



**Karolinska
Institutet**

Flykt, exil och trauma

Stockholmspsykiatrins kompetensutvecklingsprogram

Atia Daud, Med. Dr. leg psykolog.

*Karolinska Institutet; Barn och Ungdomspsykiatrisk enhet
Stockholm 7 november 2018*



Trauma och PTSD ; A Transgenerational perspektiv

Av Atia Daud, Med.dr leg psykolog.

Karolinska Institutet, Barn- och ungdomspsykiatrisk enhet

Stockholm 7 november 2018

Vad är psykiska trauman?

Psykiska Trauman är en överväldigande händelse, som individen
Upplever personligen, bevittnar eller hörtalan om det som har
Inträffat och leda till negativa förändringar hos individen i frågan i
form av följande:

Återupplevda minnesbilder av trauman;

Undvikande; Kroppsliga symtom;

Detachment; Interpersonella relationsproblem;

Fluktuerande i affektreglering;

Hur man uppfatta omvärlden och hur man fungera i nära relationer;

Sömnstörningar ; Flashback; Panikattacker och Somatisering.

Definition av psykisk trauman

Psykisk trauman är en överväldigande stressbelastning; dess följder beror på följande faktorer: påfrestningens intensitet; individens upplevelser och individens motståndskraft.

Omedelbara reaktioner på psykisktrauma

- a) Störningar i tankeförmågan*
- b) Emotionella svårigheter*
- c) Reducerad beteendekontroll, bristande affektreglering*

Försenade reaktioner på kronisktrauma

- a) Psykiska sjukdomar, Somatisering.*
- b) Interpersonella svårigheter*

Traumatisk stressreaktioner hos barn

Sömnpblem, mardrömmar

Aptitlöshet

Klängighet, föräldrabeloende

Koncentrationssvårigheter, motorisk oro, hyperaktivitet

Irritabilitet, aggressivitet

Skuldkänslor, nedstämdhet, ångest

Somatiska symptom

Flashbacks, repetitivt våldsammalek, rädsior

Barn och föräldrarnas (psykisk)traumatiska reaktioner

En litteratursökning i Pub.Med, Psych.Info m.fl. gav följande:

Cohn et al 1985: “refugee children to tortured parents suffer serious, perhaps lifelong, sequele, psychologica as well as social”

Montgomery et al (1992) fannn att dessa barn visade ångestsymtom, var deprimerade och isolerade sig.

Flera forskare påpekade mekanismer som anses kunna leda till att

Barn påverkas av föräldrars traumatiska upplevelser d.v.s A

Transgenerational transmission of trauma: dessa mekanismer möjligen är:

1. Tystnaden inom familjen
2. Identifikation
3. Avslöjandet
4. Återskapande

Teoretiska referensram

- 1) Psykodynamisk teori (Begreppet om Ackumulerat Trauma)
- 2) Anknytningsteori
- 3) Kris- och katastrof teori
- 4) Psykosocial stressteori
- 5) Kognitiv teori (Information processing theory)
- 6) Neurobiologiska korrelat

I) *Psykodynamisk teorin (Kumulativa Trauma i barndom)*

Inom det psykodynamiska teorin har Freud, 1917 beskrivit begreppet psykisk trauma. **Överdriven ångest**

Kris, 1956 introducerade begreppet ”strain trauma” och beskrivit Jagets oförmåga att anpassa sig efter svår trauma och reagerar istället med s.k. ”**desorganiserade beteende mönster**”

Trauma begreppet fick vidare innebörd i samband med Khan 1963 införandet av begreppet ”Kumulativa” barndomstrauma.

II) Anknytningsteori

Bowlby 1963 utvecklade tankar anknytningsteori med biologisk grund.

Ainsworth och medarbetare 1978-1979 utvecklade ”Strange Situation” metod för att studera anknytningstyp, vilket utmynnades i trygg/otrygganknytning, begreppet utvidgades vidare av:

Main 1994 till att inkludera en Desorganiserade anknytningstyp

III) Psykosocialstressteorin

I Sverige har Nylander (1960) och Rydelius (1981) studerat känslomässig stress i uppväxtmiljön (svår föräldra alkoholism) och effekterna på barn.

Barnen reagerar med vanliga barn- och ungdomspsykiatriska symptom men också med konversionssymptom av olika slag.

Följande symptom är vanliga vid akutstress:

Rastlöshet; Magont; Yrsel; Huvudvärk; Muskelspänning

(Pain in muscles and joints “growing pain”; ont i bröstkorget och trötthet)

IV) Kognitivteorin (Information Processing Theory)

Kognitivteorin (Information Processing Theory) med tankar/kognition som det primära grunden till beteendet gav ny vikt till traumaforskning som resultat av bl.a. Main 1994, Daniele 1998 forskning.

Kognitiv teorin beskriver överföring av föräldrars traumatiska upplevelser till sina barn genom:

Föräldrarnas tystnad

Identifikationer

Avlsöjande

Återskapande

V) Neurobiologiska korrelat, fynd från Yehuda's och de Bellis' grupper

Yehuda et al(2001 och 2008) har beskrivit att barn till föräldrar som överlevt Förintelsen genom sannolika epigenetiska mekanismer kan “ärva” en förhöjd sårbarhet för stress möjligen via inducerade ärftliga effekter på hypothalamus-binjure-stress-axeln.

De Bellis et al har i flera undersökningar under 2000-talet via MR-studier funnit att långvarig stress kan påverka hjärnans funktion, bl.a genom en minskad hippocampus volym

Överlappning/ komorbiditet mellan PTSD och ADHD

De som undersökt och beskrivit barns reaktioner efter svåra trauman har ofta funnit symptom som koncentrationsproblem, motorisk oro och yperaktivitet.

Frågan har närmare diskuterats av bl.a Cuffe, et al (1994) och av Weinstein et al (2000).

Två möjliga förklaringsmodeller finns fn:

“Children with ADHD are at high risk for trauma due to their impulsivity and acting out behaviour”.

“Children with predisposition for impairments with decreased impulse control and hyper arousal may show an ADHD-like syndrome when suffering from emotional traumas”.

Weinstein, et al (2000) har diskuterat likheterna mellan de två syndromen på följande sätt

Weinstein (2000) illustrerade komorbiditet/ överlappning mellan ADHD och PTSD

symtom som följande:

ADHD Category	PTSD manifestations
I) Inattention	Acting or feeling as if the traumatic event were recurring Intense psychological distress at exposure to cues resembling an aspect of the trauma; Re-experiencing trauma; Concentration difficulties, Hyper-vigilance about perceived fear stimuli, and Avoidance of stimuli associated with trauma
II) Hyperactivity/ impulsivity	Acting or feeling as if the traumatic event were recurring; Intense psychological distress at exposure to cues resembling an aspect of the trauma; Inability to appropriately inhibit responses due to hyper-vigilance; Physiological reactivity when exposed to cues that symbolise an aspect of the trauma; and Irritability/outbursts of anger.

Weinstein (2000) illustrerade komorbiditet/överlappning mellan ADHD och PTSD symptom som följande, forts.

ADHD Category	PTSD manifestations
III) Externalising behaviour	<p>Acting or feeling as if the traumatic event were recurring; Intense psychological distress at exposure to cues resembling an aspect of the trauma; Avoiding activities, places, people Markedly diminished interest/ participating in activities Feeling detached/estranged (e.g., if uncooperative/ non-participating). Restricted range of affect (unable to show feeling of Happiness) Exaggerated startle response Repetitive play with traumatic theme Irritability/anger outbursts.</p>

Sammanfattning/ några tankar

Barn till traumatiserade föräldrar behöver uppmärksammas

Långvarig stress upplevelser eller långvarig traumatiseringen under tidig ålder tycks kunna påverka barnes kognitiva och känslomässiga utveckling negativt

Svår föräldrastress tycks kunna överföras på barnen, ev. kan tom sårbarheten för känslomässig stress bli ärftlig enligt nya rörn inom neurobiologin

Likheter/komorbiditet mellan PTSD och ADHD symptom.

Detta gav mig följande frågeställningar i mötet med de torterade familjerna:

Frågeställningar

1. Hur påverkas barnen av föräldrarnas psykiska tillstånd?
1. Finns det komorbiditet mellan ADHD och PTSD symtom?
3. Vad kan förklara motståndskraft hos några barn till traumatiserade föräldrar?
4. Kan svåra barndomstrauman leda till bestående/kroniska funktionsnedsättningar
alt. Personlighetsförändringar

Hur påverkas barn av föräldrarnas traumatiska upplevelser?

Testgrupp: Femton traumatiserade familjer, föräldrar och barn från Irak och Libanon med tortyrupplevelser N= 30 förälder och 45 barn.

Kontrollgrupp: Femton arabisktalande familjer utan tortyrupplevelser och 36 barn

Barnåldrar 7-16 år med IQ över 70

Undersökning (testgrupp) och Kontrollgrupp

Testgrupp

Barn till traumatiserade föräldrar. $n=40$,
(20 pojkar och 20 flickor mellan 7 och 16 år M 12.1 och SD 2.1)

Kontrollgrupp

Barn till icke traumatiserade föräldrar $n=40$,
(20 pojkar och 20 flickor mellan 7 och 16 år, M 12.5 och SD 2.2).

Undersöknings instrument

WISC-III

DICA; YCI och SDQ (lärarskattningar)

Undersöknings instrument

Föräldrarundersöknings instrument

- 1) Karolinska Scales of Personality KSP
- 2) Harvard/ Uppsala Trauma Questionnaire H/UTQ

Barnundersöknings instrument

- 1) DICA
- 2) WISC-III
- 3) Machovers teckningstest DAP
- 4) PTSS-C; YCI och SDQ

Samvariationer mellan föräldrarnas och deras barns symtom.

- ADHD- liknande symtom;
- PTSD- relaterade symtom:
- Ängest och
- Somatisering

Studie I. Resultat

Jämförelse mellan föräldrar och barn inom samma familj

Diagnos/Symtom	Barn %	n=45	Fader %	n=15	Moder %	n=15	P
Depressive symptom	97.8	44	20	3	20	3	B> f,m**
Post Traumatic stress disorder/symptom	48.9	22	100	15	93.3	14	n. s.
Anxiety	68.9	31	86.7	13	86.7	13	n. s,
Somatisation	46.7	21	86.7	13	86.7	13	n. s.
Psychosocial stress	73.3	33	53.3	8	40	6	B> m.*

Fotnot: Depre= depression; PTSD= Post-Traumatic Stress Disorder; SOMAT= Somatisering.

*B=BARN F = FADER M = MODER * P<0.01; **P<0.001*

DICA resultat för barn till traumatiserade föräldrar n = 45 och barn till icke-traumatiserade föräldrar n = 31

Diagnos ¹ /Symtom ²	Testgrupp n=45		Kontrollgrupp n=31		t-värde	p-värde
	M	SD	M	SD		
Post-Traumatic Stress Disorder	7.4	7.6	1.4	3.4	4.70	P<.001
Attention Deficit/Hyperactivity Disorder,	6.7	4.1	3.1	3.2	4.20	P<.001
Maladaptiva problem med Depressivitet	15.5	6.2	10.7	6.5	3.20	P<.001
Ångest	9.3	6.3	5.2	4.0	3.50	P<.001
Somatisering (SOMAT)	5.0	5.2	1.4	2.5	3.90	P<.001
Psykosocial Stressfaktorer (PSSF)	7.6	4.1	2.2	2.1	7.70	P<.001

¹Diagnos: när barnet uppfyller DSM-IV kriterier.

² DICA symtom: när barnet erhåller några symtom men ej uppfyller kriterierna för diagnos enligt DSM-IV

Jämförelse mellan barn traumatiserade föräldergrupp n=40 och till icke traumatiserade förälder n=40 avseende IQ; DICA symtom ; lärarskattningar av YCI och SDQ

Kognitiva Funktioner/Test	Testgrupp n=40		Kontrollgrupp n=40		t-värde	P	η^2
	M	(SD)	M	(SD)			
WISC-III Index	M	(SD)	M	(SD)			
Verbal förståelse (VF)	86.3	(15.0)	106.8	(12.4)	6.7	<.001**	.36
Perceptuell Organisation (PO)	84.4	(15.0)	98.8	(14.0)	4.4	<.001**	.20
Uppmärksamhet (U)	86.0	(17.3)	97.0	(13.6)	3.1	<.05 *	.11
Snabbhet (S)	89.4	(22.29)	106.4	(14.6)	4.0	<.001**	.17
DICA Symtom							
Post-Traumatisk Stress Symtom	12.0	(7.4)	.35	(2.0)	9.6	<.001**	.54
Attention Deficit/Hyperactivity S	5.4	(4.7)	3.0	(4.3)	2.4	<.05*	.07
Lärarskattningar							
SDQ Uppmärksamhet	2.9	(2.2)	2.0	(2.2)	2.0	n.s	.04
SDQ Hyperaktivitet	4.5	(2.9)	3.2	(2.6)	2.1	<.05*	.05
YCI Uppmärksamhet	.70	(.46)	.15	(.36)	5.9	<.001**	.31
YCI totalt	.60	(.50)	.13	(.33)	5.1	<.001**	.24

** WISC-III index: VF; PO; PO; PTSD och YCI hade signifikanta skillnader (99% nivå) *Hyperaktivitet I alla mätningar har varit signifikanta (95% nivå). Resultatet visar signifikanta korrelationer $p<.001$ för alla kognitiva funktioner mellan grupperna η^2 (enligt Cohen 1983) indikerade "effect size"

Cross-tabulation of the hypothetical levels of WISC Total IQ and DICA symptoms concerning the Comorbidity of ADHD and PTSD (N=80).

IQ levels and DICA symptoms		Children's ADHD and PTSD symptoms				
		ADHD and PTSD	ADHD only	PTSD only	Non ADHD non PTSD	Total
IQ<84	n *Adjusted Residual	10 3.7	3 .8	7 2.6	4 -5.2	24
IQ 85-94	n *Adjusted Residual	1 -. 8	2 1.2	1 -. 5	7 .3	11
IQ>95	n *Adjusted Residual	3 -2.9	2 -1.5	3 -2.1	37 4.6	45
Total	n	14	7	11	48	80

- An Adjusted Residual of >2 or <-2 indicates a significant relation between IQ's hypothetical levels and DICA symptoms with respect to ADHD and PTSD.
- This table is based on $\chi^2 = 31.1$; $p < .001$. Cross-tabulation presented with Adjusted Residuals.

Resultat av Studie III Överlappning mellan ADHD och PTSD hos barn

Testgruppen n=40

13 pojkar (65%) och 6 flickor (30%) uppfyllde DSM-IV kriterier för ADHD

12 av 13 pojkar samt 5 av 6 flickor som uppfyllde kriterierna för ADHD uppfyllde samtidigt kriterierna för PTSD

7 barn (18%) uppfyllde varken kriterierna för ADHD eller PTSD

2 barn uppfyllde inte kriterierna för PTSD men uppfyllde kriterierna för ADHD

Kontrollgruppen n=40

2 pojkar (5%) och 2 flickor (5%) uppvisade ADHD symtom

36 barn (90%) uppvisade varken ADHD- eller PTSD symtom.

Motståndskraft

Motståndskraft har flera komponenter:

I. Personrelaterade (psykologisk välbefinnande och IQ effekt)

II. Miljörelaterade komponenter (familj- och kamratrelationer)

Motståndskraft (Resilience) hos barn till traumatiserade föräldrar.

Resilience har flera komponenter:

Personrelaterad (Psykologisk välbefinnande och IQ)

Miljörelaterade komponenter (relationer till familj och kamratrelationer)

Barn utan PTSD- relaterade symtom inom traumatiserade föräldragruppen förväntas ha adekvata relationer till familj och relativt hög IQ.

Mean raw scores (*M*) and standard deviations (*SD*) of ITIA conceptualized as resilience factor among children (*n*= 80) divided into subgroups with children in the traumatized parents group without PTSD-related symptoms (*n*=9), children in the traumatized parents with PTSD-related symptoms (*n*= 31), and children of non-traumatized parents (*n*= 40).

ITIA variables	Traumatized Non-PTSD- related symptom A		Traumatized PTSD-related Symptoms B		Non-Traumatized C		<i>F</i>	<i>p</i>	Post- hoc test <i>p</i> <0.01
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Psychological wellbeing	13.8	7.9	9.0	8.1	15.1	7.8	1.1	0.05	C>B
Physical components	16.2	6.8	16.4	6.8	17.1	7.4	0.6	n. s	
Relation to family	16.5	6.5	17.9	7.1	20.0	7.4	2.4	n. s	
Relation to others	13.5	5.5	9.9	6.6	13.8	6.8	0.9	n. s	
ITIA Total score	69.8	29.7	59.9	31.4	80.2	30.8	1.4	0.05	C>B

Note*: **A** = Children without PTSD-related symptoms in the traumatized parents group; **B** = Children with PTSD-related symptoms in the traumatized parents group; **C** = Children in the non-traumatized parents group

Note**: The ITIA's sub-scale "Relation to family" C>A+B, t-value 1.9; *p* =<0.06 also the ITIA's "Total score" C >A+B, t-value 2.1; *p*<0.05

Studie V: Kan svåra barndomstrauma eller långvarig traumatisering leda till personlighetsförändringar?

Kronisk /långvarig traumatisering *och*

Långvarig barndoms psykiska trauman kan få som konsekvens:

- i) Post-Traumatic Stress Disorder PTSD
- ii) Traumatisk Personlighetsstörning (*Traumatic Personality Disorder*)

Mean scores (M) and standard deviations (SD) in a group of males (n= 109) denoted as traumatised group (A and C) vs. non-traumatised group (B) in Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). F ratio for one-way ANOVAs (df 2.106) and significant (5 per cent) for between group comparisons.

PTSD regrouped symptoms	Study groups						F	p	Post-hoc p<.05
	A (n=36)		B (n=31)		C (n=42)				
	M	SD	M	SD	M	SD			
Traumatic severity	20.1	5.4	5.7	5.3	10.8	4.5	67.9	<.001	A>C>B
Emotional impairments	10.5	3.6	.5	.1	7.5	3.7	87.7	<.001	A>C>B
Cognitive dysfunctions	8.2	2.4	.4	.8	5.8	2.6	113.5	<.001	A>C>B
Maladaptive behaviour	7.1	2.5	.3	.9	5.4	2.6	79.9	<.001	A>C>B

Note. A = Traumatised refugees group; B = Non-traumatised refugees group; and C = Swedish traumatised group

Emotional Availability among Traumatized Refugee Families.

Monica Brendler Lindqvist, psychotherapist, director, Red Cross Centre for Tortured Refugees, Stockholm, Sweden

Atia Daud, Med. dr.; Psychologist, Karolinska Institutet, Child and Adolescent Psychiatric Unit, Stockholm, Sweden

Johanna Hermansson Tham, M.D. psychiatrist, psychotherapist, Red Cross Centre for Tortured Refugees, Stockholm, Sweden

Presented at Bergen Conference.

Clinical Group

- Arabic speaking refugees parents with at least one parent with initial diagnosis Complex PTSD
- Parents exposed to torture or war trauma before coming to Sweden
- Have a residence permit in Sweden and at least one parent is a patient at Red Cross Center for tortured refugees

Children's Group

Children's age varied between 6 - 24 months

Born in Sweden

Without any child psychiatric symptoms

Intervention and Treatment. Cont.

The intervention treatments model based on *Interaction guidance in a group setting*

The group intervention was followed by a psychoeducational family intervention and,

evaluations interview with respective family at home

Emotional Availability Scales. "EAS" evaluation

EAS consists of the following dimensions:

Adult sensitivity

Adult structuring

Adult non-intrusiveness

Adult non-hostility

Child responsiveness

Child involvement

Short videotape

Families results

EA Dimensions	Fam 1 before	Fam 2 before	Fam 3 before	Average before	Fam1 after	Fam 2 after	Fam 3 after	Average after
Sensitivity	4	4	3	3,7	4	4	4	4
Structuring	3	3	3	3	5	4	3	4
Non-intrusiveness	3	3	3	3	3	4	4	3,7
Non-hostility	5	4	4	4,3	5	5	3	4,3
Infant responsiveness	4	3	4	3,7	4	3	4	3,7
Infant involvement	3	3	3	3	5	3	3	3,7

Design and Treatment Program

- Psychoeducation session with family separately
- Videos taping mother and child in free play, 20 minutes.
- Emotional Availability Scoring by two raters.
- Group intervention for mother and child in five sessions
- Psychoeducation session with family separately
- Videos taping mother and child in free play, 20 minutes.
- Emotional Availability Scoring by two raters.
- Family evaluation - Interview

Design and preparation of the group

Experienced interpreter instructed about the purpose of the project and the methods

Preparation of the group room

Coffee, tea and sandwiches

The mothers are invited to the table

Presentation of each other and their children



The group started initially by singing “a name song”

The mother, children, therapists and interpreter are sitting on the floor



**Karolinska
Institutet**

Research Report No 28
ISSN 1403-607X
Stockholm 2012

Känslomässig tillgänglighet hos traumatiserade
flyktingfamiljer

Anknytningsbaserad behandlingsmodell för spädbarn och
småbarn och flyktingföräldrar med PTSD

Monica Brendler Lindqvist
Atia Daud
Johanna Hermansson Tham



**Karolinska
Institutet**

