

Sammenfatning af MTV

Behandling og rehabilitering af PTSD, herunder traumatiserede flygtninge



regionsyddanmark.dk



Region Syddanmark



Indhold

- 4 Indledning
- 5 Hvad er PTSD
- 6 Følgesygdomme der knytter sig til PTSD
- 7 Hvordan behandler man PTSD - og virker det
- 14 Hvordan kan behandlingen organiseres
- 18 Patientinddragelse og patienttilfredshed
- 20 De sundhedsøkonomiske konsekvenser af PTSD
- 21 Påvirkning af næste generation
- 23 Anbefalinger til fremtidig indsats

Sammenfatning af MTV

Behandling og rehabilitering af PTSD, herunder traumatiserede flygtninge

Udgivet af:

Region Syddanmark
Damhaven 12
7100 Vejle
Telefon 7663 1000

Udgivelsesdato:

November 2008

Forord

Det er regionernes opgave at tilbyde behandling til mennesker, der er blevet traumatiserede som følge af krig og tortur i et andet land. Det er en gruppe, der ikke fylder meget i den offentlige bevidsthed. Og såmænd heller ikke på de offentlige budgetter. Men det gør jo ikke indsatsen mindre vigtig, for det er en gruppe mennesker, der har brug for hjælp. Velkvalificeret hjælp. Desværre ved vi for lidt om, hvad det er, der skal til for effektivt at hjælpe.

Derfor er det glædeligt, at vi kan få sat en ny dagsorden, hvor vi for alvor kan få sat fokus på, hvad der virker i behandlingen af traumatiserede flygtninge. Derfor er det også mit håb, at rapporten bliver brugt til at planlægge og udføre mere strømlinet, ensartet og evidensbaseret behandling og rehabilitering af torturofrene.



Carl Holst
Regionsrådsformand

MTV'en giver en opdateret oversigt over forskning og praksis indenfor området. Den omfatter såvel den empiriske forskning indenfor feltet, udvikling af nye teorier samt analyser af behandlingseffektivitet - og kombinerer disse aspekter så der åbnes for en nødvendig videre udvikling af feltet på et fagligt solidt grundlag.

Der er tale om et fagligt arbejde af meget høj kvalitet - og om et must for alle beslutningstagere og praktikere indenfor området.

Denne MTV bidrager med en nødvendigt og betydningsfuld forskningsbaseret af feltet på en måde så grundlaget for en konstruktiv, fælles god standard inden for feltet kan sættes.



Peter Berliner
Lektor, mag. art. ved Københavns Universitet

Indledning

”MTV - Behandling og rehabilitering af PTSD, herunder traumatiserede flygtninge” er udarbejdet af Center for Kvalitet i Region Syddanmark og er resultatet af et opdrag fra Psykiatristaben i Region Syddanmark.

Opgaven har været at afdække evidensen for behandling og rehabilitering af patienter med Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), med særligt henblik på traumatiserede flygtninge. Det har været en forudsætning, at området skulle belyses i et MTV-perspektiv med litteraturstudie af elementerne teknologi, organisation, patient og økonomi.

Formålet med MTV-rapporten er *”at afklare og sammenfatte den foreliggende evidens for behandling og rehabilitering af patienter med PTSD, herunder traumatiserede flygtninge, på baggrund af et systematisk litteraturstudie.”*

Rapportens målgruppe er både centrale og decentrale beslutningstagere og planlæggere på alle niveauer og klinikere i både primær og sekundær sektor. Rapporten henvender sig samtidigt til alle andre faggrupper, der har berøring med patienter med PTSD og traumatiserede flygtninge i deres arbejde.

På baggrund af nyere danske undersøgelser konkluderes det, at antallet af kontakter til sundhedsvæsenet på grund af PTSD er langt hyppigere blandt indvandrere end andre grupper. Det er positivt, at der er øget fokus på etniske minoriteters sygelighed og forbrug af sundhedsydelser, herunder gruppen af traumatiserede flygtninge, som beskrives som stærkt overset og underbehandlet.

Det konkluderes, at MTV undersøgelsen afdækker et behov for en styrket indsats af behandling, opsporing, forebyggelse og rehabilitering af patienter med PTSD, særligt gruppen af traumatiserede flygtninge.

Den afdækker samtidig et behov for en status på og gennemgang af, hvilken behandling der har vist sig effektiv for patienter med PTSD generelt. Og om der er behandlingstyper eller interventioner, der har vist sig særligt virksomme for undergruppen af multitraumatiserede flygtninge med kronisk PTSD.

MTV-rapporten medvirker til at belyse behandlingseffekten fra perspektiverne teknologi, organisation, patient og økonomi.

Hvad er PTSD

Post Traumatic Stress Disorder, PTSD, dækker over et karakteristisk mønster af symptomer, som personer risikerer at udvikle som reaktion på eksponering for en eller flere ekstreme traumatiske hændelser. Hændelserne involverer dødsfald eller trussel om død, lemlæstelse eller trussel mod personens eller andre personers fysiske integritet.

Typiske eksempler på direkte traumatiserende hændelser er voldtægt, deltagelse i krigshandlinger, fangenskab (fx gidseltagning eller ophold i koncentrationslejr), større ulykker (f.eks. brand eller trafikulykker) samt naturkatastrofer. At være vidne til unaturlig død og lemlæstelse som følge af voldelige overgreb, ulykker og krig kan virke som udløsende faktor for udviklingen af PTSD.

Det har været diskuteret, om diagnosen PTSD dækker de mange symptomer, som mennesker, der har været udsat for længerevarende totalitær kontrol og/eller organiseret vold, præsenterer. Nogle mennesker udvikler et særlig komplekst symptombillede, såkaldt 'complex trauma syndrome'. Der kan derfor være behov for at udvide diagnosen, så den mere præcist beskriver det komplekse symptombillede af PTSD, f.eks. 'Complex PTSD' eller 'DESNOS' (Disorders of Extreme Distress Not Otherwise Specified). Der er ved at tegne sig brede samtlende symptommønstre, der formentlig mere præcist kan definere de centrale elementer i lidelseskomplekset.

Der er ikke en klar sammenhæng mellem symptombedring og evnen til og oplevelsen af at fungere i arbejdsliv og familie.

Psykosocial funktion og symptombillede skal derfor ses som to domæner, der kræver særskilte behandlingsfokus og -metoder.

Forekomsten af PTSD

Det ser ud til, at den gennemsnitlige forekomst (prævalensen) af PTSD i den almindelige befolkning ligger på 1-2%. De nyeste tal for forekomsten af PTSD blandt vietnamveteraner viser, at godt 18% havde udviklet PTSD i deres livstid, og at godt 9% led af PTSD 11 til 12 år efter krigen. Blandt soldater fra kampenheder fra Irak udviklede knap 10% PTSD, og blandt kampsoldater fra Afghanistan udviklede knap 5% PTSD. I en gruppe af nyankomne asylsøgere til Danmark oplyste 45%, at de havde været udsat for tortur, og 63% af dem havde PTSD. Undersøgelser blandt flygtninge viser en PTSD prævalens på 65-73%. I en oversigtsartikel rapporteres prævalensrater på 50% eller mere hos flygtningepopulationer.

Faktorer som tryk tilknytning og emotionsreguleret psykosocial støtte har afgørende betydning for modstandsdygtighed for udviklingen af PTSD efter traumatiske begivenheder. Utryk tilknytning fra barndommen og manglende, velreguleret psykosocial støtte fra andre efter traumatiske begivenheder medfører en voldsom forøget risiko for at udvikle PTSD.

Forskning peger endvidere på, at en vis genetisk sårbarhed spiller en rolle i udvikling af PTSD. Ved manglende tidlig og effektiv behandling af PTSD er prognosen dårlig, og 30-50% vil udvikle kronisk PTSD.

Følgesygdomme der knytter sig til PTSD

Man finder ofte andre diagnoser sammen med diagnosen PTSD (co-morbiditet). Blandt patienter, der opfylder diagnosekriterierne for PTSD, havde ca. 90% mindst en yderligere diagnose, og ca. 85% havde to eller flere. De hyppigste comorbide diagnoser til PTSD er depression, angstlidelser, alkoholmisbrug og stofafhængighed samt personlighedsforstyrrelser. Sammen med PTSD ser man ofte også tilpasnings- og belastningsreaktioner, personlighedsændring efter katastrofeoplevelser, dissociative forstyrrelser, somatoforme tilstande, akutte og forbigående psykoser og dysthymi.

Det sammensatte symptombillede gør det vanskeligt at målrette behandlingen over for patienternes centrale underliggende problemstillinger.

Gennem de senere år er der blevet fremsat sammenfattende modeller med bredere beskrivelser af personligheds mønstre sammen med en præcis vurdering af niveauet for patienters psykosociale ressourcer. Sådanne bredere modeller til forståelse af co-morbiditet til PTSD og de underliggende centrale problemstillinger giver mulighed for en mere målrettet og klar differentieret behandlingsindsats.

Traumeeksponering og PTSD medfører overrepræsentation af en lang række objektive indikatorer på dårligt fysisk helbred (infektionssygdomme, smertetilstande, forhøjet blodtryk, hjerte- og kredsløbssygdomme, diabetes, astma, allergi m.fl.) samt højere sundhedsmkostninger. Social isolation (ensomhed) set som enkeltfaktor medfører en lang række negative fysiske helbredsproblemer.

Traumatiserede personer anvender sundhedssystemet langt mere end ikke traumatiserede. Det handler bl.a. om kredsløbssygdomme, forhøjet blodtryk og kroniske hjertesygdomme. Endvidere har undersøgelser af Vietnamveteraner med diagnosticeret PTSD vist, at der generelt er en overdødelighed hos gruppen med PTSD i forhold til tilsvarende gruppe uden PTSD.

Ved længerevarende PTSD ses ofte en sammensætning af reaktionsmønstre som selvdestruktiv og impulsiv adfærd, fjendtlighed, social tilbagetrækning og isolation, følelse af håbløshed og af at være under konstant trussel, et skadet forhold til sine omgivelser og sociale netværk, somatisering og afmagt. De sociale konsekvenser er dybt forankrede i patientens fysiske og psykiske helbred, hvilket praktisk talt altid påvirker de nærmeste pårørende og i særdeleshed børnene.

Hvordan behandler man PTSD - og virker det

Den medicinske teknologi, der anvendes i behandling og rehabilitering af patienter med (kompleks) PTSD, er "en tværfaglig, specialiseret indsats". En sammensat indsats med elementer af psykoterapi, farmakoterapi, fysioterapi og socialrådgivning.

Ideelt set skal sammensatte teknologier præsenteres og vurderes samlet. Der er imidlertid ikke fundet tilstrækkelig dokumentation og evidens for effekten af en sådan sammensat indsats. Derfor beskriver MTV rapporten evidensen for hver enkelt særskilt teknologi.

Psykosociale behandlingsmetoder

I MTV rapporten undersøges teknologier fra primære kilder og oversigter fx Cochrane og en australsk guideline. Der er i MTV rapportens kapitel om teknologi udarbejdet en oversigt over teknologier.

I gennemgangen af behandlingsmetoder skelnes der mellem psykosocial behandling af PTSD i almindelighed og effekten heraf, og psykosocial behandling af traumatiserede flygtninge i særdeleshed og effekten heraf.

"International Society for Traumatic Stress Studies" etablerede i 1997 "PTSD Treatment Guideline Task Force" med det formål at udvikle ensartede retningslinjer for forskning og behandling. Resultatet af det omfattende arbejde blev offentliggjort i 2000. MTV rapporten gennemgår konklusionerne fra dette studie. Derudover gennemgår MTV-rapporten flere nyere empiriske studier med fokus på sammenligning af effekt af forskellige behandlingsformer over for PTSD.

Den generelle konklusion er, at der kun er få statistiske forskelle på forskellige behandlingsformers effekt over for PTSD.

Der har de senere år været stigende fokus på faktorer ud over PTSD symptomer, der er centrale i behandling af patienter med PTSD. Flere forskere gør opmærksom på, at tidlige relationelle traumer og senere tilkomne choktraumer har en række grundlæggende følgevirkninger, der bør fokuseres på, før man eventuelt iværksætter en kognitiv evidensbaseret terapi.

For eksempel har ofre for seksuelle og andre overgreb ud over deres PTSD symptomer store problemer med regulering af affekt og med mellemmenneskelige relationer. Det forringer eller umuliggør evnen til at få udbytte af traumefokuseret behandling. Med andre ord ser det ud til, at tidligere traumatiske oplevelser, blandt andet under opvæksten med efterfølgende lav mentaliseringssevne, har afgørende betydning for effekten af den terapeutiske intervention.

Alle undersøgelser peger på en forholdsvis ringe effekt-forskel mellem terapeutiske teknikker. En væsentlig aktiv virkningsmekanisme i terapien er selve kontakten eller relationen mellem behandler og patient samtidig med, at svære traumatiske oplevelser og ustyrlige følelser ikke undgås.

Gennem en mentaliserende og emotionsregulerende behandling opbygges patientens relationelle ressourcer og mentaliseringskapacitet, der er forudsætningen for en stigende eksponerende tilgang. Det stemmer overens med den generelle forskning inden for virkningsmekanismer i psykosocial behandling.

Så mange som 50 % af patienterne i effektundersøgelserne opfylder stadig de symptombaserede kriterier for PTSD efter afsluttet behandling og ved followup. Og nogle PTSD symptomer har vist sig særdeles modstandsdygtige over for eksisterende behandlingsformer.

De patienter, der ikke responderer på de hidtil undersøgte evidens-baserede terapier for PTSD, er generelt præget af færre psykosociale ressourcer, større smertelidelser i hverdagen, større tendens til depression og vrede, større forbrug af smertestillende midler og psyko-farmaka, dårligere sociale relationer og svagere tilknytning til arbejdsmarkedet. Disse patienter synes at have en mere alvorlig PTSD symptomatologi inklusive kronisk og kompleks PTSD.

Ud over effektstudier af behandlingsindsats over for PTSD generelt er der gennemført effektstudier specielt over for traumatiserede flygtninge. Resultaterne af disse studier opridses i MTV rapporten. Undersøgelserne demonstrerer behov for såvel en veldefineret terapeutisk indsats som for objektive mål for psykisk helbred, der er uafhængig af subjektive bias.

Flere nyere undersøgelser bliver fremhævet for deres opmuntrende resultater. Den ene undersøgelse er udført i en flygtningelejr og måler effekten af narrativ eksponeringsterapi (NET). Den samme forskergruppe undersøgte effekten af NET og psykoedukation over for en gruppe 60-70 årige, som havde været udsat for politisk tilfange-tagelse og tortur for fyrré år siden.

Resultaterne tyder på, at NET kan bevirke en lettelse af PTSD symptomer og depression, selv når tilstanden har været ved længe.

En undersøgelse af effekten af en kropsfokuseret behandlingsform blev fremlagt på en international konference om "Somatic Experience Therapy" september 2007 af van der Kolk fra The Boston Trauma Center.

Patienter med PTSD har nedsat aktivitet i medial præfrontale cortex, hvilket blandt andet forklarer den nedsatte evne til at berolige og regulere sig selv eller blive reguleret af andre. Forskning tyder på, at en hovedbestanddel af de traumatiske erindringer er repræsenteret i hjernen som uforarbejdede og uafsluttede kropslige sansendeindringer. Van der Kolk har undersøgt, om den kropsoverrettede terapiform er effektiv sammenlignet med CBT (Cognitive Behavioural Therapy).

Resultatet af undersøgelsen var, at den kropsoverrettede terapiform så ud til at være dobbelt så effektiv over for kronisk PTSD som kognitiv terapi (CBT).

Det understreges, at der på trods af den megen forskning ligger meget arbejde forude. Næsten alle randomiserede kliniske forsøg med PTSD behandling har kun undersøgt komponenter af kognitiv (CBT) behandling og effekt af et lægemiddel af gangen.

Der er derfor behov for at udvide omfanget af de post-traumatiske følger virkninger - de samfundsmæssige, de familiemæssige, de personlige og fysiske - som fokus for behandlingsindsats og resultater. Der er også behov for at skræddersy indsatserne efter patienternes individuelle funktionsniveau og -mønstre.

Followup studier tyder på, at de patienter, der i undersøgelserne responderer over for de eksisterende evidensbaserede terapier for PTSD, synes at bevare det vundne.

Det store problem er imidlertid, at ca. 50% af patienterne i effektstudierne stadig opfyldte PTSD kriterierne efter afsluttet behandling og ved followup undersøgelserne. Og at der selv ved symptomreduktion stadig kan forekomme omfattende psykosociale problemer.

Nogle PTSD symptomer, især tomhed og fravær af emotioner, har vist sig endnu mindre responsive over for de eksisterende behandlinger med kognitiv terapi. I MTV rapporten konkluderes det derfor, at en af vejene i den nyere forskning er mere fokusering på mønstre og niveau for psykosocial funktion og på det mentaliserende relationelle, hvilket tilsvarende bør udgøre et stigende fokus for assessment og behandlingsindsatsen.

Evidens

For at sikre alle patienter lighed i og lige adgang til behandling på området anbefales ensartet visitation og assessment. Det anbefales endvidere, at der ved de specialiserede centre for PTSD behandling indføres ensartede, systematiserede og velbeskrevne behandlingstilbud, specielt til gruppen af PTSD patienter med kompleks, kronisk PTSD, comorbide tilstande og en række sociale problemer, eksilproblemer m.v. Disse ensartede tilbud kan omfatte behandling, der er evidens for.

Der er evidens for mentaliseringsbaserede psykoedukationsprogrammer, som indeholder viden om PTSD sygdom, dens symptomatologi, forløb, påvirkning af familie m.v. Herudover er der evidens for programmer, der indeholder teknikker og metoder til bekæmpelse og eventuel accept af PTSD symptomer.

Det anbefales, at disse programmer tilbydes venteliste-patienter og familier. Herudover er der evidens for bredere evidensbaserede psykoedukationelle programmer med fokus på emotioner og affektregulering.

Til børn og unge er udviklet programmer for struktureret psykosocial aktivitet. Sådanne strukturerede programmer foregår typisk i grupper og med en varighed af 3-4 måneder. Programmerne kan ligge forud for eller delvist parallelt med en psykosocial behandling.

For at sikre lighed i behandlingen anbefales hurtig indførelse af ensartede og frem for alt systematisk opbyggede og velbeskrevne behandlingsformer, der er evidensbaserede, og som på nuværende tidspunkt er bedst empirisk undersøgt i forhold til behandling af PTSD og nært beslægtede forstyrrelser. Empirien tyder på, at tilbuddet om en systematisk behandling er lige så afgørende som præcis, hvilken evidensbaseret behandlingsform, der vælges.

Systematisk organiserede behandlingstilbud har i samtlige kontrollerede kliniske undersøgelser vist sig mere effektive end behandling ud fra behandlernes individuelle præferencer. Det drejer sig bl.a. om mentaliseringsbaseret behandling, skemafokuseret terapi, overføringsfokuseret terapi, dialektisk adfærdsterapi og eksponeringsterapier for de bedst fungerende.

Det centrale i anbefalingerne er, at behandlingstilbudene er systematiske, velbeskrevne, evidensbaserede og ensartede. Centralt er også en organisatorisk forankret behandlersupervision med løbende sammenstilling af eksplicite og implicite terapeutiske færdigheder. Dermed sikres traumatiserede flygtninge med PTSD den mest effektive behandling og lige adgang til behandling.

Den fremlagte evidens peger på nødvendigheden af en bred og præcis vurdering af PTSD patienter som en forudsætning for iværksættelsen af interventioner og behandling, der med størst sandsynlighed og hurtigst muligt medfører stabilisering og bedring.

Den psykosociale vurdering af PTSD patienter omfatter en beskrivelse af tilstedeværelse, fravær, graden af PTSD symptomerne og af comorbide tilstande. Herudover en beskrivelse af familie- og traumehistorie, tidligere og nuværende livsomstændigheder og relationer, copingevner og social støtte i netværket.

Desuden omfatter vurderingen en beskrivelse af indikatorer på bredere social interpersonel og beskæftigelsesmæssig funktion. For at kunne differentiere, specificere og målrette behandlingsindsatsen er det specielt vigtigt med præcis assessment i tilknyttede relationer af patientens reaktionsmønster, niveauet for psykosociale ressourcer (mentaliseringsniveau), copingstrategier, dissociationstype samt af de bredere psykosociale funktioner og ressourcer.

Det anbefales, at vurderingen af PTSD patienter eksplicit indeholder behandlernes vurdering af ovennævnte faktorer.

Medicinsk behandling

Forskning peger på, at PTSD patienter opfatter en lang række almindelige eller tvetydige stimuli i dagligdags situationer som truende og farlige. Stimuli, der for patienten har en sansemæssig lighed med stimuli fra de traumatiske begivenheder. Selv om en sådan opfattet trussel ikke reelt er til stede i nutiden, kan den hos PTSD patienten udløse en mobiliserende kamp/flugt reaktion eller immobiliserende dissociative tilstande.

Personen kan derved rammes af invaderende billeder, flashbacks, hyperarousal (primær dissociation) eller følelsesmæssigt fjerne sig, forlade sin krop, blive følelsesløs (sekundær dissociation). Fælles for disse reaktionsmønstre er en overaktivering af amygdala.

Hos PTSD patienter er reguleringen af den hyperaktive amygdala forringet, og den dæmpende indflydelse fra den mediale præfrontale cortex (PFC) er alvorligt svækket. Et konsistent fund hos PTSD patienter er herudover mangler i hippocampal struktur og funktion og dermed i eksplicite kognitive- og hukommelsesfunktioner.

PTSD er blandt andet karakteriseret ved en forstyrret og overdrevet cyklisk ustabilitet i det autonome nervesystem. Der er empirisk forskning, der belyser fejlregulering af vigtige neurohormonale og immunologiske systemer hos PTSD patienter. Dette anses for at være en medvirkende forklaring på disse patienters højere sygdomsrisiko og højere dødelighed bl.a. på grund af hjerte-karsygdomme.

Den farmakologiske udfordring er at identificere, hvor og hvordan der kan interveneres for at tøjle amygdala og de corticale og subcortical følger. I MTV rapporten gennemgås farmakologisk forskning vedrørende det adrenerge system og noradrenalin.

Der redegøres for serotoninssystemerne og behandling med antidepressiva mod PTSD, og det konkluderes her, at SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) er bedst dokumenteret og kan have effekt på PTSD generelt, men at effekten på gruppen af patienter med kronisk, kompleks PTSD er mere tvivlsom.

Antiepileptisk medicin har været interessant i behandlingen af PTSD på grund af dens stabiliserende virkning. I de senere år er der udviklet en række nye antiepileptika "mood stabilizers", som har øget interessen i at udforske virkningen i forhold til PTSD. Forøgede dopaminniveauer spiller måske en rolle i PTSD symptomer som vagtsomhed, hyperarousal og paranoide/psykotiske tilstande. Der er voksende litteratur om positive behandlingsresultater med atypiske neuroleptika i forhold til patienter med kronisk og kompleks PTSD.

Generelt reagerer mange patienter med kompleks, kronisk PTSD kraftigt på medicinsk behandling, og det anbefales at begynde med lave doser. Flygtninge med PTSD kan fra hjemlandene være uvant med farmakologisk behandling. Derfor er edukation om medicinens virkning og eventuelle bivirkninger speciel vigtig.

Den foreliggende evidens peger på en synergieffekt mellem de tidligere nævnte psykosociale behandlingsformer og en optimal psykofarmakologisk behandling. Psykofarmakologisk behandling alene opnår sjældent fuld remission.

Omfattende randomiserede og kontrollerede multicenter studier fra USA har medført en godkendelse af Sertralín og Paroxetin (eller andre SSRI præparater), som indikerede for PTSD behandling. Disse har vist en remissionsrate på omkring 30%, vel at mærke også hos psykosocialt velfungerende PTSD patienter. Andre 20% udviste ingen forbedring, medens 50% viste en vis forbedring.

Det viste sig ydermere, at den SSRI-relaterede bedring i PTSD tilstanden var uafhængig af bedringer i depressiv symptomatologi.

Disse resultater har øget interessen for at tilføje endnu en psykofarmakologisk behandling ud over SSRI eller SNRI præparater. F.eks. tilføjelse af et antiadrenerg middel, et antiepileptisk, et atypisk antipsykotisk eller eventuelt et typisk neuroleptikum, som generelt ikke anbefales til PTSD behandling. Ligeledes anbefales benzodiazepiner generelt ikke til PTSD behandling, men kan i kortere perioder give lindring. Som nævnt tyder forskningen på, at kombinationen af den psykofarmakologiske og den psykosociale behandling er det optimale.

Andre teknologier

Den australske guideline for behandling af PTSD har ikke fundet evidens for fysioterapeutiske behandlinger. I MTV rapporten gennemgås derfor studier med sparsom evidens, hvoraf kun få studier inkluderer behandling af flygtninge med kompleks PTSD.

En norsk undersøgelse fra 2006 beskriver forekomsten af kroniske smerter hos stærkt traumatiserede flygtninge. Undersøgelsen analyserer mulige sammenhænge mellem kronisk smerte, rapporterede traumatiske hændelser, psykosociale faktorer og psykiatrisk symptomatologi. Der blev ikke fundet nogen sammenhæng mellem type eller antal af traumatiske hændelser og kroniske smerter. Men der blev fundet signifikant sammenhæng mellem stærke kroniske smerter og posttraumatisk stresslidelse samt angst- og depressionsscore.

Det anbefales, at udredning og behandling af stærke smerter inkluderes i rehabilitering af traumatiserede flygtninge.

I et studie fra 2007 monitoreres behandlingen af 21 mandlige torturofre i et personligt designet, tværfagligt forløb. Alle fik fysio- og psykoterapi, og alle blev regelmæssigt undersøgt af henholdsvis en reumatolog og en psykoterapeut. Behandlingseffekten blev målt ved hjælp af et indeks for muskelsmerter (fibrositis indeks). Patienternes psykiske trivsel blev ikke målt. Behandlingen havde en signifikant effekt på muskelskeletal smerte hos patienterne.

Andre studier påpeger, at viden om tilgrundliggende patofysiologiske mekanismer bør prioriteres, ligesom systematisk undersøgelse af effekten af farmakologisk og ikke farmakologisk smertebehandling bør prioriteres.

De mest overbevisende resultater er fundet i en undersøgelse med BAT (Body Awareness Therapy) som tillæg til sædvanlig behandling. Ud over forbedret kropsbevidsthed, søvn og fysiske coping-ressourcer, var der forbedringer i forhold til bl.a. kropslig stabilitet og balance, vejrtrækning, muskelspænding, psykiske symptomer, fysisk coping og self-efficacy.

I en anden undersøgelse har man sammenlignet effekten af Body Awareness Therapy (BAT), Feldenkrais metode (FK) og konventionel fysioterapi. Generelt viste BAT og FK de største forbedringer.

Evidensen for fysioterapeutisk behandling af patienter med PTSD, der samtidigt er traumatiserede flygtninge, er altså meget sparsom. Det er i høj grad studier af patienter med kroniske smerter og andre sygdomme, der er undersøgt, og dermed skal resultaterne tages med forbehold.

Et eksempel på fysioterapibehandling, der viser positiv effekt på patientgruppen, er som nævnt BAT. Resultaterne tyder på, at Basic BAT som supplement til sædvanlig behandling inden for en relativt kort periode forbedrer kropsbevidstheden og patientens holdning til kroppen.

Ligeledes tyder resultaterne på, at behandlingen forbedrer patientens self-efficacy (evne til at mestre det man ønsker), søvn og fysiske coping ressourcer bedre end sædvanlig behandling. Der er positive resultater forbundet med at intervenere tidligt i forhold til det tidspunkt, hvor torturen fandt sted.

På baggrund af de få studier, der er identificeret, vil det være kvalificerende for den fysioterapeutiske del af behandlingen at undersøge effekterne af den fysioterapeutiske indsats.

Hverken den australske eller den engelske guideline for behandling af PTSD har fundet betydelige studier af effekten af psykosocial rehabilitering. Den sparsomme viden om psykosocial rehabilitering, der beskrives i de respektive guidelines, er derfor udtryk for ekspertudsagn og en pragmatisk tilgang til psykosocial rehabilitering. Som det nævnes i patientafsnittet, er den psykosociale, rehabiliterende intervention dog ikke uden betydning for patienterne.

I det psykosociale arbejde med traumatiserede flygtninge er der, ud over patienternes kliniske status, ofte en række presserende sociale problemstillinger, der skal varetages, før eller sideløbende med, traumefokuseret terapi kan påbegyndes. Psykosociale, rehabiliterende interventioner er designet til at fremme personens integration og funktion i samfundet snarere end at lindre symptomer.

Denne indsats kan hjælpe patienten med at kompensere for de negative effekter af social funktionsnedsættelse, der ofte ses i kølvandet på kronisk eller kompleks PTSD. Det være sig manglende evner til at varetage et arbejde og forsørge sig selv eller familien, risikoadfærd, social isolation, inaktivitet og lignende. Psykosocial rehabilitering inkluderer interventioner som for eksempel familiestøtte (herunder psykoedukation til familiemedlemmer), jobtræning og boligangvisning.

Vurdering af den samlede effekt og anbefalinger

Der er evidens for, at patienter med PTSD og forholdsvis gode psykosociale ressourcer bedst profiterer af en eksponeringsfokuseret behandling i forhold til de traumatiske begivenheder, symptomer og relationer i nutiden.

Forskningen peger på, at gradvis mentaliseringsbaseret eksponering for tidligere og nutidige angstfremkaldende stimuli og situationer desensitiverer og regulerer angsten samt reintegrerer den autobiografiske hukommelse.

Terapeut-patient relationsformerne med et mentaliserende fokus under den gradvise og angstfremkaldende tilnærmelse til de svære ting (aktivering af tilknytningssystemet) ser ud til at være en afgørende faktor for behandlingsresultatet. Et forudgående eller parallelt psykoedukativt program ser ud til at forstærke behandlingsresultatet.

Den foreliggende evidens peger på, at PTSD patienter med kompleks, kronisk PTSD (og ofte flere comorbide tilstande) med svage psykosociale ressourcer vanskeligt eller slet ikke kan profitere af eksponeringsbehandling, der iværksættes hurtigt. Blandt andet er frafaldet stort og patienterne har tendens til at dissociere under stress.

Forskningen peger på, at mere stabiliserende og psykoedukative, supportative og mentaliseringsbaserede interventioner med et hovedfokus på nutiden og nutidige relationer er mest gavnligt for denne patientgruppe. En mindre andel vil eventuelt senere kunne profitere af en eksponerende behandling. Den nyeste forskning peger på god effekt af mentaliseringsbaseret behandling og en somatisk, kropsorienteret terapi. En kombination af psykoedukationelle programmer og supportative og mentaliseringsbaserede interventioner med lav traumefokusering ser ud til at tjene denne patientgruppe bedst.

Evidensen i forhold til gruppen med kronisk kompleks PTSD, en eller flere comorbide diagnoser og de laveste psykosociale ressourcer i forhold til tydelig bedring eller helbredelse er nedslående.

Forskningen tyder på, at psykoedukation og supportative tiltag er den bedste behandling til denne gruppe. Selve behandlingsrelationen og fokusering herpå er afgørende her. En behandling med dette indhold - evt. i hjemmet og med inddragelse af familie og støttepersoner - efterfulgt af en mere vedvarende edukativ og supportativ indsats i det primære kommunale system, er efter den foreliggende viden den bedste.

Behandlingsindsatsen på de specialiserede centre for denne gruppe PTSD patienter vil typisk være 3-6 måneder, efterfulgt af en mere permanent kommunal indsats, eventuel med hjælp og supervision fra centrene.

Det anbefales, at de psykoedukative, mentaliseringsbaserede programmer tilbydes patienter på venteliste, da forskningen entydigt peger på en mere kronisk udvikling, jo længere tid der går. Ud over dette psykoedukative program til ventelistepatienter (cirka 3 måneder med 1-2 ugentlige timer) anbefales det, at programmet i vidt omfang tilbydes relevante familiemedlemmer.

Det er dokumenteret, at den psykosociale støtte og forståelse fra nærtstående er en af de allervigtigste faktorer i opbremsning og bedring af PTSD. Familierapi kan i nogle tilfælde være indikeret, især hvor børnenes udvikling er i fare.

Hvordan kan behandlingen organiseres

MTV rapporten har en selvstændig beskrivelse af, hvordan behandlingen kan organiseres. Indledningsvist er der en beskrivelse af grundlæggende organisatoriske begreber, set i relation til organiseringen af specialiserede behandlingscentre. Herefter følger en karakteristik af det ideelle behandlingscenter.

Beskrivelsen af det ideelle behandlingscenter er fra en omfattende publikation om organisering af behandlingscentre for PTSD-patienter, udarbejdet af Williams og Nurmi. Sidstnævnte har før det udgivet en doktorafhandling om samme emne. Publikationen er resultat af mange års erfaring, studier af specialiserede behandlingscentre samt interviews med adskillige internationale, specialiserede behandlingscentre. Den indeholder også illustration af, hvordan det ultimative specialiserede behandlingscenter kan se ud på baggrund af al international erfaring og viden.

Det konkluderes, at enhver model af et specialiseret behandlingscenter må være kompleks, fordi modeller for behandling og rehabilitering er sammensatte, og fordi behandlingen af traumer bliver stadig mere kompleks, tværfaglig og global.

Behandling ved udgående teams er generelt positiv set fra både et patient- og et personaleperspektiv, men fordele og ulemper ved udgående teams kunne belyses nærmere. En case manager kunne være en central person i overgange mellem de forskellige behandlingsinstanser, uanset om det er sygehus, center, kommune m.fl.

Af to organisationsformer, der gennemgås og evalueres, er "The Twin Strategy Model" den, der ligger nærmest den danske med behandling på specialiserede centre i kombination med kommunal indsats/praktiserende læge.

Fordelen ved denne model er muligheden for udvikling af høj faglig kompetence, forskning, monitorering og videndeling. Svagheden ved modellen er overgangen og overdragelsen mellem de specialiserede behandlingsenheder og indsatsen i kommunerne. Det er netop en af anbefalingerne i MTV rapporten at have fokus på overgangen mellem centrene og kommunerne.

Tværfagligheden er af stor betydning for behandlingen og rehabiliteringen af patienter med PTSD. Derfor er det tankevækkende, at der ingen sygeplejersker er ansat ved de specialiserede behandlingscentre. Det kan skyldes traditioner, og at centrene tidligere lå uden for psykiatrien.

Det vil være en fordel at samstemme centrene med den øvrige psykiatri, blandt andet i forhold til at leve op til de krav, der stilles til centrene, for eksempel om rapportering af utilsigtede hændelser.

Evidensen i forhold til den mest hensigtsmæssige rækkefølge af psykologisk behandling er sparsom og tvetydig. I forhold til den psykologiske behandling af PTSD ser det dog ud til at være en fordel indledningsvist at tage fat på smertefulde fysiske symptomer og først derefter starte den psykologiske behandling.

Ifølge den australske guideline anbefales det først at iværksætte traumefokuseret behandling. Hvis der ingen effekt ses af denne behandling, dernæst at tage hul på den ikke-traumefokuserede behandling. Ser man på de traumefokuserede behandlinger, var der ikke grundlag for at opprioritere CBT (Cognitive Behavioural Therapy) som behandling for flygtninge med PTSD i forhold til andre psykologiske behandlingsformer som for eksempel eksponeringsterapi. Dog havde CBT en særlig positiv indvirkning på graden af symptomer på PTSD.

Der ses ikke klar sammenhæng mellem symptomreduktion og relationelle ressourcer og dermed evne til og tilfredshed med arbejds- og familieliv. Ved samtidig PTSD og depression siger litteraturen, at behandling af PTSD skal igangsættes først, mens der ved samtidig PTSD og stofmisbrug skal overvejes sideløbende behandling. I forhold til den farmakologiske behandling fandtes ikke meget evidens.

Resultater peger på, at man bør starte den psykologiske behandling efter behandling af smertefulde fysiske symptomer. Der findes ikke noget entydigt svar på, hvordan den psykologiske behandling bør organiseres i forhold til rækkefølge og sessioner. Hvis den psykologiske behandling viser sig at være ineffektiv, bør man overveje farmakologisk behandling.

Det anbefales at sammenkæde patientens psykosociale ressourcer med typen af intervention.

Grupper

Der foreligger en række resultater vedrørende organisering af mødreterapi, børneterapi og familierapi. Der er påvist positive resultater af programmer med intervention til fremme af børns udvikling og trivsel gennem involvering, relationelt støtte og edukation af mødrene.

Resultaterne omfattede bedre fysisk trivsel hos børnene, øgede kognitive evner og øgede færdigheder i at indgå i relationer. Samtidigt var der forbedringer i mødrenes traumesymptomer og deres generelle tilfredshed med livet. Der var tale om en relationsfokuseret indsats over for øgning af psykosociale ressourcer og ikke en fokusering på symptombillede hos mødrene.

En undersøgelse blandt forflyttede børn med krigstraumer med anvendelse af strukturerede psykosociale traumerelaterede aktiviteter omfattede 315 børn i alderen 8-17 år. Næsten alle udviste markant reduktion i traumesymptomatologi. Ved at specificere og fokusere på struktureret, systematisk relationsbehandling og ikke på symptombehandling hos disse traumatiserede børn, kunne der påvises en markant symptomreduktion.

Et tilsvarende fokus i arbejdet med traumatiseredes familier har også vist positive resultater. Det ser ud som om, at risici for sekundær traumatisering af børn og andre familiemedlemmer kan mindskes gennem familiebase-rede behandlingsprogrammer.

Familien spiller en vigtig rolle i forhold til at søge hjælp og opnå gode behandlingsresultater. I deciderede gruppe-terapeutiske forløb tyder evidensen på, at en forholdsvis homogen gruppesammensætning er en fordel i begyndelsen, blandt andet for at opnå tryghed. Senere i forløbet kan en mere heterogen gruppesammensætning være fordelagtig, blandt andet for at opnå udvikling og inspiration gennem en vis forskellighed.

Organisatorisk kan der drages fordel af at sammensætte grupper, der består af forskellige nationaliteter, hvorigennem der kan ske en optimering af behandlingen.

Personale

Hvor stort personalebehovet er, og hvilken personale-sammensætning der er mest hensigtsmæssig, afgøres af typen af henholdsvis patienter og traumer. Imidlertid viser erfaringerne fra England, at der ingen sammenhæng er mellem det totale antal ansatte og det samlede patientantal, som modtager behandling. Ifølge denne undersøgelse er det nærmere antallet af psykiatere, der er af betydning for, hvor mange patienter der behandles.

For at modvirke sekundær traumatisering hos behandlerne er det vigtigt med edukation og supervision. Supervision og selvmonitorering er i denne sammenhæng rettet mod behandlerens egne reaktioner og potentielle risiko for sekundær traumatisering.

En særlig forskel i de danske og internationale specialiserede behandlingscentre gør sig gældende, når personalesammensætningen undersøges på detailniveau. Der er på de udenlandske centre typisk specialuddannede sygeplejersker ansat til behandling og rehabilitering af patienterne.

I de danske specialiserede behandlingscentre ser det ud til, at der ikke benyttes specialuddannede sygeplejersker, hvilket er påfaldende, da sygeplejersker ellers er en integreret del af den resterende del af den psykiatriske behandling og rehabilitering.

Generelt udgør traumatiserede flygtninge (særligt fra ikke vestlige lande) en speciel udfordring i forhold til psykosocial, psykoterapeutisk og farmakologisk behandling.

Sygdomsbilledet er oftest sammensat med flere comorbide tilstande, psykosociale og kulturelle problemstillinger. I en engelsk undersøgelse angav mere end en tredjedel af de 203 deltagende behandlingsenheder at have behov for mere viden om terapeutisk og farmakologisk behandling.

I undersøgelsen foreslås det, at en sådan viden opbygges i et (nationalt) kompetencecenter for behandling af traumatisk stress. Ifølge artiklen bør metodeudvikling og forskning danne baggrund for undervisning og supervision i faglige miljøer ved kompetencecentre.

Sammenfattende viste en engelsk undersøgelse, der omfattede 17 specialiserede behandlingscentre, at der blev benyttet ensartede velbeskrevne og systematiske behandlingsprogrammer, men at der var store afvigelser med hensyn til patientkarakteristika. De fleste specialiserede behandlingstilbud til traumatiserede målte rutinemæssigt resultaterne af behandlingsindsatsen, men ofte med forskellige måleinstrumenter.

I Danmark er behandlingsindsatsen organiseret efter "The Twin Strategy Model" med behandling på specialiserede centre og i kommunalt regi. Dette kræver klare beskrivelser og procedurer for overdragelse og opfølgning mellem de specialiserede centre og kommuner og praktiserende læger.

Evidens viser, at interventionsprogrammer til fremme af børns udvikling og trivsel (og til forebyggelse af sekundær traumatisering) gennem involvering, relationel støtte og edukation af mødre medfører positive resultater. Endvidere at strukturerede psykosociale traume-relaterede aktiviteter hjælper børn (8-17 år) uden direkte forældre støtte.

Et relationelt fokus i arbejdet med traumatiserede familier har vist positive resultater. En terapeutisk indsats i familier kan spille en vigtig rolle for forebyggelse af sekundær traumatisering, for at opsøge behandling og for at opnå gode behandlingsresultater.

En del af en systematisk behandlingsindsats er supervision af behandlingen. Denne skal indeholde eksplicit og implicit selvmonitorering af behandlingsindsatsen rettet mod behandlerens løbende kompetenceudvikling.

Undersøgelser peger på behov for en tidlig opsporing af personer med høj risiko for at udvikle kronisk og invaliderende PTSD og for en tidlig forebyggende behandlingsindsats. I mangel heraf klarer mange patienter sig ofte på arbejdsmarkedet i en årrække for senere at bryde sammen, ofte med et uopretteligt kronisk forløb til følge. Hvis man opsporer risikopersonerne gennem screening tidligt i forløbet, kan patienterne formentlig ofte med en forebyggende behandling bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet.

Traumatiserede flygtninge udgør en speciel udfordring i forhold til psykosocial, psykoterapeutisk og farmakologisk behandling. Sygdomsbilledet er oftest sammensat med flere co-morbide tilstande, psykosociale og kulturelle problemstillinger.

Sammenfatningen af evidensen for den organisatoriske del af MTV'en sammenholdt med de øvrige konklusioner og anbefalinger peger mod det gavnlige og nødvendige i at etablere kompetencecentre for behandling af, forskning i og formidling af viden om traume- og torturoverlevende.

I "Psykiatriplan i Region Syddanmark - Fremtidens Psykiatri", Region Syddanmark 2008 defineres et kompetencecenter som "en murstensløs organisatorisk enhed, der har til formål at sikre, at specialviden indenfor et bestemt område formidles og anvendes på tværs af regionen.

Kompetencecentret er et fagligt flagskib for udvikling, formidling og forskning i forbindelse med behandlingen af særlige målgrupper såsom sjældne og/eller meget komplekse sygdomme, hvor det vurderes, at der er et stort udviklingspotentiale."

Patientinddragelse og patienttilfredshed

Medicinske teknologier påvirker så godt som altid de mennesker eller patienter, der er involveret i dem. Derfor er det også nødvendigt at inddrage patienternes viden og erfaringer med en given teknologi, fordi teknologien potentielt har eller får betydning for sociale, kommunikative, økonomiske, individuelle og/eller etiske forhold i patientens hverdag.

I forbindelse med en MTV undersøgelse betyder det generelt bl.a. en belysning af patienternes viden om, oplevelser og erfaringer med teknologien, deres præferencer og forventninger til teknologien og en belysning af, hvordan teknologien har haft indflydelse på deres hverdag.

I denne MTV er der set på patienttilfredshed og til den patientopfattede kvalitet i ydelsen forstået som "patienternes erfaringer, prioriteringer og vurderinger i relation til det konkrete patientforløb." Oplevelserne kan være relateret både til udførelsen og til resultatet af sundhedsfaglige ydelser.

Der er i visse sammenhænge påvist nogen grad af uoverensstemmelse mellem patienters og fagpersoners oplevelse af kvalitet af samme sundhedsydelse. Opfattelsen af kvalitet i ydelsen har konsekvenser for, hvorvidt patienten efterlever behandlingsforskrifterne og dermed for effekt af behandlingen (outcome).

Patientens oplevelse af kvalitet kan derfor bidrage til et mere nuanceret billede af, hvilke aspekter af ydelsen patienterne opfatter som god kvalitet, set i relation til deres forventninger.

Overordnet vurderer patienter med PTSD, at undervisning i egen sygdom (psykoedukation) hjælper. Og at deltagelse i et program med psykoedukation øger sandsynligheden for, at de vil opsøge specialiseret behandling. En terapeutisk alliance mellem patient og behandler er forbundet med større kontinuitet og deltagelse i ambulante opfølgning, og der er positive, subjektive tilkendegivelser for alternative behandlingsformer i et ikke-kontrolleret studie.

Pårørende til PTSD-patienter efterspørger familieterapi og psykoedukation, afhængigt af patientens alder og af, hvor alvorlige PTSD-symptomerne er. Specialiseret behandling for PTSD vurderes som bedre end behandling i almenpsykiatrien. Ved follow-up vurderer patienter med PTSD deres livskvalitet signifikant lavere end angstpatienter generelt.

Generelt ses patienttilfredshed og klinisk outcome som to uafhængige indikatorer for behandlingseffekten. Derimod har patientens kliniske status før behandling signifikant negativ betydning for patienttilfredsheden og den kliniske status efter behandlingen. Patienttilfredsheden synes i mindre grad afhængig af behandlingsstrukturen og behandlingseffekten.

På kort sigt vurderer PTSD-patienter symptomlindrende behandling til at være mest effektiv, mens de samme patienter ved follow-up vurderer de rehabiliterende interventioner som mest effektive.

Traumatiserede flygtninge oplever i flere studier, at specialiserede, tværfaglige behandlingsinstitutioner forstår deres særlige problemer. Det er steder, hvor der er en vej ud af desperation og håbløshed, og hvor man patienterne få hjælp til praktiske problemer, som de ikke selv mener at kunne klare. Behandlingsinstitutionerne ses som en mulighed for at udvikle sig personligt og komme videre med livet.

Patienterne ønsker bl.a. forbedret funktionsevne og bedre sociale kompetencer samt at fastholde eller genvinde arbejdsevnen og evnen til at forsørge sig selv og sin familie (empowerment).

De fysiske rammer er vigtige, ligesom den terapeutiske relation er af afgørende betydning for patienterne. Læring om og mestring af symptomer giver en oplevelse af sammenhæng mellem tanker og følelser, der medfører en øget oplevelse af kontrol og struktur over sig selv og tilværelsen.

De sundhedsøkonomiske konsekvenser af PTSD

Det samlede indtryk af undersøgelser vedrørende omkostningerne ved PTSD er, at der er væsentlige økonomiske omkostninger forbundet med det at have PTSD.

Sundhedsøkonomiske omkostninger dækker bl.a. over sygefravær, uarbejdsdygtighed, reduceret produktivitet i arbejdstiden, øget frekvens af selvmordsforsøg, øget forbrug af sundhedsydelser generelt samt øget misbrug af stoffer og alkohol. Dertil kommer omkostninger til selve behandlingen af PTSD.

I et amerikansk studie af kvinder med PTSD, hvor gruppen var inddelt i tre sværhedsgrader - lav, moderat og svær PTSD - viste det sig, at gruppen med moderat PTSD havde 38% flere udgifter til sundhedsydelser end den laveste gruppe, og gruppen med svær PTSD havde 104% flere udgifter. De øgede udgifter relaterer sig til både ydelser rettet mod psykiske og fysiske sygdomme.

Andre undersøgelser, der tager udgangspunkt i angstlidelser generelt viser, at merforbruget af sundhedsydelserne også dækker over skadestuebesøg, indlæggelser, ydelser i primærsektoren samt medicinudgifter.

Behandling af PTSD?

Konklusionen på gennemgangen af undersøgelserne i MTV-rapporten er, at tidlig opsporing og iværksættelse af behandling potentielt kan nedbringe forekomsten af PTSD og dermed omkostningerne til behandling og øvrige udgifter til sundhedsydelser.

Man kan sammenholde forekomsten af PTSD blandt flygtninge med den øvrige foreliggende viden om samfundsmæssige og økonomiske byrder ved PTSD og med de indirekte personlige omkostninger og høje risiko for sekundær traumatisering af børnene.

Det anbefales, at der foretages en grundigere og mere systematisk vurdering af, hvilke patienter, der har størst udbytte af en given differentieret, systematisk og velbeskrevet behandling. Det vurderes, at mindst en tredjedel af patienterne ikke har det ønskede udbytte af den behandling de modtager.

Påvirkning af næste generation

Der er klar evidens for, at interpersonelle overgreb og svigt begået af ens egne forældre og familie, får langt alvorligere konsekvens for børn end overgreb begået af andre eller ikke intentionelle ulykker og katastrofer.

Det betyder, at traumer påført forældrene gennem krig, tortur og eksil for børnene bliver til interpersonelle traumer i en nær tilknyttet relation. Denne type traumer anses for at være de mest skadelige og ødelæggende for den psykiske og sociale funktion.

Forældre med PTSD reagerer ofte som en konsekvens af deres PTSD med "emotionel følelseløshed". Det har som konsekvens, at de virker utilgængelige og fjerne for børnene, og det forhindrer forældrene i at have en accepterende og glædesfuld interaktion med deres børn.

Den manglende positive interaktion mellem forældre og barn kan resultere i aggressiv og antisocial adfærd hos barnet. Undersøgelser viser endvidere, at mennesker, der tidligere har været udsat for udviklingsmæssige traumer, senere i livet som voksen vil være mere disponeret for at udvikle PTSD ved traumatiske hændelser.

Børn i familier med traumatiserede vil, som følge af forældrenes manglende tilgængelighed og omsorg, udvikle angst for at mærke og tale om det, der sker i forældrenes og deres eget sind. Derved vil barnet mangle en mental model af nærtstående andre til at forstå sig selv. Mentaliseringssevnen svækkes eller blokeres. Dette kan føre til alvorlig identitetsforvirring og til følelsesoplevelser, der er adskilt fra den øvrige personlighed (dissociation).

Barnet vil følgelig have svært ved at tale om og reflektere over følelser, mens følelserne er til stede. Hvis evnen til affektregulering og mentalisering ikke opbygges hos barnet, vil traumatiseringen fortsætte uforløst, og i mere voldelige eller fanatiske miljøer kan det give en tilbøjelighed til blind interpersonel vold.

Undersøgelser i Danmark viser, at unge indvandrer-mænd har en 17 gange højere kontaktrate til psykiatrien som følge af PTSD end unge etnisk danske mænd.

Ligeledes viser undersøgelser, at der er markante etniske forskelle i unges psykiske trivsel og sygdomsforekomst, hvilket giver sig udslag i en generelt højere kontaktrate til psykiatrien især for unge etniske kvinder, men også for de unge mænd. Dette forklares bl.a. med, at psykiske traumer før og under migrationen kan gøre det svært for mange indvandrere og flygtninge at skabe de fornødne psykosociale betingelser for en god opvækst for deres børn.

Det er udslagsgivende, at børn oplever mentaliserende psykosocial støtte i bearbejdelsen af traumeoplevelser.

Undersøgelser viser, at børn der vokser op med traumer og i traumatiserede familier kan være meget alvorligt påvirkede i negativ retning. Føringede skolepræstationer og senere erhvervsevne, formindskede kognitive evner, alvorlige problemer med følelsesregulering og med evnen til at relatere sig til andre mennesker, problemer med kronisk stofmisbrug, psykiske forstyrrelser samt problemer med fysisk helbred.

En hurtig, præcis og tidlig identifikation af traumatiserede børn kunne lede til mere effektive og tidlige interventioner og foranstaltninger, som mindsker og forebygger den negative og til tider ødelæggende indflydelse på barnets funktion nu og fremover på både familierne og på samfundet.

Anbefalinger til fremtidig indsats

MTV rapporten sammenfatter undersøgelser og konklusioner i konkrete anbefalinger til fremtidig praksis. Anbefalingerne omfatter primært traumatiserede flygtninge med kronisk, kompleks PTSD.

Anbefaling om assessment

Der er evidens for sammenhæng mellem patientens psykosociale ressourcer og udbyttet af behandlingstilbud.

Det anbefales, at en præcis vurdering af PTSD-patientens psykosociale ressourcer indgår i den samlede vurdering som en forudsætning for den differentierede og mest effektive indsats.

Det anbefales, at beskrivelse og vurdering af patienters psykosociale ressourcer bruges i et fremtidigt registreringssystem, så informationen kan benyttes til ny vidensgenerering, forskning mv.

Det anbefales, at indførelsen af en mere ensartet assessment af PTSD-patienter på baggrund af denne rapport's evidensbaserede grundlag følges op af undervisning, kurser og supervision af behandlingssentrene kliniske personale.

Anbefaling om psykosocial behandling

Det anbefales, at der indføres systematiske og differentierede evidensbaserede behandlingstilbud, også til gruppen af patienter med kompleks, kronisk PTSD, comorbide tilstande samt sociale problemer og eksilproblemer. Behandlingstilbuddene omfatter behandling, der er forskningsmæssigt bedst evidens for i litteraturen.

For patienter med høje psykosociale ressourcer er der evidens for, at systematisk opbyggede og velbeskrevne behandlingsformer med relativ høj grad af traumefokuseret eksponering er mest virksom. Sådanne behandlingsformer anbefales til denne patientgruppe.

For patienter med PTSD, comorbide tilstande og et mellem niveau af psykosociale ressourcer er der evidens for, at systematisk opbyggede og velbeskrevne behandlingsformer med fokus på den psykosociale resourceopbygning og lavere traumefokuseret eksponering er mest virksom. Sådanne behandlingsformer anbefales til denne patientgruppe.

For patienter med lave psykosociale ressourcer er der evidens for udbytte af supportativ og relationsfokuseret behandling med mere handlingsnær social støtte tæt på dagligdagen. Behandlingen er systematisk opbygget og velbeskrevet. Sådanne behandlingsformer har vist sig stabiliserende og gavnlige for denne patientgruppe og anbefales her.

Der er evidens for en positiv effekt af mentaliseringsbaserede psykoedukative programmer i større eller mindre grupper forud for eller samtidig med ovennævnte mere individuelle niveaudelte behandlinger.

Det anbefales, at sådanne programmer tilbydes samtlige PTSD-patienter i behandling på de specialiserede centre. Sådanne mere kortvarige programmer anbefales også tilbudt til ventelistepatienter og relevante pårørende.

Herudover anbefales, at patienter i behandling tilbydes kortvarige symptomfokuserede programmer med teknikker og metoder til bekæmpelse af, tolerance over for eller accept af PTSD-symptomerne.

Til børn og unge anbefales etablering af veldokumenterede programmer til opbygning af interaktive psykosociale ressourcer.

Det anbefales, at en præcis og eksplicit vurdering af niveauet for psykosociale ressourcer og reaktionsmønstre ligger til grund for iværksættelsen af optimal behandling i forhold til PTSD-patientens behov og ressourcer. Dette forudsætter kompetenceudvikling af alle professionelle, der arbejder med behandling og rådgivning.

Anbefaling om medicinsk behandling

Den foreliggende evidens peger på en synergieffekt mellem de psykosociale behandlingsformer og en optimal psykofarmakologisk behandling.

SSRI anbefales generelt som første behandlingsvalg sammen med SNRI præparater, der også har udvist effekt.

Forskningsresultater har vist en remissionsrate på ca. 30%, hvilket har resulteret i en øget interesse for at tilføje endnu en psykofarmakologisk behandling som andet valg evt. suppleret med et tredje, fx tilføjelse af et antiadrenerg middel, et antiepileptisk lægemiddel, et atypisk antipsykotisk lægemiddel eller evt. et typisk neuroleptikum, som generelt ikke anbefales til PTSD-behandling.

Ligeledes anbefales benzodiazepiner generelt ikke til PTSD-behandling, men kan i kortere perioder give lindring.

Anbefaling om organisering

Det anbefales at anvende ensartede, velbeskrevne og systematiske behandlingsprogrammer tilpasset patientens symptomatologi og psykosociale ressourcer.

Det anbefales, at der er edukation og supervision til behandlerne. Supervision og selvmonitorering er i denne sammenhæng rettet mod egne reaktioner og potentielle risiko for sekundær traumatisering. Som en del af en systematisk behandlingsindsats anbefales supervision af selve den terapeutiske indsats. Denne bør indeholde eksplicit og implicit selvmonitorering, rettet mod behandlerens kompetenceudvikling.

Det anbefales, at der sker systematisk indsamling af data i forbindelse med behandling af patienter med PTSD. Og at der både før og efter behandlingsforløb indsamles data. Der udarbejdes en ensartet protokol med få vurderingsinstrumenter.

Det anbefales, at der er en klar beskrivelse af og procedurer for overdragelse mellem de specialiserede behandlingscentre og kommunerne/praktiserende læger.

Det anbefales, at der iværksættes tidlig screening til opsporing af personer i høj risiko for at udvikle kronisk kompleks PTSD og en tilhørende tidlig forebyggende behandlingsindsats.

Det anbefales, at der iværksættes interventionsprogrammer med fokus på mor/barn relationer, familieprogrammer til udsatte familier samt psykosocialt strukturerede aktiviteter til børn mellem 8 og 17 år.

Det anbefales, at der etableres kompetencecentre for udvikling, formidling og forskning i forbindelse med behandlingen af traume- og torturoverleverne i offentligt regi.

Det anbefales, at den tværfaglige personalesammenlægning nøje overvejes med henblik på kompetenceløft. I forhold til kompetenceudvikling hos personalet anbefales faste procedurer for en stadig omsætning af eksplicit viden til implicitte relationelle terapeutiske færdigheder.

Det anbefales, at området uanset organisatorisk sammenhæng underlægges de samme regelsæt som den øvrige psykiatri - blandt andet for at leve op til kravet om rapportering af utilsigtede hændelser.

Det anbefales, at der indføres casemanagers, der skal medvirke til sammenhæng og koordinering af behandling indenfor og på tværs af sektorer.

Det anbefales, at organisering af behandlingen struktureres således, at ventetiden nedbringes væsentligt, og at der hurtigt tilbydes patienter på venteliste et systematisk, velbeskrevet indledende behandlingsprogram.

Anbefaling om dokumentation

For at monitorere, dokumentere og videreudvikle behandlingsindsatsen anbefales, at der minimum før og efter behandlingsindsatsen indsamles systematisk registrerede data vedrørende patientens symptomkompleks, reaktionsmønstre og niveau for psykosociale ressourcer.

Det anbefales, at der afsættes midler til udvikling og indarbejdelse af procedurer samt til undervisning, kurser og supervision i anvendelsen af metoder til vurdering af patientens psykosociale ressourcer.

Det anbefales, at der etableres en tværfaglig database med data fra samtlige faggrupper samt adgang for alle, og at elektronisk patientjournal med samlet oversigtsark fra begyndelsen skal kunne anvendes i forskningsøjemed. Der bruges et nationalt IT-system, der er kompatibelt med lokale systemer.

Anbefaling om information og undervisning

Det anbefales, at der tilbydes efteruddannelse gennem målrettede, regelmæssigt udbudte og specialiserede kurser for personale, der arbejder med gruppen af traumatiserede flygtninge.

Kurserne foreslås udbudt til såvel interne som eksterne behandlere inden for området. Herudover anbefales skræddersyede kurser til specielle indsatser samt målrettede, regelmæssigt udbudte og specialiserede kurser og fortløbende supervision af involveret behandlingspersonale.

Det anbefales, at der etableres kurser/undervisning om overdragelsen af patienter fra de specialiserede behandlingscentre til praksis og kommunerne, herunder praktiserende læge, socialrådgivere, hjemmesygeplejersker, fysioterapeuter og støtte-kontakt personer m.fl.

Det anbefales, at uddannelsen på forskellige relevante uddannelsesinstitutioner bliver suppleret med et kvalificerende tilbud, der omhandler viden om traumatisering og dens følger.

Det anbefales, at der sker en koordineret og samlet informationsindsats og oplysning bredt i samfundet om traumatisering af voksne og om sekundær traumatisering af børn i familier med en eller flere traumatiserede.

Anbefaling om forskning og tidlig indsats

Det anbefales, at der iværksættes klinisk forskning i forhold til screening, forebyggelse, monitorering og effekten af specialiserede behandlingsforløb. Der anbefales forskning i, hvilke behandlingstilgange, der er effektive og omkostnings-effektive. Der er behov for systematisk udvikling af veldokumenteret viden på området.

En sådan forskning vil på evidensbaseret grundlag danne grundlag for fremtidige ressourcemæssige prioriteringer i den kliniske indsats.

Det anbefales, at der sker en mere sammenhængende koordinering af ressourcer til forskning. I øjeblikket er midlerne spredt på private og offentlige områder og mellem flere ministerier. Derfor anbefales en koordinerende organisering af forskningsindsatsen.

Det anbefales, at der forholdsvis hurtigt og i takt med etablering af systematisk assessment, registrering og dokumentation gennemføres et projekt, der skal klarlægge fordelingen af niveauerne og typerne af psykosociale ressourcer i patientgruppen ved behandlingscentrene. Det vil skabe forudsætninger for mere præcis styring af behandlingsindsats og ressourceforbrug.

Det anbefales, at der sikres let tilgængelig behandling til traumatiserede flygtningeforældre med PTSD. Psykiske belastninger før og under livet i eksil kan gøre det kompliceret for mange at skabe de fornødne psykosociale betingelser for en god opvækst for deres børn.

Det anbefales, at der sker tidlig opsporing af psykisk sygdom og manglende trivsel blandt børn opvokset i traumatiserede flygtningefamilie, og at der er let tilgængelig psykosocial støtte til disse familier.

Anbefaling om koordinering og patientforløb

Det anbefales, at der med regelmæssige intervaller udføres kontrolkonsultationer hos praktiserende læge eller på de specialiserede centre for at modvirke tilbagefald og for hermed at have mulighed for at kunne iværksætte en tidlig indsats.

Det anbefales, at der drøftes, planlægges og udføres procedurer for overdragelsen af patienter fra de specialiserede behandlingssenheder til indsatsen hos de praktiserende læger og kommuner.

Det anbefales, at de organisatoriske forhold vedrørende procedurer og ansvar for overdragelsen fra behandlingen på de specialiserede centre og til indsatsen i kommuner og fra de praktiserende læger undersøges.

Anbefaling om tolkebistand

Det anbefales, at de specialiserede centre er opmærksomme på tolkenes uddannelsesbaggrund, relationsfærdigheder samt indgående kendskab til sygdomssymptomer, behandlingsforløb og behandlingsmetoder.

Tolkeuddannelsen undersøges med henblik på sammenhæng med krav og behov for tolkeindsats, hvilket senere kan resultere i konkrete anbefalinger vedrørende forbedret tolkeuddannelse.

Anbefaling vedrørende økonomi

Der er meget få studier, der giver kvalificeret dokumentation for forholdet mellem omkostninger og effekt ved interventioner overfor gruppen af patienter med PTSD og herunder traumatiserede flygtninge.

Det anbefales, i lighed med anbefalingen om forskning i effekten af behandling, at der iværksættes undersøgelser, som kan belyse de økonomiske konsekvenser for forskellige teknologier. Samt undersøge de økonomiske effekter af forskellige former for organisering af behandling og rehabilitering af patienter med PTSD.

I anerkendelsen af en livstidsprævalens på 15-71% for udvikling af PTSD efter eksponering for en traumatisk hændelse, de betragtelige direkte og indirekte omkostninger forbundet med lidelsen samt traumetydens indflydelse på udviklingen af PTSD og behandlingsresponsen.

Det anbefales derfor at få afdækket hvilke grupper, der kan profitere af hvilke interventioner.

Anbefaling i forbindelse med somatisk udredning

Det anbefales, at behandlere i det somatiske sundhedsvæsen får en bred information og undervisning i traumer og kompleks PTSD, hvilket vil kunne bidrage til øget opmærksomhed på, at der kan være tale om traumer og PTSD, der kræver en specialiseret, ikke somatisk indsats.

Det anbefales ligeledes, at behandlere i det psykiatriske sundhedsvæsen får en bred information og undervisning i traumer og kompleks PTSD, hvilket vil kunne bidrage til øget opmærksomhed på, at der primært kan være tale om traumer og PTSD.

Anbefaling om etablering af følgegruppe til implementering af MTV-rapportens resultater

For at fremme en konstruktiv implementering af MTV'ens resultater ved de specialiserede behandlingscentre og i kommunerne anbefales det, at der tages konkrete skridt til etablering af en følgegruppe.

Følgegruppen har repræsentanter fra psykiatridirektørkredsen, faglige eksperter som psykiatere og psykologer, specialiserede behandlingscentre, praktiserende læger og kommuner.

Anbefaling om kliniske retningslinier og referenceprogram

Det anbefales, at der nedsættes en national arbejdsgruppe, der får opgaven at udarbejde kliniske retningslinier og på sigt et nationalt referenceprogram for behandling og rehabilitering af PTSD i Danmark, herunder både behandlingen af flygtninge og hjemvendte soldater.

Det anbefales, at der oprettes et selskab for psykologer, der har specialiseret sig i behandling af kronisk og kompleks PTSD, ligeledes for psykiatere og andre faggrupper.

Det anbefales, at etablere nationale fora for patienter med PTSD, herunder flygtninge, hjemvendte soldater m.fl.

Region Syddanmark
Damhaven 12
7100 Vejle

regionsyddanmark.dk

10088 - Region Syddanmark - 11.2008

Bliv klogere på PTSD

"MTV - behandling og rehabilitering af PTSD
- herunder traumatiserede flygtninge"

Center for Kvalitet
Region Syddanmark
November 2008

Rapporten i fuld længde samt sammenfatningen kan
rekvireres eller downloades på:
www.regionsyddanmark.dk/psykiatri

"Traume.dk, portal for fagfolk". Hjemmesiden traume.dk bliver lavet i samarbejde mellem Dansk Flygtningehjælp (DFH), Rehabiliterings- og forskningscenter for Torturofre i København (RCT), Videnscenter for Transkulturel Psykiatri (VFTP) og Center for Traume og Torturoverlevelse (CETT).