



UPPSALA
UNIVERSITET

Januari 2007

Vårdprogram för traumarelaterade psykiska störningar

Kerstin Bergh Johannesson och Tom Lundin
Verksamhetsområde allmänpsykiatri
Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri

Innehållsförteckning	Sida
Inledning	3
Prevalens	3
Psykobiologi	4
Diagnoser	4
Traumatisering typ A, ASD och PTSD	4
Traumatisering typ B, komplext PTSD	6
Differentialdiagnos	7
Nivåer för omhändertagande	7
Utredningsinstrument	7
Behandling	8
Referenser	10

Inledning

Människor som utsatts för svåra trauman kan visa många olika reaktioner. För de flesta avklingar dessa reaktioner spontant utan långsiktiga konsekvenser. En del kan dock få svårigheter att återhämta sig och kan då utveckla långvariga patologiska störningar. Den vanligaste av dessa är posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Flera andra störningar kan också uppstå efter svåra trauman och det förekommer en avsevärd överlappning mellan PTSD och andra psykiatriska tillstånd. Det finns ofta en komorbiditet med depression, ångeststörningar, missbruk och symptom på somatisering. Riskfaktorer för PTSD är bland annat allvarlig exponering, kvinnligt kön, utbildning, låg socioekonomisk status och tidigare psykiatrisk sjukdom (Brewin, 2000, Foa, Stein et al 2006).

Detta vårdprogram innehåller riktlinjer för *diagnostik* och *behandling* av definierade traumarelaterade sjukdomstillstånd eller syndrom med specifika orsaker och där särskilda behandlingsmetoder kan bli aktuella. I det *diagnostiska arbetet* utgörs basen av den noggranna kliniska intervjun. Vid misstanke om att den aktuella psykiatriska störningen kan bero på en traumatisering är det särskilt viktigt att intervjun blir tillräckligt noggrann så att man inte missar relevant information. En noggrann diagnostik är grunden för en adekvat *behandlingsstrategi*. Fokus för behandlingen är de plågsamma symptomen, återställande av funktionsnivå och att stärka individens förmåga att på ett psykologiskt plan bättre kunna bearbeta den traumatiska upplevelsen. Traumat kan inte behandlas - men väl de biopsykosociala konsekvenserna för den drabbade. Den traumatiserade personen skall hjälpas att leva med och inte trots sina upplevelser. Genom den psykologiska bearbetningen kan den psykiska smärtan reduceras. Upplevelsen av traumat och dess underliggande betydelse kan komma att bli en integrerad del av den drabbades tidigare liv.

Inom primärvården såväl som somatisk och psykiatrisk akutsjukvård möter man ofta traumatiserade människor. I ett tidigt skede kan den drabbade ibland söka för ångestsymptom eller sömnsvårigheter - senare för atypiska depressioner eller psykosomatiska besvär. Det finns goda möjligheter att behandla traumatiserade människor också inom primärvården, men med tanke på risken för framtida psykisk ohälsa, suicidalitet och risk för utveckling av missbruk eller läkemedelsberoende, kan det vara viktigt med ett samarbete med närmaste psykiatriska klinik.

Det är också viktigt att definiera fokus för behandlingsinsatserna. Ibland är insatserna riktade mot enskilda symptom eller grupper av symptom och ibland mot ett definierat sjukdomstillstånd. Ett fokus kan vara de psykologiska konsekvenserna, ett annat de beteendemässiga aspekterna, ett tredje ospecifika psykiatriska symptom och ett fjärde den nedsatta funktionsnivån (Wilson, 2001).

Prevalens

Livstidsprevalensen för PTSD, posttraumatiskt stressyndrom, beräknas i en normalbefolkning vara 1- 3 %. Den stiger i medeltal till 20 - 30 % (Michel et al 2006) för grupper av personer som har utsatts för ett svårt psykiskt trauma. De psykologiska effekterna efter händelser orsakade av avsiktligt våld eller terror förefaller bli mer djupgående jämfört med effekter efter oavsiktligt utlösta händelser. Därutöver finns individuella faktorer som påverkar risken. Dessa faktorer kan vara exempelvis ålder, kön, utbildning, begåvningsnivå, personlighet, familjära och sociala faktorer samt även biologiska faktorer (Brewin, 2000). Olika faktorer kan samverka. Samtidigt tycks i genomsnitt 75 % av de personer som utsätts för ett trauma inte utveckla PTSD. Studiet av salutogena faktorer och andra skyddsfaktorer kan vara av stort värde för att bättre förstå mekanismerna bakom de traumarelaterade psykiska tillstånden.

Psykobiologi

I litteraturen finns olika modeller för att förklara och beskriva PTSD, som exempelvis en utvecklad överkänslighet för stress (sensibilisering), betingning av rädsla, svårigheter att utsläcka minnen. Alternativt förklaras PTSD som en störning i individens integrativa kapacitet av informationsbearbetning och återhämtningsförmåga.

Olika delar av hjärnan är involverade i de processer som leder fram till de symptom som förekommer vid stress. Viktiga centra är *limbiska systemet* med *hippocampus* och *amygdala*. *Amygdalas* funktion kan psykologiskt beskrivas som ett ickeverbalt minnessystem, som är förknippat med den känslomässiga betydelsen av inkommande stimuli. När amygdala har identifierat ett stimulus som en stressor stimuleras den fortsatta stressreaktionen genom frisättning av CRF (Corticotropin Releasing Hormone) i hypothalamus.

Hippocampus funktion anses representera en autobiografiskt berättande del, vars viktigaste uppgift är att ordna minnen både i rumsliga och tidsmässiga dimensioner. Hippocampus antas mediera information till prefrontala cortex, men tycks stänga av vid för hög arousal. När amygdala väl har identifierat en perception som hotfull aktiveras omedelbart autonoma nervsystemet och hypothalamus-hypofys-binjurebarkssystemet, även benämnt kortisolaxeln (eng. HPA-axis; hypothalamic-pituitary-adrenal axis). Autonoma nervsystemet frisätter adrenalin och noradrenalin i binjuremärgen. Aktiviteten i kortisolaxeln leder till en frisättning av kortisol i binjuremärgen. Genom centrala hämningsmekanismer blir dock kortisolnivåerna paradoxalt nog lägre hos individer med PTSD, medan blodnivåerna av adrenalin och noradrenalin är förhöjda

En neuroanatomisk förklaringsmodell för utvecklande av traumatiska minnen kan beskrivas på följande sätt: Sensorisk information kommer in i centrala nervsystemet via syn, lukt, hörsel, känsel och smak och därifrån förs informationen vidare till thalamus där en del integreras. Från thalamus skickas denna obearbetade, sensoriska information vidare till amygdala och till prefrontala cortex för vidare värdering. I amygdala görs en tolkning av det emotionella värdet av den inkommande informationen. Den av amygdala primärt bedömda informationen förs vidare till andra hjärnstrukturer, bl.a hippocampus, som börjar organisera och katalogisera informationen och integrera den med tidigare lagrad information. Normal till hög aktivering förefaller befrämja bearbetning, medan extrem stress tycks hämma hippocampal bearbetning. Informationen lagras istället i affektiva tillstånd som fragmenterade, isolerade bilder, kroppssensationer, lukter och ljud. Följaktligen förblir erfarenheterna från traumat statiska eller "frusna" och uppträder i form av invaderande tankar, negativa känslor, självuppfattningar och plågsamma kroppssensationer. (van der Kolk 1996).

Diagnoser

En indelning av traumatiska störningar kan göras i traumatisering typ A och traumatisering typ B.

Traumatisering typ A

Traumatisering typ A innefattar avgränsade traumaupplevelser som kan leda till en klinisk bild dominerad av detaljerade minnesbilder och återupplevandesymptom, åtföljt av undvikandemönster för att inte bli påmind om traumat och med detta åtföljande ångest.

Inom denna grupp ryms enl DSM IV diagnoserna **akut stressyndrom (ASD)** och **posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)**.

Akuta stressyndrom, ASD

Syndromet beskrivs utifrån akuta reaktioner, dvs reaktioner inom fyra veckor, efter den traumatiska händelsen. ASD betraktas ibland som en tidig form av PTSD och kan predisponera för senare PTSD. Symptomen liknar i stort PTSD enligt nedan.

Därutöver skall minst tre av följande symptom som tyder på dissociation ha förekommit under eller efter den traumatiska händelsen: likgiltighet, minskad uppmärksamhet, "som att leva i en dimma", derealisation (försvagad eller förvrängd uppfattning av realiteten), depersonalisation (försvagning, förvrängning eller förlust av medvetandet av den egna personligheten) eller oförmåga att minnas någon viktig del av händelsen.

Posttraumatiskt stressyndrom, PTSD

A. Personen har varit utsatt för en traumatisk händelse¹, där följande ingått i bilden:

1. personen upplevde, bevittnade eller konfronterades med en händelse eller serie händelser som innebar död, allvarlig skada (eller hot om skada) eller hot mot egen eller andras fysiska integritet
2. personen reagerade med intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck. Hos barn kan detta ta sig uttryck i desorganiserat eller agiterat beteende.

B. Den traumatiska händelsen återupplevs om och om igen på ett eller fler av följande sätt:

1. Återkommande, påträngande eller pålägsamma minnesbilder, tankar eller perceptioner relaterade till händelsen. Obs: hos små barn kan teman eller aspekter av traumat ta sig uttryck i återkommande lekar.
2. Återkommande mardrömmar om händelsen. Obs: Hos barn kan mardrömmar förekomma utan att innehållet klart uttrycker händelsen
3. Handlingar eller känslor som om den traumatiska händelsen inträffar på nytt (en känsla av att återuppleva händelsen, illusioner, hallucinationer och dissociativa flash-backupplevelser, även sådana som inträffar vid uppvaknandet eller under drogpåverkan). Obs: hos små barn kan traumaspecifika återupprepade handlingar förekomma.
4. Intensivt fysiskt obehag inför inre eller yttre signaler som symboliserar eller liknar någon aspekt av den traumatiska händelsen.

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

1. Aktivt undvikande av tankar, känslor eller samtal som förknippas med traumat
2. Aktivt undvikande av aktiviteter, platser eller personer som framkallar minnen av traumat
3. Oförmåga att minnas någon viktig del av händelsen
4. Klart minskat intresse för eller delaktighet i viktiga aktiviteter
5. Känsla av likgiltighet eller främlingskap inför andra människor
6. Begränsade affekter (ex. oförmåga att känna kärlek)
7. Känsla av att sakna framtid (t ex inga särskilda förväntningar på yrkeskarriär, äktenskap, barn eller på att få leva och åldras som andra)

D. Ihållande symptom på överspändhet² (som inte funnits före traumat), vilket indikeras av två eller fler av följande kriterier:

1. svårt att sova eller orolig sömn
2. irritabilitet eller vredesutbrott
3. koncentrationssvårigheter
4. överdriven vaksamhet
5. lättskrämdhet

E. Störningen (enligt kriterium B, C och D) har varat mer än en månad.

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

¹ Enligt ICD-10 skall inklusionskriteriet också vara att händelsen är av en typ som ligger långt utöver vad man kan förvänta sig möta under livet.

² Enligt ICD-10 benämns symptomet *hypervigilans*

För att diagnosen posttraumatiskt stressyndrom skall kunna sättas skall alltså tillståndet ha varat längre tid än en månad och medföra ett tydligt lidande och/eller en tydligt nedsatt funktionsförmåga.

Traumatisering typ B, komplext PTSD eller DESNOS

Tidig eller upprepad traumatisering kan leda till en mer komplex klinisk bild. Även om ingen diagnos för detta finns i nuvarande DSM-IV systemet så har man i internationell litteratur alltmer kommit att beskriva symptomgruppen som komplext trauma (Herman, 1992, 1997) eller DESNOS (Disorder of Extreme Stress not Otherwise Specified, van der Kolk 1996). Inom den psykiatriska vården är förekomsten av patienter med komplext PTSD vanlig men inslaget av traumatisering uppmärksammas inte alltid. Förekomst av tidig känslomässig försummelse och brist på anknytning i barndomen bör utredas, liksom förekomst av upprepade övergrepp, familjevåld, krigs- och flyktingtrauma eller andra former av upprepade hot mot psykisk och fysisk säkerhet. Utöver de traditionella PTSD-symptomen återupplevande, undvikande och överspändhet kännetecknas komplex PTSD i högre utsträckning, jämfört med enkel PTSD, av

- affektiva störningar och svårigheter att reglera affekter, t ex i uttryck av impulsgenombrott
- psykologisk avskärmning och dissociation
- förändringar i självperception och identitetsuppfattning
- förändringar i relation till andra
- förändrad syn på förövare
- risk för retraumatisering
- somatisering

Effekter av tidig traumatisering, exempelvis exponering för barndomstrauman, har visat en hög korrelation med psykisk sårbarhet/sjuklighet i vuxen ålder. Preverbalt inkodade trauman från späda ålder ligger utanför individens aktiva medvetande. Sådana upplevelser förefaller leda till utvecklande av hur olika relationsmönster eller "schemata" formas, något som blir implicit³ inkodat i medvetandet och beteendet. Tidiga mönster för anknytning kan vara viktiga att kartlägga för att förstå effekter av senare traumatisering. Bristen på tidig anknytning och känslomässig försummelse, eller förnedring och nedvärdering, anses påverka det lilla barnets neurobiologiska och kognitiva utveckling och också medföra en hög framtida sårbarhetsfaktor. Med utgångspunkt från de mycket starka behov på bekräftelse som finns hos en individ i utveckling är känslomässig försummelse en form av traumatisering. Försummelsen leder till utvecklande av inre negativa modeller - vad människor gör med en formar hur man tänker om sig själv, hur man reagerar på sig själv och andra. Dessa uppfattningar kan grundas både preverbalt och uttalat verbalt i termer som:

- jag är dålig
- jag är hjälplös
- jag är hopplös
- jag behöver andra men dom skadar mig
- jag är maktlös, andra styr mitt liv

Effekten kan bli en känsla av att andra människor eller yttre omständigheter styr ens liv, ett yttre "locus of control" uppstår. Resultatet kan bli att individen undviker relationer. Positiva uppfattningar om det egna jaget eller om andra uppfattas som förvrängningar av verkligheten. Dessa tillstånd ökar sårbarheten för traumatisk stress och risken för att utveckla komplex PTSD.

³ *Implicit minne* är ett ickeverbalt, ej autobiografiskt minnessystem som lagras sensoriskt eller motoriskt och som yttrar sig som ett återupplevande. Det kan inte aktivt erinras utan kan bara startas igång genom associerade stimuli, s.k. påminnare.

Det explicita minnet är ett verbalt, autobiografiskt minnessystem, "jag är i mitt minne". Det är ett aktivt minne som kan aktiveras och återupplevas och som kommer tillbaka som ett uttalat konkret beskrivet minne.

Differentialdiagnos

Andra störningar som kan härröras ur eller relateras till begreppet traumatisk stress är:

Anpassningsstörning

Maladaptiv stressreaktion eller traumatisk krisreaktion

Posttraumatisk depression

Dissociativa störningar

Kortvarig reaktiv psykos

Traumatisk sorg (tidigare patologisk sorg)

Somatoforma syndrom

Missbruk

PTSD och komplext PTSD har en hög komorbiditet. Den kliniska bilden kan maskeras av, påverkas av, medfölja eller likna andra tillstånd som depression, dissociativa tillstånd, panikångest, tvångssymptom, fobier, kortvarig reaktiv psykos och konversionssyndrom. Det är långt ifrån ovanligt att den kliniska bilden maskeras av en missbruksproblematik, som kan ha tjänat som en självmedicinering gentemot plågsamma symptom. Både alkohol, narkotika och andra droger kan vara aktuella. Komorbiditeten är därför viktig att kartlägga vid en utredning. Inte helt ovanligt är olika kroppsliga uttryck för en psykologisk traumatisering, vilket är en annan betydelsefull faktor vid diagnostik och behandlingsplanering.

Nivåer för omhändertagande

Primärvård

Primärvården bör kunna omhänderta och ge grundläggande stöd till och behandling av okomplicerade, avgränsade akuta stressyndrom samt stöd till långvarig behandlingsresistent PTSD.

Allmänpsykiatrisk specialistvård

Bör kunna erbjuda behandling av ASD och avgränsad PTSD, stabiliserande och stödjande behandling av komplext PTSD.

Vård vid specialistcentrum för psykotraumatologi

Bör kunna erbjuda konsultation och utredning beträffande ASD och PTSD, samt behandling av allvarigare och komplext PTSD.

Utredningsinstrument – ett förslag

Den noggranna kliniska intervjun utgör grunden för den diagnostiska kartläggningen.

Följande områden behöver kartläggas: symptom på traumatisk stressbelastning, dissociativa symptom, somatiska reaktioner, sexuella störningar, traumarelaterade kognitiva störningar, spänningsminskande aktiviteter och övergående posttraumatiska psykotiska reaktioner.

Självskattningsskalor kan användas för såväl screening av symptom som komplettering till den kliniska intervjun och för att följa ett förlopp.

Den psykiatriska undersökningen kan också komma att omfatta somatiskt status och rutinprover (blod och urin) samt leverstatus och prover för njur- och thyreoideafunktion. I en del fall bör övervägas EEG, datortomografiundersökning av hjärnan samt eventuellt magnetresonanstomografi (MR-undersökning).

Rutin:

1. Strukturerande intervju utifrån traumainriktad anamnesupptagning (se exempelvis Michel et al, 2001), eventuellt kompletterad med CAPS (Clinician- Administered PTSD Scale) eller SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV), svensk version

2. Bakgrundsanamnes utifrån sedvanlig psykiatrisk modell

3. Självskattningsinstrument⁴

PTSS-10, reviderad (Holen et al, 1983) (särskilt vid akuta traumatillstånd)
Trauma Screening Questionnaire, TSQ (Brewin et al, 2002) (särskilt vid akuta traumatillstånd)
IES-22 R, Impact of Event Scale, reviderad (Weiss & Marmar, 1997)
DES-skalan, Dissociation Experience Scale, (Bernstein, Carlson & Putman, 1993)
KASAM 12, Känsla av Sammanhang ((Antonovsky 1993)
Becks depressionsskala, BDI
Becks ångestskala, BAI
MADRS
GHQ-28, General Health Questionnaire –28 (Goldberg et al, 1979)
AUDIT (självskattning avseende alkoholkonsumtion)

Komplettering

Symptom på dissociation

SCID-D

SDQ-5⁵

Psykologtest

Rorschach-test

Laboratoriediagnostik

Blod, urin

Övrigt

EEG, CT-skalle, MRT-röntgen

Behandling

Två viktiga faktorer vid bedömning av adekvata behandlingsmetoder är graden av psykologisk överdeterminering och graden av traumatisering. För PTSD rekommenderas traumafokuserad behandling (NICE 2005) där idag EMDR och kognitiv beteendeterapi anses som evidensbaserade behandlingsmetoder (SBU 2005). Vid mer komplex problematik finns idag inte vetenskapligt stöd för att någon enskild behandlingsmetod är tillräcklig. En kombination av behandlingsmetoder behöver därför övervägas. Innan någon direkt traumabearbetning kan komma till stånd behövs som regel en mer omfattande behandlingsinsats, ofta med en längre förberedelse i form av affektstabilisering och resursförstärkning i kombination med pedagogiska interventioner. Behandlingen bör ske i flera steg där faserna är anpassade utifrån den bedömning som gjorts. Tidsmässigt kan uppläggnings varierar från en avgränsad traumafokuserad intervention med ett tiotal behandlingssessioner till tidsmässigt mer omfattande behandling, ibland flerårig. Behandlare skall vara väl förtrogna med psykotraumatologi.

⁴⁴ Vissa av skalorna kan rekvireras efter kontakt med Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri

⁵ Nijenhuis, Van der Hart & Vanderlinden, Assen-Amsterdam-Leuven.

Svensk översättning: Nilsson Doris, Nordfeldt Sam, Wadsby Marie, BUP Elefanten och Avd för Barn- och ungdomspsykiatri, Universitetssjukhuset och Hälsouniversitetet, Linköping.

I korthet kan en behandlingsuppläggning, efter anamnesupptagning, se ut enligt följande:

A. Fas 1

1. Kontaktetablering, behandlingsförberedelse, information och överenskommelse. Sjukhusvård i form av inläggning kan ibland vara nödvändigt om patientens symptom är så grava att risk finns för självskadande beteende eller skadebeteende gentemot andra. Detta kan även gälla patienter med reaktiva psykoser och komorbida depressiva tillstånd.
2. Bedömning av psykofarmakabehov
 - SSRI (serotoninåterupptagshämmare) tillhör gruppen antidepressiva farmaka där vissa preparat fått PTSD som inregistrerad indikation (Zoloft, Seroxat). Även andra antidepressiva läkemedel kan komma till användning, såsom Mianserin, Remeron och Cymbalta.
 - Sömnmedicin
 - Anxiolytika
 - Betablockerare
3. Stabilisering av affektiv obalans med hjälp av psykologiska tekniker och/eller psykofarmaka, inventering av egna jagresurser och fokusering på resursförstärkning, fysiologisk stabilisering.
4. Psykopedagogiska interventioner: information om vanliga reaktioner, uppkomsten av PTSD-reaktioner, hur ASD och PTSD yttrar sig, fysiologisk påverkan, psykologisk påverkan på jaguppfattning och självkänsla, socialpsykologiska effekter.

B. Fas 2

1. Traumafokuserad psykoterapi, ex. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) eller KBT (kognitiv beteendeterapi)
2. Kompletterande behandlingsmetoder
 - psykosociala interventioner och rehabilitering
 - fysioterapeutisk behandling för invalidiserande spänningstillstånd och kroppsliga minnen
 - kreativa terapier, ex bildterapi
 - hypnosbehandling
 - gruppsamtal, parsamtal

C. Behandlingsuppföljning rekommenderas efter 6 månader och gärna 18 månader efter avslutad behandling.

Referenser

- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. Soc Sci Med **36**(6): 725-33.
- Bernstein Carlson, E & Putman, FD. Manual for the Dissociative Experience Scale. (1993) Manual. Sidran Institute, 200 E. Joppa Rd, Suite 207, Towson, MD 21286, USA
- Brewin CR, Rose S, Andrew B, Green J, Turner S, Foa E.(2002) Brief screening instrument for posttraumatic stress disorder. British Journal of Psychiatry.;181:158-162.
- Brewin, CR., Andrews, Bernice & Valentine, John D. (2000). Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology **68**(5): 748-766.
- Briere, J. (1997). Psychological Assessment of Adult Psychological States. Washington, APA.
- Foa, EB, Stein, DJ et al. (2006) Symptomatology and psychopathology of mental health problems after disaster. J Clin Psychiatry, 67, Suppl 2: 15 – 25.
- Foa, EB, Keane, T.M. & Friedman, M.J. (2000) Effective Treatments for PTSD. New York, Guilford Press.
- Holen A, Sund A, Weisæth L. Alexander Kielland ulykken 27.mars 1980: Psykologiske reaksjoner blant de overlevende. Kontoret for katastrofepsykiatri, Universitetet i Oslo, 1983.
- Herman, JL. (1992, 1997). Trauma and recovery. Basic Books.
- Michel PO, Bergh Johannesson K, Abdoulbaghi A, Lundin T. Posttraumatisk stressyndrom alltmær i fokus. Läkartidningen. 2006b;103:3369-72.
- Michel, PO., Lundin, T. & Otto, U. (2001) Psykotraumatologi. Lund, Studentlitteratur.
- NICE, National Institute of Clinical Excellence. Anxiety: Management of post-traumatic stress disorder in adults in primary, secondary and community care. Clinical guideline 26. London, NICE, 2005. ISBN 1-84257-922-3 (www.nice.org.uk)
- Nijenhuis, ER, Spinhoven, P et al. (1997). "The development of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders." Acta Psychiatr Scand **96**(5): 311-8.
- Van der Kolk, BA., McFarlane, AC.& Weisæth, L. (1996). Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society. New York, Guilford Press.
- Weiss, DS. (1997). Structured Clinical Interview Techniques. Assessing Psychological Trauma and PTSD. Wilson, J.P.K., Keane, T.M. New York, Guilford Press. **1**.
- Weiss, DS, Marmar, CR (1997). The Impact of Event Scale – Revised. Assessing Psychological Trauma and PTSD. Wilson, JPK., Keane, TM. New York, Guilford Press: **577**.
- Wilson, JP, Friedman, MJ. & Lindy, JD. (2001) Treating Psychological Trauma and PTSD. New York, Guilford Press.