



The European Network for Traumatic Stress

www.tentsproject.eu

INTERVENTIONER EFTER ALLVARLIGA HÄNDELSER



TENTS – The European Network for Traumatic Stress – är grundat i syfte att utveckla ett EU-nätverk av experter inom området krisstöd och behandling av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) för människor som drabbats av allvarliga händelser. TENTS har också som mål att stärka sjukvårdens kapacitet inom katastrofpsykiatri genom att arbeta för att mer evidensbaserade metoder kommer till användning. För att underlätta detta har TENTS utarbetat riktlinjer gällande alla europeiska länder, dock utan att göra dem obligatoriska.

Denna skrift presenterar en rad olika interventioner för personer som drabbats av allvarliga händelser, i linje med TENTS riktlinjer och andra evidensbaserade rekommendationer (t ex NCCMH, 2005). De åtgärder som beskrivs är: gruppbaserade interventioner, traumafokuserade psykoterapier och farmakologisk behandling av vuxna med PTSD, samt åtgärder för traumatiserade barn och ungdomar.

Skriften har utarbetats vid Division of Psychiatry, Academic Medical Center (AMC), Amsterdam, Nederländerna av A.B. Witteveen (Ph D) och M. Olf (Ph D), med bidrag från andra medlemmar i TENTS, speciellt F. Orengo-Garcia (MD), K. Bergh Johannesson (leg psykolog), C. Freeman (MD) och J. Bisson (DM, FRCPsych).

Samarbetspartner

Academic Medical Center, Amsterdam, Nederländerna – Dr. M. Olf / Dr. A.B. Witteveen
Cardiff University, Wales (Storbritannien) – Dr. J. Bisson / Dr. B. Tavakoly
Catholic University of Applied Social Sciences, Berlin, Tyskland - Prof. Dr. N. Gurriss
Haukeland University – RVTS West, Bergen, Norge – Dr. D. Nordanger / Dr. V. Johansen
Uppsala Universitet – KCKP, Uppsala, Sverige – leg psykolog K. Bergh Johannesson/leg psykolog F. Arnberg
Tampereen University, Helsingfors, Finland – Prof. Dr. R. Punamaki
SEPET + D, Madrid, Spanien – Dr. F. Orengo Garcia
Zagreb University, Kroatien – Prof. Dr. D. Ajdukovic
Turkish Psychological Association, Istanbul, Turkiet – Dr. U. Sezgin

Samverkande deltagare

University of Warsaw, Polen – Prof. Dr. M. Lis-Turlejska
Edinburgh Traumatic Stress Centre, Skottland (Storbritannien) – Dr. C. Freeman
University of Zurich, Schweiz – Prof. Dr. U Schnyder / Dr. L. Wittmann
Centre Hospitalier Universitaire Tenon, Paris, Frankrike – Dr. L. Jehel
University of Vienna, Österrike – Dr. B. Lueger-Schuster
University of Aarhus, Danmark – Prof. Dr. A. Elklit
WHO Europe, Köpenhamn, Danmark – Dr. Matt Muijen

Gruppbaseade interventioner – krisstöd

Gruppbaseade interventioner är aktiviteter som underlättar återhämtning i funktion såväl socialt, familjemässigt som individuellt hos grupper som drabbats av en allvarlig händelse. Dessa interventioner har som mål att förstärka känslan av trygghet, skapa möjligheter för individen och gruppen att själv agera effektivt, samt stärka samhörigheten mellan gruppens medlemmar. Detta bidrar till att lugna dem som är mycket uppskakade och ökar hoppet om återhämtning för individen och gruppen.

Gruppinterventioner efter allvarlig händelse omfattar aktiviteter som

- Praktiskt stöd som ges på ett empatiskt sätt; känslomässigt stöd med mål att initialt lugna krisdrabbade individer.
- Information (t ex om hur man kan spåra familjemedlemmar, hur man får tillgång till tillfälliga bostäder, mat, socialt bistånd, sjukvård, juridiskt och professionellt stöd).
- Materiell hjälp (t ex att erbjuda bostad, mat, ekonomiskt bistånd; återuppbygga infrastruktur).
- Arbete (t ex utbildning eller omskolning för att öka möjligheterna till anställning och eget oberoende).
- Att organisera minnesstunder och tillskapa minnesmärken i samarbete med de direkt drabbade.
- Att underlätta gemensamt stöd och speciella intressegrupper.
- Att tillhandahålla stödinsatser till drabbade befolkningsgrupper.

Målgrupper för gruppinterventioner är de direkt inblandade och deras familjer, vittnen och insatspersonal vid de enheter som deltar i utrycknings- och räddningsarbete. Dessa ska ha tillgång till ett utbud av olika stödinsatser.

Tidigt praktiskt och psykosocialt stöd kan förebygga utvecklingen av långsiktiga psykiska problem.

Krisstöd omfattar känslomässigt och praktiskt stöd, från att ge omedelbar tröst och praktisk hjälp till mer långsiktigt psykologiskt stöd och specialistakutvård. Individer får ofta avsevärt stöd från sina familjer, vänner och sitt övriga naturliga sociala nätverk. Alla former av formella insatser är avsedda att vara ett komplement till detta. Alla typer av krisstöd ska ges med full hänsyn tagen till individens större sociala sammanhang, speciellt dennes familj och/eller grupp.

Behovet av fortgående krisstöd i mellan- och långtidsperspektiv ska beaktas redan från början. För de flesta människor som är inblandade i en allvarlig händelse behövs hjälp endast under räddningsfasen och tiden närmast därefter. Det kan emellertid finnas behov av att ha en speciell stödgrupp eller rådgivningstjänst så länge som tre år eller mer efter händelsen. Det är därför väsentligt att planer upprättas och finansiering säkras redan från början.

Några exempel på krisstöd

- Att göra människor medvetna om det krisstöd som finns tillgängligt, utan att vara påträngande, genom kommunikationskanaler som tidningar, TV, radio och Internet.
- Att starta en stödlinje via telefon och en webbsida för information och stöd.
- Att lyssna på och ta till sig människors berättelser om händelsen, och att hjälpa till att pussla ihop upplevelsen av händelsen.
- Att tillhandahålla utbildning kring reaktioner på trauma och hur man hanterar dessa, genom informationsblad som beskriver vanliga reaktioner hos drabbade, som uppmuntrar till självhjälp och som ger kontaktnummer för dem som söker stöd.
- Att ge information om hur man kan hantera problem som uppstår till följd av händelsen (t ex dödsfall, starka känslor, familjeproblem, specifik rädsla, sömnproblem, problem på arbetet).
- Att göra personal inom den lokala sjukvården, socialtjänsten och skolan medvetna om möjliga psykiska följder och den modell för stöd som lokalt finns att tillgå.
- Att identifiera personer som är i behov av stöd och bedöma deras behov av mer formella interventioner.
- Att säkerställa tillgång till psykologisk och farmakologisk specialistbedömning och behandling när så erfordras.
- Att tillhandahålla rådgivning och evidensbaserad behandling för personer med specifika behov, utförd av professionell personal som har tillgång till handledning.
- Att hålla proaktiv kontakt med de drabbade och deras familjer (t ex via stödlinjen eller annan stödpersonal).
- Att utveckla lokal kapacitet för att tillhandahålla fortgående och långsiktiga psykosociala tjänster.

Speciellt sårbara grupper

Grupper som är speciellt sårbara efter en allvarlig händelse omfattar bland annat personer som är speciellt beroende av sin familj eller grupp, eller i behov av professionellt stöd:

- Barn och ungdomar behöver mer stöd, tröst och ökad uppmärksamhet under och omedelbart efter händelsen.
- Äldre, gravida kvinnor och ensamstående med barn är ofta mer beroende av stöd från andra och deras behov kan komma i skymundan efter en allvarlig händelse.
- Personer med kroniska sjukdomar eller andra hälsorelaterade problem kan behöva särskild medicinsk tillsyn eller hjälp med att komma åt tjänster.
- Personer med språksvårigheter, eller svårigheter att känna till formella administrativa vägar eller juridiska krav (t ex invandrare och minoritetsgrupper).

Krisstöd för insatspersonal

Arbete i samband med allvarliga händelser sätter personalen under stark press, och det är väsentligt att deras behov och upplevelser av egna begränsningar inte förbises. På grund av hög arbetsbelastning, ofta svåra arbetsförhållanden och exponering för ett stort antal drabbade, måste rutiner planeras som kan bidra till att förebygga utbrändhet och sekundär traumatisering. Detta omfattar regelbunden rotation för att säkerställa att ingen arbetar orimligt långa perioder, avlastningssamtal när de fullbordat sina skift, och stödsystem som regelbunden handledning, samtal med kollegor och externa konsulter samt strategier för att bygga upp en stödjande laganda och god sammanhållning. Referenser återfinns i slutet av denna broschyr.

Traumafokuserade psykologiska behandlingsmetoder för vuxna med posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)

Behandlingar som kognitiv beteendeterapi (KBT), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) och Brief Eclectic Psychotherapy (BEP), är alla inriktade på minnet av den traumatiska händelsen och dess betydelse. Dessa interventioner benämns därför traumafokuserade psykologiska behandlingsmetoder (NCCMH, 2005). Innan de traumafokuserade behandlingarna presenteras, beskrivs indikationer och kontraindikationer för deras användande. Indikationer och kontraindikationer vid behandling av barn och ungdomar, samt farmakologisk behandling av PTSD, diskuteras i de två sista kapitlen.

Indikationer för traumafokuserad psykologisk behandling

- Klienter som lider av akut eller kroniskt PTSD.
- I fall av multipla traumatiska erfarenheter, eller när psykiatrisk samsjuklighet eller sociala problem finns, är traumafokuserade psykologiska behandlingsmetoder inte alltid kontraindicerade, men behovet att utöka längden av behandlingen bör övervägas.
- Sessioner bör erbjudas på en regelbunden och kontinuerlig basis (ofta varje vecka).
- Terapeuten bör vara samma person vid alla sessioner.
- Behandlingarna bör helst vara individuellt fokuserade, men det finns också exempel på att kognitiv beteendeterapi i grupp kan hjälpa.
- Ett strukturerat protokoll för alla traumafokuserade psykologiska behandlingar bör användas.
- Behandlingen bör ges av kompetent personal som har relevant utbildning och får lämplig handledning.

Kontraindikationer för traumafokuserade psykologiska behandlingsmetoder

Traumafokuserade psykologiska behandlingsmetoder är i allmänhet kontraindicerade, eller bör endast användas med försiktighet som del av en omfattande behandlingsplan, för vuxna som lider av:

- allvarliga depressiva störningar
- allvarligt drogberoende eller missbruk
- andra typer av allvarliga ångesttillstånd (t ex agorafobi, panikångest) i kombination med PTSD
- allvarliga personlighetsstörningar
- psykotiska störningar
- allvarliga dissociativa störningar
- självmordsbenägenhet.

Att kombinera traumafokuserade psykologiska behandlingsmetoder med läkemedelsbehandling av vuxna

- I allmänhet behöver traumafokuserade psykologiska behandlingsmetoder inte kombineras med läkemedel, om inte samsjuklighet eller specifika symptom indikerar behov av medicinering.
- Förskrivning av benzodiazepiner eller sömnmedicin bör om möjligt undvikas.

Kognitiv beteendeterapi för PTSD

Kognitiv beteendeterapi (KBT) för PTSD är traumafokuserad, innefattar exponering för den traumatiska händelsen och riktar in sig på kognitivt (tankemässigt) och beteendemässigt undvikande hos personer med posttraumatiskt stresssymptom. KBT är en strukturerad intervention som vanligtvis innefattar psykoedukativa moment, tekniker för kognitiv omstrukturering och icke-traumafokuserade element som ångestkontroll (t ex avslappningstekniker). Olika typer av KBT är bl a beteendeterapier som Prolonged Exposure (PE) (Foa & Rothbaum, 1998; Creamer et al, 2007), som i första hand fokuserar på exponering av skrämmande traumarelaterade stimuli (såväl minnen som platser och situationer) fram till dess ångesten avtar, och kognitiva terapier som Cognitive Processing Therapy (CPT) (Resick & Schnicke, 1993), som i första hand identifierar och riktar in sig mot problematiska tankar i samband med traumat, medan adaptiva tankar införlivas i återberättandet av traumat.

Effekt

Traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT) har genomgående visat sig ge kliniskt goda effekter på alla mått av PTSD jämfört med väntelista, stresshantering och generella stödterapier (NICE, 2005; Bisson et al, 2007). Traumafokuserad kognitiv beteendeterapi rekommenderas som förstahandsbehandling för katastrofdrabbade med akut eller kroniskt PTSD.

Omfattning

- 8–12 sessioner om 45–60 minuter när PTSD har orsakats av en enskild händelse.
- Vid återberättande av den traumatiska händelsen bör sessionerna vara längre (90 minuter).

Sessioner

Under de första sessionerna är följande komponenter viktiga:

- Att etablera en terapeutisk allians och ge psykoedukation om vanliga reaktioner på trauma.
- Att introducera och lära ut avslappningstekniker, t ex andningsövningar.
- Att presentera den teoretiska grunden för exponeringsbaserad terapi.

Exponering genomförs vanligtvis på två sätt:

Imaginativ exponering eller skriven berättelse

- Emotionellt och detaljerat återberättande av
 - det traumatiska minnet, i den kronologiska ordning som händelserna inträffade
 - tankar och känslor, antingen muntligt medan man löpande berättar vad man visualiserar, eller i skriven form.
- Återberättandet av traumat upprepas till dess att
 - det inte längre framkallar en hög grad av obehag
 - minnena av traumat upplevs som minnen, snarare än något som händer om igen.

In vivo-exponering

- Patienten möter situationer som han/hon undviker på grund av att de är associerade med traumat och framkallar starka känslor eller fysiska reaktioner (t ex köra bil igen efter att ha varit inblandad i en olycka). Exponeringen görs i regel gradvis.
- Detta syftar till att ge insikt om att den situation man fruktar inte längre är farlig och att ångest inför denna är övergående (Foa & Kozak, 1986).

Kognitiv omstrukturering åstadkoms genom

- Att hjälpa klienten att identifiera och modifiera sina överdrivet negativa tankar, vilka leder till oroskänslor och försämrad funktion.
- Att fokusera på att identifiera och modifiera feltolkningar som leder till att klienten överskattar hotet som härrör från tolkningar av traumat och dess efterspel.
- Att diskutera bevis för och emot tolkningarna.
- Att med hjälp av terapeuten testa de förutsägelser som tolkningarna leder till, så att klienten kommer fram till adaptiva slutsatser.
- Att uppmuntra klienten att lämna beteenden och kognitiva strategier som förhindrar ett avfärdande av de negativa tolkningarna.

Hemuppgifter omfattar:

- Att öva muskelavspänning eller andningstekniker, samt imaginativ och in vivo-exponering.

Under de avslutande sessionerna utvärderas framstegen i behandlingen genom

- Att gå igenom de tekniker som använts i behandlingen.
- Att utvärdera teknikerna.
- Att diskutera allmänna avslutande frågor.

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

EMDR är en psykoterapeutisk metod för att minska obehag efter traumatiska upplevelser som inverkar störande på vardagslivet. Det viktigaste målet för EMDR handlar om att omforma de dysfunktionellt lagrade upplevelserna till ett adaptivt bearbetat minne, som befrämjar psykisk hälsa. EMDR syftar till att aktivera förmågan att hantera det obehag som förknippas med det traumatiska minnet och minska störande tankar och känslor. Metoden kan också hjälpa klienten att se annorlunda på sig själv i relation till det traumatiska minnet.

Effekt

EMDR är en evidensbaserad metod för att behandla PTSD (Bisson et al, 2007), rekommenderad som en psykoterapeutisk förstahandsbehandling för kroniskt PTSD (NCCMH, 2005). Metoden har visat sig vara lika effektiv som traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (Spates et al, 2009).

Omfattning

En genomsnittlig EMDR-behandling av PTSD orsakad av en enstaka traumatisk händelse kan vara relativt kort. Om EMDR är effektiv för den individuella klienten visar sig inom en till två behandlingssessioner. För problem efter ett enstaka trauma är ett begränsat antal sessioner (i medeltal sex) oftast tillräckligt. Längden på behandlingen är emellertid beroende av hur komplext traumaproblemet är.

Sessioner

EMDR-processen är en metod i åtta faser, där vissa av faserna har likheter med andra terapiformer och där tre faser är unika för EMDR; fas 1, 5 och 6 (Spates et al, 2009).

- Fas 1: Anamnes tas, en behandlingsplan utarbetas och EMDR-metoden presenteras.
- Fas 2: Klienten lär sig förstå hur posttraumatiska stresssymptom är relaterade till den traumatiska upplevelsen. Olika typer av stabiliseringstekniker presenteras och lärs ut för att stärka klientens känsla av herravälde och kontroll.
- Fas 3: Det specifika minne som är målet för behandlingen definieras.

I följande ordning uppmanas klienten att:

- Fokusera på ett specifikt traumatiskt minne.
- Identifiera den smärtsamma bild som representerar minnet, den tillhörande negativa tanken och en alternativ positiv tanke.
- Identifiera känslor som är associerade med det traumatiska minnet.
- Identifiera fysiska förnimmelser som är relevanta för traumat, och var i kroppen de är lokaliserade.
- Denna process kvantifieras med hjälp av subjektiva indikatorer och mått.
- Fas 4: Minnet av traumat bearbetas genom en strukturerad procedur med fria associationer, innehållande en doserad exponering:
 - Klienten uppmanas att tänka på den smärtsamma bilden tillsammans med den negativa tanken, känslor och kroppsliga förnimmelser, samtidigt som han/hon följer terapeutens fingrar fram och tillbaka över synfältet i rytmiska svep om cirka 20–40 sekunder (bilateral känselstimulering eller ljud kan användas som ett alternativ till ögonrörelser).
 - Klienten ger, efter en kort paus och ett djupt andetag, feedback till terapeuten om eventuella förändringar i bilder, kroppsförnimmelser, tankar eller känslor som kan ha inträffat.
 - Denna process upprepas till dess att klienten inte längre känner något obehag av det traumatiska minnet.
- Fas 5: Det behandlade traumatiska minnet kopplas till den alternativa positiva tanken genom fortsatt bilateral stimulering, med målet att förstärka sambandet mellan den positiva tanken och det ursprungliga minnet.
- Fas 6: En kroppsgenomgång genomförs. Klienten uppmanas att mentalt gå igenom hela kroppen för att känna om det finns några kvarvarande spänningar som kan associeras till det ursprungliga traumatiska minnet. Om det finns spänningar uppmanas klienten också att fokusera på dessa samtidigt som den bilaterala stimuleringen läggs till, till dess att spänningen har försvunnit.
- Fas 7: Avslutning. Sessionen avslutas med en kort sammanfattning av vad som uppnåtts under sessionen. Om bearbetningen inte är färdig kan en stabiliserande övning eller en avspänningsövning genomföras.
- Fas 8: Uppföljning. Terapeuten följer upp resultatet från föregående behandlingssession, och fortsätter bearbetningen om denna inte blivit slutförd. Målet är att det traumatiska minnet inte längre ska väcka något obehag när klienten blir påmind om det. När detta mål uppnåtts går behandlingen vidare (från fas 3) med bearbetning av eventuellt andra traumatiska minnen.

BEP (Brief Eclectic Psychotherapy)

Brief Eclectic Psychotherapy (BEP) för PTSD är en kort, problemfokuserad psykoterapi baserad på en kombination av teorier hämtade från kognitiv beteendeterapi, psykodynamiska och stödjande terapier. BEP syftar till att reducera posttraumatiska stressymptom hos klienterna, hjälpa dem integrera den traumatiska händelsen i sina liv och återta kontrollen. BEP-protokollet utvecklades av Gersons på 1980- och 90-talen för att behandla PTSD hos poliser (Gersons, 1989, 1992, Gersons & Carlier, 1994).

Effekt

Randomiserade, kontrollerade studier har visat att denna terapi är effektiv både för poliser och i en allmän population av klienter med PTSD orsakat av en rad olika traumatiska upplevelser (Gersons et al, 2000, Lindauer et al, 2005). En signifikant förbättring av biologiska parametrar (hjärtfrekvensrespons, kortisolnivåer, hjärnaktivitet) har också rapporterats (Lindauer et al 2003, Olff et al 2007).

Omfattning

16 sessioner om vardera 45–60 minuter.

Sessioner

Varje session utgör ett omsorgsfullt definierat steg i en av fem terapeutiska faser:

- Psykoedukation (session 1–2): Klienten och hans/hennes partner lär sig förstå att symptomen orsakade av PTSD är dysfunktionella och orsakade av den traumatiska händelsen.
- Imaginativ exponering och användning av minnessaker (session 2–6): Den imaginativa exponeringen fokuseras på de undertryckta, intensiva känslorna av sorg. Exponeringen i BEP skiljer sig från exponeringen i traumafokuserad kognitiv beteendeterapi genom att det primära målet i BEP är att släppa loss intensiva känslor relaterade till traumat. Klienterna exponeras för olika delar av traumat vid separata sessioner. Minnessaker används för att stimulera minnet av den traumatiska händelsen.
- Brevskrivande, integration och meningsskapande (session 7–12): Brevet skrivs till en person eller institution som ges skulden för den traumatiska händelsen. Brevet används specifikt för att hjälpa till att ge uttryck för aggressiva känslor. Efteråt kan klienten koncentrera sig på hur traumat har påverkat hans/hennes syn på sig själv och sin tillvaro.
- Ta farväl-ritual (session 13–16): Behandlingen avslutas med en ta farväl-ritual där klienten, om möjligt tillsammans med sin partner, bränner brevet och/eller anteckningarna för att lämna den traumatiska händelsen bakom sig och göra det möjligt att övergå till att ta sig an livet och framtiden, utan att någonsin glömma vad som hänt, men utan att det som inträffat försämrar deras möjligheter att fortsätta med sitt dagliga liv.

Farmakologisk behandling av PTSD

Läkemedelsbehandling av PTSD ska inte användas som en rutinmässig förstahandsbehandling av vuxna framför en traumafokuserad psykoterapi (NCCMH, 2005). Om PTSD hos vuxna behandlas farmakologiskt rekommenderas i första hand de antidepressiva medlen Paroxetin, Mirtazapin, Fenelzin och Amitriptylin (NCCMH, 2005). Sömnmicin (benzodiazepiner och icke-benzodiazepiner) används ibland för sömnstörningar vid PTSD.

Indikationer för farmakologisk behandling av PTSD

Farmakologisk behandling av PTSD hos vuxna bör övervägas när/om:

- Klienten inte vill delta i traumafokuserad psykoterapi.
- Klienten inte kan påbörja psykoterapi på grund av ett allvarligt pågående hot om ytterligare trauma.
- Traumafokuserad psykoterapi har gett otillräckligt eller inget resultat.
- Klientens möjlighet att dra nytta av psykoterapi är nedsatt på grund av signifikant samsjuklig depression eller allvarlig överspändhet (dvs farmakoterapi som ett komplement till psykoterapi).
- Behandlingen ska ges av kompetent personal med relevant medicinsk utbildning.

Effekt

Av de farmakologiska behandlingarna har de selektiva serotoninåterupptagshämmarna (SSRI-preparaten) studerats mest, med Paroxetin som det med mest övertygande evidensnivå (NCCMH, 2005). Detta har visat sig vara ett vältolererat läkemedel med viss effekt att reducera symptom i alla tre klustren av PTSD jämfört med placebo, både hos män och kvinnor (Marshall et al, 2001, 2007; Stein et al, 2003). Resultat från flera mindre studier tyder på att Mirtazapin, Amitriptylin och Fenelzin kan ha kliniska effekter (NCCMH, 2005).

Omfattning

Positiva effekter märks vanligtvis efter några veckor, men tilltar ofta under upp till 8–12 veckors behandling. En ytterligare minskning av symptomen har rapporterats upp till 6 månader efter starten av behandlingen (Marshall et al, 2007) med förbättringar bestående efter 52 veckor (Kime et al, 2008, Davidson et al, 2001). Farmakologisk behandling rekommenderas pågå i åtminstone 6 månader och vanligtvis i minst 12 månader om ett positivt svar uppnås. För lugnande medel (benzodiazepiner och icke-benzodiazepiner) rekommenderas endast korttidsanvändning.

Sessioner

Det rekommenderas (NCCMH, 2005) att:

- Klienter med förhöjd självmordsrisk bokas in med täta återbesök.
- Klienterna informeras om potentiella biverkningar och om risken för abstinensbesvär vid avbruten behandling.
- Toleransen av antidepressiva medel kontrolleras regelbundet (t ex tecken på akatisi, självmordstankar).
- Behandlingen avslutas genom att gradvis utsätta föreskriven dos.

Interventioner för traumatiserade barn och ungdomar

Särskilt stöd och uppmärksamhet ska ges till barn och ungdomar som utsatts för allvarliga händelser. Information, stöd och behandling måste baseras på kunskap om åldersspecifik sårbarhet och förmåga. Efter allvarliga händelser ska föräldrar eller vårdnadshavare informeras om risken för att deras barn kan utveckla PTSD. De bör uppmanas att kontakta sin allmänläkare om symptom kvarstår längre än en månad (NCCMH, 2005).

Rekommenderad behandling för kroniska porttraumatiska stresssymptom hos barn

- Traumafokuserad kognitiv beteendeterapi, anpassad till omständigheterna och barnets utveckling, ska erbjudas till barn med PTSD.
- Traumafokuserad kognitiv beteendeterapi ska erbjudas till äldre barn med allvarliga posttraumatiska symptom eller PTSD under den första månaden efter den traumatiska händelsen (NCCMH, 2005).
- EMDR ska i allmänhet erbjudas till äldre barn (>7 år).

Effekt

Strukturerad terapi är mer effektiv än allmänt stöd för att minska PTSD hos barn. Det finns bevis för effekten av traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT) och EMDR. (I EMDR-protokollet för barn läggs större vikt vid att etablera en trygg plats som framkallar positiva känslor innan den traumafokuserade interventionen tar vid).

Omfattning

- 8–12 möten om 90 minuter, regelbunden behandling av samma terapeut.
- Information om behandlingens förlopp ska ges till både föräldrar och barn.

Sessioner med traumafokuserad psykoterapi för barn

- Psykoedukation till barn och föräldrar
- Uppföljning av symptom (t ex dagbok över flashbacks, mardrömmar, oro)
- Återskapa rutiner
- Träning av förmågan att hantera svårigheter
- Upptrappad exponering – desensibilisering
- Skapande av trygghet och träning av självreglering.

Typiskt förlopp, återhämtning och karaktären av traumarelaterade symptom hos barn

- Nästan alla barn uppvisar stark rädsla, symptom på återupplevande samt behov av närhet till föräldrarna omedelbart efter traumaexponering.
- Majoriteten (cirka 75 %) uppvisar en gradvis minskning av symptomen under de första månaderna.
- Cirka 13–25 % utvecklar PTSD inom 3–6 månader efter en stor katastrof om de inte får hjälp.
- Depressiva symptom kan uppkomma senare, t ex 6–9 månader efteråt.
- Trauman påverkar den totala psykosociala utvecklingen, t ex patologisk sorg, stark rädsla, fantasier, lek och drömmar.

Risikfaktorer för PTSD eller annan psykopatologi

- Faktorer före traumat: psykiska problem och relationsproblem i familjen.
- Tidigare exponering för allvarligt trauma.
- Under traumat: upplevelse av stark fara, uttalade reaktioner, hjälplöshet, stark rädsla för familjens säkerhet.
- Faktorer efter traumat: evakuering, störda föräldrarelationer, förnekelse och undvikande som coping-strategier.

Utvecklingsaspekter

- Barn kan vara sårbara för PTSD och psykosociala störningar i alla åldrar.
- Innebörden av trauma, sättet att bearbeta det och hur symptomen uttrycks varierar med åldern:
 - spädbarn: högt mått på överspändhet och svårigheter att dämpa detta
 - små barn: svårigheter att kontrollera känslor och svår rädsla, sömnstörningar
 - förskolebarn: repetitiv lek, svårigheter att kontrollera aggression, rädsla på natten
 - skolbarn: koncentrationssvårigheter, somatiska symptom, olika typer av rädsla
 - ungdomar: känsla av att sakna framtid, riskbeteenden, depressiva symptom.
- Anknätningsbehov och sökande efter trygghet aktiveras i alla åldrar.
- Allvarligt traumatiserade barn kan förlora tidigare uppnådda färdigheter. Uttryck för detta kan vara t ex stämning i förskoleåldern och beroendesymptom under ungdomsåren.

Referenser

Ajdukovic D., Ajdukovic M. (2000). Community based programme in meeting the psychosocial needs of children in resettlement process. In: L. van Willigen (Ed.) Health hazards of organized violence in children (II). Utrecht: Pharos, 169-177.

Ajdukovic D., Ajdukovic M. (2003). Systemic approaches to early interventions in a community affected by organized violence. In: R.Orner and U. Schnyder (Eds.) Reconstructing early interventions after trauma. Oxford: Oxford University Press, 82-92.

Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, Institute of Medicine (2008). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence. Washington, DC: National Academies Press.

Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) (2007). Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3.

Blanchard E.B., & Hickling E.J. (2004). After the Crash: Psychological Assessment and Treatment of Survivors of Motor Vehicle Accidents (2nd ed.) Washington DC: American Psychological Association.

Foa E.B. & Rothbaum B.O. (1998). Treating the Trauma of Rape; Cognitive Behavioral Therapy for PTSD. New York: Guildford Press.

Gersons B.P.R. (1989). Patterns of Posttraumatic Stress Disorder among Police Officers following Shooting Incidents; the Two-Dimensional Model and Some Treatment Implications. *Journal of Traumatic Stress*, 2 (3), 247-257.

Gersons B.P.R., Carlier, I.V.E., Lamberts, R.D., & Van der Kolk, B.A. (2000). Randomized Clinical Trial of Brief Eclectic Psychotherapy for Police Officers with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 13 (2), 333-347.

Kim Y, Asukai N, Konishi T, et al., (2008). Clinical evaluation of paroxetine in post-traumatic stress disorder (PTSD): 52-week, noncomparative open-label study for clinical use experience. *Psychiatry Clin Neurosci*. 62(6):646-52

Lindauer, R.J.L., Gersons, B.P.R., van Meijel E.P.M., Blom K., Carlier I.V.E., Vrijlandt I., & Olff M. (2005). Effects of Brief Eclectic Psychotherapy in Clients with Posttraumatic Stress Disorder: Randomized Clinical Trial. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (3), 205-212.

Lindauer R.J.L., Vlieger, E.J., Jalink, M., Olff, M., Carlier, I.V.E., Majoie, C.B.L.M., Heeten, den G.J., & Gersons, B.P.R. (2004). Smaller Hippocampal Volume in Dutch Police Officers with Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry*, 56 (5), 356-363.

Marshall R.D., Beebe K.L., Oldham M., Zaninelli R. (2001). Efficacy and safety of paroxetine treatment for chronic PTSD: a fixed-dose, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*, 158(12): 1982-8.

Marshall RD, Lewis-Fernandez R, Blanco C, et al., (2007). A controlled trial of paroxetine for chronic PTSD, dissociation, and interpersonal problems in mostly minority adults. *Depress Anxiety*, 2007;24(2):77-84.

National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2005). *Post-traumatic Stress Disorder; the Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care*. Gaskell and the British Psychological Society.

Norris H. H., Stevens S.P. (2007) Community resilience and the principles of mass trauma intervention. *Psychiatry*, 70 (4), 320-328.

Olf_ M., de Vries G.J., Güzelcan Y., Assies J., Gersons B.P. (2007). Changes in cortisol and DHEA plasma levels after psychotherapy for PTSD. *Psychoneuroendocrinology*. 32(6): 619-26.

Resick P.A., & Schnicke M.K. (1993). *Cognitive processing therapy for sexual assault victims: A treatment manual*. Newbury Park CA: Sage Publications.

Rooze M., De Ruyter A., Ajdukovic D., Fundter N., Hövels J. (2006) The healing community: the importance of community-based interventions. In: J. Griffiths and T. Ingleton (Eds.) *Real risk*. Leicester: Tudor Rose, 103-106.

Shapiro F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Shapiro F. (2007) EMDR and Case Conceptualization from an Adaptive Information Processing Perspective. In F. Shapiro, F. Kaslow, & L. Max_eld (Eds.), *Handbook of EMDR and Family Therapy Processes* (3-36). New York: Wiley.

Solomon R. M., & Shapiro F. (2008). EMDR and the Adaptive Information Processing Model. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2 (4), 315-325.

Somasundaram D., Norris F.H., Asukai N., Murthy R.S. (2003). Natural and technological disasters. In: B. L. Green, M. J. Friedman, J. V. M. T., de Jong, S. D. Solomon, T. M. Keane, J. A. Fairbank, B. Donelan and E. Frey-Wouters (Eds.) *Trauma interventions in war and peace*. New York: Kluwer Academic Plenum Publishers, 291-318.

Spates C.R., Koch E., Cusack K., Pagoto S. & Waller S. (2009). In Foa, E.B., Keane, T.M., & Friedman, M.J., (eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies* (279-305). New York: Guilford Press.



TENTS

The European Network for Traumatic Stress

www.tentsproject.eu