000). Dette antas også å gjelde for de med PTSD ved at reaksjonene etter traumet blir tolket på en dysfunksjonell og negativ måte. Symptomene kan for eksempel oppfattes som tegn på at man ikke strekker til, at man ”fortjener” å ha det vondt, eller som tegn på at man er i ferd med å bli gal.

Påtrengende ubehagelige minner utgjør en fremtredende del av diagnosen PTSD, og er ett av symptomene som skiller PTSD fra andre angstlidelser. Påtrengende minner kan oppleves i form av flashbacks, tanker eller bilder. Slike minner har vist seg å være vanlig hos folk som har opplevd en traumatisk hendelse, både blant de med PTSD-diagnosen og de uten (Steil & Ehlers, 2000). Påtrengende minner anses derfor ikke som patologisk i seg selv, men måten den traumatiserte forholder seg til disse minnene på kan være av betydning for hvem som utvikler PTSD og ikke.

Empiri: I tråd med dette observert Ehlert og Steil (1995) at de aller fleste som har vært utsatt for et traume ser de påtrengende minnene som en normal del av en forbedringsprosess etter å ha opplevd noe rystende. Dette gjaldt også de som hadde vært involvert i trafikkulykker. Funnene viste i tillegg at en liten andel av de traumeutsatte som hadde økt risiko for å utvikle PTSD tolket minnene og symptomene fra ulykken som noe negativt, ved for eksempel å ta det som et tegn på at de holder på å miste forstanden. Eksempler på dysfunksjonelle tolkninger kan være ”livet mitt er ødelagt”, ”jeg vil aldri kunne gjøre ... igjen”, eller ”det kommer til å skje igjen”. Dette ble tolket som at den kognitive

prosesseringen av symptomer i seg selv kan være en viktige faktorer i opprettholdelsen av de samme symptomene.

Flere studier indikerer en sammenheng mellom negativ respons på de initiale symptomene og utvikling av PTSD (Ehlers & Steil, 1995; Foa & Riggs, 1993). Dersom man tolker den negative emosjonelle responsen som et tegn på at man er ustabil, gal eller ute av kontroll, vil disse følelsene mest sannsynlig representere en trussel mot hvordan individet ser på seg selv. Steil og Ehlers (2000) sin studie viste moderat høy korrelasjon mellom det å tillegge påtrengende minner negativ mening og PTSD-symptomer tre måneder og ett år etter hendelsen. De forklarer effekten av den negative tolkningen som at den i stor grad bestemmer hvor stressende hendelsen oppleves i ettertid, samt at den er avgjørende for i hvilken grad personen engasjerer seg i strategier for å forsøke å kontrollere de påtrengende minnene. Ehlers og Steil (1995) fant at de fleste som hadde vært utsatt for en trafikkulykke fortsatt opplevde påtrengende minner i lang tid etter hendelsen, men at 24 prosent av disse ikke rapporterte om bekymring eller stress i forhold til disse. Det kan tolkes som støtte til teorien om at individets tolkning og forståelse av symptomene er vesentlig for hvorvidt symptomene opprettholdes.

Den generelle opplevelsen av å få symptomer kan i seg selv tas som et tegn på at man ikke er sterk nok. I tillegg har man den mer spesifikke tolkningen av enkeltsymptomer. Påtrengende minner og invaderende bilder kan tolkes som tegn på hjerneskade, eller som tegn på at individet kommer til å måtte lide resten av livet som følge av ulykken (Ehlers & Steil, 1995). Opplevelsen av emosjonell nummenhet kan for eksempel tolkes som at "jeg er død innvendig". Konsentrasjonsproblemer kan oppfattes som at "hjernen er ødelagt", "jeg kommer til å miste jobben" eller "jeg vil aldri bli den samme igjen". Ved fysiske skader er det vanlig å tenke på alt man aldri mer vil kunne gjøre. Tanker om at man er skadet for livet kan hindre at individet klarer å akseptere det som har skjedd og legge det bak seg.

De som lider av PTSD opplever også ofte vanskeligheter med å intensjonelt gjenkalle det komplette minnet av den traumatiske hendelsen, samtidig som de rapporterer om hyppige ufrivillig triggende minner (Ehlers & Clark, 2000). Det intensjonelt gjenkalte minnet er ofte fragmentert, dårlig organisert og dårlig integrert i det autobiografiske minnet, noe man antar har med innkoding og hvordan minnet lagres i hukommelsen å gjøre. Noen tolker det at de ikke klarer å huske deler av den traumatiske opplevelsen som at disse elementene må være uutholdelige. Å ikke huske detaljene fra hendelsen kan bidra til å opprettholde følelsen av en stadig tilstedeværende trussel gjennom at individet tolker det som at "det må være noe galt med meg siden jeg ikke husker dette" eller "kanskje jeg har fått en hjerneskode". Det vil også kunne medføre et vedvarende forhøyet nivå av angst ved at individet stadig frykter at de uutholdelige opplevelsene fra traumet plutselig skal dukke opp i bevisstheten, samtidig som det genererer følelser av skyld, skam og sinne, som kan hindre akseptering av traumet og den emosjonelle prosesseringen (Dunmore et al., 1999).

Hvordan man tolker andres responser er også et tema, selv ved positive reaksjoner fra andre ("sympati fra andre betyr at jeg er svak"). Dersom andre trekker seg unna kan det føre til følelser av skyld, skam og sinne hos den traumeutsatte. Noen vil tenke at andre ikke orker å være sammen med den "nye" forandrede meg.

3.4 Emosjoner og kognitiv prosessering

Emosjoner og kognitiv prosessering er nært knyttet sammen. Tanker og kongruente følelser påvirker hverandre, og når man opplever sterke emosjoner vil ord, tema og slutningsregler som assosieres med disse, bli mer tilgjengelige (Bower & Sivers, 1998). En traumatisert person opplever ofte angst og fremstår som oversensitiv for tegn på fare, samtidig som bevisstheten fylles med påtrengende minner og bilder på de fryktede scenarioene. Den selektive oppmerksomheten mot frykttanker og opplevd trussel fungerer samtidig som en feedback, og aktivere ytterligere frykt i en ond sirkel.

Sinne er en vanlig reaksjon på traumet, som ofte går igjen hos de som utvikler PTSD (Mayou et al., 2002; Paunovic, 1998). Det kan oppstå som en konsekvens av at man bebreider andre for ulykken, eller som følge av irritabilitet knyttet til aspekter ved situasjonen som ikke var tilsiktet eller som ikke kunne vært gjort annerledes. Som nevnt tidligere har man funnet at ekstern attribusjon er uheldig i sammenheng med PTSD og trafikkulykker. Sinne kan også hindre en realistisk oppfatning av ansvar og skyld, samtidig som det kan påvirke individets opplevelse av verden.

Dissosiasjon er et fenomen som ofte forbindes med psykopatologi. Dissosiering defineres som en subjektiv opplevelse av emosjonell nummenhet, depersonalisering, derealisering og perseptuelle forandringer (Ehlers et al., 1998). Individer som dissosierer opplever en ”forstyrrelse i selvet” og rapporterer om opplevelser av å føler seg uvirkelige, samtidig som de distanserer seg fra traumet og opplever det som om det egentlig ikke har hendt dem i det hele tatt. Bower og Sivers (1998) viser i sin artikkel til en rekke studier som indikerer at dissosiative opplevelser er relativt vanlig ved ulike former for traume. Dissosiering regnes som en form for mestringsstrategi som beskytter personen i møtet med opplevelsen av overveldende skremsel og traumatisk stress (Brett & Bremner, 1997), og det har blitt identifisert både som en akutt respons på overveldende hendelser og som en mer kronisk tilstand etter opplevd traume.

Empiri: Et kriterium for å oppfylle diagnose for PTSD i følge DSM-IV (APA, 1994) er at personen har opplevd intens frykt, hjelpeløshet eller skremsel (*horror*) under traumet. Det rapporteres om slike opplevelser både blant de som utvikler symptomer og de som ikke gjør det, men det er funnet å være mer vanlig hos individer med PTSD (Brewin & Holmes, 2003). Dunmore et al. (1999) fant at tolkning av følelsene som skremmende, ukontrollerbare eller uaksepterbare er assosiert med kronisk PTSD.

Det finnes også en liten andel blant de med PTSD som ikke rapporterer om frykt og hjelpsløshet, men hos disse er det funnet en høyere grad av sinne og skamfølelser (Brewin & Holmes, 2003). Sinne kan blokkere adekvat emosjonell prosessering av traumet eller forstyrre individets grunnleggende skjemaer slik at vedkommende ikke lenger har tro på andre menneskers gode intensjoner og at verden er meningsfull. Samtidig kan følelsene medføre økt hyppighet av påtrengende minner gjennom grubling rundt urettferdighet (Paunovic, 1998).

En måte å undersøke mulige sammenhenger mellom emosjoner og kognisjoner på, er ved å teste personer med PTSD opp mot en kontrollgruppe på oppgaver med tvetydige homofoner (Bower & Sivers, 1998). Individene får muntlig presentert ord som har flere betydninger, og som de skal skrive ned på et papir. Det viser seg at PTSD-pasienter er mer tilbøyelige enn kontrollgruppen til å stave DIE enn DYE, PAIN fremfor PANE og GROAN fremfor GROWN (Bower & Sivers, 1998). Dette tolker man som at den traumeutsattes angst aktiverer ord og tema knyttet til skjemaet om ulykken, og dette medfører at disse ordene blir mer tilgjengelige i hukommelsen. Paunovic (1998) viser også til forskning som antyder at individer med PTSD har selektiv oppmerksomhet rettet mot trusselord som er spesifikke for den typen traume de har opplevd, deriblant for de som har vært innblandet i trafikkulykker.

Av emosjonelle responser under traumer er opplevd trussel mot liv en av de mest konsekvente faktorene som korrelerer med grad av symptomer etter traume. Basert på en undersøkelse konkluderte Blanchard et al. (1996) med at oppfattet trussel, sammen med graden av skade, kunne forklare 12,2 prosent av variansen i alvorlighetsgrad av symptomer. I overensstemmelse med dette konkluderte Ehlers et al. (1998) med at den emosjonelle responsen under traumet er en sentral prediktor for utvikling av PTSD-symptomer. Selvrapporing av hvor skremmende ulykken hadde vært, som et mål på opplevd livstrussel, korrelerte med PTSD-diagnose og alvorlighetsgrad både tre måneder og ett år etter ulykken.

Den samme studien viste at dette også var tilfelle for peritraumatisk dissosiasjon. De som hadde dissosiert under traumet opplevde større grad av symptomer både ved tre måneder og ett år etter ulykken. Resultater publisert av Ursano et al. (1999) viste at de som har opplevd peritraumatisk dissosiasjon synes å ha nesten fem ganger større risiko for å utvikle kroniske posttraumatiske symptomer etter trafikkulykker enn de som ikke opplevde dissosiering. I følge en metaanalyse (Ozer et al., 2003) er peritraumatisk dissosiasjon en av de mer betydningsfulle faktorene for utvikling og opprettholdelse av PTSD som hittil har blitt identifisert.

3.5 Bruk av kognitive mestringsstrategier

Mestring defineres som de prosessene individet benytter seg av for å modifisere ugunstige/uheldige aspekter ved miljøet rundt seg, samt å minimalisere indre følelse av trussel forårsaket av stress. Mestringsstrategiene virker i utgangspunktet hensiktsmessige, men de kan få negative konsekvenser over tid. Hvilke type mestringsstrategi som blir brukt er en viktig faktor som bidrar til den konstante følelsen av trussel her og nå, samt de antakelsene som har utviklet seg i forbindelse med dette, vedvarer over tid. Gjennom ulike former for unngåelse opprettholdes negative tanker ved at de hindres fra å bli avkreftet. Unngåelsesatferd er karakteristisk hos de som har utviklet PTSD, spesielt bruk av kognitive unngåelsesstrategier (Steil & Ehlers, 2000).

I det følgende fokuseres det på tre former for mestringsstrategier som ofte observeres hos personer med PTSD: tankeundertrykking, grubling og ønsketenkning. Den individuelle mestringsstilen tenkes å være sentral for tilpasningprosessen etter å ha blitt utsatt for et psykologisk traume (Amir et al., 1997). Det er vanlig at personer utsatt for et traume i stor grad unngår situasjoner som kan trigge minner om den traumatiske hendelsen. Dette kan på kort sikt virke som å være en god strategi ved at man unngår det umiddelbare ubehaget, men kan få alvorlige konsekvenser over tid. I emosjonell prosesseringsteori forklares dette med at

den naturlige habitueringsprosessen forhindres, og at individet dermed ikke tar et skikkelig oppgjør med hendelsen som er nødvendig for å få lagt hendelsen bak seg. I Ehlers og Clarks modell (2000) motiverer den opplevde trusselen her og nå til unngåelsesrespons, som har til hensikt å redusere trusselen og stressopplevelsene forbundet med denne. Dette hindrer kognitiv endring og opprettholder symptomene.

I en studie utført av Bryant og Harvey (1995) fant man at unngåelse var den viktigste prediktoren blant de undersøkte for hvem som opplevde posttraumatiske invaderende symptomer etter trafikkulykker. Viktigheten av unngåelse som mestringsstrategi gjenspeiler seg også i selve PTSD-diagnosen, hvor den regnes som et eget kriterium for å stille diagnosen.

3.5.1 Tankeundertrykking

Blant individer med emosjonelle lidelser som PTSD, panikkangst, depresjon, fobier og tvang, er det vanlig at det oppstår uønskede tanker som skaper bekymring og aktivering. Tankeundertrykking (*thought suppression*) er en måte individet håndterer dette på, hvor kognitiv aktivitet benyttes for å unngå eller gjøre slutt på slike tanker, bilder eller minner (Steil & Ehlers, 2000). Dette hindrer adekvat emosjonell prosessering av den traumatiske opplevelsen, samt normal habituering av det traumatiske minnet. Det forstyrrer også integreringen og restruktureringen av dysfunksjonelle kognisjoner rundt traumet.

Empiri: Å undertrykke tanker og minner har vist seg å bidra til å øke hyppigheten av dem og være en medvirkende faktor til utvikling av psykopatologi (Purdon, 1999). Dette er også påvist hos de som har vært utsatt for traumer (Ehlers et al., 1998). En studie utført av Dörfel et al. (2008) rapporterte at individer med PTSD viste høyere grad av undertrykking og unngåelse av problemene i etterkant av en trafikkulykke enn det kontrollgruppen gjorde. Purdon (1999) oppsummerer i en artikkel forskningen på dette feltet, og viser at tankeundertrykking av stressende hendelser medfører senere økning i frekvens av de samme

tankene. I tråd med dette fant Ehlers et al. (1998) at tankeundertrykking er en opprettholdende faktor også når det gjelder trafikkulykker spesifikt. Undertrykking av minner knyttet til traumet korrelerte med PTSD-diagnose og alvorlighetsgrad av lidelsen både tre måneder og ett år etter hendelsen.

3.5.2 Grubling

Grubling (*ruminatio*n) har blitt identifisert som en opprettholdende faktor ved en rekke emosjonelle forstyrrelser (Ehring et al., 2008). Grubling defineres vanligvis som repetitiv og tilbakevendende selvfokusert negativ tenking om hendelser i fortid (Michael et al., 2007), men kan også være knyttet til tanker om fremtiden (Ehring et al., 2008). Den kan være knyttet til årsakene til og/eller konsekvensene av traumet. Det kan eksempelvis være tanker omkring hvorfor dette skjedde dette meg, eller forestillinger av hvordan ting kunne vært gjort annerledes. Grubling regnes som en kognitiv unngåelsesstrategi i det at individet fokuserer på opplevelsene rundt hendelsen i stedet for hendelsen i seg selv.

Resultater fra longitudinelle studier viser blant annet at individer med ruminative responser ved depresjon eller tristhet rapporterer om høyere grad av depressive symptomer over tid (Elwood et al., 2009). Disse funnene har gjort at man har fått interesse for hvorvidt en ruminativ stil fungerer som opprettholdende faktor også ved PTSD.

Empiri: I overensstemmelse med funnene knyttet til depresjon rapporterer mange med PTSD om høy grad av grubling (Steil & Ehlers, 2000). En studie utført av Ehring et al. (2008) indikerer at grubling mer enn det initiale symptomnivået kan predikere alvorlighetsgraden av PTSD seks måneder etter en trafikkulykke. De viser også til en annen studie utført av en av de samme forskerne (Ehlers, Mayou & Bryant, 1998, omtalt i Ehring et al., 2008) hvor de konkluderte med at grubling sier mer om symptomnivået etter å ha opplevd en trafikkulykke enn det enhver annen kjent faktor gjør.

Michael et al. (2007) fant at negativ affekt under og etter grubling korrelerte med alvorlighetsgraden av symptomer etter ulykken. PTSD-pasienter rapporterer blant annet at grubling trigger invaderende bilder. Grubling rundt påtrengende minner fra ulykken er funnet å korrelere med PTSD-symptomer målt tre måneder og ett år etter hendelsen (Ehlers et al., 1998).

På bakgrunn av disse funnene foreslår Ehring et al. (2008) at man benytter mål for grubling som grunnlag for å identifisere de som trenger hjelp etter traumet. De hevder at dette kan være en måte å effektivisere tidlig intervensjon på. Resultatene fra deres studier viser at grubling kan predikere variansen i alvorlighetsgrad av PTSD med mellom 36 og 50 prosent.

Årsakene til og mekanismene bak hvorfor grubling hindrer bedringsprosessen, er fortsatt uklart (Steil & Ehlers, 2000). Ehlers og Clark (2000) tenker seg at grubling er en måte å kontrollere oppfattet trussel på, men understreker også at det fortsatt er usikkert hvilken rolle denne strategien spiller i opprettholdelsen av symptomer. De påpeker at grublingen er knyttet til en aversiv hendelse som allerede har skjedd, og at grubling derfor kan være et forsøk på å løse et problem som er uløselig fordi det tilhører fortiden. Michael et al. (2007) foreslår at den negative effekten av bekymring kan være resultatet av et lite suksessfullt forsøk på å forberede seg på mulige fremtidige trusler.

3.5.3 Ønsketenking

Ønsketenking (*wishful thinking*) er også en form for mestringsstrategi som det ofte rapporteres om hos PTSD-pasienter (Dougall, Ursano, Posluszny, Fullerton & Baum, 2001). Individuer som benytter denne mestringsstrategien fantasierer mye rundt hvordan ting kunne ha gått, og de lever gjerne med et ønske om at ting var annerledes enn de er; at et mirakel skulle skjedd, at de var sterkere mentalt, at de kunne endret det som skjedde og det de føler i ettertid, eller at situasjonen ville "forsvinne". Wunschel, Rohsenow, Norcross og Monti (1993) antar at de som ønsketenker blir så fokusert på denne typen mestring at de ikke er i stand til å

benytte seg av mer effektive og hensiktsmessige strategier som kan eliminere eller løse situasjonen fremfor å fremme mer maladaptiv atferd.

Empiri: En studie av prediktorer for posttraumatisk stress blant involverte i alvorlige trafikkulykker viste at bruk av ønsketenking, sammen med bakgrunns- og eksponeringsvariabler, var det som skilte de som hadde PTSD-symptomer fra de som ikke hadde det (Dougall, et al., 2001). Studien viste at bruk av ønsketenking målt tre måneder etter eksponering for traume korrelerte positivt med symptomer etter både seks og tolv måneder. De med vedvarende symptomer rapporterte om mer omfattende bruk av ønsketenking enn gruppen som ikke hadde symptomer.

4.0 Diskusjon

Oppgaven har redegjort for det empiriske grunnlaget for ulike kognitive faktorer assosiert med utviklingen av PTSD etter en trafikkulykke. Forskning på grunnleggende antakelser viser at ekstreme avvik fra det man forventer kan skape problemer med å tilpasse ny informasjon og erfaring til allerede eksisterende kognitive skjemaer. Individets refleksjoner rundt ulykken, samt meningen de tillegger minnene, har betydning for hvordan personen forholder seg til den traumatiske hendelsen i etterkant. De som har vanskeligheter med å legge ulykken bak seg, og som fokuserer mye på negative endringer og hindringer av personlige mål som hendelsen har medført, viser større grad av symptomtrykk og vedvarende plager.

Hvordan individet takler det å oppleve symptomer er også et sentralt tema ved PTSD. Traumeutsatte som rapporterer størst grad av plager er de som har mest negative tanker om egen mestring og funksjonsnivå etter traumet. I tillegg er sterke emosjoner som intens frykt mer fremtredende blant de som utvikler PTSD sammenlignet med de som ikke gjør det. Videre er grad av opplevd trussel mot eget liv og peritraumatisk dissosiasjon blant de mest konsekvente enkeltfaktorene relatert til utvikling og opprettholdelse av PTSD.

Unngåelse er vanlig hos de som opplever posttraumatiske symptomer, og de kognitive faktorene som er omtalt her motiverer til kognitive og atferdsmessige strategier for å unngå vanskelige tanker og følelser. Både tankeundertrykking, grubling og ønsketenking er strategier som benyttes av traumeutsatte etter trafikkulykker, og som over tid kan fungere mot sin hensikt da det hindrer bearbeiding av traumet, og dermed bidrar til å opprettholde symptomene.

4.1 Viktigheten av kunnskap om kognitive faktorer

En av årsakene til å studere de kognitive faktorene involvert i PTSD er at det per i dag finnes lite kunnskap om hva som gjør at noen utvikler symptomer og andre ikke. Forskning på traumer og PTSD har medført mye ny kunnskap, men den viser samtidig at det fortsatt er mye vi ikke vet nok om på dette feltet. For eksempel er det lite kjennskap til hvilke virkningsmekanismer som ligger bak de ulike kognitive prosessene (Ehlers & Clark, 2000). Det er ikke nok å identifisere ulike symptomer og risikofaktorer, men man må også vite noe om hvorfor og hvordan disse virker inn på det enkelte individet og skaper vedvarende problemer. Hvordan symptomene opprettholdes gjennom blant annet unngåelse og problematiske tankemønstre er et eksempel på noe som det bør forskes mer på i fremtiden.

Individer som har opplevd traume har ulike måter å forstå og gi mening til hendelsen på, noe som virker inn på hvordan vedkommende forholder seg til hendelsen i etterkant. Dette kan være sentralt for opprettholdelsen av symptomer ved at noen opplever en konstant tilstedeværende trussel fordi de ikke klarer å legge hendelsen bak seg. Når den samme opplevelsen kan føre til kroniske symptomer hos noen og ikke hos andre, gir det grunnlag for å anta at det finnes individuelle kognitive forskjeller mellom mennesker som gjør dem mer eller mindre sårbare for å utvikle PTSD.

4.2 Teoretiske implikasjoner

Flere empiriske undersøkelser har funnet enkeltfaktorer som er signifikant assosiert med PTSD. Til tross for dette er de fleste funnet å korrelere kun i svak til moderat grad med PTSD. Brewin et al. (2000) påpekte i sin metaanalyse at det er store variasjoner i forskningen som er gjort på PTSD. Studiene varierer blant annet med hensyn til metodologiske forskjeller som design, utvalg, inklusjonskriterier, hvilke faktorer som er undersøkt og bruk av måleinstrumenter. Metodiske forskjeller samt endring av diagnosekriteriene for PTSD over tid kan forklare noe av årsakene til at enkelte risikofaktorer er blitt funnet å ha prediktiv verdi i noen studier, mens det ikke er funnet noen sammenheng mellom samme risikofaktor og PTSD-symptomer i andre. På den andre siden viser den samme forskningen at til tross for ulike målemetoder og klassifiseringer av hendelser har man likevel klart å finne enkelte variabler som går igjen i flere studier (Ozer et al., 2003). Dette indikerer en viss stabilitet i assosiasjonene, og støtter opp under tanken om at disse faktorene er av reell betydning for utviklingen av symptomer og ikke bare tilfeldige funn.

I de studiene som er utført så langt er det likevel lite som tyder på at man vil kunne finne noen faktorer som alene identifiserer individer som har forhøyet risiko for å utvikle PTSD. Selv om mange av faktorene hver kan forklare en liten del av variansen, er det foreløpig ikke funnet noen enkeltvariabel som forklarer en så stor del at den kan sies å ha en betydelig prediktiv verdi alene. Selv om det er vist at personer som rapporterer høy grad av grubling er mer tilbøyelige til å utvikle symptomer, er ikke dette ensbetydende med at alle som benytter grubling som mestringsstrategi får kronisk PTSD. Det utelukker heller ikke at enkelte individer kan utvikle PTSD uten at de slår ut på måling av grubling.

Det kan også tenkes at flere faktorer som hver for seg er funnet å ha en liten, men signifikant sammenheng med symptomer, til sammen utgjør gjenkjennbare mønster som kan benyttes for å identifisere de mer sårbare individene (Bowman & Yehuda, 2004). Å finne

slike mønster av risikofaktorer kan utgjøre nye muligheter innen forskning på, behandling og forståelse av PTSD. Ozer et al. (2003) påpeker likevel at det fortsatt er en stor del av variasjonen i respons til traumet som ikke kan forklares av etablerte faktorer, og antar ut i fra dette at det må være den unike kombinasjonen av personlige egenskaper og omstendighetene i hvert tilfelle som avgjør hvor stor innvirkning enkeltfaktorer har på hvem som blir symptomatiske og ikke.

Disse utfordringene sier noe om kompleksiteten av PTSD. Fortsatt er det mange meninger om og manglende konsensus rundt enkelte aspekter av diagnosen (McNally, 1999), og det hevdes at man kun er i startfasen av å forstå fenomenet PTSD (Frueh, Elhai & Kaloupek, 2004). Uenigheter eksisterer på flere nivåer, helt fra hvordan symptomene skal måles og vurderes til hvilken behandling som bør benyttes. Blant annet stilles det spørsmål ved om symptomkriteriene for PTSD er unike for denne lidelsen, eller om de ligner en konstellasjon av allerede kjente psykiske problemer som involverer blant annet angst- og depresjonssymptomer. McNally (1999) oppsummerer også kritikk rettet mot vurderingen av posttraumatiske reaksjoner som fenomen og mot måleinstrumentenes evne til å bekrefte eller avkrefte PTSD.

Noe av uenigheten rundt diagnosen viser seg også i diskusjoner knyttet til hvorvidt PTSD-diagnosen er for snever og om den bør deles opp. Yehuda (1999) påpeker at det er kvalitative forskjeller mellom en trafikkulykke som traume og for eksempel gjentakende seksuelle overgrep eller tortur, og at det kan være ulike virkningsmekanismer som ligger bak utviklingen og opprettholdelsen av symptomer. Han hevder også at dette muligens ikke blir fanget opp så lenge man ser på PTSD som ett fenomen. Formelt sett er diagnosen PTSD fortsatt én diagnose, men det har etterhvert blitt vanligere å skille mellom enkle og komplekse traumer.

For å oppnå mer nøyaktige og sammenlignbare studier bør det også satses på å utvikle standarder for hvordan prevalens skal måles og etter hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier (Ehlers et al., 1998). Det vil øke validiteten av diagnosen og gjøre det enklere for klinikere å vurdere tilstedeværelsen av den. En klarere forståelse av kriteriene for PTSD vil også kunne være nyttig i forhold til å skille lidelsen fra komorbide tilstander og differensialdiagnoser.

4.3 Klinisk relevans

Sett ut i fra et klinisk perspektiv er det viktig å studere de kognitive faktorene av flere årsaker. Ved å studere enkeltfaktorers betydning, alene og i kombinasjoner, for utvikling og opprettholdelse av PTSD, er målet å gradvis oppnå mer kunnskap om ulike aspekter ved lidelsen for å kunne forstå hva det enkelte individ sliter med, og slik bli bedre rustet til å hjelpe de som opplever langvarige plager. Forskning på blant annet kognitive faktorer har bidratt til bedre behandlingsmetoder av PTSD.

I motsetning til tidligere blir den subjektive opplevelsen av traumet mer vektlagt i behandling. Det legges også større vekt på å utforske individets tanker og følelser rundt hendelsen, samt perspektiver på og forestillinger om verden forut for hendelsen og i etterkant. I følge Ozer et al. (2003) har proksimale faktorer som opplevd fare for liv, peritraumatisk emosjonalitet og peritraumatisk dissosiasjon større prediktiv verdi enn faktorer som ligger lenger unna i tid, slik som tidligere opplevd traume, psykopatologi i familien, alder og kjønn. Det som skjer under og etter traumet ser ut til å være av større betydning for hvorvidt symptomene opprettholdes over tid enn bakgrunnsvariablene. I tråd med dette hevder Dougall et al. (2001) at bakgrunnsvariabler synes å spille en større rolle i forhold til de initiale symptomene, mens psykososiale faktorer er en viktigere prediktor for PTSD over tid. En forklaring på disse funnene kan være at de proksimale faktorene fungerer som modifierende i

et mellomledd mellom de statiske faktorene og symptomuttrykk, og at de derfor viser større prediktiv verdi over tid (Ozer et al., 2003).

Disse funnene er viktige i et behandlingsperspektiv. Mens bakgrunnsvariabler er vanskelige å gjøre noe med, kan man i en klinisk setting arbeide med å endre de kognitive og psykologiske aspektene ved PTSD (Dougall et al., 2001). Identifisering av de kognitive prosessene som forekommer i forbindelse med traumet åpner for muligheten til endring gjennom terapeutiske intervensjoner.

Håpet om at det skal være mulig å identifisere individer med forhøyet risiko for PTSD har også ført til forsøk på å utvikle screening-instrumenter som kan benyttes kort tid etter hendelsen for å skille ut de med større risiko for å utvikle PTSD (Bisson, 2007). Screening innebærer vanligvis å teste et stort antall individer for tilstedeværelse eller fravær av spesifiserte tilstander og symptomer (NICE, 2005). Screening-tester er ikke ment å være diagnostiske, men har til hensikt å identifisere de med forhøyet risiko for en spesifikk tilstand, som i denne sammenhengen er PTSD. Dersom man klarer å identifisere de mest sårbare individene ved hjelp av slike instrumenter, kan man intervensjonere overfor disse ved hjelp av for eksempel psykoeduasjon og/eller teknikker designet for å korrigere kognitive forvrenginger og forhindre at symptomer utvikler seg.

Et av de best validerte screening-instrumentene per i dag, The Trauma Screening Questionnaire, TQS (Brewin et al., 2002), viser høy sensitivitet og spesifisitet, men har svak prediktiv verdi. Testen avdekker de fleste av individene som sliter med symptomer en måned etter traumet, men halvparten av de som screenes som positive, utvikler ikke kronisk PTSD. Det eksisterer derfor ikke noe verktøy per i dag som regnes som pålitelig nok til å kunne brukes i praksis.

Kunnskap om de kognitive faktorene vil også kunne være nyttig med tanke på å effektivisere behandlingen av de som utvikler symptomer. Dersom det finnes støtte for

spesifikke kognitive faktorerers relasjon til PTSD, kan denne kunnskapen benyttes til å individualisere intervensjoner og preventive tiltak (Elwood et al., 2009). Kunnskapen om hvilken mening den enkelte tillegger traumet, samt hvordan individer med vedvarende symptomer tenker rundt den traumatiske hendelsen og konsekvensene av den, vil kunne være til hjelp når man søker å utvikle nye og mer målrettede behandlingsmetoder som spesifikt tar opp den problematikken som det enkelte individ sliter med.

Et dilemma i forbindelse med behandling av traumer er at de som rammes ofte ikke tar kontakt med hjelpeapparatet. Det skyldes blant annet unngåelsestendensen og det faktum at det kan være vondt å ta tak i traumet. Blant den andelen som faktisk oppsøker hjelp, skjer dette i større grad for fysiske plager enn for emosjonelle plager (Kuch et al., 1996). Som kliniker er det derfor viktig å kunne gjenkjenne symptomene som en del av PTSD slik at pasienten får den behandlingen som skal til for å få bearbeidet traumet og lette symptomtrykket. Kartlegging av kognitive tankemønstre og prosesser er sentrale i den sammenhengen, og det er derfor viktig å videreutvikle vår forståelse av disse sidene ved traumet.

Kunnskapen man tilegner seg kan også benyttes i videre forskning på tidlig intervensjon. Den kan gi indikasjoner på hva som bør gjøres, hvordan, og i hvilken rekkefølge (Elwood et al., 2009). Behandlere kan benytte kun de seksjonene som er relevante for den individuelle pasienten, og variere rekkefølgen for presentasjon ut i fra grad av stress assosierte med spesifikke symptomer, for å skape et mest mulig effektivt og individuelt tilpasset tilbud til den enkelte. Systematiske reviews som er gjort på tidlig intervensjon har hovedsakelig dreiet seg om to typer intervensjoner: de som er rettet mot individer som fortsatt er symptomatiske en viss tid etter traumer, og de som rettes mot alle som har vært involvert i et traume (Bisson, 2009). Studiene er som regel samstemte i det at det ikke finnes særlig bevis for at det er nyttig å intervensjonere over for alle, utover det å tilby praktisk, sosial og emosjonell

støtte uten terapi eller debriefing. En Cochrane-studie (Rose, Bisson, Churchill & Wessely, 2009) konkluderer, i samsvar med andre reviews, med at enkeltsejninger med individuell debriefing i beste fall ikke er påvist å kunne hindre at noen utvikler PTSD, og at slik intervensjon tvert i mot kan forverre situasjonen for noen av de traumeutsatte. Mayou, Ehlers og Hobbs (2000) spekulerer i om dette kan skyldes at dersom man går for tidlig inn i minnet om den traumatiske hendelsen kan det virke mot sin hensikt ved at man forstyrrer den normale kognitive prosesseringen som leder til forbedring. De tenker at det kan medføre mer grubling i stedet for at individet legger hendelsen bak seg, men dette er foreløpig ikke dokumentert empirisk.

Begrenset tilgang til ressurser som kan settes inn for å hjelpe de som overlever trafikkulykker er også et motiv for å fortsette å forske på faktorer relatert til PTSD (Blanchard & Hickling, 1997). Dersom man finner måter å identifisere de mest risikoutsatte på og få de i behandling så tidlig som mulig, vil man kunne hindre forverring av tilstanden. Dette vil kunne redusere byrden av PTSD, både på et individuelt plan og i et samfunnsøkonomisk perspektiv. Da er det sentralt å vite noe om de kognitive prosessene som virker inn på utviklingen av symptomer.

4.4 Begrensninger

Forskningen som er gjort på kognitive faktorer sin rolle i utviklingen av PTSD har flere begrensninger. Blant annet bygger de fleste av studiene på selvrapporing av symptomer i etterkant av traumet. Selvrapporing forutsetter at individet er i stand til å rapportere egne kognitive mønster, en antakelse man ikke kjenner validiteten av (Elwood et al., 2009). Bryant og Harvey (1995) stiller for eksempel spørsmål ved hvorvidt individuelle retrospektive minner om dissosiasjon under traumet kan være assosiert med humør under rapportering. Man vet blant annet fra forskning på depresjon at individer har en tilbøyelighet til humørkongruente tanker. I sin refleksjon hevder forskerne at dette bør kunne undersøkes

ved å sette personer som opplever bekymring opp mot en gruppe ikke-symptomatiske, for å finne ut om assosiasjonen mellom kognitive faktorer og symptomer kan være et resultat av humør som en tredjevariabel.

Et annet spørsmål er hvordan man har kommet frem til de risikofaktorene som er identifisert. De stammer i all hovedsak fra teori, og deretter har man testet hypoteser ved å sammenligne en gruppe mennesker som rapporterer om PTSD-symptomer med en kontrollgruppe. Brewin et al. (2000) stiller spørsmål ved om tilstedeværelsen av PTSD kan ha påvirket vurderingene av premorbid personlighet eller den retrospektive rapporteringen av barndomshistorie eller alvorlighetsgrad av traumet. Forfatterne påpeker at man vet for lite om dette, men fremhever samtidig funn fra forskning på depresjon hvor det er funnet at det ikke er vanlig at presens psykopatologi påvirker rapportering om barndomsopplevelser.

Mye av kritikken rettet mot forskning på PTSD handler om det faktum at de fleste studiene er retrospektive. Med denne typen design har man ikke mulighet til å vurdere de kognitive faktorene forut for symptomutviklingen, og det er mulig at bias i forbindelse med gjenkallelse av hendelsen kan være en uønsket konsekvens (Steil & Ehlers, 2000). Det er forståelig at retrospektive design er mest vanlig i forskning på PTSD, tatt i betraktning at traumatiske hendelser som oftest ikke kan forutses. I tillegg er det åpenbare etiske betenkeligheter med å bevisst utsette mennesker for traumer, hvilket også forhindrer bruken av eksperimentelle design.

Metodeproblemene assosiert med retrospektive studier kan elimineres ved å benytte prospektive longitudinelle studier (Ozer et al., 2003). Dersom man foretar studier knyttet til høyrisikogrupper, slik som politi, militærpersonell eller brannmenn, kan man kartlegge individene og undersøke for eksempel grunnleggende antakelser i forkant, for så å følge med på hvordan dette påvirker daglig fungering for de som senere havner i traumatiske situasjoner.

Et annet spørsmål er hvorvidt funnene fra studier om PTSD etter trafikkulykker kan generaliseres til å gjelde for symptomutvikling ved andre typer traumer. Det kan være kvalitative forskjeller mellom de ulike typene traumer, og det er derfor et poeng å gjennomføre lignende studiene i andre settinger før man kan si noe generelt om funnene som er gjort. Dette er til en viss grad gjort med en del aspekter ved PTSD, og mye tyder på at de kognitive faktorene som er diskutert i denne oppgaven også synes å ha gyldighet i populasjoner som har opplevd andre former for traumer (Ehlers & Steil, 1995).

5.0 Konklusjon

I denne oppgaven har det blitt gjort rede for ulike kognitive faktorer som er assosiert med utviklingen av PTSD-symptomer hos individer som har vært involvert i trafikkulykker, samt teoretiske konsekvenser av dette og hvilken betydning det har i klinisk sammenheng. Blant de som utvikler kroniske plager har det blitt påvist svake, men stabile og statistisk signifikante sammenhenger med flere kognitive enkeltfaktorer, noe som indikerer at PTSD ikke er et fenomen som rammer tilfeldig, og at individuelle psykologiske aspekter er av betydning for hvem som utvikler vedvarende symptomer. Oppgaven viser at PTSD er sammensatt og komplisert, og det er per i dag ikke funnet noen enkeltstående faktor som alene kan predikere individuelle utfall etter et traume. Selv om noen risikofaktorer synes å gå igjen, er ingen av disse påvist å være hverken nødvendige eller tilstrekkelige i seg selv til å si noe sikkert om hvem som kommer til å utvikle symptomer. Empirien indikerer at det er en unik kombinasjon av faktorer i det enkelte tilfellet som best forklarer hvorfor noen utvikler symptomer og andre ikke.

Forskning på kognitive faktorer har likevel medvirket til en bedre forståelse av PTSD som fenomen, samtidig som lidelsen er mer kompleks enn man tidligere trodde. Dette har blant annet åpnet for debatt om hvorvidt vurderingskriteriene er nøyaktige nok og om dagens diagnose fanger opp alle de viktigste aspektene ved lidelsen.

I et klinisk perspektiv har kunnskapen om kognitive faktorer hjulpet til å forstå viktigheten av de mer subjektive aspektene ved traumet. Dette har bidratt til at man har kunnet arbeide med å utvikle en mer effektiv og individuelt tilpasset behandling, samtidig som man har funnet ut at enkelte former for korttidsbehandling kan være direkte skadelig for de traumeutsatte. Kunnskapen har også vært viktig i videreutviklingen av metoder for tidlig identifisering, et felt som det fortsatt gjenstår en del arbeid med å utforske.

6.0 Kilder

Aagaard, M. & Dahl, A. (1997). Diagnostiske kriterier fra DSM-IV. Oslo: Pilgrim Press.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: Forfatter.

Amir, A., Kaplan, Z., Efroni, R., Levine, Y., Benjamin, J. & Kotler, M. (1997). Coping styles in post-traumatic stress disorder (PTSD) patients. *Personality and Individual Differences*, 23, 399-405.

Bisson, J.I. (2009). Psychological and social theories of posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychiatry*, 8, 290-292.

Bisson, J.I. (2007). Post-traumatic stress disorder. *Journal of Occupational Medicine*, 57, 399-403.

Blanchard, E.B., Hickling, E.J., Taylor, A.E.m Loos, W.R., Forneris, C.A. & Jaccard, J. (1996). Who develops PTSD from motor vehicle accidents? *Journal of Behavioral Research Therapy*, 34, 1-10.

Blanchard, E.B. & Hickling, E.J. (1997). *After the Crash: Psychological Assessment and Treatment of Survivors of Motor Vehicle Accidents* (2.utg.). Washington DC: American Psychological Association.

Bloom, S. (2000) The Complex Web of Causation: Motor Vehicle Accidents, Comorbidity and PTSD. Hentet 15.07.10 fra: <http://www.sanctuaryweb.com/Documents/Auto%20Accidents%20Complex%20Web%20of%20Causation.pdf>

Bower, G.H. & Sivers, H. (1998). Cognitive impact of traumatic events. *Journal of Development and Psychopathology*, 10, 625-653.

Bowman, M.L. & Yehuda, R. (2004). Risk factors and the adversity-stress model. I G.Rosen (ed.). *Posttraumatic Stress Disorder: Issues and Controversies* (15-30). West Sussex: John Wiley & Sons.

- Bremner, J.D. & Brett, E. (1997). Trauma-related dissociative states and long-term psychopathology in post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 10*, 527-553.
- Brewin, C.R., Andrews, B. & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 5*, 748-766.
- Brewin, C.R. & Holmes, E.A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 23*, 339-376.
- Brewin C.R, Rose S., Andrews B., Green, J., Turner, S. & Foa, E. (2002). Brief screening instrument for post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry 181*, 158–162.
- Bryant, R.A. & Harvey, A.G. (1995). Avoidant coping style and post-traumatic stress following motor vehicle accidents. *Behaviour Research Therapy, 33*, 631-635.
- Dalgleish, T. (2004). Cognitive theories of posttraumatic stress disorder: The evolution of multi-representational theorizing. *Psychological Bulletin, 130*, 228-260.
- Delahanty, D.L., Herberman, H.B., Craig, K.J., Hayward, M.C., Fullerton, C.S., & Ursano, R.J. (1997). Acute and chronic distress and posttraumatic stress disorder as a function of responsibility for serious motor vehicle accidents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 560-567.
- Dougall, A.L., Ursano, R.J., Posluszny, D.M., Fullerton, C.S. & Baum, A. (2001). Predictors of posttraumatic stress among victims of motor vehicle accidents. *Psychosomatic Medicine, 63*, 402-411.
- Dörfel, D. Rabe, S. & Karl, A. (2008). Coping strategies in daily life as protective and risk factors for post traumatic stress in motor vehicle accident survivors. *Journal of Loss and Trauma, 13*, 422-440.

- Dunmore, E., Clark, D.M. & Ehlers, A. (1999). Cognitive factors involved in the onset and maintenance of posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 37, 809-829.
- Ehlers, A. & Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Ehlers, A., Mayou, R.A. & Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 508-519.
- Ehlers, A. & Steil, R. (1995). Maintenance of intrusive memories in posttraumatic stress disorder: a cognitive approach. *Bahaviour Research and Therapy*, 23, 217-249.
- Ehring, T. Ehlers, A. & Glucksman, E. (2008). Do cognitive models help in predicting the severity of posttrumatic stress disorder, phobia, and depression after motor vehicle accidents? A prospective longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 219-230.
- Ehring, T., Frank, S. & Ehlers, A. (2008). The role of rumination and reduces concreteness in the maintenance of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Cognitive Therapy Research*, 32, 488-506.
- Elwood, L.S., Hahn, K.S., Olatunji, B.O. & Williams, N.L. (2009). Cognitive vulnerabilities to the development of PTSD: A review of four vulnerabilities and the proposal of an integrative vulnerability model. *Clinical Psychology Review*, 29, 87-100.
- Foa, E.B. & Riggs, D.S. (1993). Post-traumatic stress disorder in rape victims. In J. Oldham, M.B. Riba & A. Tasman (Eds.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, vol. 12 (273-303). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Foa, E.B. & Rothbaum, B.O. (1998). Theoretical bases for PTSD and its treatment. I E.B. Foa & B.O. Rothbaum (Eds). *Treating the trauma of rape: cognitive behavioral therapy*

- for PTSD* (68-91). New York: Guilford Press.
- Folkehelseinstituttet (2010). Helsetilstanden i Norge. Trafikkulykker. Hentet 15.07.10 fra:
<http://www.fhi.no/artikler/?id=70810>.
- Friedman, M.J. (1999). Risk factors for PTSD: Reflections and recommendations. I R. Yehuda (ed.). *Risk factors for Posttraumatic Stress Disorder* (223-233). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Hickling, E.J., Blanchard, E.B., Buckley, T.C. & Taylor, A.E. (1999). Effects of attribution of responsibility for motor vehicle accidents on severity of PTSD symptoms, ways of coping, and recovery over six months. *Journal of Traumatic Stress, 12*, 345-353.
- Frommberger, U.H., Stieglitz, R., Nyberg, E., Schlickewei, W., Kuner, E. & Berger, M. (1998). Prediction of posttraumatic stress disorder by immediate reactions to trauma: a prospective study in road traffic accident victims. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 248*, 316-321.
- Frueh, B.C., Elhai, J.D. & Kaloupek, D.G. (2004). Unresolved issues in the assessment of trauma exposure and posttraumatic reactions. I G.Rosen (ed.). *Posttraumatic Stress Disorder: Issues and Controversies* (63-85). West Sussex: John Wiley & Sons.
- Kessler, R.C. (2000). Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry, 61*, 4-14.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*, 1048-1060.
- Kuch, K., Cox, B.J. & Evans, R.J. (1996). Posttraumatic stress disorder and motor vehicle accidents: a multidisciplinary overview. *Canadian Journal of Psychiatry, 41*, 429-434.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Our fundamental assumptions*. New York: The Free Press.

- Massad, P.M. & Hulseley, T.L. (2006). Causal attributions in posttraumatic stress disorder: Complications for clinical research and practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 201-215.
- Mayou, R.A., Ehlers, A. & Bryant, B. (2002). Posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents: 3-year follow-up of a prospective longitudinal study. *Journal of Behavioral Research and Therapy*, 40, 665-675.
- Mayou, R.A., Ehlers, A. & Hobbs, M. (2000): Psychological debriefing for road traffic accident victims. Three-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 176, 589-593.
- McNally, R.J. (1999). Conceptual problems with the DSM-IV criteria for posttraumatic stress disorder. I G. Rosen (ed.): *Posttraumatic Stress Disorder: Issues and Controversies* (1-15). West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Michael, T. Halligan, S.L., Clark, D.M. & Ehlers, A. (2007). Rumination in posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 24, 307-317.
- National Institute for Clinical Excellence (2005). Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Hentet den 10.06.10 fra: <http://www.nice.org.uk/CG26>.
- Norsk Helse Informatikk (2009). Hva er posttraumatisk stresslidelse? Hentet 18.06.10 fra: <http://nhi.no/sykdommer/kirurgi/skader/posttraumatisk-stressforstyrrelse-3088.html>
- Nordanger, D.Ø. (2007). Forbi PTSD: Utviklingstrender i fagfeltet traume psykologi. Hentet 15.02.2010 fra: <http://issuu.com/issuumia/docs/forbi-ptsd--utv.trender-i-fagfeltet-traume-psykolog>
- Norris, F.H. (1992). Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 409-418.

- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L. & Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 1, 52-73.
- Ozer, E.J. & Weiss, D.S (2004). Who develops posttraumatic stress disorder? *Current Directions in Psychological Science*, 4, 169-172.
- Paunovic, N. (1998). Cognitive factors in the maintenance of PTSD. *Scandinavian Journal of Behavior Therapy*, 27, 167-178.
- Purdon, C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1029-1054.
- Rose, S.C., Bisson, J., Churchill, R. & Wessely, S. (2009). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). Hentet den 14.06.10 fra: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000560/frame.html>.
- Statistisk Sentralbyrå (2010). Veiuulykker med personskader. Endelige tall 2009. Hentet 17.06.10 fra: <http://www.ssb.no/vtuaar/>
- Steil, R. & Ehlers, A. (2000). Dysfunctional meaning of posttraumatic intrusions in chronic PTSD. *Behavior Research and Therapy*, 38, 537-558.
- Tysland, I. (2003). Post traumatic stress disorder – en oversikt. Hentet 15.07.10 fra: <http://www.senterforkognitivpraksis.no/artikler/post-traumatic-stress-disorder-en-oversikt.html?Itemid=15>.
- Ursano, R.J., Fullerton, C.S., Epstein, R.S., Crowley, B., Vance, K., Kao, T. & Baum, A. (1999). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1808-1810.
- Verdens Helseorganisasjon (1992). International Classification of Diseases. Hentet 06.08.2010 fra: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

Winje, D. (1997). Psychological adjustment after severe trauma: a longitudinal study of adults' and children's posttraumatic reactions and coping after the bus accident in Måbødalen, Norway 1988. ISBN: 82-994734-0-3. Universitetet i Bergen, Norge.

Wunschel, S.M., Rohsenow, D.J., Norcross, J.C. & Monti, P.M. (1993). Coping strategies and the maintenance of change after inpatient alcoholism treatment. *Social Work Research and Abstracts*, 29, 18-22.

Yehuda, R. (1999). *Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder*. Washington: American Psychiatri Press.