

# Psykologisk intervensjon etter traumer – gjør det vondt verre?

## Sammendrag

I 1998 viste en Cochrane-analyse at en enkelt sesjons obligatorisk intervensjon ikke forebygger utviklingen av posttraumatisk stresslidelse. Studien har ført til debatt om hva som eventuelt skal tilbys mennesker som har vært utsatt for traumer. Mange klinikere er blitt usikre på hvordan de skal forholde seg til traumatiserte pasienter.

Vi presenterer tre eksempler som kan illustrere situasjoner der psykologisk intervensjon etter traumer er nyttig.

Cochrane-analysens konklusjoner er godt dokumentert. Rådet om å avstå fra enkelt sesjons intervensjoner til alle involverte etter større traumer, uavhengig av graden av psykisk traumatisering, bør derfor ikke være kontroversielt. Men det er gjort få studier med andre design. I de fleste studiene har det ikke vært godt nok samsvar mellom grad av traumatisering, intervensjon og resultatmål, og disse undersøkelsene har derfor begrenset klinisk betydning. Fremtidige studier bør ha en gradert design hvor intervensjonen står i rimelig forhold til traumat.

Basert på annen kunnskap enn fra randomiserte kontrollerte studier er anbefalingen at klinikere ikke bør være redd for å tilby psykologisk hjelp til personer som har vært utsatt for en traumatisk hendelse.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

Artikkelen er basert på en fordypningsoppgave ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

### Marit Kristine Smedsrud

*m.k.smedsrud@studmed.uio.no*

### Erlend Hem

Avdeling for atferdsfag  
Institutt for medisinske basalfag  
Universitetet i Oslo  
Postboks 1111 Blindern  
0317 Oslo

### Øivind Ekeberg

Avdeling for atferdsfag  
Institutt for medisinske basalfag  
Universitetet i Oslo  
og  
Akuttmedisinsk avdeling  
Ullevål universitetssykehus

Anslagsvis 30–40% av de som utsettes for en større ulykke utvikler psykisk sykkelighet ett år etter hendelsen (1). Dette har ført til stor interesse for tidlig intervensjon for å forebygge utviklingen av mentale lidelser etter større traumer. I 1998 viste en Cochrane-analyse at en enkeltsesjons obligatorisk intervensjon ikke var gunstig (2), og i kjølvannet av denne konklusjonen er det blitt hevdet at psykologisk debriefing er bortkastet tid (3). Dette har ført til at mange klinikere er blitt i tvil om hva som er den beste, hvis noen, psykologiske behandlingen etter traumer. Avisoverskrifter som *Krisepsykiatri gjør vondt verre* (4), *Krisepsykiatri virker ikke* (5) og *Krisepsykiatri til ingen nytte* (6) kan ha gitt inntrykk av at det er best å la være å gjøre noe for mennesker som har vært utsatt for traumatiske hendelser. I denne artikkelen ønsker vi derfor å presentere tre eksempler som kan illustrere situasjoner der psykologisk intervensjon etter traumer er nyttig.

### Eksempel 1

En 52 år gammel kvinne fikk påvist brystkreft i juli. Dagen etter døde hennes mor. 1. august ble hun operert. Ved en feil ble det gitt et muskelrelaksantium (cisatracurium) istedenfor midazolam, og hun var våken og kurarisert under innledningen til operasjonen. Dette ble oppdaget, og hun fikk så adekvat narkose og ble operert. Da hun gikk inn i narkosen, var hun sikker på at hun kom til å dø. Hun forstod derfor ikke at hun hadde overlevd da hun våknet opp. Hun ble ikke fulgt opp på vanlig måte fra avdelingens side, fordi feilen ikke hadde blitt rapportert slik den skulle.

Drøye fire måneder senere ble hun fra anestesivdelingen henvist til psykiater etter klage fra pasienten. Hun var da helt invalidisert

av symptomer som var forenlig med posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Hun var ute av stand til å arbeide og klarte heller ikke å delta i vanlige familieselskaper eller å treffe andre enn meget få venner. Hun skåret 41 på Impact of Event Scale (IES), et selvrporteringskjema med 15 spørsmål (total-skåre 0–75) som reflekterer intensiteten av posttraumatiske fenomener. Verdier over 19 regnes som høyt (7). Kvinnen hadde ikke gått inn i noen sorgprosess etter morens død og hadde ikke maktet å besøke gravstedet.

I den første timen hos psykiater ble det fokusert på opplevelsen under narkosen. Hun fikk satt ord på opplevelsene og fikk en forståelse av hvordan hun generaliserte fra denne situasjonen til andre situasjoner hvor hun fikk fantasier om at hun ikke fikk puste. Hun ble oppfordret til å bryte sin unngåelsesatferd og å oppsøke morens gravsted.

Da hun møtte til neste time etter en måned, var hun blitt betydelig bedre. I den mellomliggende julen hadde hun sammen med søsteren vært på gravstedet, og sorgprosessen var godt i gang. Hun hadde også mestret familieselskaper på en mye bedre måte, hadde gjenopptatt arbeidet på deltid og var samlet sett i god bedring. Det ble nå fokusert på de forestående kontrollene av kreftsykdommen. Det var planlagt en plastisk rekonstruksjon av brystet, og hun hadde behov for noen timer for å forberede seg på ny narkose i juni. Hun klarte denne bra etter å ha gjennomgått prosedyrene på forhånd med anestesilege, kirurg og psykiater. Hun hadde seks samtaler i løpet av et halvt år og en kontroll samtale etter sommeren. Ett år etter intervensjonens start var hun symptomfri, i full jobb og IES-skåre var 3.

### Eksempel 2

En 27 år gammel kvinne var alene med sin tre år gamle sønn i tredje etasje i egen leilig-

## ! Hovedbudskap

- Det er usikkert hvilken psykologisk intervensjon som eventuelt skal tilbys etter større traumer
- Det er behov for studier med bedre samsvar mellom intervensjon og traumer
- Graden av symptomutvikling bør kartlegges før psykologisk intervensjon tilbys

het. Sønnen gikk ut på balkongen, klatret over kanten og falt ned. Hun rakk ikke å hindre det, men så ham i fallet før hun løp ned og fant ham alvorlig skadet. Han ble innlagt ved intensivavdelingen, men det ble snart klart at han ikke ville overleve, og han døde etter en uke. Kvinnen og guttens far, som hadde flyttet fra hverandre en stund før ulykken skjedde, var begge på intensivavdelingen så mye de kunne, og med god støtte fra personalet endte den vanskelige prosessen med en verdig avslutning hvor de fikk tatt farvel med sønnen. Det var også viktig for dem at det kunne bli donert organer. Foreldrene ble henvist til psykiater og fikk timer både mens sønnen levde og i tiden etterpå. Det var moren som var mest interessert i dette. Faren mente han klarte seg etter tre samtaler.

Under de to møtene mens sønnen lå i sykehus var fokus rettet mot følelsesmessige aspekter rundt avslutning, død og begravelse. Kvinnen hadde sterke bilder med ufrivillig påtrengende tanker og følelser om hendelsen og klarte ikke å sove i leiligheten. Når hun var i butikker, kunne hun få så sterke bilder av å se bleier eller andre barn at det var vanskelig å være i butikken. Kvinnen flyttet inn hos sin tidligere samboer. De kom hverandre nærmere den første tiden, men det ble snart klart igjen at de ikke passet sammen, så hun flyttet tilbake til egen leilighet. I de følgende månedene var hun aktiv i sorgarbeidet. Hun klarte relativt raskt å møte opp på arbeidsstedet, gikk gradvis tilbake i full jobb og gjenopptok fritidsinteresser.

Kvinnen fikk sju timer hos psykiater etter at sønnen var død, og da terapien ble avsluttet etter åtte måneder var hun symptomfri, i fullt arbeid, bodde i den samme leiligheten og hadde et tilfredsstillende forhold til en venn. IES-skåre var 10. Knappt to år etter avsluttet intervensjon hadde hun og den nye vennen flyttet sammen i et rekkehus og fått en datter. Kvinnen hadde det da bra på alle måter.

### Eksempel 3

Et fly fra et utenlandsk flyselskap fikk problemer under landing på Gardermoen. Kort før rullebanen foretok piloten en avbrutt landing. De steg ganske steilt, og høyere enn planlagt. Flyet vendte nesen nedover med sikte på å stabiliseres på 2 500 fot før ny innflygning. Denne vendingen skjedde imidlertid så brått at løse gjenstander ble kastet rundt i kabinen. Flyet gikk så for langt nedover med altfor bratt nedstigning, før det drog opp igjen og vendte da det var 320 fot over bakken. Igjen steg de bratt til 4 000 fot, før de flatet ut så brått at løse gjenstander igjen ble kastet rundt i kabinen. Deretter landet de greit. Det ble ikke gitt noen forklaring til passasjerene som følte at de hadde vært i livsfare.

Passasjerene opplevde at flyselskapet bagatelliserte det hele og ikke kom frem med riktig informasjon. Det ble tatt kontakt med

en av artikkelforfatterne (Øivind Ekeberg), som sammen med to ansatte i Braathens tilbød debriefing. Det møtte sju passasjerer og noen pårørende ca. en måned etter hendelsen. Flesteparten av passasjerene hadde i mellomtiden reist videre, slik at det ikke var mulig for dem å delta. I den første timen uttrykte passasjerene sterk frustrasjon, redsel og sinne. Den første samlingen varte i tre timer. Denne tiden var nødvendig for at alle skulle få sagt det de ønsket og for at det skulle bli tid til forklaringer og svar på spørsmål. Deltakerne ønsket ytterligere et møte to uker senere. Dette møtet varte i to timer, og deltakerne syntes at de viktigste spørsmålene var besvart, selv om de hadde en sterk opplevelse av at flyselskapet fremdeles undervurderte alvorret. Havarikommissjonens konklusjon, som kom senere, gav også et langt mer alvorlig inntrykk enn det som ble forklart av selskapet.

Deltakerne fylte ut spørreskjemaer etter intervensjonen, etter tre måneder og etter ett år. De hadde i ganske høy grad hatt nytte av å fortelle om egne opplevelser og av å høre medpassasjerenes versjoner av hendelsen samt av å få snakke med fagpersoner om egne og andres reaksjoner. Derimot var de i liten/moderat grad tilfreds med informasjonen fra flyselskapet, og graden av flyredsel ble også bare i liten/moderat grad redusert. Dette samsvarer med de høye IES-skårene: 46 (+/- 17 SD) etter debriefing, 33 (+/- 11 SD) etter tre måneder og 38 (+/- 17 SD) etter ett år. Selv om det var en nesten statistisk signifikant nedgang etter tre måneder ( $p = 0,06$ , paret t-test), kom det ingen ytterligere bedring etter ett år og på intet tidspunkt til ønsket nivå. Etter ett år var det tre som hadde utviklet flyfobi (8). Deltakerne var svært vant med å fly, og ingen hadde hatt flyfobi før hendelsen.

### Diskusjon

Cochrane-analysen fra 1998 konkluderer med at det ikke er dokumentert at en enkelt-sesjons intervensjon er egnet for å forebygge utviklingen av posttraumatisk stresslidelse etter traumer og at rutinemessig debriefing av traumeofre derfor bør opphøre (2). Det er viktig å merke seg at denne analysen kun har inkludert studier der det ble tilbudt én intervensjon til alle og uten noen form for oppfølging etterpå. Dette strider mot vanlig klinisk praksis: Vurder først traumet og tilby deretter behandling i samsvar med vurderingen. Det at det ble gitt lik behandling til alle involverte er like feil som å gi samme kirurgiske behandling til alle trafikkofre. Ett kvarters operasjon til alle ville få små konsekvenser for de minst skadede, det ville kunne være gunstig for de moderat skadede, men gi alvorlige følger for de med alvorlige skader. Slutningen kunne da lett bli at man ikke bør gi kirurgisk behandling til trafikkofre (9).

En av studiene kan tjene som illustrasjon (10). 106 trafikkskadede personer som ble

innlagt ved et sykehus i Oxford, England, ble randomisert til to grupper. Pasientene i intervensjonsgruppen fikk én times individuell intervensjonssamtale 24–48 timer etter ulykken, mens de i kontrollgruppen ikke ble tilbudt noen intervensjon. Samtalen bestod i en gjennomgang av den traumatiske hendelsen, og pasientene ble oppfordret til å sette ord på følelsene knyttet til denne. Til slutt ble pasientene orientert om hvilke følelsesmessige reaksjoner som kunne oppstå i kjølvannet av trafikkulykker og om viktigheten av å snakke om hendelsen. Det ble ikke gitt tilbud om ytterligere intervensjonssamtaler. Etter tre år hadde personene i intervensjonsgruppen signifikant høyere IES-skåre, mer angst, depresjon, tvangssymptomer, fiendtlighet, smerter, alvorlige kroniske helseproblemer og økonomiske problemer. Intervensjonen hadde størst negativ innvirkning på de med høyest IES-skåre rett etter ulykken, mens det for de med lav IES-skåre betydde lite om de mottok intervensjon eller ikke. Det ble altså gitt kun én individual-samtale til alle. Det er påfallende at én samtale kan ha så sterk negativ effekt. For de med mest psykiske symptomer rett etter ulykken, var en times debriefing en like stor psykisk påkjenning som selve trafikkuhellet.

Cochrane-analysen inkluderer 11 studier med svært forskjellige belastninger, fra fødsler til trafikkulykker eller ran. Oppfølgingstiden varierer fra en måned til tre år. Tre av studiene viser en positiv effekt av intervensjonen, i to studier skårer intervensjonsgruppen signifikant høyere på IES (10, 11), mens de resterende seks studiene ikke viser noen forskjell mellom gruppen som mottok intervensjon og kontrollgruppen.

Cochrane-rapporten er blitt kritisert bl.a. for at de inkluderte studiene har få felles-trekk med psykologisk intervensjon slik den utføres i praksis, og at man i iveren etter å tilfredsstillende rigide metodiske kriterier mister validitet og beveger seg så langt fra den kliniske realiteten at funnene blir klinisk meningsløse (3).

### Eksemplene

Det hevdes at mennesker som har vært utsatt for store traumer får best hjelp av å snakke med familie og venner (12). Eksempel 1 viser at dette ikke er tilstrekkelig. Man kan ikke vente at familiemedlemmer har nok kunnskaper til å gå inn i de mer spesifikke problemer som disponerer for posttraumatisk stresslidelse. Det foreligger ingen studier som dokumenterer at familie og venner er like gode, eller tilstrekkelige, hjelpere.

Eksemplene viser også at det må være sammenheng mellom grad av traumatisering og omfang av intervensjonen. Pasienten i eksempel 1 hadde klart utbytte av én times kriseintervensjon. For pasienten i eksempel 2 ville det vært kontraindisert å bare gi tilbud om én times samtale, fordi det ville representert en alvorlig avvising hvis man ikke

var villig til å følge opp et så alvorlig traume. Det viser at det er mulig å bearbeide et svært traumatisk tap av et lite barn i løpet av et halvt års oppfølging og oppnå symptomfrihet og full funksjon.

Eksempel 3 illustrerer også at én times intervensjon i svært mange tilfeller er utilstrekkelig. Deltakerne uttrykte så mye frustrasjon at man innledningsvis måtte bruke en time kun på å få ned det emosjonelle trykket for at alliansen skulle fungere. En avslutning etter en time, slik mange protokoller forutsetter, ville ganske sikkert blitt opplevd som en krenkelse og muligens gjort vondt verre. Alle deltakerne ville anbefale liknende møter for andre i en tilsvarende situasjon. Når passasjerene ikke hadde ytterligere bedring, må det vektlegges at de objektivt sett hadde vært i en svært farlig situasjon med forholdsvis lang varighet og liten opplevelse av kontroll.

Å informere folk om følelsesmessige reaksjoner som kan oppstå i etterkant av et traume, påstås å øke risikoen for at slike virkelige oppstår. Vi er uenige i dette, og mener at det ved katastrofer og ulykker er et stort behov for informasjon både blant de fleste involverte og mange pårørende, dels om forhold knyttet til ulykken, dels om hvilke reaksjoner det er vanlig å utvikle.

#### Studier av psykologisk intervensjon

Flere studier av psykologisk intervensjon bruker posttraumatisk stresslidelse som avhengig mål. Dette er uheldig, fordi det ikke er noe rimelig forhold mellom en times intervensjon og en så alvorlig konsekvens. Etter én enkelt intervensjon er det mer realistisk å måle grad av symptomer, søvnproblemer, tiden før tilbakevending til arbeid og tilfredshet med intervensjonen eller liknende.

I de fleste studier av psykologisk intervensjon har det ikke vært godt nok samsvar mellom de psykiske traumene og intervensjonen, og disse studiene kan ikke tillegges stor klinisk betydning. Kritikerne har i liten grad kommentert de aktuelle studienes forskningsdesign. Svakheter i inklusjonskriterier, intervensjon og valg av avhengige mål kan gi resultater som godt kan være statistisk signifikante i randomiserte kliniske forsøk, men som ikke gir faglig valide resultater. Dessuten må man se kritisk på funnenes begrensninger med hensyn til generaliserbarhet.

I en del kliniske sammenhenger vil ikke randomiserte kliniske forsøk være mulig å gjennomføre. Når slike studier mangler, bør det likevel være mulig å ha en oppfatning om hva helsepersonell skal tilby. Også enkeltstående tilfeller kan ha verdi. Pasienten i eksempel 2 illustrerer dette. Her er det tale om et så sjeldent tilfelle at man neppe kan få representative materialer. Derfor må man bygge på godt klinisk skjønn, dokumentere det man gjør og dele erfaringene med andre, slik at det kan bygges opp en konsensus om hva som er riktig intervensjon.

#### Avslutning

En uheldig følge av at fagpersoner går ut i mediene og advarer mot kriseintervensjon, er at mer rutinererte kolleger kan bli usikre på hvordan de skal forholde seg til traumatiserte pasienter. Forfatterne har fått henvendelser fra leger som lurer på om det kan være skadelig å etterkomme traumatiserte persons ønske om å snakke med psykiater. Det sentrale spørsmålet er om man skal tilby noe annet, eller om det er best å ikke gjøre noe overhodet. Her blir pasientens grad av symptomer og motivasjon viktige. Hvis man inkluderer pasienter som motvillig presses til å delta og ikke gir mer omfattende tilbud til dem som ønsker og trenger det, er det ikke forbausende at utbyttet kan bli begrenset.

Cochrane-analysen er basert på studier med så store metodeproblemer at de ikke kan tillegges mye vekt. Det er behov for flere og bedre studier, som bør ha en gradert design hvor intervensjonen står i forhold til traumat. Mennesker som har vært utsatt for betydelige traumer, bør få tilbud om screening for å kartlegge graden av symptomutvikling før intervensjon tilbys. De som har utviklet helseproblemer, bør få en intervensjon som står i forhold til disse.

*Pasientene i eksempel 1 og 2 har gitt tillatelse til publisering.*

#### Litteratur

1. Raphael B, Wilson J, Meldrum L et al. Acute preventive interventions. I: van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisæth L, red. Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society. New York: Guilford Press, 1996: 463–79.
2. Wessely S, Bisson J, Rose S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 2004.
3. Wessely S, Deahl M. Psychological debriefing is a waste of time: For/against. Br J Psychiatry 2003; 183: 12–4.
4. Røssum E. Krisepsykiatri gjør vondt verre. Bergens Tidende 13.2.2001.
5. NTB. Krisepsykiatri virker ikke. 15.7.2003.
6. Bang HK. Krisepsykiatri til ingen nytte. Dagsavisen 15.7.2003.
7. Horowitz MJ, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale (IES). I: Rush AJ, Pincus HA, First MB et al. Handbook of psychiatric measures. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000: 579–81.
8. Ekeberg Ø, Seeberg I, Ellertsen B. The prevalence of flight anxiety in Norway. Nord J Psychiatry 1989; 43: 443–8.
9. Ekeberg Ø, Hem E. Psychological debriefing – does it never work? Br J Psychiatry 2001; 178: 182–3.
10. Mayou RA, Ehlers A, Hobbs M. Psychological debriefing for road traffic accident victims: three-year follow-up of a randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2000; 176: 589–93.
11. Bisson J, Jenkins P, Alexander J et al. Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. Br J Psychiatry 1997; 171: 78–81.
12. Kringlen E. Krisepsykologi som industri. Dagbladet 21.10.2000.