



www.tentsproject.eu

INTERVENTII POST DEZASTRU



Interventii post Dezastru

Reteaua Europeana pentru Stressul Traumatic (TENTS), fondata de Uniunea Europeana , are ca scop dezvoltarea unei largi retele europene de expertiza in ingrijirile psihosociale si in terapiile stressului post-traumatic destinate persoanelor afectate de dezastru.

TENTS are si scopul de a spori capacitatea serviciilor de sanatate mentala sprijinindu-le sa se dezvolte mai mult sub aspectul serviciilor eficiente si evidence based. Pentru a facilita acest lucru, fara a fi obligatoriu de utilizat, a fost creat ghidul TENTS pentru oferta de ingrijiri psihosociale post-dezastru in toate tarile Europei.

Aceasta brosură prezintă o serie de intervenții destinate celor afectați de dezastru care sunt congruente cu ghidul TENTS precum și cu alte recomandări bazate pe evidente (cum ar fi: NCCMH, 2005). Intervențiile descrise sunt: intervenții la nivel de comunitate, tratamente psihosociale centrate pe trauma, și tratamente farmacologice pentru adulți cu PTSD, precum și intervenții pentru copii și adolescenți traumatizați.

Brosura a fost creată de către Secția de Psihiatrie a Centrului Medical Academic (AMC), Amsterdam, Olanda de către A.B. Witteveen (PhD) și M. Olf (PhD), cu contribuția altor parteneri în Reteaua Europeana pentru Stressul Traumatic, mai ales F. Orengo – Garcia (MD), K. Bergh-Johannesson (MA), C. Freeman (MD, PhD) și J. Bisson (DM, FRCPsych).

Parteneri asociați:

Academic Medical Center, Amsterdam, Olanda - Dr. M. Olf / Dr. A.B. Witteveen

Cardiff University, Wales (UK) - Dr. J. Bisson / Dr. B. Tavakoly

Catholic University of Applied Social Sciences, Berlin, Germany - Prof. Dr. N. Gurriss

Haukeland University -RVTS West, Bergen, Norway - Dr. D. Nordanger / Dr. V. Johansen

Uppsala University – NCDP, Uppsala, Sweden – Mrs. K. Bergh-Johannesson

Tampereen University, Helsinki, Finland – Prof. Dr. R. Punamaki

SEPET + D, Madrid, Spain – Dr. F. Orengo Garcia

Zagreb University, Croatia – Prof. Dr. D. Ajdukovic

Turkish Psychological Association, Istanbul, Turkey - Dr. U. Sezgin

Parteneri colaboratori:

University of Warsaw, Poland - Prof. Dr. M. Lis-Turlejska

Edinburgh Traumatic Stress Centre, Scotland (UK) - Dr. C. Freeman

University of Zurich, Switzerland - Prof. Dr. U Schnyder / Dr. L. Wittmann

Centre Hospitalier Universitaire Tenon, Paris, France - Dr. L. Jehel

University of Vienna, Austria - Dr. B. Lueger-Schuster

University of Aarhus, Denmark - Prof. Dr. A. Elklit

WHO Europe, Copenhagen, Denmark - Dr. Matt Muijen

Interventiile la nivel de comunitate

Aici sunt cuprinse toate activitatile care faciliteaza normalizarea functionarii sociale, familiale si individuale intr-o comunitate afectata de un dezastru. Acestea promoveaza sentimentul sigurantei, intaresc eficienta comunitatii si a persoanelor precum si conexiunile la nivelul membrilor comunitatii, se ocupa de calmarea celor cuprinsi de disperare si de generare unui sentiment de speranta si incredere in reabilitarea persoanelor si a comunitatii.

Interventiile comunitare post-dezastru includ urmatoarele tipuri de activitati:

- Ajutor practic acordat intr-o maniera empatica, sprijin emotional, si o prima securizare a celor cuprinsi de disperare
- Asigurarea de informatii (de ex. cu privire la gasirea unor membri ai familiei, la accesul de cazare si hrana pe moment, ajutoare sociale, servicii de sanatate, consiliere juridica si ajutor psihologic)
- Asistenta materiala (de ex. Asigurarea de adapost, hrana, ajutor financiar, reconstruirea infrastructurii)
- Angajari la locuri de munca (de ex. Noi oportunitati de formare pentru a creste numarul de persoane cu loc de munca si a spori autonomia indivizilor)
- Organizarea de evenimente comemorative si construirea de monumente in relatie cu cei direct afectati
- Facilitarea sprijinului reciproc si a unor grupuri axate pe interese speciale
- Asigurarea ingrijirilor psihosociale catre populatia afectata

Grupurile tinta la nivelul interventiilor comunitare sunt persoanele direct implicate precum si familiile lor, martorii la eveniment, personalul din agentii implicate cu raspunsurile de urgenta si in procesul de reabilitare. Toti acestia trebuie sa aiba acces la o serie de interventii de ingrijire psihosociala.

Sprijinul timpuriu practic, social si psihosocial pot avea un efect de 'golire' si pot preveni astfel aparitia si dezvoltarea unor probleme psihologice pe termen lung.

Ingrijirile psihosociale includ ajutorul emotional si practic. Ele merg de la asigurarea unui confort imediat si a unui ajutor practic pana la sprijin psihologic de durata si ingrijiri specializate pentru trauma. Adeseori persoanele primesc un sprijin consistent din partea familiei, a prietenilor, a comunitatii. Orice raspuns formal poate completa aceste ajutoare. Sub orice aspect, ingrijirile psihosociale vor fi oferite luand in considerare mediul social mai larg al persoanei, in special familia si comunitatea.

S-ar putea sa fie constientizata nevoia unui sprijin continuu, pe termen mediu si lung, de ingrijiri psihosociale. Pentru majoritatea persoanelor implicate in evenimente catastrofale ajutorul e necesar doar in faza de salvare si imediat dupa. Cu toate acestea s-ar putea sa fie nevoie sa se alcatuiasca un grup de sprijin devotat sau servicii de referinta dupa incident care sa actioneze pe o durata de pana la trei ani, sau chiar mai mult, de la eveniment

De aceea este important asa se planifice si sa se asigure fondurile necesare pentru derularea lor.

Activitati ilustrative de ingrijiri psihosociale comunitare :

- A-I ajuta pe oameni sa constientizeze ajutorul psihosocial disponibil, fara a fi intruziv, comunicand informatiile prin diferite canale cum ar fi: ziare, televiziune, radio si internet
- Lansarea unei linii telefonice de sprijin prin care sa se asigure suport emotional precum si a unui website cu problemele psihosociale.
- Sa asculti si sa absorbi povestirile oamenilor cu privire la incident si sa-i ajuti sa conecteze detaliile experientei dezastrului
- Sa asiguri o educatie prin pliante, brosure, cu privire la trauma si cum sa-i faci fata; sa se descrie sentimentele si trairile comune traumei, resimtite in mod obisnuit de catre toti cei implicati in evenimente majore, modalitati de autoajutorare; de asemenea sa se dea numere de telefon pentru cei care sunt in cautare de sprijin.
- Sa se dea informatii despre cum sa faca fata problemelor rezultate in urma evenimentului (de ex. Organizarea de funeralii, emotii puternice, dificultati in familie, spaima tipice, insomnii, probleme privind munca).
- Sa sprijini personalul local din domeniul social si al serviciilor de sanatate si de educatie pentru a fi constient cu privire la posibilitatea aparitiei unor sechele psihopatologice precum si sa cunoasca modelul de ingrijire comunitara.
- Identificarea celor cu dificultati psihosociale si evaluarea nevoilor lor de interventii specializate;
- Asigurarea accesului la evaluari specializate psihologice sau farmacologice atunci cand e necesar.
- Asigurarea de consiliere si tratament evidence based pentru cei cu nevoi speciale oferite de catre clinicieni/consilieri specializati si supervizati;
- Mentinerea contactelor pro-active cu cei afectivi si familiile lor (de ex. prin intermediul liniilor telefonice pentru sprijin emotional sau consiliere pentru trauma)
- Dezvoltarea capacitatii locale de a asigura servicii psihosociale continue si pe termen lung

Grupuri cu vulnerabilitate crescuta

Grupurile vulnerabile include persoanele care au o dependenta speciala de familie, comunitate sau sprijin profesional. Tipic acestea includ:

- Copii si adolescenti care au nevoie de mai mult sprijin, asigurari si atentie crescuta in timpul dezastrului sau imediat dupa;
- Persoane in varsta, femei gravide, sau parinti singuri care de obicei sunt mai dependenti de ceilalti pentru anumite servicii de care au nevoie si ale caror nevoi nu pot fi neglijate in timpul si imediat dupa dezastru ;
- Persoane cu boli cronice si nevoi speciale de dieta din motive de sanatate si care ar putea avea nevoie de anumite medicamente sau atentie si asistenta pentru a avea acces la servicii medicale
- Persoane care nu inteleg limba din locul respectiv, procedurile formale sau cerintele locale (de ex. imigranti, membri ai unor grupuri minoritare).

Ingrijiri psihosociale pentru cei care intervin in situatii de dezastru

A lucra in situatii de dezastru presupune o presiune enorma asupra lucratorilor si de aceea este esential sa nu pierdem din vedere nevoile acestor persoane sau limitele lor.

Datorita incarcaturii mari de lucru, conditii precare de lucru adeseori, expunerii la un numar mare de persoane disperate este necesara planificarea unor ajutoare care sa previna epuizarea profesionala sau traumatizarea consecutiva. Aceste masuri includ rotatia regulata astfel incat persoanele sa nu lucreze perioade excesiv de lungi, dezbateri tehnice cu ei la incheierea turei, si un sistem de sprijin cum ar fi supervizarea regulata, consultare cu colegii si consultantii externi, tehnici de construire a unor grupuri de sprijin si coeziune.

Referintele apar pe ultima pagina a acestei brosurii.

Interventii psihologice centrate pe trauma pentru adulti cu PTSD

Terapii cum ar fi : terapii Cognitiv Behavioriste (CBT), Desensibilizare si reprocesare prin Miscarea Ochilor (EMDR) si Psihoterapii Ectectice de scurta Durata (BEP) toate centrate pe amintirea si semnificatia evenimentului traumatic. Drept urmare aceste interventii sunt cunoscute ca terapii psihologice centrate pe trauma (NCCMH, 2005). Inainte de a introduce aceste terapii psihologice centrate pe trauma trebuie sa tinem seama de indicatiile si restrictiile lor. Indicatiile si restrictiile utilizarii lor in cazul copiilor si a adolescentilor precum si cu privire la terapiile medicamentoase a PTSD sun discutate in cele doua sectiuni finale.

Indicatii pentru terapii psihologice centrate pe trauma

- Clientii suferind de PTSD in forma acuta sau cronica
- In cazul unor experiente traumatice multiple sau cand apar tulburari co-morbide sau probleme sociale, terapiile psihologice nu sunt intotdeauna contraindicate dar trebuie prevazuta o extindere a perioadei lor de aplicare
- Sedintele trebuie sa fie oferite in regim continuu, cu regularitate (adeseori saptamanal)
- Terapeutul trebuie sa ramana acelasi pe toata perioada terapiei
- Este de preferat ca terapiile sa fie centrate individul desi exista dovezi ca si terapiile CBT de grup sunt eficiente
- Trebuie s ase foloseasca un protocol structurat pentru toate terapiile psihologice centrate pe trauma care sunt folosite
- Terapiile trebuie sa fie desfasurate de catre profesionisti competenti care au beneficiat de o formare adecvata si care sunt intr-o supervizare permanenta

Posibile restrictii pentru terapiile psihologice la adulti

Terapiile psihologice centrate pe trauma sunt in general contraindicate sau vor fi administrate cu o permanenta atentie in cazul adultilor suferind de:

- Tulburari depresive severe
- Dependenta severa de substante
- Alte tipuri de tulburari de anxietate severa pe langa PTSD (de ex. agoraphobia, tulburari de panica)

- Tulburari severe de personalitate
- Tulburari psihotice
- Tulburari severe discociative
- suicid

Combinatia intre terapiile psihologice centrate pe trauma si terapiile medicamentoase la adulti

- in general, terapiile psihologice centrate pe trauma nu necesita combinarea cu medicamente cu exceptia situatiilor de comorbiditate sau a unor simptome specifice care impun utilizarea unei medicatii
- trebuie sa se evite maxim cu putinta prescriptiile de benzodiazepine sau somnifere

Terapia Cognitiv Behaviorista in PTSD

Terapia cognitive behaviorista in PTSD este centrata pe trauma si include expunerea la evenimentul traumatic si tintește evitările cognitive si comportamentale specifice in PTSD. Este o interventie structurata ce include de obicei psiho-educatie, tehnici de reconstructie cognitive si elemente ce nu se centreaza pe trauma cum ar fi managementul anxietatii (de ex. tehnici de relaxare).

Subtipurile includ terapii de expunere cum ar fi:

Expunere Prelungita (PE) (Foa & Rothbaum, 1998; Creamer et al., 2007) care se centreaza mai intai pe confruntarea cu stimuli infricosatori legati de trauma (atat in imaginar cat si in vivo) atat cat persoana suporta anxietatea adiacenta;

terapii centrate pe cognitie, cum ar fi Terapia de Procesare Cognitiva (CPT; Resick & Schnicke; 1993) care mai intai identifica si tintește cognitiile problematice relative la trauma, in timp ce incorporeaza in imaginarul relative la trauma cognitii adaptate.

S-a demonstrat consistent eficienta CBT centrat pe trauma (TF-CBT) de a produce efecte clinice importante in toti parametrii PTSD comparative cu alte terapii cum ar fi: lista-asteptarilor, managementul stressului si terapiile de sprijin/nondirective(NICE, 2005; Bisson et al., 2007). CBT centrat pe trauma este recomandat ca terapie de prima linie pentru victimele dezastrelor manifestand tulburari post-traumatice de stress fie in forma acuta fie in forma cronica.

Durata terapiei

- 8-12 sedinte de cate 45-60 minute in cazul in care PTSD este consecutive unui singur incident.
- cand se discuta in sedinte si evenimentul traumatic sedintele vor fi mai lungi (90 min.).

Sedintele

In prima sedinta, urmatoarele componente sunt importante

- stabilirea de aliante terapeutice si psihoeducatie cu privire la reactiile comune la trauma
- introducerea unei terapii bazate pe expunere teoretic rationala

Expunerea este de obicei facuta sub doua modalitati

Expunere imaginara sau descriere in scris.

- Povestire repetata cu detalii emotionale a amintirii traumei, in ordinea cronologica in care au aparut evenimentele, gandurile si sentimentele, fie in comentarii verbale facute pe baza imaginatiei cuiva sau a ceea ce vizualizeaza, fie in scris.

- repovestirea traumei trebuie sa se faca pana ce:

- o nu mai evoca un nivel ridicat de emotii negative,

- o amintirile traumei sunt traite mai degraba ca amintiri decat ca ceva ce se poate intampla din nou la expunerea in vivo.

- Confrontarea clientului cu situatiile pe care el/ea le evita datorita asocierii cu trauma si pentru ca evoca astfel emotii puternice sau reactii fizice (de ex. Sa conduca masina dupa ce a avut un accident de masina)

In mod obisnuit asta se face in mod gradat.

- Scopul urmarit este sa realizeze ca situatia de spaima nu mai e periculoasa si ca anxietatea legat de ea nu va ramane pentru totdeauna (Foa & Kozak, 1986).

Restructurarea cognitiva se realizeaza prin:

- Ajutarea clientului sa-si identifice si modifice cunostiile excesiv negative care conduc la tulburari emotionale si functionale ;

- Concentrarea pe identificarea si modificarea interpretarilor gresite care conduc clientul la supraestimarea sentimentului de amenintare care isi are radacina in modul in care interpreteaza trauma si consecintele ei.

- Discutiile despre dovezi pentru a diminua interpretarile.

- Testarea cu ajutorul terapeutului a predictiilor derivate din interpretari astfel incat clientul sa ajunga la concluzii mai adaptate.

- Incurajarea clientului sa abandoneze comportamentele si strategiile cognitive care sunt bariere in respingerea interpretarilor negative.

Sarcinile de lucru individual, acasa includ:

- Practicarea relaxarii musculare sau a tehnicilor de respiratie si expuneri imaginare sau in vivo.

In sedinta de incheiere se evalueaza progresele prin:

- Revederea tehnicilor folosite in terapie

- Evaluarea utilitatii lor

- Discutarea unor aspecte care tin de terminarea terapiei.

Reprocesarea si desensibilizarea prin Miscarea ochilor (EMDR)

EMDR este o abordare psihoterapeutica menita sa reduca trairile negative consecutive experientelor traumatice care afecteaza viata de zi cu zi. Scopul principal al EMDR implica transformarea experientelor inmagazinate disfunctional in solutii adaptative ce promoveaza sanatatea psihica. EMDR tintește activarea abilitatii de a face fata sentimentelor negative ce

insotesc amintirile traumei si sa reduca tulburarile de gandire si emotionalitate. Poate ajuta clientul sa gandeasca diferit despre el insusi in relatie cu amintirile traumatice.

Eficienta

EMDR este o metoda de terapie evidence-based utilizata in PTSD (Bisson et al, 2007), recomandata ca terapie psihologica de prima linie in PTSD cronic (NCCMH, 2005) si este fundamental egala in eficienta cu CBT centrata pe trauma (Spates et al 2009).

Durata tratamentului

S-a adus argumentul ca durata medie a unei terapii EMDR pentru un PTSD datorat unui eveniment traumatic poate fi scurt. Daca EMDR este sau nu eficient pentru un anumit client se vede deja in una sau doua sedinte de terapie. Pentru probleme consecutive unei traume singulare sunt necesare un numar limitat de sedinte (in medie 6 sedinte). Dar numarul de sedinte depinde de complexitatea problemelor post-trauma.

Sedintele

Procedura EMDR are opt faze de abordare cuprinzand faze care au aceleasi caracteristici ca orice alta abordare terapeutică dar si trei faze cu elemente unice EMDR de desensibilizare, instalare si scanare a corpului (Spates et al 2009).

- Faza 1: se ia istoricul, s efface planul de tratament si se prezinta metoda specifica EMDR .
- faza 2: clientul invata sa inteleaga modul in care simptomele PTSD se relateaza la experienta traumatica. Se prezinta diferite tipuri de tehnici de stabilizare cu scopul de a spori sentimentul de stapanire si control la client..
- In faza 3 se evalueaza amintirea specifica tintita .

Clientul e intrebat uin urmatoarea ordine:

- Sa se concentreze pe amintirea traumatica.
- sa identifice imaginile suparatoare care reprezinta amintirile, cognitiile negative asociate si cognitia alternativa pozitiva asociata.
- Sa identifice emotii asociate cu amintirea traumatica.
- Sa identifice senzatiile fizice relevante pentru trauma si localizarea lor in corp.
- Acest process se cuantifica prin utilizarea unor indicatori subiectivi si a unor masuratori.
- Faza 4: amintirea traumei este procesata printr-o procedura structurata de asocieri libere integrand expuneri bine dozate.
- Clientului I se cere sa mentina imaginea suparatoare in minte impreuna cu cognitia negativa, emotiile si senzatiile corporale asociate in timp ce urmareste degetul terapeutului miscandu-se inainte si inapoi in campul visual al clientului , cu miscari ritmice pe o perioada de aproximativ 20 – 40 secunde (pot fi utilizate ca alternative la miscarea cu ochii, stimulari tactile sau auditive bilaterale).
- Clientului I se cere apoi sa inspire profund sis a faca o mica pauza inainte de a da un feed-back terapeutului cu privire la orice schimbare aparuta in imagine, senzatie, gandire sau emotii.
- Acest proces se repeat si se continua pan ace clientul nu mai resimte sentimente negative cu

privire la amintirea traumatica.

- Faza 5: Amintirea traumatica procesata este asociata cu o cognitie pozitiva alternative prin stimulari bilaterale continue, cu scopul de a spori conexiunile pozitive in reseaua neuronală.
- Faza 6: realizarea scanarii corporale. Clientul este incurajat sa-si scaneze intreg corpul pentru a simti daca mai sunt resturi de tensiuni in corp care ar putea fi asociate cu amintirea traumatica. Dac se mai resimt tensiuni l se cere clientului sa se concentreze pe le in vreme ce se fac stimulari bilaterale aditionale pan ace tensiunile dispar.
- Faza 7: inchiderea sedintelor. Terapeutul se asigura ca clientul este sufficient de stabilizat pentru a parasi sedinta.
- Faza 8: include o urmare si o re-evaluare a procedurii formale.

Psihoterapie Eclectica de Scurta Durata (BEP)

Psihoterapie Eclectica de Scurta Durata (BEP) in PTSD este o psihoterapie scurta, centrata pe problema bazata pe o teorie combinata rezultand din psihoterapiile psihodinamice, cognitiv-behavioriste si directive. Are scopul de a reduce la client simptomele PTSD, de a-l ajuta sa integreze evenimentul traumatic in viata sa sis a-si recapete controlul asupra vietii sale. Protocoalele BEP au fost dezvoltate de catre Gersons in anii 1980-1990 pentru a trata PTSD la politisti (Gersons, 1989, 1992, Gersons & Carlier, 1994).

Eficienta

Terapia este eficienta atat cu politistii cat si cu populatia generala, clienti cu PTSD, cu o varietate de experiente traumatice la activ (Gersons et al. 2000, Lindauer et al., 2005).

Au fost descoperite si ameliorari ai unor parametric biologici (rata batailor inimii, nivelul de cortizol, activitatea cerebrala (Lindauer et al. 2003, Olff et al., 2007).

Durata tratamentului

- 16 sedinte de 45-60 minute

Sedintele

Fiecare sedinta alcatuieste un pas definit cu grija in unul din cele cinci stadii terapeutice:

- Psiho-educatie (sedintele 1-2):

Clientul si partenerul lui sau al ei invata sa inteleaga simptomele disfunctionale ale PTSD ca fiind cauzate de evenimentul traumatic.

- Expunere imaginara si utilizarea re-amintirii (sedintele 2-6):

Expunerea imaginara se centreaza pe suprimarea emotiilor si a regretelor intense. Expunerea in cadrul BEP difera de expunerea in CBT centrat pe trauma, in sensul ca in BEP, scopul prim este eliberarea de emmotiile intese legate de trauma. Clientii sunt expusi la diferite secvente ale traumei, in sedinte separate. Tehnicile de reamintire (memorabilia) sunt folosite pentru a stimula amintirile

legate de evenimentul traumatic.

- Scis de scrisori cu scopul de a integra si a gasi sensul (sedintele 7-12):

Scrisoarea se scrie catre o persoana sau o institutie care este invinovatita de evenimentul traumatic. Scrisoarea este utila mai ales pentru a ingadui exprimarea trairilor agresive. Ulterior clientul va fi capabil sa se concentreze asupra impactului traumei asupra sa si asupra lumii.

- Ritualuri de despartire (sedintele 13-16):

Terapia se incheie printr-un ritual in care clientul, daca se poate, impreuna cu partenerul, arde scrisoarea si alte produse de amintire ale traumei pentru a da la spate incidental traumatic, ingaduind astfel clientului sa se intoarca spre viata si spre viitor, fara sa uite vreodata ce s-a petrecut, dar fara ca aceste amintiri sa-i diminueze abilitatea de a-si continua viata.

Tratamentul farmacologic in caz de PTSD

Tratamentul medicamentos nu trebuie folosit de rutina ca terapie de prim rang, la adulti, dandu-l prioritate fata de terapiile psihologice centrate pe trauma (NCCMH, 2005). Daca PTSD la adulti se trateaza farmacologic se recomanda utilizarea antidepressivelor, paroxetine, mirtazepine, phenelzine si amitriptilina, printre altele. (NCCMH, 2005). Medicatia hipnotica (benzodiazepine si non-benzodiazepinele) este uneori utilizata pentru tulburarile de somn in PTSD.

Indicatii pentru tratament medicamentos in PTSD

In urmatoarele situatii ne vom gandi la tratamentul medicamentos in cazul adultilor cu PTSD:

- Clientii cu PTSD prefera sa nu se angajeze in terapii psihologice centrate pe trauma.
- Clientii cu PTSD nu pot incepe terapii psihologice datorita unei serioase amenintari de re-traumatizare .
- Tratamentul psihologic pentru trauma nu a dat rezultate
- Capacitatea clientului de a beneficia de terapii psihologice este scazuta datorita unor depresii co-morbide semnificative sau o hiperexcitabilitate severa (se poate utiliza farmacoterapia ca adjuvant la terapia psihologica)
- Terapia trebuie sa fie desfasurata de catre persoane competente care au o formare medicala adecvata.

Eficienta

Din cadrul interventiilor farmacologice cele mai cercetate medicamente au fost cele pe baza de inhibitori reuptake (SSRIs) iar paroxetina a avut cel mai convingator nivel (NCCMH, 2005). S-a dovedit ca este cel mai bine tolerat medicament cu efect mediu in reducerea simptomelor celor trei categorii de caracteristici ale PTSD, comparativ cu medicatia placebo, atat la femei cat si la barbati (Marshall et al., 2001, 2007; Stein et al., 2003).

Rezultatele unor incercari de proportii mai mici sugereaza ca mirtazepina, amitriptilina si phenelzepina ar putea avea si ele o importanta clinica (NCCMH, 2005).

Durata tratamentului

Efectele pozitive apar de obicei in cateva saptamani dar uneori cresc pe perioada a 8-12 saptamani de tratament. S-a raportat o scadere a simptomelor intr-o perioada de pana la 6 luni de la inceperea tratamentului (Marshall et al., 2007) cu ameliorari care se mentin 52 de saptamani (Kim et al 2008; Davidson et al., 2001).

Se recomanda continuarea tratamentului farmacologic pe o perioada de cel putin 6 luni, cel mai adesea 12 luni, atunci cand se realizeaza o evolutie pozitiva sub tratament. In cazul medicatiei hipnotice (benzodiazepine si non-benzodiazepine) se recomanda doar o folosire pe termen scurt.

Sedintele

Se recomanda (NCCMH, 2005) ca:

- Clientii cu PTSD cu factori de risc de suicid crescut sa fie vazuti mai frecvent decat cei cu PTSD cu risc scazut.
- Clientii cu PTSD trebuie informati cu privire la efectele secundare si riscul tratamentului discontinuu sau a simptomelor de sevraj in cazul abandonarii tratamentului.
- Toleranta la antidepresive trebuie verificata cu regularitate (de exemplu, semen de akathisia sau ideatie suicidara).
- Intreruperea tratamentului trebuie sa se faca prin scaderea dozelor intr-o perioada de peste patru saptamani.

Interventii cu copii si adolescenti traumatizati

Trebuie acordata o atentie speciala copiilor si adolescentilor expusi la evenimente traumatice si dezastre. Informatiile, sprijinul si terapia trebuie sa tina seama de vulnerabilitatile si resursele specifice varstei. Dupa trauma sau dezastru, parintii sau ingrijitorii copiilor trebuie informati cu privire la posibilitatea ca copiii sa dezvolte PTSD. Ei vor fi sfatuiti sa contacteze medicul de familie daca simptomele persista peste 1 luna (NCCMH, 2005).

Recomandari terapeutice pentru simptomele de PTSD cronic la copii

Copiilor cu PTSD sever este necesar sa li se ofere tehnici CBT centrate pe trauma adecvate circumstantelor si nivelului de dezvoltare .

- CBT centrat pe trauma va fi oferit copiilor cu simptome grave post-traumatice, cu PTSD sever, in prima luna dupa evenimentul traumatic (NCCMH, 2005).
- EMDR va fi oferit in general copiilor mai mari (cu varsta mai mare de 7 ani) .

Eficienta

Terapia structurata este mai eficienta in cazul copiilor cu PTSD decat sprijinul general. Exista dovezi in acest sens pe eficienta terapiei cognitive Behavioriste Centrate pe Trauma (TF-CBT) si EMDR (in protocolul EMDR pt copii se pune accent, inainte de procedura, pe gasirea unui de siguranta, care sa evoce emotii pozitive).

Durata tratamentului

- 8-12 intalniri a cate 90 de minute, desfasurate regulat, cu acelasi terapeut.
- Se vor da informatii cu privire la tratament atat parintelui cat si copilului.

Sedintele (centrate pe trauma) ale tratamentului psihologic pentru copii

- Psiho-educatie pentru copii si parinti.
- Monitorizarea simptomelor (ex. reveniri in flashback, cosmaruri, depresie).
- Re-stabilirea rutinelor.
- Formari pe deprinderile necesare pentru a face fata (coping skills).
- Expunere graduala – pana la obisnuire.
- crearea sigurantei si antrenari pentru autocontrol.

Cursul specific, vindecarea si natura simptomelor legate de trauma la copii

- Aproape toti copii manifesta o frica generalizata, se agata de parinti si manifesta simptome post traumatice intrusiv imediat dupa expunerea la eveniment.
- Majoritatea (~75%) arata o descrestere a simptomelor dupa primele luni.
- Aproximativ 13-25% dezvoltă PTSD in urma dezastrelor majore cam in 3-6 luni, daca nu beneficiaza de sprijin.
- Simptome depresive pot aparea mai tarziu (la 6-9 luni dupa eveniment).
- Trauma afecteaza dezvoltarea psihosociale, de ex. prin durere/suferinta patologica, teama excesiva , fantezii, joc si vise.

Factorii de risc in predictia PTSD sau a altor psihopatologii

- factori pre-traumatici: Probleme de sanatate mentala sau relationale in familie.
- Expunere anterioara la trauma severa.
- In timpul traumei: fixatii severe, neajutorare, teama excesiva cu privire la siguranta familiei .
- factori post-traumatici: relatii parentale tulburate, negare si evitarea strategiilor de coping.

Aspecte developmentale

- Copiii pot fi vulnerabili la PTSD si tulburari psihosociale la toate varstele.
- Sensul traumei, modul de procesare si exprimarea simptomelor variaza in functie de varsta:
 - o copilăria mica: hiperexcitabilitate si dificultati in diminuarea ei.
 - o intre 2-4 ani: dificultati in reglarea emotiilor si teama excesiva , tulburari de somn.
 - o Prescolari: jocuri repetitive, dificultati in controlul agresivitatii, stari de spaima noaptea.
 - o Copilăria medie: probleme de concentrare, simptome somatice, diverse spaima.
 - o Adolescenta: sentimental unui viitor limitat, comportamente de cautare a pericolului, simptome depressive.
- Comportamentele de atasament si de cautare a sigurantei sunt activate la toate varstele.

- Copiii sever traumatizati isi pot pierde din achiziitiile de dezvoltare (de ex. pot incepe sa se balbaie la varsta prescolara, isi pot pierde comportamntele de autonomie in adolescenta).

Bibliografie

- 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, non-comparative 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., & Olf 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., Olf, 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. Maxfield (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.



**UNIVERSITATEA DE VEST DIN TIMIȘOARA
FACULTATEA DE SOCIOLOGIE ȘI PSIHLOGIE
CATEDRA DE ASISTENȚĂ SOCIALĂ**



TENTS

The European Network for Traumatic Stress