

# Modernt krisstöd

Utveckling baserad på internationell litteratur

Per-Olov Michel  
2014-02-01

## Sammanfattning

Kunskapsläget om krisstöd efter allvarliga händelser har utvecklats under senaste decenniet. Det finns nu internationella guidelines och konsensusrapporter som vilar på vetenskaplig grund och som kan ge vägledning för utvecklingen av ett modernt krisstöd i vårt samhälle, för både primärt drabbade och för insatspersonal. Huvuddelen av alla som drabbas av allvarliga händelser kommer att återhämta sig utan kroniska besvär. Målet med stödinsatser är att underlätta återhämtningen samt att identifiera de som behöver stöd över tid. Man bör undvika stödmetoder som är av typen «one model fits all» och istället fokusera på de unika behoven som enskilda drabbade individer, familjer eller grupper har. Grundprinciperna är att föra drabbade i säkerhet, lugna de med uttalade behov, förstärka tillit till sig själv och samhällets förmåga, underlätta socialt stöd samt förstärka känslan av hopp. En strukturell och organisatorisk form för samhälleligt stöd kan vara så kallade stödcentra. Ett praktiskt krisstödsystem som vilar på vetenskaplig grund kan beskrivas med akronymen «STUBBE». Den står för STöd, Uppföljning, Bedömning och BEhandling. Denna modell för krisstödsystem kan tillämpas både för primärt drabbade och för insatspersonal. STöd innebär primärt psykologisk första hjälp i akutfasen; Uppföljning handlar om att utse kontaktpersoner och ta proaktiv kontakt med drabbade; Bedömning avser screening och identifiering av de som har mer behov av stöd samt BEhandling som står för att de som har behov av behandling ska ha tillgång till evidensbaserade, traumafokuserade behandlingsmetoder.

## Inledning

Utveckling av krisstöd bör ske i överensstämmelse med vad som internationellt uppfattas som evidensbaserat, evidensinformerat eller konsensus. Nedanstående beskrivning bygger på just internationella guidelines och konsensusrapporter. Dokumentet är en något omarbetad version av beskrivningarna i en Kamedorapport (Socialstyrelsens, 2012) samt dokumentet «Moderne krisestøtte» (Michel, 2013) publicerat av «Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress» (NKVTS) i Norge.

Vägen fram till dagens syn på krisstöd till drabbade har varit något krokig och tidigare interventioner som fick stor spridning, till exempel psykologisk debriefing, visade sig inte inte kunna minska kroniska psykiska besvär efter allvarliga händelser. Den typen av «one size fits all»-insatser visade sig istället i vissa fall kunna vara skadliga och rekommenderas inte längre. Genom forskning har kunskapen dock utvecklats på senare år och nu finns internationella rekommendationer som kan vara till god vägledning. Några av de viktigaste beskrivs kortfattat nedan. Den som planerar interventioner med människor i akutfas eller senare bör således se till att insatserna vilar på empirisk grund och är evidensbaserade, alternativt enligt konsensus anses ha positiva effekter (Forbes et al. 2010). Det är därför klokt att göra vetenskapliga utvärderingar av insatser som man tror är bra men där kunskapsläget är oklart.

## Psykotraumatologiska grunder

### Konsekvenser av traumatiska händelser

Omkring 50–70 procent av en befolkning kommer att exponeras för potentiellt traumatiska händelser under sin livstid (Kessler et al. 1995). Av dessa riskerar endast cirka 10 procent (5–30 procent) att drabbas av allvarigare posttraumatiska stressreaktioner såsom depression, PTSD, ångestsyndrom eller missbruk. Om man bara studerar specifika grupper, t.ex. människor som har förlorat en nära anhörig under traumatiska förhållanden, kan dock upp mot 50–60 procent få långvariga besvär. Under sin livstid drabbas 5–10 procent i en västerländsk befolkning av PTSD och det är dubbelt så vanligt hos kvinnor. Förekomsten i en befolkning i ett givet ögonblick är 1–3 procent, vilket i Sverige skulle motsvara cirka 95 000–285 000 personer. För samhället kan det således handla om relativt stora kostnader i form av lidande och sjukfrånvaro.

Efter förluster återhämtar sig i allmänhet de flesta (50–60 procent) mycket bra. Cirka 10–20 procent får traditionella sorgesyntom men återhämtar sig också över tid. En mindre grupp, 10–15 procent (Mancini et al. 2011) kan utveckla komplicerade sorgereaktioner.

### Risikfaktorer, stresstålighet och motståndskraft

Det som avgör om en individ kommer att få kroniska besvär är relationen mellan händelsens art och grad samt individens sårbarhet alternativt motståndskraft. Risken för posttraumatiska problem ökar också med händelsens allvarlighetsgrad, särskilt om den drabbade uppfattade det som denne svävade i livsfara (Ozer et al. 2003). Vissa individuella faktorer är kopplade till en ökad risk för posttraumatiska problem och de indelas i sådana som existerar före händelsen, sådana som uppträder under själva händelsen och faktorer som får effekt efter en allvarlig händelse (Brewin 2000; Ozer et al. 2003). Faktorer före händelsen är bl.a. sårbarhet på grund av tidigare utsatthet, pågående parallell livsstress, lägre socioekonomisk status, personlighetsdrag av inåtvändhet, nervositet, passivitet och osjälvständighet, lägre begåvning och utbildning, kvinnligt kön samt att vara barn. Vidare ökar risken om den drabbade under själva händelsen får en subjektiv upplevelse av att ens liv är hotat samt får uttalade reaktioner eller ett bristande socialt stöd efter händelsen. Dessutom kan utformningen av samhällets stöd efter en händelse påverka utfallet, förhoppningsvis i positiv riktning.

Somliga drabbas av kroniska besvär efter allvarliga händelser men en stor andel uppvisar i stället stresstålighet och motståndskraft, vilket tidigare kanske inte uppmärksammades tillräckligt (Bonanno, 2004). Med stresstålighet menas att de kan behålla balansen under och efter en händelse.

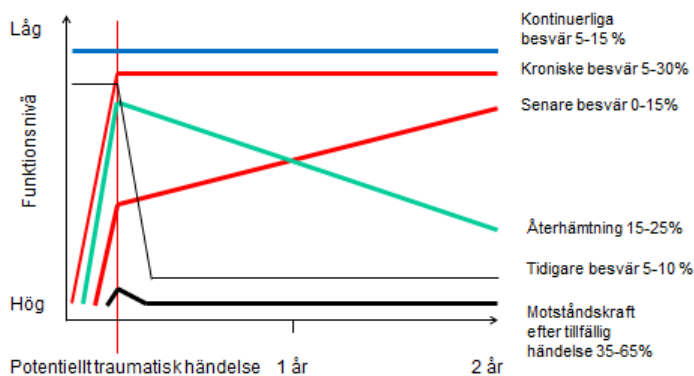
Motståndskraft motsvarar det engelska begreppet "resilience", vilket egentligen betyder "något som efter påverkan återtar sin ursprungliga form". Motståndskraftiga individer kan snabbt återfå balansen efter en tillfällig svikt i samband med en händelse. Det som utmärker motståndskraft hos människor bedöms vara personlighetsmässiga faktorer som är kopplade till arv och uppväxt, i kombination med miljöfaktorer (eng. human resources) såsom socialt stöd från omgivningen och bra ledarskap (Bonanno et al. 2011; Soutwick et al. 2005). Det verkar däremot som att denna motståndskraft inte är så tydlig efter våldtäkter (Steenkamp et al. 2013) eller efter kroniska traumatiska belastningar under barnaåren (Bonanno et al. 2013).

### Processer över tid

Många människor återhämtar sig alltså efter allvarliga händelser med eller utan hjälp (Bonanno, 2004; Norris et al. 2009). Ett mindre antal kan bli sämre med tiden, vilket kräver att de följs upp. En

viss andel kan utveckla kroniska besvär av typen PTSD, anpassningstörning (förlustrelaterad), depressiva besvär, olika former av ångestsyndrom eller missbruk. Man behöver således inte utgå från att alla drabbas, utan samhället kan fokusera stödinsatserna på dem som behöver det mest över tid. Det betyder dock att man också bör hålla kontakt med och följa upp dem som inte verkar ha några uttalade akuta behov. Figur 1 nedan visar en sammanställning över dessa processer.

**Figur 1. Processer över tid**



*Fritt efter Bonanno 2004, Norris et al. 2009 och Bonanno et al. 2013.*

## Socialt stöd

Utmärkande för en modernare syn på krisstöd är således att man på grund av risken för att vara för inträngande, gått ifrån att primärt fokusera på "emotionellt bearbetande" av händelsen i akutfasen. I stället inriktas stödet mot att skapa trygghet och säkerhet för individerna samt på individernas specifika behov. För de flesta är det naturligt att framför allt få stöd från sina närstående efter allvarliga händelser, och tidigare studier har visat att det leder till lägre grad av psykiatrisk sjuklighet (Brewin, 2000; Ozer et al. 2003). Det sociala stödet beskrivs ha en buffrande effekt, eftersom det underlättar för människor att omvärdera händelsen de har varit med om samt att de gynnas av att vara omgivna av andra som vill dem väl, som bistår och som finns till hands när det behövs.

## Olika behov i olika faser

Effekterna av en allvarlig händelse leder till att de drabbade har olika behov över tid (Seynaeve, 2001). I akutfasen handlar behoven, som beskrivits ovan, primärt om säkerhet och trygghet samt praktiskt, emotionellt och socialt stöd. I en mellanfas beror behoven mer på hur de drabbade anpassar sig till konsekvenserna av händelsen. I denna fas behöver samhället samordna insatser från olika samhällsfunktioner såsom hälso- och sjukvård, försäkringskassa, socialtjänst och skola samt andra aktörer såsom frivilligorganisationer och trossamfund. Det är angeläget att skolor, daghem och fritidshem får igång sina verksamheter så snart som möjligt. I mellanfasen har anhörigföreningar och självhjälpgrupper ofta kommit igång, och det går att identifiera dem som behöver behandling för sina besvär. I långtidsfasen handlar det om att behandla och rehabilitera dem som har fått kroppsliga och psykiska följdtilstånd.

## Stödcentrum

Från andra länder, till exempel Nederländerna och Storbritannien, finns erfarenheter av att organisera så kallade "Information and Advice Centers" (IAC) efter katastrofhändelser respektive terroristangrepp (Smeets et al. 2006; Seynaeve, 2001). Även i Sverige finns erfarenheter av att tillämpa denna modell. Nedanstående beskrivning bygger på ett kunskapsunderlag från Socialstyrelsen (2008). Man talar om "one-stop shop", med vilket menas att de drabbade bara ska behöva vända sig till ett enda centrum för att få hjälp med sina olika behov. Ett sådant stödcentrum kan ligga på en central plats dit drabbade, närstående och andra kan vända sig efter en allvarlig händelse för att få svar på frågor och få det stöd de behöver, alternativt hänvisningar till andra inrättningar.

Ett stödcentrum kan innehålla följande funktioner:

- En reception där människor tas emot.
- Utrymmen där olika stödfunktioner håller till.
- En funktion för att kunna informera, ge råd och hänvisa drabbade och andra, till exempel till olika trossamfund eller stödfunktioner för olika kulturer.
- En funktion för att ge människor krisstöd, proaktiv uppföljning och bedömning. Sårbara grupper, t.ex. barn, individer med särskilda behov och minoritetsgrupper får speciell uppmärksamhet.
- En funktion som koordinerar stödet från olika instanser samt remitterar drabbade till andra inrättningar.
- En funktion för att samla på sig och hantera olika data som gäller den allvarliga händelsen.
- Förberedelse för de kommande mellan- och långtidsfaserna.
- Centrumet kan också få funktionen av ett medicentrum

Sådana stödcentra kan ge en organisatorisk struktur för krisstödet i akutfasen och underlättar planeringen för ett effektivt arbete under mellan- och långtidsfaserna. Det behöver dock inte innebära att alla aktiviteter ska koncentreras till ett och samma ställe. Flera stödcentra kan behöva upprättas när det är långt mellan platsen för den allvarliga händelsen och de naturliga uppsamlingsplatserna, eller långt mellan de olika sjukhus dit drabbade förts.

I en svensk motsvarighet skulle stödpersoner som engageras i arbetet kunna komma från sjukvården och från kommunernas krisstödsorganisation. Personalen bör utbildas, tränas och samöva för att arbeta under dessa omständigheter. Ledning och samordning av eventuella stödcentra blir beroende på lokala förhållanden och förutsätter god samverkan mellan alla samhällsinstitutioner. Större företag och organisationer har idag som regel egna krisstödsorganisationer som kan fungera på liknande sätt. Likaså kan frivilligorganisationer, exempelvis Röda Korset, bidra med personal och resurser till sådana stödcentra.

## Internationella rekommendationer för insatser i akutfas

### Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies

International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) är en världsomspännande sammanslutning av forskare inom det psykotraumatologiska området. Varje år presenteras nya forskningsresultat och

ny kunskap vid konferenser i Nordamerika och ISTSS har också publicerat uppdaterade rekommendationer på området som motsvarar evidensbaserad kunskap och "best practice" (Foa et al. 2008). Enligt dessa rekommendationer är de vanligaste reaktionerna efter allvarliga händelser helt normala och leder till återhämtning. Rådet är att vara försiktig i akutfasen så att man inte stör denna process. För akutfasen finns följande rekommendationer:

- De drabbade bör mötas på ett empatiskt sätt med ett praktiskt och jordnära psykologiskt stöd. De bör få information om möjliga reaktioner och om hur de kan hjälpa sig själva (bemästringsstrategier) samt hur de bäst kan få stöd från dem omkring sig, både närstående och samhället, och hur de kan få fortsatt stöd vid behov.
- Individer bemästrar stress på olika sätt och man bör undvika formaliserade interventioner med alla som har exponerats. Alla interventioner bör därför baseras på en noggrann och aktuell behovsinventering.
- Man bör sträva efter att eventuella interventioner ska ta hänsyn till kulturella faktorer, vara anpassade till den drabbades utveckling och vara relaterade till lokal problemformulering.
- Målet är kanske inte alltid att minska reaktionerna eller få en snabb återhämtning. Det finns etniska, politiska, kulturella och ekonomiska faktorer som kan bidra till olika mål när det gäller funktionsnivå och identitet. Stödpersoner måste vara känsliga för varje drabbad individs specifika motiv.
- Man bör utvärdera om de insatser man genomför är effektiva i att uppnå de identifierade målen.

## Handbook of PTSD

Handbook of PTSD förmedlar också litteraturbaserade rekommendationer (Friedman et al. 2007). Även i denna bok står det att kunskapsläget tidigare har varit begränsat när det gäller interventioner i akutfasen och att man därför bör vara försiktig med interventioner som ska gälla för alla. Grundkonceptet för att stödja drabbade handlar därför om att först se till de basala behoven och därefter följa "The screen and treat model" som kan beskrivas som proaktiv uppföljning, screening och behandling. Enligt denna modell bör de omedelbara interventionerna i akutfasen gå ut på att informera om händelsen, ge stöd, informera om normala reaktioner och följa upp individerna för att fånga dem med kvarstående symtom. De senare ska sedan behandlas med evidensbaserade metoder. För att uppnå detta rekommenderar författarna nedanstående principer när det gäller tidiga stödinsatser i akutfasen:

- Insatserna bör vara proaktiva och vara i samklang med andra samhällsinsatser.
- Insatserna bör vara skyddande och begränsa olämpliga interventioner från professionella, fokusera på dem som har specifika behov och förstärka de drabbades kapacitet att hantera sina problem. Fokus bör inte bara vara på posttraumatiska psykiska följder utan också på andra problem såsom nedsatt funktionsnivå, både i relationer och i arbetet.
- Insatserna bör vara pragmatiska, d.v.s. utgå från att individer och grupper kan hjälpa sig själva.
- Eventuella interventioner bör också vara principdrivna. Här hänvisar författarna till fem viktiga principer som har förts fram när det gäller utformningen av stödet till drabbade efter allvarliga händelser (Hobfoll et al. 2007). De menar att det finns vetenskapligt stöd för dessa fem principer och att de bör vara vägledande när stödinsatser utformas. Principerna handlar om att

- förstärka känslan av säkerhet
- förstärka känslan av självtillit och tillit till samhällets förmåga att hantera svårigheterna
- förstärka samhörighet
- lugna dem med uttalade reaktioner
- förstärka känslan av hopp.

För att iscensätta och genomföra dessa insatser har andra koncept utvecklats: psykologisk första hjälp (PFA) samt förmåga till psykologisk återhämtning. De beskrivs utförligare nedan.

## NICE-report

Brittiska National Institute for Clinical Excellence (NICE) presenterade år 2005 en vetenskaplig genomgång på området posttraumatiskt stressyndrom som har fått stort genomslag internationellt (NICE-report, 2005). Rekommendationerna i denna rapport kan sammanfattas på följande sätt:

- De drabbade bör få möjlighet till empatiskt stöd som kan vara praktiskt, emotionellt och socialt.
- Det är positivt med information om vanliga reaktioner och råd för att bemästra dem, muntligt och skriftligt.
- För individer med milda reaktioner som har varat i mindre än fyra veckor kan ”watchful waiting” vara en god modell. Betoningen ligger här på watchful, vilket innebär att man proaktivt ska följa upp även dessa individer.
- Man bör man avstå från psykologisk debriefing med enskilda individer.
- Efter cirka en månad kan det vara lämpligt med screening av högriskindivider med ett enkelt instrument.
- De individer som vid uppföljningen uppvisar uttalade symptom ska få tillgång till TF-KBT inom en månad. Se mer om behandling nedan.
- Om de initiala reaktionerna efter en allvarlig händelse klingar av kommer de sannolikt att gå över av sig själva. Däremot ska man följa upp de drabbade och bedöma behovet av behandling om reaktionerna kvarstår på samma nivå, om de ökar eller om de är särskilt besvärliga.

## TENTS

I Europa har det funnits en stor variation av interventioner efter allvarliga händelser, av vilka många tidigare haft ett otillräckligt vetenskapligt underlag. Därför skapades EU-projektet TENTS (The European Network for Traumatic Stress) och man har sammanställt en europeisk konsensusrapport inom området som finns på [www.tentsproject.eu](http://www.tentsproject.eu) (Bisson et al. 2010; Witteveen et al. 2012). TENTS-rapporten innehåller följande rekommendationer när det gäller samhällets insatser efter traumatiska händelser:

### Första veckan

- Förmedla praktiskt stöd med empati.
- Varken uppmuntra eller hindra människor från att berätta.
- Öppna en hemsida för information och stöd.

### Första månaden

- Drabbade med svårigheter bör bedömas avseende behovet av insatser.
- De med akut stressyndrom (ASD) bör erbjudas traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT).

### Månad ett-tre

- De med PTSD bör ha tillgång till TF-KBT eller Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).
- Individer med uttalade symtom bör kontaktas proaktivt.

### Efter tre månader

- De som har fortsatta svårigheter bör få en professionell bedömning.
- De med långvariga besvär bör erbjudas rehabilitering.

## Psykologisk första hjälp

National Child Traumatic Stress Network and National Centre for PTSD i USA utvecklat en sammanställning av evidensinformerad kunskap inom området akut krisstöd (Brymer et al. 2006). Sammanställningen benämns ”Psychological First Aid, Field Operations Guide” och är översatt till svenska med titeln Psykologisk första hjälp (PFH) och finns tillgänglig på:  
[www.katastrofpsykiatri.uu.se](http://www.katastrofpsykiatri.uu.se)

PFH är utformat för att minska de omedelbara effekterna av traumatiska händelser samt för att stödja adaptiva funktioner på kort och på lång sikt. PFH följer de tidigare angivna principerna för stöd i akutfasen och omfattar följande mål:

- Kontakt och engagemang: Etablera mänsklig kontakt på ett icke-inträngande och medkännande sätt.
- Säkerhet och trygghet: Tillgodose basala behov. Förstärk upplevelsen av säkerhet och trygghet både fysiskt och emotionellt.
- Stabilisering: Lugna drabbade som är emotionellt överväldigade och panikslagna.
- Behovsinventering: Bidra till att de drabbade kan formulera sina omedelbara behov.
- Praktiskt stöd: Lämna stöd så att de drabbade kan tillgodose sina behov.
- Socialt stöd: Bidra till att de drabbade kommer i kontakt med närstående och andra hjälpinstanser.
- Information och bemästring: Förmedla information som kan stödja de drabbade i att bemästra sina psykologiska effekter av händelsen.
- Kontakt med övriga stödinstitutioner: Underlätta fortsatta kontakter med samhällets övriga stödinstitutioner.

Det finns möjlighet att ta en sex timmar lång kurs i psykologisk första hjälp på engelska, på The National Child Traumatic Stress Network: <http://learn.nctsn.org/login/signup.php>.

## Förmåga till psykologisk återhämtning

Utöver PFH har National Child Traumatic Stress Network and National Centre for PTSD i USA också tagit fram en evidensinformerad modell för fortsatt stöd över tiden, i det som på engelska



kallas "Skills for psychological recovery" (SPR) – Förmåga till psykologisk återhämtning (Berkowitz et al. 2010). Detta koncept innehåller moment som kan understödja återhämtningen när de omedelbara behoven i den akuta fasen har blivit mötta. Förmåga till psykologisk återhämtning kan ses som en modell för sekundärprevention. Med andra ord är det en intermediär intervention med syftet att minska besvären, identifiera bemästringsförmågorna och förbättra funktionsnivån samt att möjligen minska behovet av senare behandling. Konceptet SPR innehåller följande moment:

- Öka förmågan till problemlösning. Detta är en metod för att definiera ett problem och mål, "brainstorma" om ett antal vägar för att lösa problemet, utvärdera dessa vägar och sedan pröva de sätt som verkar lämpligast.
- Befrämja positiva aktiviteter. Detta handlar om sätt att förbättra stämningläget och funktionsnivån genom att identifiera och pröva positiva och trevliga aktiviteter.
- Hantera reaktioner. Momentet gäller förmågan att bemästra och minska oroande kroppsliga och känslomässiga reaktioner i vissa besvärliga situationer.
- Hantera tankar. Den drabbade får lära sig olika sätt att identifiera oroande tankar och motverka sådana med andra sätt att tänka.
- Återupprätta hälsofrämjande sociala kontakter. Detta moment ger vägar för att återupprätta viktiga relationer och samhälleligt stöd.

## Barn

I en metaanalys fann man att de viktigaste riskfaktorerna för barn och tonåringar att utveckla PTSD var relaterade till subjektiva erfarenheter kring händelsen samt variabler efter händelsen. Sådana variabler var låg grad av socialt stöd, peri-traumatisk rädsla, upplevt livshot, socialt undandragande, samtida psykologiska problem, bristande familjefunktion, PTSD före händelsen och tankesuppression (Trickey et al. 2012).

PTSD hos barn under 6 år liknar i mångt och mycket det som tidigare beskrivits för vuxna men några aspekter kan se sig annorlunda. Exponering kan specifikt handla om att barnet fått vetskap om att en förälder eller viktig vårdnadshavare drabbats. Påträngande symtom är inte alltid uppenbart tydliga och kan istället ses i samband med lek. Innehållet i mardrömmar behöver inte tydligt vara kopplat till själva händelsen.

Barns sorgreaktion liknar i många stycken de man ser hos vuxna men kan skilja sig på vissa områden. Bland annat kommer de att vara avhängiga av barnets ålder och utvecklingsnivå. Barn i förskoleåldern har svårare att förstå vad till exempel begreppet död innebär. Barn som exponeras för plötsliga våldsamma dödsfall kan bli upptagna av fantasier och grubblerier kring dödsfallet. Detta kan försvåra återhämtningen och kan kräva professionell bedömning om dessa reaktioner inte viker över tid.

### *Stöd till barn och ungdomar*

I en stor litteraturgenomgång sammanfattar Pfefferbaum et al. (2013) flera interventioner som är lämpliga för barn i dessa sammanhang. Principerna för stöd till barn och unga efter allvarliga händelser följer huvudsakligen samma modell som för vuxna. Sådana interventioner inkluderar psykologisk första hjälp enligt Brymer et al. (2006) i akutfasen, proaktiv kontakt med familjer, psykoedukation, socialt stöd, screening samt tekniker för ångestreduktion i mellanfasen. Barn och unga bör bedömas och följas upp när det gäller riskfaktorer och motståndskraftsfaktorer under alla

faser av händelsen. När man identifierat behandlingsbehov anges att det finns bäst underlag för kognitiv beteendeterapi i grupp eller individuellt för vissa barn. Man har visat att depression, ångest och sorg kan förbättras genom behandling av traumasymtom. Psykoterapi för sorg bör reserveras för de med komplicerade sorgereaktioner. Skolor kan vara naturliga platser att göra bedömningar och förmedla stöd när många barn blivit drabbade. Psykofarmakologiska interventioner används generellt inte men kan vara nödvändiga i vissa fall till barn med svåra reaktioner eller psykiatriska tillstånd.

Vid sorg är bra stöd från vuxna och vänner viktigt i sorgprocessen. Barn och ungdom som är i sorg har behov av trygga och stabila rammar, till exempel kontinuitet i vardagen. De behöver öppen kommunikation och konkret information om det som inträffat. Att göra förlusten verklig genom att exempelvis få möjlighet att se den döde eller att få delta i begravning kan vara hjälpsamt. Vuxna bör stödja barn och ungdomar med att hantera tankar och reglera känslor efter en förlust.

## Stöd till grupper

Litteraturen beskriver olika typer av gruppinterventioner som bl.a. kan indelas efter antalet sessioner. En del sker ofta vid endast ett tillfälle, t.ex. psykologisk debriefing. Som nämnts tidigare rekommenderas inte denna typ av intervention för drabbade i akutfasen, framför allt eftersom det saknas kontrollerade studier som visar entydigt positiva effekter och eftersom interventionen inte minskar risken för PTSD. Dessutom kan interventionen skada om den genomförs med enskilda individer. Alternativa modeller för insatspersonal beskrivs i nästa avsnitt.

Den mest studerade gruppbehandlingsformen för PTSD med flera sessioner är traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT) som har visat sig vara bättre än väntelista (Shea et al. 2008). Vid andra former av gruppterapi har man ännu inte funnit tillräcklig evidens för att de reducerar PTSD-symtomen.

Posttraumainterventioner för par och familjer kan gå ut på att minska PTSD-symtom eller ha andra mål såsom att förbättra familjefunktion, men oavsett syftet finns bara begränsade data om deras effektivitet. På detta område behövs mer forskning.

Sorgegrupper för förlustdrabbade är relativt vanliga men det finns inga publicerade, tillförlitliga data om deras effektivitet. Däremot har man nyligen kunnat påvisa vissa positiva effekter av gruppterapi, familjeterapi och internetbaserade terapiformer, alla med inslag av kognitiv beteendeterapi. Effekterna är särskilt tydliga om behandlingen genomförs med dem som har mer uttalade symtom.

## Stöd till insatspersonal

Det finns ännu inga entydiga evidens- eller konsensusbaserade riktlinjer för hur stödet till insatspersonal bör se ut. Däremot har det visat sig att det kan finnas flera olika syften med att insatspersonalen möts efter en allvarlig händelse. Ett syfte kan vara att utvärdera den egna insatsen. Sådant har beskrivits i olika sammanhang, t.ex. gällande begreppet "after action review" (AAR) som skulle kunna översättas till «Utvärdering av insats» (UI). Personalen får då möjlighet att diskutera vad som fungerade bra och vad som eventuellt upplevdes som frustrerande och som kan förbättras till nästa gång. Diskussionen kan underlätta hanteringen och bemästringen av en händelse samt hjälpa deltagarna att skapa en berättelse om densamma (mer information om AAR finns på: [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/pnadf360.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnadf360.pdf)).

Andra syften med gruppmöten efter en insats kan vara att ge möjlighet för enhetschefer att bedöma fortsatta individuella behov samt förmedla information samt psykoedukation. Det viktigaste är dock troligen att gruppledarna får möjlighet att förmedla socialt stöd till varandra. Andra möjliga positiva effekter är att deltagarna kan lugna varandra och få stöd från en inkännande ledare samt få hjälp att hitta positiva, generella bemästringsstrategier och att bemästra skuld- och skamkänslor hos dem som känner att de har misslyckats under en insats. Verksamhetsanpassade versioner av det evidensinformerade konceptet psykologisk första hjälp har utvecklats. Det finns således en sådan sammanställning för militära enheter: Combat and Operational Stress First Aid (COSFA; Nash et al. 2010). I år har också Firefighter Stress First Aid (SFA) presenterats som kan översättas med «Första hjälp vid stress» (FHS). Detta är en civil version av COSFA för räddningstjänst- och ambulanspersonal (Watson et al. 2013). FHS följer således principerna beskrivna av Hobfoll et al. (2007) samt Psykologisk första hjälp (Brymer et al. (2006) som beskrivits ovan. Ledare och kamratstödare i organisationer bör enligt FHS kontinuerligt kolla sina medarbetare och samordna eventuella insatser vilket kan innebära att vid behov remittera till företagshälsovården (FHV) för bedömning och eventuell behandling. Övrig första hjälp enligt FHS handlar om att se till att drabbade medarbetare kommer i säkerhet; att lugna de med uttalade reaktioner; att se till att de kommer i kontakt med sitt sociala nätverk; att de återfår sin funktion samt att återställa tillit och hopp.

I både COSFA och i FHS för civil insatspersonal beskrivs ett stresskontinuum, från «Grön» där personalen är förberedd och klar för insats, över «Gul» där man påverkats av någon stressor, till allvarigare belastning i «Orange» zon (Se Figur 2). Från «Gul» zon kan den enskilde oftast återhämta sig väl genom FHS-stöd från organisationen, ledarskap och kamratstöd och från eget socialt nätverk. Återhämtning kan även ske i viss utsträckning från «Orange» zon. I denna zon finns dock en risk för att några kan utveckla mental ohälsa på grund av allvarigare belastning och därmed är i behov av behandling, «Röd» zon.

**Figur 2. Stresskontinuum**

Redo (Grön)	Reagerar (Gul)	Påverkad (Orange)	Symtom (Röd)
Optimal funktion	Milda, övergående reaktioner och funktion nedsatt	Svårare kvarstående reaktioner; funktion nedsatt	Kliniskt syndrom
Anpassningsförmåga	Återhämtar sig helt	Minnen kommer att kvarstå	Olikt stresskade med nedsatt funktionsnivå
Mår bra	Låg risk	Högre risk	
Tecken	Orsaker	Orsaker	Tillstånd
Är som bäst	Vilken stressor som helst	Livshot	PTSD
Välutbildad och förberedd	<b>Tecken</b>	Förlust	Depressio-
Fysiskt, mentalt och andligt välfungerande	Irriterad, orolig, nedstämd	Brott mot egen moral	Angestsyndrom
Fokuserad på uppgiften	Förlorat motivation	Långvarig stress, siltage	Missbruk
Motiverad	Tappat fokus	<b>Tecken</b>	<b>Tecken</b>
Lugn och samlad	Sömnsvårigheter	Kontrollförlust	Symtomen kvarstår och förvärras över tid
Har trevligt	Muskelspänningar; andra fysiska problem	Panic, aggressivitet, nedstämdhet	Svåra reaktioner eller uttalad påverkan på social eller arbetsmässig funktion
Beter sig moraliskt oklanderligt	Inget är roligt längre	Känner sig inte längre som vanligt. Utalad skuld och skam	

*Nash et al. 2010; Watson et al. 2013*

Allt större fokus har också inriktats mot att utveckla kamratstödet i insatsorganisationer (Creamer et al. 2012) samt att utbilda personalen i stresshantering. I insatsorganisationer är det också viktigt att utbilda ledare så att dessa kan stödja sin personal och identifiera dem som behöver individuellt stöd och eventuellt senare professionell bedömning. Företagshälsovården i insatsorganisationer måste verka nära personalen för att kunna göra lämplig screening av exponerad personal, bedöma behandlingsbehovet och stödja cheferna och kamratstödarna. Flera av dessa komponenter kan också vara aktuella på arbetsplatser som inte utgör insatsorganisationer men som har drabbats av allvarliga händelser, t.ex. som stöd till personalen på banker efter ett bankrån.

## **Behandling**

### *Behandling av PTSD*

Behandlingen av PTSD behöver anpassas individuellt utifrån den enskilda patientens förutsättningar och behov. En noggrann diagnostisering bör föregå beslutet om ett behandlingsupplägg. Psykoedukativa interventioner och stabilisering kan behövas innan det går att börja med traumabehandlingen.

### *Psykologisk behandling*

De psykologiska behandlingsmetoder som har visat sig mest effektiva är traumafokuserade (Foa et al. 2008). Under senare år har kontrollerade studier av traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT) och Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) visat att det finns vetenskapligt stöd för dessa PTSD-specifika behandlingsmetoders effektivitet (Bisson et al. 2013). Vid jämförelser har metoderna visat likvärdiga effekter. När det gäller komplex traumatisering rekommenderas en integration av behandlingsmetoder med tyngdpunkt på att träna stabiliseringstekniker innan det blir aktuellt med en regelrätt traumabehandling.

### *Farmakologisk behandling*

Läkemedelsbehandling bör inte ses som förstahandsvalet vid behandling av PTSD, men farmakologisk behandlingen kan vara ett komplement till en anpassad psykologisk behandlingsmetod. Farmakologisk behandling kan övervägas för klienter som inte vill gå i traumafokuserad psykologisk behandling, när psykologisk behandling av olika skäl inte kan genomföras, när psykologisk behandling inte har gett resultat, vid behandling av samsjuklighet med förstämnings- eller ångestsyndrom samt som akut lindring av sömnbesvär.

### *Behandling av sorg och förlustrelaterad anpassningsstörning*

Senare publikationer antyder att man bör avstå från att bedriva psykoterapi med dem som uppvisar milda till moderata sorgereaktioner eftersom det finns en risk för att man kan störa den egna återhämtningen (Mancini et al. 2011). Däremot kan vissa behöva olika former av stödåtgärder. Senare studier talar för att man bör inrikta eventuell psykoterapeutisk behandling på dem som har en hög grad av symtom, t.ex. dem som uppvisar tecken på förlustrelaterade anpassningsstörningar. Man har nyligen visat att kognitiv beteendeterapi (KBT) med inslag av exponering kan ge goda resultat hos den senare gruppen, och antidepressiv medicinering kan bidra till att denna typ av terapi

tolereras bättre. Det forskningsmässiga kunskapsläget är relativt nytt när det gäller behandling av komplicerade sorgereaktioner och det får än så länge betraktas som preliminärt.

## Krisstödssystem i praktiken

### Primärt drabbade

Fokus i ett modern krisstödssystem är enligt "screen and treat model" är således att förmedla stöd, uppföljning och noggrant bedöma de som utvecklar symptom eller de vars symptom inte viker. Dessa bör sedan erbjudas evidensbaserade behandlingar (Brewin 2005; Brewin et al. 2008; Watson et al. 2007). **STöd**, **Uppföljning**, **Bedömning** och **BEhandling** kan av didaktiska skäl sammanfattas i akronymen «STUBBE». När man använder akronymen STUBBE ger den associationer till att man kan sitta och vila på den, reflektera och filosofera. Årsringarna associerar också till en tidsaspekt som är viktig i sammanhanget. En stubbe har också rötter som går djupt ner i marken som ger kopplingar till individers förankring i tillvaron, i sitt sociala nätverk som är så viktigt för återhämtningen. Nedan beskrivs detta krisstödssystem i en sammanfattning.

#### **STöd**

- Psykologisk första hjälp från stödpersoner
- Utse kontaktpersoner
- Proaktiv kontakt

#### **Uppföljning**

- Eventuella akuta interventioner
- Aktivering av stödcentra, hemsidor, sociala medier och telefonstödlinjer
- Organisering av stödgrupper för tex sörjande

#### **Bedömning**

- Använd konceptet «Förmåga till psykologisk återhämtning» (se ovan) efter några veckor för de som behöver stöd i att hanteratankar, känslor och beteenden
- Screening: 1, 3 och 12 mån
- Värdera behandlingsbehov

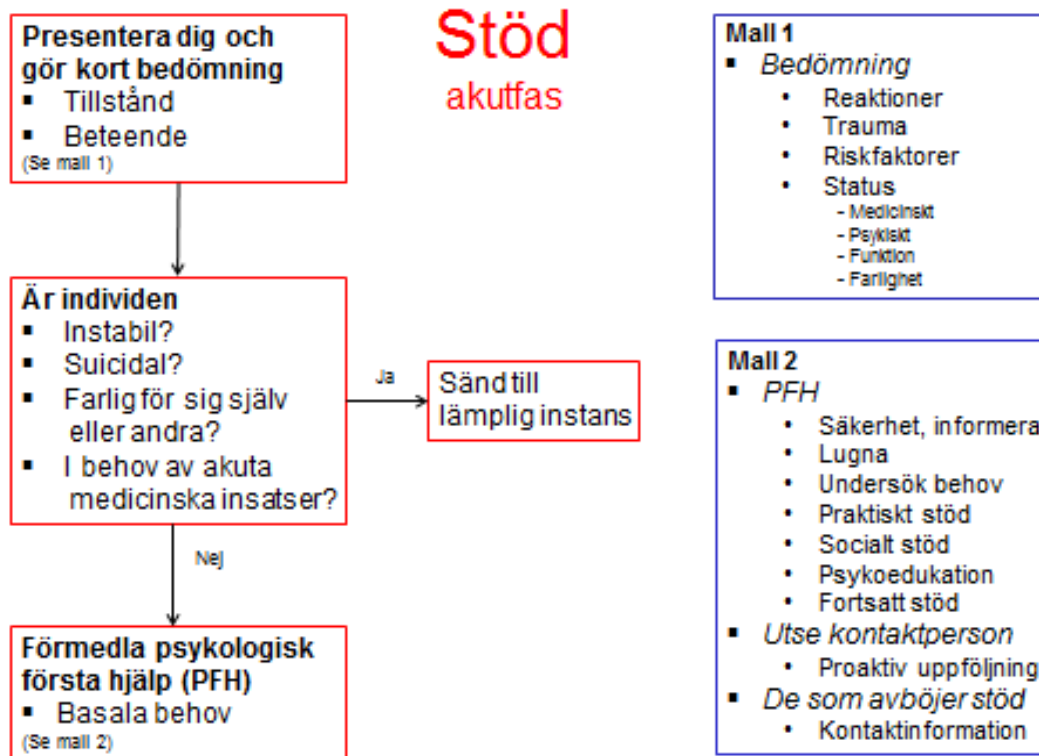
#### **BEhandling**

- Evidensbaserad
- Traumafokuserad

### *Algoritmer för stöd och uppföljning*

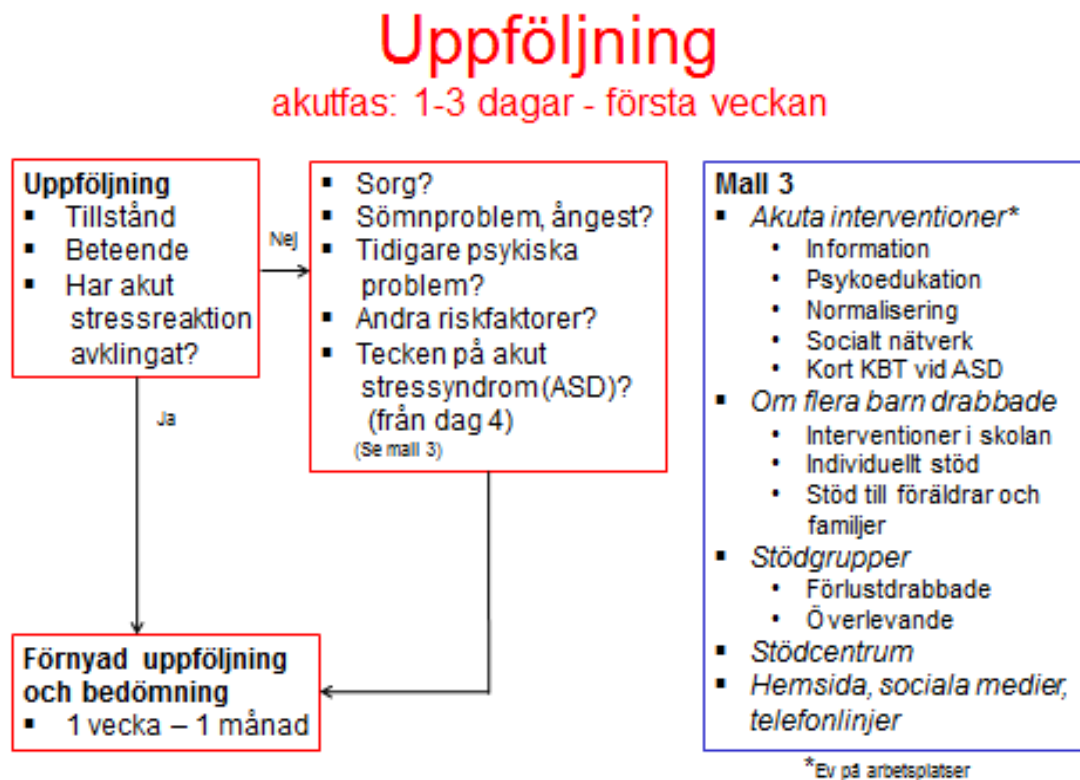
För att ytterligare tydliggöra STUBBE-modellen har innehållet överförs i en något mer detaljerad form i ett antal algoritmer nedan. Dessa är fritt baserade på andra algoritmer utvecklade av Nash et al. (2012) men innehåller också inslag av några av de ovan beskrivna internationella rekommendationerna. Den första algoritmen (Figur 3.) beskriver således stöd i akutfasen som omfattar initial bedömning och psykologisk första hjälp.

Figur 3. Stöd i akutfas



I den andra algoritmen (Figur 4.) beskrivs den första uppföljningen i akutfasen med eventuella akuta interventioner och andra åtgärder som primärt bör ske genom landstingens eller kommunernas krisstödsorganisation. Det kan handla om stöd på arbetsplatser eller på skolor, inrättandet av stödcentrum och telefonlinjer, initierandet av stödgrupper samt information via hemsidor och sociala medier.

Figur 4. Uppföljning i akutfas

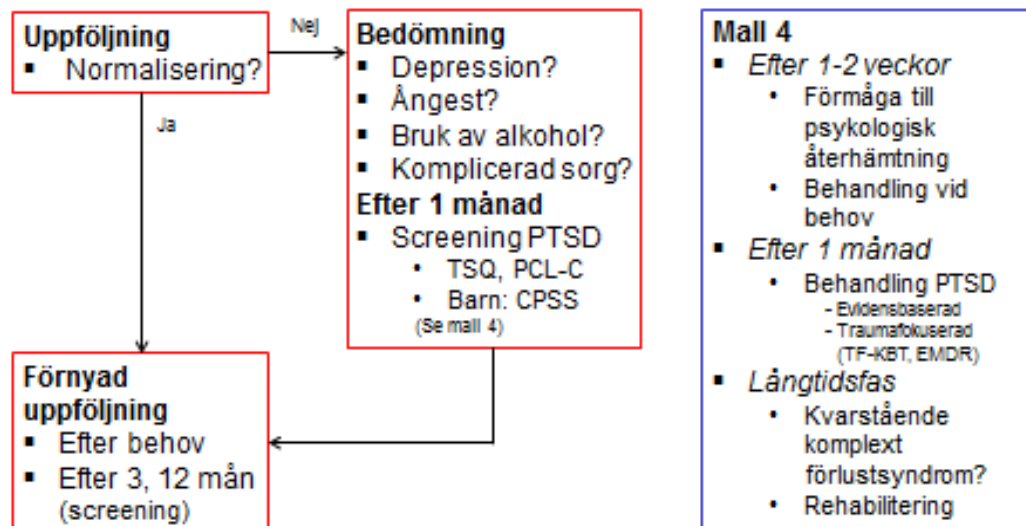


Den tredje algoritmen (Figur 5.) avser bedömning och behandling i mellan- och långtidsfas.

Figur 5. Bedömning och behandling i mellan- och långtidsfas

## Bedömning, behandling

mellanas: 1 vecka - 1 månad; långtidsfas

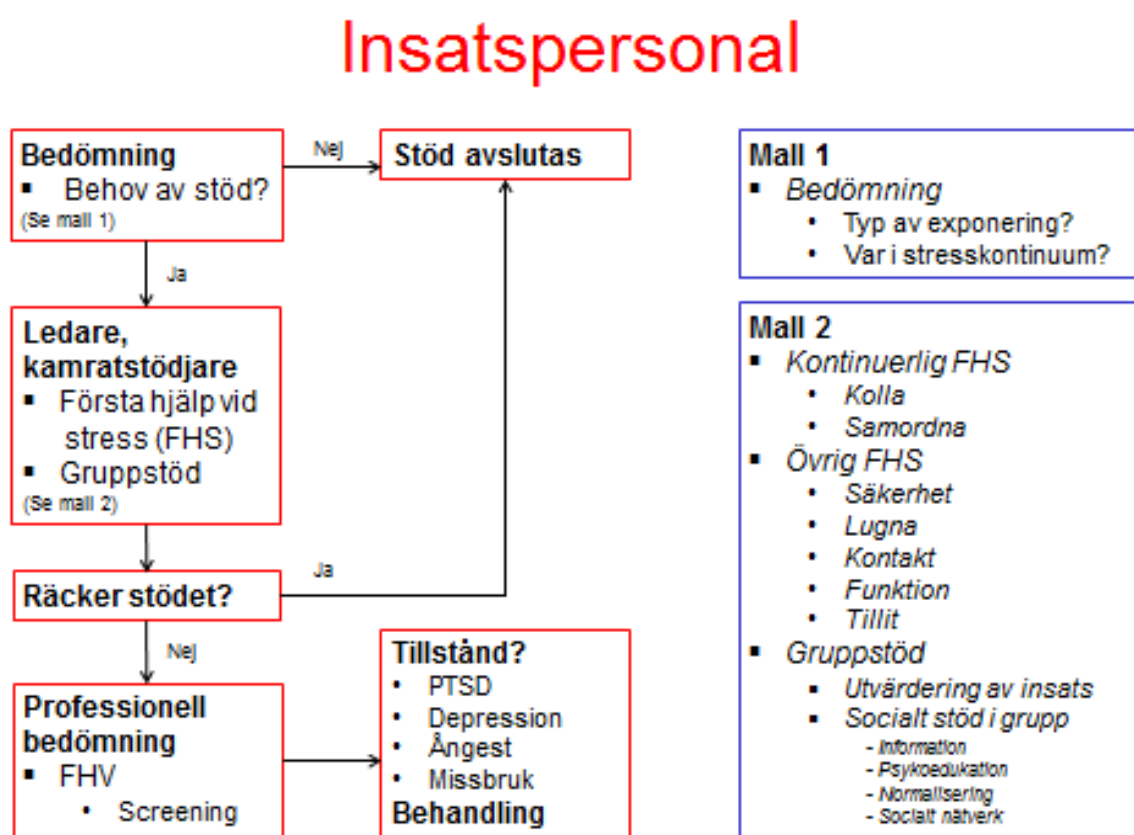




## Insatspersonal

Principerna i STUBBE-modellen är aktuella även här. En bedömning görs av grad av exponering och var man befinner sig i tidigare beskrivet stresskontinuum. Om det föreligger behov av stöd följer ledare och eventuella kamratstödare principerna i «Första hjälp vid stress» (FHS). Gruppen/enheten samlas för «Utvärdering av insats» (UI) och gruppstöd (socialt stöd). Uppföljning bör ske kontinuerligt av ledare och kamratstödare för att sedan bedöma om stödet räcker. Insatsorganisationer bör ha nära kontakt med Företagshälsovården som vid behov senare kan svara för bedömningar och se till att drabbade får genomgå evidensbaserade behandlingar. I Figur 6 sammanfattas stödlinjen för insatspersonal som bygger på Nash et al. (2010) och Watson et al. (2013).

Figur 6. Stödlinje för insatspersonal



## Referenser

Berkowitz S, Bryant R, Brymer M, Hamblen J, Jacobs A, Layne C, Macy R, Osofsky H, Pynoos R, Ruzek J, Steinberg A, Vernberg E, Watson P. The National Center for PTSD & the National Child Traumatic Stress Network, Skills for Psychological Recovery: Field Operations Guide. 2010.

Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R. & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 12, CD003388.

Bisson JI, Tavakoly B, Witteveen AB, Ajdukovic D, Jehel L, Johansen VJ, Nordanger D, Orenge Garcia F, Punamaki RL, Schnyder U, Sezgin AU, Wittmann L, Olff M. TENTS guidelines: development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process. *Br J Psychiatry*. 2010 Jan;196(1):69-74.

Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am. Psychol*. 2004;59:20–28.

Bonanno A, Westphal M, Mancini AD. Resilience to loss and potential trauma. *Annu Rev Clin Psychol*. 2011;7:511–535.

Bonanno GA, Diminich ED. Annual Research Review: Positive adjustment to adversity--trajectories of minimal-impact resilience and emergent resilience. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013 Apr;54(4):378-401. doi: 10.1111/jcpp.12021. Epub 2012 Dec 7.

Brewin CR, Andrew B, Valentine JD. Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000;68:748-766.

Brewin CR, Rose S, Andrew B, Green J, Turner S, Foa E. Brief screening instrument for posttraumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*. 2002;181:158-162.

Brewin CR. Systematic review of screening instruments for adults at risk of PTSD. *J Trauma Stress*. 2005;18(1):53-62. Review.

Brewin CR, Scragg P, Robertson M, Thompson M, d'Ardenne P, Ehlers A; Psychosocial Steering Group, London Bombings Trauma Response Programme. Promoting mental health following the London bombings: a screen and treat approach. *J Trauma Stress*. 2008 Feb;21(1):3-8.

Brymer M, Jacobs A, Layne C, Pynoos R, Ruzek J, Steinberg A, Vernberg E, Watson P. Psychological First Aid – Field Operations Guide, 2nd ed, National Child Traumatic Stress Network & National Center for PTSD, USA. 2006.

Creamer MC, Varker T, Bisson J, Darte K, Greenberg N, Lau W, Moreton G, O'Donnell M, Richardson D, Ruzek J, Watson P, Forbes D. Guidelines for Peer Support in High-Risk Organizations: An International Consensus Study Using the Delphi Method. *Journal of Traumatic Stress*. 2012;25:134–141.

Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen J. (Eds.). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (2nd ed.)*. New York: Guilford Press. 2008.

Forbes D, Creamer M, Bisson JI, Cohen JA, Crow BE, Foa EB, Friedman MJ, Keane TM, Kudler HS, Ursano RJ. A guide to guidelines for the treatment of PTSD and related conditions. *J Trauma Stress*. 2010 Oct;23(5):537-52. doi: 10.1002/jts.20565.

Friedman MJ, Keane TM, Resick PA. *Handbook of PTSD*. New York: The Guilford Press. 2007.

Helsedirektoratet. *Läring for bedre beredskap; Helseinnsatsen etter terrorhendelsene 22. juli 2011*. Oslo: Helsedirektoratet. 2012.

Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ, Friedman M, Gersons BP, de Jong JT, Layne CM, Maguen S, Neria Y, Norwood AE, Pynoos RS, Reissman D, Ruzek JI, Shalev AY, Solomon Z, Steinberg AM, Ursano RJ. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry*. 2007 Winter;70(4):283-315; discussion 316-69. doi: 10.1521/psyc.2007.70.4.283. Review

Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52(12):1048-1060.

Mancini AD, Griffin P, Bonanno GA. Recent trends in the treatment of prolonged grief. *Curr Opin Psychiatry*. 2012 Jan;25(1):46-51

Michel PO. *Moderne Krisestøtte*. Oslo: Nasjonalkunnskapscenter om vold og traumatisk stress. 2013. <http://www.nkvts.no/biblioteket/Publikasjoner/Moderne-krisestotte.pdf>

Nash WP, Westphal RJ, Watson PJ, Litz B. T. *Combat and Operational Stress First Aid: Caregiver Training Manual*. Washington, DC: U.S. Navy, Bureau of Medicine and Surgery. 2010.

Nash WP, Watson PJ. Review of VA/DOD Clinical Practice Guideline on management of acute stress and interventions to prevent posttraumatic stress disorder. *J Rehabil Res Dev*. 2012;49(5):637-48.

NICE-report. National Collaborating Centre for Mental Health. *Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care*. (CG 26). National Institute for Health and Clinical Excellence, 2005.

Norges offentlige utredninger. *Rapport fra 22. juli-kommisjonen*. Oslo: Departementenes servicesenter Informasjonsforvaltning. 2012.

Norris FH, Tracy M, Galea S. Looking for resilience: understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. *SocSci Med*. 2009 Jun;68(12):2190-8.

Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 2003 Jan;129(1):52-73.

Pfefferbaum B, Shaw JA; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice parameter on disaster preparedness. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Nov;52(11):1224-38

Seynaeve GJR. (Ed). *Psycho-social support in situations of mass emergency*. European Policy Paper concerning different aspects of psychosocial support involved in major accidents and disasters. Ministry of Public Health, Brussels, Belgium, 2001. ISBN: D/2001/9387/1.

Shea MT, McDevitt-Murphy, Ready DJ, Schnurr PP. Group therapy. In MJ Friedman, TM Keane, PA Resick (Eds.) Handbook of PTSD. New York: The Guilford Press. 2007. pp. 306-326.

Smeets EC, de Ruijter AM. Community-based interventions working draft. Amsterdam: Impact Dutch knowledge and advice centre for post-disaster psychosocial care. 2006.

Socialstyrelsen. Krisstöd vid allvarlig händelse, Utlåtande från experter. Stockholm: Socialstyrelsen, 2008.

Socialstyrelsen. Bombattentatet i Oslo och skjutningarna på Utöya 2011. Stockholm: Socialstyrelsen KAMEDO-rapport 97. 2012.

Southwick SM, Vythilingam M, Charney DS. The psychobiology of depression and resilience to stress: Implications for prevention and treatment. *Annu Rev Clin Psychol.* 2005;1:255-291.

Steenkamp MM, Litz BT, Dickstein BD, Salters-Pedneault K, Hofmann SG. What is the typical response to sexual assault? Reply to Bonanno (2013). *J Trauma Stress.* 2013 Jun;26(3):394-6. doi: 10.1002/jts.21804.

Trickey D, Siddaway AP, Meiser-Stedman R, Serpell L, Field AP. A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *ClinPsychol Rev.*2012;32(2):122-138.

Watson PJ, Gibson L, Ruzek JI. Public mental health interventions following disasters and mass violence. In MJ Friedman, TM Keane, PA Resick (Eds.) Handbook of PTSD. New York: The Guilford Press. 2007. pp. 521-539.

Watson PJ, Taylor V, Gist R, Elvander E, Leto F, Martin B, Tanner J, Vaught D, Nash W, Westphal RJ, Litz B. Stress First Aid for Firefighters and Emergency Medical Services Personnel. The National Fallen Firefighters Foundation and National Center for PTSD, Department of Veterans Affairs. 2013.

Witteveen AB, Bisson JI, Ajdukovic D, Arnberg FK, Bergh Johannesson K, Bolding HB, Elklit A, Jehel L, Johansen VA, Lis-Turlejska M, Nordanger DO, Orengo-García F, Polak AR, Punamaki RL, Schnyder U, Wittmann L, Olf M. Post-disaster psychosocial services across Europe: the TENTS project. *Soc Sci Med.* 2012 Nov;75(9):1708-14. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.06.017. Epub 2012 Jul 14