



FORSVARSAKADEMIET

DELRAPPORT 1

Undersøgelse af psykiske efterreaktioner hos soldater udsendt til Afghanistan i perioden februar - august 2009

Undersøgelsen er som en del af projekt USPER PSYK gennemført af Institut for Militærpsykologi (IMP) i samarbejde med Center for Selvbiografisk Hukommelsesforskning ved Aarhus Universitet (AU).

DELRAPPORT 1

Undersøgelse af psykiske efterreaktioner hos soldater udsendt til Afghanistan i perioden februar - august 2009

Undersøgelsen er som en del af projekt USPER PSYK gennemført af Institut for Militærpsykologi (IMP) i samarbejde med Center for Selvbiografisk Hukommelsesforskning ved Aarhus Universitet (AU).

Følgende personer har deltaget i planlægning af projektet, dataindsamling, analyse af data og udarbejdelse af endelige rapport; Ph.d, cand psych. Yvonne Duval Thomsen (IMP), cand psych. Robert Jonassen (IMP), Professor Dorthe Berntsen (AU), Ph.d, cand psych. Kim Berg Johannessen (AU), cand psych. Christina Rams Hoxer (IMP), cand. It. Christoffer Holmgård Pedersen (IMP), Ba psych. Per Bach (IMP), cand.psych Henrik Klausen (IMP) og Ph.d, cand psych. Mette Bertelsen (IMP).

Projektet har fået tildelt ressourcer fra Forsvarskommandoen (FKO) og endvidere fra Forskningsrådet for Kultur og Kommunikation og Danmarks Grundforskningsfond via Center for Selvbiografisk Hukommelsesforskning ved Aarhus Universitet.

IMP, AU og FKO ønsker at sige tak til samtlige soldater på Hold 7. Uden deres store indsats og tålmodighed i forbindelse med besvarelse af de mange spørgeskemaer havde det ikke været muligt at gennemføre denne undersøgelse.

© Forsvarsakademiet

Alle rettigheder forbeholdes. Mekanisk, fotografisk eller anden gengivelse af eller kopiering fra denne bog eller dele heraf er kun tilladt i overensstemmelse med aftaler mellem Forsvaret og Copy-Dan. Enhver anden udnyttelse uden Forsvarsakademiets skriftlige samtykke er forbudt i følge gældende lov om ophavsret. Undtaget herfra er korte uddrag til brug ved anmeldelser

Forsvarsakademiet er Danmarks førende forskningsinstitution inden for militære studier. Vi forsker i et bredt felt af militære kerneområder såsom militære operationer, strategi, sikkerheds- og forsvarspolitik, militær ledelse, tværkulturel forståelse og militærhistorie. Akademiets fælles omdrejningspunkt er anvendt forskning i fremtidens konflikter.

Forsvarsakademiets forskning og forskningsbaserede uddannelser skal være med til at sikre, at dansk forsvar kan kæmpe og vinde i morgendagens konflikter. Men den omfattende viden på akademiet skal ikke alene stilles til rådighed for forsvaret. Gennem publikationer bidrager akademiet også til at informere og nuancere den offentlige debat om danske og internationale forsvars- og sikkerhedspolitiske forhold.

God fornøjelse ved læsning af Forsvarsakademiets publikationer!

København marts 2011

Forsvarsakademiet

Svanemøllens Kaserne

Postboks 2521

2100 København Ø

Tlf.: 3915 1515

Fax: 3915 1901

Redaktør: Vibeke Schmidt, institutchef

Tlf.: 3915 1920

Grafisk Design: FAK

ISBN: 978-87-985437-3-2

Oplag: 300

Rapporten er offentliggjort første gang september 2010

Forsvarsakademiets forlag

Indhold

Forord	5
Resumé.....	6
Baggrund	9
Undersøgelsens formål	9
Litteratur og teori	9
Post Traumatic Stress Disorder (PTSD).....	9
Undersøgelser om PTSD	11
Depression	13
Undersøgelser om depression	14
Komorbiditet mellem PTSD og depression	15
Metode og design	15
Population	17
Frafaldsanalyse	19
Resultater	19
Baggrundsmål for hele gruppen.....	19
Udsendelseslængde og hyppighed	21
Forskelle i belastning på baggrund af udsendelseslængde	21
Ønsker til udsendelseslængde og hyppighed	21
Psyriske efterreaktioner for hele gruppen	23
PTSD (PCL).....	23
Depression (BDI - II)	26
Generelt psykisk stress (SCL - 90 - R)	27
Forbrug af alkohol og hash.....	28
Selvmordstanker	29
Social støtte (MSPSS)	29
Militær psykisk robusthed (Military Hardiness)	30
Risikogrupper.....	31
PTSD (PCL).....	33
Depression (BDI - II)	35
Forskelle mellem grupperne	36
Risikofaktorer.....	40
Berigelse og belastning.....	40
Konklusion	41
Referencer	44
Bilag 1. Organisationsdiagram ISAF hold 7	52
Bilag 2. Beskrivelse af anvendte test og spørgeskemaer.....	53
Bilag 3. Oversigt over test og spørgeskemaer ved hvert måletidspunkt	56

Forord af professor Dorte Berntsen, Aarhus Universitet

De første spadestik til undersøgelsen blev taget i efteråret 2007, hvor jeg af kolleger ved Institut for Militærpsykologi blev spurgt om jeg havde lyst til at bidrage til et forskningsprojekt om psykisk belastning hos soldater udsendt på mission i Afghanistan. Det blev hurtigt klart, at der her var en oplagt mulighed for at lave en prospektiv undersøgelse, hvor man undersøger soldaternes tilstand både før, under og efter mission. På trods af at en sådan undersøgelse var et særdeles ambitiøst projekt, som stillede ekstraordinære krav til planlægning og logistik, blev ideen meget velvilligt modtaget af IMPs ledelse og af ledelsen på den danske del af ISAF 7. I alle undersøgelsens faser blev vi mødt med stor hjælpsomhed og samarbejdsvilje fra forsvarrets side.

De sidste data til rapporten blev indsamlet i foråret 2010, omtrent to år efter de første pilotstudier var gennemført. Undervejs fik vi mulighed for at tilføje to ekstra dataindsamlinger til de tre vi allerede havde planlagt, nemlig en dataindsamling umiddelbart efter soldaternes hjemkomst (ved den såkaldte hjemkomstsamtale) og yderligere en indsamling 7-8 måneder efter hjemkomst (ved den såkaldte opfølgingsundersøgelse). Disse omfattende dataindsamlinger kunne kun gennemføres takket være stor interesse fra forsvarrets side og de ildsjæle på IMP, som stod for den praktiske side af dataindsamlingen. Især skal fremhæves Yvonne Duval Thomsen og Robert Jonassen, som også tog aktiv del i at designe selve undersøgelsen.

Mette Bertelsen (IMP) var hovedansvarlig for selve sammenskrivningen af nærværende rapport med væsentlige bidrag fra andre kolleger ved IMP samt undertegnede og Kim Berg Johannessen ved Aarhus Universitet.

Jeg vil gerne sige en stor tak til de mange medarbejdere ved forsvaret, som på forskellige måder har bidraget til den praktiske udførelse af undersøgelsen, og til soldaterne på Hold 7, som brugte tid på at besvare de mange spørgeskemaer. Endvidere tak til Danmarks Grundforskningsfond og Forskningsrådet for Kultur og Kommunikation for økonomisk støtte til projektet.

Resumé

Baggrund

På basis af Forsvarskommandoens rapport vedrørende udsendelsesperioder, december 2005, er Forsvarsakademiet (FAK) ved Projekt USPER PSYK pålagt at undersøge, hvad der påvirker den udsendte soldats psyke og livssituation. Formålet med undersøgelseerne er at etablere datagrundlag for rådgivning og beslutninger om tiltag, der har indflydelse på psykisk velbefindende og livssituationen for de udsendte soldater. Undersøgelsen er gennemført i samarbejde med Center for Selvbiografisk Hukommelsesforskning ved Aarhus Universitet.

Metode og design

Undersøgelsesgruppen består af 610 soldater udsendt med Hold 7 til Afghanistan i perioden februar til august 2009.

Undersøgelsen er prospektivt (fremadrettet) designet. Soldaterne er undersøgt med en lang række validerede test inden udsendelsen, under udsendelsen, umiddelbart efter hjemkomst, 2 - 3 mdr. efter hjemkomst og 7 - 8 mdr. efter hjemkomst. Ved opfølgningerne 2 - 3 mdr. og 7-8 mdr. efter hjemkomst var der et frafald på ca. 50 % af soldater der ikke gennemførte undersøgelsen. Frafaldsanalyser i forbindelse med den relativt lave svarprocent ved de sidste 2 målinger viser, at der ikke er signifikant forskel mellem den gruppe af soldater, der har svaret på spørgeskemaerne 2 - 3 og 7 - 8 mdr. efter hjemkomst og dem, der ikke har. Dette indikerer, at svargrupperne ved de sidste 2 målinger med stor sandsynlighed er repræsentative for hele gruppen af soldater, selvom et frafald af den størrelse altid giver nogen usikkerhed.

Det prospektive design giver mulighed for at undersøge, om der inden udsendelsen findes sårbarhedsfaktorer, der har betydning for udviklingen af psykiske reaktioner efter udsendelsen, eller om psykiske efterreaktioner på krigsdeltagelse er uafhængige af tidligere belastninger og sårbarhedsfaktorer.

Det er første gang, at en stor gruppe danske udsendte soldater systematisk undersøges før, under og efter udsendelse med henblik på at opnå viden om forekomsten og udviklingen af PTSD-symptomer og andre psykiske efterreaktioner.

Nærværende rapport koncentrerer sig primært om graden af og udviklingen af PTSD-symptomer og depression.

PTSD-diagnosen

Post traumatisk stress syndrom (PTSD) kan optræde i forbindelse med oplevelsen af en traumatisk hændelse, som indeholder en oplevet trussel om alvorlig tilskadecomst eller død, og som for den enkelte er forbundet med oplevelser af frygt, rædsel og hjælpeløshed. De typiske symptomer er genoplevelse af traumet, undgåelse af tanker og følelser, der forbindes med traumet og øget årvågenhed, der viser sig som søvnproblemer, vagtsomhed, irritabilitet og koncentrationsbesvær (jf. DSM IV). PTSD-symptomerne er målt på en vali-

deret skala fra 17 - 85, hvor 44 er sat som grænseværdi. Det betyder, at et individ, der scorer over denne værdi, med stor sandsynlighed vil have en PTSD-diagnose, hvis han bliver diagnosticeret af en psykolog eller læge.

Resultater

Resultaterne viser, at niveauet af PTSD-symptomer og depression følger samme mønster: Således angiver 3,3 % af soldaterne at have PTSD-symptomer over grænseværdien før udsendelsen, 1,9 % ligger over grænseværdien under udsendelse, 2,4 % gør dette ved hjemkomst, mens 2,7 % af soldaterne 2 - 3 mdr. efter hjemkomst ligger over grænseværdien. Endelig stiger andelen af soldater med PTSD-symptomer over grænseværdien til 5,1 % 7 - 8 mdr. efter hjemkomst. Der tegner sig altså et billede af, at soldaterne som samlet gruppe oplever et fald i PTSD-symptomer under udsendelsen, men at dette fald afløses af en stigning 7 - 8 mdr. efter hjemkomst.

I forhold til depression ses det at 2,3 % inden udsendelsen angiver at have symptomer svarende til en moderat til svær depression, under udsendelsen falder dette tal til 1,8 %, ved hjemkomst og 2 - 3 mdr. efter hjemkomst ligger tallet på henholdsvis 2,3 % og 3,7 %, mens tallet 7 - 8 mdr. efter hjemkomst stiger til 5,9 %. Der er høj komorbiditet (sammenfald af symptomer) mellem PTSD og depression, hvorfor tallene for PTSD-symptomer og depression i de fleste tilfælde dækker over de samme individer.

Resultaterne viser endvidere, at der ikke er forskel på udviklingen af PTSD-symptomer, i forhold til hvorvidt soldaten er udsendt efter værnepligtsuddannelse og derpå gennemført Hærens Reaktionsstyrke Uddannelse (HRU) eller fastansat, om soldaten er førstegangsendt eller har flere udsendelser bag sig, ligesom der heller ikke er forskel på kampsoldater og ikke-kampsoldater.

Vi fandt, at 0,7 % (2 soldater) 7 - 8 mdr. efter hjemkomst angiver at have alvorlige overvejelser om at begå selvmord. Ingen soldater har angivet sådanne overvejelser før, under eller umiddelbart efter udsendelsen.

Andelen af soldater, der har et ugentligt forbrug af alkohol over det anbefalede niveau (+20 genstande om ugen), stiger ikke signifikant fra før udsendelsen til efter udsendelsen, men holder sig stabilt omkring de 5 %. Andelen af soldater, der bruger hash som rusmiddel, stiger fra 4,0 % før udsendelsen til 6,6 % efter udsendelsen, hvilket er en signifikant stigning.

Risikogrupper

Resultaterne viste, at der er 3 markante grupper, som skiller sig ud fra hinanden: Dels en relativt stabil gruppe som ikke har PTSD-symptomer før, under eller efter udsendelsen, dels to risikogrupper som vi har valgt at benævne henholdsvis den "hjemkomst-belastede" gruppe og den "hjemkomst-lettede" gruppe.

Den hjemkomst-belastede gruppe, som udgør ca. 6 %, er karakteriseret ved, at soldaterne i denne gruppe ikke har nævneværdige PTSD-symptomer inden udsendelsen, men ved hjemkomst angiver et relativt højere niveau af symptomer.

For denne gruppe gælder det, at de i langt højere grad angiver at have været i kamphandlinger, at de i langt højere grad har været bekymret for egen og andres sikkerhed, og at de i langt højere grad har været belastet af et manglende privatliv og af klimaet end den stabile gruppe.

Den hjemkomst-lettede gruppe, som udgør ca. 7 %, er karakteriseret ved at udvise et relativt højt niveau af symptomer inden udsendelsen, men et væsentligt lavere niveau umiddelbart efter hjemkomst. For den hjemkomst-lettede gruppe viser det sig dog, at 7 - 8 mdr. efter hjemkomst øges symptomerne i gruppen som helhed og ender på det niveau af symptomer, de havde inden udsendelsen. Dette betyder, at det fald, der var for gruppen under udsendelsen, altså ikke holdt ved over tid.

Denne hjemkomst-lettede gruppe er karakteriseret ved, at de er yngre, de har kortere erfaring fra Forsvaret og lavere uddannelsesniveau, ligesom de angiver flere tidligere traumer end den stabile gruppe.

For både den hjemkomst-belastede og den hjemkomst-lettede gruppe gælder, at de i langt højere grad end den stabile gruppe har angivet at have problemer med støtten hjemmefra.

Hvad angår faktorer, der kan forudsige udviklingen af PTSD-symptomer 7 - 8 mdr. efter hjemkomst, viste det sig, at jo højere en soldat scorer i forhold til PTSD-symptomer inden udsendelsen, jo højere er hans risiko for at score højt 7 - 8 mdr. efter hjemkomst. Yderligere analyser samt en evt. senere opfølgning af alle soldaterne fra Hold 7 vil være nødvendig for at opnå større viden om hvilke samspil af faktorer, der øger risikoen for at udvikle psykiske efterreaktioner.

Undersøgelsen finder ikke indikationer på, at soldaternes psykiske velbefindende hænger sammen med udsendelsens længde. Ca. halvdelen af soldaterne angiver, at udsendelseslængden er passende, mens den anden halvdel hellere ville have udsendelser af 3 eller 4 mdr's varighed.

Konklusion

Sammenfattende har ca. 5 % af de undersøgte soldater betydelige psykiske efterreaktioner 7 - 8 mdr. efter hjemkomst. Den største stigning fandt sted fra 2 - 3 mdr. efter hjemkomst til 7 - 8 mdr. efter hjemkomst. Internationale studier på området rapporterer, at mellem 2 - 24 % udvikler PTSD efter militær udsendelse. De danske soldaters symptomniveau placerer sig således i den lave ende sammenlignet med andre krigsførende nationer.

Endvidere indikerer undersøgelsen, at jo højere niveau af PTSD-symptomer soldaten scorer inden udsendelsen, jo højere er hans risiko for at score højt på PTSD-symptomer efter udsendelsen. Det skal dog understreges, at der er ringe sammenfald på individplan mellem de soldater, der scorer højt på PTSD-symptomer før udsendelsen og de, der gør efter udsendelsen. Derfor vil det være vanskeligt på forhånd at identificere de soldater, der udviser et højt niveau af PTSD symptomer 7-8 mdr. efter hjemkomst, eftersom en del af årsagen til senere udvikling af PTSD-symptomer skal findes i de oplevelser, soldaten først får under udsendelsen.

Gruppen af soldater på Hold 7 er ikke fulgt yderligere, og det er derfor uvist, hvordan soldaternes velbefindende udvikler sig herefter.

Baggrund

På basis af Forsvarskommandoens (FKO) Rapport vedrørende udsendelsesperioder, december 2005¹, er Forsvarsakademiet (FAK) ved Projekt USPER PSYK pålagt at undersøge, hvad der påvirker den udsendte soldats psyke og livssituation. Formålet med undersøgelserne er at etablere datagrundlag for rådgivning og beslutninger om tiltag, der har indflydelse på psykisk velbefindende og livssituationen for de udsendte soldater.

Projektet benævnes USPER PSYK og er beskrevet i FAK Projektskema af 2008-12-12².

Den overordnede hensigt med USPER anbefalinger er at øge Forsvarets fokus og bevidsthed omkring mulighederne for at tilgodese personellets vilkår i forbindelse med udsendelse i internationale operationer, idet Forsvarets evne til at løse de operative opgaver fortsat har prioritet.

Institut for Militærpsykologi (IMP) ved FAK har med tilsagn fra FKO foretaget undersøgelsen i samarbejde med Center for Selvbiografisk Hukommelsesforskning ved Aarhus Universitet³.

Undersøgelsens formål

Undersøgelsen har to overordnede formål:

- At belyse i hvilken udstrækning danske soldater udsendt til Afghanistan udvikler psykiske problemer under og efter udsendelsen.
- At undersøge om der inden udsendelsen findes sårbarhedsfaktorer, der har betydning for udviklingen af psykiske reaktioner efter udsendelsen.

Nærværende undersøgelse koncentrerer sig primært om graden af og udviklingen af PTSD-symptomer og depression.

Endvidere undersøges generelt psykisk velbefindende, forbrug af alkohol og hash, selvmordsadfærd, social støtte og militær psykisk robusthed.

Litteratur og teori

Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)

I denne rapport anvendes Det Amerikanske Psykiatriske Selskabs diagnosekriterier i "The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. udgave" (forkortes DSM-IV) (APA, 2000).

(1) Forsvarskommandoens Rapport vedrørende udsendelsesperioder, december 2005..

(2) Forsvarsakademiet, Fakultet for Militærpsykologi, Ledelse og Pædagogik. Projektskema Optimering af udsendelsesperioder - psykologiske undersøgelser (USPER PSYK) af 2008-12-12..

(3) Støttet af Forskningsrådet for Kultur og Kommunikation og Danmarks Grundforskningsfond.

Ifølge diagnosebeskrivelsen opstår PTSD som følge af en traumatisk begivenhed i personens liv, og den stilles på baggrund af følgende kriterier:

- Udsættelse for en følelsesmæssigt belastende oplevelse som bestod i, at "man var vidne til eller blev konfronteret med en eller flere begivenheder, som involverede død, trussel om død eller alvorlig lemlæstelse eller trusler mod egen eller andres fysiske integritet" (A1 symptomer).
- Reaktion på denne oplevelse i form af "intens frygt, hjælpeløshed eller rædsel" (A2 symptomer).

Opfyldes disse krav til begivenheden, kan man få diagnosen PTSD, hvis man mindst 1 måned efter den traumatiske hændelse udviser alvorlige symptomer i form af mindst 1 genoplevelsessymptom, 3 undgåelsessymptomer og 2 årvågenhedssymptomer :

- **Genoplevelse:** Herunder fx gentagne invaderende og belastende erindringer om begivenheden og/eller gentagne belastende drømme om begivenheden, eller oplevelse af indre psykisk pres ved udsættelse for påvirkninger, som minder om aspekter af den traumatiske begivenhed.
- **Undgåelse:** Herunder fx forsøg på at undgå tanker, følelser eller samtaler der forbindes med traumet, undgå aktiviteter, steder eller personer der kan fremkalde erindringer om traumet, samt følelsesmæssig afsondrethed eller fremmedgørelse i forhold til andre.
- **Øget arousal (årvågenhed):** En slags "forhøjet beredskab" som ytrer sig ved fx vanskeligheder ved at falde i søvn eller sove igennem, irritabilitet, koncentrationsbesvær, overdreven vagtsomhed og tendens til let at blive forskrækket.

Symptomerne skal medføre alvorlige sociale og professionelle problemer og forårsage væsentlig daglig funktionsnedsættelse.

Endvidere er indbygget i diagnosen, at PTSD-symptomerne kan opstå forskudt af traumet, dvs. mindst 6 mdr. efter (APA, 2000). Fx har et amerikansk studie af militære tropper vist, at mens 8 % af soldaterne rapporterede symptomer umiddelbart efter hjemkomsten, mødte yderligere 6,5 % kriterierne for et forsinket begyndelsestidspunkt af PTSD (Gray et al., 2004).

PTSD er en psykiatrisk diagnose, der skal stilles af en læge eller en psykolog. For at få en egentlig diagnose skal en række kriterier således være opfyldt. I denne rapport vil det være de enkelte symptomer indlejret i diagnosen, der måles, hvorved disse således vil blive omtalt PTSD-symptomer. En soldat kan således godt angive at have enkelte PTSD-symptomer uden at opfylde kriterierne for en egentlig diagnose.

Det skal bemærkes, at der findes to dominerende diagnosesystemer i verden til at diagnosticere psykisk sygdom, DSM-IV og ICD-10. I Danmark anvendes ICD-10 i den daglige praksis. Denne rapport tager dog udgangspunkt i DSM-IV - systemet, fordi det meste forskning på området og de test (PCL) der er udviklet til forskningsbrug anvender diagnosekriterierne i DSM-IV. Ved at anvende diagnosekriterierne i DSM-IV, bliver det således muligt at sammenligne undersøgelsens resultater med anden international forskning.

Undersøgelser om PTSD

Prævalens

Studier viser, at det er almindeligt på et tidspunkt i livet at blive udsat for en begivenhed, der lever op til kriterierne for en traumatisk oplevelse. Således er livstidsprævalensen (forekomsten) for at opleve mindst én traumatisk begivenhed mellem 39 % og 69 % (Keane et al., 2006, Breslau et al., 1991; Kessler et al., 1995; Norris, 1992; Resnick et al., 1993). Potentielt traumatiserende begivenheder forekommer dermed for en stor del af baggrundsbefolkningen, og dog er udviklingen af PTSD på baggrund heraf sjælden (Keane et al., 2006, Hoge, et al., 2004, Yehuda, 1995). I forbindelse hermed påviser en række undersøgelser, at livstidsprævalensen for PTSD i baggrundsbefolkningen er mellem 7 % og 8 % (Keane, et. al 2006, Breslau et al., 1991; Davidson et al., 1991; Helzer et al., 1987; Kessler et al., 1995; Norris, 1992). En stor amerikansk befolkningsundersøgelse af næsten 6000 personer mellem 15 og 54 år har ligeledes vist, at godt 60 % af mændene og 50 % af kvinderne på et tidspunkt i deres liv havde været udsat for en traumatisk oplevelse, men at blot 20 % af kvinderne og 8 % af mændene udviklede symptomer svarende til PTSD (Kessler et al., 1995). Den eksisterende litteratur vedrørende prævalensen af PTSD i militære sammenhænge har rapporteret et meget stort spænd fra 2 % - 24 % i prævalensen på tværs af forskellige krige (Magruder, et. al, 2009, Thomas, et. al. 2010, Fear, et. al. 2010). Ser man i stedet på odds ratio (risikoen) for at udvikle PTSD i forbindelse med udsendelse til en krigszone rapporteres der et mere ensartet fund, nemlig at risikoen er 1,5 - 3,5 gange større for at udvikle PTSD hvis man har været udsendt til en krigszone, end hvis man ikke har (Magruder, et. al 2009). Blandt Vietnam-veteraner er rapporteret en noget højere livstidsprævalens på mellem 15 % og 31 % samt en nuværende PTSD-rate fra 2 % til 39 % (Magruder et al. 2009, Card, 1987; Helzer et al., 1987; Kulka et al., 1990; Snow et al., 1988). Der findes ikke studier, der har undersøgt prævalensen af PTSD hos danske udsendte soldater.

Forløb

PTSD er en homogen lidelse, der er repræsenteret ens på tværs af kulturer, sprog, etniske grupper og geografiske områder (Keane et al., 2006). Selvom prævalensen falder med tiden, viser de fleste epidemiologiske fund (behandlet af Davidson & Fairbank, 1993), at PTSD skal forstås som en kronisk lidelse. På baggrund af flere undersøgelser er der bevis for, at muligvis 3 til 4 mdr. efter traumatet - og med nogen sikkerhed 6 til 8 mdr. efter - bliver PTSD-forløbet kronisk og kan ikke længere forventes at klinge af som i en normal traume-reaktion (Foa & Riggs, 1995; McFarlane 1988a; McFarlane, 1988b; Riggs et al.; 1995; Rothbaum et al.; 1992). Resultater antyder, at sværhedsgraden af posttraumatiske symptomer i tiden umiddelbart efter traumatet er en god indikator for sværhedsgraden af PTSD over tid (McFarlane, 1989; Norris et al., 1999; Riggs et al., 1995; Rothbaum et al., 1992).

Risiko- og beskyttende faktorer

Det, at få udvikler PTSD på trods af at mange oplever traumer, kan forklares med, at flere faktorer ved personen og dennes omgivelser har en kausal (årsagsbestemt) indvirkning på udviklingen af lidelsen.

Det er dermed nogle forhold ved personens konstitution eller livsomstændigheder, som har indflydelse på, om personer udvikler PTSD symptomer. Følgende 3 forhold antages at have en afgørende indflydelse på udviklingen af PTSD: Præeksisterende faktorer, traumets alvorsgrad og udformning samt social støtte efter traumet (Keane et al., 2006). Disse vil blive forklaret i det følgende.

Præeksisterende faktorer

Blandt allerede eksisterende faktorer har køn en afgørende betydning, idet flere undersøgelser har vist, at kvinder er mere sårbare end mænd i forhold til at udvikle PTSD (Olf et al., 2007; Turner et al., 2007, Breslau & Davis, 1992; Breslau et al., 1997; Davidson et al., 1991; Helzer et al., 1987; Shore et al., 1989). Dertil anses lavere intelligens at udgøre en risiko (Macklin et al., 1998; McNally & Shin, 1995). I militæret er lavere rang og uddannelse samt det at være single, yngre og have negative barndomsoplevelser forbundet med PTSD (Iversen et al., 2008). Omvendt kan erfaring med tidligere traumer være en beskyttende faktor, da det virker sandsynligt, at personer med erhverv som brandmand eller sygeplejerske udvikler tilpasningsstrategier i forhold til at beskytte sig selv mod fremtidige traumer (Keane et al., 2006). Fear, et al. (2010) der har gennemført en omfattende epidemiologisk undersøgelse af udsendte britiske soldater til Irak og Afghanistan, finder ingen sammenhæng mellem antallet af tidligere udsendelser og senere psykisk velbefindende (Fear, et al. 2010).

Resultater indikerer tillige, at en indadvendt person med et svingende følelsesliv (også kaldet neuroticisme) er mere sårbar end en udadvendt person med et mere stabilt følelsesliv (Breslau et al., 1991; McFarlane, 1989). Problemet med nogle af disse resultater er imidlertid, at mange undersøgelser har målt sårbarhedsfaktorerne på samme tid, som PTSD diagnosen stilles, hvorfor det i mange tilfælde ikke er til at vide, om allerede tilstedeværende faktorer var udløsende for diagnosen eller omvendt.

Traumets alvorsgrad og udformning

En anden signifikant faktor for udviklingen af PTSD er traumets alvorsgrad (Breslau, 1998) og udformning, som i høj grad bestemmes af personens subjektive oplevelse af begivenheden. Dunmore et al. (2001) har fundet, at tanker i form af negative overbevisninger om én selv og verden - målt kort efter begivenheden - er risikofaktorer for sværhedsgraden af PTSD 6 og 9 mdr. senere, selv når man kontrollerer for traumets sværhedsgrad. Ligeledes er personens oplevede trussel mod eget liv ("percieved life threat") associeret med udviklingen af PTSD over tid (Schnurr & Green, 2004).

Social støtte efter traumet

En tredje og betydningsfuld faktor for udviklingen af PTSD vedrører graden af social støtte efter den traumatiske begivenhed. Social støtte er associeret med lavere risiko for PTSD i den generelle population (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003) såvel som i militært regi (Bramsen et al., 2000; Green & Berlin, 1987; Solomon et al., 1988; Green et al., 1990; Solomon et al., 1990, 1991; Sutker et al., 1995; King et al., 1998; Neria et al., 1998). En manglende oplevelse af social støtte efter hjemkomst anses dermed at være en sårbarhedsfaktor (Rubin et al., 2008). Iversen et al. (2008) fandt fx at dårlig støtte i enheden og manglende modtagelse af en hjemkomstbriefing er associeret med større risiko for udviklingen af PTSD. Omvendt

er en god opbakning fra betydningsfulde andre forbundet med en mindsket risiko for nogensinde at have haft PTSD (Keane et al., 2006).

Prospektive undersøgelser vedrørende PTSD i militære sammenhænge

Eksisterende internationale undersøgelser peger på, at både sårbarhedsfaktorer inden udsendelsen, kampeksponering under udsendelsen og oplevet støtte efter hjemkomsten, er afgørende faktorer i udviklingen af PTSD. For at kunne undersøge udviklingen af PTSD over tid, og for at kunne opnå viden om hvilke faktorer der er bestemmende for udviklingen af senere PTSD, er undersøgelser der er designet prospektivt (fremadrettet) de mest præcise. Et prospektivt design tager således højde for soldaternes tilstand allerede inden soldaterne potentielt udsættes for et traume, ved at undersøge soldaterne inden deres udsendelse. Der findes kun få studier i verden der er designet prospektivt (Bramsen, et.al., 2000; Kaplan, et. al. 2002; Smith & LeardMann et. al. 2008 & 2009 & Rona, et. al. 2009). Rona et al. (2009) påviser, at psykologiske problemer herunder PTSD inden udsendelsen, samt kampeksponering under udsendelsen, er de vigtigste bestemmende faktorer for senere PTSD. Der blev i dette studie endvidere fundet, at oplevet støtte i enheden var en beskyttende faktor for senere PTSD og andre psykologiske problemer (Rona, et al., 2009). Smith et. al. (2008) finder også, at kampeksponering, mere end udsendelsen i sig selv, har en betydning for udviklingen af PTSD efter udsendelse, når der er kontrolleret for PTSD inden udsendelsen. Disse studier peger på, at selvom det er muligt at identificere faktorer, der udgør en forøget risiko for at en soldat udvikler PTSD efter en udsendelse, er det vanskeligt inden udsendelsen, at frasortere de soldater der ender med at få PTSD efter en udsendelse, idet en stor del af de soldater der udvikler PTSD, gør det på baggrund af den kampeksponering, de har været udsat for under udsendelsen. Det skal dog nævnes, at kampeksponering i disse studier bygger på selvrapportering.

Depression

Depression er en velkendt lidelse i den generelle befolkning og rammer både social og arbejdsmæssig funktionsevne (Warner et al., 2007). DSM-IV opdeler depression i mild, moderat eller svær grad. For at få stillet diagnosen "svær depression" skal personen enten opleve nedtrykt humør eller tab af interesse/glæde ved sædvanlige aktiviteter ("anhedoni") samt mindst 4 af alle de nedenstående symptomer kronisk i 2 uger:

- **Emotionelle symptomer:** Herunder en gennemgribende følelse af sorg, "kedafdedhed" og/eller irritabilitet.
- **Fysiologiske og adfærdsmæssige symptomer:** Herunder søvn- og appetitforstyrrelser, træthed og tab af energi samt bevægelsesforstyrrelser i form af enten uro og overdreven rastløshed eller fuldstændig mangel på samme ("katatoni").
- **Kognitive symptomer:** Herunder dårlig koncentration og opmærksomhed der erstattes af en altomspændende negativ selvopfattelse med bl.a. skyldfølelse, selvmordstanker og forestillingen om ikke at have nogen værdi.

Disse symptomer skal desuden være alvorlige nok til, at personens evne til at fungere i hverdagen påvirkes.

Undersøgelser om depression

Prævalens og forløb

Et dansk studie viser, at forekomsten af depression i baggrundsbefolkningen er på 3,3 % (Olsen et al., 2004). Depression kan være invaliderende for normal livsførelse gennem længere tid, og personer, der tidligere har haft en svær depression, vil være disponerede for vedvarende problemer på flere områder af deres liv (Boland & Keller, 2002).

Fund af depressive lidelser hos soldater er ligeledes almindeligt forekommende i militære studier (Hoge et al., 2004 og 2006; Hotopf et al., 2006; Ikin et al., 2005; Toomey et al., 2007). Hos udsendte soldater kan der – som ved PTSD – komme en forsinket depressiv reaktion efter udsendelsen. Grieger et al. (2006) fandt, at andelen af patienter indlagt med depression pga. deltagelse i krigen i Irak eller Afghanistan steg fra 4,5 % efter 1 måned til 8,6 % ved 7 mdr.

Et andet stort amerikansk studie viser, at henholdsvis 7,4 % og 8,0 % af veteraner har svær depression og misbrugsproblemer efter deres udsendelse (Prigerson et al., 2002).

Risiko- og beskyttende faktorer

Skønt depressive lidelser er almindeligt forekomne i normalbefolkningen og dermed kan tilskrives forskellige årsagsforklaringer, kan der dog identificeres forskellige forhold, der henholdsvis beskytter eller øger risikoen for at udvikle en depression. I det følgende skelnes mellem karakteristikkere ved personen: De individbaserede faktorer samt særlige omstændigheder: De udefrakommende faktorer, der er påvist at have en betydning for dette forhold.

Individbaserede faktorer

Undersøgelser viser, at kvinder har en dobbelt så stor risiko som mænd for at udvikle en depression (Nolen-Hoeksema, 2002; Warner et al., 2007; Weber et al., 2010), hvorfor livstidsprævalensen er 7 til 12 % for mænd og 20 til 25 % for kvinder (Kessler et al., 2003). Blandt andre risikofaktorer tæller ungdommen som en særligt sårbar periode (Blazer et al., 1994; Kessler et al., 2003; Lewinsohn et al., 2003) tillige med alkohol- og rygevaner, kropssmerter, somatiske sygdomme og traumatiske begivenheder i livet (Olsen et al., 2004).

Udefrakommende faktorer

Flere studier peger på, at deltagelse i krig har en signifikant betydning for, om man efterfølgende udvikler en depression (Hoge et al., 2004 og 2006; Kulka et al., 1990). Cabrera et al. (2007) har således undersøgt amerikanske soldater før og efter deres udsendelse til Irak og fundet, at andelen af soldater med depression efter udsendelsen var signifikant højere end andelen af soldater med depression inden udsendelsen.

Litz (2004) har i en undersøgelse af fredsbevarende styrker i Kosovo fundet, at potentielt traumatiserende begivenheder er en signifikant prædikator for forekomsten af depressive symptomer efter endt udsendelse. Dertil er negative oplevelser, stress og manglende tillid til delingens funktionsduelighed og ledelse under en udsendelse identificeret som risikofaktorer (Britt et al., 2007).

Efter hjemkomsten er det mange af de samme faktorer som ved PTSD, der påvirker niveauet af depression, dvs. social støtte, professionel hjælp, trauma eller stressende omstændigheder som fx ægteskabelige problemer (Bolton, 2002; Iversen 2008; Michel et al., 2003). Det er dog usikkert, hvorvidt selve udsendelsen er en prædisponerende eller udløsende faktor, idet der bl.a. er fundet indikationer på, at præeksisterende traumer som f.eks. negative barndomsoplevelser er en risikofaktor for udviklingen af depression efter en udsendelse (Cabrera et al., 2007).

Komorbiditet mellem PTSD og depression

Komorbiditet (eller sammenfald med andre lidelser) forekommer hos en høj andel af personer med PTSD. Således vurderes det, at der er 80 % sandsynlighed for, at en person med PTSD opfylder kriterierne for mindst én anden psykisk lidelse (Slone & Friedman, 2008). Kulka et al. (1990) har fundet, at 50 % af Vietnam-veteraner med PTSD også havde en anden diagnose 6 mdr. inden vurderingen sammenlignet med 12 % af veteraner uden PTSD. Undersøgelser viser desuden, at PTSD hyppigt sammenfalder med depression, stof- og alkoholmisbrug, angstlidelser og somatisering (Fear et al., 2010; Hoge et al., 2004; Jones et al., 2006; Sareen et al., 2007; Davidson et al., 1991; Kulka et al., 1990; Shore et al., 1986; Sierles et al., 1983).

Især præeksisterende depression øger risikoen for PTSD efter en traumatisk begivenhed i baggrundsbefolkningen (Breslau et al., 2000), og blandt militært personel har depression og PTSD en høj komorbiditet (Britt et al., 2007; Grieger et al., 2006; Lapierre et al., 2007). Fx fandt Prigerson et al. (2002), at komorbiditeten ved henholdsvis 4 og 7 mdr. efter hjemkomst var 89 % og 63 %, og Kolkow et al. (2007) påviste, at alle, som opfyldte kriterierne for depression, også udviste PTSD-symptomer.

Metode og design

Undersøgellesdesignet i nærværende projekt er prospektivt (fremadrettet), fordi soldaternes udvikling undersøges, mens den finder sted. Den samme gruppe soldater er således undersøgt *inden* udsendelsen, *under* udsendelsen, *ved* hjemkomst, *2 - 3 mdr.* efter hjemkomst og *7 - 8 mdr.* efter hjemkomst. Dette betyder, at soldaterne er undersøgt med en lang række test allerede *inden*, de udsættes for et potentielt traume i tilknytning til missionen, hvilket giver mulighed for at undersøge, om der er faktorer til stede inden oplevelsen af et traume under missionen, som har indflydelse på senere udvikling af psykiske reaktioner.

Undersøgellesgruppen består af soldater på ISAF Hold 7⁴, der var udsendt til Afghanistan i perioden februar til august 2009. Projektets dataindsamling falder i 5 dele med mulighed for senere opfølgning. Første del foregår i december 2008 – januar 2009, inden soldaterne udsendes til Afghanistan (benævnt FØR), anden del er indsamlet april – juni 2009 under udsendelsen i tilknytning til soldaternes leave periode (benævnt UNDER), tredje del er indsamlet ved hjemkomsten i august 2009 (benævnt EFTER A), fjerde del er indsamlet 2 - 3 mdr. efter hjemkomst (benævnt EFTER B) og femte del 7 - 8 mdr. efter hjemkomst (benævnt EFTER C).

(4) Se bilag 1. Organisationsdiagram ISAF hold 7.

Soldaterne er i løbet af undersøgelsesperioden undersøgt med en lang række validerede test. En detaljeret oversigt over de anvendte skalaer og tests og ved hvilket måletidspunkt, de er anvendt, findes i bilag 2 og 3.

Udover testningen af soldaterne blev der indhentet data fra andre kilder. Disse omfatter data i form af sundhedsdata fra Forsvarets Sundhedstjeneste (FSU) og IQ data fra sessionsprøver/Forsvarets dag hentet hos Forsvarets Personeltjeneste (FPT).

For at få et sikkert mål for fravær eller tilstedeværelse af PTSD (samt andre beslægtede lidelser såsom depression) gennemgik en udvalgt gruppe på 75 soldater fra Hold 7 et standardiseret klinisk interview (Structured Clinical Interview for DSM IV) med henblik på at foretage en egentlig diagnosticering. Dette interview blev gennemført ca. 3 mdr. efter soldaternes hjemkomst af kliniske psykologer fra IMP.

Det skal bemærkes, at ikke alle test og alt indhentede data er bearbejdet og analyseret endnu, hvorfor kun en udvalgt del af datamaterialet indgår i denne rapport.

Medarbejdere fra IMP deltog ved udleveringen af spørgeskemaer ved FØR og EFTER A med henblik på at motivere undersøgelsesgruppen til at deltage i undersøgelsen. Under udsendelsen blev spørgeskemaer udleveret og besvaret før hjemrejse på leave. De besvarede skemaer blev afleveret i og returneret til FAK i aflåste stemmeurner. Ved EFTER A og EFTER B besvarelsen var ISAF 7 soldaterne spredt på tjenestesteder over hele landet eller var hjemsendt fra Forsvaret. Ved EFTER A og EFTER B blev anvendt flere besvarelses- og afleveringsmetoder, dels med deltagelse af IMP medarbejdere eller udlevering og aflevering i lukket stemmeurne på tjenestestedet. Ved EFTER C foregik al udlevering og returnering med post sammen med IMP's rutinemæssige opfølgingsundersøgelse, der omfatter alle udsendte.

Før afslutning på udsendelsen blev skrevet en artikel af IMP/FAK som tak for soldaternes deltagelse under udsendelsen. Artiklen blev hængt op i lejrene i missionsområdet og distribueret til ISAF 7 enhederne. Endelig fik ISAF 7 soldater, der ved EFTER B var hjemsendt fra Forsvaret, samt alle deltagere i EFTER C undersøgelsen tilsendt biografbilletter i forbindelse med besvarelse.

Den del af dataindsamlingen, der bestod i soldaternes ovennævnte besvarelse af spørgeskemaer, gav principielt mulighed for at indsamle data fra alle holdets deltagere. Soldaterne modtog spørgeskemaer, som de udfyldte og returnerede enten personligt eller senere via post. Der blev lagt en stor indsats i at nå alle udsendte, bl.a. ved adskillige indsamlingsrunder og opfølgning via post til udsendte, der ikke havde svaret. Det blev tilstræbt at få så høj en svarprocent som muligt, men det er ikke alle individer, der har svaret på alle 5 tidspunkter og heller ikke nødvendigvis på alle spørgsmål på et givent tidspunkt (man kunne fx have afleveret et blankt skema).

Øvrige data vedrørende sundhedstilstand og IQ ved sessionsprøven / Forsvarets dag blev indsamlet via FSU (Forsvarets Sundhedstjeneste) og FPT (Forsvarets Personeltjeneste), hvor alt, hvad der kunne indsamles, blev indsamlet, mens der ikke var mulighed for at følge op på eventuelt manglende data.

Datamaterialet giver mulighed for at følge udviklingen i udvalgte mål over tid. Desuden giver det mulighed for at undersøge en given tilstand i tværsnit på de individuelle tidspunkter. Generelt anvendes der ved analyser alle data, der er til rådighed. Det betyder, at der ved longitudinale⁵ analyser typisk indgår færre individer end ved tværsnitsanalyser⁶.

Data om de faktiske hændelser ISAF 7 soldaterne har været udsat for under udsendelsen indgår ikke i nærværende rapport, men vil i fremtiden kunne bidrage med yderligere viden om årsagssammenhænge, udvikling og forløb af psykiske efterreaktioner.

Population

Undersøgelsens population er alle individer, der af Forsvaret har været udsendt med Hold 7 til Afghanistan under den almindelige holdrotation. Dette giver mulighed for at beregne svarprocenten for hele populationen, for så vidt det kan fastlægges præcist hvor mange individer, populationen rummer.

I forbindelse med indsamlingen af datamaterialet, der ligger til grund for undersøgelsen, har der på forskellige tidspunkter været flere kilder til information om holdets opbygning, der ikke har været fuldstændigt overensstemmende (se tabel 1). Derfor findes der flere kilder til at definere det præcise antal soldater i undersøgelsens population. Desuden skal det bemærkes, at ændringer i løbet af udsendelsen gør det umuligt at bestemme ét præcist antal, der er gældende for hele udsendelsesperioden. Den mest inklusive kilde, der kan bruges til at fastsætte populationen, er listen over registrerede FN-tillæg. FN-tillæg er et særligt tillæg, der gives til personel udsendt i international mission.

Tabel 1. Kilder til opgørelse af undersøgelsespopulation.

Kilde	Note	Antal individer
Strukturoversigt fra Hærens Operative Kommando	Udarbejdet før missionen	618
Registrerede FN-tillæg i Forsvarets DeMars-system til personelforvaltning	Trukket efter missionen og baseret på data om løntillæg for udsendelse	749

I undersøgelsesmaterialet er der data for 746 unikke individer. Således har undersøgelsen været i kontakt med 99,6 % af de personer, den mest inklusive kilde angiver som populationen for undersøgelsen.

Selve undersøgelsesmaterialet består af 9 samples, der er indsamlet på forskellige tidspunkter, se tabel 2.

(5) Analyser der måler de samme individers udvikling over tid – her indgår altså kun de soldater der har svaret ved alle målinger.

(6) Analyser der anvender alle besvarelser til rådighed ved hver måling.

Tabel 2. Undersøgelsesmaterialets 9 samples.

Sample	Baggrund	Antal individer	Antal som OGSÅ har besvaret FØR
Før udsendelsen FØR	Større testbatteri samlet til USPER	610	610
Under udsendelsen UNDER	Større testbatteri samlet til USPER	617	521
Ved hjemkomst EFTER A	Større testbatteri samlet til USPER	571	485
2 - 3 mdr. efter hjemkomst EFTER B	Større testbatteri samlet til USPER	336	301
7 - 8 mdr. efter hjemkomst EFTER C	2 test, indsamlet sammen med opfølgningsundersøgelsen (PRIM)	315	265
BPP (Børge Priens Prøve)	Mål for intelligens, fra sessionen / Forsvarets dag	607	524
SCID-interview	Særligt klinisk interview udført og scoret af klinisk psykolog fra IMP	75	71
Periodisk helbredsundersøgelse	Medicinske data fra før udsendelsen (FSU)	401	332
Hjemkomstundersøgelse	Medicinske data fra hjemkomstforløbet (FSU)	611	498

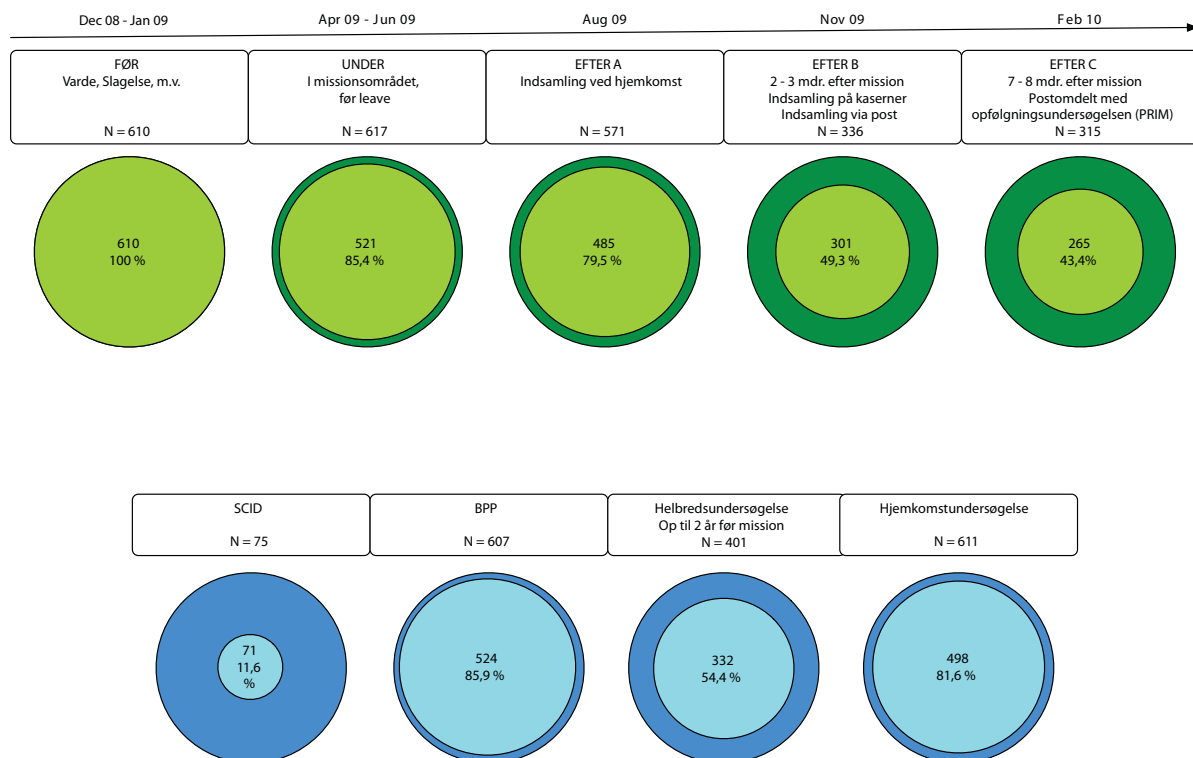
Det er de færreste individer, for hvilke der er data ved alle måletidspunkter (primært pga. det forhold at kun 75 individer gennemgik SCID interviewet). Tabel 2 og Figur 1 viser de forskellige subsamples og hvor stor en del af det samlede sample, der er repræsenteret i hvert subsample.

Ved måletidspunkt 7 - 8 mdr. efter hjemkomst blev spørgeskemaet udsendt sammen med den af IMP rutinemæssige opfølgningsundersøgelse (PRIM)⁷.

Pga. undersøgelsens prospektive design er det de 610 individer, for hvilke der blev indsamlet data FØR udsendelsen, der udgør den primære undersøgelsesgruppe og som opfølgningensprocenten beregnes i forhold til.

(7) PRIM = Rutinemæssigt spørgeskema vedrørende psykiske efterreaktioner, der af Institut for Militærpsykologi sendes ud til alle udsendte soldater ca. 6 - 8 mdr. efter hjemkomst.

Figur 1. Oversigt over undersøgelsens subsamples i tværsnit og longitudinelt. N angiver hvor mange individer, der er i hvert subsample. De lyse områder viser, hvor mange i hvert subsample, der har besvaret FØR. De grønne cirkler er den primære, prospektive undersøgelse af holdet ISAF 7. De blå cirkler viser subsamples af de resterende datakilder.



Frafaldsanalyse

Som det fremgår af figur 1 er der sket et væsentligt frafald af soldater, der ikke har svaret på spørgsmålene ved tid EFTER B og tid EFTER C. En frafaldsanalyse viser, at der overordnet ikke er forskel på de soldater, der har svaret på spørgeskemaerne, og de, der ikke har svaret ved tid EFTER B og C. Dog viste det sig, at de soldater, der ikke har besvaret skemaerne ved tid EFTER B, ved deres skemabesvarelse før udsendelsen angiver at have et højere niveau af tidligere traumer, og ved skemabesvarelse EFTER A at være mere utilfredse med ledelsen under udsendelsen end dem, der svarer ved EFTER B og C. Det skal dog bemærkes at disse forskelle mellem grupperne er små.

Resultater

Baggrundsmål for hele gruppen

Ved undersøgelsens første måletidspunkt kan samplet karakteriseres ved de følgende baggrundsvARIABLE: Køn, alder, civilstand, om man har børn eller ej, uddannelse, personelkategori, enhed, eventuel ledelsesfunktion, antal år i Forsvaret samt antal tidligere internationale udsendelser (se tabel 3).

Tabel 3. Baggrundsmål for hele gruppen.

Variabel	Kategorier eller mål	
Køn	Mand	95,1 %
	Kvinde	4,9 %
Alder	Gennemsnit	26 år
	Median	24 år
	Minimum	18 år
	Maximum	57 år
Civilstand	Single	45,4 %
	Kæreste (ikke samlevende)	19,3 %
	Gift/samlevende	33,3 %
	Skilt/separeret/tidligere samlevende	2,0 %
Børn	Ja	18,6 %
	Nej	81,4 %
Uddannelse	Folkeskole 7 år eller kortere	0,3 %
	Folkeskole 8., 9. eller 10. klasse	30,3 %
	Mellemskole/realeksamen/præliminæreksamen	0,8 %
	Studentereksamen/HF/HHX/HG/HTX-eksamen	38,7 %
	Faglært	20,4 %
	Kort videregående uddannelse (under 3 år)	4,9 %
	Mellemlang videregående uddannelse (3 år til under 5 år)	4,0 %
Lang videregående uddannelse (5 år eller mere)	0,5 %	
Antal år i Forsvaret	Gennemsnit	5,5 år
	Median	3,0 år
	Minimum	0
	Maximum	40
Personelkategori	Konstabel, korttidskontrakt	25,6 %
	Konstabel, fast tjenestegørende (K35, K60)	46,4 %
	Sergent, korttidskontrakt	2,3 %
	Sergent, fast tjenestegørende (K35, K60)	16,0 %
	Officer, kontraktansat	1,7 %
	Officer, fast tjenestegørende	7,6 %
	Civilt personel	0,5 %
Tidl. udsendelser	Ingen tidligere udsendelser	49,7 %
	1 tidligere udsendelse	29,8 %
	2 tidligere udsendelser	9,3 %
	3 tidligere udsendelser	4,8 %
	4 eller flere tidligere udsendelser	6,0 %
	Minimum	0
Maximum	19	

Variabel	Kategorier eller mål	
Enhed	ST (Staben)	4,3 %
	ST & LOG (Stab & Logistikkompagniet)	39,8 %
	MEKINF (Mekaniseret Infanterikompagni)	20,8 %
	MEKINF (Mekaniseret Infanterikompagni)	21,1 %
	MP (Militærpoliti)	2,8 %
	CIMIC Support Team og CIMIC UKTF (Civil - militær koordinationslementer)	2,1 %
	KVGDEL (Kampvognsdeling)	2,6 %
	STELM UKTF og STELM RC(S) (Stabselementer)	0,8 %
	NSE (Nationalt støttelement)	5,6 %

Udsendelseslængde og hyppighed

Forskelle i belastning på baggrund af udsendelseslængde

Der har inden for det nærværende projekt ikke været mulighed for at gennemføre en direkte undersøgelse af udsendelseslængdens indflydelse på de udsendtes velbefindende, da dette ville kræve to eller flere grupper med forskellige udsendelseslængder, men ellers så vidt muligt ensartede forhold. Da dette pga. praktiske forhold var umuligt, er udsendelseslængdens betydning i stedet undersøgt ved at se på måletidspunktet lige før leave (UN-
DER).

De udsendte har forskellige leavetidspunkter, men ankommer til missionsområdet cirka samtidig. Derfor har soldaterne forskellige udsendelseslængder indtil leave, og det er denne forskel i udsendelseslængde indtil leave, der danner grundlag for at undersøge udsendelseslængdens indflydelse på soldaternes psykiske velbefindende.

De udsendte blev til denne analyse opdelt i en gruppe med tidlig leave (inden for 2-3 mdr.) og sen leave (efter 3 mdr.). Soldaterne i sen leave gruppen viste sig at være signifikant mere plaget af det belastende klima og oplevede mere usikkerhed ved løsning af opgaver. Sen leave gruppen rapporterede også at opleve signifikant lavere meningsfuldhed med deres arbejde end tidlig leave gruppen.

Disse fund antyder, at udsendelseslængden belaster de udsendtes velbefindende negativt, men der er en række vigtige forbehold: For det første er der tale om små forskelle mellem grupperne. For det andet skal disse fund sandsynligvis forklares med, at sen leave gruppen netop har svaret på spørgsmålene på det tidspunkt, sommeren sætter ind i Afghanistan, samt at næsten halvdelen af styrken mangler pga. netop leave.

Ønsker til udsendelseslængde og hyppighed

De udsendte blev også spurgt om deres egne ønsker til længden og hyppigheden af udsendelser, når de kom hjem fra missionen (EFTER A). Langt de fleste havde været udsendt i 6 (61 %) eller 7 mdr. (29 %). I forhold til indeværende udsendelse foretrak de fleste soldater en leave periode, mens færre ønskede ingen leave eller to leave perioder (se Tabel 4).

Tabel 4. Ønsker til udsendelseslængde, hyppighed og leave perioder i %.

Ønsker til leave ved 6 mdr. udsendelse	%
Ingen leave	16
1 leaveperiode	73
2 leaveperioder	10
Ønsker til udsendelseslængde	
3 mdr.	20
4 mdr.	31
6 mdr.	37
Ønsker til pause mellem udsendelser	
1 år	23
2 år	34
3 år	23
Ønsker leave (ifht. ønskede længde)?	
Ja (gennemsnitligt ønsket 5 mdr. udsendelse)	53
Nej (gennemsnitligt ønsket 3 mdr. udsendelse)	47

Rangordnet fra 1-3 var ønskerne til udsendelseslængden hhv. 6, 4 og 3 mdr.. De fleste udsendte foretrak en pause på 2 år mellem hver udsendelse, men denne præference havde ingen sammenhæng med den ønskede udsendelseslængde. Til gengæld ønskede soldater, der foretrak korte udsendelser (gns. 3 mdr.), at være foruden leave, mens soldater, der foretrak lange udsendelser (gns. 5 mdr.) gerne ville have leave (se Tabel 4).

Overordnet er der altså tale om en gruppe soldater, der ønsker den nuværende model (37 %), mens andre grupper ønsker kortere udsendelser uden leave (51 %), men med forskellige ønsker til den specifikke model.

Tilfredsheden med udsendelseslængden ved hjemkomst (EFTER A) hænger sammen med den oplevede belastning under udsendelsen, således at soldater, der angiver at være mere belastede, samt soldater der har hjemvé, angiver at være utilfredse med udsendelseslængden.

Der er desuden en negativ sammenhæng mellem udsendelseslængden og generel tilfredshed – altså jo kortere udsendelse, jo større tilfredshed. Samtidig er der en positiv sammenhæng mellem generel tilfredshed og ønsket udsendelseslængde. Det vil sige, at udsendte med korte udsendelser er tilfredse og ønsker længere udsendelser, mens udsendte med lange udsendelser er mindre tilfredse og ønsker kortere udsendelser.

Ud af den samlede gruppe rapporterer 30 soldater (5,6 %) ved hjemkomsten (EFTER A), at de vil forlade Forsvaret på grund af udsendelsernes længde.

De soldater, der er belastede og utilfredse under udsendelsen, ønsker altså kortere udsendelser, mens de, der er tilfredse, ønsker samme længde eller længere. Samtidig stiger både

oplevet belastning og tilfredshed, jo længere soldaten er ude. De soldater, der har haft en god udsendelse, vil altså ikke overraskende have mere af det samme, mens de, der har haft en belastende udsendelse, gerne vil have mindre.

Soldater med børn ønskede kortere udsendelser og længere tid mellem udsendelser end soldater uden børn. Samtidig ville soldater med børn hellere undvære leave. Om man havde børn eller ej havde ingen betydning for tilfredsheden med den netop overståede udsendelse.

Psykiske efterreaktioner for hele gruppen

I dette afsnit vil det blive beskrevet, hvordan det generelle niveau af PTSD-symptomer, depression, generelt psykisk stress, forbrug af alkohol og hash, selvmordsønsker, social støtte og militær psykisk robusthed udvikler sig over tid for hele gruppen. Endvidere vil det blive belyst, om der findes forskelle på de nævnte områder, når gruppen af soldater inddeles efter, hvorvidt soldaten er udsendt efter værnepligtsuddannelse og derpå gennemført Hærens Reaktionsstyrke Uddannelse (HRU) eller fastansat, hvorvidt soldaterne er førstegangsudsendt eller har flere udsendelser bag sig, eller om de er kampsoldater eller ikke-kampsoldater.

Som det fremgår af bilag 3 er niveauet af PTSD-symptomer, depression og selvmordsønsker målt ved alle 5 måletidspunkter. Generelt psykisk stress og social støtte er målt ved de første 4 målinger, militær psykisk robusthed er målt ved de første 3 målinger, forbrug af alkohol og hash er målt inden udsendelsen og 2-3 mdr. efter hjemkomst (EFTER B).

PTSD (PCL)

Soldaterne på Hold 7 har ved alle 5 målinger udfyldt et spørgeskema, PCL, som måler graden af PTSD-symptomer. PCL er et spørgeskema, soldaten selv udfylder, og de symptomer, soldaten angiver, er således selvrapporeret. Dette kan ikke i sig selv danne grundlag for en PTSD-diagnose, da en diagnose kræver en objektiv vurdering og diagnostisk udredning af en læge eller psykolog.

Skalaen i PCL-spørgeskemaet går fra 17 - 85. Med udgangspunkt i baggrundsbefolkningen er der i PCL-skemaet fastsat en "cut off score", som angiver, hvornår en person har så mange symptomer, eller symptomerne er så intense, at personen med overvejende sandsynlighed ville få stillet en PTSD-diagnose. Denne score ligger typisk på 44. PCL skalaen er valideret og internationalt anerkendt og gør det således muligt at sammenligne resultaterne fra Hold 7 med international viden om PTSD i militære sammenhænge.

Udover det anvendte spørgeskema PCL er der udtaget 75 soldater fra hold 7, som har gennemgået en egentlig diagnostisk udredning med SCID (Structured Clinical Interview for DSM IV) med henblik på at opnå mere sikker viden om graden af PTSD blandt hjemvendte soldater fra hold 7. Disse diagnostiske interview er foretaget ca. 3 mdr. efter hjemkomst af psykologer fra IMP.

Tabel 5: Tværsnit af andelen af soldater med PTSD-symptomer målt med PCL kategoriseret fra 0 - 29, 30 - 43 og 44 - 86 ved alle 5 måletidspunkter.

	Før	Under	Efter A	Efter B	Efter C
PCL (0 - 29)	524 (87,0 %)	528 (90,1%)	493 (89,5%)	305 (90,8%)	259 (82,7%)
PCL (30 - 43)	58 (9,6%)	47 (8,0%)	45 (8,2%)	22 (6,5%)	38 (12,1%)
PCL (44 - 86)	20 (3,3%)	11 (1,9%)	13 (2,4%)	9 (2,7%)	16 (5,1%)
Total	602	586	551	336	313

Overordnet ses for soldaterne på Hold 7 et generelt fald i PTSD-symptomer fra før udsendelsen til 2 - 3 mdr. efter udsendelsen (se tabel 5). Således angiver 3,3 % inden udsendelsen at have så mange eller intense PTSD-symptomer, at de scorer over 44. Under udsendelsen falder dette tal til 1,9 % og stiger igen svagt til 2,7 % 2 - 3 mdr. efter hjemkomst. Ved målingen 7 - 8 mdr. efter hjemkomst stiger antallet af de soldater, der ligger over grænseværdien for PTSD-symptomer til 5,1 %. Stigningen fra 2 - 3 mdr. til 7 - 8 mdr. efter hjemkomst er statistisk signifikant, hvilket betyder, at stigningen ikke er tilfældig.

Stigningen i antallet af soldater, der får det værre efter 7-8 mdr., tyder på, at der for en del soldater er et relativt sent begyndelsestidspunkt for udviklingen af PTSD, hvilket ligger i tråd med andre internationale fund omkring udviklingen af PTSD (Keane et. al., 2006). En anden forklaring på det relativt sene begyndelsestidspunkt kan være, at der særligt blandt soldater er en vis forsinkelse i *erkendelsen* af symptomerne. Dette kan betyde, at nogle soldater først rapporterer om symptomer på et senere tidspunkt, selvom symptomerne muligvis allerede har været til stede tidligere i forløbet.

Andelen af soldater, der placerer sig lige under grænseværdien i intervallet 30 - 43 på PCL, følger samme mønster. Således falder andelen af soldater i denne mellemgruppe fra 9,6 % inden udsendelsen til 6,5 % 2 - 3 mdr. efter hjemkomst, for så at stige igen til 12,1 % 7 - 8 mdr. efter hjemkomst. Når soldaterne får en score i dette interval, vil de ikke opfylde kriterierne for en egentlig PTSD-diagnose, men det skal bemærkes, at soldaterne, der scorer i dette interval, trods alt oplever en del symptomer, som kan gribe forstyrrende ind i deres hverdag. For nogle vil symptomerne være så forstyrrende, at det vil kræve behandling.

Mellem 80 - 90 % af soldaterne oplever hverken før udsendelsen, under udsendelsen eller efter hjemkomst at have PTSD-symptomer af nævneværdig grad.

Resultaterne underbygges af de 75 SCID interview, der blev foretaget 3 mdr. efter hjemkomst, hvor 2 personer opfyldte en PTSD diagnose. Dette svarer til 1,5 %.

Der blev ikke fundet forskelle i udviklingen af PTSD-symptomer, hvad enten soldaten er HRU eller fastansat, førstegangsendt eller har flere udsendelser bag sig, ligesom der heller ikke var forskel på kampsoldater og ikke kampsoldater.

Sammenlignet med andre internationale studier om forekomsten af PTSD blandt soldater udsendt til krigszoner, ligger niveauet på Hold 7 relativt lavt. Således er forekomsten af PTSD for udsendte soldater til Irak eller Afghanistan i flere amerikanske undersøgelser mellem 2 % - 24 % (Magruder et. al., 2009). Forekomsten af PTSD blandt danske udsendte soldater er ikke tidligere undersøgt.

Tabel 6: Andelen af soldater der angiver at opfylde A1 og A2 kriterierne i PTSD diagnosen (DSM IV) FØR, UNDER og EFTER A.

	Før	Under	Efter A
Opfylder A1 kriteriet	220 (37,6%)	315 (57,7%)	330 (61,9%)
Opfylder A2 kriteriet	86 (14,7%)	66 (12,1%)	66 (12,4%)

Som tidligere beskrevet er der i PTSD-diagnosen i DSM-IV udgaven 2 kriterier, der skal være opfyldt, nemlig A1 og A2 kriteriet. Soldaterne er i PCL skemaet ved alle måletids-punkter blevet bedt om at angive, om de på noget tidspunkt har opfyldt A1 og A2 kriterierne i PTSD-diagnosen, dvs. om "de har oplevet en situation, hvor deres eget liv har været i fare, eller de har været vidne til, at andres liv var i fare (A1)", og om de ved en evt. sådan begivenhed har oplevet "at reagere med intens frygt, hjælpeløshed eller rædsel (A2)".

Som det fremgår af tabel 6, opfylder 37,6 % allerede inden udsendelsen A1 kriteriet. Dette ligger i tråd med den viden, man har i forhold til baggrundsbefolkningen, hvor ca. 50 % angiver at opfylde dette kriterium (Keane et al., 2006). Under udsendelsen stiger andelen af soldater, der opfylder A1 kriteriet, til 57,7 % og yderligere igen ved hjemkomst, hvor niveauet ligger på 61,9 %.

Hvad gælder A2 kriteriet, altså om den enkelte soldat har reageret med frygt, rædsel og hjælpeløshed på det angivne traume, ses det, at der ikke tilsvarende sker en udvikling i andelen af soldater, der angiver at opfylde dette kriterium. Tværtimod ligger niveauet nogenlunde stabilt på 14,7 % inden udsendelsen og henholdsvis 12,1 % og 12,4 % efter udsendelsen. I baggrundsbefolkningen ses samme relativt store forskel mellem A1 og A2 således, at det altså er langt fra alle, der har oplevet en traumatisk begivenhed, som udvikler PTSD. I forhold til de undersøgte soldater på Hold 7 kan det dog undre, at der ikke ses en stigning i antallet af A2 symptomer over tid, når der samtidig ses en stigning i A1 symptomer over tid.

En forklaring herpå kan være, at netop i kraft af at soldaterne har trænet længe og forberedt sig på krigens trusselsbillede, oplever de i langt højere grad at være i kontrol og dermed undgå følelser af hjælpeløshed og magtesløshed. Dette kan være én af flere forklaringer på, at så relativt få soldater udvikler alvorlige PTSD-symptomer.

Depression (BDI - II)

Becks Depression Inventory (BDI - II) er et selvrapporteringskema på 21 spørgsmål, der måler graden af depression hos personer over 13 år (Beck et al., 1996). Der er opgivet følgende grænseværdier for den totale score:

- 0 - 13 points = minimal depression
- 14 - 19 points = let depression
- 20 - 28 points = moderat depression
- 29 - 63 points = svær depression

Tabel 7 viser, hvordan soldaternes BDI - II-scores fordeler sig på alle tidspunkterne inden udsendelsen til efter hjemkomsten.

Tabel 7: Tværsnit af andelen af soldater med depression målt med BDI - II, kategoriseret i forhold til minimal, let, moderat eller svær depression.

BDI - II	Før	Under	Efter A	Efter B	Efter C
Minimal depression (0 - 13)	536 (90,5 %)	534 (94,0 %)	503 (92,6 %)	296 (91,1 %)	256 (84,2 %)
Let depression (14 - 19)	42 (7,1 %)	24 (4,2 %)	28 (5,2 %)	17 (5,2 %)	30 (9,9 %)
Moderat depression (20 - 28)	12 (2,0 %)	4 (0,7 %)	9 (1,7 %)	7 (2,2 %)	10 (3,3 %)
Svær depression (29 - 63)	2 (0,3 %)	6 (1,1 %)	3 (0,6 %)	5 (1,5 %)	8 (2,6 %)
Total	592	568	543	325	304

Det fremgår, at soldaterne generelt har det godt inden, under og efter udsendelsen, idet hovedparten opfylder kriterierne for en "minimal depression", hvilket betyder få eller ingen symptomer på depression.

Der er dog en signifikant forskel på BDI - II-scoren ved de forskellige tidsmålinger, da det for alle soldater gælder, at symptomniveauet falder fra før udsendelsen til under udsendelsen, for derefter at stige efter hjemkomsten fra Tid EFTER B til Tid EFTER C. Således ses som med PTSD-symptomer en stigning i antallet af soldater med moderate og svære depressive symptomer fra 2 - 3 mdr. efter hjemkomst til 7 - 8 mdr. efter hjemkomst.

Der er høj grad af komorbiditet (sammenfald af symptomer) mellem PTSD-symptomer og depression. Således har alle de soldater (undtaget 1), der 7 - 8 mdr. efter hjemkomst scorer i intervallet "moderat" til "svær" depression, også en PCL-score over 30.

Om soldaterne var kampsoldater eller ej havde ingen betydning for den scorede grad af depression. For fastansatte soldater og soldater, der har været udsendt flere gange, ses der ikke en signifikant forskel i udviklingen af deres symptomniveau over tid.

En mulig forklaring er, at både fastansatte soldater, og dem med flere udsendelser bag sig, har større kendskab til og erfaring med missionsområderne og derfor er mindre bekymrede for den forestående udsendelse. Et studie har således vist, at soldater med krigserfaring udviser færre psykiske symptomer inden en udsendelse end førstegangsendte (Killgore et al., 2006). Dog havde disse til gengæld flere fysiske symptomer.

Generelt psykisk stress (SCL - 90 - R)

Symptom Checklist 90-R består af 90 spørgsmål om symptomer, der alle kan findes hos raske mennesker samt hos medicinske og psykiatriske patienter. Testen har et GSI indeks, der viser antallet og intensiteten af symptomer og kan sige noget om den enkeltes generelle psykiske (dis)stress. Samtidigt har testen 9 underskalaer, der viser velkendte kliniske syndromer (Derogatis, 1994). De skalaer, som belyses her, er GSI, angst, aggression og interpersonel sensitivitet.⁸⁹

Tabel 8: Generelt psykisk stress målt med SCL - 90 - R.

	Før	Under	Efter A	Efter B
GSI (Generelt psykisk stress)	0,29	0,26	0,20	0,23
PST (Antal positive symptomer)	18,56	15,56	11,58	13,79
PSDI (Intensiteten af symptomer)	1,35	1,41	1,40	1,38
Aggression	0,37	0,46	0,32	0,34
Angst	0,23	0,22	0,18	0,18
Interpersonel sensitivitet	0,48	0,36	0,27	0,30

SCL - 90 - R testen viser, at de udsendte som gruppe havde flest symptomer inden afrejsen, men at intensiteten af symptomer ikke ændrede sig signifikant under og efter udsendelsen (se tabel 8). I forhold til en samlet danske befolkning af mænd ligger soldaternes svar før, under og efter udsendelsen indenfor det normale gennemsnit. Kun på aggressionskalaen ligger soldaterne lidt over gennemsnittet i den generelle befolkning.

Hvorvidt soldaten er HRU/fastansat og kampsoldat eller ej ændrer ikke på antal og intensiteten af de psykiske symptomer. Førstegangsendte rapporterer både flere og mere intense symptomer før, under og efter udsendelsen. Dette indikerer, at det at være en trænet soldat og have én eller flere udsendelser bag sig kan have en positiv indflydelse på oplevelsen af generelt psykisk stress.

Aggressionsniveauet blandt de udsendte soldater steg fra før udsendelsen til under, hvor specielt kampsoldater udviste et højere aggressionsniveau. Aggressionsniveauet viste sig at falde igen efter udsendelsen. Denne udvikling må anses for naturlig, idet aggression for alle soldater og specielt kampsoldater er vigtig for at kunne reagere hurtigt og målrettet og i militære sammenhænge tjener som en overlevelsestrategi. Efter at have været hjemme i 2

(8) I beregning af T-scores bruges normer for mænd.

(9) De resterende skalaer er: somatisering, obsessiv-kompulsiv, fobisk angst, paranoid tankegang, depression og psykotecisme.

- 3 mdr. er der ikke forskel på, om soldaten har været kampsoldat eller ej i forhold til niveauet af aggression.

Angstskalaen indeholder symptomer som fx nervøsitet, anspændthed, rædsel, frygt og panikanfald. Resultaterne viste, at angstniveauet for hele gruppen af soldater falder efter hjemkomst, hvilket viser, at for den samlede gruppe forsvinder angsten naturligt, når kilden til angsten også forsvinder (krigens trusselsbillede).

Soldaterne interpersonelle sensitivitet, der er et samlebegreb for fx ubehag i samværet med andre samt følelser af utilstrækkelighed, underlegenhed og selvutilfredshed i forhold til andre, viser at denne negative sensitivitet er højest før udsendelsen og falder signifikant efter udsendelsen.

HRU soldater rapporterer før og et stykke tid efter udsendelsen signifikant flere symptomer på interpersonel sensitivitet.

Samlet viser resultaterne fra SCL - 90 - R testen, at soldaterne som gruppe har flest psykiske symptomer før udsendelsen, færre under udsendelsen og færrest efter hjemkomsten. Ene- ste undtagelse er aggression, som stiger under udsendelsen, hvilket ikke er overraskende, da aggression er en given del af det at være soldat i et krigsområde. Samtidigt afviger soldaternes svar ikke i forhold til den generelle mandlige befolkning i Danmark.

Forbrug af alkohol og hash

Udsendte soldater til Afghanistan har i den periode, de er udsendt, ikke adgang til hverken alkohol eller andre rusmidler (undtaget almindelige cigaretter).

I forbindelse med alle psykiske efterreaktioner er der kendt risiko for, at en soldat samtidig udvikler overforbrug og afhængighedsforhold af alkohol og/eller andre rusmidler, ligesom overforbrug og afhængighedsforhold omvendt også i sig selv kan føre til alvorlige psykiske reaktioner. Fx, fandt Fear, et. al (2010) at 13 % af britiske soldater der har været udsendt til Irak og Afghanistan har alkohol misbrug efter en udsendelse (Fear, et. al 2010).

I nærværende rapport bliver niveauet af alkohol og hash beskrevet.

Soldaterne fra Hold 7 har både før udsendelsen og efter hjemkomsten svaret på, hvordan deres forbrug af alkohol og hash har udviklet sig.

Resultaterne viser, at der ikke er nogen signifikant forskel mellem, hvor mange soldater der drikker mere end den anbefalede mængde alkohol om ugen inden udsendelsen og til efter udsendelsen, hvor 5,0 % angiver at drikke 20 genstande eller mere om ugen.

Vi undersøgte nærmere, om der var nogle variationer inden for dette tal. Det viste sig, at 1,8 % af soldaterne på Hold 7 er gået fra at have et meget lavt alkoholforbrug (under 6 genstande om ugen) før udsendelsen til at have et gennemsnitligt ugentligt forbrug på 25 eller flere genstande 2 - 3 mdr. efter udsendelsen.

I forhold til brugen af hash angiver 4,0 % af soldaterne at ryge hash inden afrejsen, hvilket stiger til 6,6 % 2 - 3 mdr. efter hjemkomst, hvilket er en signifikant stigning. Dette betyder altså, at der er nogle soldater, der er begyndt at ryge hash efter hjemkomsten, som ellers tidligere ikke gjorde brug af dette rusmiddel. Selvom det er en relativ lille procentdel, der angiver at ryge hash, er det vigtigt at være opmærksom på, da følgevirkninger som social isolation, humørsvingninger, koncentrationsbesvær, depression og i nogle tilfælde udvikling af psykoser optræder i forbindelse med brug af hash. Det, at der ses en stigning i forbrug af hash, kan også tænkes at dække over, at der er en del af soldaterne der bruger hash som en selvmedicinering, netop fordi de oplever psykiske efterreaktioner, som de har svært ved at udholde. I dette materiale ses det dog, at hovedparten af de som anvender hash ikke i øvrigt angiver psykiske problemer.

Generelt viser resultaterne omhandlende alkoholforbrug og brug af hash, at 4 - 5 % af det samlede Hold 7 ved hjemkomst har et egentlig overforbrug af alkohol (+25 genstande om ugen) og/eller ryger hash. Selvom det altså kun er en mindre procentdel, der tilsyneladende har et overforbrug af alkohol og/eller ryger hash, skal det understreges, at denne gruppe soldater er i risiko for at udvikle afhængighedstilstande på baggrund af deres høje forbrug.

Fordi soldaternes forbrug af alkohol og hash er målt på et tidspunkt inden udsendelsen, hvor de allerede er gået i skarp træning, er det svært at sige, om soldaternes forbrug efter udsendelsen er udtryk for en stigning, et fald, eller er uændret i forhold til deres habituelle forbrug, inden de startede deres missionsforberedelse.

Selvmodstanker

Soldaterne er både før, under og efter hjemkomst i BDI - II spørgeskemaet, som omhandler depression, blevet spurgt om, hvorvidt de har selvmodstanker eller -ønsker.

Resultaterne viser, at én soldat inden udsendelsen har svaret "at han har tanker om at tage livet af sig selv, men at han ikke vil føre det ud i livet". Under udsendelsen og ved hjemkomst er der ingen soldater, der angiver at have tanker eller ønsker om selvmord. 7 - 8 mdr. efter hjemkomst svarer 2 soldater (0,7 %), at " de ville tage livet af sig selv, hvis de fik chancen". Dette ligger i tråd med undersøgelsen øvrige fund, nemlig at der efter 7 - 8 mdr. angiveligt begynder, om end det er små tal, at ske en forværring af enkelte soldaters psykiske tilstand.

Social støtte (MSPSS)

Social støtte kan overordnet opdeles i *strukturel* støtte, der er antal støttekilder og i *funktionel* støtte, som angiver karakteren og kvaliteten af støtten. Det, der er afgørende i forhold til psykisk velbefindende er den funktionelle (oplevede) sociale støtte, hvilket testen 'The Multidimensional Scale of Perceived Social Support' (MSPSS) måler (Zimet et al 1988). Testen har en samlet skala og 3 underskalaer (familie, venner og andre signifikante personer). Skalaen går fra 1-7 hvor 7 angiver den højeste oplevelse af social støtte.

Tabel 9: Social støtte målt med MSPSS.

	Før	Under	Efter A	Efter B
Total	5,84	5,71	5,70	5,49
- Familie	5,69	5,69	5,65	5,43
- Venner	5,72	5,67	5,57	5,35
- Signifikante andre	6,12	5,72	5,76	5,72

I forhold til en sammenlignelig undersøgelse (Zimet et al., 1988) er den oplevede sociale støtte for soldaterne som gruppe høj (se tabel 9), hvilket har vist sig at have en sammenhæng med lavere dødelighed og højere psykisk velbefindende (Cohen & Wills, 1985; van der Doef & Maes, 1998 & 1999). Støtten opleves af soldaterne som værende størst før udsendelsen, hvorefter den falder under udsendelsen og igen, når soldaterne har været hjemme 2 - 3 mdr.

Den sociale støtte fra familie er høj og uændret før, under og lige efter hjemkomsten, men falder signifikant når soldaterne har været hjemme 2 - 3 mdr. Dette kan skyldes, at familien oplever, at soldaten er 'faldet til' igen i Danmark, og at de derfor ikke i samme grad føler, at soldaten har behov for den samme støtte.

Støtten fra venner er også størst inden afrejsen, men falder løbende under og efter udsendelsen.

Signifikante andre er i testen defineret som en særlig person og kan være soldaterkammerater, partnere eller andre vigtige personer. Den oplevede støtte er størst fra denne gruppe, men falder markant fra før udsendelsen til under udsendelsen hvorefter den forbliver uændret.

Der er ingen signifikante forskelle på, om soldaterne er kampsoldat eller ej, og om de er HRU'er eller fastansat, eller om de har tidligere udsendelser bag sig eller ej.

Samlet viser resultaterne, at danske soldater oplever en relativ høj grad af social støtte, hvilket både kan have en direkte effekt (øget velbefindende) og indirekte effekt ved at være en beskyttende faktor over for voldsomme og stressende oplevelser før, under og efter en udsendelse (Cohen & Wills, 1985).

Militær psykisk robusthed (Military Hardiness)

Psykisk robusthed kan forstås som en persons tilgang til livets udfordringer og måles i 3 dimensioner: Engagement, kontrol og udfordring.

- **Engagement:** Viser om soldaten har en oplevelse af formål og mening med livets aktiviteter og med at involvere sig med andre.
- **Kontrol:** Omfatter troen på at soldaten kan påvirke eller kontrollere begivenheder i livet.
- **Udfordring:** Fortæller noget om hvorvidt soldaten ser udfordringer som spændende i forhold til fremtidig personlig udvikling.

Der er flere former for psykisk robusthed, der alle består af disse 3 dimensioner. Militær psykisk robusthed (Military Hardiness) er et mål for psykisk robusthed i en militær kontekst og er i nærværende undersøgelse målt via "Military Hardiness Index" (Dolan & Adler, 2006; Maddi, 2006).

Tabel 10. Militær psykisk robusthed målt med "Military Hardiness Scale".

	Før	Under	Efter A
Military hardiness	4,15	4,05	4,04
Engagement	4,33	4,20	4,16
Kontrol	4,08	4,03	4,02
Udfordring	3,98	3,85	3,90

Samlet udviser soldaterne fra Hold 7 en forholdsvis høj grad af psykisk robusthed, da de gennemsnitligt scorer over 4 på en skala, der går fra 1 - 5 (se tabel 10). Dette tal er væsentligt højere, end hvad en amerikansk undersøgelse, der undersøgte en gruppe soldater udsendt til Kosovo, fandt (Dolan & Adler, 2006). De udsendte soldaters robusthed er størst før udsendelsen og falder i mindre, men signifikant grad under udsendelsen hvorefter den er stabil.

Dimensionen *kontrol* udvikler sig ikke over tid, hvilket indikerer, at soldaternes tro på at de kan påvirke / kontrollere begivenheder i livet ikke ændres. Men både dimensionerne *engagement* og *udfordring* falder fra før udsendelsen til under udsendelsen og er herefter relativt stabil. Dette indikerer, at soldaterne søger færre udfordringer, samt at det kan være sværere at se formålet og meningen med livet under udsendelsen.

Graden af psykisk robusthed falder markant under udsendelsen for HRU'er og førstegangsudsendte soldater, hvor niveauet stort set er uforandret for soldater med flere udsendelser bag sig. Dette indikerer, at HRU soldater og førstegangsudsendte i større grad presses på deres personlige tilgang til livets udfordringer under en udsendelse.

Risikogrupper

De overordnede resultater viste som nævnt et fald i det generelle symptom-niveau fra målingen før udsendelse til 2 - 3 mdr. efter hjemkomst, efterfulgt af en stigning ved målingen 7 - 8 mdr. efter hjemkomst. Bag dette overordnede billede gemmer der sig nogle forskellige udviklingsmønstre, som kan beskrives i form af henholdsvis 2 markante udsvingsgrupper som vi har valgt at kalde henholdsvis den "hjemkomst-lettede" og den "hjemkomst-belastede" gruppe. Herudover kan beskrives en "stabil" gruppe samt 2 "mellemgrupper" (1+2).

Vi vil i det følgende redegøre for disse forskellige grupper og udviklingsmønstre og efterfølgende belyse nogle mulige baggrundsfaktorer. Da formålet med dette afsnit er at vise kompleksiteter i forhold til udviklingen af PTSD-symptomer, vil vi tillægge den stabile, hjemkomst-lettede og hjemkomst-belastede gruppe særlig opmærksomhed, da disse - i forhold til mellemgrupperne - tegner et bedre billede af de risikofaktorer og beskyttende faktorer, der kan være i forhold til udviklingen af symptomer efter en udsendelse.

I de følgende analyser er de udsendte soldater blevet delt op i førnævnte 5 grupper i forhold til, hvorvidt deres PTSD-symptomniveau stiger, falder eller forbliver relativt stabilt fra før udsendelsen til efter udsendelsen (EFTER A). Ud fra disse grupperinger vil udviklingen for depression (målt ved BDI - II-skalaen) og PTSD (målt ved PCL-skalaen) blive gennemgået for alle 5 måletidspunkter. I Tabel 11 ses de 5 grupperinger, som er opdelt i forhold til ændring af antal point på PCL-skalaen.

Tabel 11. Oversigt over materialet inddelt efter udvikling i PTSD-symptomer (relativ stigning og fald).

Grupper	Ændring i PCL fra Før til Efter A	Antal ved Før og Efter A	Antal ved Efter C
Hjemkomst-lettede	-10 og mere (markant bedre v. hjemkomst)	40 (8,7 %)	13 (6,6 %)
Mellemgruppe 1	-2 til -9 (bedre ved hjemkomst)	144 (31,2 %)	58 (29,6 %)
Stabile	-1 til 1 (relativt uændret)	173 (37,4 %)	70 (35,7 %)
Mellemgruppe 2	2 til 9 (dårligere v. hjemkomst)	83 (18 %)	44 (22,4 %)
Hjemkomst-belastede	Over 9 (markant dårligere v. hjemkomst)	22 (4,8 %)	11 (5,6 %)
Total antal soldater		462	196

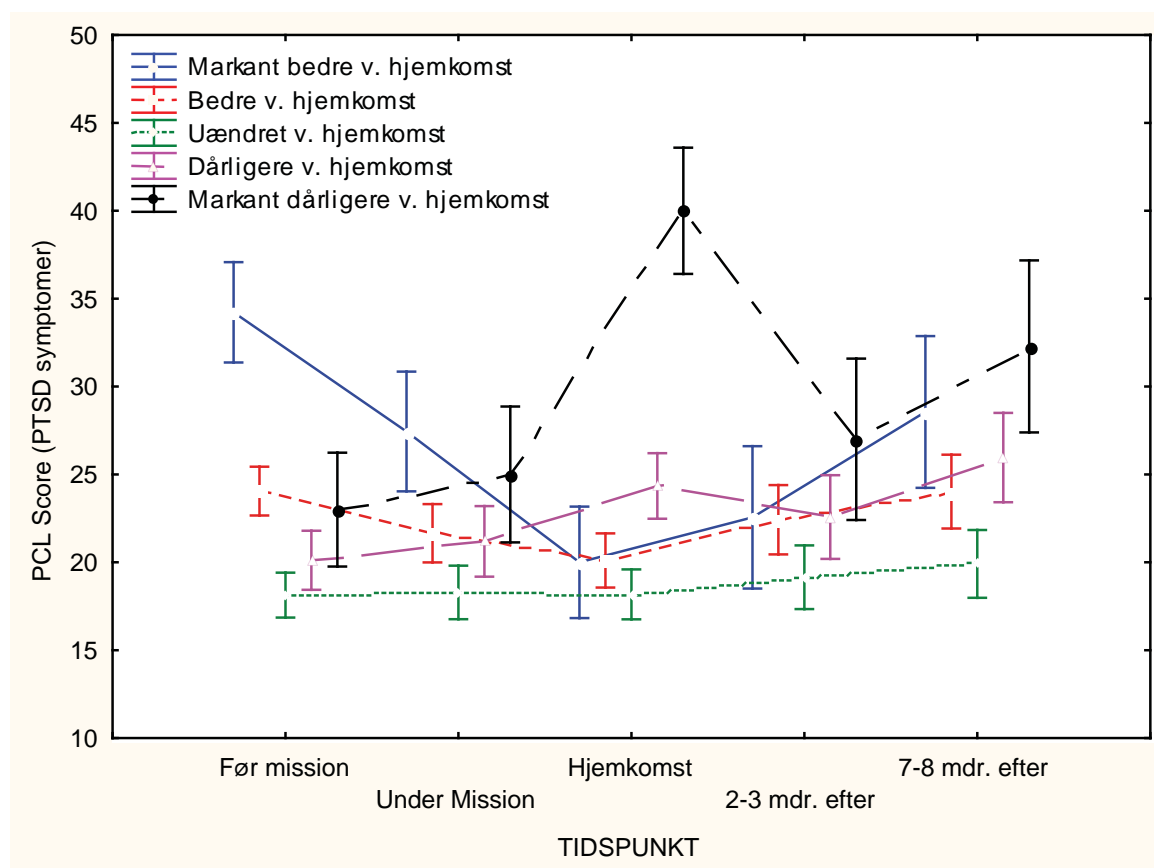
I tabel 11 fremgår det, at 37,4 % af soldaterne forbliver relativt stabile mht. deres PCL-score før og lige efter udsendelsen. Der er 31,2 %, der viser et mindre fald på PCL skalaen ved hjemkomsten (mellemgruppe 1), mens 8,7 % er faldet markant på PCL skalaen (den hjemkomst-lettede gruppe). Der er imidlertid også 18 % af soldaterne, som har fået det dårligere ved hjemkomsten end før, de blev udsendt (mellemgruppe 2), og 4,8 % der registrerer at have fået det markant dårligere (den hjemkomst-belastede gruppe).

Som tabel 11 viser, er der et betydeligt frafald ved de 2 målinger efter hjemkomst (2 - 3 mdr. efter og 7 - 8 mdr. efter). Vi har valgt at vise udviklingen samlet set for de 5 grupper over de 5 måletidspunkter. Med andre ord indgår i nærværende analyse altså kun de personer, som har besvaret PCL alle 5 gange. Det betyder imidlertid, at der er færre besvarelser til rådighed, hvilket giver nogen usikkerhed. I kolonnen til højre figurerer antallet af soldater i de 5 grupper, der har udfyldt spørgeskemaet 7 - 8 mdr. efter (EFTER C). Ud fra dette kan man se, at frafaldet fra hjemkomsten til EFTER C ikke skaber større ændringer i den procentvise fordeling af disse 5 grupper.

PTSD (PCL)

Overordnet set tegner der sig et meget varieret billede af udviklingen i PTSD-symptomer for de forskellige grupper, hvilket vil blive forklaret nærmere i det følgende (se figur 2).

Figur 2. Grafisk fremstilling af de 5 gruppers udvikling af PTSD-symptomer.



Den hjemkomst-lettede gruppe.

Både soldater, der har fået det bedre (mellemlig gruppe 1), og de der har fået det markant bedre ved hjemkomsten (den hjemkomst-lettede gruppe), følger det samme mønster mht. deres PCL-score ved de 5 tidspunkter, om end mønstret er tydeligst for den hjemkomst-lettede gruppe: I forhold til deres PCL-score før missionen falder denne score under missionen og yderligere ved hjemkomst. Derefter begynder deres PCL-score at stige ved målingen 2 - 3 mdr. efter hjemkomst, og den stiger yderligere 7 - 8 mdr. efter hjemkomst.

Det vil med andre ord sige, at den bedring, som disse soldater oplevede umiddelbart ved hjemkomsten, altså ikke holder over tid. Det skal endvidere bemærkes, at den hjemkomst-lettede gruppe starter ud med et temmelig højt symptomniveau på næsten 35 point i gennemsnit på PCL-skalaen. En hypotese, der kan udledes af disse resultater, er, at soldater med eksisterende problemer oplever, at en udsendelse tilbyder dem et tæt kammeratskab

og en klar og vigtig opgave som kræver fuld koncentration, og som for en stund dermed gør det muligt at få en pause fra et problemfyldt liv i Danmark. Dette kan forklare, hvorfor udsendelsen fører til en midlertidig lettelse af denne gruppes symptomer ved hjemkomst, men at denne ikke holder ved 7 - 8 mdr. efter.

Den hjemkomst-belastede gruppe

For soldaterne, der har fået det dårligere (mellemgruppe 2) eller markant dårligere (den hjemkomst-belastede gruppe) ved hjemkomsten i forhold til målingen før missionen, er det et andet billede, som tegner sig. PCL-scoren for mellemgruppe 2 stiger generelt over tid, fra en gennemsnitsscore før udsendelsen på 20,1 til en score på 26,0 ved målingen 7 - 8 mdr. efter hjemkomsten (EFTER C), dog med et lille fald 2 - 3 mdr. efter hjemkomst (EFTER B).

For den hjemkomst-belastede gruppe sker der en stigning i PCL-scoren fra målingen før missionen til hjemkomst (EFTER A) med 17 point i gennemsnit, hvorefter PCL-scoren falder ved målingen 2 - 3 mdr. efter hjemkomst (EFTER B), efterfulgt af en stigning igen 7 - 8 mdr. efter hjemkomst (EFTER C) til 32,3 point i gns. Den senere stigning er bemærkelsesværdig, fordi det som nævnt er indbygget i PTSD diagnosen, at symptomer kan opstå forskudt af traumatet. Det er dermed en mulighed, at nogle af disse soldater vil få efterfølgende problemer, og at vi med tiden vil se begyndende symptomer hos soldater fra Hold 7, som ikke blev registreret inden for denne undersøgelses tidsmæssige ramme.

Den stabile gruppe

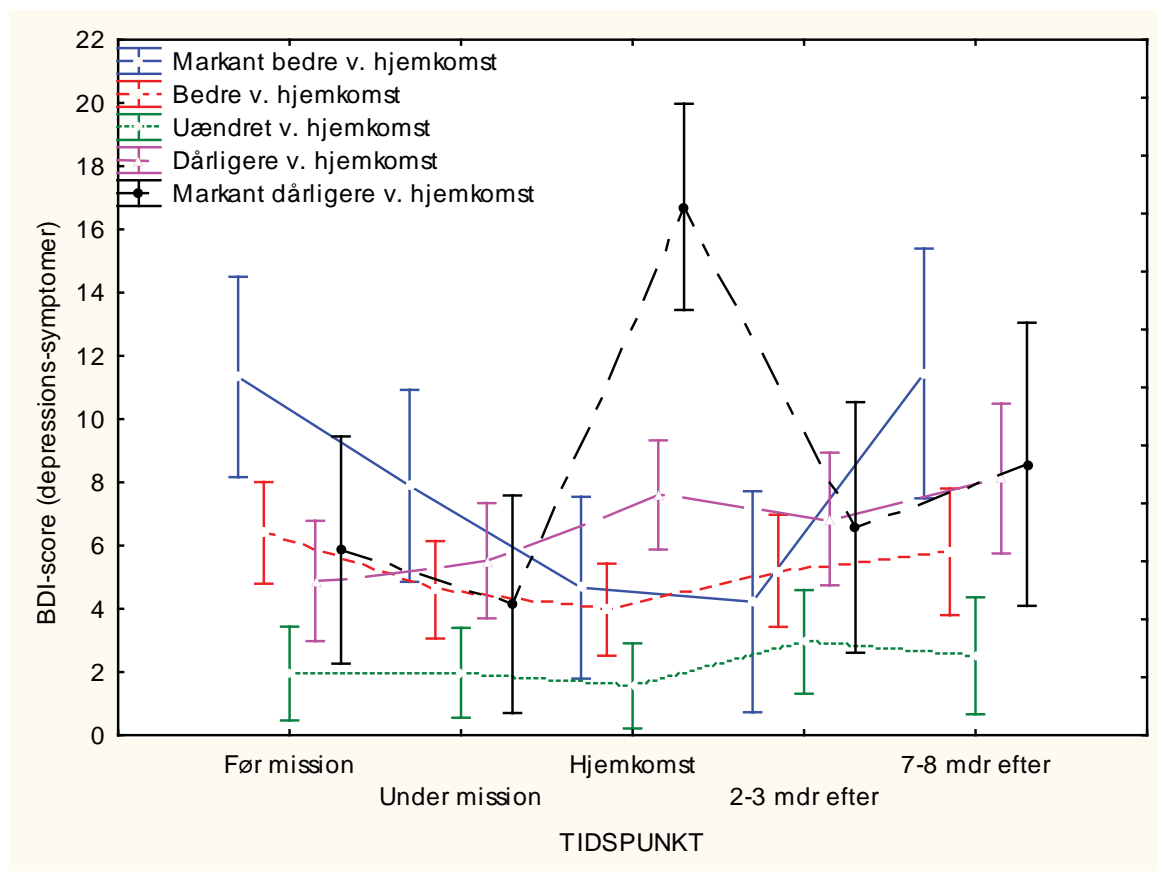
Hos den relativt stabile gruppe soldater findes der ikke de store udsving over tid. PCL gennemsnitsscoren svinger mellem 18 - 20 point (det laveste man kan score er 17). Som det fremgår af Figur 2, ligger denne gruppe hele tiden lavere end de andre på PCL-skalaen. Her er tale om en stor gruppe, som i det store hele er symptomfri og holder sig stabil over tid.

Vi har illustreret ovenstående udviklingsmønstre i gruppernes symptomer ved brug af PCL-skalaen. Dette valg har sin begrundelse i, at langt de fleste andre mål for negativ affekt og/eller følelsesmæssige problemer stort set følger samme mønster. Vi vil i det følgende illustrere denne sammenhæng ved at vise den tilsvarende udvikling i symptomniveau for depression målt ved BDI - II-skalaen.

Depression (BDI - II)

I forhold til depressionssymptomerne tegner der sig også et meget komplekst billede af de forskellige grupper, hvilket vil blive uddybet nedenfor (se figur 3).

Figur 3. Grafisk fremstilling af de 5 gruppers udvikling af depression.



Den hjemkomst-lettede gruppe

BDI - II-scoren for soldaterne, der har fået det bedre ved hjemkomst (mellemlgruppe 1), og dem der har fået det markant bedre (den hjemkomst-lettede gruppe), falder fra før missionen til under missionen og igen ved hjemkomsten (EFTER A). Herefter stiger den 7 - 8 mdr. efter (EFTER C), hvor begge grupper ender på en BDI - II-score på niveau med scoren inden udsendelsen. Dette udviklingsmønster er igen mest tydeligt for den hjemkomst-lettede gruppe. Som det var tilfældet med PTSD-symptomerne, viser resultaterne altså, at den bedring, der kunne læses lige ved hjemkomsten, ikke holder sig over tid.

Den hjemkomst-belastede gruppe

Soldaterne, der har fået det moderat dårligere ved hjemkomst (mellemlgruppe 2), stiger fra før udsendelsen til under og igen ved hjemkomst (EFTER A) og 2 - 3 mdr. efter (EFTER B) på BDI - II-skalaen, hvorefter BDI - II-scoren falder lidt igen til et niveau en anelse over BDI - II-scoren før udsendelsen. For soldater, der har fået det markant dårligere ved hjemkomst

(den hjemkomst-belastede gruppe), ser billedet lidt anderledes ud. De viser en markant stigning fra før udsendelsen til hjemkomsten (EFTER A). Herefter falder BDI - II-scoren 2 - 3 mdr. efter hjemkomst (EFTER B) og stiger igen 7 - 8 mdr. efter hjemkomst (EFTER C).

Den stabile gruppe

Den relativt stabile gruppe befinder sig forholdsvis konstant omkring 2 - 3 point på BDI - II-skalaen, hvilket betyder, at en stor del af soldaterne både før, under og efter udsendelsen har ingen eller få symptomer på depression (0 -13 point udgør målet for "minimal depression").

Sammenfattende kan det altså siges, at undersøgelsesmateriale rummer 5 grupper, hvis symptombillede udvikler sig forskelligt over tid. Fælles for grupperne er, at PCL- og BDI - II symptomerne følges ad.

For det første er der en stor "stabil gruppe" (næsten 40 %), vis symptomniveau er meget lavt og holder sig meget lavt ved alle 5 målinger. For det andet findes der 2 mindre, men markante "udsvings-grupper", som viser store spring i symptombilledet over de 5 målinger.

Den ene gruppe gør dette ved at falde fra et relativt højt symptomniveau før udsendelsen til et meget lavt niveau lige ved hjemkomst, hvorefter der igen kan iagttages en stigning, således at den sidste måling viser et symptombillede stort set på niveau med udgangspunktet før udsendelsen. Denne gruppe har vi kaldt den "hjemkomst-lettede" gruppe, da de tilsyneladende har det rigtigt godt lige ved hjemkomst.

Den anden gruppe viser markant udsving i form af en stigning i symptombilledet fra før missionen til hjemkomsten, efterfulgt af et fald således så den sidste måling viser et billede, der ligger lidt over niveauet inden udsendelsen. Vi har derfor navngivet disse soldater den "hjemkomst-belastede" gruppe, da de har et meget højt symptomniveau lige ved hjemkomst.

For det tredje er der 2 ret store 'mellemgrupper' (1+2), som hver især på en mindre markant måde følger samme mønster som enten den hjemkomst-lettede eller den hjemkomst-belastede gruppe.

Forskelle mellem grupperne

I det følgende vil der blive beskrevet nogle forskelle mellem den stabile gruppe på den ene side og de 2 markante udsvingsgrupper (den hjemkomst-lettede og den hjemkomst-belastede) på den anden side. Vi vil dernæst kontrastere den hjemkomst-lettede og den hjemkomst-belastede gruppe med hinanden og her bl.a. søge et svar på, hvad der får den hjemkomst-belastede gruppe til at udvise en markant stigning i symptom-niveau under missionen og lige ved hjemkomsten.

De 2 udsvingsgrupper adskiller sig fra den stabile gruppe på en lang række mål, der har at gøre med negativ affekt og/eller følelsesmæssige problemer, undtagen målingen ved hjemkomsten (EFTER A) hvor den hjemkomst-lettede gruppe - kortvarigt - kommer ned på samme niveau som den stabile gruppe.

Endvidere har 48 % af den hjemkomst-lettede gruppe og 41 % af den hjemkomst-belastede gruppe inden udsendelsen angivet at have modtaget hjælp pga. psykologiske eller psykiatriske problemer. Til sammenligning er det kun 8 % i den stabile gruppe. Det skal understreges at disse tal dækker over al den hjælp en soldat på svartidspunktet tidligere har modtaget fra enten en psykolog eller psykiater, og som han selv har oplyst om (ikke vist i tabelform).

Den hjemkomst-lettede og den hjemkomst-belastede gruppe kan imidlertid ikke blot lægges sammen, da det viser sig at der er væsentlige forskelle imellem dem.

Table 12. Demografiske og personlighedsmæssige forskelle mellem de to udsvingsgrupper og den stabile gruppe.

Demografiske og personlighedsmæssige mål	Stabil N=173	Lettede N=40	Belastede N=22	Signifikant forskel mellem grupperne
Alder i år (gns.)	27.8	22.1	25.3	Mellem: belastede og lettede gruppe
År i Forsvaret (gns.)	7.2	2.7	3.8	Mellem: belastede og lettede gruppe
Tidligere udsendt (%)	53.3	37.8	45.5	Ingen
Kampsoldater (%)	38.6	59.0	54.5	Mellem: belastede og lettede gruppe
Ledelsesfunktion (%)	32.2	15.0	22.7	Ingen
Kun folkeskoleuddannelse (%)	22.1	60.0	18.2	Mellem: lettede gruppe og resten
Gymnasial uddannelse (%)	46.5	15.0	50.0	Mellem: lettede gruppe og resten
Tidligere traumer (gns. antal)	3.85	5.47	4.52	Mellem: lettede og stabile gruppe
Militær psykisk robusthed	4.21	3.97	4.13	Mellem: lettede og stabile gruppe
Neuroticisme (Negativ affekt) før mission	27.07	36.03	32.40	Mellem: alle grupper
Extraversion (Udadvendthed) før mission	44.75	40.58	45.96	Mellem: lettede gruppe og resten
Openness (Åbenhed over for oplevelser) før mission	37.43	37.49	40.96	Mellem: belastede gruppe og resten
Agreeableness (Venlighed) før mission	41.38	39.11	39.32	Ingen
Conscientiousness (Samvittighedsfuldhed) før mission	45.72	40.62	46.09	Mellem: lettede gruppe og resten

Som det fremgår af tabel 12, ligner den hjemkomst-belastede gruppe på mange punkter den stabile gruppe: For det første er grupperne sammenlignelige, hvad angår demografiske data som alder og uddannelse. Endvidere ligner de hinanden på den psykologiske egenskab militær psykisk robusthed (military hardiness) før missionen, ligesom de ligner hinanden på graden af samvittighedsfuldhed (conscientiousness) og udadvendthed (extroversion) før missionen. Dog adskiller den hjemkomst-belastede gruppe sig fra de andre 2 grupper ved at score højere på åbenhed over for oplevelser (openness).

Ligeledes viser tabellen, at den hjemkomst-lettede gruppe adskiller sig på en række områder i forhold til den stabile gruppe. Den hjemkomst-lettede gruppe er yngre, har tilbragt kortere tid i Forsvaret, angiver flere tidligere traumer, har en kortere skoleuddannelse, har lavere niveau af militær psykisk robusthed (military hardiness) inden mission, scorer lavere på udadvendthed (extroversion) og på samvittighedsfuldhed (conscientiousness).

De ovenfor nævnte forhold der karakteriserer den hjemkomst-lettede gruppe tegner et billede af en gruppe, som ved tjeneste i Forsvaret (herunder udsendelse) opnår en lettelse af deres symptomniveau via den tilværelse en udsendelse med klare mål, struktur og tæt kammeratskab tilbyder. Denne gruppes oplevelse af at have det bedre ved hjemkomst, holder sig som nævnt heller ikke over tid.

Ud fra de data, vi har, (som er soldaternes egne subjektive vurderinger), ser det ud til, at den hjemkomst-belastede gruppe har haft flere følelsesmæssigt belastende oplevelser under missionen i sammenligning med de 2 andre grupper. Det skal dog understreges, at en del belastningsmål ikke viser signifikante forskelle på de 3 grupper. I det følgende vil vi derfor lægge særlig vægt på at gennemgå de mål, der antyder forskelle mellem den hjemkomst-belastede og de 2 andre grupper. De mål, vi angiver, stammer fra besvarelsene fra hjemkomsten (EFTER A).

Tablet 13. Oversigt over forskelle i oplevelser under udsendelsen mellem de to udsvingsgrupper og den stabile gruppe.

Kampoplevelser	Stabil	Lettede	Belastede	Signifikant forskel mellem grupperne
Soldater der angiver at have været under fjendtlig beskydning i 4 - 6 mdr.	36.9 %	42.1 %	65.0 %	Mellem: belastede og stabile gruppe
Soldater der selv har taget én eller flere fjender ud	20.5 %	25.0 %	38.1 %	Mellem: belastede og stabile gruppe
Hverdagen under udsendelsen				
Vurderer at dagligdagen næsten daglig er præget af et belastende klima	49.4 %	55.6 %	81.0 %	Mellem: belastede gruppe og resten
Vurderer at dagligdagen næsten dagligt er præget af mangel på privatliv	30.7 %	37.1 %	61.9 %	Mellem: belastede og stabile gruppe

Tablet 13 viser, at den hjemkomstbelastede gruppe vurderer, at de i højere grad har været under fjendtlig beskydning samt dræbt eller såret fjender, ligesom den hjemkomst-belastede gruppe adskiller sig fra de andre 2 grupper ved i højere grad at have oplevet klimaet som en belastning. Endvidere har de i højere grad savnet privatliv.

Tabel 14. Oversigt over forskelle i følelsesmæssigt belastende situationer mellem de to udsvingsgrupper og den stabile gruppe.

Følelsesmæssigt belastende situationer	Stabil	Lettede	Belastede	Signifikant forskel mellem grupperne
Har oplevet situationer der ofte var følelsesmæssigt belastende	21.1 %	22.2 %	66.6 %	Mellem: belastede gruppe og resten
Har ofte følt sig magtesløs	3.6 %	13.2 %	28.6 %	Mellem: alle grupper
Har ofte følt sig ydmyget eller krænket	0.6 %	5.3 %	23.8 %	Mellem: belastede gruppe og resten
Har ofte tænkt på risikoen for selv at blive såret/dræbt	29.1 %	31.6 %	76,2 %	Mellem: belastede gruppe og resten
Har ofte tænkt på risikoen for at en kammerat kan blive såret eller dræbt	40.3 %	39,5 %	90.4 %	Mellem: belastede gruppe og resten
Har problemer med dem derhjemme	15.2 %	31.6 %	28.6 %	Mellem: lettede og stabile gruppe
A2 kriteriet				
Har <u>aldrig</u> følt angst, hjælpeløshed eller rædsel under en livsfarlig oplevelse (A2 traume kriterium)	78.2 %	34.4 %	40.0 %	Mellem: stabile gruppe og resten
Vurdering af belastning og berigelse				
Oplevet udsendelsen som belastende	16.5 %	27.8 %	52.3 %	Mellem: belastede og stabile gruppe

Den hjemkomst-belastede gruppe adskiller sig endvidere tydeligst fra de andre 2 grupper ved i højere grad at angive, at de har oplevet følelsesmæssigt belastende situationer af forskellig art og højere grad af bekymring for egen og andres sikkerhed (tabel 14). Endelig fremgår det, at den hjemkomst-belastede gruppe (ikke overraskende) ved hjemkomsten vurderer missionen som mere belastende.

Ikke-signifikante forskelle mellem grupperne

Der er ikke forskel på grupperne, hvad angår oplevelser under missionen, hvor soldaterne har oplevet at være i livsfare, ligesom der ingen forskel er mellem dem på spørgsmålet om, hvorvidt de har følt frygt, hjælpeløshed eller rædsel under en livsfarlig oplevelse (A2 traume kriterium). Her svarer den stabile gruppe dog markant oftere end de andre 2 grupper, at de "aldrig" har følt sådan. Der er heller ikke evidens for, at den hjemkomst-belastede gruppe har oplevet større usikkerhed ved løsning af opgaver i hverdagen. Endelig er der ingen forskel på graden af oplevet berigelse, hvor alle 3 grupper ligger højt og typisk giver en score i toppen af berigelseskalaen (ikke vist i tabelform).

Sammenfattende kan det konkluderes, at der ikke er evidens i materialet for, at den hjemkomst-belastede gruppe i objektiv forstand har været ude for flere belastende hændelser under missionen end de andre 2 grupper. Der er imidlertid heller ikke evidens for, at de *ikke* har. Kun yderligere analyser af data vedrørende faktuelle hændelser vil kunne bidrage til at afklare den usikkerhed. Der er derimod god evidens for, at de i deres egen oplevelse af missionen angiver den som mere belastende og følelsesmæssigt udfordrende end de andre

2 grupper. I hvilket omfang dette afspejler reelle hændelser, eller træk ved disse menneskers dispositioner (såsom personlighed) eller eventuelt en kombination af begge forhold, kan der ikke konkluderes om på baggrund af de nuværende data.

Risikofaktorer

Det blev undersøgt nærmere, hvilke faktorer der kan forudsige en fremtidig risiko for at udvikle PTSD-symptomer og depression.

Alle baggrundsmål, og mål der omhandler soldatens subjektive angivelse af kampeksponering under udsendelsen, blev inddraget i analyserne af, hvilke faktorer der udgør en forøget risiko for at score højt på PTSD-symptomer og depression 7 - 8 mdr. efter udsendelsen.

Det blev fundet, at niveauet af PTSD-symptomer inden udsendelsen var den faktor, der med størst sikkerhed kunne forudsige niveauet af både PTSD-symptomer og depression 7 - 8 mdr. efter hjemkomsten. A2 kriteriet i PTSD-diagnosen viste sig tilmed at have en prediktiv værdi, idet soldaterne, der ved hjemkomsten (EFTER A) havde angivet at have følt frygt, rædsel og hjælpeløshed (A2-kriteriet) i forbindelse med en traumatisk hændelse under udsendelsen, havde en forøget risiko for at udvikle PTSD-symptomer 7 - 8 mdr. efter udsendelsen.

Endelig blev det fundet, at der var en svag negativ korrelation mellem PTSD-symptomer og alder samt uddannelse, ligesom der var en svag negativ korrelation mellem depression og alder samt uddannelse. Dette betyder, at jo yngre soldaterne var ved udsendelsen, og jo kortere uddannelse de havde, jo højere scorede soldaterne på PTSD-symptomer og depression 7-8 mdr. efter hjemkomst.

Selvom niveauet af PTSD-symptomer inden udsendelsen øger risikoen for højere niveau af PTSD-symptomer efter hjemkomst, skal det påpeges, at der i undersøgelsesmateriale ikke er en direkte sammenhæng mellem de, som scorer højt inden udsendelsen og de som scorer højt efterfølgende. Derfor vil det være forbundet med stor usikkerhed at forsøge at identificere de soldater, der ender med at score højt på PTSD-symptomer og depression *inden* udsendelsen, eftersom langt fra alle, der har et højt niveau inden udsendelsen, vil have det efter udsendelsen. Ydermere skal en betydelig del af årsagen til senere udvikling af PTSD findes i de oplevelser, soldaten først får *under* udsendelsen.

Endelig skal det understreges, at data vedrørende de faktuelle hændelser på Hold 7, samt en længere opfølgingsperiode af soldaterne fra Hold 7 vil være afgørende i forhold til i fremtiden at opnå større viden om risikofaktorer for udviklingen af PTSD og depression i forbindelse med deltagelse i internationale missioner.

Berigelse og belastning

Soldaterne er ved hjemkomst blevet bedt om at angive på en skala fra 1-7 hvor belastende udsendelsen har været for dem, og omvendt hvor berigende udsendelsen har været for dem.

Det viste sig, at soldaterne som samlet gruppe i gennemsnit scorede 5,29 på skalaen for berigelse og 4,30 på skalaen for belastning. ca. 30 % af soldaterne svarede over 4 på begge skalaer, hvilket betyder, at der er en stor gruppe soldater der føler sig belastet og beriget af udsendelsen samtidigt.

Disse fund tegner et komplekst billede af, hvordan den enkelte soldat oplever en udsendelse og tyder på, at dét, at have oplevet én eller flere traumatiske hændelser ikke kun er forbundet med senere negative konsekvenser.

I denne undersøgelse har vi således også testet soldaterne i forhold til begrebet "posttraumatic growth" hvori den tanke er indlejret, at en soldat kan vokse og udvikle sig positivt i forbindelse med oplevelser af traumatiske og voldsomme hændelser under en udsendelse. Det har dog ikke indenfor rammerne af denne undersøgelse endnu været muligt at analysere disse data.

Fremtidige analyser af berigelse og belastning samt "posttraumatic growth" vil derfor være vigtige, for at opnå et mere nuanceret billede af efterreaktioner i forbindelse med udsendelse i international tjeneste.

Konklusion

Denne rapport beskriver resultaterne af en prospektiv undersøgelse af en gruppe danske soldater, der har været udsendt til Afghanistan med Hold 7 i perioden februar- august 2009. Soldaterne er undersøgt før udsendelsen, under udsendelsen, ved hjemkomst, 2 - 3 mdr. efter hjemkomst og 7 - 8 mdr. efter hjemkomst.

Det primære formål med undersøgelsen var at belyse i hvilken udstrækning, danske soldater i Afghanistan udvikler psykiske problemer under og efter udsendelsen, samt at undersøge om der findes specifikke sårbarhedsfaktorer, der har betydning herfor.

Det er første gang en stor gruppe danske udsendte soldater systematisk undersøges med henblik på at opnå viden om soldaternes psykiske velbefindende både før udsendelsen, under udsendelsen og efter hjemkomst.

Studiets store styrke er dels det store antal soldater, der har deltaget, dels det prospektive design som betyder, at soldaternes udvikling måles, mens den finder sted. Endvidere gør det prospektive design det muligt at se nærmere på årsagssammenhænge og samspil imellem disse i forbindelse med udviklingen af psykiske efterreaktioner.

Det store antal soldater, der har deltaget, gør, at resultaterne med relativ stor sikkerhed er repræsentative for samtlige udsendte soldater, der har været eller skal til Afghanistan, i det omfang de militære opgaver og deres farlighed er sammenlignelige på tværs af udsendelser.

Undersøgelsen viser, at hovedparten af de danske soldater ikke udviser tegn på psykiske problemer hverken før udsendelsen, under udsendelsen eller efter hjemkomst.

Inden udsendelsen udviser 3,3 % af soldaterne alvorlige psykiske problemer i form af PTSD-symptomer. 5,1 % udviser 7 - 8 mdr. efter udsendelsen alvorlige psykiske efterreaktioner i form af PTSD-symptomer, hvor ca. halvdelen af disse soldater også har alvorlige efterreaktioner i form af svær depression. 0,7 % har alvorlige selvmordstanker. En stor del af denne gruppe soldater vil have brug for behandling, og deres problemer vil med stor sandsynlighed have negative konsekvenser for både deres sociale og professionelle liv.

Andelen af soldater med alvorlige psykiske reaktioner i dette danske materiale ligger i den lave ende af de tal, der findes på området internationalt. Her angives det, at mellem 2 - 24 % udvikler PTSD efter militær udsendelse. Udviklingen af PTSD som følge af militærudsendelse er højst for Vietnam-veteraner.

Resultaterne viste endvidere i dette danske materiale, at udviklingen af PTSD-symptomer og depression blandt den samlede gruppe soldater er kompleks. Ved at undersøge variationen i udviklingen af symptomer indenfor gruppen blev der identificeret 2 risikogrupper: Den "hjemkomst-belastede" gruppe og den "hjemkomst-lettede" gruppe. Udviklingsmønstret i hver af disse grupper viser, at der dels er soldater der har relativt store psykiske problemer allerede inden udsendelsen, og som får en kortvarig lettelse i symptomniveau, mens de er udsendt og umiddelbart ved hjemkomst, mens der er andre soldater, der først pådrager sig psykiske problemer under udsendelsen. Fordi disse 2 risikogrupper er fremkommet ved at se på udviklingen i PTSD-symptomer (dvs. relative stigninger og fald), er soldaterne i disse risikogrupper ikke fuldstændigt sammenfaldende med de 5,1 %, der i tværsnit 7-8 mdr. efter hjemkomst oplever at have alvorlige psykiske efterreaktioner.

Endelig blev det påvist, at niveauet af PTSD-symptomer inden udsendelsen, samt det at en soldat angiver at have reageret med intens frygt, rædsel og hjælpeløshed i forbindelse med et traume, øger risikoen for senere udvikling af PTSD-symptomer og depression. Dette underbygger resultaterne vedrørende de 2 risikogrupper, nemlig at både psykisk velbefindende *inden* udsendelsen samt kampeksponering og reaktioner herpå *under* udsendelsen har indflydelse på senere udvikling af PTSD-symptomer og depression.

Der viste sig endvidere ikke nogen klar sammenhæng på individplan mellem de soldater der havde et højt niveau af PTSD-symptomer inden udsendelsen, og de der havde efter. Derfor, hvis man inden udsendelsen forsøger at identificere de soldater, som senere oplever et højt niveau af PTSD-symptomer, vil man samtidigt identificere soldater der ikke senere udvikler et højt niveau af PTSD-symptomer (falsk-positive). Der vil endvidere være en større gruppe af soldater, som man slet ikke vil kunne identificere på forhånd, idet deres symptomer først opstår under udsendelsen, og ikke umiddelbart er bestemt af andre faktorer, end de psykiske reaktioner soldaten oplever i forbindelse med kampeksponering.

Soldaterne fra Hold 7 er indtil videre ikke fulgt længere end til 7 - 8 mdr. efter hjemkomst, og det er derfor på nuværende tidspunkt ikke muligt at sige noget om den fortsatte udvikling af psykiske efterreaktioner blandt soldaterne. Opfølgning af soldaterne fra Hold 7 i de kommende år vil kunne bidrage betydeligt til den eksisterende viden om forekomst og forløb af PTSD og andre psykiske efterreaktioner blandt danske udsendte soldater og vil være afgørende for den fremtidige forebyggelses- og behandlingsindsats.

Det prospektive design af undersøgelsen betyder endvidere, at en opfølgning af soldaterne fra Hold 7 vil kunne give større viden om hvilke faktorer, der prædicerer (forudsiger) udviklingen af alvorlige psykiske efterreaktioner.

Referencer

American Psychiatric Association (APA) (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Ed. Text Revision). Washington, DC: *American Psychiatric Association*.

Beck, A., Steer, R.A. & Brown, G.K. (1996). *BDI-II Beck Depression Inventory: Vejledning, dansk version*. Stockholm: Pearson.

Blazer, D.G., Kessler, R.C., McGonagle, K.A. & Swartz, M.S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Study. *British Journal of Psychiatry*, 172, 164-167.

Boland, R.J. & Keller, M.B. (2002). Course and outcome of depression. In I.H. Gotlib & C.L.Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 43-60). New York: Guilford Press.

Bolton, E.E., Litz, B.T., Britt, T.W., Adler, A. & Roemer, L. (2001). Reports of Prier Exposure to Potentially Traumatic Events and PTSD in Troops Poised for Deployment, *Journal of Traumatic Stress*, 14 (1), 249-256.

Bramsen, I., Dirkzwager, A., van der Ploeg, H.M. (2000). Predeployment Personality Traits and Exposure to Trauma as Predictors of Posttraumatic Stress Symptoms: A Prospective Study of Former Peacekeepers. *American Journal of Psychiatry* 157:7, 1115-1119.

Brewin, C.R., Andrews, B. & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.

Breslau, N. & Davis, G.C. (1992). Posttraumatic Stress Disorder in an urban population of young adults: Risk factors for chronicity. *American Journal of Psychiatry*, 149, 671-675.

Breslau, N., Davis, G., Andreski, P & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.

Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P., Peterson, E.L. & Shultz, L.R. (1997). Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1044-1048.

Breslau, N., Davis, G.C., Peterson, E.L. & Schultz, L.R. (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma: The posttraumatic stress disorder-major depression connection. *Biological Psychiatry*, 48, 902-909.

Britt, T.W., Dickinson, J.M., Castro, C.A., Adler, A.B. (2007). Correlates and Consequences of Morale Versus Depression Under Stressful Conditions, *Journal of Occupational Health Psychology*, 12 (1), 34-47.

Cabrera, O.A., Hoge, C.W., Bliese, P.D., Castro, C.A. & Messer, S.C. (2007). Childhood Ad-

versity and Combat as Predictors of Depression and Post-Traumatic Stress in Deployed Troops. *American Journal of Preventive Medicine*, 33 (3), 77-82.

Card, J.J. (1987). Epidemiology of PTSD in a national cohort of Vietnam veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 6-17.

Cohen, Sheldon; Wills, Thomas A (1985): Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis, *Psychological Bulletin*, Vol. 98, No. 2, 310-357.

Costa, P.T. & McCrae, R.R. (2007). *NEO PI-R: Manual - erhverv*, Dansk Psykologisk Forlag.

Davidson, J.R.T., Hughes, D.Blazer, D. & George, L. K. (1991). Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychological Medicine*, 21, 713-721.

Davidson, J.R.T. & Fairbank, J. A. (1993). The epidemiology of posttraumatic stress disorder. In J. R. T. Davidson & E. B. Foa (Eds.), *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond*. *American Psychiatric Press*, Washington, DC.

Derogatis, L.R. (1994). *Symptom Checklist-90-R: Vejledning til administration og scoring*, Dansk Psykologisk Forlag.

Dolan, Carol A; Adler, Amy B (2006): Military Hardiness as a Buffer of Psychological Health on Return from Deployment, *Military Medicine*, Vol. 171, 2, 93-98.

Dunmore, E.C. DM & Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder PTSD after physical or sexual assault. *Behav. Res. Ther.*, 39, 1063-1084.

Fear, N.T., Jones, M., Hull, L., Iversen, A., Coker, B., Machell, L., Sundin, J., Woodhead, C., Jones, N., Greenberg, N., Landau, S., Dandeker, C., Rona, R., Hotopf, M. & Weesely, S. (2010). What are the consequences of deployment to Iraq and Afghanistan on the mental health of the UK armed forces? A cohort study. *Lancet*, 375, 1783-97.

First, M.B, Gibbon, M, Spitzer, R.L, Williams, J.B.W (2002) Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I disorders. *Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute*.

Foa, E.B. & Riggs, D. S. (1995). Posttraumatic stress disorder following assault: Theoretical considerations and empirical findings. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 61-65.

Forsvarsakademiet, Fakultet for Militærpsykologi, Ledelse og Pædagogik (2008). *Projektskema Optimering af udsendelsesperioder – psykologiske undersøgelser (USPER PSYK)*.

Forsvarskommandoen (2005). *FKO rapport vedrørende udsendelsesperioder*.

Forsvarskommandoen (2006). FKO KD Direktiv for forankring af Forsvarskommandoens anbefalinger vedrørende USPER.

Forsvarskommandoen (2006). Notat vedrørende forankring af anbefalinger fra FKO rapport vedrørende udsendelsesperioder.

Green, B., Grace, M., Lindy, J., Gleser, G. & Leonard, A. (1990). Risk factors for PTSD and other diagnoses in a general sample of Vietnam Veterans. *American Journal of Psychiatry*, 147, 729-733.

Green, M.A. & Berlin, M.A. (1987). Five psychosocial variables related to the existence of post-traumatic stress disorder symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 507-512.

Gray, M.J., Bolten, E.E. & Litz, B.T. (2004). A longitudinal Analysis of PTSD symptom course: delayed-onset PTSD in Somalia peacekeepers. *J.Consult. Clin. Psychol.*, 72, 909-913.

Grieger, T.A., Cozza, S.J., Ursano, R.J., Hoge, C., Martinez, P., Engel, C.C. & Wain, H. (2006). Posttraumatic Stress Disorders and Depression in Battle-Injured Soldiers, *American Journal of Psychiatry*, 163, 1777-1783.

Grieger, T. et al. (2007). Post-Traumatic Stress Disorder and Depression in Health Care Providers Returning from Deployment to Iraq and Afghanistan, *Military Medicine*, 172 (5), 451-455.

Helzer, J.E., Robins, L.N. & McEvoy, L. (1987). Posttraumatic stress disorder in the general population: findings of the Epidemiological Catchment Area Survey. *New England Journal of Medicine*, 317, 1630-1634.

Hoge, C.W. (2006). Mental Health Problems, Use of Mental Health Services, and Attribution From Military Service After Returning From Deployment to Iraq of Afghanistan, *American Medical Association*, 295 (9), 1023-1032.

Hoge, C.W., Castro, C.A., Messer, S.C., McGurk, D., Cotting, D.I., Koffman, R. L. (2004). Combat Duty in Iraq and Afghanistan. Mental Health Problems and Barriers to Care. *The New England Journal of Medicine*, 351 (1), 13-22.

Hotopf, M., Hull, L., Fear, N.T., Horn, O., Iversen, A. & Jones, M. et al. (2006). The Health of UK military personnel who deployed to the 2003 Iraq war: A cohort study. *Lancet*, 367, 1731-1741.

Ikin, J.F., McKenzie, D.P., Creamer, M.C., McFarlane, A.C. & Kelsall, H.L. et al. (2005). War zone stress without direct combat: the Australian naval experience of the Gulf War. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 193-204.

Iversen, A.C., Fear, N.T., Ehlers, A., Hughes, H., Hull, L., Earnshaw, M., Greenberg, N., Rona, R. Wessely, S. & Hotopf, M. (2008). Risk factors for post-traumatic stress disorder among UK Armed Forces personnel. *Psychological Medicine*, 38, 511-512.

- Jones, M., Rona, R.J., Hooper, R. & Wessely, S. (2006). The burden of psychological symptoms in UK armed forces, *Occupational Medicine*, 56, 322-328.
- Kaplan, Z., Wieser, M., Reichenberg, A., Rabinowitz, J., Caspi, A., Bodner, E. & Zohar, J. (2002). Motivation to Serve in the Military influences Vulnerability to Future Posttraumatic Stress Disorder. *Psychiatric Research* 109, 45-49.
- Keane, T.M., Marshall & Taft, C.T. (2006). Posttraumatic Stress Disorder: Etiology, Epidemiology, and Treatment Outcome. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 2, 161-197.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R, Rush, A.J., Walters, E.E. & Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289, 3095-3105.
- 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.
- Killgore, W.D.S. (2006). The effects of prior experience on the expression of somatic and affective symptoms in deploying soldiers, *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 379-385.
- King, L.A., King, D.W., Fairbank, J.A., Keane, T.M. & Adams, G.A. (1998). Resilience-recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam Veterans: Hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 420-434.
- Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A. et al. (1990). *Trauma and the Vietnam War Generation: report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner / Mazel.
- Kolkow, T.T., Spira, J.L., Morse, J.S., & Grieger, T. A. (2007). Post-Traumatic Stress Disorder and Depression in Health Care Providers Returning from Deployment to Iraq and Afghanistan, *Military Medicine*, 172 (5), 451-455.
- Lapierre, C.B., Schwegler, A.F. & Labauve, B.J. (2007). Posttraumatic Stress and Depression Symptoms in Soldiers Returning from Combat Operations in Iraq and Afghanistan, *Journal of Traumatic Stress*, 20 (6), 933-943.
- LeardMann, C.A., Smith, T.C., Smith, B., Wells, T.S., Ryan, M., & the Millenium Study Team (2009). Baseline Self Reported Functional Health and Vulnerability, to Post-Traumatic Stress Disorder after Combat Deployment: Prospective US Military Cohort Study. *British Medical Journal* 338.
- Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R. & Klein, D.N. (2003). Bipolar disorders during adolescence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 47-50.

-
- Litz, B.T., Maguen, S., Wang, J.L. & Cook, M. (2004). The Stressors and Demands of Peacekeeping in Kosovo: Predictors of Mental Health Response. *Military Medicine*, 169, 198-206.
- Macklin, M.L., Metzger, L.J., Litz, B.T., McNally, R.J., Lasko, N.B., Orr, S.P. & Pitman, R.K. (1998). Lower precombat intelligence as a risk factor for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 323-326.
- Magruder, K.M, Yeager, D. E (2009). The Prevalence of PTSD across War Eras and the Effect of deployment on PTSD: A Systematic Review and Meta-analysis. *Psychiatric Annals*. 39:8, 778- 788.
- McFarlane, A.C. (1988a). The longitudinal course of posttraumatic morbidity: The range of outcomes and their predictors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 30-39.
- McFarlane, A.C. (1988b). The phenomenology of posttraumatic stress disorder following a natural disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 22-29.
- McFarlane, A.C. (1989). The aetiology of post-traumatic morbidity: Predisposing, precipitating and perpetuating factors. *British Journal of Psychiatry*, 154, 221-228.
- McNally, R.J. & Shin, L. M. (1995). Association of intelligence with severity of posttraumatic stress disorder symptoms in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry*, 152, 936-938.
- Michel, P-O., Lundin, T. & Larsson, G. (2003). Stress Reactions Among Swedish Peacekeeping Soldiers Serving in Bosnia: A Longitudinal Study, *Journal of Traumatic Stress*, 16 (6), 589-596.
- Neria, Y., Solomon, Z., Dekel, R. (1998). An eighteen-year follow-up study of Israeli prisoners of war and combat veterans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 174-182.
- Nolen-Hoeksema, S. (2002). Gender differences in depression. In I.H. Gotlib & C.L.Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 492-509). New York: Guilford Press.
- Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 409-418.
- Norris, F.H., Perilla, J., Riad, J., Kanasty, K. & Lavazzo, E. (1999). Stability and change in stress, resources, and psychological distress following a natural disaster: Findings from Hurricane Andrew. *Anxiety, Stress, & Coping*, 12, 393-396.
- Olf, M., Langeland, W., Draijer, N. & Gersons, P.B (2007). Gender Differences in Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Bulletin*, vol 133, no. 2, 183-204.

Olsen, L.R., Mortensen, E.L. & Bech, P. (2004). Prevalence of major depression and stress indicators in the Danish general population. *Acta Psychiatr Scand*, 109, 96-103.

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. *Psychol. Bull.*, 129, 52-73.

Pincus, S.H. (2001). The Emotional Cycle of Deployment: A Military Family Perspective, *U.S. Medical Department Journal* (Apr-Jun).

Prigerson, H.G., Maciejewski, P.K. & Rosenheck, R.A. (2002). Population Attributable Fractions of Psychiatric Disorders and Behavioral Outcomes Associated With Combat Exposure Among US Men, *American Journal of Public Health*, 92 (1), 59-63.

Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Dansky, B.S., Saunders, B.E. & Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984-991.

Riggs, D.S., Rothbaum, B.O. & Foa, E.B. (1995). A prospective examination of symptoms of posttraumatic stress disorder in victims of non-sexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 201-214.

Rona, R. J., Hooper, R., Jones, M., Iversen, A., Hull, L., Murphy, D., Hotopf, M., & Wesley, S. (2009). The Contribution of Prior Psychological Symptoms and Combat Exposure to Post Iraq Deployment Mental Health in the UK Military. *Journal of Traumatic stress*, vol 22, No. 1, 11-19.

Rothbaum, B.O., Foa, E.B., Riggs, D., Murdock, T. & Walsh, W. (1992). A prospective examination of posttraumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 455-475.

Rubin, D.C., Berntsen, D. & Bohni, M.K. (2008). A Memory Based Model of Posttraumatic Stress Disorder: Evaluating basic assumptions underlying the PTSD diagnosis. *Psychological Review* 115, 985-1011.

Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T., Stein, M.B., Belik, S-L., Meadows, G. & Asmundson, G.J.G. (2007). Combat and Peacekeeping Operations in Relation to Prevalence of Mental Disorders and Perceived Need for Mental Health Care, *Arch Gen Psychiatry*, 64 (7), 843-852.

Schnurr, P.P. & Green, B.L. (2004). Understanding relationships among trauma, posttraumatic stress disorder, and health outcomes. I: *Trauma and Health: Physical Health Consequences of Exposure to Extreme Stress*, ed. O.P. Schnurr, B.L.Green, s. 217-243, Washington, DC: Am. Psychol. Assoc.

Shore, J., Vollmer, W. & Tatum, E. (1989). Community patterns of posttraumatic stress disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 681-685.

- Sierles, F.S., Chen, J.J., McFarland, R.E. & Taylor, M.A. (1983). Posttraumatic stress disorder and concurrent psychiatric illness: A preliminary report. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1177-1179.
- Smith, T.C., Ryan, M., Wingard, D.L., Slyman, D.J., Sallis, J.F., Kritz-Silverstein, D., & the Millenium Cohort Study Team (2008). New Onset and Persistent Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder Self Reported after Deployment and Combat Exposure: Prospective Population Based US Military Cohort Study. *British Medical Journal*, 336-371.
- Snow, R.B., Stellman, J.M., Stellman, S.D. et al. (1988). Posttraumatic stress disorder among American Legionnaires in relation to combat experience in Vietnam: Associated and contributory factors. *Environmental Research*, 47, 175-192.
- Solomon, Z., Margalit, C., Waysman, M. & Bleich, A. (1991). In the shadow of the Gulf War: psychological distress, social support and coping among Israeli soldiers in a high risk area. *Israeli Journal of Medical Sciences*, 27, 687-695.
- Solomon, Z., Mikulincer, M. & Avitzur, E. (1988). Coping, locus of control, social support, and combat-related post-traumatic stress disorder. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 279-285.
- Solomon, Z., Mikulincer, M. & Habershaim, N. (1990). Life-events, coping strategies, social resources, and somatic complaints among combat stress reaction casualties. *British Journal of Medical Psychology*, 63, (Pt 2), 137-148.
- Sutker, P.B., Davis, J.M., Uddo, M. & Ditta, S. R. (1995). Assessment of psychological distress in Persian Gulf troops: ethnicity and gender. *Journal of Personality Assessment*, 64, 415-427.
- Thomas, J.L., Wilk, J.E., Riviere, L.A., McGurk, D., Castro, C.A. & Hoge, C.W. (2010). Prevalence of Mental Health Problems and Functional Impairment Among Active Component and National Guard Soldiers 3 and 12 Months Following Combat in Iraq. *Archives of General Psychiatry*. 67 (6) 614-623.
- Toomey, R., Kang, H.K., Karlinsky, J., Baker, D.G. & Vasterling, J.J. et al. (2007). Mental health of US Gulf War veterans 10 years after the war. *British Journal of Psychiatry*, 190, 385-393.
- Turner, J.B., Turse, N.A. & Dohrenwend, B.P. (2007). Circumstances of Service and Gender Differences in War-Related PTSD: Findings From the National Vietnam Veteran Readjustment Study. *Journal of Traumatic Stress*. Vol. 20, 643-649.
- Warner, C.H., Warner, C.M., Breitbach, J., Rachal, J., Matuszak, T. & Greiger, T.A. (2007). Depression in Entry-Level Military Personnel. *Military Medicine*, 172 (8), 795-799.
- Weber, N., Cowan, D.N., Bedno, S.A. & Niebuhr, D.W. (2010). Descriptive Epidemiology of

Bipolar I Disorder Among United States Military Personnel. *Military Medicine*, 175, 247-251.

Yehuda, R., & McFarlane, A.C (1995). Conflict between Current Knowledge about Post-Traumatic Stress Disorder and its Original Conceptual Basis. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1705-1712.

Zimet, Gregory; Dahlem, Nancy W; Zimet, Sara G; Farley, Gordon K (1988): The Multidimensional Scale of perceived Social Support, *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.

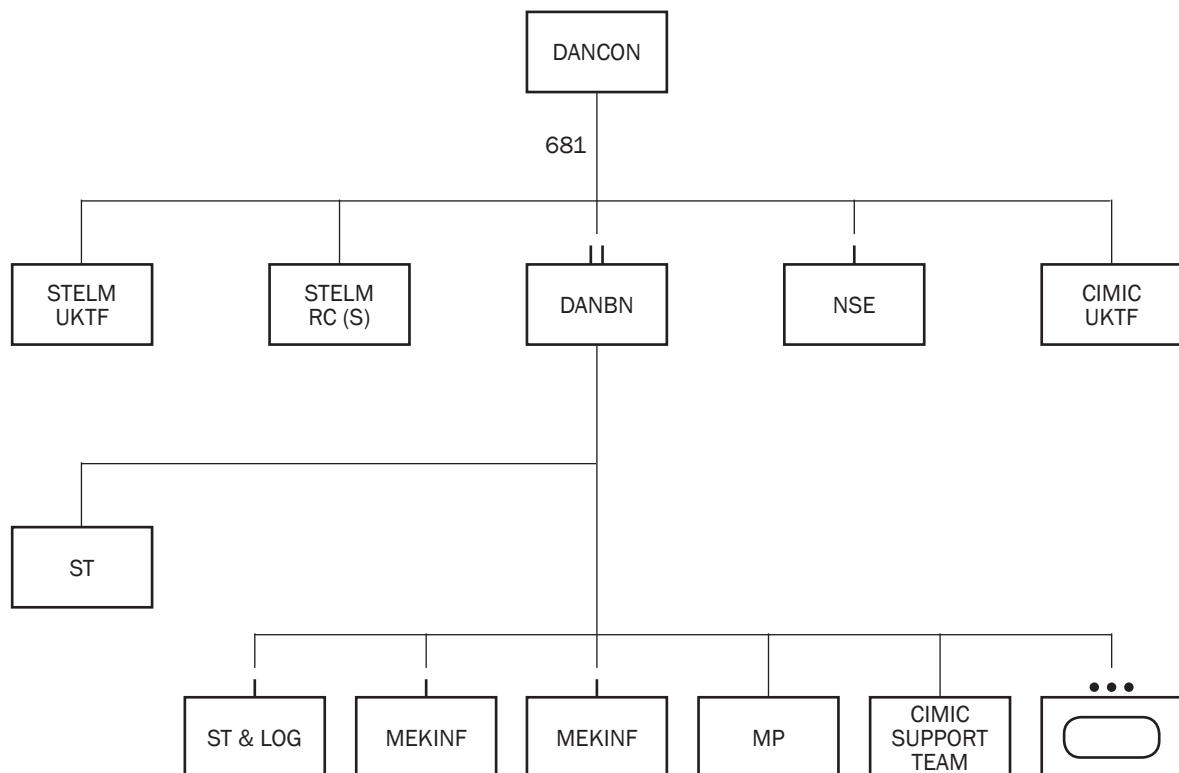
World Health Organization, Geneva (1993); *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. World Health Organization.

Bilag 1. Organisationsdiagram ISAF hold 7

Uden klassifikation (Blank)

HÆRENS OPERATIVE KOMMANDO

DET DANSKE KONTINGENT
REGIONAL COMMAND (SOUTH)
INTERNATIONAL SECURITY ASSISTANCE FORCE HOLD 7
(DANCON/RC(S)/ISAF 7)



Bilag 2. Beskrivelse af anvendte test og spørgeskemaer¹⁰

Test	Beskrivelse/Formål	Henvisning
Affect Intensity Measure (AIM)	Spørgeskema. Måler hvor intenst en person oplever sine følelser.	Larsen & Diener, 1995. Oversat fra engelsk til dansk af Psykologisk Institut (PI), AU.
Arbejds-mæssige vilkår (ARB VILKÅR)	Spørgeskemaer: Omfatter individuelle spørgeskemaer om følgende temaer: Ledelse og Styring, Nærmeste foresatte, Dig selv og enheden, Ledelse, Meningsfuldhed samt Risiko og sikkerhed.	Udarbejdet dels af Militærpsykologisk Tjeneste (MPT) og er i flere år indgået i rutinemæssige holdningsmålinger, og dels af Institut for Ledelses og Organisation (ILO), FAK, og anvendt i undersøgelser.
Battlemind	Skala. Måler ændring af adfærd og specifik såvel som generel arousal som følge af udsendelse.	Udarbejdet af Robert Jonassen, IMP.
Beck Depression Inventory II (BDI - II)	Depressionsskala. En af de mest anvendte ift. at måle graden af depression.	Beck et al., 1961.
Centrality of Event Scale (CES)	Spørgeskema. Undersøger hvor central en begivenhed er blevet for en persons identitet og livshistorie.	Berntsen & Rubin, 2006.
Combat exposure scale	Spørgeskema. Undersøger graden af kampeksponering.	Lund et al, 1984. Oversat fra engelsk til dansk af Institut for Sprog. Genoversat af IMP.
Demografiske oplysninger (DEMO)	Spørgeskema. Indhenter oplysninger om bl.a. civilstatus, tidligere udsendelser, uddannelsesniveau, tidligere behandlingsforløb etc.	Udviklet af Robert Jonassen og Yvonne Thomsen, IMP.
Dissociative Experience Scale (DES)	Spørgeskema, 28 spørgsmål. Et hyppigt anvendt instrument i forhold til screening af dissociative forstyrrelser.	Bernstein & Putman, 1986.
The Dundee Relocation Inventory (HJEMVE)	Spørgeskema. Et diagnostisk værktøj som undersøger tilstedeværelsen af hjemve.	Fisher, 1989. Oversat fra engelsk til dansk af PI, AU.
Hændelser og erfaringer	Spørgeskema. Hændelser og erfaringer fra missionsområdet.	Udarbejdet af Yvonne Thomsen. Spørgsmål er lånt fra Ann Karen Christensen, IMP, opfølgingsundersøgelse.
Military Hardiness (MH)	Skala. Måler i hvilket omfang militært personel er forpligtede, føler sig udfordret ved og har en form for kontrol med deres arbejde i et militært miljø.	Adler & Dolan, 2006. Oversat fra engelsk til dansk af Institut for Sprog, FAK. Genoversat af IMP.
Personality Inventory (NEO-PI-R)	Personlighedstest (kort version).	Costa, P. T. & McCrae, R. R. (2007).

(10) Ikke alle indsamlede test og skalaer er inddraget i nærværende rapport.

Test	Beskrivelse/Formål	Henvisning
The Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder	Spørgeskema. Et anvendt instrument i forhold til at vurdere tilstedeværelsen af PTSD.	Keane et al. 1988. Oversat fra engelsk til dansk af PI. Genoversat af Sprogvasik.dk
Post Deployment Support (OVERGANG TIL CIVIL)	Spørgeskema. Undersøger graden af social støtte efter en udsendelse.	King et al., 2003. Oversat fra engelsk til dansk af SonoQui.dk. Genoversat af Sprogvasik.dk.
Positive Affect and Negative Affect Schedule (PANAS)	Spørgeskema. Undersøger graden af negativ og positiv affekt både som "tilstand" og "træk". Positiv og negativ affekt har vist sig at være relateret til andre personlighedstræk og tilstande som f.eks. angst.	Watson et al., 1988; Stone 1981.
Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL)	PTSD-skala, 17 items. Undersøger tilstedeværelsen af Post Traumatic Stress Disorder.	Blanchard et al., 1996; Weathers et al., 1994.
Posttraumatic Stress Disorder – future (PCL FREMTID)	Spørgeskema. Anvender de samme spørgsmål som i PCL. Dog tager spørgsmålene udgangspunkt i fremtidsforestillinger om traumatiske begivenheder.	Udarbejdet af Dorte Berntsen
Positive og Negative erindringer (POS-NEG ERINDRING)	2 skalaer. Undersøger mest negative/positive erindringer fra hele livet: The Centrality of Event Scale CES og The Autobiographical memory Questionnaire (AMQ) (med fokus på følelsesmæssig genoplevelse).	CES: Berntsen & Rubin, 2006. AMQ: Rubin et al., 2003.
The Posttraumatic Growth Inventory (PTG)	Spørgeskema, 21 items. Undersøger i hvor høj grad en person beskriver et positivt udfald af en traumatisk begivenhed. Omfatter hvordan den traumatiske begivenhed har påvirket faktorer som: Nye muligheder, Relationen til andre, Personlig styrke, Spirituel forandring og Påskønnelse af livet.	Oversat fra engelsk til dansk af PI. Genoversat af Sprogvasik.dk.
Ryging, Alkohol, Medicin	Spørgeskema. Undersøger forbruget af alkohol, cigaretter og medicin.	I FØR undersøgelsen udarbejdet af Yvonne Thomsen og Robert Jonassen, IMP. I EFTER B er alkoholspørgsmålene suppleret med AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test. AUDIT er udviklet af WHO.
SCID – I (Structured Clinical Interview for DSM-IV-Axis I Disorders)	Diagnostisk Interview	First, M.B et. al 2002.

Test	Beskrivelse/Formål	Henvisning
Symtom Checklist 90-R (SCL - 90 - R)	Skalaer, 90 items. Vurderer psykiske problemer og psykopatologiske symptomer inden for den seneste uge. Måler 9 primære dimensioner af symptomer: Somatisering, Obsession-kompulsion, Interpersonel sensitivitet, Depression, Angst, Aggression, Fobisk angst, Paranoid tankegang og Psykoticisme.	Derogatis, L. R., 1994.
Sensation Seeking Scale (SES)	Spørgeskema. Undersøger graden af sensationssøgende adfærd.	Zuckerman; Pihl & Peterson, 1992. Allerede oversat til dansk.
The Perceived Social Support Scale (SOCIAL STØTTE)	Spørgeskema. Undersøger graden af oplevet støtte.	Blumenthal et al., 1987.
Traumatic Life Event (TLEQ)	Spørgeskema. Undersøger tidligere traumatiske begivenheder i personens liv.	Kubany, 1995. Oversat fra engelsk til dansk af PI. Genoversat af IMP.
Udsendelsesperiodens længde	Spørgeskema. Spørger til soldatens oplevelse af udsendelsesperiodens længde og frekvens.	Indledningsvis udarbejdet og revideret af Yvonne Thomsen i samarbejde med Dorthe Berntsen.
The World Assumption Scale (WAS)	Spørgeskema. Undersøger personers tanker og overbevisninger efter en traumatisk begivenhed. Antagelsen er, at personers verdensantagelse er udfordret efter en traumatisk begivenhed	Janoff-Bulman, 1988; Elklit et al., 2007. Oversat fra engelsk til dansk af Institut for Sprog, FAK. Genoversat af IMP.
The White Bear Suppression Inventory	Spørgeskema. Måler i hvor høj grad en person kan undertrykke sine tanker, hvilket er et fænomen, der bl.a. er relateret til depression og angst.	Wegner & Zanaos, 1994. Oversat fra engelsk til dansk af PI.

Bilag 3. Oversigt over test og spørgeskemaer ved hvert måletids- punkt

SPØRGESKEMAER	FØR	UNDER	EFTER		
	1	2	A ¹	B ²	C ³
NEO – Personality Inventory	X			X	
Affect Intensity Measure	X			X	
Dissociative Experience Scale	X			X	
The Perceived Social Support Scale	X	X	X	X	
Military Hardiness Scale	X	X	X		
The Centrality of Event Scale The Autobiographical memory Questionnaire	X	X		X	
Traumatic Life Events	X				
Positive and Negative Affect Schedule	X	X	X	X	
White Bear – Suppression	X	X	X	X	
Sensation Seeking Scale	X			X	
Arbejds-mæssige vilkår	X	X	X		
Hændelser og erfaringer fra missionsområdet (bl.a. Combat exposure scale)		X	X	X	
Hjemve		X			
The Mississippi Scale				X	
Positive Traumatic Growth				X	
Battlemind skala				X	
Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL)	X	X	X	X	X
Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL; tilpasset fremtidsforestillinger)	X	X		X	
Centrality of Event Scale	X	X	X	X	
Beck Depression Inventory II	X	X	X	X	X
The World Assumption Scale	X	X		X	
Symptom Checklist 90 R	X	X	X	X	
Udsendelsesperiodens længde			X		
Post Deployment support				X	
Alkohol	X			X	
Demografiske oplysninger	X				
IQ	X				
SCID				X	

1. Ved hjemkomst
2. 2 – 3 mdr. efter hjemkomst.
3. 7 - 8 mdr. efter hjemkomst