



www.tentsproject.eu

INTERVENTIONS IN THE AFTERMATH OF DISASTER



Intervention efter katastrofer

Det europæiske netværk om traumatisk stress TENTS (The European Network for Traumatic Stress), finansieret af den Europæiske Union, har til formål at skabe europæiske ekspertisenetværk omhandlende psykosocial og posttraumatisk behandling af mennesker, som har været udsat for katastrofer. TENTS forsøger også at effektivisere den efterfølgende mentale behandling af katastrofeofre ved at belyse fakta om katastrofer. TENTS retningslinjer er udviklet for at gøre det nemmere at give den rette psykosociale behandling efter katastrofer i Europa uden dog at være obligatorisk.

Denne pjeces beskriver en række interventionsformer ved katastrofer, som er i overensstemmelse med TENTS retningslinjer og andre bevisbaserede anbefalinger (fx NCCMH, 2005). De beskrevne interventioner består af: samfundsmæssige interventioner, traumefokuseret psykologisk behandling og farmakologisk behandling af voksne med PTSD, samt interventionsformer i tilfælde af traumatiserede børn og voksne.

Pjecen er udarbejdet på "Division of Psychiatry of the Academic Medical Center (AMC)" i Amsterdam, Holland, af A.B. Witteveen (ph.d.) og M. Olf (ph.d.) med bidrag fra fæller fra "The European Network for Traumatic Stress", især F. Orengo – Garcia (MD), K. Bergh-Johanesson (MA), C. Freeman (MD, PhD) og J. Bisson (DM, FRCPsych).

Associerede partnere:

Academisch Medisch Centrum, Amsterdam Universitet, Holland - Dr. M. Olf/Dr. A.B. Witteveen
Cardiff University, Wales (Storbritannien) - Dr. J. Bisson/Dr. B. Tavakoly
Katolische Hochschule für Sozialwesen, Berlin, Tyskland - Prof. Dr. N. Gurriss
Haukeland Universitet – RVTS West, Bergen, Norge - Dr. D. Nordanger/ Dr. V. Johansen
Uppsala Universitet – NCDP, Uppsala, Sverige - Mrs. K. Bergh-Johanneson
Tampereen Universitet, Helsinki, Finland - Prof.dr. R. Punamaki
SEPET+D, Madrid, Spanien – Dr. F. Orengo Garcia
Zagreb Universitet, Kroatien – Prof. Dr. D. Ajdokovic
Den tyrkiske psykologforening, Istanbul, Tyrkiet - Dr. U. Sezgin

Samarbejdspartnere:

Warsawa Universitet, Polen – Prof. Dr. M. Lis-Turlejska
Edinburgh Traumatic Stress Centre, Skotland (Storbritannien) - Dr. C. Freeman
Zürich Universitet, Schweiz - Prof. Dr. U. Schnyder/ Dr. L. Wittmann
Centre Hospitalier Universitaire Tenon, Paris, Frankrig – Dr. L. Jehel
Wien Universitet, Østrig - Dr. B. Lueger-Schuster
Aarhus Universitet, Danmark - Prof. Dr. A. Elklit
WHO Europa- København, Danmark - Dr. Matt Muijen

Samfundsbase­rede psykosociale interventioner

Alle samfundsbase­rede interventioner arbejder for at lette normaliseringsprocessen på det sociale, det familiære og det individuelle plan i et samfund, som er påvirket af en katastrofe. Disse fremmer også den generelle følelse af sikkerhed, styrker selvet og troen på samfundets formåen og sammenholdsfølelsen mennesker imellem, idet meget oprørte mennesker beroliges og fornyet håb skabes, om at hele samfundet nok skal kunne klare situationen.

Samfundsmæssige interventioner efter en katastrofe indbefatter:

- Praktisk hjælp, som ydes i empati/følelsesmæssig støtte og beroligelse af oprørte mennesker.
- Information (fx om forsvundne familiemedlemmer, midlertidig genhusning, mad, sociale ydelser, sundhedssystemet, retssystemet og psykologisk hjælp).
- Materiel hjælp (fx genhusning, mad, økonomisk bistand, genskabelse af infrastruktur).
- Ansættelse (fx genoplæring/omskoling for at understøtte beskæftigelse og uafhængighed).
- Arrangere mindebegivenheder og opbygge monumenter i forbindelse med de direkte konsekvenser.
- Fremme gensidig støtte og særlige interessegrupper.
- Psykosociale støtteforanstaltninger til de direkte ramte.

Målgrupperne for samfundsintervention er de direkte involverede og deres familier, vidner samt redningspersonale. Disse mennesker bør have adgang til en række psykosociale interventioner.

Hurtig praktisk og social støtte og psykosocial omsorg kan have en forebyggende virkning og forhindre psykiske problemer på længere sigt.

Psykosocial omsorg indbefatter følelsesmæssig og praktisk hjælp og spænder fra umiddelbar trøst og praktisk hjælp til på længere sigt psykologisk bistand og traumebehandling foretaget af specialister. Som oftest modtager ofre megen støtte fra familie, venner og samfundet. Ethvert formelt tiltag er ment som et supplement til dette. Og enhver form for psykosocial omsorg bør gives under hensyntagen til individuelle forhold, så som det sociale miljø, særligt i forhold til familie og sociale fællesskaber.

Behovet for fortløbende psykosocial omsorg på kortere eller længere sigt bør anerkendes fra begyndelsen. Som oftest har katastrofeofre udelukkende brug for hjælp i selve redningsfasen og umiddelbart efter hændelsen. Dog kan der være behov for oprettelse af en støttegruppe eller anden form for henvisningssted i op til tre år eller længere. Dette kræver forhåndsmæssig planlægning og finansiering.

Illustrativ samfundsbase­ret psykosocial omsorg indbefatter

- Gennem medier som fx aviser, tv, radio og internettet at orientere folk om, at den psykosociale hjælp er til rådighed (ikke på en påtrængende måde).
- En hjælpetelefonlinje til følelsesmæssig støtte og en webside omhandlende psykosociale emner.
- At lytte til og absorbere menneskers oplevelser af hændelsen og hjælpe med at beskrive den i sin helhed.
- Undervisning i traumereaktioner og deres behandling gennem foldere, som først og fremmest beskriver almindelige følelser i forbindelse med større katastrofer til fremme for evnen til selvhjælp, og dernæst oplyser kontaktnumre til de, som har brug for hjælp.
- Information om, hvordan man tackler problemer opstået som følge af hændelsen (fx tab af nærtstående, stærke følelser, problemer i familien, særlig angst, søvnløshed og arbejdsproblemer).

- Information til det lokale sundhedsvæsen og andre sociale myndigheder om mulige psykopatologiske følger og mulighederne for hjælp.
- Identifikation af mennesker med psykosociale problemer og vurdering af behov for formel intervention.
- Sikring af adgang til nødvendig psykologisk og farmakologisk specialhjælp.
- Sørge for rådgivning og evidensbaseret behandling af uddannede rådgivere/behandlere ved særlige behov.
- Vedvarende proaktiv kontakt til ofrene og deres familier (fx via telefonhjælpelinjen eller en traumebehandler).
- Skabe mulighed for muligheder lokalt for fortløbende/længerevarende psykosocial hjælp.

Særligt udsatte grupper

De grupper af mennesker, som er særligt udsatte som følge af katastrofer, omfatter ofte de, der er særligt afhængige af støtte fra familie, samfund eller særligt uddannede, så som:

- Børn og unge med ekstra stort behov for støtte, trøst og opmærksomhed under og efter katastrofen.
- Ældre mennesker, gravide kvinder og enlige forældre, som ofte er mere afhængige af hjælp fra andre, hvilket kan glippe under og efter katastrofer.
- Kronisk syge mennesker med behov for særlig kost kan have brug for særlig medicinsk hjælp eller hjælp til at nå frem til hjælpen.
- Folk som ikke forstår det lokale sprog, de formelle procedurer eller juridiske krav (fx immigranter, minoritetsgrupper).

Psykosocial omsorg til hjælpepersonale

Katastrofearbejde lægger et enormt pres på hjælpepersonalet, og det er yderst vigtigt ikke at overse deres grænser og behov. Som følge af stort arbejdspress, ofte under ringe vilkår, og eksponering for mange fortvivlede mennesker, må procedurerne planlægges, således at de forebygger udbrændthed og medlidende traumatisering. Dette indbefatter regelmæssig rotation for at sikre mod for lange arbejdsperioder, og for at sikre teknisk debriefing ved hvert skift, og støtteforanstaltninger så som regelmæssig supervision, møde med kolleger og eksterne rådgivere, og teknikker til at skabe en støttende korpsånd og sammenhæng.

Se referencerne til sidst i pjecen.

Traumefokuserede psykologiske interventioner til voksne med PTSD

Behandlinger som "Kognitiv Adfærdsterapi (KAT)", "Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)" og "Brief Eclectic Psychotherapy (BEP)" fokuserer alle på den traumatiske hændelse og dens betydning. Som følge deraf benævnes disse interventioner traumefokuseret psykologisk behandling (NCCMH, 2005). Inden beskrivelsen af de traumefokuserede psykologiske behandlinger noteres de særlige hensyn som bør tages ved brugen af dem. Disse særlige hensyn, som bør tages ved brugen af traumefokuseret psykologisk behandling af børn og unge og farmakologisk behandling af PTSD, behandles i de sidste to afsnit

Indikationer for traumefokuseret psykologisk behandling

- Patienter med akut eller kronisk PTSD.
- I tilfælde af flere traumatiske oplevelser, sygelige forstyrrelser eller sociale problemer, er traumefokuseret psykologisk behandling ikke altid kontraindikeret, dog bør varigheden af behandlingen overvejes.
- Seancer bør tilbyde regelmæssigt og fortløbende (ofte ugentligt).
- Terapeuten bør være den samme ved alle seancer.
- Terapien er fortrinsvis individuelt fokuseret, men gruppe-KAT (kognitiv adfærdsterapi) kan beviseligt også hjælpe.
- En struktureret protokol, som dækker alle typer traumefokuseret psykologisk behandling bør benyttes.
- Behandling bør gives af kompetente, uddannede folk under passende supervision.

Hensyn ved traumefokuseret psykologisk behandling af voksne

Generelt set er traumefokuseret psykologisk behandling af voksne kontraindikeret, eller bør kun benyttes som en del af en samlet "handlingsplan" for voksne som lider af:

- Svære depressioner

- Stofmisbrug eller afhængighed i svær grad
- Andre svære tilfælde af angst og PTSD (fx agorafobi, panikangst)
- Svære personlighedsforstyrrelser
- Psykotiske forstyrrelser
- Svære dissociative forstyrrelser
- Selvmordstrang

Kombinering af traumefokuseret psykologisk behandling og medicinsk behandling af voksne

- Generelt set er det ikke nødvendigt at kombinere traumefokuseret psykologisk behandling med medicinsk behandling, med mindre særlige symptomer på sygdom forekommer.
- Ordinerung af benzodiazepiner (beroligende) eller sovemedicin bør om muligt undgås.

Kognitiv adfærdsterapi mod PTSD

Kognitiv adfærdsterapi mod PTSD er traumefokuseret og inkluderer eksponering for den traumatiske hændelse med fokus på kognitiv og adfærdsmæssig undgåelse. Det er en struktureret intervention indeholdende psykoedukation, kognitive genopbygningsteknikker og ikke-traumefokuserede elementer så som angsthåndtering (fx afslapningsteknikker). Andre former for kognitiv adfærdsterapi bruger eksponering som fx "Prolonged Exposure (PE)" (Foa & Rothbaum, 1998; Creamer et al., 2007) med primær fokus på konfrontation med traumerelaterede stimuli (både imaginære og in vivo) indtil angsten aftager og kognitiv-fokuserede terapier som fx Cognitive Processing Therapy (CPT; Resick & Schnicke, 1993), som primært identificerer og målretter problematiske kognitive erkendelser i forhold til traumatet tages i brug, samtidig med at adaptive erkendelser inkorporeres i den imaginære genoplevelse af traumatet.

Virkning

Traumefokuseret KAT (TF-KAT) har vist vigtig klinisk virkning på alle dimensioner af PTSD i forhold til ventelister, stress-håndtering og støtte-/ikke-retningsgivende terapier (NICE, 2005; Bisson et al., 2007). Traumefokuseret KAT anbefales som førstegangsbehandling til katastrofeofre med akut eller kronisk posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD).

Behandlingens varighed

8-12 seancer à 45-60 minutter hvis PTSD følger én enkelt hændelse

Hvis den traumatiske hændelse diskuteres bør seancerne være af længere varighed (90 min.)

Seancer

I de første seancer er følgende vigtigt

- At etablere en terapeutisk alliance og psykoedukation om almindelige reaktioner over for traumer
- Introduktion til og undervisning i afslapningsteknikker så som vejrtrækningsgenoptræning
- Introduktion til det teoretiske rationale bag eksponeringsbaseret terapi

Eksponering finder sted på to måder

Imaginær eksponering eller skriftlig fortælling

- Følelsesmæssig og detaljeret opgørelse af
 - De traumatiske erindringer i den rækkefølge, de er opstået
 - Tanker og følelser, enten imaginært med løbende kommentarer, eller skriftligt
- Denne opsummering bør gentages indtil
 - Den ikke længere vækker en høj grad af frustration

- De traumatiske erindringer opleves som erindringer i stedet for noget som genopleves in vivo
- Konfrontere patienten med situationer som han/hun undgår, fordi de associeres med traumet og fremkalder stærke følelser eller fysiske reaktioner (fx at køre bil efter at have været involveret i en ulykke)

Dette gøres normalt på en gradvis måde.

- Dette har til formål at skabe en erkendelse af at den frygtede situation ikke længere er farlig, og at angsten ikke varer evigt (Foa & Kozak, 1986).

Kognitiv erkendelse opnås ved at

- Hjælpe patienten med at identificere og ændre de meget negative erkendelser, som fremprovokerer følelsesforstyrrelser og hæmmer funktionsevnen
- Fokuserer på identifikation og ændring af misforståelser, som får patienten til at overvurdere trusler, som stammer fra vurderinger af traumet og dets følger.
- Diskutere beviser for og imod vurderingerne.
- Teste de forudsigelser som stammer fra vurderingerne med hjælp fra terapeuten, således at patienten når til mere tilpassede konklusioner.
- Opmuntre patienten til at undgå adfærd og kognitive strategier, som ikke stiller spørgsmålstejn ved de negative vurderinger.

Hjemmeopgaver indbefatter:

- At øve sig i muskelafslapning eller vejrtrækningsteknikker og imaginær in vivo eksponering

I de sidste seancer vurderes behandlingens virkning ved at:

- Gennemgå de benyttede teknikker
- Evaluere deres virkning
- Diskutere hvordan forløbet afsluttes

Øjets bevægelighed desensibilisering og oparbejdning (Eye Movement Desensitization and Reprocessing - EMDR)

EMDR er en psykoterapeutisk tilgang til at reducere de frustrationer efter traumatiske oplevelser, som griber forstyrrende ind i dagligdagen. Hovedformålet med EMDR er at omdanne dysfunktionelt gemte oplevelser til en proces, som fremmer et godt psykisk helbred. EMDR fokuserer på evnen til at håndtere frustrationen over den traumatiske hændelse og på at reducere urolige tanker og følelser. Desuden kan EMDR hjælpe patienter til en anderledes tankegang med hensyn til traumatiske erindringer.

Virkning

EMDR er en bevisbaseret metode til behandling af PTSD (Bisson et al., 2007), som først og fremmest anbefales til psykologisk behandling af kronisk PTSD (NCCMH, 2005) og som har vist sig at også at være virkningsfuld som traumefokuseret KAT (Spates et al., 2009).

Behandlingens varighed

Det har været diskuteret, om en gennemsnits EMDR-behandling af PTSD som følge af én traumatisk hændelse kan være relativt kort. Det viser sig inden for de to første seancer, om EMDR virker på den enkelte patient. Det er som oftest tilstrækkeligt med et begrænset antal seancer (gennemsnitlig 6) ved problemer som følge af én traumatisk hændelse.

Seancer

EMDR behandlingen består af otte faser, hvoraf nogle ligner andre former for terapi og tre kan karakteriseres som unikke EMDR-elementer; desensibilisering, installering og kropsscanning (Spates et al., 2009).

- Fase 1: Historik noteres, en behandlingsplan forberedes og den særlige EMDR metode introduceres.
- Fase 2: Patienten lærer at forstå, hvordan PTSD symptomer relateres til den traumatiske hændelse.
Forskellige slags stabiliseringsteknikker introduceres og læres for at forbedre patientens mestring og kontrol.
- I fase 3 vurderes den særlige "målhukommelse"
I følgende rækkefølge bedes patienten om, at:
 - Fokuserer på et særligt traumatisk minde
 - Bekrive det billede, som repræsenterer det traumatiske minde, den tilhørende negative erkendelse og en alternativ positiv erkendelse.
 - Definere følelser i forbindelse med det traumatiske minde.
 - Beskrive traume-relevant fysisk ubehag og lokalisere, hvor i kroppen det mærkes.
 - Denne proces bygger på subjektive indikationer og målinger.
- Fase 4: Den traumatiske erindring behandles via en struktureret procedure bestående af frie associationer og brug af en lukket form for eksponering:
 - Patienten bliver bedt om at fastholde det traumatiske billede i tankerne sammen med de negative associationer, følelser og fysiske fornemmelser, mens terapeutens fingre føres frem og tilbage i det visionære forløb i rytmiske bevægelser med 20-40 sekunders mellemrum (bilateral følelsesmæssig stimulation eller lyde kan bruges som alternativ til øjenbevægelser).
 - Derefter får patienten besked på at holde pause og tage en dyb indånding, før han/hun giver feedback omkring eventuelle ændringer mht. billeder, følelser, tanker eller fornemmelser.

- Denne proces gentages, indtil patienten ikke længere føler frustration over det traumatiske minde.
- Fase 5: Det pågældende traumatiske minde knyttes til den positive erkendelse gennem bilateral stimulation med det formål at forstærke tilknytningen af positive nerveforbindelser til den oprindelige erindring.
- Fase 6: Kroppsgennemgang. Patienten bliver bedt om at gennemgå hele kroppen for at identificere eventuelle tilbageblevne spændinger, som kan associeres med den oprindelige traumatiske erindring. I tilfælde af spændinger bedes patienten om, at fokusere på disse under bilateral stimulation, indtil disse har fortaget sig.

Kort Eclectic Psychotherapy (BEP)

Kort Eclectic Psychotherapy (BEP) for PTSD er en kortvarig, problemfokuseret psykoterapi baseret på en kombination af teorier uddraget af psykodynamiske, kognitiv-adfærdsmæssige og foreskrevne psykoterapimetoder. Den har til formål at reducere PTSD symptomerne og hjælpe med at integrere den traumatiske hændelse i patientens liv, så han/hun kan genfinde kontrollen. BEP behandlingen blev udviklet af Gersons i 1980'erne og 1990'erne til behandling af politifolk (Gersons, 1989, 1992; Gersons & Carlier, 1994).

Virkning

Behandling med BEP har vist sig virkningsfuld for politifolk og PTSD patienter med flere forskellige traumatiske oplevelser (Gersons et al., 2000; Lindauer et al., 2005). Markante biologiske parametre har også vist sig at være forbedret (hjerterytme, kortisol niveau, hjerneaktivitet (Lindauer et al., 2003; Olff et al., 2007)).

Behandlingens varighed

- 16 seancer af 45-60 minutter.

Seancer

Hver seance udgør et veldefineret trin i et af de fem terapeutiske niveauer:

- Psykoedukation (seance 1-2):
Patienten og hans/hendes partner lærer at anse PTSD-symptomerne som dårligdomme, der skyldes den traumatiske hændelse.
- Imaginær eksponering og brug af mindeværdige begivenheder (seance 2-6)
Imaginær eksponering fokuserer på undertrykte sorgfølelser. Eksponeringen i BEP er forskellig fra eksponeringen i traumefokuseret KAT, idet BEP primært arbejder med at frigøre stærke følelser relateret til den traumatiske hændelse. Patienten eksponeres for forskellige sider af traumet i de forskellige seancer. De mindeværdige begivenheder bruges til at stimulere erindringen om den traumatiske hændelse.
- Brevskrivning, integration og meningsskabning (seance 7-12):
Brevet stiles til den person eller institution, som er ansvarlig for den traumatiske hændelse. Brevet skal især hjælpe med at udtrykke vrede følelser/aggressivitet. Herefter er patienten i stand til at koncentrere sig om traumets indvirkning på hans/hendes syn på sig selv og verden.
- Farvelritual (seance 13-16):
Behandling afsluttes med et farvelritual, som udføres sammen med patienten og hvis muligt partneren, hvor brevet og andre souvenirs brændes for at lægge den traumatiske hændelse bag sig og gøre plads til livet og fremtiden. Hændelsen forbliver i hukommelsen, men vanskeliggør ikke evnen til at fortsætte dagligdagen.

Farmakologisk behandling af PTSD

Medicinsk behandling af voksne med PTSD bør ikke benyttes rutinemæssigt som førsteprioritet frem for traumefokuseret psykologisk behandling (NCCMH, 2005). Hvis voksne med PTSD skal behandles farmakologisk anbefales antidepressiverne Paroxetin, Mirtazapin, Phenelzine og Amitriptylin frem for andre produkter (NCCMH, 2005). Hypnosemedicin (benzodiazepiner og ikke-benzodiazepiner) bruges nogle gange til PTSD med søvnforstyrrelse.

Retningslinjer for farmakologisk behandling af PTSD

- Farmakologisk behandling af voksne med PTSD bør overvejes, når:

- PTSD patienten ikke ønsker at deltager i traumefokuseret psykologisk behandling
- PTSD patienten ikke kan påbegynde psykologisk behandling på grund af fare for yderligere traumatisering
- Traumefokuseret psykologisk behandling ikke ser ud til at nytte noget
- Patientens evne til at få noget ud af psykologisk behandling er mindsket på grund af væsentlig comorbid depression eller ekstrem vagtsomhed (dvs. farmakoterapi i forbindelse med psykologisk behandling)
- Behandling bør varetages af kompetente folk med en passende medicinsk uddannelse

Virkning

Af de farmakologiske interventionsmetoder er selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) de mest gennemtestede, og her har Paroxetin vist overbevisende resultater (NCCMH, 2005). Den har vist sig at være godt tolereret med en mild virkning med hensyn til at reducere alle de tre PTSD-symptomklynger sammenlignet med placebo hos både mænd og kvinder (Marshall et al., 2001, 2007; Stein et al., 2003). Resultater fra flere mindre undersøgelser viser, at Mirtazapin, Amitriptylin og Phenelzine kan have en vigtig virkning (MCCMH, 2005).

Behandlingens varighed

Den positive virkning ses som regel inden for nogle få uger og ofte inden for 8-12 ugers behandling. Yderligere symptomreduktion er set op til 6 måneder efter behandlingen er påbegyndt (Marshall et al., 2007) og den forbedrede tilstand er konstateret bibeholdt efter 52 uger (Kim et al., 2008; Davidson et al., 2001). Det anbefales, at den farmakologiske behandling fortsættes i mindst 6 måneder, eller oftere i mindst 12 måneder, hvis der opnås positivt resultat deraf. Hvad angår hypnosemedicinsk behandling (benzodiazepiner og ikke-benzodiazepiner) anbefales udelukkende kortvarig behandling.

Seancer

Det anbefales, at:

PTSD patienter med forøget risiko for selvmord bør tilses oftere end andre PTSD patienter. PTSD patienter informeres om mulige bivirkninger og risikoen for seponering samt tilbagetrækningssymptomer.

Tolerancen for antidepressiver bør undersøges regelmæssigt (fx stærk rastløshed, selvmords tanker) Seponering bør foregå ved gradvis neddosering i 4 uger.

Intervention ved traumatiserede børn og voksne

Særlig støtte og opmærksomhed bør gives til børn og voksne, som har været udsat for traumatiske hændelser og katastrofer. Information, hjælp og behandling bør baseres på aldersvarende sårbarhed og ressourcer. Efter traumatiske hændelser bør forældre eller plejere informeres om risikoen for udvikling af PTSD. De bør opfordres til at kontakte egen læge, hvis symptomerne varer længere end 1 måned (NCCMH, 2005).

Anbefalet behandling af kroniske PTSD-symptomer hos børn

- Traumefokuseret KAT bør tilbydes børn med svær PTSD afhængig af omstændighederne og udviklingen
- Traumefokuseret KAT bør tilbydes større børn med svære posttraumatiske symptomer eller med svær PTSD inden for den første måned efter den traumatiske hændelse (MCCMH, 2005)
- EMDR bør generelt tilbydes større (> 7 år) børn

Virkning

Struktureret terapi har større virkning for børn med PTSD end generel støtte. Der findes bevis for virkningen af traumefokuseret kognitiv psykologisk adfærdsbehandling (TF-KAT) og EMDR (i EMDR-protokollen om børn fokuseres mere på at skabe et trygt rum, som giver positive følelser før forløbet).

Behandlingens varighed

- 8-12 møder à 90 minutter med den samme terapeut
- Information om forløbet bør gives til både forældrene og barnet

Psykologiske (traumefokuserede) behandlingsseancer for børn

- Psykoedukation for børn og voksne
- Symptombeskrivelse (fx dagbog over flashbacks, mareridt, frustration)
- Reetablering af rutiner
- Mestringstræning
- Gradvis eksponering – indtil tilvænning
- Sikkerheds- og selvreguleringstræning

Børns typiske forløb, restitution og traumerelaterede symptomer

- Næsten alle børn udviser udpræget angst og klynger sig til forældrene samt har invaderende symptomer umiddelbart efter den traumatiske hændelse
- Størstedelen ($\approx 75\%$) udviser gradvis reducere af symptomerne i de første måneder
- Omtrent 13-25% udvikler PTSD som følge af en større katastrofe inden for 3-6 måneder, hvis hjælp ikke modtages
- Symptomer på depression kan forekomme på det senere tidspunkt, fx 6-9 måneder efter
- Traumat har indvirkning på hele den personlige psykosociale udvikling, fx patologisk sorg, udpræget angst, fantasier, leg og drømme

Risikofaktorer som forudsiger PTSD eller anden psykopatologi

- Præ-traumefaktorer: mentale helbredsproblemer inden for familien og dertil relaterede problemer
- Svær grad af tidligere traumeeksponering
- Under traumat: Oplevet livsfare, hjælpeløshed, udpræget angst for familiens sikkerhed
- Post-traumefaktorer: forstyrrede forældrerelationer, flytning, benægtelse og undgåelse af mestringsstrategier

Udviklingsmæssige aspekter

- Børn i alle aldre er udsatte for PTSD og psykosociale forstyrrelser
- Traumets betydning, måder at behandle og udtrykke symptomer på varierer alt efter alder
 - Spædbørn: Høj grad af vagtsomhed og vanskelighed ved afledning
 - Småbørn: Vanskeligheder ved at regulere følelser og overdreven angst, forstyrret søvn
 - Førskolebørn: Gentager leg, har vanskeligt ved at kontrollere aggressivitet, bange om natten
 - Skolebørn: Koncentrationsbesvær, somatiske symptomer, forskellige former for angst
 - Unge: Kortsigtet fremtidsfornemmelse, opsøger farer, symptomer på depression
- Tilknytning og sikkerhedsopsøgning aktiveres i alle aldre
- Svært traumatiserede børn kan sakke bagud udviklingsmæssigt, fx stammen i førskolealderen og uafhængighed i ungdommen.

Referencer

- Ajduković D, Ajduković 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.
- Ajduković D, Ajduković 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 EB, & Hickling EJ. (2004). After the Crash: Psychological Assessment and Treatment of Survivors of Motor Vehicle Accidents (2nd ed.) Washington DC: American Psychological Association.
- Foa EB & Rothbaum BO (1998). Treating the Trauma of Rape; Cognitive Behavioral Therapy for PTSD. New York: Guildford Press.
- Gersons BPR (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 BPR, Carlier IVE, Lamberts RD & Van der Kolk BA (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 RJL, Gersons BPR, van Meijel EPM, Blom K, Carlier IVE, 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 RJL, Vlieger EJ, Jalink M, Olf M, Carlier IVE, Majoie CBLM, Heeten den GJ & Gersons BPR (2004). Smaller Hippocampal Volume in Dutch Police Officers with Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry*, 56 (5), 356-363.
- [Marshall RD](#), [Beebe KL](#), [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 HH, Stevens SP (2007). Community resilience and the principles of mass trauma intervention. *Psychiatry*, 70 (4), 320-328.
- [Olf M](#), [de Vries GJ](#), [Güzelcan Y](#), [Assies J](#), [Gersons BP](#) (2007). Changes in cortisol and DHEA plasma levels after psychotherapy for PTSD. *Psychoneuroendocrinology*. 32(6): 619-26.
- Resick PA & Schnicke MK (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 RM & Shapiro F (2008). EMDR and the Adaptive Information Processing Model. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2 (4), 315-325.
- Somasundaram D, Norris FH, Asukai N, Murthy RS (2003). Natural and technological disasters. In: BL Green, MJ Friedman, JVMT de Jong, SD Solomon, TM Keane, JA Fairbank, B Donelan and E Frey-Wouters (Eds.) *Trauma interventions in war and peace*. New York: Kluwer Academic Plenum Publishers, 291-318.
- Spates CR, Koch E, Cusack K, Pagoto S & Waller S (2009). In Foa EB, Keane TM & Friedman MJ (eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies* (279-305). New York: Guilford Press.
- Stein DJ, Davidson J, Seedat S, Beebe K, (2003). Paroxetine in the treatment of post-traumatic stress disorder: pooled analysis of placebo-controlled studies. *Expert Opin Pharmacother.* 4(10), 1829-38.
- Stein DJ, Ipser J, Seedat S (2006). Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst. Rev.* Issue 1.
- Williams R, Mikus Kos A, Ajdukovic D, van der Veer G, Feldman M (2008). Recommendations on evaluating community based psychosocial programmes. *Intervention*, 6 (1), 12-21.