

Tidlig psykososial intervensjon ved traumatiske hendelser

– *hva skal vi gjøre og hva virker?*

AV GRETHE E. JOHNSEN

Stressreaksjoner er vanlig hos personer som har opplevd traumatiske hendelser. For de fleste går disse over av seg selv etter noen dager eller uker etter at en er kommet i sikkerhet. Bare noen utvikler vedvarende plager. I møtet med traumeutsatte

skal leger ikke starte en bearbeidelse av opplevelsene i den umiddelbare fasen, men ivareta og trygge pasienten. For å fange opp de som trenger behandling må leger ha kontakt med disse i noen tid etter hendelsen. Det gjenstår å forske mer på hvilke umiddelbare intervensjoner som er virkningsfulle.

Traumatiske hendelser

I løpet av de siste ti årene har det skjedd en utvikling av hjelpetilbud til krise- og katastroferammende her i landet. Etableringen av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), de regionale ressursentre (RVTS) og utbyggingen av overgrepsmottak i alle fylker, viser at fokuset på traumefeltet står sentralt. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) har fått det faglige ansvaret for kompetanseoppbygging, fagutvikling og forskning knyttet til overgrepsmottakene.



Grethe E. Johnsen

er Ph.D og spesialist i klinisk psykologi. Hun arbeider som forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, der hun driver forskning, fagutvikling og kompetanseheving rettet mot overgrepsmottak. Hun er også militærpsykolog ved Forsvarets sanitet på Haakonvern i Bergen.

Traumatiske hendelser kjennetegnes ved at de er uforutsigbare, ukontrollerbare, skremmende og gir et ekstremt stress for den det gjelder. Traumatiske opplevelser utløses ikke bare av store katastrofer som for eksempel tsunamikatastrofen i Asia, men også av de alvorlige hendelsene som rammer enkeltmennesker i form av voldtekt, overfall, vold i nære relasjoner og plutselige dødsfall.

Siden 1980-tallet har klinikere utviklet intervensjoner som skal lindre effektene av traumatiske hendelser og forebygge

C Selexid LEO Amidinopenicillin. ATC-nr.: J01C A08

T **TABLETTER**, filmdrasjerte 200 mg: Hver tablett inneh.: Pivmecillinamhydroklorid 200 mg, hjelpestoffer. **J01C A08. Indikasjoner:** Urinveisinfeksjoner forårsaket av mecilinamfølsomme mikroorganismer. Dosering: Tabletten tas med rikelig drikke. Voksne: Normaldose: 1-2 tablett(er) (200-400 mg) 3 ganger daglig avhengig av infeksjonens alvorlighetsgrad. Akutt ukomplisert cystitt: 1-2 tablett(er) (200-400 mg) 3 ganger daglig. For ikke-gravide kvinner vil ofte 3 dagers behandling, såkalt korttidsbehandling, være tilstrekkelig. Gravide kvinner bør, uavhengig av preparat, behandles lenger. Pasienten bør etterkontrolleres med hensyn til bakterieuri. Barn: Normaldose: 20 mg/kg/døgn fordelt på 3 doser. Over 20 kg: 1 tablett (200 mg) 3 ganger daglig. Ved alvorlige infeksjoner kan dobbelt dose gis.

Kontraindikasjoner: Penicillinallergi og type 1-reaksjon overfor cefalosporiner. Øsofagusstriktur (tablettene). Pivmecillinam (tabletter) er kontraindisert hos pasienter med genetiske metabolsme-anomalier av typen organiske acidurier som metilmalonsyreacidemi, propionsyreacidemi o.l. **Forsiktighetsregler:** Det foreligger en viss risiko for karminmangel ved bruk av pivmecillinamhydrokloridpreparater. Preparatet brukes med forsiktighet og doseres etter kroppsvikt hos barn og underernærte, f.eks. pasienter med lav muskelmasse. Gjentatte, korte behandlingskurer (7-10 dager) bør ikke gis med mindre enn 1-2 måneders intervall. Langvarig behandling (2 måneder eller lenger) hos ellers friske vil gi en reduksjon av karminlagrene til ca. 40% av det normale. Dette er nær nivået hvor mangelsymptomer og bivirkninger kan oppstå, og bør derfor unngås. Bør ikke kombineres med valproatbehandling. **Interaksjoner:** Samtidig tilførsel av probenecid hemmer den renale utskillelsen av mecilinam. (I: J01C beta-laktamantibakterielle midler, penicilliner). **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: En moderat mengde data (utfallet av mellom 300-1000 graviditeter) indikerer ikke potensial for misdannelser eller feto/neonatal-toksitet forårsaket av pivmecillinam. Hvis nødvendig kan bruk av Selexid vurderes under graviditet. Overgang i morsmelk: Preparatet går i liten grad over i morsmelk. Det er lite sannsynlig at barn som ammes kan få skadelige effekter, selv om risiko for påvirkning av tarm- og munnfloraen hos barnet ikke kan utelukkes. Små mengder av virkestoffet i morsmelken kan gi økt risiko for sensibilisering. **Bivirkninger:** Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme, brekninger, diaré. Mindre hyppige: Hud: Eksantem. Sjeldne (<1/1000): Gastrointestinale: Øsofagitt og øsofagusulcerasjon. Hud: Allergiske hudreaksjoner. Øvrige: Muskeltrøtthet pga. karminmangel. **Overdosering/Forgiftning:** Se Giftinformasjonens anbefalinger J01C side d. Egenskaper: Klassifisering: Mecillinam er et smalspektret amidinopenicillin med spesielt høy aktivitet mot gramnegative bakterier tilhørende Enterobacteriaceae som E. coli, Klebsiella, Proteus, Enterobacter, Salmonella, Shigella og Yersinia. Esteren pivmecillinam virker som «prodrug», er syrestabil og absorberes godt gastrointestinalt. Den hydrolyseres raskt til aktiv mecilinam. Relativt stabil overfor penicillinase fra gramnegative staver. Ikke kryssresistens med andre antibiotika, unntatt ved meget kraftig penicillinaseproduserende stammer. Forholdsvis lav aktivitet overfor grampositive kokker og H. influenzae. Også Staphylococcus saprophyticus kan påvirkes av de høye konsentrasjoner av mecilinam som oppnås i urinen. Enterokokker og Pseudomonas er resistente. Virkningsmekanisme: Baktericid. Hemmer celleveggsyntesen, angrepspunktet er forskjellig fra andre penicilliner.

Synergistisk effekt oppnås derfor ved kombinasjon med andre penicilliner eller cefalosporiner. Absorpsjon: Pivmecillinam absorberes godt uavhengig av samtidig fødeinntak. 200 mg gir maks. serumkonsentrasjon på ca. 3,5 µg/ml etter ca. 1 time. Proteinbinding: 5-10%. Fordeling: Spesielt høye konsentrasjoner i urin og galle. Halveringstid: Ca. 70 minutter. Metabolisme: 8-23% av gitt dose kan påvises som metabolitter. Utskillelse: Hovedsakelig via nyrene, ca. 50% i løpet av 6 timer. Forsinket ved nedsatt nyrefunksjon. **Pakninger og priser (1.5.2009):** Enpac: 20 stk. kr 122,70, 30 stk. kr 170,60, 100 stk. kr 500,20.

Refusjon: Mecillinam: Refusjonsberettiget bruk: Urinveisinfeksjoner ved immunsvikt. Palliativ behandling i livets slutfase. Refusjonskoder: ICPC: -90 Palliativ behandling i livets slutfase, B99 Immunsikt INA (31). ICD: -90 Palliativ behandling i livets slutfase, D80 Immunsikt med overveiende antistoffmangel (31), D81 Kombinert immunsikt (31), D82 Immunsikt forbundet med andre større defekter (31), D83 Vanlig variabel immunsikt (31), D84 Annen immunsikt (31). Pivmecillinam: Refusjonsberettiget bruk: Pyogene kroniske eller stadig residiverende infeksjoner i nyre/urinveier. Urinveisinfeksjoner ved immunsvikt. Refusjonskoder: ICPC: B99 Immunsikt INA (31), U70 Nyrebekkenbetennelse (68, 106), U71 Cystitt/urinveisinfeksjon IKA (68, 106), U72 Uretritt (68, 106). ICD: D80 Immunsikt med overveiende antistoffmangel (31), D81 Kombinert immunsikt (31), D82 Immunsikt forbundet med andre større defekter, D83 Vanlig variabel immunsikt (31), D84 Annen immunsikt (31), D85 Annen immunsikt (31), D86 Annen immunsikt (31), D87 Annen immunsikt (31), D88 Annen immunsikt (31), D89 Annen immunsikt (31), D90 Annen immunsikt (31), D91 Annen immunsikt (31), D92 Annen immunsikt (31), D93 Annen immunsikt (31), D94 Annen immunsikt (31), D95 Annen immunsikt (31), D96 Annen immunsikt (31), D97 Annen immunsikt (31), D98 Annen immunsikt (31), D99 Annen immunsikt (31). Vilkår: (31) Behandlingen skal være instituert ved infeksjonsmedisinsk eller onkologisk sykehusavdeling, eller poliklinikk, eller av spesialist i vedkommende spesialitet. Legen kan rekvirere legemidlet til seg selv på blå resept. (68) Når et legemiddel ikke lenger er virksomt, må det foretas bakteriologisk undersøkelse med resistensbestemmelse før man skifter til et annet middel som kan godtgjøres. (106) Pasienten må oppfylle et av følgende vilkår: - Pasienten har brukt/vil bruke antibiotika minst 3 måneder årlig på grunn av infeksjoner i lunger/bronkier eller minst 3 måneder årlig på grunn av infeksjoner i nyre/urinveier. - Pasienten har i gjennomsnitt de siste årene hatt minst 3 årlige infeksjoner i lunger/bronkier eller minst 3 årlige infeksjoner i nyre/urinveier. - Pasienten bruker medikamentell behandling for en kronisk sykdom i refusjonslisten hvor sykdommen gir økt risiko for infeksjoner i lunger/bronkier/og eller nyre/urinveier. Sist endret: 24.2.2009

Ref. 1: Hey H, Frederiksen HJ, Thorup Andersen J. Gastroscopic and pharmacokinetic evaluation of a new pivmecillinam tablet. Eur J Clin Pharmacol 1982; 22: 63-9



LEO Pharma AS
Postboks 193 Lilleaker, 0216 Oslo
Telefon: 22 51 49 00, Faks: 22 51 49 01
www.leo.no, e-post: info@leo-pharma.com

Posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD)

kjennetegnes ved: (tilpasset fra diagnosemanualen DSM-IV)

GJENOPPLEVELSER: Påtrengende og tilbakevendende gjenopplevelser av traumet, tilbakevendende mareritt/drømmer, opplevelse av at hendelsen skjer igjen, fysiologisk reaktivering ved eksponering for påminnere (ett symptom kreves).

UNNGÅELSESTATFERD: Unngåelse av tanker, følelser og samtaler relatert til traumet, unngåelse av påminnere, amnesi for deler av hendelsen, redusert interesse, tilbaketrekning, isolasjon, nummenhet, følelsesavflatning (minst tre symptomer kreves).

ØKT AKTIVERING: Søvnvansker, irritabilitet, sinneutbrudd, konsentrasjonsvansker, konstant alarmberedskap, anspenhet, skvettenhet (minst to symptomer kreves).

RISIKOFAKTORER VED PTSD: Tidligere traumer, tidligere psykiske problemer, lav sosioøkonomisk status, alder (yngre), kjønn (kvinner), sterke psykiske reaksjoner under og umiddelbart etter den traumatiske hendelsen, type traume, opplevd livstrussel, manglende sosial støtte, manglende anerkjennelse, unnvikende mestringsstrategier og negative livshendelser i etterkant av traumet.

posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) og andre traume-relaterte lidelser. Psykologisk debrifing var en utbredt intervensjon en del år, og effekten av intervensjonen ble systematisk vurdert på 1990-tallet. Da forskning viste at psykologisk debrifing ikke hadde noen effekt på enkeltpersoner, ble det utviklet andre tidlige intervensjoner. Hensikten var å forebygge og fange opp de som har størst risiko for å utvikle vedvarende problemer.

Hovedproblemstillingen for legevaktsleger og fastleger er hvordan en skal bistå traumeeksponerte pasienter i den umiddelbare og akutte fasen, samt hvordan en skal identifisere risikopersoner som trenger videre behandling. I denne artikkelen vil jeg formidle hvordan leger kan ivareta personer etter traumatiske hendelser sett i lys av den forskning og de anbefalinger som foreligger i dag.

Reaksjoner på traumer

Epidemiologiske studier har vist at flertallet av de som eksponeres for traumatiske hendelser ikke utvikler alvorlige psykiske reaksjoner i etterkant. Mange mennesker har en betydelig motstandskraft i møte med denne type hendelser og vil kun få kortvarige reaksjoner som forsvinner av seg selv. Forskning på risikofaktorer har vist at et komplekst samspill mellom kognitive, atferdsmessige og biologiske faktorer ligger til grunn for at enkelte traumeeksponerte utvikler PTSD.

Oppfølgingsstudier av personer utsatt for traumatiske hendelser har vist en forekomst av PTSD på 15–24 prosent (1). Her i landet fant Ingebrigtsen og medarbeidere (2) at livs-

tidsprevalensen for PTSD var 8,8 prosent. Det er de omfattende og vedvarende hendelsene som gir mest omfattende psykiske vansker i etterkant. Prevalensen varierer med type hendelser og en undersøkelse har vist at 47 prosent av de som ble eksponert for voldtekt utviklet PTSD (3).

Kriseintervensjoner – hvor står vi?

Leger vil møte pasienter som er eksponert for alvorlige hendelser på legevakt, ved innleggelse, ved kommunens krisehåndtering eller i allmennpraksis. For å vurdere hvilke psykososiale intervensjoner som skal tilbys disse pasientene er det viktig å ta hensyn til tiden som er gått siden hendelsen inntraff. Selv om psykiske reaksjoner er vanlig etter traumatiske hendelser, har det vært delte meninger om hvordan en best kan ivareta de utsatte i den umiddelbare (0–48 timer) og akutte fasen (de første ukene). Bakgrunnen for denne uenigheten er for det første at krise- og katastrofefeltet har manglet generaliserbare resultater på hva som er effektive intervensjoner i den tidlige fasen (umiddelbar- og akutt fase). Det har også kommet motstridende resultater og anbefalinger fra forskningsfeltet. En særlig opphetet debatt kom da oppfølgingsstudier viste at det ikke var støtte for at en omfattende intervensjon (psykologisk debrifing) kunne forebygge traumerelaterte lidelser (4). Studiene viste at psykologisk debrifing for de fleste var unødvendig. For noen medførte det ekstra belastninger og for noen kunne det sågar være skadelig. Videre ble det hevdet at psykologisk debrifing ofte ble gitt for tidlig, og at for de som hadde betydelig stressreaksjoner var intervensjonen ikke tilstrekkelig.

Etter hvert etterlyste fagfeltet studier som undersøker hvilke intervensjoner som er effektive i den tidlige fasen. Flere studier har gitt støtte til hypotesen om at det å bearbeide inntrykk og reaksjoner i den umiddelbare fasen kunne forstyrre den normale tilhelingsprosessen. Disse studiene tydet på at for tidlig bearbeiding kan påvirke konsolideringen av minner. I en undersøkelse av personer eksponert for terrorhendelsene 11. september 2001, fant man at de som ble bedt om å uttrykke følelser umiddelbart etter hendelsen hadde mer plager i etterkant enn de som ikke gjorde dette (5). Konsolideringshypotesen har fått støtte fra ulike studier. En undersøkelse viste at det å ha amnesi for den traumatiske hendelsen ga mindre risiko for PTSD (6). Studier på søvn viste at det å sove dårlig rett etter en hendelse virket forebyggende på plager i etterkant (7). Disse resultatene tyder på at det å ikke sove godt etter en alvorlig hendelse reduserer risikoen, ettersom mindre søvn gjør at minner konsolideres dårligere. En studie viste at de som rapporterer at de var påvirket av alkohol da hendelsen inntraff hadde redusert risiko for PTSD (8).

Det kan være hensiktsmessig å ta dette i betraktning når en møter pasienter utsatt for voldtekt og andre seksuelle over-

grep, der pasienten det første døgnet ofte må beskrive hendelsen til flere fagfolk innen helsevesen og politi. Når studier peker i retning av at traumatiske minner kan overkonsolideres, er dette kunnskap som kan gi holdepunkter for hva en gjør i møte med traumatiserte pasienter. En bør unngå at pasienten må gjenta hendelsesforløpet til flere helsepersonell i den umiddelbare fasen.

Etter at psykologisk debriefing ble funnet å ikke ha en dokumentert effekt, ble det satt fokus på å utvikle andre tidlige intervensjoner for å ivareta de eksponerte. Psykologisk førstehjelp er nå en utbredt intervensjon til traumeeksponerte. I følge denne tradisjonen skal den umiddelbare ivaretagelsen tilpasses den enkeltes behov, og en skal følge den traumeeksponerte over tid for å se om det skjer en naturlig tilhelingsprosess eller om det blir en problemutvikling. Ivaretagelsen i den umiddelbare fasen skal ta utgangspunkt i personens naturlige robusthet og ta høyde for at en takler stress på ulike måter. En skal tilby praktisk og pragmatisk støtte gitt på en ivaretaende måte. Umiddelbare intervensjoner skal fokusere på trygghet og tilhørighet. Det skal gis informasjon om vanlige reaksjoner, mestringsstrategier, hvordan en kan bruke familie og venner samt hvordan, hvor og når en bør søke ytterligere hjelp. Fokuset skal være på informasjon og en forventning om at situasjonen vil normalisere seg.

I motsetning til psykologisk debriefing, som opprinnelig var utviklet for innsatspersonell, er psykologisk førstehjelp utviklet for de primært eksponerte, altså de som har blitt utsatt for alvorlige hendelser. Når psykologisk førstehjelp ble utviklet, ble det vurdert hva som skulle videreføres fra psykologisk debriefing og hva som skulle legges til. I psykologisk førstehjelp har en vektlagt at de utsatte har ulik eksponering og at intervensjonene skal tilpasses den enkelte. Psykologisk førstehjelp er således mindre standardisert enn psykologisk debriefing. Koblingen av beskrivelser av fakta og relaterte følelser (bearbeidelse) skal ikke inngå i den umiddelbare

intervensjonen. Den enkelte må få reagere og uttrykke seg, men en skal ikke oppmuntre til bearbeidelse for tidlig. En skal også være oppmerksom på mulige negative konsekvenser av overdreven følelsesmessig ventilerings hos eksponerte med sterke stressreaksjoner og dissosiative symptomer.

Når det første sjokket er gått over vil behovet for å snakke om og bearbeide hendelsen, variere fra person til person. De fleste bearbeider hendelsen med nær familie og venner. De som setter å snakke over tid, og ikke kommer videre, vil ofte trenge behandling. Forskning viser at eksponerte med vedvarende symptomer etter en måned profitterer på traumefokusert kognitiv atferdsterapi (9). For eksponerte med ekstreme reaksjoner, har det vist seg gunstig å tilby traumefokusert kognitiv atferdsterapi på et tidligere tidspunkt (10, 11).

Forskning har vist at en del av de eksponerte for alvorlige hendelser ikke har stressreaksjoner i etterkant. Dyregrov (12) har påpekt at eksponerte som ikke viser sterke reaksjoner og ikke ønsker å snakke om det som har skjedd, ofte skaper bekymring blant pårørende. Han setter dette i relasjon til det sterke fokuset på viktigheten av å snakke om sine opplevelser og tanker etter kriser, både for helsepersonell og for folk flest. Dyregrov råder leger og annet helsepersonell til å få de pårørende til å vurdere hvorvidt den de bekymrer seg for har endret seg drastisk, isolerer seg eller viser manglende funksjon i skole eller arbeidssituasjon. Er tilbakemeldingene på dette negativt, er det mindre grunn til bekymring.

Forskning omkring hukommelseskonsolidering tyder på at vi bør ha et mer nyansert syn på når hendelsen og opplevelsene skal bearbeides. Det er mye som tyder på at de som utvikler PTSD kun i liten grad opplever lindring og har vanskeligheter med å komme videre i sin bearbeidelse av å snakke om sine opplevelser med sine nærmeste.

Hvem trenger mer hjelp?

Fastlegen er ofte den første, og noen ganger den eneste, som er tilgjengelig for eksponerte for traumatiske hendelser. Å vurdere hvorvidt en pasient etter en traumatisk hendelse vil utvikle psykiske reaksjoner som vedvarer eller som gradvis går over, kan være vanskelig i den umiddelbare fasen. Forskning har vist at en grovt sett kan gruppere reaksjonene som viser seg etter traumatisk eksponering i fire. Den første gruppen omfatter eksponerte som umiddelbart reagerer med sterke psykiske reaksjoner, men som gradvis eller spontant blir bedre. Den andre gruppen omfatter eksponerte som umiddelbart reagerer sterkt, og som over tid fortsetter og ha sterke reaksjoner. I den tredje gruppen finnes eksponerte som umiddelbart ikke viser noen særlige psykiske reaksjoner, men som gradvis får mer alvorlige symptomer. Den fjerde gruppen omfatter eksponerte som

Psykologisk førstehjelp:

- Skal tilpasses den enkeltes behov.
- Skal tilby emosjonell støtte til den enkelte, samt trygge, roe og sikre. Bidrar med informasjon og praktisk hjelp.
- Bør inneholde informasjon om vanlige reaksjoner, mestringsstrategier, råd om sosial støtte; hvordan bruke familie/venner, hvordan, hvor og når en bør søke profesjonell hjelp.
- Bør ta utgangspunkt i personens naturlige robusthet, ta høyde for at en takler stress på ulike måter og ikke tilby en oppskrift.
- Bør monitorere pasientens psykiske reaksjoner; vurdere om det skjer en naturlig tilhelingsprosess eller en problemutvikling.

ikke viser noen særlige psykiske reaksjoner verken umiddelbart eller over tid.

Reaksjonsforløpet i den første måned etter hendelsen vil gi gode holdepunkter for symptomutvikling videre (13). Dersom de akutte stressreaksjonene gradvis avtar er det stor sannsynlighet for at pasienten selv vil mestre situasjonen. Men dersom de psykiske reaksjonene vedvarer, øker eller blir spesielt problematiske må pasienten følges nærmere opp.

Vurderingen av hvem som vil trenge oppfølging bør ta utgangspunkt i diagnosene akutt stressforstyrrelse (ASD) og posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD), samt at en bør basere seg på den kunnskap som foreligger fra forskning omkring risikofaktorer. I hovedsak skal vurderingen ta utgangspunkt i pasientens symptompresentasjon, anamnesticke opplysninger, vurdering av risikofaktorer og eventuelle komparentopplysninger. Viktige risikofaktorer har vist seg å være tidligere traumer, tidligere psykiske problemer, sterke psykiske reaksjoner under og umiddelbart etter den traumatiske hendelsen, type traume, manglende sosial støtte, manglende anerkjennelse, unnnvikende mestringsstrategier og negative livshendelser i etterkant av traumet.

Helsevesenet vårt er basert på at en selv skal søke hjelp når en trenger det. Imidlertid tyder mye på at personer som etter en umiddelbar ivaretagelse blir anmodet om å ta kontakt ved behov, likevel ikke søker hjelp igjen av eget initiativ. Dette henger sammen med at unngåelsesatferd er et av kjernesymptomene ved PTSD. Klare oppfølgingsavtaler for å vurdere mulig problemutvikling er trolig det mest hensiktsmessige for traumeeksponerte.

Mange av de som har utviklet PTSD, og som etter hvert tar kontakt med sin fastlege, knytter ikke den traumatiske hendelsen og symptomene sammen i sin symptompresentasjon for legen. De kommer ofte med depresjon, søvnproblemer, samlivsvansker eller somatiske plager. Dersom fastlegene ved slike symptompresentasjoner i større grad er oppmerksom på å spørre etter eventuelle traumatiske hendelser vil trolig flere eksponerte fanges opp.

Oppsummering

Flere forskere har etterlyst studier som ser på effekten av tidlige intervensjoner etter potensielt traumatiske hendelser (14), men foreløpig har feltet lite dokumentasjon på effekten av slike tidlige tiltak. Det er imidlertid en konsensus i fagfeltet om at en ikke må ignorere den tidlige fasen etter traumatiske hendelser (13).

Reaksjonsmønstrene etter traumatiske hendelser er forskjellige. Noen viser alvorlige reaksjoner umiddelbart,

andre uttrykker ingen sterke reaksjoner. I den umiddelbare fasen er det vanskelig å vurdere om en pasient vil utvikle vedvarende psykiske reaksjoner eller om vedkommende spontant vil bli bedre.

Fagfeltets anbefalinger for tidlig intervensjon er psykologisk førstehjelp. Når en tilbyr denne type intervensjoner skal man ikke starte en bearbeidelse de første dagene etter hendelsen. En skal tilby informasjon, støtte og individualisert hjelp, slik at pasienten kan gjenvinne kontroll. Ved å følge de eksponerte over tid kan en identifisere de som har vedvarende vansker og tilby dem adekvat behandling. De som utvikler PTSD eller andre traumerelaterte lidelser bør få traumefokusert kognitiv atferdsterapi. Dette betyr vanligvis henvisning til psykolog/psykiater eller at vedkommende allmennlege er trent i denne form for behandling.

Etter hvert vil forskning kunne gi svar på effekten av ulike tidlige intervensjoner, og om disse kan forebygge traumerelaterte lidelser. Det er blitt dokumentert at traumefokusert kognitiv behandling gir effekt i etterkant, men vi trenger dokumentasjon på hva som er effektive umiddelbare intervensjoner.

Referanser

1. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1995;52(12):1048-60.
2. Ingebrigtsen G, Sandanger I, Sørensen T, Dalgard OS. Når ulykken rammer. In: Dalgard OS, Døhlie E, Ystgaard M, editors. *Sosialt nettverk, helse og samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget; 1995. p. 64-85.
3. Rothbaum BO, Foa E, Riggs DS, Murdock T, Walsh W. A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*. 1992;5(3):455-75.
4. Rose S, Bisson JI, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002(2):CD000560.
5. Seery MD, Silver RC, Holman EA, Ence WA, Chu TQ. Expressing thoughts and feelings following a collective trauma: immediate responses to 9/11 predict negative outcomes in a national sample. *J Consult Clin Psychol*. 2008 Aug;76(4):657-67.
6. Klein E, Caspi Y, Gil S. The relation between memory of the traumatic event and PTSD: evidence from studies of traumatic brain injury. *Can J Psychiatry*. 2003 Feb;48(1):28-33.
7. Wagner U, Hallschmid M, Rasch B, Born J. Brief sleep after learning keeps emotional memories alive for years. *Biological Psychiatry*. 2006;60(7):788-90.
8. Maes M, Delmeire L, Mylle J, Altamura C. Risk and preventive factors of post-traumatic stress disorder (PTSD): alcohol consumption and intoxication prior to a traumatic event diminishes the relative risk to develop PTSD in response to that trauma. *Journal of Affective Disorders*. 2001 Mar;63(1-3):113-21.
9. Ehlers A, Clark DM, Hackmann A, McManus F, Fennell M, Herbert C, et al. A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Oct;60(10):1024-32.
10. Bisson JI, Shepherd JP, Joy D, Probert R, Newcombe RG. Early cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress symptoms after physical injury. Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2004 Jan;184:63-9.
11. Bryant RA, Sackville T, Dang ST, Moulds M, Guthrie R. Treating acute stress disorder: an evaluation of cognitive behavior therapy and supportive counseling techniques. *Am J Psychiatry*. 1999;156(11):1780-6.
12. Dyregrov A. Ikke alltid bra å snakke. *Kronikk Aftenposten*. 10.08.2008.
13. Bisson JI, Brayne M, Ochberg FM, Everly GS, Jr. Early psychosocial intervention following traumatic events. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(7):1016-9.
14. Bisson JI. Post-traumatic stress disorder. *BMJ*. 2007;334(7597):789-93.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til:
grethe.johnsen@psybp.uib.no