

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | PARALLELPUBLIKATION

3. Nelsing S, Nielsen TL, Nielsen JO. Erhvervsbetinget blodeksposition blandt infektionsmedicinsk sundhedspersonale. 1. Hyppighed og anmeldelser. Ugeskr Læger 1993;155:3364-6.
4. Nelsing S, Nielsen TL, Brønnum-Hansen H et al. Erhvervsbetinget blod-eksposition blandt danske læger – incidens og risikofaktorer. Ugeskr Læger 1997;159:6216-21.
5. Nelsing S, Nielsen TL, Nielsen JO. Erhvervsbetinget blodeksposition blandt infektionsmedicinsk sundhedspersonale. 2. Uheldsmekanismer og beskyttelsesudrustninger. Ugeskr Læger 1993;155:3367-70.
6. Kaczan E, Gottlieb I, Jans H. Arbejdsskade med risiko for transmission af blodbåren smitte. Ugeskr Læger 1994;156:4360-4.
7. Nelsing S, Nielsen TL, Nielsen JO. Underrapportering og opfølgning af blod-eksposition blandt danske læger. Ugeskr Læger 1997;159:6211-5.
8. Lymer UB, Schutz AA, Isaksson B. A descriptive study of blood exposure inci-  
dents among healthcare workers in a university hospital in Sweden. J Hosp Infect 1997;35:223-35.
9. Pournaras S, Tsakris A, Mandraveli K et al. Reported needlestick and sharp injuries among health care workers in a Greek general hospital. Occup Med 1999;49:423-6.
10. Nelsing S, Wantzin P, Skot J et al. The seroprevalence of hepatitis B and C in hospitalized Danish patients. Scand J Infect Dis 1995;27:445-8.
11. Pedersen EB. Potentielt smittefarlig blodeksposition blandt sygehuspersonale. Ugeskr Læger 1996;158:1807-11.
12. Lunding S, Nielsen TL, Nielsen JO. Hepatitis B-vaccinationsstatus blandt danske læger. Ugeskr Læger 1998;160:2526-9.
13. Jepsen LS, Thomsen AC. Profylaktisk hepatitis B-vaccination af et hospitalspersonale. Ugeskr Læger 1992;154:2421-3.

## Akut traumatisering efter vold

Cand.psych. Ask Elklit & overlæge Ole Brink

Aarhus Universitet, Psykologisk Institut, og  
Århus Universitetshospital, Århus Sygehus,  
Ulykkes Analyse Centret

### Resumé

**Introduktion:** Formålet var at belyse akutte, psykologiske virkninger af voldsepisoder hos personer, der henvender sig på skadestuen, og at sammenligne disse med de objektive, medicinske fund.

**Materiale og metoder:** Undersøgelsen omfattede 214 voldsofre (responsrate 35%), der udfyldte et spørgeskema 1-2 uger efter overfaldet. Skemaet omfattede *Harvard trauma questionnaire*, *Trauma symptom checklist* og *Crisis support scale*.

**Resultater:** 31% opfyldte kriterierne for en akut stress-diagnose (ASD). De objektive fund kunne ikke forudsige udviklingen af ASD, men tidligere traumeerfaringer, den nuværende sikkerhedsfølelse og oplevelsen af social støtte kunne forklare 36% af den initiale posttraumatiske udvikling. Stressorkriteriet, dissociative reaktioner i form af amnesi og emotionel adskilthed samt undgåelsesreaktioner kunne forklare yderligere 30% af variansen i ASD.

**Diskussion:** Visitering til psykologisk traumebehandling kan finde sted på skadestuen og baseres på klare, kliniske kriterier.

de foregående 18 måneder. *Breslau et al* (3) fandt i en undersøgelse af unge amerikanere en forekomst af PTSD på 23%. *Elklit* (1) fandt en hyppighed på 17% blandt danske voldsofre et år efter overfaldet, og *Brewin et al* (4) fandt en prævalens på 20% PTSD hos britiske voldsofre seks måneder efter overfaldet.

Mange faktorer har indflydelse på, hvor alvorlig traumatiseringen bliver. Af særlig interesse set fra et psykologisk synspunkt er den kendsgerning, at fortolkningen af overfaldet er af stor betydning for det videre forløb. Der findes nogen evidens for, at dissociative symptomer kan være prædiktative for PTSD hos voldsofre. Dissociation er det mest fremtrædende træk i den ny DSM-IV-diagnose akut stressforstyrrelse (ASD). ASD ligner PTSD-diagnosen ved at have det samme stressorkriterium og de samme tre kernekriterier: genoplevelse, undgåelse og forhøjet vagtsomhed, men der kræves kun et symptom fra hver af kernekriterierne. Det dissociative kriterium er sammensat af fem forskellige symptomer (emotionel adskilthed, reduceret opmærksomhed, depersonalisering, de-realisering og amnesi), hvoraf mindst tre må være til stede, for at diagnosen kan opnås. Funktionelle vanskeligheder er også et kriterium, som imidlertid er noget løst formuleret som »signifikant belastning eller forringelse i sociale relationer, arbejdsmæssigt eller inden for andre væsentlige funktionsområder«. Forekomsten af ASD antages at være en forløber for udviklingen af PTSD.

Voldsofre er i almindelighed svære at undersøge pga. problemer med alkohol, kriminalitet, tidligere traumer, social marginalisering, socioøkonomiske problemer og psykologiske vanskeligheder. Netop pga. disse omstændigheder er det vigtigt i sundhedssektoren at opnå mere viden om de psykologiske konsekvenser af vold for denne gruppe. Den bedste strategi til at komme i forbindelse med denne udsatte gruppe er at

Omfanget af en forskning, der undersøger de psykologiske eftervirkninger af voldelige overfald er ret beskedent. Adskillige undersøgelser, bl.a. (1), har vist, at voldsofre har en forøget risiko for at få mange forskellige eftervirkninger som følge af overfald. Der er nogen uenighed om prævalensen af posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) som følge af fysisk overfald. *Helzer et al* (2) fandt en prævalens på 3% PTSD hos en gruppe af personer, som var blevet overfaldet inden for

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | PARALLELPUBLIKATION

gå via skadestuerne, som har en *gate*-funktion, hvor (næsten) alle vil henvende sig, hvis de har akut behov for lægehjælp efter et overfald. En undersøgelse af voldens senfølger (5), der er baseret på 1.451 voldsramte personer, som gennem et år konsekutivt blev registreret på skadestuerne ved universitetshospitalet i Århus, viste, at to år efter overfaldet havde 22% kosmetiske senfølger, 15% havde vedvarende smertegener, 38% var bange for at færdes i bestemte omgivelser, og 41% havde tilbagevendende tanker om voldsepisoden. *Brinks* undersøgelse fra 2000 (6) viste bl.a., at der var et betydeligt sygefravær (middeltal = otte dage) hos volds ofre. Omfanget af sygefraværet kunne være påvirket af bl.a. psykologiske forhold.

ASD-diagnosen er en relativ ny konstruktion, og der er endnu kun en begrænset empirisk viden, der kan støtte de mere specifikke antagelser bag diagnosen. Formålet med denne undersøgelse har været at belyse de akutte psykologiske virkninger af voldsepisoder hos personer, som henvender sig på en skadestue. Skadestuefunktionen gør det muligt at indsamle basisdata for totalpopulationen og at undersøge, om den subjektive oplevelse hos volds ofre, som er helt afgørende for at stille ASD-diagnosen, kan sammenlignes med de objektive, kliniske fund.

### Materiale og metoder

Materialet omfatter 1.084 personer, som i perioden fra den 1. april 1999 til den 31. marts 2000 var indblandet i vold, og som efterfølgende henvendte sig på skadestuerne ved Århus Amtssygehus og Århus Kommunehospital. Vold er her defineret som forsætlig legemsbeskadigelse, der er forårsaget af en anden person. De to skadestuers samlede optageområde er på 322.000 indbyggere. Registreringen af de voldsramte foregik konsekutivt samtidig med udfyldelsen af et interview-skema i forbindelse med personundersøgelsen på skadestuen. 69,6% af de registrerede var mænd, og medianalderen var 28 år. En til to uger senere blev der udsendt et spørgeskema til dem, som ved registreringen var over 18 år, og som havde givet samtykke. I alt 458 personer blev ikke inkluderet, fordi der ikke forelå samtykke, eller fordi de var yngre end 18 år. Mangel på samtykke kunne skyldes, at personen frabad sig yderligere kontakt, eller at personalet havde glemt eller undladt at spørge. Sidstnævnte kunne eksempelvis være pga. sprogproblemer, stærk beruselse o.a. Der blev udsendt 626 skemaer. I alt 22 skemaer kom retur med adressaten ubekendt. Der blev ikke udsendt rykkerbreve. Det samlede antal besvarelser var 214, hvilket svarer til 35,4% af dem, som modtog et skema.

I spørgeskemaet blev de voldsramte bl.a. udspurgt om en række omstændigheder ved overfaldet, deres umiddelbare reaktioner under og efter overfaldet samt tidligere oplevede traumatiske begivenheder. ASD blev vurderet vha. *Harvard trauma questionnaire* (HTQ) og *Trauma symptom checklist* (TSC), som bidrog med dissociative og funktionelle *items*. To separate parametre: angst under overfaldet og den nuværende sik-

kerhedsfølelse blev målt ved hjælp af Likertskalaer. *Crisis support scale* (CSS) bliver brugt til at måle oplevelsen af social støtte efter den traumatiske begivenhed vha. syv spørgsmål.

Respondentgruppen blev sammenlignet med de øvrige (n = 870) voldsramte, der blev behandlet på skadestuen i samme periode. Hvad angår medianalder (27 vs. 28 år), kønsfordeling (27% mænd vs. 31% kvinder) og antal personer, der er født uden for Danmark (13% vs. 16%), var respondentgruppen sammenlignelig med de øvrige voldsramte, der har modtaget behandling. Hvad angår sværhedsgraden af læsionerne afviger respondentgruppen fra de øvrige volds ofre ved en mindre score på *maximum abbreviated injury-score* (MAIS) (MAIS 26,1% vs. 10,9%, p = 0,04). Undersøgelsen er godkendt af Registertilsynet og den regionale videnskabetiske komité.

### Resultater

Omstændighederne ved overfaldet belyses i **Tabel 1**. Flere end halvdelen har følt sig hjælpeløse under overfaldet, hvilket er en del af A2-stressorkriteriet ved ASD-diagnosen ifølge DSM-IV. Et andet A2-stressorkriterium er angst under overfaldet; gennemsnittet var her 4,2 (SD = 2,0; n = 212). Psykologisk vold i form af ydmygelse og chikane og trusler på livet har fundet sted for mindre end en tredjedel, mens en ud af seks har set nogen blive kvæstet eller har været udsat for røveri eller tyveri i tilgift til overfaldet. Kun en fjerdedel har haft en anelse om, at situationen ville udvikle sig til et overfald. Der var ingen kønsforskelle med undtagelse af for psykisk vold, som mænd rapporterede oftere om end kvinder (F = 4,7; df = 1,77; p < 0,05).

Fordelingen af andre traumatiske begivenheder i svarpersonernes liv var således: 47% havde været udsat for overfald og vold, 31% havde været ude for en ulykke og 16% var blevet truet med våben; 8% havde været udsat for omsorgssvigt som børn, 8% havde været udsat for fysisk mishandling og 6% var blevet seksuelt misbrugt, mens 3,3% havde været udsat for voldtægt. 15% havde været udsat for voldsomme begivenheder, som havde givet dem et chok. Der var ingen kønsforskelle mht. traumer tidligere i tilværelsen.

**Tabel 2** viser fordelingen af ASD-symptomer. 69% op-

Tabel 1. Omstændigheder ved overfaldet.

	Antal (n = 214)	%
<i>Subjektivt</i>		
Har du troet, du skulle dø? . . . . .	32	15
Har du følt dig hjælpeløs? . . . . .	112	52
Har du haft forudanelse? . . . . .	52	25
<i>Objektivt</i>		
Har du set andre kvæstede? . . . . .	37	17
Har du oplevet trusler på livet? . . . . .	64	30
Har du oplevet psykisk vold? . . . . .	67	31
Har du oplevet røveri/tyveri? . . . . .	39	18
Er familie/venner indblandet? . . . . .	75	35
Er en nærtstående kvæstet? . . . . .	24	11

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | PARALLELPUBLIKATION

fylder stressorkriteriet, 60% det dissociative kriterium, 72% genoplevelseskriteriet, 50% undgåelseskriteriet, 75% vagtsomhedskriteriet og 70% funktionskriteriet. Inklusionen af det dissociative kriterium forårsagede et fald på 5%, mens kombinationen af stressor- og funktionskriteriet bevirkede et yderligere fald på 7%. Når alle seks kriterier forenes, bliver slutresultatet, at 31% opnåede ASD-diagnosen.

En række envejsvariansanalyser viste, at der var overraskende få sammenhænge mellem de demografiske faktorer, overfaldsvariablene og graden af kvæstelse. Der blev udvist mindre sympati fra omgivelserne, når det var en kvinde, der var blevet overfaldet, end når det drejede sig om en mand ( $F = 4,55$ ;  $df = 1,209$ ;  $p < 0,05$ ). Der var ligeledes mindre sympati at hente, når overfaldet var begået af en partner eller en eks-partner, end hvis det drejede sig om en bekendt eller en vildt fremmed ( $F = 3,90$ ;  $df = 2,160$ ;  $p < 0,05$ ). Hvis overfaldet var begået af en partner, var der en højere grad af undgåelsesadfærd ( $F = 3,70$ ;  $df = 2,159$ ;  $p < 0,05$ ) og større vagtsomhed ( $F = 3,20$ ;  $df = 2,164$ ;  $p < 0,05$ ), end hvis overfaldet var begået af en ukendt person.

I **Tabel 3** vises resultatet af en hierarkisk regressionsanalyse med ASD som afhængig variabel. På det første trin i regressi-

onsanalysen viste det sig, at fysisk mishandling og chok som følge af tidligere traume sammen med (lav) sikkerhedsfølelse og (lav) social støtte kunne forklare 36% af den samlede varians i ASD. Det næste analysetrin inkluderede stressorkriteriet, amnesifaktoren fra dissociationsklyngen og undgåelse, som tilsammen forklarede yderligere 30% af den samlede varians.

### Diskussion

At tro at man skulle dø, at opleve trusler på livet og at se andre kvæstede er forhold, som indgår i A1-stressorkriteriet, mens intens frygt og hjælpeløshed ses som væsentlige oplevelser for A2-stressorkriteriet ved ASD-diagnosen ifølge DSM-IV. Undersøgelsen viser, at stressorkriteriet er stærkt forbundet med udviklingen af ASD. En række demografiske faktorer (køn, alder, nationalitet og erhverv) havde begrænset selvstændig betydning, og det samme gjaldt for en række situationsfaktorer (gerningsmandens køn, antal gerningsmænd, forudgående kendskab til gerningsmanden, anelse om at det ville ske, røveri i forbindelse med overfaldet og graden af kvæstelse). Det er overraskende, at mænd rapporterede om flere tilfælde af psykisk vold end kvinder gjorde. En anden overraskelse var, at der tilsyneladende ikke var nogen kønsforskelle i forbindelse med at berette om tidligere traumer. I repræsentative undersøgelser af den almindelige befolkning er der betydelige kønsforskelle (7). Fraværet af kønsforskelle kunne være udtryk for de betydelige psykologiske og sociale problemer, som antages at være til stede hos den gruppe. Specifikke analyser viste, at kvinder generelt modtager mindre sympati end mænd efter et overfald, at de modtager mindre sympati, hvis det drejer sig om (eks-)partnervold. Der er desuden en forhøjet forekomst af PTSD-symptomer, når det drejer sig om partnervold. Den undersøgte gruppe har forholdsvis mange overfaldserfaringer. Fysisk mishandling viste sig at være en stærk prædiktør sammen med tidligere chokfremkaldende oplevelser.

Forekomsten af ASD var relativt høj sammenlignet med ASD-forekomster på 13-14% hos trafikofre og også noget højere end den forekomst, der er fundet af *Brewin et al* (4), som i en undersøgelse af voldsofre fandt en ASD-prævalens på 19%. Dissociation bidrog i betydelig grad til ASD-diagnosen. I den foreliggende undersøgelse var der et betydeligt overlap mellem de fem komponenter, der udgjorde dissociationsgruppen. To komponenter viste sig at være identiske, og de bidrog meget til den samlede ASD-diagnose. Forekomsten af amnesi og emotionel adskillelse som akutte reaktioner efter svære traumer var allerede noget centralt i *Lindemanns* beskrivelse af akutte sorgreaktioner i 1944 (8). Dissociative reaktioner efter traumer antages bl.a. af *Horowitz* (9) at have en adaptiv karakter, men der er kun en beskedent evidens for dette. *Holen* (10) har foreslået, at dissociative og andre peritraumatiske reaktioner er prædikative for symptomudviklingen på kort sigt, men måske ikke på længere sigt. Den undersøgelse, som *Brewin et al* (4) foretog, viste at dissociation bi-

Tabel 2. Fordelingen af ASD-symptomer efter overfaldet.

	Antal (n = 200)	%
A. Stressor	212	69
B. Dissociation	201	56
C. Genoplevelse	208	72
D. Undgåelse	211	50
E. Vagtsomhed	208	75
F. Funktionsforringelse	186	70
C-E	204	43
B-E	196	38
ASD (A-F)	170	31

Tabel 3. De relative bidrag fra tidligere traumer, social støtte, sikkerhedsfølelse og ASD-subskalaer i forhold til ASD ved brug af en hierarkisk multipel regressionsanalyse.

Variabel	B	SE B	Beta
<i>Trin 1</i>			
Tidligere chok	0,33	0,08	0,17 <sup>*)</sup>
Fysisk mishandling	0,22	0,10	0,14 <sup>**)</sup>
Sikkerhedsfølelse	-8,04	0,02	-0,33 <sup>***)</sup>
Tilfredshed med social støtte	-6,53	0,02	-0,25 <sup>***)</sup>
F	4,17		
R <sup>2</sup>	0,36 <sup>***)</sup>		
<i>Trin 2</i>			
Stressor	0,28	0,05	0,29 <sup>***)</sup>
Ammesi/emotionel adskillelse	0,13	0,05	0,14 <sup>*)</sup>
Undgåelse	0,45	0,05	0,48 <sup>***)</sup>
F	7,17		
R <sup>2</sup>	0,66 <sup>***)</sup>		
R <sup>2</sup> -tilvækst	0,30		

<sup>\*)</sup>  $p < 0,05$ .

<sup>\*\*)</sup>  $p < 0,01$ .

<sup>\*\*\*)</sup>  $p < 0,0005$ .

ASD: Akut stress-diagnose.

drog til forudsigelsen af PTSD, men at den opnåede forbedring i forudsigelse var ret lille, og at lignende forbedringer let kunne opnås på anden vis.

Den stærkeste enkeltprædiktor for ASD i den foreliggende undersøgelse var undgåelsesfaktoren. Undgåelse blev oprindeligt af *Horowitz* (9) set som et modulerende forsvar, som muliggjorde, at en traumatiseret person fik et pusterum, før nye bølger af invaderende genoplevelser fra traumat ville overskylle bevidstheden. Undgåelse (som er bredere defineret i PTSD-diagnose, da den inkluderer emotionel indskrænkning [*numbing*]) har i flere undersøgelser vist sig at være en god prædiktor for kronisk PTSD. I to prospektive australske undersøgelser, der begge anvendte stianalyse, viste det sig, at undgåelsesadfærd ikke kunne forudsige langtidsudviklingen af PTSD, men at undgåelsesadfærd tilsyneladende havde en reaktiv rolle i relation til den tidlige udvikling af genoplevelsessymptomer. Vi ved stadig meget lidt om, hvilken betydning den reducerede undgåelsesfaktor har for ASD, eftersom undgåelse stort set udelukkende er blevet undersøgt som en PTSD-komponent, hvilket betyder, at numbing-symptomerne er inkluderet. Den emotionelle indskrænkning har i adskillige undersøgelser vist sig at være en god prædiktor for udviklingen af PTSD. Undgåelsesreaktionen vil i højere grad end genoplevelse og forøget vagtsomhed afhænge af risikoen for, at traumat kunne gentage sig, og hvilke muligheder der fandtes for adækvate mestringsforsøg. Tilstedeværelsen i regressionsanalysen af tidligere chokoplevelser og fysisk mishandling kunne være et meget forståeligt tegn på en reaktivering, hvilket understreger det drama, som den voldsramte lige er sluppet ud af. Funktionskriteriet har ingen betydning for udviklingen af ASD og skulle strammes betydeligt, før det kunne tjene som et effektivt udelukkelseskriterium. Den foreliggende undersøgelse har også vist, at den nuværende sikkerhedsfølelse og oplevelsen af social støtte sammen med tidligere oplevede traumer kunne forudsige en betydelig del af variansen i ASD. Sikkerhedsfølelsen og den sociale støtte kan begge tjene som vigtige stødpuder i forhold til udviklingen af en række uønskede langtidsvirkninger.

Overordnet set må *Brinks* (6) antagelse om, at det betydelige sygefravær kunne skyldes psykologiske forhold, siges at være understøttet som hypotese af den foreliggende undersøgelse. En tredjedel af svarpersoner led på undersøgelsestidspunktet af en alvorlig forstyrrelse, og yderligere en fjerdedel tilhørte en »subklinisk«, behandlingskrævende gruppe. Det er i dag muligt at få psykologbistand over Sygesikringen mod 40% egenbetaling efter at være blevet overfaldet. Der ser på baggrund af undersøgelsen ud til at være god brug for den ordning. Man kan imidlertid være bekymret for, om alle, der har brug for det, får benyttet sig af tilbuddet. I al fald viser undersøgelsen også, at den gruppe af overfaldne, der ikke deltog i undersøgelsen, havde været udsat for grovere vold, hvorfor der er grund til at tro, at deres lidelser ikke er mindre end den foreliggende gruppes. Undersøgelsen giver nogle særlige mu-

ligheder for at bidrage til at forebygge udviklingen af PTSD, idet man allerede på skadestuen kan opdage forhold, som medvirker til at placere personen i farezonen, og som kan kalde på en særlig forebyggende og understøttende indsats, herunder en hurtigere visitering til en psykologisk traumebehandling.

Korrespondance: Ask Elklit, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet, Asylvej 4, DK-8240 Risskov. E-mail: aske@psy.au.dk

Antaget: 6. februar 2002  
Interessekonflikter: Ingen angivet

This article is based on a study first reported in the *Violence & Victims* 2003;4:461-72.

Ovenstående artikel hviler på en større litteraturgennemgang end litteraturlistens ti numre. Oplysninger om denne baggrundslitteratur samt den originale artikel i en ubeskåret udgave kan fås fra forfatterne.

#### Litteratur

1. Elklit A. Offer for vold. En psykologisk analyse af sagesløse volds ofre situation, oplevelser og efterreaktioner. Århus: Aarhus Universitetsforlag, 1993.
2. Helzer JE, Robins LN, McEvoy L. Posttraumatic stress disorder in the general population: findings from the Epidemiological Catchment Area survey. *N Engl J Med* 1987;317:1630-4.
3. Breslau N, Davis GC, Andreski P et al. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:216-22.
4. Brewin BR, Andrews B, Rose S et al. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *Am J Psychiatry* 1999;156:360-6.
5. Brink O. Vold i Århus [ph.d.-afhandling]. Århus: Aarhus Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, 1999.
6. Brink O. Voldens senfølger set fra offerets synsvinkel. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000;120:718-21.
7. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E et al. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:1048-60.
8. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry* 1944;101:141-8.
9. Horowitz MJ. Stress response syndromes. New York: Jason Aronson, 1976.
10. Holen A. A long-term outcome study of survivors from a disaster. Oslo: University of Oslo, 1990.