

FAGLIGT SELSKAB FOR PSYKIATRISKE SYGEPLEJERSKER

# PSYKIATRISK SYGEPLEJE

December 2017 • 3. udgave • 24. årgang





Af Jesper Bak, SD, MPH, Ph.d., Forskningsleder, Enheden for Klinisk Psykiatrisk Sundheds- og Sygeplejeforskning, Psykiatrisk Center Sct. Hans



Jacob Hvidhjelm, Cand. Scient. San, Ph.d., Postdoc. Enheden for Klinisk Psykiatrisk Sundheds- og Sygeplejeforskning, Psykiatrisk Center Sct. Hans



Lene Lauge Berring, SD, MNsC, Ph.d., Centerleder, Kompetencecenteret for relationer og deeskalering, Region Sjælland

# Trauma Informed Care

## – næste skridt mod en positiv psykiatrikultur der forebygger tvang

Formålet med denne artikel er at introducere Trauma Informed Care (TIC) til danske sygeplejersker. TIC er tvangsforebyggende og anvendes, ikke kun i psykiatrien, men i forhold til mange forskellige diagnosegrupper rundt om i verden (se [Link](#)).

TIC introduceres på Danske Regioners statuskonference for nedbringelse af tvang i februar 2018. TIC er forholdsvis ukendt i Danmark, og derfor håber vi, at denne lille artikel kan inspirere alle, der arbejder med psykiatrisk pleje og behandling til at fordybe sig i principperne og forstå, hvordan disse kan integreres i dagligdagen.

### Nedbringelse af tvang i Danmark og Trauma Informed Care

Nedbringelse af tvang er en kompleks udfordring, der kræver en betydelig og samlet organisatorisk indsats. På trods af et stort arbejde gennem de sidste mange år i Danmark, mangler vi stadig at målrette indsatsen og tage ved lære af erfaringer fra organisatoriske indsatser, der har vist sig brugbart til både at reducere vold og tvang.

Der er identificeret to lovende indsatser: Safewards (1) og De seks kernestrategier.

Safewards er en model til forståelse af konflikter og tvang på psy-

kiatriske afsnit samt 10 konkrete og praksisnære interventioner.

De seks kernestrategier ("Six Core Strategy" (2)) er mere strategisk og er udviklet i USA. Den består af seks områder, som organisationen skal have fokus på. Disse er:

1. Ledelse med henblik på organisationsændringer
2. Anvendelse af data til informationsbaseret praksis
3. Personaleudvikling
4. Anvendelse af forebyggelsesværktøjer
5. Brugerens rolle i psykiatriske afsnit/afdelinger
6. Debriefingteknikker.

Trauma Informed Care (TIC) er en del af de seks kernestrategier og dermed en del af den tvangsreducerende effekt, man finder, når man implementerer de seks kernestrategier.

### Caseillustration - personlig fortælling

Et menneske, der har oplevet traumatiske episoder, fortæller:

*Jeg har været udsat for rigtig mange traumer. Det har været umuligt for mig at komme over ét traume inden, at der kom et nyt og igen et nyt.*

*Jeg har derfor været i konstant overlevelsestilstand. Det har selvfølgelig påvirket min personlighed. Jeg har ændret mig så meget, at traumerne har gjort mig permanent skadet. Jeg har så mange symptomer på skade, at det synes umuligt at hele skaderne. Jeg har meget angst, ekstrem stress, er på vagt overfor andre mennesker, har flashbacks, og tvangsprægede, ængstelige, depressive og skizoide træk. Mit nervesystem er hele tiden i alarmberedskab. Min hjerne overbelastes af den mindste lyd, og det mindste krav, hvorved min hjerne simpelthen kobler hørelsen og hjernen fra. Jeg er ofte mega træt, har meget svært ved at koncentrere mig om at lære noget nyt, og det er næsten umuligt for mig at huske det nye. Jeg har haft det sådan her siden 2010. Så ja. Jeg føler mig permanent skadet.*

Ovenstående eksempel er en oplevelse, vi fandt ved at google traumeoverlever på nettet. Rigtig mange af os, både patienter og personale, har oplevet traumatiske begivenheder. Et målrettet arbejde med traumer kan have stor indflydelse på, om vi får nedbragt tvangen i psykiatrien. TIC anvendes de steder i verden, hvor man har haft varig succes til at eliminere tvang i psykiatrien. TIC er et organisatorisk alternativ til tvang. Institutioner der har en "trauma informed" tilgang arbejder målrettet på at eliminere brugen af tvang ved at udvikle viden om TIC.

Vi håber, at psykiatriske sygeplejersker i Danmark vil tage førertrøjen på og arbejde målrettet på at ændre det danske sundheds-

væsen til at arbejde traumeinformeret. Herigennem bidrager vi alle til at understøtte en positiv psykiatrikultur og forbedrer psykiatribrugeres oplevelse af pleje og behandling.

### Hvad er Trauma Informed Care?

TIC kan implementeres i alle institutioner. Den adskiller sig fra traumespecifikke interventioner, der er målrettet til specifikke traumetyper, der har et behandlingsmæssigt sigte.

Organisationer med en TIC tilgang:

- Anerkender traumers udbredelse og forstår potentielle veje mod recovery
- Genkender tegn og symptomer på traumer hos klienter, familier, personale og andre der er involveret i systemet
- Responderer med integreret viden om traumer i politikker, procedurer og handlinger
- Søger aktivt at forebygge re-traumatisering

I forbindelse med TIC defineres et traume som: Et traume opstår efter en enkelt episode, flere episoder eller et sæt af omstændigheder, der opleves af den enkelte som fysisk eller emotionelt skadelige eller livstruende og som vedvarende påvirker individets funktionsevne og mentale, fysiske, sociale, emotionelle eller spirituelle trivsel i negativ retning (3).

En psykiatrisk organisation (her menes hospital/afdeling/afsnit/bo-institution/etc.) kan beskrives at være "trauma informed" eller at arbejde med TIC, når alle medarbejdere i organisationen

har en forståelse af traumers indgribende effekt på individet, familier, grupper, organisationer og samfund.

Organisationen skal som helhed aktivt undgå re-traumatisering ved at medarbejderne forstår de mulige veje til recovery og genkender symptomer på traumer hos patienter, pårørende, personale og andre involverede i organisationen. Denne viden om traumer skal integreres i politikker, procedurer og praktiske handlinger.

En "trauma informed" tilgang inkluderer seks principper: 1) sikkerhed, 2) pålidelighed og gennemsigtighed, 3) peer-støtte, 4) samarbejde og gensidighed, 5) empowerment og 6) kulturelle, historiske og kønsmæssige problemstillinger (3).

### TIC og de seks principper

#### 1. Sikkerhed.

Hele organisationen forstår, at sikkerhed og tryghed defineret af patienterne/brugerne er prioriteret højt. Personale og patienter/brugere oplever, ligegyldigt om det er børn eller voksne, et fysisk og psykologisk sikkert og trygt miljø. Det fysiske miljø er sikkert og de interpersonelle interaktioner fremmer en oplevelse af sikkerhed og tryghed (3).

#### 2. Pålidelighed og gennemsigtighed.

Organisatoriske processer og beslutninger bliver gennemført af personale og andre involverede i organisationen. Processerne er transparente og åbne med det mål at opbygge og opretholde tilliden til patienter/brugere og pårørende (3).

#### 3. Peer støtte.

Peer støtte og indbyrdes "selvhjælp" er nøgleområder til at

skabe tryghed og håb. Herigen- nem opbygges tillid. Samarbejdet styrkes og deres livshistorier og levede erfaringer nyttiggøres til at fremme recovery og helbredelse. Benævnelsen peers, refererer til individer, der har erfaringer med traumer. Hvis der er tale om børn, kan det være familiemed- lemmer til børn, der har oplevet traumatiske begivenheder og som er vigtige omsorgspersoner i deres recovery (3).

#### 4. Samarbejde og gensidighed.

Organisationen lægger vægt på at skabe partnerskaber og at udjæv- ne magtforskellene mellem perso- nale og patienter/brugere. Det samme bør ske mellem organisa- tionens personale, fra sekretærer og rengøringspersonale til fagpro- fessionelle og administratorer for at demonstrere, at helbredelse sker i relationelle forhold og i meningsfuld deling af magt og beslutningstagen. Organisationen anerkender, at alle spiller en vigtig rolle i denne tilgang (3).

#### 5. Empowerment, stemme og valgmuligheder.

I organisationen og blandt patien- ter/brugere bliver individuelle ressourcer og erfaringer aner- kendt og opbygget. Organisati- onen opbygger, sammen med patienter/brugere, en tro på det mulige i at opbygge resiliens (modstandsdygtighed) og en tro på, at det er muligt for den enkel- te, organisationer og samfund at helbrede og fremme recovery fra de negative effekter af oplevede traumer. Organisationen forstår, at de traumatiske oplevelser kan være et "samlende/forenende" aspekt i livet for dem, der leder organisationen, dem der tilby- der pleje og behandling og/eller patienter/brugere. Som sådan er arbejdsgange, kompetenceudvik- lingen og tilbuddet organiseret til, at skabe empowerment for både patienter/brugere og perso-

nale. Organisationen forstår vig- tigheden af magt-forskellene og måder som patienterne/brugerne historisk set er blevet frarøvet deres stemme og frie valg og ofte underlagt tvangsforanstaltninger. Patienter/brugere bliver støttet i fælles beslutningstagning (sha- red decision-making), det at tage valg og sætte mål, for at beslutte, hvordan handlingsplanen skal sammensættes, så den bedst understøtter deres vej mod per- sonlig recovery. De bliver støttet i selvstændigt at tage beslutninger, der vedrører deres eget liv. Perso- nalet faciliterer recovery i stedet for at styre eller kontrollere deres recovery. Personalet bliver støttet i at kontrollere og tage ansvar for deres eget arbejde og dette bliver gjort muligt af tilstrækkelig orga- nisorisk opbakning. Dette er en parallel proces, fordi personalet har brug for at føle sig sikre/tryg- ge på samme måde som patien- terne/brugere (3).

#### 6. Kulturelle, historiske og køns- mæssige problemstillinger.

Organisationen bevæger sig aktivt væk fra kulturelle ste- reotyper og fordomme (f.eks. baseret på race, etnicitet, seksuel orientering, alder, religion, køns- identitet, etc.). Organisationen har tilbud, der tager hensyn til køns- mæssige forhold (f.eks. afsnit kun for kvinder) og den udnytter den helbredende værdi af traditionel- le kulturelle forbindelser. Ligele- des inkorporerer organisationen individets racemæssige, etniske og kulturelle fordringer i poli- tikker, procedurer og processer samt anerkender og adresserer historiske traumer (3).

#### **Fra "hvad er galt med dig" til "hvad er der sket for dig?" – den historiske udvikling**

TIC er et nyt paradigme i sund- hedsvæsenet. TIC hviler på den grundlæggende antagelse, at alle mennesker, der søger hjælp, er traumeoverlevende. Traumeover-

levende designer selv sin egen recovery proces sammen med en mentor. TIC forandrer sundheds- væsenets åbningsspørgsmålet fra: "Hvad er galt med dig" (patient) til: "Hvad er der sket for dig" (traumeoverlever).

#### **Traume var tidligere omfattet af diagnosen PTSD**

Historisk er traumatisk stress genkendt både i miltæret og blandt civile populationer som reaktioner på alvorlige hændelser som krig og andre store kata- strofer. I forbindelse med studier fra første og anden verdenskrig samt fra Vietnamkrigen, belyses de psykiske og sociale effekter af traumatiske oplevelser. Endvide- re medvirkede viden om overle- vere af forfølgelse af minoriteter i Europa til at sætte fokus på eftervirkninger af traumatiske begivenheder. Herigennem op- stod der en ny forståelse af ual- mindelige ydre belastninger som katastrofale stressfaktorer (4).

På baggrund af denne viden blev traumer omfattet af diagnosen Post Traumatisk Stress Disorder (PTSD) og indskrevet i DSM III (1980). Her defineredes en traumatisk begivenhed som en katastrofisk stressfaktor, der lå udenfor menneskets almindelige erfaringer.

De traumatiske begivenheder, diagnosen PTSD drejede sig om, byggede på, om personen var udsat for krig, tortur, voldtægt, ophold i koncentrations- og ud- ryddelseslejre, naturkatastrofer, eller menneskeskabte ulykker såsom arbejdsrelaterede eksplo- sioner, fly- eller bilulykker, m.fl. Forskellen mellem 'almindelige' og 'traumatiske' stressfaktorer byggede på den antagelse, at de fleste mennesker vil kunne overkomme almindelige stres- sfaktorer, mens i tilfælde af tra- umatiske stressfaktorer, vil deres tilpasningsevner blive overvæl- dede.

DSM IV (1994) fulgte efter og beskrev PTSD ved at samle flere typer af reaktioner til katastrofiske stressfaktorer: Kampsituationer i krig, ophold i koncentrationslejre, brandulykker, vold mod kvinder og børn, seksuelt misbrug, voldtægt, naturkatastrofer, og andre situationer, hvor personen føler sig eller sine nærmeste i livsfare.

### **Første generations tilgang til "Trauma Healing og Recovery"**

Første generation af traumefokuserede tilgange indbefattede individuelle og kliniske interventioner der adresserede PTSD symptomer og integrerede traumets påvirkning af hverdagslivsaktiviteter. Udvikling og anerkendelse af at andre grupper med en volds- og traume historik, udover gruppen med krigstraumer, gav grobund til anden generation af tilgange til: "Trauma Healing og Recovery".

### **Anden generations tilgang til Trauma Healing og Recovery**

Anden generation af traumefo-

kuserede tilgange indbefattede psykoedukation (psychosocial education) og empowerment modeller. Disse tilgange baserede sig på støtte fra selvhjælpsgrupper og peers. Modellerne kunne ikke erstatte behandling eller andre psykoterapeutiske interventioner. De skabte derimod psykosociale omstændigheder for plejen (social context for care). I den forbindelse lærte man, at disse anden generations-tilgange ikke fik rodfæste, hvis de blev implementeret i organisationer, der ikke var "trauma informerede".

### **Tredje og nuværende tilgang**

Tredje og nuværende tilgang er TIC, hvilket er et nyt paradigme inden for psykiatrien. Inden for dette paradigme bliver traumeoverlevende empoweret til proaktivt at sætte personlige mål og at arbejde mod disse mål. For organisationer kræver dette en bevægelse fra "top down" hierarkiske systemer til "psykosociale empowerment partnerskaber".

Herigennem udvikles et "trauma informeret" miljø.

### **Hvad viser forskningen om traumer?**

En stor del af befolkningen udsættes på den ene eller anden måde for en eller flere traumatiske begivenheder gennem livet. En traumatisk begivenhed kan f.eks. være, at man har været involveret i en voldsom bilulykke, hvor man blev alvorligt skadet, eller man er blevet tvunget eller presset til at have en eller anden form for uønsket seksuel kontakt, hvor man troede at ens liv var i fare, eller at man kunne være blevet alvorligt skadet.

Der findes enkelte studier, der undersøger dette. Det ældste og største studie, der havde til hensigt at belyse, hvor belastet en befolkningsgruppe er af traumer, er den amerikanske undersøgelse: "The CDC-Kaiser Permanente Adverse Childhood Experiences (ACE) Study". Her undersøgte forskerne, om der

var en sammenhæng mellem oplevelse af mishandling og vanrøgt i barndommen og sundhed og velvære senere i livet. Undersøgelsen, der blev udført i den sydlige del af Californien, havde i perioden 1995 til 1997 lidt over 17.000 deltagere. Deltagerne følges stadig. Undersøgelsen fandt, at to ud af tre deltagere, både mænd og kvinder, rapporterede mindst én oplevelse af fysisk eller seksuelt misbrug, vanrøgt eller oplevelse af en dysfunktionerende familie. Mere end én ud af fem rapporterede, at de havde oplevet tre eller flere episoder af ovenstående hændelser. Undersøgelsen fandt endvidere, at kvinder signifikant oftere har oplevet traumatiske episoder i barndommen i forhold til mænd (5).

En canadisk undersøgelse fandt i et repræsentativt sample (N = 2.991), at 76% af canadiske voksne igennem livet har oplevet en traumatisk begivenhed og det estimeres, at 50% af alle canadiske kvinder og 33% af de canadiske mænd har været udsat for mindst en episode af fysisk eller seksuel misbrug (6).

En dansk undersøgelse blandt 309 sundhedsprofessionelle fandt, at 64% havde været udsat for mindst et voldsomt livtids-traume og dem, der havde oplevet flest, havde oplevet seks forskellige typer af traumatiske begivenheder. Undersøgelsen blev foretaget v.h.a. spørgeskemaet Brief Trauma Questionnaire. Den type af traumatiske begivenheder, flest havde oplevet, var: 1) Vidne til en situation, hvor en person blev alvorligt skadet eller dræbt 25%, 2) Alvorlig ulykke (livstruende eller alvorligt skadet) 23%, 3) Traumer i barndommen (angrebet, slået, overfaldet - livstruende eller alvorligt skadet) 22%. Der blev i undersøgelsen ikke fundet nogle associationer mellem afdelinger, køn eller al-

der. Der blev fundet, at medarbejdere med længere uddannelser, læger og psykologer, oplevede færre traumatiske hændelser end medarbejdere med kortere uddannede ( $B = -0.61$ ,  $p = .01$ ) (7).

### Hvorfor er TIC vigtigt?

Som det ses af ovenstående, er der umiddelbart mange, der på et eller andet tidspunkt i livet har oplevet en traumatisk begivenhed. At opleve en traumatisk begivenhed betyder ikke nødvendigvis, at der opstår følgevirkninger på lang sigt, da det anses som helt naturligt at opleve traumatiske begivenheder gennem et liv. Nogle mennesker er mere modstandsdygtige og får ikke følgevirkninger af at være udsat for traumatiske begivenheder. Årsagerne til dette er uvisse. For nogle er der en kendt sammenhæng mellem oplevelsen og udvikling af følgevirkninger, f.eks. fandt en amerikansk undersøgelse frem til, at der var en forbindelse mellem at have oplevet traumatiske begivenheder i barndommen og udviklingen af f.eks. depression, alkohol- eller stofmisbrug og forsøg på selvmord. Yderligere var der forhøjet risiko for at begå seksuel vold (8).

En amerikansk undersøgelse fandt, at der var en statistisk sammenhæng mellem antallet af oplevede traumatiske begivenheder i barndommen og oplevelsen af hallucinationer senere i livet (9). En engelsk undersøgelse fandt ligeledes en sammenhæng mellem oplevelsen af traumatiske begivenheder i barndommen og oplevelsen af hallucinationer, paranoide og psykotiske oplevelser senere i livet (10).

Der er en del følgevirkninger af at have oplevet traumatiske begivenheder i barndommen eller senere i livet. Set i lyset af dette må det antages, at der også i en dansk sammenhæng er samme

følgevirkninger og der derfor ofte er patienter i psykiatrien, der opsøger hjælp, måske ikke som følge af deres oplevelser med traumatiske begivenheder tidligere i livet men på grund af deres følgevirkninger heraf.

Derfor er det vigtigt, at psykiatriske afdelinger er trænet i at arbejde ud fra principperne i TIC. Det betyder, at kunne forstå den kontekst hvori de symptomer, som personen udviser, er opstået og ikke blot have fokus på at fjerne dem. I TIC tilgangen ses symptomerne som en mestringsstrategi. Hvis traumatiseringen ikke tages i betragtning, er der en større sandsynlighed for at patienten, der har oplevet traumatiske begivenheder, uforvarende bliver "trigget" af mødet med den sundhedsprofessionelle. Dette kan medføre u hensigtsmæssige mestringsstrategier.

Arbejdet med en TIC tilgang er vigtigt for både patienterne og de sundhedsprofessionelle. For patienterne for at mindske deres følgevirkninger som f.eks. selvskadende adfærd og for personalet for at undgå, at patienterne anvender u hensigtsmæssige mestringsstrategier som f.eks. uadærende adfærd.

### TIC-integrerende aktiviteter i en dansk sammenhæng

Implementering af principper for TIC i en dansk sammenhæng kan få konsekvenser for den måde, vi tilrettelægger den psykiatriske pleje og behandling på og understøtte en positiv psykiatrickultur, der forebygger tvang. Det betyder, at magtforhold mellem psykiatribrugere og personale udjævnes, og at den psykiatriske diagnose kun anvendes sekundært. Derimod integreres viden om individuelle traumehistorier hos psykiatribrugere. Denne viden kan forebygge re-traumatisering.

Re-traumatisering kan f.eks. opstå i forbindelse med oplevelsen af alle former for tvang, både tvangsindlæggelse og fysisk magt-anvendelse som bæltefiksering og fastholdelse. Re-traumatisering kan også fremprovokeres ved verbal og fysisk aggression, og derfor skal tvang elimineres.

TIC understøtter en positiv afdelingskultur og forbedrer psykiatribrugeres oplevelse af pleje og behandling. Et pejlemærke er, at psykiatribrugerne definerer organisationens sikkerhedskultur og deres oplevelser prioriteres højt. Peers fremmer recovery og helbredelse. Derfor skal peers, der har erfaringer med traumer, ansættes til at skabe tryghed og håb. Dette er forsøgt i Region Hovedstaden, hvor der er ansat recoverymentorer i mange afsnit, der ikke nødvendigvis er traumeoverlevere, men hvis arbejde det er at: 1. At skabe håb om, at det er muligt at komme sig fra psykisk sygdom, 2. At fokusere på de muligheder, patienten selv har for at komme sig, 3. At give patienten følelsen af selv at kunne skabe en god tilværelse for sig selv efter udskrivelse ([Link](#)).

TIC fordrer, at organisatoriske processer og beslutninger er transparente, hvor målet er at opretholde tilliden til patienter/brugere og pårørende. Dette eksemplificeres ved, at psykiatribrugere ansættes som ledelseskonsulenter, som bl.a. i psykiatrien i Region Nordjylland.

Princippet fremhæver også, at alle aktører har en vigtig rolle i patientens recoveryproces uanset uddannelsesmæssige baggrund. Herved demonstreres, at helbredelse sker i relationelle forhold og i meningsfuld deling af magt og beslutningstagen, hvilket også ses praktiseret i Danmark i forbindelse med Åben Dialog i Region Syddanmark ([Link](#)).

Princippet for TIC skal indlejres i pleje og behandlingsideologien. Det kræver, at sundhedsprofessionelle forstår psykiatribrugerens oplevelse af problemet og responderer på dennes behov i forhold til den individuelle traumehistorie. Det kræver, at alle modtager den samme grunduddannelse i tvang- og voldsforebyggelse, hvilket aktuelt forsøges gennemført mange steder i Danmark f.eks. Psykiatriens koncept for relationer og deeskalering i Region Sjælland ([Link](#)).

Organisationen skal understøtte disse kulturforandringer ved at sende klare signaler om kun at anvende koncepter, der understøtter en traumeinformeret tilgang. Tilgangen skal understøtte empowermentprocesser og sikrer, at psykiatribrugere har en stemme og valgmuligheder. Herved styrkes patienternes individuelle styrker/ressourcer og deres erfaringer anerkendes og opbygges. På denne måde udvikler Danmark en positiv psykiatrikultur, der forebygger tvang.

### Litteratur

1. Bowers L, James K, Quirk A, Simpson A, Stewart D, Hod-soll J. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2015;52(9):1412-22.
2. Putkonen A, Kuivalainen S, Louheranta O, Repo-Tiihonen E, Ryyänänen O-P, Kautiainen H, et al. Cluster-Randomized Controlled Trial of Reducing Seclusion and Restraint in Secured Care of Men With Schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2013;64(9):850-5.
3. SAMHSAs Trauma and Justice Strategic Initiative. SAMHSAs Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. Rockville: Substance Abuse and Mental

Health Services Administration; 2014.

4. Ringel S, Brandell JR. Trauma: Contemporary directions in theory, practice, and research. Sage; 2011.
5. Larkin H, Shields JJ, Anda RF. The health and social consequences of adverse childhood experiences (ACE) across the lifespan: an introduction to prevention and intervention in the community. *Journal of prevention & intervention in the community* 2011;40(4):263-70.
6. Van Ameringen M, Mancini C, Patterson B, Boyle MH. Post-Traumatic Stress Disorder in Canada. *CNS neuroscience & therapeutics* 2008;14(3):171-81.
7. Bak J, Hvidhjelm J. The Pros and Cons of Implementing Trauma Informed Care in Danish Psychiatry. Amsterdam: Oud Consultancy; 2017 p. 125-8.
8. McGrath JJ, Saha S, Lim CCW, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Andrade LH, et al. Trauma and psychotic experiences: transnational data from the World Mental Health Survey. *The British Journal of Psychiatry* 2017;bjp-bp.
9. Dube SR, Anda RF, Whitfield CL, Brown DW, Felitti VJ, Dong M, et al. Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American journal of preventive medicine* 2005;28(5):430-8.
10. Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieveise R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia bulletin* 2012;38(4):661-71.