

# MTV om behandling og rehabilitering af PTSD - herunder traumatiserede flygtninge



[regionsyddanmark.dk](http://regionsyddanmark.dk)

Lund M.  
Sørensen J. H.  
Christensen J. B.  
Ølholm A.

MTV om behandling og rehabilitering af PTSD  
- herunder traumatiserede flygtninge



# MTV

## om behandling og rehabilitering af PTSD

### - herunder traumatiserede flygtninge

Lund M.  
Sørensen J. H.  
Christensen J. B.  
Ølholm A.

Region Syddanmark  
Center for Kvalitet

**MTV om behandling og rehabilitering af PTSD  
– herunder traumatiserede flygtninge**

© 2008 Region Syddanmark

Lund M., Sørensen J. H., Christensen J. B., Ølholm A.

Dansk med engelsk resumé

Medicinsk Teknologivurdering – 2008; Vejle

Version 1.0

Udgivet af Region Syddanmark, Center for Kvalitet

November 2008

ISBN 978-87-92217-03-5

Bogen er sat med Adobe Garamond Pro og Interstate

Trykt hos La Cour Offset, Vejle

i 700 eksemplarer

Design og layout af Region Syddanmark

Region Syddanmark

Damhaven 12

DK-7100 Vejle

Telefon 7663 1000

[www.regionsyddanmark.dk](http://www.regionsyddanmark.dk)

Bogen kan downloades fra [www.regionsyddanmark.dk](http://www.regionsyddanmark.dk) eller  
fra [www.centerforkvalitet.dk](http://www.centerforkvalitet.dk) under publikationer

# Indholdsfortegnelse

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Forord</b> .....   | <b>9</b>  |
| <b>Resume</b> .....   | <b>11</b> |
| <b>Abstract</b> .....   | <b>13</b> |
| <b>Projektorganisation</b> .....  | <b>14</b> |
| <br>  |           |
| <b>1. Indledning</b> .....  | <b>17</b> |
| 1.1. Baggrund for rapporten .....   | 18        |
| 1.2. Formål .....   | 19        |
| 1.3. Målgruppe .....  | 19        |
| 1.4. Afgrænsning af patientgruppen .....  | 21        |
| 1.5. Afgrænsning af teknologien .....   | 22        |
| 1.6. Rapportens opbygning .....   | 23        |
| <br>  |           |
| <b>2. Metode</b> .....  | <b>25</b> |
| 2.1. Indledning .....   | 25        |
| 2.2. Søgeprotokol og informationskilder .....                                     | 25        |
| 2.3. Litteratursøgninger .....  | 27        |
| 2.4. Foreliggende litteratur .....  | 29        |
| 2.5. Vurdering af litteratur .....  | 32        |
| 2.6. Validering af rapporten .....  | 32        |
| <br>  |           |
| <b>3. Flygtninge i Danmark</b> .....  | <b>33</b> |
| 3.1. Flygtninge, PTSD og sundhedsvæsen .....                                      | 34        |
| 3.2. Udviklingen af behandlingstilbud for traumatiserede flygtninge i Danmark ... | 37        |
| 3.3. Konklusion .....   | 38        |
| <br>  |           |
| <b>4. Post-traumatic stress disorder, PTSD</b> .....                              | <b>39</b> |
| 4.1. Diagnose .....   | 39        |
| 4.2. Prævalens og epidemiologi af PTSD .....                                      | 41        |
| 4.2.1. Traumedosis og PTSD .....  | 44        |
| 4.2.2. Udviklingsmæssige faktorer og PTSD .....                                   | 45        |
| 4.2.3. Genetiske og temperamentsfaktorer og PTSD .....                            | 53        |
| 4.2.4. Resiliens – og sårbarhedsstudier .....                                     | 54        |
| 4.2.5. Risikofaktorer for PTSD .....  | 55        |
| 4.2.6. Forløb og prognose af PTSD .....   | 56        |
| 4.2.7. Flygtninge og PTSD .....   | 57        |
| 4.3. Co-morbiditet .....  | 58        |
| 4.4. Fysiske konsekvenser af PTSD .....   | 66        |
| 4.5. Sociale konsekvenser af PTSD .....   | 68        |
| 4.6. Konklusion vedr. PTSD .....  | 68        |

# Indholdsfortegnelse

|  |            |
|--|------------|
| <b>5. Teknologien</b> .....  | <b>71</b>  |
| 5.1. Oversigt over teknologier. ....   | 71         |
| 5.2. Psykosocial behandling .....  | 75         |
| 5.3. Psykosocial behandling af traumatiserede flygtninge .....   | 79         |
| 5.4. Faktorer, der har betydning for behandlingsresultatet .....   | 83         |
| 5.4.1. Betydningen af den terapeutiske relation .....  | 83         |
| 5.4.2. Betydningen af patientens psykiske ressourcer .....   | 87         |
| 5.4.3. Betydningen af patientens symptomkonstellation. ....  | 87         |
| 5.4.4. Konsekvenser for behandlingen af kronisk og kompleks PTSD .....   | 88         |
| 5.5. Konklusion psykosocial behandling. ....   | 92         |
| 5.6. Assessment af PTSD .....  | 94         |
| 5.7. Konklusion vedr. assessment .....   | 96         |
| 5.8. Psykofarmakologisk behandling. ....   | 97         |
| 5.8.1. Patofysiologi og psykofarmakologisk behandling af PTSD .....  | 97         |
| 5.8.2. Det Adrenerge system, noradrenalin og PTSD .....  | 103        |
| 5.8.3. Serotoninsystemerne og behandling med antidepressiva mod PTSD ..  | 104        |
| 5.8.4. Antiepileptiske medikamenter og PTSD .....  | 106        |
| 5.8.5. Dopaminsystemet og PTSD .....   | 107        |
| 5.8.6. Bivirkningsprofiler samt kulturelle faktorer i forbindelse<br>med medicinering .....                                  | 108        |
| 5.8.7. Psykosocial behandling af PTSD<br>– interpersonel neurobiologi og neurotransmittere .....                             | 109        |
| 5.9. Konklusion vedr. psykofarmakologisk behandling .....  | 111        |
| 5.10. Fysioterapi. ....  | 111        |
| 5.11. Konklusion vedr. fysioterapi .....   | 116        |
| 5.12. Psykosocial rehabilitering. ....   | 116        |
| 5.13. Konklusion vedr. psykosocial rehabilitering .....  | 119        |
| <br>   |            |
| <b>6. Organisationen</b> .....   | <b>121</b> |
| 6.1. Organisering af behandlingen og rehabiliteringen af PTSD. ....  | 121        |
| 6.1.1. Organisering af specialiserede behandlingscentre .....  | 121        |
| 6.1.2. Private og non-profit centre i internationalt perspektiv. ....  | 127        |
| 6.1.3. Hospitalsbaserede behandlingscentre .....   | 127        |
| 6.1.4. Offentligt finansierede behandlingscentre. ....   | 131        |
| 6.1.5. Specialiserede behandlingscentre for flygtninge .....   | 131        |
| 6.1.6. Eksempel på organisering af et dansk rehabiliteringscenter<br>for torturofre der ikke er placeret på et sygehus ..... | 133        |
| 6.2. Det ideelle behandlingscenter .....   | 134        |
| 6.2.1. Opbygning af det ideelle behandlingscenter. ....  | 139        |

# Indholdsfortegnelse

|  |            |
|--|------------|
| 6.3. Internationale erfaringer med organisering af behandlingscentre . . . . .               | 152        |
| 6.4. Behandlingsformer . . . . .   | 156        |
| 6.4.1. Psykologisk behandling af PTSD . . . . .  | 156        |
| 6.4.2. Farmakologisk behandling af PTSD . . . . .  | 158        |
| 6.5. Individuel, gruppe eller familie? . . . . .   | 159        |
| 6.6. Personalesammensætning . . . . .  | 162        |
| 6.6.1. Personalets kompetencer . . . . .   | 165        |
| 6.7. Barrierer og adgang . . . . .   | 166        |
| 6.8. Ventetid. . . . .   | 169        |
| 6.9. Udredning og henvisning . . . . .   | 169        |
| 6.10. Rehabilitering . . . . .   | 170        |
| 6.11. Assessment . . . . .   | 170        |
| 6.12. Ressourcer . . . . .   | 172        |
| 6.13. Standardisering og retningslinjer . . . . .  | 172        |
| 6.14. Lovgivning . . . . .   | 173        |
| 6.15. Management og administration. . . . .  | 173        |
| 6.16. Forebyggelse . . . . .   | 174        |
| <b>7. Patienten . . . . .</b>  | <b>179</b> |
| 7.1. Introduktion . . . . .  | 179        |
| 7.2. Patienttilfredshed og præferencer i behandling af patienter med PTSD . . . . .          | 180        |
| 7.3. Patienttilfredshed og præferencer i behandling af patienter med kompleks PTSD . . . . . | 186        |
| 7.4. Ethiske aspekter. . . . .   | 189        |
| 7.4.1. Forskning. . . . .  | 192        |
| 7.4.2. Tolkning . . . . .  | 197        |
| 7.4.3. Behandling. . . . .   | 200        |
| 7.5. Konklusion vedr. patienten . . . . .  | 201        |
| <b>8. Økonomien . . . . .</b>  | <b>203</b> |
| 8.1. Introduktion . . . . .  | 203        |
| 8.2. Økonomisk evaluering i MTV . . . . .  | 203        |
| 8.3. Foreliggende litteratur . . . . .   | 204        |
| 8.4. Litteraturgennemgang af omkostninger . . . . .  | 205        |
| 8.5. Litteraturgennemgang af omkostningseffektivitet . . . . .                               | 207        |
| 8.6. Konklusion vedr. økonomi . . . . .  | 215        |



# Indholdsfortegnelse

|  |            |
|--|------------|
| <b>9. Anbefalinger</b> .....   | <b>217</b> |
| 9.1. Anbefaling vedr. assessment .....   | 217        |
| 9.2. Anbefaling vedr. psykosocial behandling .....   | 218        |
| 9.3. Anbefaling vedr. psykofarmakologisk behandling .....  | 220        |
| 9.4. Anbefaling vedr. organisering af behandling og rehabilitering .....                         | 220        |
| 9.5. Anbefaling til dokumentation m.v. ....  | 221        |
| 9.6. Anbefaling vedr. information og undervisning .....  | 222        |
| 9.7. Anbefaling vedr. forskning og tidlig indsats .....  | 223        |
| 9.8. Anbefaling vedr. koordinering og patientforløb .....  | 224        |
| 9.9. Anbefaling vedr. tolkebistand .....   | 224        |
| 9.10. Anbefaling vedr. økonomi .....   | 224        |
| 9.11. Anbefaling vedr. somatisk udredning .....  | 225        |
| 9.12. Anbefaling vedr. etablering af følgegruppe til implementering<br>af MTV's resultater ..... | 225        |
| 9.13. Anbefaling vedr. referenceprogram for behandling af PTSD .....                             | 225        |
| <b>10. Bilag</b> .....   | <b>227</b> |
| 10.1. Bilagsfortegnelse .....  | 227        |
| Bilag 1: Søgeprotokol .....  | 229        |
| Bilag 2: AGREE-instrumentet til kvalitetsvurdering af anvendte guidelines ...                    | 257        |
| Bilag 3: Drummonds checklist for economic evaluations (engelsk version) ...                      | 260        |
| Bilag 4: Kvalitetsvurdering af økonomiske evalueringer .....                                     | 262        |
| Bilag 5: ICD-10 diagnostiske kriterier for PTSD .....  | 265        |
| Bilag 6: DSM-IV-TR diagnostiske kriterier for PTSD .....   | 267        |
| Bilag 7: Anbefalede DSM diagnostiske kriterier<br>for kompleks PTSD/DESNOS .....                 | 269        |
| Bilag 8: (Sundheds)økonomisk evaluering .....  | 270        |
| <b>11. Referencer – numerisk</b> .....   | <b>275</b> |
| <b>12. Referencer – alfabetisk</b> .....   | <b>325</b> |

# Forord

## *Bedre hjælp til traumatiserede flygtninge*

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 med denne rapport 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.

I regionsrådet er vi meget bevidste om vores opgave og ansvar, og derfor har vi også tilført området flere midler. Med denne rapport styrker vi uden tvivl det faglige grundlag for den fremtidige indsats.

Derfor skal de mange medarbejdere og eksperter, der har bidraget til arbejdet have tak for indsatsen.

Det er mit ønske, at denne rapport ikke havner på en hylde. Dertil er problemstillingen alt for barsk, alt for omfattende og alt for omkostningskrævende. Både for de mennesker, der har brug for kvalificeret hjælp og for regionen. Denne rapport er et stort skridt i den rigtige retning.



Carl Holst  
Regionsrådsformand



# Resume

Indvandrere, herunder flygtninge, udgjorde pr. 1. januar 2007 6,6% af den danske befolkning. Danske undersøgelser viser, at indvandrere bl.a. har højere behandlingsrater for somatiske sygdomme, har højere forbrug af sundhedsydelse og rapporterer langt højere forekomst af visse psykiske lidelser, end baggrundsbefolkningen. Særligt er antallet af kontakter til sundhedsvæsenet pga. PTSD langt højere for indvandrere end for andre grupper.

Historisk set har gruppen af indvandrere og flygtninge med PTSD været overset og underbehandlet i det psykiatriske behandlingssystem, og behandlingskapaciteten synes ikke at være sufficient i de nuværende specialiserede, tværfaglige institutioner, ligesom der hidtil har manglet undersøgelser af effekten af behandlingen og rehabiliteringen.

Denne rapport er det samlede resultat af opdrag fra Region Syddanmarks psykiatristab om litteraturstudie af *evidensen for behandling og rehabilitering af patienter med PTSD, med særligt henblik på traumatiserede flygtninge*. Litteraturstudiet er udformet i MTV-perspektiv og belyser evidensen ud fra elementerne teknologi, organisation, patient og økonomi.

Teknologien består af 'specialiseret, tværfaglig indsats', der her er afgrænset til den terapi og bistand, der ydes af psykologer, psykiatere, fysioterapeuter og socialrådgivere. Den psykoterapeutiske og psykofarmakologiske behandling er sammen med organisatoriske forhold undersøgt, beskrevet og dokumenteret langt mere omfangsrigt end de øvrige former for bistand, ligesom elementerne patient og økonomi generelt er underbelyst i relation til behandling af PTSD.

Der sammenfattes og konkluderes i det omfang, evidensen muliggør, ligesom der fremsættes en række anbefalinger vedr. assessment, behandling og rehabilitering, forskning og dokumentation, udredning og forløb, organisation samt for de øvrige MTV-elementer.



# Abstract

Immigrants including refugees made up 6.6% of the Danish population by the 1<sup>st</sup> of January 2007. Research on the Danish immigrant population show higher rates of treatment for physical illness and use of health care resources, and report a higher level of occurrence of certain mental disorders than the general population. In comparison, the number of contacts to the health care services due to PTSD is particularly higher.

Previously immigrants and refugees with PTSD have been neglected by the Danish general psychiatric health care services, just as the present treatment capacity is insufficient in the specialized, interdisciplinary treatment facilities. The effectiveness of the treatment and rehabilitation programs has yet to be studied and documented.

This comprehensive report is the final outcome of enquiries on a literature review of the scientific evidence on treatment and rehabilitation of patients with PTSD, with particular reference to traumatized refugees, commissioned by the Region of Southern Denmark's department of psychiatry. The literature review is summarized in a Health Technology Assessment (HTA) perspective, examining the elements technology, organisation, patient and economy.

The technology of interest consists of a specialized, interdisciplinary effort, here defined as the therapy and assistance provided by psychologists, psychiatrists, physiotherapists and social workers. Psychotherapy and pharmacotherapy, organisation are by far more comprehensively studied and documented than the other treatment approaches; just as treatment aspects regarding the patient and economy are generally underexposed in relation to PTSD.

The evidence is summarized and concluded as far as the findings from the literature review allow. Recommendations for the future are made with regard to assessment, treatment and rehabilitation, research and documentation, diagnosing and patient courses, organisation as for the rest of the HTA elements.

# Projektorganisation

Projektgruppen blev nedsat af Center for Kvalitet primo 2008 og udvidet med ekstern faglig ekspertise, angivet med \*. Styregruppen såvel som eksterne interessenter blev løbende inddraget i projektfasen.

## Projektgruppen bestod af:

- Marie Lund  
Projektleder og specialkonsulent ved Center for Kvalitet, Region Syddanmark  
*Cand.scient.pol., sygeplejerske*
- Jens Hardy Sørensen\*  
Forskningsleder og psykologfaglig konsulent ved CETT, Vejle  
*Specialist og supervisor i psykoterapi, cand.psyk., ekstern lektor ved Syddansk Universitet*
- Janne Buck Christensen  
Forskningsmedarbejder ved Center for Kvalitet, Region Syddanmark  
*Stud.scient.san.publ., sygeplejerske*
- Anne Mette Ølholm  
Studentermehjælper ved Center for Kvalitet, Region Syddanmark  
*Stud.scient.san.publ.*

## Styregruppen bestod af:

- Arne Poulstrup  
*Centerchef, Speciallæge i samfundsmedicin, Ph.d., Center for Kvalitet, Region Syddanmark*
- Anette Bækgaard Jakobsen  
*Afdelingschef, Psykiatristabens ledelsessekretariat, Region Syddanmark*
- Marianne Lauritzen  
*Centerchef, Center for Traume- og Torturoverlevende (CETT), Vejle*
- Vibeke Hallas  
*Centerleder, Rehabiliterings Center for Torturoverlevende og Traumatiserede Flygtninge, (RCT Fyn), Odense*
- Niels Krstrup  
*Centerleder, Rehabiliterings Center for Torturofre- Jylland (RCT Jylland), Haderslev*

- Anna Marie Erbs  
*Behandlingsleder, RehabiliteringsCenter for Torturofre- Jylland (RCT Jylland), Haderslev*
- Marie Lund  
*Projektleder, Center for Kvalitet, Region Syddanmark*
- Janne Buck Christensen  
*Stud.scient.san..publ, sygeplejerske, Center for Kvalitet, Region Syddanmark*
- Anne Mette Ølholm  
*Stud.scient.san.publ, Center for Kvalitet, Region Syddanmark*

### Intern validering og konsulentbistand indhentet fra:

- Ask Elklit  
*Professor i klinisk psykologi, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet*
- Christian Simonsen  
*Speciallæge i psykiatri, psykiatrisk konsulent på behandlingscentrene OASIS og CETT*
- Malene Fabricius Jensen  
*Informationsspecialist, Biblioteksfaglig leder, Sundhedsstyrelsens Enhed for Medicinsk Teknologivurdering*
- Sven-Erik Baun Christensen  
*Ledende bibliotekar, Rehabiliterings- og Forskningscentret for Torturofre (RCT), København*

### Ekstern review:

- Peter Berliner  
*Lektor, mag. art. ved Institut for Psykologi, Center for Multietnisk Traumeforskning (MET), Københavns Universitet*
- Jane Kraglund  
*Direktør i Sundhed, Region Syddanmark*
- Kristian Kidholm  
*Ph.D i Sundhedsøkonomi, MTV-konsulent ved Forsknings- og MTV-afdelingen, Odense Universitetshospital*





# 1. Indledning

Denne rapport er det samlede resultat af to særskilte opdrag fra Psykiaristaben i Region Syddanmark. Første opdrag lød på afdækning af evidensen for behandling og rehabilitering af patienter med PTSD, med særligt henblik på traumatiserede flygtninge, hvor feltet ønskedes belyst i MTV-perspektiv med litteraturstudie af elementerne Teknologi, Patient og Økonomi.

Organisation blev, som det fjerde element af en MTV, i første omgang ekskluderet, men senere inddraget som et særskilt opdrag. Produktet heraf er nu integreret i denne samlede rapport, der er forsøgt tilpasset en bredere målgruppe end blot regionale beslutningstagere og planlæggere. At tilgodese flere faglige og administrative niveauer har udgjort den første store udfordring i projektet.

Behandling og rehabilitering af traumatiserede flygtninge med PTSD foregår via en tværfaglig, specialiseret behandlingsindsats, der er rettet mod bearbejdning og ressourceopbygning i forhold til de fysiske, psykiske og sociale symptomer og problemstillinger, som patienterne præsenterer. Problemstillingerne er en konsekvens af eksponering for krig, flugt, tortur, forfølgelse og organiseret vold og er omfattet af diagnosen ”posttraumatic stress disorder”, herefter refereret som PTSD. I det researcharbejde, der ligger til grund for afrapporteringen, fremgår det, at det ikke er alle flygtninge, der lider af PTSD, ligesom ikke alle patienter med PTSD er flygtninge, hvorfor videnskabelig litteratur om forskning i patienter med PTSD rummer andre – og flere populationer – end flygtninge. Dette udgør en udfordring for systematikken i afdækningen af, hvad ’evidens’ er i relation til behandling og rehabilitering af patienter med PTSD og traumatiserede flygtninge og har samtidigt udgjort den anden store udfordring for projektet.

En forudsætning for at kunne afdække evidensen for behandling og rehabilitering af traumatiserede flygtninge er derfor først og fremmest at afdække evidensen for behandling af patienter med PTSD generelt. Dernæst at foretage en afgrænset fremstilling af den videnskabelige evidens, der er produceret med specifikt udgangspunkt i flygtningepopulationen med de problemstillinger, der kendetegner denne gruppe. Det antages her, at der er så høj grad af overensstemmelse mellem de symptomer og problemstillinger, som torturoverlevende og traumatiserede flygtninge uden torturoplevelser henvises til behandling med, at det ikke giver mening at adskille de to grupper i beskrivelsen af evidensen for behandling og rehabilitering.

Rapporten er således ikke tiltænkt som en guideline til diagnostik, behandling og rehabilitering af patienter med PTSD eller en gennemgribende diskussion og analyse af PTSD begrebet i relation til traumatiserede flygtninge. Rapporten skal udelukkende læses som en fremstilling af den foreliggende evidens for behandling og rehabilitering af patienter med PTSD, herunder traumatiserede flygtninge, baseret på et systematisk litteraturstudie suppleret med ekspertviden.

## 1.1. Baggrund for rapporten

Behandling og rehabilitering af traumatiserede flygtninge er en regional opgave finansieret inden for rammerne af Sundhedsloven, Lov om Social Service og Integrationsloven (1)<sup>1</sup>. Behandlingen tilbydes primært flygtninge med opholdstilladelse i Danmark eller danske statsborgere med tidligere flygtningestatus, der har været udsat for traumer og/eller tortur som følge af krig eller anden politisk- eller organiseret vold (2)<sup>2</sup>.

Der knytter sig særlige, vedvarende fysiske, medicinske og sociale problemstillinger til livet som traumatiseret flygtning i eksil, ud over de symptomer, der er omfattet af diagnosen PTSD. At diagnosticere en traumatiseret flygtning med PTSD rummer end ikke omfanget og kompleksiteten af effekterne af tortur og traumatiserende hændelser; livet i eksil er i sig selv forbundet med problemstillinger vedr. social tilpasning og -isolation, tab af socio-økonomisk status, adskillelse fra familiemedlemmer og lignende.

Patienter med PTSD, herunder traumatiserede flygtninge, har generelt en højere forekomst af både somatisering og fysiske lidelser end baggrundsbefolkningen (3). Dette kan betyde et øget forbrug af primære sundhedsydelser (4), øget udskrivning af medicin samt generel overdødelighed, foruden de indirekte omkostninger som nedsat livskvalitet, langvarig funktionsnedsættelse og den sociale og familiemæssige byrde, lidelsen udgør (5). Der er evidens for et kronisk og livsvarigt forløb af PTSD, hvis der ikke behandles (3). Der synes at være betragtelige menneskelige omkostninger, der kan lede til samfundsmæssige omkostninger forbundet med at undlade at behandle, grundet mental, fysisk og social funktionsnedsættelse.

Allerede i 2001 konkluderede en arbejdsgruppe vedr. rehabilitering af traumatiserede flygtninge under det daværende Sundhedsministerium, at der var en ulige fordeling af behandlingstilbud under det samlede sundhedsvæsen og for lange ventetider på behandling, hvorfor der var behov for en udbygning, udvikling og forbedring af behandlingstilbuddene samt for undersøgelser af effekten af behandlingen og rehabiliteringen (6).

Der foreligger, efter projektgruppens bedste vidende, hidtil ikke noget samlet, dansk materiale om effekten af behandling og rehabilitering til traumatiserede flygtninge, ligesom der heller ikke er identificeret danske eller udenlandske MTV-rapporter om emnet.

---

<sup>1</sup> [www.nyidanmark.dk/da-dk/Integration/integrationsfremmende\\_initiativer/traumatiserede\\_flygtninge/](http://www.nyidanmark.dk/da-dk/Integration/integrationsfremmende_initiativer/traumatiserede_flygtninge/)  
Hjemmesiden besøgt den 14. maj 2008.

<sup>2</sup> Traume.dk er en internetportal der er udarbejdet af og udviklet i et samarbejde mellem Rehabiliterings- og Forskningscenter for Torturofre (RCT København), Dansk Flygtningehjælp, Videnscenter for Transkulturel Psykiatri på Rigshospitalet (VfTP) og Center for Traume- og Torturoverlevende (CETT) i Vejle ([www.traume.dk](http://www.traume.dk)). Hjemmesiden besøgt d. 9. juni 2008.

## 1.2. Formål

Jf. opdraget belyser denne rapport ikke en enkelt problemstilling i relation til behandling og rehabilitering af patienter med PTSD og traumatiserede flygtninge. Formålet med denne MTV-rapport er således:

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

Rapporten er således ikke tiltænkt som en guideline til diagnostik, behandling og rehabilitering af patienter med PTSD eller en gennemgribende diskussion og analyse af PTSD begrebet i relation til traumatiserede flygtninge. Rapporten skal læses som en fremstilling af den foreliggende evidens for behandling og rehabilitering af patienter med PTSD, herunder traumatiserede flygtninge, baseret på et systematisk litteraturstudie. Der er ikke iværksat primærforskning til yderligere afklaring eller uddybning af MTV-spørgsmål, da det ligger uden for opdraget. Der sammenfattes udelukkende fund fra videnskabelig primær- og sekundærlitteratur, og hvor dokumentationen for behandlingseffekten er ufuldstændig, fremstilles der i stedet en række anbefalinger og forbehold (for tolkningen af evidensen) baseret på faglige ekspertvurderinger. Rapporten belyser deelementerne teknologi, organisation, patient og økonomi, hvor hvert element har en række delspørgsmål knyttet dertil:

Figur 1:

### Oversigt over MTV-elementer indeholdt i opdraget og tilknyttede MTV spørgsmål

| Teknologi  | Organisation  |
|--|---|
| Hvilke former for behandling i den tværfaglige, specialiserede indsats forbedrer outcome for patienter med PTSD, herunder traumatiserede flygtninge med kompleks PTSD? | Hvilke former for organisering er optimal for den tværfaglige specialiserede behandling af patienter med PTSD, herunder traumatiserede flygtninge?                                    |
| Patient  | Økonomi   |
| Hvad er patienter med PTSD og traumatiserede flygtninges syn på og erfaringer med (tværfaglig, specialiseret) behandling?  | Hvilke samfundsmæssige omkostninger er der forbundet med (tværfaglig, specialiseret) behandling af patienter med PTSD og traumatiserede flygtninge sammenlignet med ikke at behandle? |

Tilgangen til behandling og rehabilitering i denne rapport er, at vi anser behandling og rehabilitering som to uadskillelige størrelser qua patientgruppens problemstillinger med eksempelvis uafklarede forhold ved bolig, arbejde, økonomi, børn og skole. Dette er medvirkende årsager til, at behandling af denne gruppe patienter først kan igangsættes, når de sociale forhold kan afklares og organiseres. Hermed bliver den tværfaglige, specialiserede indsats indtænkt under hele forløbet.

### 1.3. Målgruppe

Målgruppen for denne rapport er både centrale og decentrale beslutningstagere og planlæggere på alle niveauer, samt klinikere i både primær og sekundær sektor. Desuden henvender den sig til alle andre faggrupper, der har berøring med patienter med PTSD og traumatiserede flygtninge i deres arbejde.

Grundet kompleksiteten af de mekanismer, der ligger til grund for udviklingen og behandlingen af traumer, er visse afsnit<sup>3</sup> tilsvarende komplekse og kræver i en vis udstrækning fagspecifik baggrundsviden eller – uddannelse af læseren. Andre læsere henvises til de lettere tilgængelige sammenfatninger, konklusioner og anbefalinger, der bygger på den viden og dokumentation, der er præsenteret i de pågældende afsnit.

## 1.4. Afgrænsning af patientgruppen

Som det fremgår af de indledende afsnit indeholder opdraget en afdækning af evidensen for behandling og rehabilitering for patienter med PTSD generelt, og gruppen af traumatiserede flygtninge. Ud over at beskrive og sammenfatte evidensen for behandling og rehabilitering af patienter med PTSD generelt, er der gjort en ekstra indsats for at identificere evidens relateret til kompleks, kronisk PTSD, som den ses hos de traumatiserede og torturerede flygtninge, der er omfattet af behandlingscentrenes målgruppe<sup>4</sup>. Som det fremgår i rapporten, er de symptomer, som traumatiserede flygtninge præsenterer ved henvisning til behandling, omfattet af diagnosen PTSD. Dette er dog ikke ensbetydende med, at der uden videre kan generaliseres over patienter på tværs af diagnosen, fra overlevende af trafikulykker til mennesker, der i længere perioder har levet under og været på flugt fra totalitær kontrol og organiseret vold og terror.

Der er både symptomatiske og karakterologiske forskelle på simpel og kompleks PTSD; symptom billedet forekommer mere sammensat, diffust og vedvarende ved kompleks PTSD, og patienterne udvikler ofte karakteristisk personlighedsændring inkl. ændret relationsmønster og identitet (7).

Det er i denne henseende vigtigt at understrege, at problemstillingerne ved kompleks PTSD hos traumatiserede flygtninge er mangfoldige: Ud over at leve med de svære symptomer, som PTSD dækker over, er patienternes tilværelse ofte også præget af sorgreaktioner over tab af nære familiemedlemmer, ejendom, identitet og forsørgelsesgrundlag samt over livet i eksil. Mange lever desuden i generel uvished om opholdsgrundlaget i eksil landet, samt uafklarede økonomiske, sociale og bolig forhold. Patienternes basale tryghed opleves med andre ord som truet (8).

---

<sup>3</sup> (Her tænkes dele af afsnit 4.0. og særligt teknologifsnittet om psykoterapeutisk og psykofarmakologisk behandling i afsnit 5.0.)

<sup>4</sup> Herefter refereres der til patientgruppen som 'traumatiserede flygtninge' under den pragmatiske antagelse, at torturerede flygtninge også er traumatiserede.

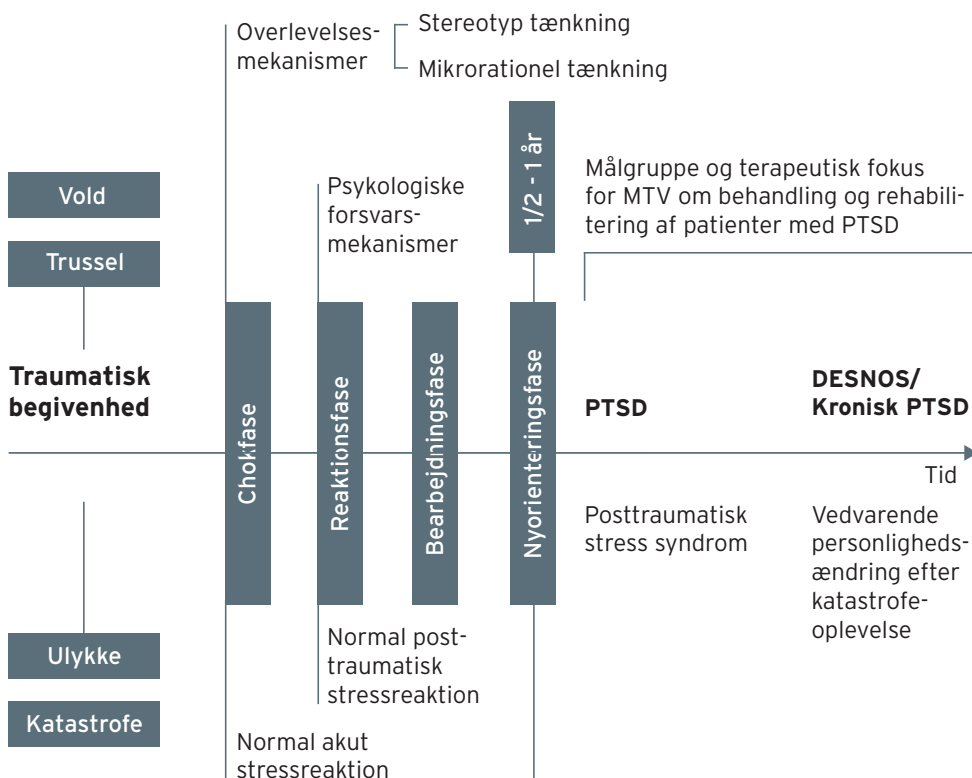
## 1.5. Afgrænsning af teknologien

Af Metodehåndbogen for Medicinsk Teknologivurdering (9) fremgår det, at begrebet Medicinsk Teknologi dækker over procedurer og metoder til undersøgelse, pleje, forebyggelse, behandling og rehabilitering. I denne sammenhæng dækker teknologien over både behandling og rehabilitering, der tilsammen udgør den tværfaglige, specialiserede indsats på de behandlingsinstitutioner, der varetager opgaven. I denne rapport er denne indsats afgrænset til terapi og bistand fra primært psykologer, psykiatere, fysioterapeuter og socialrådgivere, selvom der reelt indgår flere faggrupper og terapiformer (f.eks. praktiserende læger, sociallæger, syge – og sundhedsplejersker, pædagoger m.m.).

Figur 2 illustrerer et kontinuum mellem det normale og patologiske reaktionsmønster efter en traumatisk begivenhed. Figuren markerer samtidigt afgrænsningen for denne rapport til den patientgruppe der udvikler et patologisk reaktionsmønster eller kronisk/kompleks PTSD og den tværfaglige, specialiserede indsats, der indgår i behandlingen deraf.

Figur 2:

### Normalt og patologisk reaktionsmønster efter traumatisk begivenhed



Kilde: Videreudviklet efter Williams og Nurmi (10)

## 1.6. Rapportens opbygning

- Kapitel 1 er en introduktion til og afgrænsning af rapporten, dens målgruppe og genstandsfelt samt udvalgte forskningsspørgsmål.
- Kapitel 2 præsenterer metoden for udarbejdelsen af rapporten, herunder hvilken søgestrategi og hvilke informationskilder, der har dannet grundlag for litteraturstudiet.
- Kapitel 3 er en kort beskrivelse af den viden, der er om flygtningepopulationen i Danmark, dvs. om den population af etniske minoriteter, der er kommet til landet som flygtninge. Denne sub-population er ikke en konstant størrelse og optræder ikke i nationale statistikker som 'flygtninge', men som indvandrere eller efterkommere deraf. Derfor antages det her, at de forskningsresultater, der foreligger vedr. etniske minoriteters forhold i Danmark og særligt i det danske sundhedsvæsen, også gælder for gruppen af (traumatiserede) flygtninge med opholdstilladelse i Danmark, der er omfattet af behandlingscentrenes målgruppe.
- Kapitel 4 gennemgår diagnosticering, assessment, co-morbiditet og udbredelse af PTSD samt uddybende afsnit om faktorer, der påvirker udviklingen af PTSD. Desuden en kortfattet beskrivelse af de fysiske og sociale konsekvenser af at leve med PTSD.
- Kapitel 5 omhandler teknologi-perspektivet af PTSD for at skabe overblik over de teknologier, der eksisterer i forbindelse med behandling og rehabilitering af PTSD samt uddybende viden om de behandlingsmetoder, der anvendes. Fyldigheden af afsnittene for de enkelte teknologier er en afspejling af mængden af tilgængelig videnskabelig litteratur på området. Den psykoterapeutiske og psykofarmakologiske tilgang er således bedre belyst, og dermed fyldigere beskrevet, end fysioterapeutiske og sociale tilgange.
- Kapitel 6 omhandler organisationsperspektivet, hvor der indledes med en overordnet beskrivelse af grundlæggende organisatoriske begreber set i relation til organiseringen af specialiserede behandlingscentre. Herefter følger en karakteristik af det ideelle behandlingscenter. Studier der har undersøgt organisatoriske forhold ved behandlingscentre, der er fundet i søgningen, gennemgås mhp. evidens.
- Kapitel 7 præsenterer patientperspektivet og patientpræferencer samt etiske problemstillinger relateret til forskning, behandling og tolkning relateret til behandling og rehabilitering af patienter med PTSD og traumatiserede flygtninge.
- Kapitel 8 præsenterer økonomiperspektivet med en introduktion til økonomisk evaluering og anvendelsen deraf i MTV-perspektiv. Omkostningsstudier og omkostningseffektiviteten af behandlingen af patienter med PTSD præsenteres i den udstrækning, der er fundet i litteratur. Der er, jf. opdraget, ikke foretaget selvstændige analyser af ressourceforbruget eller omkostningseffektiviteten af behandling og rehabilitering på danske forhold.



- Kapitel 9 indeholder de samlede anbefalinger baseret på sammenfatninger af evidensen fra de enkelte teknologi-, organisation-, patient- og økonomiafsnit.
- Kapitel 10 indeholder bilag, herunder søgeprotokol, og kapitel 11 listen af referencer til hele rapporten.

## 2. Metode

### 2.1. Indledning

Denne medicinske teknologivurdering er primært baseret på et systematisk litteraturstudie af den foreliggende evidens fra publicerede samt få upublicerede studier. Kvaliteten af MTV'ens resultater skal ses ud fra dels søgeprotokollen, databaser der er søgt i, samt interne og eksterne eksperter vurdering.

### 2.2. Søgeprotokol og informationskilder

Søgeprotokollen<sup>5</sup> er udarbejdet af projektgruppen med løbende inddragelse af styregruppen, dvs. opdragsholder og repræsentanter fra praksis, særligt i formuleringen af relevante MTV-spørgsmål. Der er foretaget semistrukturerede, individuelle – og fokusgruppeinterviews med ledelsesrepræsentanter og følgende faggrupper fra fem forskellige behandlingscentre<sup>6</sup>, der indgår i behandlingen af traumatiserede flygtninge i Danmark: Psykiatere, psykologer, fysioterapeuter og socialrådgivere. Oplysninger fra disse interviews har bidraget til at afdække væsentlige, relevante emneord. Kombineret med håndsøgning i eksisterende kliniske guidelines og systematiske reviews om behandling af PTSD, har denne arbejdsgang udgjort basis for udvælgelsen af relevante søgeord, der løbende er valideret af styregruppen.

Søgeprotokollen har dannet grundlag for alle faser af litteratursøgningen – fra den første brede søgning til den specifikke, afgrænsede emnesøgning inden for MTV-elementerne. Selve litteratursøgningen er foretaget i flere faser med inddragelse af flere informationsspecialister og bibliotekarer med særligt kendskab til hhv. studiepopulationen og metoden. Således har Sven-Erik Baun Christensen fra Rehabiliterings- og Forskningscenter for Torturofre i København bl.a. bistået med bred søgning i RCT Københavns eget omfattende bibliotek og andre relevante databaser, levering af udvalgt litteratur og anbefaling af relevant litteratur og søgekilder.

Biblioteksfaglig leder Malene Fabricius Jensen fra Sundhedsstyrelsen har bidraget med validering af projektgruppens primære søgestrategi og udarbejdelse af søgeprotokollen og -strategien i MTV-perspektiv, samt foretaget alle specifikke søgninger inden for MTV-elementerne. Desuden har Malene Fabricius Jensen bidraget med en beskrivelse af litteratursøgningsprocessen. Alle søgninger er således foretaget på baggrund af projektgruppens opstillede kriterier og søgeord og med ekstern, fagspecifik validering.

Valget af informationskilder er delvist defineret af MTV-produktet. Teknologien, der undersøges, er ikke ny, men velkendt og endog veldebatret<sup>7</sup>. I starten søgtes primært sekundærlitteratur, forstået som systematiske reviews, kliniske guidelines, MTV-rapporter og lignende. Disse er i sig selv oftest baseret på systematiske litteratursøgninger og -gennemgange, dog har forløbet vist, at der var behov for at inkludere en lang række primærkilder for at kunne afdække alle emner fyldestgørende.

I det omfang, sekundærlitteraturen ikke har været dækkende for at besvare MTV-spørgsmålene, er der inddraget primære studier i form af randomiserede kliniske forsøg, kohorteundersøgelser m.m. Denne type studier er ikke egnede til at fortælle noget om patientens subjektive oplevelse af behandlingen eller omkostningerne derved, hvorfor andre typer studier har tilvejebragt denne type information. Dette fremgår af søgeprotokollen.

Ved besøg på de forskellige behandlings- og rehabiliteringscentre kom det bl.a. frem, at der benyttes et bredt spektrum af teknologier i både behandlingen og rehabiliteringen, hvoraf psykoterapi og psykofarmakologisk behandling er de mest undersøgte og beskrevne teknologier. Fysioterapi og socialrådgivning som teknologi i behandlingen af patienter med PTSD er sparsomt beskrevet i litteraturen. Derfor er afsnittet om fysioterapeuters behandlingsmetoder ikke specielt fyldestgørende. Særligt kan den ydelse, socialrådgivere tilbyder, ikke entydigt kategoriseres som en særlig 'metode' som fx 'traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi'. Det efterlader med andre ord ikke nogle klare, utvetydige søgeord til brug i litteratursøgningen.

Af interview med terapeutiske nøglepersoner fremgik det dog, at socialrådgiveren spiller en helt central rolle for samarbejdet og koordinationen med f.eks. kommunal forvaltning, praktiserende læge, skole og arbejdsgiver under behandlingsforløbet. Desuden fremgik det, at de rehabiliterende tiltag er mangeartede (familieterapi, miljøterapi, kunstterapi m.m.). For afgrænsningens skyld er den sociale og rehabiliterende tilgang derfor samlet under ét begreb/søgeord, nemlig 'psykosocial rehabilitering'.

---

<sup>5</sup> Søgeprotokollen "er en eksplicit, struktureret plan for indsamling af information" (9). Søgeprotokollen skal medvirke til at sikre gennemsækelighed og overblik over søgestrategien og har til hensigt at dokumentere, hvordan der er tænkt at søge, men også hvordan der rent faktisk er søgt. Søgeprotokollen er udarbejdet efter kriterier fra Sundhedsstyrelsens "Metodehåndbog for MTV" (9).

<sup>6</sup> Det drejer sig om repræsentanter fra ledelse og behandlere fra hhv. OASIS i København, RCT København, RCT Fyn, RCT Jylland og CETT i Vejle.

<sup>7</sup> Se f.eks. debatten i British Medical Journal på <http://www.bmj.com/cgi/eletters/333/7581/1230> (hjemmesiden besøgt d.14. marts 2008).

## 2.3. Litteratursøgninger

Søgningerne er foretaget med udgangspunkt i fokuserede spørgsmål (se søgeprotokol i bilag 1) udarbejdet af projektgruppen ved Center for Kvalitet. Søgningerne er foretaget i perioden 14. marts til 18. juli 2008.

Søgeprocessen har været inddelt i to trin:

### Trin 1:

Sekundær litteratur (systematiske reviews, meta-analyser, medicinske teknologivurderinger, kliniske retningslinjer, økonomiske evalueringer), der belyser PTDS generelt.

### Trin 2:

Primær litteratur til belysning af spørgsmål, der ikke kunne besvares med de sekundære studier, eller hvor der var behov for opdatering af den sekundære litteratur, hvilket har været nødvendigt at henvise til i mange tilfælde. Dette kan ses af referencelisten.

Nedenfor skitseres søgeprocessen. For en detaljeret beskrivelse af søgningerne henvises til søgeprotokollen.

## Bibliografiske databaser og andre informationskilder

### Tabel 1:

#### Sekundær litteratur

| Informationskilde                              | Søgeperiode     |
|--|-----------------|
| Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) | - Issue 2, 2008 |
| Health Technology Assessment (HTA) Database    | - 2008          |
| Embase (WebSpirs)                              | 1980 - 2008     |
| Medline / PubMed                               | 1980 - 2008     |
| PsycInfo (WebSpirs)                            | 1980 - 2008     |
| Cinahl (WebSpirs)                              | 1980 - 2008     |
| NLH - National Library of Guidelines           | - 2008          |
| National Guidelines Clearinghouse              | - 2008          |
| NHS Economic Evaluation Database               | - 2008          |

Tabel 2:

**Opfølgende søgninger. Primær litteratur. Patientperspektivet**

| Informationskilde        | Søgeperiode |
|--------------------------|-------------|
| Embase (WebSpirs)        | 1980 - 2008 |
| Medline / PubMed         | 1980 - 2008 |
| PsycInfo (WebSpirs)      | 1980 - 2008 |
| Cinahl (WebSpirs)        | 1980 - 2008 |
| Hånd søgning             |             |
| Transcultural Psychiatry | 1980 - 1997 |

Herudover er inkluderede studiers referencelister gennemgået for relevante studier, ligesom eksperter har bidraget med supplerende studier, specielt af primær art.

### Søgetermer

Der er søgt på kontrollerede emneord samt fritekst i forskellige kombinationer, tilpasset den enkelte database. Hvor det har været muligt, er der trunckeret ved fritekstsøgninger – i tabel 3 nedenfor angivet med en \*, selv om trunckeringsstegn kan være forskellig fra database til database. Hvor emneordssøgning ikke har været mulig, er publikationsoversigter gennemgået.

For detaljeret søgestrategier med kombination af emneord og afgrænsninger i den enkelte informationskilde henvises til søgeprotokollen.

Tabel 3:

**Søgetermer**

| Søgefokus                | Søgetermer  |
|--------------------------|---|
| Patientgruppe            | posttraumatic stress disorder*<br>post-traumatic stress disorder*<br>stress disorder, post-traumatic<br>stress disorders, traumatic<br>refugee*<br>torture  |
| Intervention             | Psychosocial rehabilitation<br>Rehabilitation, psychosocial<br>Physical therapy<br>Physical therapy modalities<br>Physiotherapy<br>Drug therapy<br>Psychotherapy<br>Patient satisfaction<br>Client satisfaction<br>Expectation*<br>Individual therapy<br>Individual psychotherapy<br>Group therapy<br>Psychotherapy group |
| Studiedesign             | Systematic review*<br>Meta-analysis<br>Metaanalysis   |
| Sproglig afgrænsning     | Dansk, engelsk, svensk, norsk   |
| Aldersmæssig afgrænsning | Young-adulthood<br>Adult*<br>Middle-age<br>18-yrs-and-older<br>18-29-yrs<br>30-39-yrs<br>40-64-yrs<br>65-yrs-and-older<br>Aged<br>Very-old  |

## Udvælgelse af identificerede studier

Projektgruppen har ved gennemgang af titler og abstracts anvendt følgende outcome mål for udvælgelse og inklusion i rapporten.

Tabel 4:

### Outcome mål

| Outcome mål                      |
|----------------------------------|
| Morbidity                        |
| Mortality                        |
| (Health-related) quality of life |
| Social functioning               |
| Pain (relief)                    |
| Patient satisfaction             |
| Symptom reduction                |

## 2.4. Foreliggende litteratur

På grund af manglende forskningslitteratur, der inkluderer gruppen af traumatiserede flygtninge, har det retrospektivt set været nødvendigt at udvide inklusions- og eksklusionskriterierne for at opnå mere kvalificerede data til at kunne beskrive teknologien, organisation, økonomi og patient fra flere vinkler.

Litteraturstudiet blev designet til at afdække evidensen for behandling og rehabilitering af patienter med PTSD, herunder traumatiserede flygtninge. Efterfølgende blev det tydeligt, at det ikke ville give mening at fremstille evidensen uden først at beskrive de bagvedliggende mekanismer for udvikling og behandling af (kompleks) PTSD. Litteraturen, der er anvendt til belysning af disse emner, er fundet ud fra ekspertviden.

For teknologidelen gælder, at der foreligger forholdsvist mange større guidelines eller systematiske reviews af effekten af behandlingen for PTSD, herunder to Cochrane Reviews, NICE guideline og Australske som alle anvendes i denne MTV. Disse oversigtsartikler er sammenfattet på baggrund af flere studier af behandlingen af patienter med PTSD, hvorfor studiepopulationerne i de respektive reviews og guidelines er af forskellig karakter. Dvs. traumeætiologien udspringer af både enkeltstående, ikke-intentionelle voldsomme hændelser som arbejdsulykker, trafikuheld og overgreb og af multiple og/eller intentionelle hændelser som krigsoplevelser

og seksuelle overgreb. Fx er et Cochrane review (11) baseret på 33 studier, hvoraf kun ét omhandler PTSD hos flygtninge, der jf. afsnit 4.2. ofte er traumatiseret af kumulative, intentionelle voldelige hændelser. Den engelske guideline (12) omfatter patienter med PTSD, herunder ofre for krig, traume og tortur, men gælder ikke for patienter med personlighedsændring efter katastrofeændring (ICD-10 kode F.62.0, bilag 5). Jf. afsnit 4.1. om PTSD diagnosen kan det diskuteres, hvorvidt de nævnte oversigtsarbejder reelt er dækkende evidens for flygtningepopulationen med PTSD eller ej, men af hensynet til opdraget er de inkluderet i denne MTV. Desuden behandler ingen af de fundne reviews eller guidelines (ud over den australske guideline) behandlingsalternativerne fysioterapi og psykosocial rehabilitering, som ellers typisk indgår i den tværfaglige, specialiserede behandling herhjemme.

Et andet forhold, der er observeret under litteraturgennemgangen, er, at mange af de større guidelines refererer til hinanden eller bygger på hinandens arbejde. Således påbegyndtes udarbejdelsen af en australsk guideline (5) i samme tidsrum som afslutningen af en engelsk guideline fra National Institute for Clinical Excellence (NICE) (12), der udkom i 2005. Førstnævnte valgte derfor at genbruge fundene fra NICE og supplere med et opdateret litteraturstudie af den sidste nye evidens derfra, hvor NICE's litteraturstudie blev afsluttet. Det danske referenceprogram for angstlidelser hos voksne fra 2007 (13) har ligeledes inddraget fund fra samme NICE guideline samt fra en svensk rapport om behandling af angstlidelser fra SBU (14).

Eftersom den australske guideline fra 2007 er den senest udkomne sammenfatning af evidensen for behandlingen af patienter med PTSD og ikke angstlidelser generelt, og som udover teknologierne psykoterapi og farmakoterapi også behandler teknologierne fysioterapi og psykosocial rehabilitering, har projektgruppen valgt at tage udgangspunkt i denne rapport. Der er altså relativ overensstemmelse mellem de elementer, der undersøges her, og de elementer, der undersøges i den australske guideline, hvorfor det syntes oplagt at bygge videre på evidensen derfra. Der er benyttet omfattende primærlitteratur, da den komplekse, kroniske PTSD ikke er omfattet af sekundærlitteraturen i tilstrækkelig grad.

Der findes begrænset litteratur om omkostningerne ved behandling af patienter med PTSD (12) (5) og slet ingen samfundsøkonomiske evalueringer. Få studier er i litteraturstudiet til denne MTV identificeret vedr. omkostningseffektiviteten af behandling og rehabilitering. Studierne antager et snævert perspektiv, der ikke nødvendigvis kan overføres til danske forhold, og ingen af dem behandler specifikt undergruppen af kumulativt traumatiserede personer med kompleks PTSD. For nærmere beskrivelse af fundene henvises til afsnit 8.0. om økonomien.

At dømme efter fundene i litteraturstudiet er patientperspektivet generelt dækket i ringere grad end organisationsperspektivet og endnu mindre end teknologiperspektivet. Igen er det gældende, at patientperspektivet – i størstedelen af tilfældene – er afdækket under forskning på amerikanske krigsveteraner.



## 2.5. Vurdering af litteratur

Efter litteratursøgningen er fundene udvalgt i henhold til in- og eksklusionskriterierne, og de internationale guidelines, vi henviser til, er kvalitetsvurderet efter AGREE-instrumentet<sup>8</sup> (Se bilag 2). De økonomiske evalueringer af behandlingen af patienter med PTSD, der er beskrevet i økonomiafsnittet, er kvalitetsvurderet efter Drummond's checkliste for økonomiske evalueringer (15), der til lejligheden er oversat til dansk<sup>9</sup>.

## 2.6. Validering af rapporten

Rapporten er løbende undergået intern validering af styregruppen og af behandlere fra regionens behandlingscentre. Desuden en intern validering af Ask Elklit, professor i klinisk psykologi og speciale i traumepsykologi, Christian Simonsen, konsulent og speciallæge i psykiatri. Ekstern peer review har Peter Berliner, Jane Kraglund, samt Kristian Kidholm forestået, se projektorganisation.

---

<sup>8</sup> Instrument til kvalitetsvurdering af guidelines og referenceprogrammer, udarbejdet af AGREE Collaboration. Se Sundhedsstyrelsens hjemmeside: [www.sst.dk/Planlaegning\\_og\\_behandling/SfR/Kvalitetsvurdering.aspx?lang.da](http://www.sst.dk/Planlaegning_og_behandling/SfR/Kvalitetsvurdering.aspx?lang.da) Hjemmesiden besøgt d. 6. juni 2008.

<sup>9</sup> Den originale, engelske version er vedlagt som bilag 3, og de udfyldte checklister er vedlagt i samlet form som bilag 4.

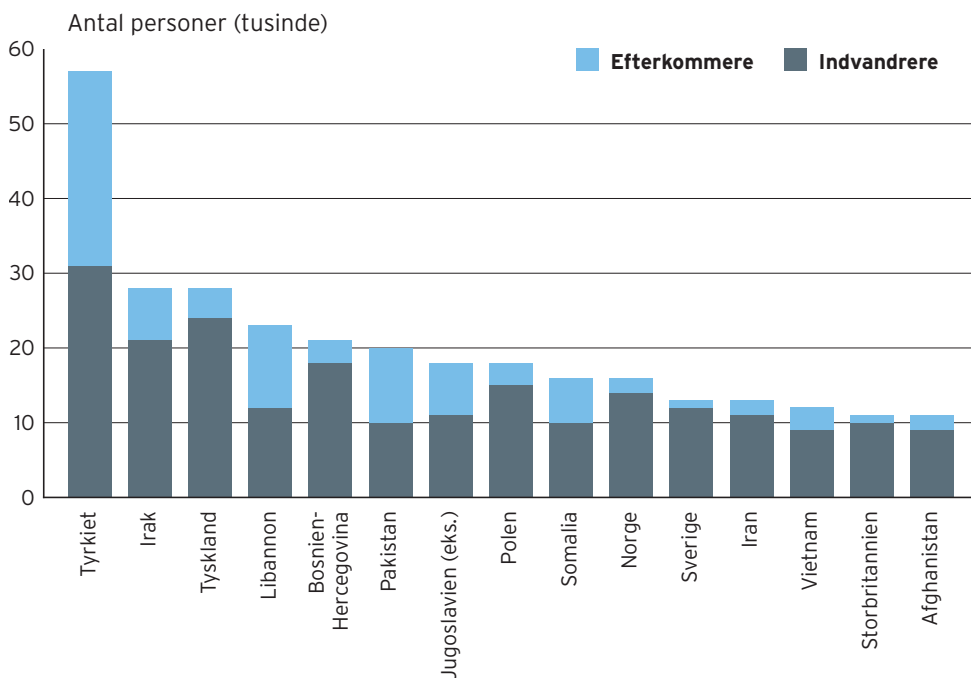
### 3. Flygtninge i Danmark

En flygtning defineres som en person, der er flygtet fra sit land og 'som følge af velbegrunder frygt for forfølgelse på grund af sin race, religion, nationalitet, sit tilhørsforhold til en særlig social gruppe eller sine politiske anskuelser befinder sig uden for det land, i hvilket han har statsborgerret, og som ikke er i stand til – eller på grund af sådan frygt ikke ønsker – at søge dette lands beskyttelse', og derfor ikke er i stand til eller ikke ønsker at vende tilbage dertil (FN's Flygtningekonvention af 1951) (16). Ved udgangen af 2007 var den globale flygtningepopulation ifølge FN oppe på næsten 10 millioner mennesker (hvoraf ca. 4,4 millioner statsløse palæstinensere i mellemøsten ikke er inkluderet). Afghanske og irakiske flygtninge udgør den største andel (17).

Pr. 1.1.2008 udgjorde indvandrere og deres efterkommere 8,7% af den samlede danske befolkning. Indvandrere alene, herunder flygtninge, udgjorde 6,6% af befolkningen<sup>10</sup>. Mere end halvdelen af gruppen af indvandrere og efterkommere kommer fra europæiske lande. De største indvandrergrupper fordelt på oprindelsesland er skitseret nedenfor.

Figur 3:

#### Indvandrere og efterkommere, herunder flygtninge, fordelt på oprindelsesland, 2007



Kilde: Statistisk årbog 2007 (18).

### 3.1. Flygtninge, PTSD og sundhedsvæsen

Lavere social status er associeret med højere sygelighed og dødelighed. Især kroniske sygdomme, hvor psykiske sygdomme udgør et væsentligt socialt og sundhedsproblem, har store menneskelige og samfundsøkonomiske konsekvenser. Særligt sårbare grupper, herunder visse etniske grupper og indvandrere (19), der er overrepræsenteret i lavere sociale klasser (20), har højere behandlingsrater end danskere for en række somatiske sygdomme (21) og rapporterer langt højere forekomst af kronisk angst, depression eller anden psykisk lidelse end baggrundsbefolkningen i den seneste Sundheds- og Sygelighedsundersøgelse (22). Desuden har gruppen et markant højere forbrug af sundhedsydelser, især fra praktiserende læge, uafhængigt af erhvervsdeltagelse (22;23).

Sociale forskelle mellem danskere og etniske minoriteter kan forklare en del af forskellene i sygelighed og dødelighed, men betydningen af samspejlet mellem etnicitet, sygelighed og sociale faktorer kan endnu ikke tydeligt forklares. Det anbefales at betragte gruppen af etniske minoriteter som en særskilt gruppe med særlige behov i forebyggelsen og i vurdering af behovet for sundhedsydelser (23). Resultater fra en ny dansk tværsnitsundersøgelse af sundhed blandt etniske minoriteter, der udkom i juni 2008, viser, at der blandt indvandrere<sup>11</sup> findes en større andel med langvarig sygdom end blandt etniske danskere, og at indvandrere i undersøgelsen samlet set har lavere selv vurderet helbred end etniske danskere. Desuden ses for forskellige grupper af indvandrere en højere forekomst af diabetes, forhøjet blodtryk, hjerteproblemer, kronisk bronchitis, hyppig hovedpine og en række andre udvalgte lidelser i forhold til etniske danskere (24). Det antages, at disse karakteristika også gælder for den gruppe af etniske minoriteter og indvandrere, der er kommet til Danmark som flygtninge, med eller uden psykiske traumer.

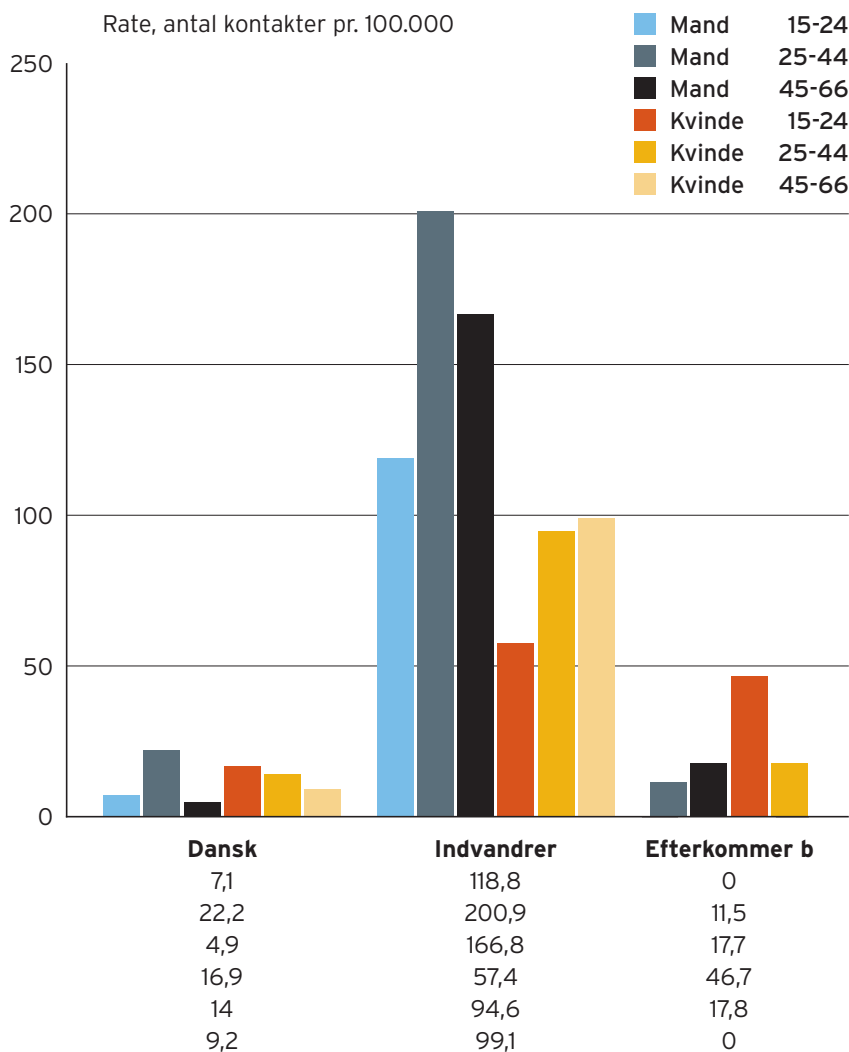
I forhold til behandling og rehabilitering af patienter med PTSD, herunder traumatiserede flygtninge, er det en positiv udvikling, at der er øget fokus på etniske minoriteters sygelighed og forbrug af sundhedsydelser, både inden for somatikken og psykiatrien (22;23). Historisk set er diagnosen PTSD forholdsvist ny, og i kraft af at det psykiatriske behandlingssystem ikke har været gearret til at opspore, diagnosticere og behandle traumatiserede flygtninge, har gruppen tidligere været stærkt overset og underbehandlet. I en dansk oversigtsartikel fra 1990'erne angives manglende kendskab til diagnosen, dens klassifikation og komplekse symptombillede hos psykiatriske behandlere som årsagen til, at diagnosen sjældent blev stillet, selvom oplysningerne herom fandtes i journalen for 2/3 af flygtninge i behandling (25). Ligeledes har terapeuters holdninger til behandling af traumatiserede flygtninge båret præg af, at flygtninge/indvanderes psykiatriske problemstillinger og symptombillede var udtryk for kulturelle forskelle, som derfor ikke kunne honoreres af det danske sundhedsvæsen. Mange er derfor aldrig blevet henvist til psykiatrisk behandling, hvor dem, der blev henvist, ofte blev afsluttet for tidligt, uden at følgerne efter tortur og traumer var blevet inddraget i behandlingen (26) og (27)<sup>12</sup>. Dette mønster bekræftes af resultater fra udenlandske undersøgelser, der bl.a. peger på, at klinikere ikke formår at identificere symptomer på følgerne af tortur, at kun et fåtal af patienter beretter deres behandling om deres traumatiserende oplevelser, og at behandlerne heller ikke spørger ind til det (29). Blandt sundhedsprofessionelle i 'primary care', 'community social service providers' og 'mental health service providers' fandt man tilsvarende holdninger til og mangelfuld viden om PTSD; et vidensniveau, der havde negativ effekt på den information og de ydelser, der blev tilbudt en gruppe bosniske

flygtninge og deres familie. Bl.a. anbefalede 'mental health services' primært psykoterapi, mens primary care oftest ikke havde nogle anbefalinger til behandling overhovedet (30).

I forlængelse heraf konkluderes det nu på baggrund af nyere danske undersøgelser, at antallet af kontakter til sundhedsvæsenet på grund af PTSD er langt hyppigere blandt indvandrere end andre grupper:

Figur 4:

**Antal kontakter med PTSD fordelt på danskere, indvandrere og efterkommere B<sup>13</sup>, køn og alder pr. 100.000**



Kilde: ((31), pp.89-92).

Behandling af PTSD har hidtil i begrænset omfang været en opgave for det psykiatriske behandlingssystem, og der har været en tendens til at betragte patienter med PTSD som værende uden for psykiatriens primære målgruppe. Derfor gælder resultaterne fra de danske undersøgelser udelukkende for den gruppe traumatiserede patienter, som har været henvist til det psykiatriske behandlersystem, og som sandsynligvis repræsenterer den hårdest medtagede andel af patienter. Derfor giver undersøgelsen formodentligt ikke et validt billede af problemets reelle størrelse og omfang (22;31).

Etnicitet og migrationsstatus er vigtige determinanter for migranternes sundhed og adgang til sundhedsydelser. For danske forhold viser det sig f.eks. for flygtninge og asylansøgere i regi af Dansk Røde Kors at være en gruppe, der ikke er omfattet af den offentlige sygesikring og derfor udelukkende har ret til akut lægehjælp. Under visse forudsætninger kan flygtninge og asylansøgere få hjælp til 'nødvendig, smertelindrende eller uopsættelig' behandling. Dækning af udgifter til sådanne ydelser kan søges hos Udlændingestyrelsen, men især ansøgninger om dækning af udgifter til behandling af psykisk sygdom godkendes sjældent (32). Et andet dansk studie konkluderer på baggrund af registerbaserede data, at etnicitet overordnet set ikke har nogen effekt på varigheden af hospitalsindlæggelser for somatiske lidelser. Forbrugsmønstret for indlagte patienter reflekterer således en lige adgang for samme behov for denne ydelse uanset etnicitet (33).

Ifølge WHO skønnes det, at psykoterapi er et omkostningseffektivt tilbud i behandling af angst, men at der findes en betydelig mangel på ressourcer i tilvejebringelsen af adækvat behandling (34). Globalt set er der ligeledes afstand mellem omfanget af psykiske lidelser og muligheden for dækkende behandling (treatment gap), hvor der i Vesteuropa er et beregnet *gap* på 62,3% for generaliseret angst (35). Der er desuden risiko for, at flygtningshelbredstilstand kan udvikle sig negativt under ophold i flygtningelejre og asylcentre og dermed udgøre en belastning for både den enkelte og for det samfund, flygtningene tager ophold i (36).

---

<sup>10</sup> Danmarks Statistik definerer indvandrere som personer, der er født i udlandet, hvis begge (eller den ene, hvis der ikke findes oplysninger om begge) forældre er udenlandske statsborgere eller født i udlandet. (Danmarks Statistik) (18).

<sup>11</sup> Etniske minoriteter defineres i undersøgelsen som 'indvandrere fra Ex-Jugoslavien, Iran, Irak, Libanon/Palæstina, Pakistan, Somalia og Tyrkiet og efterkommere af pakistanske og tyrkiske indvandrere' (24).

<sup>12</sup> Der knytter sig en række problemstillinger til PTSD-diagnosen med betydning for den relaterede behandling, se evt. Watters C. Emerging paradigms in the mental health care of refugees. *Social Science & Medicine* 2001(52):1709-18 (28).

<sup>13</sup> Efterkommere B: Personen er født i Danmark; den ene forældre er født i Danmark, den anden forældre er født i et andet land. Kilde: (31).

## 3.2. Udviklingen af behandlingstilbud for traumatiserede flygtninge i Danmark

Lige siden 1960'erne har Danmark modtaget flygtninge, der har været udsat for hændelser i deres hjemlande, som WHO betegner som traumatiske. Fra politisk side har man tilbudt fysisk beskyttelse i form af asyl til flygtninge, mens der indtil 1980'erne ikke fandtes etablerede behandlingstilbud til flygtninge, der led af følgerne efter tortur, organiseret vold mv.(37). Rehabiliteringscenter for Torturofre (RCT), København, opstod i 1982 som et privat initiativ som følge af et samarbejde med Amnesty International og deres arbejde med bekæmpelse af tortur og er det ældste behandlings- og rehabiliteringscenter i Danmark; se endvidere kapitel 6 for mere detaljeret gennemgang af centret. Efterfølgende gjorde et stigende antal indvandrere og flygtninge spørgsmålet om behandling og rehabilitering af torturofre aktuelt i Danmark (38). Siden er der løbende etableret tværfaglige tilbud, primært i København og i større byer i Jylland på både offentligt og privat initiativ. Behandlingstilbuddene har ligeledes udviklet sig fra dels at behandle fysiske skader hos torturofre til også at behandle flygtninge, der udviste psykiske symptomer og sygdomme som følge af krig, tortur og livet i eksil m.m.

Behandlingen har før strukturreformen primært været varetaget af private, selvejende og offentlige amtslige behandlingscentre, som kommunerne kunne henvise til under henvisning til hhv. Serviceloven eller Integrationsloven. Den henvisende kommune finansierede således helt eller delvist behandlingen, afhængigt af patientens muligheder for egenbetaling. Varigheden af behandlingen var derfor afhængig af finansieringen. Som en konsekvens af denne organisering og finansieringsform har behandlingstilbuddene haft en varierende geografisk dækning, hvor mange patienter har været afskåret fra behandling, mens der forekom lange ventelister på behandling i de byer, hvor behandlingscentre fandtes (6;37).

En arbejdsgruppe under Sundhedsministeriet konkluderede i 2001, at behandlings- og rehabiliteringsindsatsen for traumatiserede flygtninge i Danmark bar præg af at være en 'uklar opgave med en uklar ansvarsfordeling' (6) og anbefalede i korte træk en omlægning af organiseringen, så centrene blev omfattet af Sygehusloven, den nuværende Sundhedslov. I praksis ville det betyde, at ansvaret for behandling af traumatiserede flygtninge blev overdraget til amterne som et vederlagsfrit tilbud for såvel kommuner som patienterne selv.

Behandling og rehabilitering har siden 1.1.2005 været omfattet af Sygehusloven og er dermed skrevet ind i økonomiaftalerne. Siden Sundhedsloven trådte i kraft 1.1.2007 har ansvaret for behandling ligget hos regionerne, og pr. 1.3.2008 findes der tolv behandlingscentre i Danmark, der er finansieret under Sundhedsloven. Derudover findes der adskillige private og kommunalt finansierede tilbud af både støttende, rådgivende og behandlende karakter, tværfaglige såvel som monofaglige (2). Til trods for at opgaven er placeret som et offentligt ansvar med faste økonomiske rammer, synes behandlingskapaciteten stadig ikke sufficient. Den samlede behandlings- og rehabiliteringsindsats betegnes generelt som ukoordineret i Danmark (37;39), og ventetiden på behandling er typisk mellem ½ – 2½ år (40)<sup>14</sup>.

Effekten af tværfaglige behandlingstilbud til traumatiserede flygtninge er imidlertid ikke særligt veldokumenteret. Større danske studier om rehabilitering af torturofre (3;41) finder ingen videnskabelig evidens for effekten af én behandlingsform frem for andre behandlingsformer. I internationale såvel som danske behandlingsmiljøer har det været debatteret, hvorledes man genererer evidens for behandlingseffekt inden for psykologiske 'disorder syndromes' med multi-faktoriel ætiologi (42;43), hvilket tilmed besværliggør estimering af omkostningseffektiviteten af alternative behandlingsmetoder (3).

En af forudsætningerne for meningsfuld kommunikation mellem behandler og patient er tilstedeværelsen af en tolk. Hjemmesiden [traume.dk](http://traume.dk) (2) har samlet en række nyttige råd og informationer for tolke og brugere af tolke i behandlingen og rehabiliteringen af traumatiserede flygtninge. Oplysningerne er baseret på udgivelser fra bl.a. RCT København og fra Dansk Flygtningehjælp, dvs. organisationer der har erfaring i arbejdet med tolke. Etiske forhold vedr. brug af tolk i behandling og rehabilitering af traumatiserede flygtninge beskrives dels på [traume.dk](http://traume.dk) (2)<sup>15</sup> og dels i afsnit 7.4.2.

### 3.3. Konklusion

Et beskedent indblik i omfanget af problemstillinger relateret til PTSD og etniske minoriteters sundhed og sygelighed i Danmark afdækker et anseligt behov for en styrket indsats af behandlingen og rehabiliteringen af patienter med PTSD, særligt gruppen af traumatiserede flygtninge. Komplexiteten af PTSD diagnosen, de psykosociale problemstillinger, der er relateret til at leve med PTSD, og den relativt ukoordinerede indsats i behandlingen af især traumatiserede flygtninge understøtter endvidere behovet for en status på og gennemgang af, hvilken behandling der har vist sig effektiv for patienter med PTSD generelt og uanset lidelsens ætiologi, og om hvorvidt der er behandlingstyper eller interventioner, der har vist sig særligt virksomme for undergruppen af multitraumatiserede flygtninge med PTSD af kronisk karakter. Denne MTV medvirker til at belyse behandlingseffekten fra perspektiverne teknologi, organisation, patient og økonomi.

---

<sup>14</sup> Ventetider opgøres forskelligt – for visse centre er der skelnet mellem ventetid fra henvisning til visitation og ventetid fra visitation til opstart af behandling, mens der for andre centre ikke er differentieret. Der gives derfor ikke noget entydigt billede af begrebet 'ventetid'.

<sup>15</sup> <http://www.traume.dk/Tolkning/Tolkning/Tolkeetik/> – Hjemmesiden besøgt d. 14. juni 2008.

# 4. Post-traumatic stress disorder

## PTSD

Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD, dækker over et karakteristisk mønster af symptomer, som personer risikerer at udvikle som respons på eksponering for en eller flere ekstreme traumatiske hændelser, der 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 (44).

### 4.1. Diagnose

PTSD diagnosticeres efter hhv. WHO's ICD-10 klassifikation (45) eller den amerikanske klassifikation, DSM-IV (46). De bedst validerede instrumenter og de fleste randomiserede kontrollerede studier af behandling af PTSD bruger DSM-IV klassifikationen, og der er evidens for, at behandling for PTSD, diagnosticeret efter DSM-IV kriterierne, er ligeså effektiv som behandling for PTSD defineret efter ICD-10 klassifikationen (12)<sup>16</sup>.

Det har været diskuteret, hvorvidt diagnosen PTSD er dækkende for rækken af symptomer, som mennesker, der har været udsat for længerevarende totalitær kontrol og/eller organiseret vold, præsenterer. Nogle mennesker udvikler et særlig komplekst symptombillede efter en sådan langvarig, kumuleret traumatisering, såkaldt 'complex trauma syndrome'(47), og der udtrykkes derfor et behov for en udvidelse af diagnosen eller definition af en særlig retning, der mere præcist beskriver det komplekse symptombillede af PTSD, f.eks. 'Complex PTSD' eller 'DESNOS', Disorders of Extreme Distress Not Otherwise Specified (7)<sup>17</sup>. Der er ved at tegne sig brede samlende symptommønstre, der formentlig mere præcist kan definere de centrale elementer i lidelseskomplekset<sup>18</sup>. Jf. også kapitel 5.

Sekundærlitteraturen bekræfter, at der hos mennesker, der har været udsat for tortur, er dokumenteret sammenhæng mellem eksponering for traume og tortur og udviklingen af PTSD (11;12;41;48). Der er ligeledes større sandsynlighed for at udvikle yderligere symptomer som skyld, skam, mistillid, tilknytningsproblemer og somatisering samt skader på en grundlæggende tro på sikkerhed og retfærdighed – også kaldet 'torture syndrome'. Generelt har 'torturesyndromet' mange fælles karakteristika med symptombilledet ved kompleks PTSD. Svære, langvarige og multiple interpersonelle traumer som f.eks. ophold i koncentrationslejr, voldtægt og oplevelsen af at leve som flygtning kan resultere i en form for 'mental død' og kan skabe vedvarende psykologiske forandringer, udtrykt i personlighedsforandring, ændret opfattelse af kerneværdier og identitet samt manglende tillid til omverdenen (47).



De nuværende diagnostiske klassifikationssystemer ICD-10 og DSM-IV er løbende blevet revideret bl.a. for at imødekomme behovet for en differentiering inden for diagnosen PTSD. I den seneste version af DSM har man ikke justeret de diagnostiske kriterier eller defineret andre former for PTSD, men beskrevet de associerede 'fænomener', der kan observeres som følge af svær, interpersonel stress, som beskrevet i DESNOS-kriterierne (12). I denne forstand betragtes disse symptomer mere som en udvidelse af PTSD diagnosen end som en differentieret diagnose.

ICD-10 opererer med flere syndromer som direkte respons på psykisk belastning, der kan være hhv. enkeltstående eller multipel og kortvarig såvel som langvarig. ICD-10 har introduceret en særskilt diagnose, 'Vedvarende personlighedsændring efter katastrofeoplevelser' (F62.0 – se bilag 5), som er karakteriseret ved fjendtlig holdning til omverdenen, social tilbagesøgning, følelse af håbløshed og af at være under konstant trussel m.m. (12). Personlighedsændringen skal have stået på i mere end 2 år efter den katastrofale traumatiserende hændelse. PTSD kan i visse tilfælde gå forud for diagnosen med personlighedsændringen (49).

Begge klassifikationssystemer skelner desuden mellem akut og vedvarende stressbelastning, men adskiller sig på en række andre specifikke områder (50), der ikke diskuteres her. Trods variation mellem diagnoserne mht. indhold og varighed af symptomer har forskningen gentagne gange påvist klassifikationssystemernes mangelfuldhed i forhold til at repræsentere de symptomer, der udvikler sig som følge af oplevelsen af totalitær kontrol. Forskningen indikerer, at mennesker, der har været udsat for totalitær kontrol, oftere vil have PTSD end andre personer, at de oftere vil have sværere symptomer, og at gruppen oftere vil være behandlingsresistente (47). Desuden kan psykisk belastning give anledning til udbrud eller forværring af andre psykiatriske lidelser som angsttilstande (51), der også er associeret med traume, tortur og post-migratoriske faktorer (41).

---

<sup>16</sup> Oversigt over begge klassifikationssystemer er vedlagt i bilag 5 og 6.

<sup>17</sup> Se oversigt i bilag 6.

<sup>18</sup> Interview med speciallæge i psykiatri juni 2008, Christian Simonsen, der understregede behovet for bedre sygdomsbeskrivelser/diagnose.

## 4.2. Prævalens og epidemiologi af PTSD

Som omtalt definerer DSM-IV en traumatisk begivenhed som en, hvor personen oplevede, var vidne til eller blev konfronteret med en begivenhed eller begivenheder, som involverede aktuel eller truende død eller alvorlige skader eller en trussel mod den fysiske integritet af en selv eller andre (kriterium A1), og at personens reaktion indebar intens frygt, hjælpeløshed eller rædsel (kriterium A2). Denne definition fra 1987 var en udvidelse af de foregående definitioner i forhold til kriterium A1, men tilføjelsen af kriterium A2 i forhold til tidligere krævede, at begivenheden af personen opleves med hjælpeløshed og rædsel.

*“DSM-IV revisionen nedtoner de objektive træk ved stress og fokuserer på det kliniske princip, at mennesker opfatter og reagerer forskelligt på ensartede, ydre begivenheder”(52, p.924)”.*

At ensartede, ydre begivenheder perciperes forskelligt, sætter beskrivelsen af personligheden (herunder mentaliseringsniveau) i centrum for forståelsen af traumer og PTSD. I det følgende vil kort blive gennemgået centrale fund angående eksponeringen for traumatiske begivenheder og deres risiko for udviklingen af PTSD. Her bliver de nyeste tredje- og fjerdegenerations målemetoder anvendt.

Fund fra “The Australian National Survey of Mental Health and Well-Being” (53) viste, at 65% af australske mænd og 50% af australske kvinder havde oplevet mindst én kvalificerende begivenhed i deres liv. De hyppigste begivenheder var at være vidne til, at nogen blev alvorligt såret eller dræbt (38% af mændene, 16% af kvinderne), livstruende ulykker (28% af mændene, 14% af kvinderne) og katastrofer (20% mænd, 13% kvinder). Mænd havde hyppigere oplevet fysiske angreb og kampe, mens kvinder hyppigere havde oplevet voldtægt og seksuelle forulempelser. Breslau et al. (54) fandt, at prævalensen<sup>19</sup> for at blive udsat for en traumatisk begivenhed var på 90% blandt en kohorte på 2.200 personer i alderen fra 18-45 år. I “National Survey of Veterans” (NSV; U.S. Department of Veterans Affairs, 2003), der omfattede 20.000 veteraner, fandt man ikke overraskende høje eksponeringer for kamphandlinger og dødsfald. Generelt rapporterede 39% at have været udsat for kamphandlinger (41% mænd og 12% kvinder), og 36% rapporterede eksponering for døde, døende eller alvorligt sårede. Costello et al. (55) undersøgte eksponeringen for mulige traumatiske begivenheder blandt den almene befolkning i North Carolina i ungdomsårene. I gruppen af 16 årige havde 25% oplevet potentielt traumatiske begivenheder. Elklit (56) undersøgte en nationalt repræsentativ gruppe i Danmark på 390 ottendeklasses elever (fra 13-15 år). Der blev anvendt selvrappporterende spørgeskemaer. Mindst en traumatisk begivenhed var oplevet af 87% af pigerne og 78% af drengene. De hyppigst forekommende begivenheder var et familiemedlems død (52%), trusler om fysiske overgreb (41%) og ulykker (24%).

En meget omfattende undersøgelse omfattede fire lande, der havde oplevet væbnede konflikter og samtidig var lavindkomstlande (57). Undersøgelsen omfattede 610 personer fra Cambodiam, 653 fra Algeriet, 1.200 fra Etiopien og 585 fra Gaza. Eksponeringen for traumer varierede imellem landene. Prævalensen for tortur varierede fra 8% i Algeriet til 26% i Etiopien.

Stress i de unges hjem varierede fra 29% i Etiopien til 55% i Algeriet. Død og separation fra nærtstående familiemedlemmer for børn under 12 år var 5% i Gaza og 18% i Cambodien. Konfliktbegivenheder var oplevet af personer over 12 år blandt 59% i Gaza og 92% i Algeriet. Lignende tal for eksponeringsomfanget er fundet blandt børn i andre krigsområder. Kuterovac et al. (58) fandt, at over 90% af en gruppe på 134 unge i alderen mellem 10 og 15 år i Kroatien havde været udsat for traumatiske begivenheder.

Goldstein et al. (59) identificerede alle bosniske børn mellem 6 og 12 år, der levede i centre for fordrevne familier med tre eller flere børn. Af denne gruppe børn på 364 havde alle været eksponeret for traumatiske begivenheder. Disse er ekstremt høje tal for traumeeksponering i fattige og krigshærgede lande, som er lande, vi modtager flygtninge fra.

Breslau og Kessler (60) fandt, at 77%, der rapporterede en begivenhed under kriteriet A1, opfyldte kriterium A2. Der var store variationer: 34% opfyldte kriterium A2, når der var tale om krigshandlinger, 93% opfyldte kriterium A2 ved voldtægter, og 94% ved et barns livstruende sygdom. I samme studie gjorde man det interessante fund, at traumatiserende begivenheder, der ikke forårsagede disse personlighedsafhængige subjektive oplevelser, sjældent forårsagede PTSD. Norris et al. (61) fandt lignende tal blandt mexicanere: Af de personer, der rapporterede at have oplevet en traumatisk begivenhed, oplevede 73% af mændene og 80% af kvinderne stærk frygt, rædsel eller hjælpeløshed.

Livstidsprævalensen<sup>20</sup> for PTSD i den almindelige befolkning ser ud til at ligge omkring 1-2%. Helzer et al. (62) fandt i en population på 2.500 en livstidsprævalens på 1%, og et lignende tal (1,3%) er fundet af Davidson et al. (63). Shore et al. (1986) fandt en prævalens på 2,6%. En 40 års follow-up-undersøgelse af krigsfanger fra anden verdenskrig, der ikke havde modtaget behandling, viste, at 66% havde lidt af PTSD. Af disse var 29% blevet helt raske, 39% udviste milde symptomer, 24% udviste moderate forbedringer, og 8% var uændrede med PTSD (64).

Sidst i 1980'erne vurderede U. S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), at 14,7% af vietnamveteranerne udviklede PTSD, og at 2,2% stadig havde lidelsen sidst i firserne.

Den amerikanske kongres autoriserede "The National Vietnam Veterans Readjustment Study" (NVVRS) til at foretage nye undersøgelser, fordi mange mente, at tallene fra CDC var alt for lave. NVVRS fandt i 1990, at 30,9% havde udviklet PTSD, og at 22,5% havde udviklet partiel PTSD (se Dohrenwend et al. (65)). Herudover fandt man, at 15,2% stadig led af PTSD i 1990'erne – en prævalens, der var næsten syv gange større end den, som CDC havde fundet frem til. Den metodologisk langt mere raffinerede og sikre undersøgelse, som i august 2006 er offentliggjort i tidsskriftet Science, viser, at 18,7% af vietnamveteranerne havde udviklet krigsrelateret PTSD i deres livstid, og at 9,1% led af PTSD 11-12 år efter krigen (65).

Prævalensen af PTSD hos soldater, som direkte har været involveret i krigshandlinger i Afghanistan og Irak, ser ud til at passe med de nye tal, som Dohrenwend et al. (65) har fundet for vietnamveteraner.

Soldater fra de tre krigszoner havde alle været udsat for ensartede stressorer: Konstant trussel om bagholdsangreb, høje tabstal både blandt soldater og civile og vanskeligheder med at skelne ven fra fjende.

En række faktorer er medvirkende til og virker sammen i udviklingen af PTSD: Omfanget (eller dosis) af traumatiske begivenheder, udviklingsmæssige faktorer, social støtte og tilknytning, om traumat er upersonligt eller interpersonelt, og genetiske, temperamentsmæssige faktorer (66).

---

<sup>19</sup> Antallet af tilfælde af en given sygdom eller tilstand i en given population på et givent tidspunkt.

<sup>20</sup> Det totale antal personer, der vides at have haft en given sygdom eller tilstand på et eller andet tidspunkt i deres liv.

### 4.2.1. Traumedosis og PTSD

Omfanget af traume kan beskrives på to måder: Alvorligheden af traumet i en bestemt begivenhed og kvantiteten af de traumatiske begivenheder, personen har oplevet. Generelt gælder det, at jo mere alvorligt traumet er, jo flere traumatiske begivenheder personen har været udsat for, desto større sandsynlighed er der for at udvikle PTSD (65). De fleste personer udvikler ikke PTSD efter en traumatisk oplevelse (54), og nogle personer udvikler PTSD efter stressfyldte begivenheder, som ikke kan defineres som en traumatisk begivenhed (67). Resiliens er den hyppigste udviklingsbane efter eksponering for en potentiel traumatisk begivenhed (68). Studier af de personer, der overlever større traumer, tyder på, at det store flertal klarer sig ganske godt (69;70). Omvendt vil praktisk talt alle personer, som bliver udsat for tilstrækkelig høje doser af stress og traumer, udvikle PTSD, som bl.a Herman har beskrevet vedrørende ætiologien til kompleks PTSD (71;72).

Sammenhæng mellem traumedosis og PTSD er fundet gentagne gange: Jo hyppigere og jo mere intens kampoplevelserne har været, desto større risiko for PTSD (65)). Hoge (73) har rapporteret, at blandt 894 soldater i en kampenhed, som var vendt tilbage fra Irak, havde 89% været i direkte angreb eller var faldet i baghold, og 95% havde set dødsfald, lig og ligdele. I denne gruppe ser det ud til, at 17% udvikler PTSD symptomer, generaliseret angst eller depression. Den samme gruppering af symptomer er fundet hos ca. 11% soldater med lignende krigserfaringer fra Afghanistan. Hoge et al. (74) har mere præcist kunnet fastslå tallene til 19% hos de, der gjorde tjeneste i Irak, og 11% hos de, der gjorde tjeneste i Afghanistan. Tallene fra PTSD alene var 9,8% hos soldater fra Irak-krigen og 4,7% hos dem fra Afghanistan-krigen.

I en ny dansk undersøgelse fra juni 2008 blev 142 ud af 720 nyankomne asylsøgere undersøgt over en firemåneders periode. Gruppen kom fra 33 lande, primært fra Afghanistan, Irak, Iran, Syrien og Tjetjenien. 45% oplyste, at de havde været udsat for tortur. 59% havde været udsat for krigshændelser, 68% udsat for forfølgelse, 44% for fængsling eller tilbageholdelse. 63% af de asylsøgere, der havde været udsat for tortur, opfyldte PTSD kriterierne (75). Disse nye danske tal er på linje med tilsvarende internationale undersøgelser.

I USA er sandsynligheden for i løbet af livet at blive udsat for en traumatisk begivenhed, som den er defineret i DSM-IV, 50-60%, medens prævalensen for PTSD er 7,8%. I Algeriet er traumeeksponeringen 92%, og PTSD prævalensen er 37,4% (57;76). Denne forbindelse mellem traumedosis og reaktion holder, hvad enten der er tale om seksuelle overgreb, eksponering for krigszoner, naturkatastrofer eller terrorangreb (61;77-79).

## 4.2.2. Udviklingsmæssige faktorer og PTSD

Udviklingsmæssige faktorer, psykologiske og psykiatriske problemer er nært forbundne med udvikling af PTSD. Schore, Fonagy m.fl. har indgående beskrevet tidlige relationelle traumas negative indflydelse på barnets psykologiske og hjernemæssige udvikling (80-87). Ydermere fremhæver Perry & Schore børns specielle sårbarhed overfor relationelle traumer (82;83;88;89).

Upersonlige traumatiske begivenheder påvirker børnene gennem deres tilknytningspersoners reaktion. Hvis de voksne kan affektregulere sig selv og hinanden, påvirkes barnet kun lidt. Denne sammenbinding mellem traume og afbrydelse af tryk tilknytning er dokumenteret i undersøgelser, som har påvist, at præmatur separation er en prædisponerende faktor for stressfølsomhed hos dyr (90) og for PTSD hos mennesker (91). PTSD er sammenkædet med en lang række andre psykiatriske lidelser, med stof- og medicinmisbrug samt med personlighedsforstyrrelser hos den enkelte eller i familien (bl.a. antisocial) (92) jf. afsnittet om co-morbiditet.

Eksempelvis fandt Bremner et al. (93), at vietnamveteraner med en barndomshistorie med fysiske og seksuelle overgreb med større sandsynlighed udviklede PTSD efter at have været udsat for kamphandlinger, end kammerater uden en sådan barndomshistorie.

Efter terrorangrebet i USA den 11. september 2001 viste det sig, at børn mellem 4 og 17 år af de forældre, der ikke magtede at forholde sig til, hvad der foregik i deres børns sind, havde 11,1 gange så høj sandsynlighed for efterfølgende psykiske og adfærdsmæssige problemer (94). Børnenes emotionelle og adfærdsmæssige dysregulering ser ud til meget tydeligt at hænge sammen med forældrenes evne til at sætte sig ind i deres børns tanker og samtidigt regulere deres følelser. Der er evidens for, at forældre med en traumatisk historie mister evnen til empatisk at reflektere over, hvad der sker i barnet og i dem selv, når de står over for barnets ubehag, smerte og ulykke. Det har empirisk vist sig, at traumatiserede børn ikke kan lære at sætte ord på følelser (95), og traumatiserede voksne har større vanskeligheder med at genkende, benævne og identificere ansigtsudtryk (96). Tilsvarende mangler i reflektiv funktion (mentaliserings-evne) er påvist hos patienter med PTSD (97).

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 (98). Dette faktum udgør et ekstra problem: Traumer påført forældrene gennem krig, tortur og eksil, dvs. traumer der ikke er påført personen af familiedlemmer, bliver for børnene til invaliderende interpersonelle traumer i en nær tilknyttet relation. Denne type traumer er de mest skadelige og ødelæggende for den psykiske og sociale funktion (se fx (99)).

En undersøgelse af kvaliteten af relationen mellem omsorgspersoner med PTSD og deres børn er foretaget af Ruscio et al. (100). Her viste det sig, at alle PTSD-symptomerne havde en negativ indflydelse på forældrerelationen til børnene.

Det interessante ved denne undersøgelse – set i sammenligning med Feinberg et al. (101) – var, at PTSD-symptomet “emotionel følelseløshed” havde en specielt negativ effekt på forældrerelationen. Ruscio et al. (100) konkluderede, at det, der karakteriserer emotionel følelseløshed såsom utilgængelighed, fjernhed og mangel på interesse, forhindrer forældrene i accepterende og glædesfyldt interaktion med deres børn. PTSD-symptomet “emotionel følelseløshed” er af van der Kolk (102) blevet betegnet som sekundær dissociation. Der er tale om stærkt overregulerede affektive tilstande, der indebærer en blank, fastfrosset tom tilstand, der mangler indre subjektivitet. De neurobiologiske korrelater til denne adskillende dissociationstype er beskrevet af Lanius et al. (103) og Hopper et al. (104).

To senere undersøgelser har tilsvarende vist, at personer med PTSD-symptomerne “emotionel følelseløshed” og “undgåelse” er specielt i risiko for at have en dårlig kvalitet i forældre-barn relationen. PTSD-symptomerne “hyperarousal”, overaktivering i nervesystemet (specielt det autonome nervesystem), og “genoplevelse” ser efter disse undersøgelser ud til at være knap så “giftige” (105;106). En nyere undersøgelse har påvist, at PTSD er klart forbundet med svære forringelser i forældre-barn relationen (107). Personer med PTSD har modtaget mindre psykosocial støtte fra deres mødre, fædre og kammerater som børn i forhold til en sammenlignelig persongruppe uden en historie med PTSD (108). Og mere specifikt: Emotionel følelseløshed var specifikt forbundet med aggression hos børnene. Den emotionelle følelseløshed – med mangel på interesse og accept og dominans af utilgængelighed, fjernhed og lukken følelsesmæssigt af – ser ud til at være den relationelle faktor, der i kombination med en genetisk sårbarhed med størst sandsynlighed kan medføre aggression og antisocial adfærd (101;107).

Akut PTSD kan opstå hos alle, men meget tyder på, at kronisk PTSD oftere opstår hos personer med en usikker tilknytning (type D, E, U; børn A, C, A + C) (109;110).

## Skema 1:

### Sammenhængen mellem forældres og børns tilknytningsmønstre (efter Byng-Hall, 1995:114 (111))

Oversigt over mulige sammenhænge mellem tilknytningsmønstre hos børn og deres forældre målt med "Fremmedsituationen" og AAI (Adult Attachment Interview).

|   | Sikker                                  | Undvigende<br>Avoidant  | Utryg<br>Ambivalent  | Desorganiseret   |
|---|---|---|--|--|
| <b>Forældre Tilknytningsmønstre, forskellige kategorier</b>                           | Autonom/tryk                            | Afvisende/<br>tillukket   | Forvirret/<br>overvældet                                       | Ubearbejdet/<br>Desorganiseret   |
| <b>Barnets tilknytningsmønster (fra "fremmedsituationen")</b>                         | Autonom,<br>glad for at<br>udforske (B) | Pseudo uaf-<br>hængig, undgår<br>nærhed, reduce-<br>ret tilknytnings-<br>evne (A) | Krævende<br>og/eller vred,<br>overdreven<br>afhængighed<br>(C) | Desorganiseret<br>bliver kontrolle-<br>rende eller<br>omsorgsgivende<br>i senere alder<br>(D eller A+C)  |
| <b>Forældrenes tilknytningsmønstre (fra AAI-testen)</b>                               | Autonom (F)                             | Afvisende (D),<br>usammenhæn-<br>gende, benægter<br>tidlig smerte                 | Utryg/<br>fraværende (E),<br>optaget af<br>fortiden            | Ubearbejdet (U)  |
| <b>Forældrenes historiefremstilling (narrativer)</b>                                  | Sammen-<br>hængende                     | Usammenhæn-<br>gende, afviser<br>tidligere smerte-<br>fulde følelser              | Usammenhæn-<br>gende, optaget<br>af fortiden                   | Usammenhæn-<br>gende, uforløst<br>forhold til tab  |
| <b>Forældreadfærd</b>   | Følsomt<br>responderende                | Afvisende   | Periodisk<br>tilgængelig                                       | Mishandling<br>(gælder nogle)  |
| <b>Tilnærmelse/<br/>afstand (tilknyt-<br/>ningsafgrænsning):<br/>forældre og barn</b> | Frihed til at<br>komme og gå            | Fjern   | Overnær  | Konflikt mellem<br>tilnærmelse og<br>undvigende<br>adfærd (nogle)  |
| <b>Transaktionel stil:<br/>forældre og barn</b>                                       | Tilpasnings-<br>dygtig                  | Uengageret  | Sammenblandet/<br>-uafgrænset                                  | Momentant<br>desorienteret   |
| <b>Strategi for barn<br/>og forældre</b>  | Opretholder<br>kontakt med<br>hinanden  | Undgår emotio-<br>nel eller fysisk<br>nærhed                                      | Gensidig<br>overvågning  | Ingen fælles stra-<br>tegi, idiosynkrati-<br>ske genforeninger,<br>dissociation når<br>barnet er bange/<br>forældrene optræ-<br>der skræmmende |

Kilde: Schibbye (112, p. 151)



Især type A + C-tilknyttede (U hos voksne) er i fare for at udvikle kronisk PTSD: Usikkert tilknyttede personer er i sagens natur personer, som både mangler mulighed for og evne til at modtage social støtte. Usikkert tilknyttede er prægede af stressophobning, hvori aktuel stress og choktraumer svinger sammen med tidligere relationelle traumer. En historie med tidligere relationelle traumer (usikker tilknytning) kan som nævnt sensitivere personen over for stress i nutiden, således at vedkommende bliver mere reaktiv, end han ville have været uden denne historie.

Bremner (113) mener, at både PTSD og BPD (Borderline Personality Disorder) kan ses ud fra et traumespektrumperspektiv, fordi de udviser en ensartet underliggende ætiologi og adskillige overlappende symptomer. Symptomerne hos både PTSD- og BPD-patienterne stammer fra ensartede neurale kredsløb, som regulerer emotion såsom amygdala, hippocampus, orbitofrontalcortex m.fl. (114-117). Traumatiske erfaringer kendetegner begge forstyrrelser. BPD indbefatter udviklingspsykologiske eller "erhvervet" hjernedysfunktioner forbundet med tidlige relationelle traumatiske erfaringer, hvorimod traumerne hos PTSD-patienter sædvanligvis forekommer senere i livet. Man har fundet reduceret aktivitet i højre amygdala hos patienter med BPD i en undersøgelse af det neurale grundlag for smerteprocessing hos mennesker med BPD (115). Det påfaldende er, at de neurovidenskabelige undersøgelser kan påvise så ensartede mønstre af dysfunktion i hjernen for begge grupper. Herudover

*"er der stigende dokumentation for, at PTSD, som udløses i forbindelse med traumatiske hændelser senere i livet, for det meste opstår hos personer, som i forvejen har været udsat for udviklingsmæssige traumer eller fejlregulering (Van der Kolk, 2000)." (118), se endvidere (119).*

Van der Kolk og hans kolleger har overbevisende argumenter for den mulighed, at BPD deler en fælles ætiologi med andre forstyrrelser i form af tidlig (eller sen) alvorlig stress. Han og en række forskere mener, at somatisering, dissociative forstyrrelser, alexithymi og BPD er forskellige neuroaffektive symptomatiske udfald af traumatiske erfaringer – traumatiske relationelle erfaringer på forskellige udviklingstrin (102;120;121). En lang række neurobiologiske forskningsmetoder har kunnet påvise mange hjernemæssige fællestræk for patienter med BPD og PTSD og nogle få forskelle – for eksempel forskelle i HPA-akse-dysregulering (122).

Der udvikler sig et bestemt mønster med stressophobning (tidligere traumer plus aktuel stress), der medfører umentalisering, ubærlige dysregulerede emotionelle tilstande, som igen medfører maladaptive copingstrategier. Det traumatiserede barn begynder at frygte sit eget sind. Hæmmet mentaliseringsevne er en intrapsykisk tilpasning til traumatisk tilknytning. Barnet undgår affektobisk<sup>21</sup> at forestille sig, hvad der sker inde i de dysregulerede traumatiserede forældre. Derved mangler barnet i sin udvikling en mental model af nærtstående andre til at forstå sig selv med, hvilket ofte medfører alvorlig identitetsdiffusion og dissociation (80;84;85;123;124). Barnet kan ikke tale om og reflektere over følelser, mens følelserne er til stede. Hverken barn eller voksen kan mentalisere affektivt.

Tilknytningsrelationen mellem børn og omsorgsperson tjener det afgørende formål at forsyne børnene med forudsigelighed, regelmæssighed og stabilitet, så personens selvregulerende system kan udvikles robust. Den nyeste forskning peger på, at tidlige tilknytningsmønstre ikke fuldkomment forudsiger personens tilknytningsmønster som voksen, skønt mønstrene udviser en vis stabilitet og kontinuitet (125-127). Mange, der som børn klassificeres som sikkert tilknyttede, bliver senere usikkert tilknyttede, hvis de gennem opvæksten og gennem livet oplever traumatiske relationer og begivenheder.

Fonagy & Target (125) påpeger, at den varige betydning af tilknytningsrelationen ikke så meget er opbygningen af tilknytningstyper eller den indre ubevidste arbejdsmodel, men snarere udviklingen af en Interpersonel Interpretativ Mekanisme (IIM), der er afgørende for personens evne til at indgå i relationer til andre – det være sig nære tilknyttede relationer, sociale relationer mere bredt og relationer på arbejdsmarkedet. IIM bygger på mindst tre forbundne hovedelementer, der er påvirket af tidlige tilknytningserfaringer:

- Reaktivitet overfor stress
- Kapaciteten til fokuseret og målrettet opmærksomhed
- Refleksiv funktion eller mentaliseringssevne.

Den tidlige tilknytningsrelations afgørende betydning for barnets tidlige biologiske funktion er signifikant understøttet af omfattende og bredtfaende empirisk forskning (125). Patienters refleksive funktionsniveau eller mentaliseringsniveau<sup>22</sup> og dets betydning for en differentieret assessment og behandlingsindsats i forhold til PTSD og kompleks PTSD vil blive omtalt i afsnit 5.5. om assessment og kap. 5. om behandlingsindsats.

Her vil følge en kort gennemgang af den tidlige omsorgsrelations betydning for barnets stressrespons og opmærksomhedsfunktion.

Forholdet mellem tilknytningsrelation og stressrespons er dokumenteret for mennesker (81;84;85;124;128;129). Schore påviser, at de regulatoriske transaktioner og udvekslinger, der er centrale i tilknytningsrelationen, påvirker den tidlige udvikling af hjernens højre hemisfære. På grund af højre hemisfæres talrige neurale forbindelser med det autonome nervesystem vil den senere dominere forarbejdningen af information, som personen modtager fra sin egen krop. Evnen til at modulere og regulere stress og dens relation til tilknytning er også empirisk demonstreret hos andre pattedyr (130-133). Ændringer i udviklingen af regulering af neurotransmittersystemer er empirisk påvist at strække sig ind i voksenalderen (134). I et studie, hvor en gruppe af dyreunger blev opfostret af mødre med forskellig pleje og omsorgsadfærd, fandt Weaver et al. (135), at variationerne i mødrenes adfærd tjente som mekanisme for den ikke-genomiske transmission<sup>23</sup> af individuelle forskelle i stressreaktivitet gennem generationer.

Den tidlige tilknytning påvirker også kapaciteten til aktivt at monitorere og styre opmærksomhed. En funktion, der er central for selvregulering, for angsthåndtering og for vurdering af fare. Den styrede opmærksomhedskontrol moduleres efter omsorgspersonens evne til at skifte

barnets fokus fra ubehagelige og smertefulde begivenheder hen imod mere belønnede og beroligende aktiviteter. Den udvikles gennem barnets andet leveår og omfatter evnen til at fokusere, være opmærksom, kapaciteten til at undertrykke alternative stimulationskilder, så handleplaner kan dannes og udføres og evnen til at hæmme uproduktive, upassende eller destruktive handlemønstre. Fonagy & Target (125) sandsynliggør, at den anteriore gyrus cinguli er central for udførelsen af disse opgaver, eftersom denne hjernestruktur spiller en vigtig rolle i vurderingen af den subjektive betydning af en smertefuld eller frygtfyldt oplevelse. Eksperimentel forskning har støttet antagelsen om, at sikker tilknytning påvirker opmærksomhedsfunktionen positivt (136;137), specielt forarbejdningsevnen over for truende information (138;139), og at individuelle forskelle i den styrede opmærksomhedsfunktion bliver stabil omkring 30 måneders alderen (137;137). Dette understøtter yderligere antagelsen om, at de opmærksomhedsmodulerende strukturer udvikles i konteksten af tilknytningsrelationen.

Tilknytningsrelationerne er af stor vigtighed, fordi de efterlader et mærke på kroppen ved at fremme udviklingen af hjernens selvregulerende mekanismer. De hjælper med opbygningen af evnen til at regulere kropsfunktioner, dag-nat cyklus og beskytter mod overstimulering og stress gennem regulering af vanskelige emotionelle tilstande. Tilknytningsrelationen bliver en mediator for angst. Den usikkert tilknyttede har ikke samme modstandskraft over for traumer som den sikkert tilknyttede, der har større kapacitet for emotionsregulering, for at opsøge regulerende psykosocial støtte og for mentalisering i forhold til traumatiske oplevelser.

Vedvarende kompleks PTSD kan i dette lys opfattes som oplevelser af og eksponering for traumatiske begivenheder på en umentaliseret og affektdysreguleret måde. Hvis affektregulering og mentaliseringsevne ikke opbygges, vil traumatiseringen fortsætte, og i mere voldelige eller fanatiske miljøer kan en tilbøjelighed til blind interpersonel vold blive skabt – en vold, der i visse tilfælde kan blive ekstrem (80;82;83). Alvoren i denne udvikling understreges af fund hos Helweg-Larsen et al. (31), der viser, at der i deres undersøgelse blandt unge indvandrermand fandtes en kontaktrate til psykiatrien fra PTSD, der var ca. 17 gange højere end blandt unge etnisk danske mænd.

Empiriske undersøgelser har identificeret barndomstraumer og svær modgang som en hovedrisikofaktor for mange alvorlige psykiske og fysiske sundhedsproblemer (140). Den epidemiologiske forskning indikerer, at traumatiske livsbegivenheder øger risikoen for en række psykopatologiske følgevirkninger, inklusiv PTSD, stofmisbrug, depression og dårligt fysisk helbred (141;142). Forringet kapacitet til emotionsregulering er en af de alvorlige negative følger af tidlig eksponering for alvorlig interpersonel vold og andre former for traumer (143;144). Empiriske studier har påvist, at misbrug af børn forstyrrer tilegnelsen af situationsrelevant emotionsregulering og interpersonelle, relationelle færdigheder (145;146). Et studie af 165 behandlingssøgende voksne kvinder med barndomshistorier med seksuel og/eller fysisk mishandling viste, at PTSD symptomer, problemer med affektregulering og interpersonelle relationer prægede deres omfattende funktionelle vanskeligheder (145).

Forskningsresultater indikerer ligeledes, at traumatiske oplevelser som seksuel misbrug påvirker hjerneudviklingen og forringer funktionen af vigtige hormonale systemer (87). De påvirkede hjerneområder (bl.a. gyrus cinguli anterior og orbitofrontalcortex) viser sig at være dem, der er forbundet med regulering af emotion og med kontrol af impulser, styring af opmærksomhed, ræsonnering, problemløsning og vurderingsevne (147;148). HPA (hypothalamus – hypofyse – binyrebark)-aksen, der spiller en afgørende rolle i dæmpning af de typiske følger af stress, er signifikant dysreguleret hos overlevende efter barndomstraumer (149;150). Misbrugte og forsømte børn klarer sig signifikant dårligere i skolen end ikke-misbrugte børn (151). Et andet studie har påvist betragtelig dårligere IQ, sprogfærdigheder og skolefærdigheder (152). Børn med misbrugsrelateret PTSD klarer sig markant dårligere på opmærksomhedsprøver, prøver for abstrakt tænkning og eksekutive funktioner, der kræver styret opmærksomhed, sammenlignet med matchede sunde børn (153). Børn fra sådanne hjem var stærkt overrepræsenterede i klasser for specialundervisning (154).

Børn fra hjem med traumatiserede forældre og dermed traumatiserende opvækstvilkår overses ofte i det offentlige system. Som et resultat af dette bliver mange af børnene misforstået, misdiagnosticeret og modtager som følge heraf en utilstrækkelig behandling og indgriben – eller de modtager slet ingen form for hjælp (155). En af måderne, dette kan modvirkes på, er målrettet undervisning og supervision (fra læger, pædagoger, lærere) for at øge opmærksomhed og viden om prævalensen og betydningen af traumatisk stress hos børn (156).

Helweg-Larsen (31) konkluderer, at der er markante etniske forskelle i unges psykiske trivsel og sygdomsforekomst, og at kontaktraten til psykiatrien er markant højere blandt unge efterkommere og blandt unge indvandrere og især højere for kvinder. Dette forklares med, at psykiske traumer før og under migrationen kan gøre det svært for mange indvandrere at skabe de fornødne psykosociale betingelser for en god opvækst for deres børn. Rapporten konkluderer også, at det kan forventes, at en opvækst hos traumatiserede forældre vil have betydning for unges trivsel og udgøre en risikofaktor for at udvikle psykiske problemer og sygdom. Det konkluderes endvidere, at undersøgelsens påvisning af en relativ høj forekomst af psykiske lidelser blandt ikke-etniske danskere bør kunne indgå i planlægningen af en særlig indsats over for sårbare grupper i det danske samfund. Rapporten indeholder desuden en række anbefalinger, hvoraf vi her vil fremhæve to:

*Psykiske belastninger før og under migration kan gøre det svært for mange indvandrere at skabe de fornødne psykosociale betingelser for en god opvækst for deres børn. Der bør sikres let tilgængelig behandling af PTSD.*

*Der anbefales en tidlig opsporing af psykisk sygdom og manglende trivsel blandt børn opvokset i indvandrer familier med en traumatiseret baggrund. – Og let tilgængelig psykosocial støtte til disse familier (31).*

Helweg Larsen har undersøgt indvandrerfamilier med en traumatiseret baggrund i Danmark, og vi mener, at der er belæg for at drage en parallel til traumatiserede flygtninge. Ovennævnte anbefalinger vil ydermere fremgå af anbefalingerne her i rapportens afsnit 9.4 og 9.7.

---

<sup>21</sup> Affektbøvsik: angst for at mærke og tale om følelser i forhold til alt det svære.

<sup>22</sup> Den udviklingsbaserede evne til at reflektere over, og tale om, emotioner, mens de er til stede i situationen, og evne til at rumme flere alternative perspektiver på egne og andres motiver og intentioner, repræsenterer et højt mentaliseringsniveau. Et lavt, ikke-mentaliserende niveau er samtale uden tilhørende emotionelt indhold. Tale om vigtige emner uden en tilhørende emotionel handlekonsekvens ("pretend modus"). Eller ikke-mentaliserende tilstande, hvor følelsen bliver gjort til kendsgerninger, og hvor det ikke er muligt at introducere alternative perspektiver. "Jeg føler, at du svigter, altså svigter mig" osv. ("Ækvivalens modus"). Eller lavt mentaliseringsniveau, hvor emotionelle tilstande er repræsenteret ved, og kun kan reguleres gennem, handling. Handlingen er følelsen. "Hvis jeg må ringe til dig, når jeg har det dårligt, holder du af mig, og er en god behandler, hvis jeg ikke må ringe, er du bare ligeglad" osv. ("teleologisk modus"). Niveauerne for mentalisering kan gradueres (på fem trin, der modsvarer fem udviklingspsykologiske trin) og udsiger noget væsentligt om, hvordan den psykosociale behandling bedst kan tilrettelægges for den enkelte patient.

<sup>23</sup> Genomisk transmission: overførsel af stressreaktivitet fra en generation til den næste generation, via genetiske dispositioner.

<sup>24</sup> Alleller: En af flere mulige udgaver af et givet gen. Forskellige alleller adskiller sig bl.a. fra hinanden ved forskelle i rækkefølgen af baser i DNA-sekvensen.

### 4.2.3. Genetiske og temperamentsfaktorer og PTSD

Temperament og genetiske faktorer ser ud til at have indflydelse på, hvem der udvikler PTSD. Temperament refererer til medfødte personlighedskarakteristika: Nogle spædbørn er mere aktive, og nogle er mere rolige. Nogle er udadvendte og sociale, medens andre er med indadvendte (se fx (157-159)).

Kagan har udforsket temperamentsdimensionen frygt-tilbøjelighed, som afspejler, hvordan vi reagerer over for nye og ukendte situationer. Kagan fandt, at børn, som blev agiterede, når de blev udsat for noget overraskende nyt, havde en lavere tærskel for arousal i centralnervesystemet. Disse frygttilbøjelige børn er specielt frygtssomme og derfor mere sårbare over for at blive traumatiserede af frygtfremkaldende begivenheder. De reagerer oftere og mere intenst på stress. Betydningen af genetiske faktorer for den fysiologiske respons på stress har længe været kendt i dyreforskning (160). I og med at PTSD i væsentlig grad er en angstforstyrrelse (se f.eks. også diskussionen i Sørensen 2005 (161)), ville man forvente, at en genetisk prædisposition for frygtssomhed ville bevirke en sårbarhed over for PTSD. I en undersøgelse af True et al. (162), hvor man sammenlignede identiske og tvæggede mandlige tvillinger blandt vietnamveteraner, fandt man da også et væsentligt genetisk bidrag til risikoen for at udvikle PTSD. Ud over det genetiske bidrag blandt soldater med kamperfaringer viste undersøgelsen også, at der var en genetisk komponent hos de, der udviklede PTSD uden at have været i kamp. Dette tyder på, at resultaterne kan generaliseres til også at gælde ikke-kamprelaterede traumer.

Forældres manglende evne til at affektregulere og mentalisere i forhold til barnet spiller sammen med en genetisk sårbarhed hos barnet. Undersøgelser har vist, at personer med to korte alleler<sup>24</sup> på 5-HTT genen er specielt i risiko for at udvikle depressioner under stressfyldte omstændigheder. Den gennemsnitlige score for depressionssymptomer viste sig at være dobbelt så høj for voksne personer med sammenlignelige stressfyldte begivenheder, hvis de var bærere af to korte alleler, som hos dem, der var bærere af to lange. Undersøgelsen viste også, at af de 11%, som var blevet mishandlet som børn, havde personer med to korte alleler 63% risiko for en klinisk depressiv episode, mens personer med lang allel havde 30% risiko (163). En nyere undersøgelse er kommet til samme resultat. Personer med to korte varianter af serotonintransportgenet har op mod otte gange så høj risiko for at udvikle en depression, hvis de udsættes for stressfyldte begivenheder (164). Disse undersøgelser dokumenterer også, at den korte genvariant i sig selv ikke er tilstrækkelig til at fremkalde depression. Personer med den korte genvariant skal udsættes for stressfulde livsbegivenheder, før sygdommen bryder ud, og omvendt er risikoen lille, hvis disse personer lever et roligt, stabilt og sikkert liv (164). Traumatiserede forældre og deres børn lever netop ikke sådant et liv.

Disse og andre undersøgelser har koncentreret sig om betydningen af stressfyldte livsbegivenheder eller (mangel på) social støtte og ikke om mere specifikke relationsmønstre i forholdet mellem omsorgsperson og barn (165-167). I kontrast hertil peger en undersøgelse på, at dynamikken, der leder til antisocial adfærd, er mere snævert eller afgrænset defineret (101). Det er den specifikke oplevelse af forældrenes afvisende negativitet og mangel på varme og accept, som forværrer effekten af genetisk sårbarhed over for antisocial adfærd (101).

#### 4.2.4. Resiliens - og sårbarhedsstudier

En række studier har identificeret en række variable som de bedste prædiktorer for posttraumatisk adaptation. I en metaanalyse af Brewin et al. (168) blev der påvist en række risikofaktorer for at udvikle PTSD hos voksne. Af disse var fravær af psykosocial støtte og tilstedeværelsen af kontekstuel livsstress to af de største risikofaktorer. Effekten af disse to faktorer var større end traditionelle risiko og moderationsvariable som en historie med seksuelt misbrug, intelligens, socioøkonomisk status, køn og mangel på uddannelse. Effekttørrelsen af disse to variable var sammenlignelig med eller større end risikovariablen traumeditosis. Empiriske undersøgelser af risiko- sårbarheds- og resiliensfaktorer i traumeudsatte populationer er forholdsvis sparsom, selv om feltet forskningsmæssigt er i udvikling (169).

De fleste traumefokuserede studier har indtil for nyligt næsten udelukkende fokuseret på “de ugunstige følgetilstande” af traumer (170). En undersøgelse af kuwaitiske børn, der var udsatte for Golfkrigen i 1990, har imidlertid udforsket forholdet mellem psykosocial støtte, PTSD symptomer og depressive symptomer. Der blev både fokuseret på modererende og medierende faktorer i denne gruppe børn af 9 til 13 årige, hvoraf mange havde mistet fædre (eller andre familiemedlemmer), eller de var arresterede eller meldt savnede. Resultatet viste, at de piger, der oplevede emotionel støtte, modererede affekten af de traumatiske begivenheder. De piger, der havde været udsat for lignende traumer, men med en oplevelse af ringere emotionel støtte, rapporterede om det højeste PTSD- symptomniveau. Forfatterne konkluderede, at piger var i større risiko end drenge for at udvikle traumeinduceret psykologisk stress, og at et højt niveau af psykosocial støtte i signifikant grad kunne modvirke PTSD-symptomer hos pigerne. I en gruppe af traumeudsatte unge bosniske og kroatiske flygtninge var den oplevede selvhjulpenhed større end hos ikke-traumatiserede kontrolpersoner, og forfatteren (171) tolkede denne effekt som et resultat af social støtte. Blandt en stor gruppe Vietnamveteraner fandt King et al. (172) støtte for betydningen af psykosocial støtte i bestræbelserne på at tilpasse sig samfundet efter krigen. Undersøgelsen viste, at både strukturel, social støtte (størrelsen og kompleksiteten af socialt netværk) og funktionel psykosocial støtte (målt som emotionel og instrumentel støtte) var afgørende i forhold til krigsoplevelser og PTSD. Et oversigtsarbejde af Witmer & Culver (170) om traume og resiliens blandt bosniske flygtningefamilier forudsagde flere faktorer for et positivt forløb. Blandt disse faktorer var en stærk familie- og kulturel identitet, opretholdelse af kulturelle traditioner og oplevet psykosocial støtte. Også det før omtalte studie af Stuber et al. (94), der viste, at forældre til børn mellem 4 og 17 år der ikke magtede at forholde sig til, hvad der foregik i deres børns sind efter at have oplevet 11. september, havde 11,1 gange så høj sandsynlighed for efterfølgende psykiske og adfærdsmæssige problemer.

Risikofaktorer for traumatiske stressreaktioner hos børn inkluderer eksponering for livstruende situationer, oplevelser af tab af nærtstående, separation og forflyttelse. Personlige skader under begivenhederne og alvorlige dysregulerede psykologiske reaktioner hos forældrene og andre omsorgspersoner (173). Moderens symptomer på traumatisk stress, depression og angst er forbundet med et højt niveau af PTSD-symptomer hos børn, selv efter at der var kontrolleret for graden af den traumatiske begivenhed. Det var mere moderens manglende evne til at regulere

sig selv og sit barn, der var afgørende for barnets PTSD symptomer, end det var begivenhedernes alvorlighed (173). Forøgede livstrusler, familiesårbarhed og børnenes karakteristika (alder, køn, temperament) er forbundet med PTSD blandt børn, der er udsat for traumer (156).

Forskningen har identificeret en række beskyttende faktorer, der er forbundet med børns resiliens og forøgede modstandsevne overfor stress. Disse beskyttende faktorer var især kapaciteten til emotionsregulering, intelligens, tilstedeværelse af psykosocial støtte tilvejebragt af omsorgsfulde, mentaliserede og kompetente voksne med positive selvbilleder og barnets tro på sikkerhed i situationen og en motivation til at handle effektivt i ens omgivelser (174;175). Faktorer, der viser sig specielt vigtige i forhold til børn, der oplever vold i nærmiljøet er: Psykosocial regulering og støtte fra forældre, støtte fra skolen og støtte fra kammeratgruppen (176).

Børn, der vokser op med traumer og i traumatiserede familier, kan være meget alvorligt påvirkede i negativ retning. Forringede skolepræstationer og senere erhvervsevne, formindskede kognitive evner, alvorlige problemer med emotionsregulering og relateringssevne, problemer med kronisk stofmisbrug, psykiske forstyrrelser og problemer med fysisk helbred (156;177-179). En hurtig, præcis og tidlig identifikation af traumatiserede børn kunne lede til en mere effektiv og tidlig intervention og foranstaltninger, som mindsker og forebygger den negative og til tider ødelæggende indflydelse på barnets funktion nu og fremover på familierne og på samfundet (180;181).

#### 4.2.5. Risikofaktorer for PTSD

Det at blive udsat for en traumatiserende begivenhed – ifølge kriterierne – øger risikoen for at udvikle PTSD. Kessler et al. (76) fandt, at 20% af de eksponerede udviklede PTSD. Breslau et al (54) fandt, at livstidssandsynligheden for at udvikle PTSD hos mennesker, der levede i Detroit området var 13% for kvinder og 6% for mænd. Sandsynligheden for at udvikle PTSD afhænger selvstændigt af begivenhedernes art. Af ofre for vold udviklede 26% PTSD i forhold til 9% over for andre begivenheder (182). Kessler et al. (76) fandt, at 65% mænd og 46% kvinder udviklede PTSD efter fuldbåret voldtægt. Andre begivenheder, der med større sandsynlighed bevirker PTSD, er kamphandlinger, børnemishandling/-forsømmelse, seksuelle overgreb og fysiske overgreb. Ulykker, naturkatastrofer og bevidning heraf var forbundet med lavere risiko for at udvikle PTSD gennem livet. Seksuelle overgreb var årsag til næsten halvdelen af PTSD tilfældene blandt kvinder. Kategorien voldelige angreb (kamphandlinger, seksuel vold og fysisk vold) forårsagede næsten 40% af PTSD tilfældene i "The Detroit Area Survey" (183).

I den før omtalte undersøgelse af De Jong et al. (57) fandt man usædvanligt høje forekomster af livstids-PTSD. PTSD forekomsten ifølge DSM-IV kriterierne var 37% i Algeriet, 28% i Cambodia, 18% i Gaza og 16% i Etiopien. Disse tal er vigtige i forståelsen af helbredstilstanden i fattige og krigshærgede lande.



#### 4.2.6. Forløb og prognose af PTSD

Det er ikke alle mennesker, der udvikler PTSD efter eksponering for en traumatiserende hændelse, og udviklingen af PTSD afhænger formodentligt af flere faktorer ud over hændelsen i sig selv. Således kunne det tyde på, at traumetypen såvel som personens respons herpå kan have betydning for udviklingen af PTSD og for behandlingsresponsen. Der er evidens for, at personer der har været udsat for en traumatiserende hændelse med stor sandsynlighed udvikler kronisk PTSD ved mangel på effektiv behandling (5;44). Et epidemiologisk studie har vist, at op til 40% af patienter med PTSD havde vedvarende symptomer mange år efter debut. På denne baggrund antages det, at tidlig effektiv behandling kan forebygge udviklingen af kronisk PTSD, men at ca. 1/3 af alle patienter ikke vil kunne drage fordel af den nuværende behandling (5).

En tilstand med PTSD, der har været et år eller længere, defineres ofte i forskning som kronisk PTSD. For de fleste, der pådrager sig PTSD, klinger den af over tid, men for mere end en tredjedel bliver tilstanden kronisk (76). For ubehandlede tilfælde af PTSD er prognosen for helbredelse generelt anset for dårlig, hvis personen til stadighed opfylder PTSD kriterierne efter 1 eller 2 år. Kessler et al. (76) nuancerer imidlertid denne opfattelse, idet "selv efter to år vil gennemsnitspersonen med PTSD, som ikke har været i behandling, stadig have en 50% chance for remission" (p. 1059). Dette efterlader halvdelen med kronisk PTSD. I undersøgelsen fra Mexico (61) opfyldte 62% af tilfældene kriterierne for kronisk PTSD. Prævalensen for nutidig eller nylig opstået PTSD er naturligvis mindre end prævalensen for kronisk PTSD. Galea et. al. (77) undersøgte 1.000 personer fra "Lower Manhattan" én måned efter terrorangrebet på World Trade Center. Prævalensen for nutidig PTSD (den sidste måned) var 7,5%, som faldt til 2% efter fire måneder efter angrebet.

Behandlingsmæssigt er det gruppen med kronisk og kompleks PTSD, der udgør den ubetinget største behandlingsudfordring i sundhedssystemet. Kompleks PTSD refererer til tilstande hos børn og voksne, der har været udsat for flere eller langvarige traumatiske begivenheder og til deres indflydelse på den voksnes videre liv eller børnenes videre udvikling (184). Flygtninge fra krig og forfølgelse lider oftest af kompleks PTSD, og ikke mindst børnene er påvirkede heraf (185).

#### 4.2.7. Flygtninge og PTSD

Vi formoder, at de tilsvarende tal for gruppen af herboende flygtninge med svære traumer vil være højere på grund af en lang række supplerende faktorer, specifikke for disse menneskers situation (leve i eksil, tilpasse sig et nyt land, sprog mv.). Dette bekræftes af en undersøgelse af Bichescu et al. (186) fra VIVO i Konstanz over prævalensen for PTSD og co-morbide tilstande som en langtidskonsekvens, hvor en flygtningegruppe, der havde været udsat for politisk tilfangetagelse og mishandling, blev undersøgt.

Gruppen bestod af 59 mænd med en gennemsnitsalder på 73,5 år, som var blevet arresteret af det rumænske kommuniststyre. Denne gruppe blev sammenlignet med en matchende kontrolgruppe på 39 personer. Livstidsprævalensen for PTSD blev fundet til at være 54%. I de tilfælde, hvor sygdommen forblev ubehandlet, varede PTSD tilstanden ved over fire årtier, således at 1/3 stadig havde PTSD. Co-morbide tilstande, der var hyppige i forsøgsgruppen var: Somatisering, stofmisbrug, dissociative forstyrrelser og klinisk depression. En meta-analyse (187) anslår, at 10% af den voksne flygtningebefolkning i de vestlige lande har PTSD med betydelig co-morbiditet, eller svarende til en prævalens der er ti gange højere end hos den amerikanske baggrundsbefolkning i samme alderskategori.

Et anerkendt amerikansk studie (188) konkluderer på baggrund af data fra The U.S. National Comorbidity Survey, at livstidsprævalensen for én traumeeksponering er hhv. 60,7% og 51,2% for mænd og kvinder, svarende til en livstidsprævalens for PTSD på 7,8% efter DSM-III-R klassifikationen. De hyppigste traumeeksponeringer var involvering i naturkatastrofer, at være vidne til en traumatisk hændelse eller personligt at have været involveret i en livstruende ulykke. En sådan grad og art af traumeeksponering menes at være generaliserbart til andre tilsvarende udviklede lande. Problemet formodes at være langt mere omfattende i udviklingslande, hvor totalitær kontrol og interpersonel vold er langt hyppigere forekommende i kraft af politisk uro, væbnede konflikter samt racemæssig og etnisk vold og forfølgelse. Store dele af befolkningen i disse områder har været direkte udsat for tortur, seksuelle overgreb og andre former for organiseret vold. Således forventes også en langt højere forekomst af PTSD i denne gruppe end i de amerikanske studiepopulationer, hvilket Kessler underbygger med reference til epidemiologiske studier af bosniske flygtninge i USA og palæstinensiske børn udsat for krigstraumer – med en PTSD-prævalens på hhv. 65% og 72,8%.

I en oversigtsartikel af Keane et al. (189) rapporteres der prævalensrater svarende til 50% eller mere hos flygtningepopulationer i et review af 12 studier af flygtninge.

I Danmark undersøger Ask Elklit sammen med Psykiatrien i Holstebro og RCF i Ålborg, PTSD prævalensen hos traumatiserede og torturerede flygtninge i behandling. Forekomsten af PTSD analyseres i forhold til demografiske forhold og traumetyper, andre belastningssymptomer og social støtte samt kognitive forringelser (190).

### 4.3. Co-morbiditet

Den tilgængelige evidens tyder på, at en ubehandlet PTSD-lidelse udvikler sig kronisk hos en stor andel af de personer, der har været udsat for alvorlige og længerevarende traumer. Længerevarende traumatiske begivenheder (tilfangetagelse, tortur, krigshandlinger m.v.) kombineret med aktiveringen af stærk frygt eller en blanding af frygt, rædsel, skam og skyld, når de traumatiske forhold bringes frem i erindringen, betegnes kompleks PTSD (191). Curran et al. (192) påviste, at overlevende efter et bombeangreb, der mente at være raske efter seks måneder, for en dels vedkommende på ny udviste symptomer efter et år.

Ud over den kroniske udvikling af kompleks PTSD for en stor dels vedkommende udviser patienterne ofte andre co-morbide psykiatriske lidelser. Kessler et al. (76) gennemgik en gruppe på 5.877 personer med PTSD. Han fandt, at næsten halvdelen havde tre eller flere diagnoser, oftest affektive lidelser, angstlidelser eller stofmisbrug. Nogle diagnoser kommer til efter PTSD diagnosen, men mange patienter med PTSD har forudgående diagnoser. I en stor gruppe unge patienter på 3021 fandt Perkonigg (43), at i undergruppen af patienter, der opfyldte kriterierne for PTSD, havde 87,5% mindst én yderligere diagnose, og 85% havde to eller flere. Nogle diagnoser så ud til at gå forud for PTSD diagnosen (somatoforme forstyrrelser, specifikke fobier, social fobi), andre – såsom panikangst – udviklede sig sammen med PTSD, depression og stofmisbrug og dukkede i højere grad op efter PTSD diagnosen.

I et amerikansk studie af Reed et al. 2007 er konklusionen ud fra en undersøgelse, der inkluderede 988 unge traumatiserede i alderen 19-24 år, at posttraumatisk stress kan være en årsag til problemer med stofmisbrug, der repræsenterer forsøg på selvmedicinering over for traume-relaterede erindringer, mareridt og smertefulde hyperarousal<sup>25</sup> symptomer. Brown et al. (193) vurderede co-morbiditeten hos patienter med nuværende og livstids angstlidelser og unipolære affektive diagnosticerede lidelser, og her udviste PTSD den højeste grad og diversitet af co-morbiditet. Blandt patienter med PTSD opfyldte 92% kriterierne for en anden nuværende DSM IV Akse I<sup>26</sup> forstyrrelse: hyppigst "major depressive disorder" (77%), generaliseret angst forstyrrelse (38%) og alkoholmisbrug og afhængighed (31%). En undersøgelse af Orsillo et al. (194) viste, at ud af patienter med en aktuell PTSD diagnose opfyldte 82 kriterierne for en anden Akse I forstyrrelse.

Flere undersøgelser viser en co-morbiditet mellem PTSD og DSM IV Akse II forstyrrelser – specielt en co-morbiditet med borderline personlighedsforstyrrelse og antisocial personlighedsforstyrrelse (195). Et studie har vurderet det samlede omfang af co-morbiditet mellem Akse II forstyrrelser og PTSD blandt mere end 100 personer. Af 107 indlagte patienter med PTSD opfyldte 79% af gruppen kriterierne for en Akse II<sup>27</sup> forstyrrelse. Den hyppigste var undgående personlighedsforstyrrelse (47%), paranoid personlighedsforstyrrelse (46%), obsessiv-kompulsiv personlighedsforstyrrelse (28%) og antisocial personlighedsforstyrrelse (15%). Et studie af Dunn et al. (196) viste, at næsten halvdelen af en gruppe ambulante patienter med PTSD opfyldte kriterierne for mindst en personlighedsforstyrrelse, og at 17% opfyldte kriterierne for to eller flere personlighedsforstyrrelser.

Patientgruppen af traumatiserede flygtninge er ifølge klinikerne på behandlingsstederne i Danmark ofte ydermere kendetegnede ved følgende co-morbide diagnoser: F.43.0: akut belastningsreaktion; F.43.1: posttraumatisk belastningsreaktion; F 43.2: tilpasningsreaktion; F 62.0: personlighedsændring efter katastrofeoplevelse; F 44: dissociative tilstande eller forstyrrelser (konversionstilstande); F 45: somatoforme tilstande; F 23.1: akutte og forbigående psykoser (jf. ICD-10 diagnoselisten); F 34.1: dysthymi; herudover angstlidelserne (161;197).

Co-morbiditeten for PTSD udgør således et omfattende problemkompleks i både diagnostik og behandlingsindsats. Ud over de forskningsmæssige vanskeligheder ved det omfattende mønster af co-morbiditet (198) udviser patienter med co-morbide Akse I og Akse II forstyrrelser mere alvorlige PTSD symptomer (199-201). Herudover responderer de dårligt på den eksisterende og undersøgte behandling (202;203). Dette peger på det nødvendige i en differentieret behandlingsindsats ud fra en grundig visitering og vurdering.

I forståelsen af mønstrene for PTSD co-morbiditet har flere fremhævet anvendelsen af en vel-etableret model for psykiatrisk co-morbiditet (204;205). Forstyrrelser i handlemønstre og psykiatiske symptomer grupperer sig langs dimensionerne eksternaliseringsforstyrrelser og internaliseringsforstyrrelser<sup>28</sup>. Denne model, der har sin oprindelse i børnepsykologi og -psykiatri, er med stor styrke introduceret i den voksenpsykiatriske forskning som følge af en række indflydelsesrige faktoranalytiske studier (206-209). Disse forskere har påvist en empirisk sammenhæng mellem disse dimensioner og mønstre af co-morbiditet. Alkohol- og stofmisbrug og antisocial personlighedsforstyrrelse ligger højt på eksternaliseringsdimensionen. Unipolære affektive forstyrrelser og angstforstyrrelser ligger højt på internaliseringsdimensionen. Tvillinge- og adoptionsstudier tyder på en genetisk faktor i eksternaliseringens og internaliseringens ætiologi og en stabilitet over tid (210). Eksternaliserings-/internaliseringsmodellen er grebsmæssigt konsistent med andre modeller for co-morbiditet (211).

Et stigende antal fremtrædende forskere som eksempelvis Blatt, Fonagy, Krueger, Millon m.fl. ser symptombaserede diagnoser ud fra ICD-10 eller DSM-IV, som et udtryk for mere primære og grundlæggende forstyrrelser i enten et anaklitisk eller introjektivt konfigurationsmønster med eksternalisering eller internalisering (212-214). Forskellige adfærdsforstyrrelser eller antisocial aktivitet kan eksempelvis ofte forstås dybere og mere nuanceret som forsvarsprægede forsøg på at håndtere følelser af ensomhed og forladthed eller som forvrængede forsøg på at få selvværd, der skal dække over følelser af fiasko, værdiløshed, skam og skyld (212;215). Nyere empirisk forskning har demonstreret den vigtige underliggende rolle af personlighedsdimensioner som selvkritiske introjektive personlighedskarakteristika i PTSD (216;217); sammenhæng mellem en anaklitisk konfiguration med forsømmelses- og forladthedsproblemer, og eksternalisering hos amfetaminmisbrugere; sammenhæng mellem introjektive konfigurationer og depression, selvkritik og skyld hos misbrugere af opiater m.fl. (212). Sådanne empiriske fund tyder på, at underliggende psykologiske dimensioner ikke blot spiller en vigtig rolle i forståelsen af mere symptombaserede forstyrrelser som f.eks. PTSD, men også har vigtige implikationer for etableringen af et mere sammenhængende og klinisk relevant diagnostisk system end det, der foreligger med DSM-IV og ICD-10 (218;219).

De noget arbitrære konsensusbaserede kategoriale diagnostiske distinktioner begrænser i stort omfang den kliniske praksis og den kliniske forskning (220). En klar beskrivelse af patientens reaktions- og relationsmønstre og en vurdering af vedkommendes psykosociale ressourcer og funktionsniveau (mentaliseringsniveau) ud fra velfunderet videnskabelig udviklingspsykologisk viden vil langt tydeligere end den symptombaserede diagnose kunne vejlede behandlingsindsats og klinisk forskning over for det sammensatte og komplekse billede af kronisk PTSD hos flygtninge (80;212;218;221-224). Disse forskere fremhæver, at denne enklere og mere sparsomme, hierarkisk opbyggede beskrivelse af kliniske forstyrrelser – herunder PTSD – forsyner os med en enklere måde at håndtere det komplekse og plagsomme problem med co-morbiditet på.

Udover den niveaumæssige vurdering af psykosociale ressourcer tyder nyere forskning på, at en sådan model er relevant i forståelsen af mønstre for PTSD co-morbiditet (204;205;225). Disse forskere fandt undertyper af PTSD blandt både kvinder og mænd. Den eksternaliserende introjektive undertype var karakteriseret ved tendens til at udtrykke posttraumatisk stress udad gennem antagonistiske, fjendtlige interaktioner med andre og gennem konflikter med sociale normer og prosociale værdier. De udviste højere vredesniveau og aggression, misbrugsrelaterede forstyrrelser og flere cluster B personlighedsforstyrrelsestræk<sup>29</sup>. Personer med eksternaliseringstræk beskrev sig selv som impulsive, at de i mindre grad tager hensyn til konsekvenser, at de er let antændelige, irritable og kronisk stressede. Endvidere med tendens til ekshibitionisme, manipulation og ukonventionel adfærd. De beskrev også sig selv som emotionelt labile, overaktive, impulsive, frygtløse, til tider aggressive og intimiderende, og de følte sig kronisk forrådt og mishandlede af andre (225). Heroverfor var de, der internaliserede deres posttraumatiske stress, karakteriseret ved skam, selvnederlags-, afværgende- og ængstelige mønstre, undgåelse, depression og tilbagetrækning.

Denne gruppe udviste i de tre studier høj co-morbiditet med “major depression”, panik forstyrrelser, skizoid og undgående personlighedsforstyrrelsestræk. De beskrev sig selv som uentusiastiske, uinspirerede, let trætbare og med manglende interesser. De meddelte, at de havde få venner, var reserverede og distancerede sig fra andre, og at de foretrak at være alene. De beskrev sig selv som selvudslettende og ydmyge, de følte sig ikke specielle, beundringsværdige og talentfulde. De udviste begrænset omfang af emotioner i relationer, de følte sig socialt hæmmede, utilstrækkelige og hypersensitive over for kritik. De havde tendens til at inkorporere skamfulde aspekter ved traumeoplevelserne i deres selvopfattelse. Dimensionen eksternalisering-/internalisering forekommer således på empirisk grundlag relevant i vurdering af typen for PTSD og co-morbiditet og som potentielt vejledende for typen af behandlingsindsats ud over en skelnen mellem det introjektive og anaklitiske konfigurationsmønstre (212).

Patienter med kronisk, kompleks PTSD, som kraftigt bliver mindet om de traumatiske begivenheder, kan – som en mulighed – reagere med primær dissociation, der domineres af invaderende billeder, flashbacks og hyperarousal. Dette reaktionsmønster med høj subjektivitet og psykosener psykisk ækvivalens har van der Kolk et al. (102) betegnet som primær dissociation, jf. også Allen et al, 2004 (226).

Lanius et al. (103;227) har empirisk fundet, at omkring 70% af traumatiserede patienter reagerer med denne dissociationstype ved konfrontation med de traumatiske begivenheder. De neurobiologiske korrelater til denne sammensmeltende dissociationstype er videnskabeligt beskrevet og gennemgået af Hopper et al. (104) og Lanius et al. (103), der kaldte tilstanden "hyperarousal, flashback, genoplevelses respons". Ved truende bevidsthed om og eksponering for traumerelaterede tegn viser empirien, at omkring 30% af patienter med kompleks PTSD reagerer med det, van der Kolk et al. (102) har betegnet som sekundær dissociation. Denne type – stærkt adskillende relationsform – opleves af patienterne, som om de "forlader" deres krop, og de traumatiserende begivenheder opleves som fjerne og "på afstand". Patienter beretter, at "jeg så ned på mig selv fra oven", "jeg var adskilt fra min krop" eller "jeg var følelsesløs". De neurobiologiske korrelater til denne dissociationstype er beskrevet af Hopper et al. (104) og Lanius et al. (103). I klinikken ses en sammenhæng mellem tendens til primær dissociation, ikke-mentaliserende ækvivalensmodus og anaklitisk konfigurationsmønster. Tilsvarende en sammenhæng mellem sekundær dissociation, ikke-mentaliserende pretend modus og introjektivt konfigurationsmønster (212;221;228).

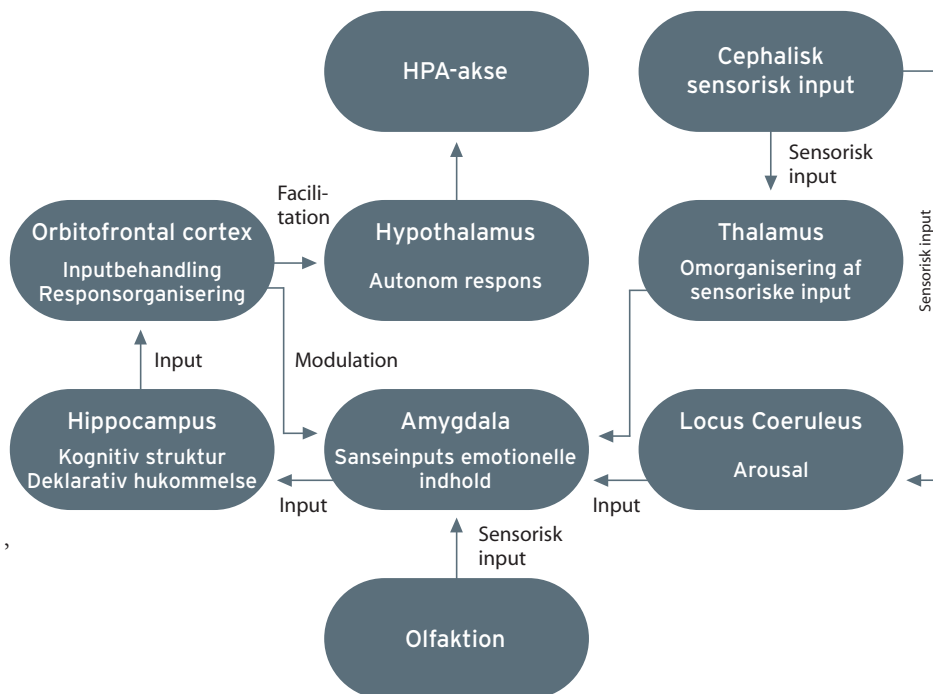
En PTSD-diagnose efter ICD-10 og DSM-IV kriterierne bør suppleres med en beskrivelse af evt. dissociationstype og af, hvorvidt patienten domineres af introjektivt eller anaklitisk konfigurationsmønster<sup>30</sup> og har tendens til eksternalisering eller internalisering.

Disse forskellige mønstre af traumeresponser og deres forskelligartede terapeutiske tilgang er beskrevet af Foa et al. (233;234), Ogden et al. (235), Blatt et al. (212) og Van der Hart et al. (224). Den kliniske vurdering af typen eller mønstret i traumerespons er derfor en vigtig faktor i tilrettelæggelsen af en differentieret behandlingsindsats, der ligeledes er afhængig af en præcis vurdering af patientens psykosociale ressourcer i form af mentaliseringsniveau (se afsnit 5.6 om assessment).

I to videnskabelige arbejder fra 2008, "Stress-induced fear circuit disorders: refining the research agenda for DSM-V" (236) og "Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond" (237), er forslag til en ny kategori "stress-related fear circuit disorders" i øjeblikket til drøftelse for DSM-V/ICD-11. Samstemmende med de her fremlagte empiriske forskningsresultater om co-morbiditet vil denne diagnostiske kategori omfatte PTSD, panikforstyrrelse, enkeltfobier og social fobi. Det videnskabelige grundlag – fælles neurale kredsløb, kognitive forandringer og neurohormonale forandringer – er bl.a. gennemgået i de to nævnte oversigtsarbejder (236;237). En væsentlig fælles faktor i disse lidelser er amygdalas nøglerolle i processeringen af truende og frygtfremkaldende stimuli. Aktivering af amygdala producerer outputs til hippocampus, medial præfrontal cortex, locus coeruleus, thalamus, hypothalamus og striatum. Dette neurale kredsløb medierer, modererer og nuancerer den affektive processering, formidler værdimæssig vurdering, indkodning og genkaldelse af traumerelateret information og koordinerer hjernens reaktion overfor perciperede frygtfremkaldende stimuli (238). Scaer (239) har skitseret en simplificeret og forenklet oversigt over, hvordan hjerne og krop reagerer overfor perciperingen af livstruende situationer ((239), pp. 9-24). Oversigten er i diagramform skitseret i fig. 5 (se næste side).

Figur 5:

### Hjernediagram



\*Visuelle, \*Auditive, \*Proprioceptive, \*Nociceptive, \*Gustatoriske, \*Vestibulære

*Teoretisk diagram over vejene for arousal og hukommelsesmekanismer i hjernen under trusselrespons. Sensorisk input overføres direkte til hjernestammens locus coeruleus og omdirigeres via thalamus med undtagelse af olfaktion, som overføres direkte til locus coeruleus og amygdala. Input, som hentes fra disse informationsressourcer, omdirigeres til hippocampus, den deklarative hukommelses centrum, hvori der er udviklet en kognitiv struktur for denne information. Informationen overføres dernæst til højre orbitofrontalcortex, hvor den bliver processeret, og der organiseres en adfærds- og autonom respons på truslen.*

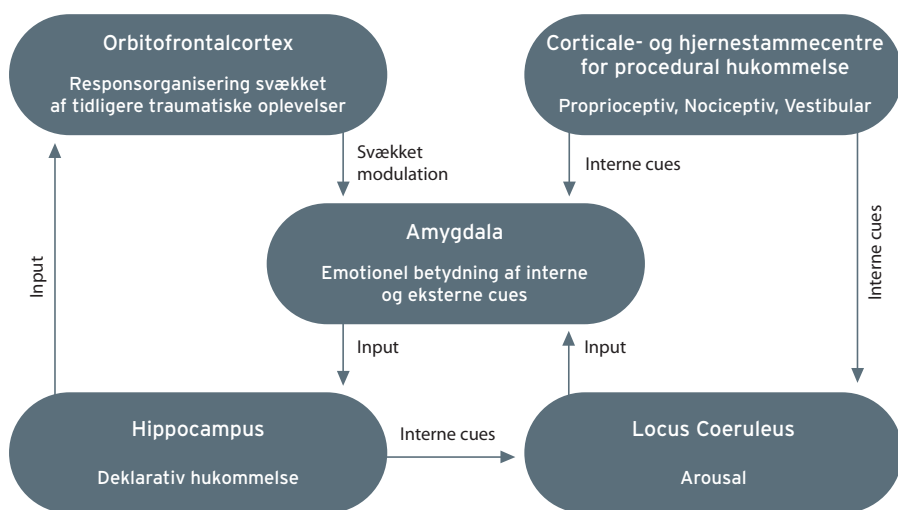
*Kilde: Tegnet og oversat efter Scaer 2007, p.11.(239).*

Hos patienter med kompleks PTSD er den normale, regulerende påvirkning fra den mediale præfrontale cortex (PFC) alvorligt svækket. Det drejer sig specielt om den anteriore del af gyrus cinguli og orbitofrontalcortex (240-242). Den disinhiberede amygdala øger sandsynligheden for sensitivering og gentagende frygtbetoning, fordi tvetydige stimuli med større sandsynlighed bliver mistolket (perciperet) som truende.

Den normale afbalancering og inhibition fra PFC svækkes og centralt involverede limbiske kerner kan blive sensitiveret, hvilket sænker tærsklen for frygtssom reaktivering. Jf. fig. 6 fra Scaer (239).

Figur 6:

### Teoretisk model af arousal/hukommelsesantændelse (kindling) ved posttraumatisk stressforstyrrelse



*Indprentning af deklarativ og procedural hukommelse for den traumatiske begivenhed som følge af den manglende fuldendelse af integration fører til en gentagelse af et antændt (kindled) neuralt loop, som indbefatter locus coeruleus, amygdala, hippocampus og hjernestammen, og corticale centre for procedural hukommelse, interne hukommelses-cues, både deklarative og procedurale medvirker til at forstærke arousal. Forringelsen i den modulerende påvirkning af en dårligt udviklet højre orbitofrontalcortex som følge af tidligere livs traumer kan forstærke denne proces.*

Kilde Oversat og tegnet efter Scaer 2007, p.49. (239).

Den omfattende evidens om den menneskelige stress respons beskriver både teoretisk og klinisk relevante kontekster, hvori PTSD's patofysiologi kan udlægges m.h.t. både adrenerg hyperaktivitet og hypothalamus – hypofyse – binyrebark (HPA) dysregulering. PTSD er måske den prototypiske "stress-related fear circuitry disorder".

Ask Elklit er for øjeblikket i gang med at skrive en artikel om PTSD og depression, der omhandler en undersøgelse af de afviste asylansøgere psykiske tilstand (190).



## Konkluderende om Co-morbiditet

Den høje prævalens af comorbide tilstande ved PTSD og kompleks PTSD, der tidligt i PTSD's historie blev anerkendt (243), er fortsat en stor begrebsmæssig og klinisk udfordring, der i de senere år har vakt stigende interesse (244;245). I de seneste år er sammenfattende modeller, der giver mulighed for en mere klart differentieret klinisk indsats, blevet fremsat af Blatt (212) Cox et al. (206), Kendler (164), Krueger (210) m.fl. og af Allen, Fonagy, Bateman m.fl. (246). Som omtalt andetsteds, ser det ud til, at vurderingen af mentaliserings-evne er relevant for typen af behandlingsindsats. Disse bredere modeller til forståelse af co-morbiditet til PTSD placerer emnet direkte i hovedstrømningerne af betragtninger over psykopatologisk forskning mere bredt (66;99;206-208;212;226;246;247). I den kliniske vurdering – ud over PTSD-diagnosen og comorbide diagnoser – virker det derfor relevant at beskrive reaktionsmønstre (eksternalisering – internalisering med anaklitisk eller introjektivt konfigurationsmønster), dissociationstyper og mentaliseringsniveau. Den fyldestgørende vurdering af patienten med PTSD og kompleks PTSD skal herudover indeholde indikatorer på og beskrivelser af social, interpersonel og beskæftigelsesmæssig funktion. For at opnå en optimal indledende beskrivelse af patienten skal herudover inddrages hele eksilproblematikken i dette komplekse område (8;248)

---

<sup>25</sup> PTSD er forbundet med en vedvarende stigning i aktiviteten i det sympatiske nervesystem, et godt stykke over dets tilpassende funktion, som reaktion på den traumatiske begivenhed. Individet oplever vedvarende stigende arousal, som om "frygtsystemet" er blevet genkalibreret til et højere grundløst niveau. Øget arousal er tydelig i en række symptomer såsom dårlig koncentration og hukommelse, irritabilitet og vrede, besvær med at falde i søvn og forblive i søvnen, let at vække og konstant at være opmærksom på tegn og fare (hyper-årvågenhed)(5). Symptomer på hyperarousal inkluderer hyper-årvågenhed overfor trusler, overdrevne forskrækkelsesreaktioner, irritabilitet, besvær med at koncentrere sig og søvnproblemer (British Psychological Society).

<sup>26</sup> DSM-IV har 5 akser, ud fra hvilke patienten bliver vurderet. Akse I omfatter de kliniske forstyrrelser såsom stofmisbrug, angstforstyrrelser, somatoforme forstyrrelser, dissociative forstyrrelser, spiseforstyrrelser m.fl.

<sup>27</sup> DSM-IV akse II omhandler personlighedsforstyrrelser: paranoide, skizoide, skizotypale, antisociale, borderline, histioniske, narcissistiske, evasive, dependente og obsessive-kompulsive.

<sup>28</sup> Internalisering (indadreagerende)/eksternalisering (udadreagerende).

<sup>29</sup> I DSM-IVskelnes – som tidligere nævnt – mellem 10 personlighedsforstyrrelser akse II, der inddeles i 3 klynger (clusters). De exentriske personlighedsforstyrrelser i klynge A omfatter de skizoide, skizotypale og paranoide personlighedsforstyrrelser. De dramatiske personlighedsforstyrrelser i klynge B inkluderer borderline – narcissistisk, histrionisk og antisocial personlighedsforstyrrelse. De ængstelige personlighedsforstyrrelser i klynge C omfatter de evasive, dependente og obsessive-kompulsive personlighedsforstyrrelser. Klynge B kaldes for de dramatiske personlighedsforstyrrelser, fordi relationer og interpersonelle samspil omkring mennesker med klynge B personlighedsforstyrrelser ofte er præget af voldsomme dramaer og udageren af konflikter.

---

<sup>30</sup> Konfigurationsmønstrene udgør sammenhængende funktionsmønstre i personligheden – mentaliseringsindhold eller -domæner. Deres beskrivelse i den behandlingsmæssige praksis bør holdes adskilt fra beskrivelsen og vurderingen af mentaliseringsniveau. Konfigurationsmønstrene eller mentaliseringsdomænerne er nært forbundne med affekttype, hvorimod mentaliseringsniveau er nært forbundet med niveau for affektrepræsentation eller affektbevidsthed. Det introjektive konfigurationsmønster består af karakteristiske tankeprocesser (f.eks. kritiske, kausale, konkrete med fokus på ydre adfærd), kognitivt fokus (f.eks. kritisk vurdering af detaljer og adskillende elementer), kognitiv stil (f.eks. fremhæve forskelle), objektrelationer (f.eks. selvhævdelse, kontrol, prestige), behovsfokus (f.eks. aggression, og afvisning for at afgrænse selvet), primære forsvarsstrategier (f.eks. projektion, reaktionsdannelse, intellektualisering) og karakterstil (f.eks. kritisk, emotionel, fjern, forsigtig, metodisk med hovedvægt på kontrol og ræsonnering). Diagnostisk er dette konfigurationsmønster forbundet med paranoide tilstande, obsessive – kompulsive, selvkritiske, despressive og narcissistiske personlighedsforstyrrelser (jf. Blatt (212), Millon & Grossman (229;230) og Plutchick (231)).

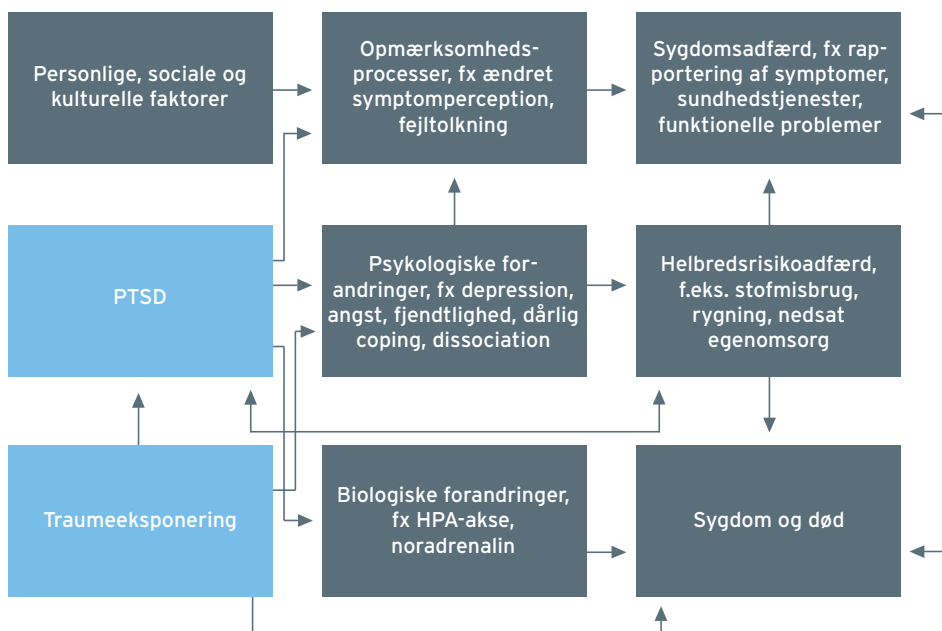
Det analtiske konfigurationsmønster er karakteriseret ved andre mønstre i tankeprocesser (f.eks. figurative, fokus på emotioner, følelser og interpersonelle relationer), kognitiv fokus (f.eks. sammenføje, integrere, forsoner), kognitiv stil (f.eks. udjævne og forene forskelle), objektrelationer (f.eks. bevare nære relationer), behovsfokus (f.eks. kropkontakt for at fremme hengivenhed, intimitet og forbundethed), primære forsvarsstrategier (f.eks. undgåelse, benægtelse, fortrængning) og karakterstil (f.eks. distraherbar, intuitiv, passiv, dependent, tillidsfuld, emotionel naiv). Dette konfigurationsmønster er forbundet med forladtheddepression, borderline personlighedsforstyrrelse, dependent og histrionisk personlighedsforstyrrelse. Jf. Blatt og Plutchick for beskrivelse af det empiriske grundlag for disse mønstre og Millon & Grossman for gode kliniske beskrivelser (212;229-231). Se også PDM Task Force (232).

## 4.4. Fysiske konsekvenser af PTSD

En række studier har påvist en sammenhæng mellem eksponering for traumatiske begivenheder og dårligt fysisk helbred. Ligeledes er der påvist en sammenhæng mellem PTSD og dårligt fysisk helbred. Schnurr & Green (249) og Schnurr et al. (250) har fremsat en model for disse sammenhænge (Figur 7).

Figur 7:

### En model der forbinder traumeeksponering og PTSD til dårligt fysisk helbred



Kilde: Oversat og tegnet efter Schnurr et al. (249;251).

Evidens om forholdet mellem traumeeksponering og selvrapporterede helbredsproblemer kommer fra store kohorter af civile, veteraner og militærpersonale (252;253). Yderligere evidens kommer fra studier over ofre for seksuelle overgreb (254), voksne som har oplevet traumer i barndommen (255) og ældre voksne (256). Andre studier har demonstreret en klar sammenhæng mellem traumeeksponering og objektive indikatorer på dårligt fysisk helbred. Walker et al. (1999) fandt, at kvinder, der havde været mishandlet som børn, havde flere medicinske diagnoser og højere sundhedskosten end en tilsvarende kontrolgruppe. De havde flere infektionssygdomme, flere smertetilstande, hypertension, diabetes, astma, allergi og unormale blødninger. Sibai et al. (257) observerede en relation mellem eksponering for krigstraumer og hjertesygdomme. Personer, der har været udsatte for traumer, anvender sundhedssystemet mere end ikke traumatiserede (258).

Der er tilsvarende påvist en sammenhæng mellem diagnostiseret PTSD og dårligt helbred (259;260). Studier har påvist en forbindelse mellem PTSD og hjertesygdom (261). I en undersøgelse fra 2006 blev der påvist øget risiko for kredsløbssygdomme, hypertension og kronisk hjertesygdomme i en gruppe på 20.000 tidligere krigsfanger fra 2. verdenskrig (262). Et studie af Boscarino (263) viste, at der blandt en gruppe Vietnamveteraner på 15.000, der i 1980'erne var diagnosticeret med PTSD, var en overdødelighed i forhold til en tilsvarende gruppe uden PTSD.

Thayer & Lane (264) påviste empirisk, at formindsket vagusfunktion<sup>31</sup> (bl.a. målt med HRV) er forbundet med en forøget risiko for kardiovaskulær sygdom og død. Denne forbindelse viste sig at være uafhængig af traditionelle risikofaktorer. Yderligere påviste de, at den formindskede vagus funktion er forbundet både med traditionelle og opdukkende risikofaktorer såvel som med modificerbare og ikke modificerbare faktorer. Og som noget af det vigtigste påviste Thayer & Lane, at formindsket vagusfunktion gik forud for udviklingen af en række risikofaktorer, og at modificering af risikoprofil i retning af lavere risiko for kardiovaskulær sygdom er forbundet med øget vagusfunktion bl.a. målt med HRV. Jfr. også afsnittet om patofysiologi og PTSD (5.8.1). En specialudgave af "Biological Psychology" (vol. 74, 2007) omhandler "Cardiac vagal control, emotion, psychopathology, and health". Heri behandles bl.a. forskelle i vagusregulering hos børn, der har risiko for at få adfærdsproblemer; sammenhæng mellem vold i hjemmet og vagusreaktivitet overfor provokationer fra kammerater; emotionsdysregulering (set ud fra den polyvagale teori og udviklingsbaseret psykopatologi) og adfærdsforstyrrelser fra førskolealderen til ungdomsårene mv. (se også Coan & Allen (265)).

PTSD patienter møder ofte sundhedssystemet med fysiske klager og sygdomme og ikke med symptomer, der i første omgang leder tanken hen på traumer og PTSD. En bred oplysning og undervisning af læger, sygeplejersker, fysioterapeuter og ergoterapeuter vil kunne bidrage til at fokusere på PTSD ved en lang række fysiske klager og sygdomme. PTSD og dens økonomiske konsekvenser behandles i et selvstændigt afsnit.

---

<sup>31</sup> Formindsket vagusfunktion betyder i denne sammenhæng overaktivitet i to af vagusnervens tre grene. En overaktivitet i den myeliniserede dorsale parasympatiske gren med immobiliserende formindsket arousal (dissociation) og/ el. i det sympatiske mobiliserende system, der formidler fight/flight responsen. Dette sammen med en formindsket vagusfunktion i den myeliniserede ventrale parasympatiske gren, der fremmer og aktiverer det sociale engagerings-system. Kontakt og mentalisering forudsætter aktivitet i det sociale engageringsystem, hvorimod aktivering af de immobiliserende forsvar indebærer ikke-mentaliserende (dissociation I eller II). Aktivering i de mobiliserende forsvar indebærer en ikke-mentaliserende teleologisk modus. Jf. nævnte specialudgaver af Biological Psychology, 2007.

## 4.5. Sociale konsekvenser af PTSD

I forlængelse af kernesymptomerne på PTSD findes en række relaterede fænomener som vrede, aggression, skyld, dissociation og fysiske lidelser. Ved længerevarende PTSD (DESNOS/Complex PTSD) ses desuden en sammensætning af karakteristiske 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 (5). De sociale konsekvenser er dybt forankrede i patientens fysiske og psykiske helbred, hvilket praktisk talt altid påvirker de nærmeste pårørende og i særdeleshed børnene. Konsekvenser med indvirkning på børnene bliver nærmere beskrevet i teknologiafsnittet. Der findes dokumentation for påvirkningsgraden af familierne samt for behovet for en fokuseret indsats rettet mod de traumatiserede flygtningefamilier (266; 267). Dette område uddybes blandt andet i afsnit 4.2.2 og 7.4.

Ud over PTSD symptomer lever traumeoverleverne med forstyrrende og smertefulde erindringer, der tvinger patienten ud i mestringsstrategier, der på kort sigt synes virksomme, men som er uhensigtsmæssige på længere sigt. Disse strategier kan medvirke til at forlænge og end forværre symptomerne. Strategier inkluderer anstrengelser for at undertrykke følelser og erindringer om traumat, ruminering over hændelser, dissociation, social tilbagetrækning, undgåelse og stof- og alkoholmisbrug. Udover at blokere for meningsfuld kontakt med familie og andet signifikant netværk, herunder evt. social- og sundhedsvæsenet, er den sociale tilbagetrækning og isolation en selvstændig risikofaktor for udvikling af kronisk PTSD (268).

## 4.6. Konklusion vedr. PTSD

### Diagnose

Heri omtales kort PTSD diagnoserne og beslægtede diagnoser efter WHO ICD klassifikation og den amerikanske klassifikation, DSM IV. Herudover omtales billeder af kompleks PTSD og DESNOS jf. bilag 5,6,7.

### Prævalens og epidemiologi af PTSD

Fund ang. eksponeringen for begivenheder, der klassificeres som traumatiske, viser, at der i den australske befolkning var ca. 65% mænd og 50% kvinder, der havde oplevet mindst 1 kvalificerende begivenhed i deres liv. I en gruppe af 16 årige fra North Carolina havde 25% oplevet potentielt traumatiske begivenheder. I en gruppe fra Danmark (13 – 15 årige) rapporterede 87% af pigerne og 78% af drengene at have oplevet en traumatisk begivenhed. Tal for eksponeringshyppigheden blandt børn fra krigsområder ligger i flere undersøgelser omkring 90 til 100%.

Livstidsprævalensen for at udvikle PTSD i den almindelige befolkning ser ud til at ligge 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 kampehender 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.

Der er en klar sammenhæng mellem traumebesvær og risikoen for at udvikle PTSD. I USA er sandsynligheden for – i løbet af livet – at blive udsat for en traumatisk begivenhed 50 til 60% og prævalensen for PTSD er knap 8%. I Algeriet var traumeeksponeringen 92% og PTSD prævalensen 37%.

Faktorer – som tryk tilknytning og mentaliseret psykosocial støtte – har afgørende betydning for modstandsdygtighed for udviklingen af PTSD efter traumatiske begivenheder. Utryk tilknytning fra barndommen og manglende psykosocialstøtte fra andre efter traumatiske begivenheder medfører en voldsom forøget risiko for at udvikle PTSD. Forskning peger på, at en vis genetisk sårbarhed spiller en rolle i udvikling af PTSD. Ved manglende tidlig og effektiv behandling af PTSD, er prognosen dårlig. Mellem ca. 30% til 50% vil udvikle kronisk PTSD.

Undersøgelse blandt flygtninge har vist en PTSD prævalens på 65 til 73%. I en oversigtsartikel rapporteredes der prævalensrater på 50% eller mere hos flygtningepopulationer i et review af 12 studier af flygtninge.

## 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 co-morbide diagnoser til PTSD er depression, angstlidelser, alkoholmisbrug og stofafhængighed samt personlighedsforstyrrelser. Herudover ses hyppigt – sammen med PTSD – tilpasnings- og belastningsreaktioner, personlighedsændring efter katastrofeoplevelser, dissociative forstyrrelser, somatoforme tilstande, akutte og forbigående psykoser, dysthymi m.fl. Dette sammensatte symptombillede har ofte vanskeliggjort en målrettet behandling overfor patienternes centrale underliggende problemstillinger. Sammenfattende modeller – med bredere beskrivelser af personlighedsmonstre sammen med en præcis vurdering af patienters psykosociale ressource – er blevet fremsat de senere år. Disse bredere modeller til forståelse af co-morbiditet til PTSD og de underliggende problemstillinger giver mulighed for en mere målrettet og klar differentieret behandlingsindsats (jf. afsnit 5.4).

## Fysiske konsekvenser af PTSD

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



## 5. Teknologien

Teknologiafsnittet indeholder en afgrænsning af selve den medicinske teknologi, der anvendes i behandlingen og rehabiliteringen af patienter med PTSD, herunder traumatiserede flygtninge. I dette tilfælde er teknologien 'Tværfaglig, specialiseret indsats', dvs. en samlet indsats med elementer af psykoterapi, farmakoterapi, fysioterapi og socialrådgivning. Optimalt bør sammensatte teknologier præsenteres og vurderes samlet (9), men det er tankevækkende, at der ikke er fundet tilstrækkelige mængder dokumentation eller evidens for behandling af (kompleks) PTSD i tværfagligt, specialiseret regi, hvorfor evidensen beskrives og fremlægges for hver enkelt, særskilte teknologi.

PTSD og kompleks PTSD er nærmere beskrevet i afsnit 4.

### 5.1. Oversigt over teknologier

Skema 2 præsenterer teknologier fra primære kilder og oversigter f.eks. Cochrane og den australske guideline og heri omtalte studier jf. afsnittet om behandling af PTSD og effekten heraf.

#### Skema 2:

##### Teknologi; psykosociale behandlingsmetoder

| Terapiformer  | Centrale forskere, undersøgelser, populationer  | Typiske faggrupper                          |
|---|---|---|
| <b>CBT (Cognitiv-behavioral therapy)</b>                            | <ul style="list-style-type: none"><li>■ Fecteau &amp; Nicki (269) Ofre for automobilulykker</li><li>■ Blanchard et al. (270) Ofre for automobilulykker</li><li>■ Devilly &amp; Spence (271) Blandet gruppe med PTSD</li><li>■ Paunovic &amp; Öst (272) Flygtninge</li></ul> | Psykologer, læger                           |
| <b>CT (Cognitive therapy)</b>                                       | <ul style="list-style-type: none"><li>■ Ehlers et al. (273) Ofre for automobilulykker</li></ul>   | Psykologer, læger                           |
| <b>EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing therapy)</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>■ Devilly &amp; Spence (271) Blandet gruppe</li><li>■ Ironson et al. (274) Blandet gruppe</li><li>■ Power et al. (275) Blandet gruppe</li><li>■ Rothbaum et al. (276) Ofre for seksuelle overgreb</li></ul>                           | Psykologer, læger                           |
| <b>Gruppeterapi</b>   | <ul style="list-style-type: none"><li>■ Schnurr et al. (277) Vietnam veteraner</li></ul>  | Psykologer, socialrådgivere, sygeplejersker |

*fortsættes på næste side*



| Terapiformer   | Centrale forskere, undersøgelser, populationer   | Typiske faggrupper                                       |
|--|--|--|
| <b>CPT (Cognitive processing therapy)</b>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Monson et al. (278) Mandlige og kvindelige veteraner</li> <li>■ Resick et al. (279) Ofre for seksuelle overgreb</li> </ul>  | Psykologer   |
| <b>PE (Prolonged exposure)</b>                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Resick et al. (279) Ofre for seksuelle overgreb</li> <li>■ Rothbaum et al. (276) Ofre for seksuelle overgreb</li> <li>■ Foa et al. (280) Voldsramte kvinder</li> </ul>  | Psykologer   |
| <b>Imagery rehearsal, exposure</b>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tarrrier &amp; Sommerfield (281) Blandet gruppe med PTSD</li> <li>■ Bryant et al. (282) Blandet gruppe med PTSD</li> </ul>  | Psykologer   |
| <b>NET (Narrative Exposure Therapy)</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Neuner et al. (283) Sudanesiske flygtninge</li> <li>■ Bichescu et al. (284)</li> </ul>  | Psykologer   |
| <b>Korttids psykodynamisk psykoterapi</b>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cloitre et al. (285) Kvinder med seksuelt misbrug som børn</li> <li>■ Holmqvist et al. (286) Flygtninge fra flugtningecenter</li> </ul>   | Psykologer, læger, sygeplejersker, socialrådgivere       |
| <b>MBT (Mentaliserings-baseret terapi)</b>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Allen, Fonagy &amp; Bateman (221) Svært traumatiserede fra Menningerklinikken</li> <li>■ Lewis et al. (287) Svært traumatiserede fra Menningerklinikken</li> </ul>  | Psykologer, læger, personale fra psykiatriske hospitaler |
| <b>Terapi rettet mod kropsreaktioner SE - terapi</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ogden et al. (235) Lettere og svært traumatiserede</li> <li>■ Van der Kolk (288) Lettere og svært traumatiserede</li> <li>■ Levine (289;290)</li> <li>■ Lettere og svært traumatiserede</li> <li>■ Porges (291-293)</li> <li>■ Lettere og svært traumatiserede</li> </ul> | Psykologer, psykoterapeuter (SE-terapeuter)              |
| <b>Supportativ terapi/rådgivning</b>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bryant et al. (282) Blandet gruppe af traumatiserede</li> <li>■ Neuner et al. (283) Sudanesiske flygtninge</li> </ul>   | Bredt sundhedspersonale                                  |
| <b>Psykoedukation</b>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Neuner et al. (283) Sudanesiske flygtninge</li> <li>■ Bichescu et al. (284) Politiske fanger udsat for tortur</li> </ul>  | Bredt sundhedspersonale                                  |

## Skema 3:

Teknologi; farmakologiske interventioner (Jf. afsnittet om psykofarmakologisk behandling af PTSD)

| Farmakologisk kategori                                   | Eksempler på specifikke medikamenter  | Indikationer overfor PTSD symptomer ud fra RCT (Randomised Clinical Trials) og klinisk erfaring omtalt heri  |
|--|---|--|
| <b>SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors)</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Paroxetin</li> <li>■ Sertralin</li> <li>■ Flutxetin</li> <li>■ Citalopram</li> <li>■ Fluvoxamin</li> </ul>                                   | <p>Reducerer B, C og D symptomer</p> <p>Bred klinisk bedring</p> <p>Effekt overfor depression, panikangst, socialfobi og OCD</p> <p>Mindsker PTSD-associerede symptomer (raseri, aggression, impulsivitet, suicidale tanker)</p>           |
| <b>SNRI (Serotonin-noradrenaline reuptake inhibitor)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mirtazepin</li> <li>■ Venlafaxin</li> <li>■ Bupropion</li> <li>■ Duloxetin</li> </ul>  | <p>Påvist effekt overfor PTSD</p> <p>Antidepressiva</p>  |
| <b>MAOI's (Monoamine oxidase inhibitors)</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Phenelzin</li> </ul>   | <p>Reducerer B symptomer</p> <p>Bred klinisk bedring</p>   |
| <b>TCA (Tricyclie antidepressiva)</b>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Imipramin</li> <li>■ Amitriptylin</li> <li>■ Desipramin</li> </ul>   | <p>Reducerer B symptomer</p> <p>Bred klinisk bedring overfor PTSD (mindsker akut stress hos børn med brandsår)</p> <p>Ikke effektiv ud fra et RCT</p>  |
| <b>Antiadrenerge midler</b>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Propanolol</li> <li>■ Prazosin</li> <li>■ Clonidin</li> <li>■ Guanfacin</li> </ul>   | <p>Reducerer B og D symptomer</p> <p>Bred klinisk bedring</p> <p>Prazosin er påvist at have en effekt overfor PTSD-mareridt og søvnløshed</p> <p>Propranolol er påvist at mindske fysiologisk hyperreaktivitet hos akut traumatiserede</p> |
| <b>Antiepileptiske medikamenter ("mood stabilizers")</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Carbamazepin</li> <li>■ Valproat</li> <li>■ Gabapentin</li> <li>■ Lamotrigen</li> <li>■ Topiramet</li> <li>■ Tiagabin, Vigabatrin</li> </ul> | <p>Effekt overfor B og D symptomer</p> <p>Mulig effekt overfor impulsiv, aggressiv og voldelig adfærd</p> <p>Effekt overfor C symptomer</p> <p>Mindre undersøgelser antyder god almen virkning på PTSD</p>                                 |
| <b>Atypiske neuroleptika</b>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Risperidon</li> <li>■ Olanzapin</li> <li>■ Quetapin</li> </ul>   | <p>Foreløbige data antyder effekt over for PTSD-symptomer og aggression</p> <p>Kan spille en rolle som forstærkende behandling i forhold til delvis respons overfor andre medikamenter (specielt SSRI)</p>                                 |

## Skema 4:

### Andre teknologier; fysioterapi m.m.

| Andre teknologier; fysioterapi m.m. |   |  |
|-------------------------------------|---|--|
| <b>Medicinsk/psykiatrisk</b>        | ECT (Electroconvulsive Therapy)<br>Helsey et al., 1999  | rTMS (repeated Transcranial Magnetic Stimulation)<br>Grisaru et al. 1998 |
| <b>Exercise</b>                     | Aerobic /anaerobic (evidens eksisterer vedr. træning har positiv betydning i forhold til behandling af depression og angst)                                   |  |
| <b>Alternative Therapies</b>        | Berøring, energi og opbygning inkl. akupunktur, reiki, craniosacral terapi, acupressur, musikterapi <sup>32</sup> , kunstterapi <sup>33</sup> mfl. (263)(264) |  |
| <b>Fysio-education</b>              | Oplæring af patienten i viden og indsigt om krop og psyke og grounding, fysisk afbalancering  |  |

Alternative indsatsområder er empowerment (socialrådgivning og pædagogisk indsats), ressourceopbygning (socialrådgiver, fysioterapeut og pædagogisk indsats). Viden og indsigt om krop og psyke og PTSD (psykologer og fysioterapeuter), grounding og fysisk afbalancering (fysioterapeut), reminiscensarbejde (socialrådgiver, pædagoger) samt smertebearbejdning/lindring (fysioterapeuter).

---

<sup>32</sup> Musikterapi som behandlingsform anvender musik og samtale og tager udgangspunkt i musikkens mulighed for at skabe kontakt og fastholde kommunikation. Det er i dag påvist, at musik dæmper angst og forbedrer søvnkvaliteten (294).

<sup>33</sup> Kunstterapi er en psykoterapeutisk metode, hvor kreative udtryksmåder indgår som et bindeled mellem klient og terapeut, eller mellem det bevidste og det ubevidste, se endvidere hjemmesiden [www.kunstterapi.dk](http://www.kunstterapi.dk). Formålet med kunstterapi er at give patienten mulighed for at udtrykke sig på andre måder end gennem somatisering (295).

## 5.2. Psykosocial behandling

I 1997 blev der af "International Society for Traumatic Stress Studies" etableret en "PTSD Treatment Guideline Task Force" for at udvikle ensartede retningslinier for forskning og behandling. Resultatet af dette arbejde blev offentliggjort i Foa, Keane & Friedman (296). I dette omfattende arbejde gennemgås de randomiserede og kontrollerede studier af behandling af voksne med PTSD.

De fleste studier omhandler individuel kognitiv terapi (CBT<sup>34</sup>), der er en kortsigtet, struktureret psykologisk intervention, som har til formål at tage fat på de emotionelle, kognitive og adfærdsmæssige følger af eksponering for traumatiske begivenheder. CBT-strategier er udledt fra lærings- og adfærdsteorier. De inkluderer forberedende arbejde i form af psykoedukation af arousal management sammen med eksponeringsteknikker og kognitive terapier (5;12).

Ligeledes eksisterer der en form for terapi kaldet EMDR<sup>35</sup> terapi (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). EMDR er baseret på den antagelse, at under en traumatisk begivenhed kan overvældende emotioner eller adskilte processer støde sammen med informationsbearbejdning og føre til oplagring af oplevelsen på en uforarbejdet måde adskilt fra eksisterende hukommelsesnetværk. Ved EMDR bedes patienten fokusere på traumerelaterede billeder, negative tanker og kropsfornemmelser, mens han/hun samtidig bevæger sine øjne frem og tilbage, idet han/hun følger bevægelsen af terapeutens finger på tværs af patientens synsfelt i 20-30 sekunder eller mere. Denne proces kan gentages mange gange. Det er fremsat, at denne dobbelte opmærksomhed letter forarbejdningen af den traumatiske erindring ind i eksisterende hukommelsesnetværk, selvom den præcise mekanisme ikke kendes. Kombineret med dets indledende fokus på traumatiske billeder inkluderer EMDR nu størstedelen af kerneelementerne af standard traumefokuseret CBT (5;13).

Der var kun få og mindre studier, der omhandlede behandling med og effektmåling af psykodynamisk gruppe og "stress management" behandling.

Studierne var hovedsageligt designet sådan, at effekten af en behandling blev sammenlignet med en patientgruppe, der stod på venteliste. Hermed var der indbygget mulige fejlkilder, bl.a. at patienterne i behandlingsgrupperne havde mere behandlerkontakt omkring traumerne end patientgrupperne, der stod på venteliste. Uanset hvad patienten tilbydes, så er det altid bedre, at patienten tilbydes kontakt og relationer end uspecificerede tilbud. Kun nogle få sammenlignede effekten af en behandlingsform med effekten af en anden. Få af studierne gav tilstrækkelig information til at måle effektstørrelsen. Disse tidlige studier omhandlede især Vietnamveteraner og ofre for seksuelle overgreb og fysisk vold, og de viste, at der var evidens for effekten af CBT i forhold til ventelistegrupper og andre terapiformer anvendt på den tid (traditionel rådgivning, afslapningsterapi, biofeedback, træning i muskelafspænding m.fl.)<sup>36</sup>. Der blev også påvist en effekt af EMDR i forhold til "treatment as usual" og ventelistekontrolgruppe. Et interessant gennemgående fund var, at eksponeringsbehandlinger, hvor man udsatte patienter for en gradvis tilnærmelse til tanker og følelser overfor traumerne, viste sig specielt hjælpsomme.

Siden retningslinierne fra Foa et al. (296) er der publiceret en række studier, der metodologisk er langt mere klare og stringente i forskningsdesign.

Kubany et al. (299;300) gennemførte to studier, der sammenlignede kognitiv traumeterapi for voldsramte kvinder med PTSD, der var fyldt med følelser og tanker om skyld og en tilsvarende gruppe, der fik behandling senere. Behandlingen bestod af psykoedukation (se endvidere afsnit 5.4.4), hvor målet er at hjælpe patienten med at forstå reaktionen, som han/hun oplever, idet denne forståelse tilbyder lettelse og hjælper patienten til at føle sig normal. En omhyggelig forklaring på, hvordan voldsom psykisk trauma er forbundet med aktuelle symptomer, kan hjælpe patienten til at udvikle indsigt i problemerne. De sundhedsprofessionelle vil overbringe beskeden om, at disse problemer på en måde er velkendte, og at behandling er mulig til personen. Formålet er at sætte patienten, familien eller fællesskabet i stand til at handle og tage beslutninger og valg. I en gruppe gøres dette gennem dialog med deltagere. Viden anses som magt og videndeling som empowerment.

Det er ligeledes et formål også at afmystificere og af-stigmatisere symptomerne og forbedre paratheden til coping under stress (301;302). "Stress management"<sup>37</sup> benyttes ligeledes. Afslapningsøvelser kan nedbryde cirklen af anspændthed og lidelser. Ved at lære, hvordan han/hun reducerer sin anspændthed, kan patienten føle sig mere afslappet og dermed bedre hvile.

Interventioner med stress management dækker over en bred vifte af kognitive, adfærdsmæssige og psykologiske teknikker med det formål at reducere arousal niveauer og modificere livsstilsfaktorer, som bidrager til et individs stress- eller angstniveau. Anvendelsen af stress management ved PTSD søger at reducere arousalssymptomer og tage fat på angstens og undgåelses-symptomers indvirkning på individets livsstil. Kerneelementer af stress management som benyttes ved PTSD, inkluderer afslapningstræning, kontrolleret vejrtrækning for at imødegå hyperventilering, adaptive coping strategier til brug ved konfrontation med frygtede eller undgåede situationer, og thought-stopping distraktionsteknikker (5). Der benyttes også hjemmearbejde med eksponering, kognitiv restrukturering af de skyldrelaterede overbevisninger, træning i selvhævdelse og træning i at undgå kontakt med den voldelige person. For patientgruppen – der må anses for at besidde forholdsvis mange psykosociale ressourcer – var behandlingen effektiv: Kun 9% af kvinderne opfyldte diagnosekriterierne for PTSD efter behandlingen. Der var også en markant nedgang i depressionssymptomer målt med BDI (Beck Depression Inventory). BDI er en 21-spørgsmåls multiple-choice selvrapporterings- opgørelse, som er et af de mest anvendte instrumenter til måling af graden af depression. Spørgeskemaet er designet til voksne i alderen 17 til 80 år og består af punkter relateret til depressionssymptomer såsom håbløshed og irritation, erkendelser såsom skyld eller følelser af at blive straffet, såvel som fysiske symptomer som udmattelse, vægttab og mangel på seksuel interesse (300). Behandlingsresultaterne varede ved i en opfølgingsundersøgelse seks måneder senere.

I et venteliste-kontrolstudie blev effekten af en kognitiv processeringsterapi (CPT) over for veteraner med kronisk PTSD relateret til militærtjeneste undersøgt (278). CPT består af en kognitiv og emotionel forarbejdning af de traumerelaterede begivenheder.

CPT viste bedre resultater end ventelistegruppen med hensyn til reduktion i PTSD symptomer og co-morbide symptomer. Af de, der ønskede fortsat behandling og havde modtaget CPT, opfyldte 40% ikke længere PTSD diagnosekriterierne.

Flere nyere undersøgelser har sammenlignet en specificeret aktiv behandling med en uspecifik behandling. Blanchard et al. (270) sammenlignede CBT med hhv. støttende rådgivning og venteliste, til patienter der havde været udsat for en bilulykke. Blanchard et al. fandt at CBT var bedre end støttende rådgivning, som var bedre end at stå på venteliste.

En interessant undersøgelse af Neuner et al. (283) sammenlignede støttende rådgivning og psykoedukative interventioner med narrativ eksponeringsterapi<sup>38</sup>. Grupperne, der blev sammenlignet, bestod af traumatiserede sudanesiske flygtninge. Umiddelbart efter behandlingen var der ikke forskelle på de tre behandlingsformer, men ved opfølgningen ét år senere var NET behandlingen signifikant bedre end de to andre, der var ens med hensyn til effekt. Den største og metodologisk måske stærkeste undersøgelse af PTSD behandling blev gennemført som en multicenterundersøgelse med deltagelse af 10 behandlingssteder (277). Undersøgelsen sammenlignede en traumefokuseret gruppeterapi med en nutidsfokuseret gruppeterapi hos en gruppe militære veteraner med PTSD. Der blev kun påvist en tendens til bedre resultater for de traumefokuserede grupper, der modtog en tilpas behandlingsdosis – 24 til 30 sessioner. Der var en lille effektførogelse i de traumefokuserede grupper i forhold til de nutidsorienterede grupper. Forfatterne angav flere mulige grunde til dette studies manglende påvisning af klinisk behandlingseffekt. En grund kunne være patientgruppens sammensætning, der bestod af veteraner med alvorlig og tilbagevendende psykopatologi. Eksponeringskomponenterne i grupperne blev vurderet som mindre end de, der er anvendt af andre (fx Neuner et al. (283)). Grupperne blev ledet af terapeuter uden tilstrækkelig langvarig og formel træning i eksponeringsbaseret terapi, hvilket kunne være en mulig årsag til den manglende behandlingseffekt. Undersøgelsen viser, at det er vanskeligt at opnå en målbar effekt med de anvendte behandlingsmetoder og -omfang.

Flere nyere empiriske studier, som har fokuseret på en sammenligning af effekten af forskellige behandlingsformer over for PTSD, der tidligere har vist effekt i forhold til ventelistepatienter eller uspecifikke behandlinger, omtales i det følgende. Den generelle konklusion er, at der kun er fundet få statistiske forskelle på forskellige behandlingsformers effekt over for PTSD. Resick et al. (279) fandt ingen forskel mellem forlænget eksponering (PE – prolonged exposure) og kognitiv processeringsterapi (CPT) i en stor gruppe ofre for seksuelle overgreb. Begge behandlinger viste en stor positiv effekt i forhold til en gruppe, der kun modtog minimal opmærksomhed. Efter ni måneder viste en klinisk vurdering en lidt bedre effekt af CPT over for alvorligheden af PTSD og tilsvarende i forhold til patienternes selvrapporterede depression.

Flere studier har sammenlignet EMDR behandling med forskellige kombinationer af CBT (cognitive behavioral treatment). Tre studier har rapporteret om en større effekt af EMDR blandt de patienter, der gennemførte behandlingen (274;275;303).

Rothbaum et al. (276) sammenlignede EMDR, PE og venteliste i en gruppe på 74 kvinder med voldtægtsrelateret PTSD. De fandt ingen forskelle mellem behandlingsgrupperne, men en klar bedring i forhold til ventelistegruppen. Den del af EMDR-gruppen, der led af flest co-morbide tilstande, klarede sig dårligere end en tilsvarende gruppe blandt PE-deltagerne. Taylor et al. (304) fandt eksponeringsterapi statistisk bedre end EMDR, som ikke var statistisk forskellig fra en gruppe, der modtog afslapningsterapi i en blandet gruppe med PTSD.

Der er gennemført nogle få studier, der har forsøgt at identificere de aktive ingredienser eller virkningsmekanismer, der er ansvarlige for behandlingsforbedringer, ved at tilføje en eller flere komponenter oveni en velbeskrevet behandling. Bryant et al. (282) sammenlignede eksponering i fantasien og eksponering i fantasien plus kognitiv restrukturering og støttende rådgivning. De fandt ingen forskel mellem eksponering i fantasien alene og kombinationen med denne eksponering og kognitiv restrukturering. Begge viste bedre resultater end støttende rådgivning alene. Paunovic & Öst (272) sammenlignede et behandlingsprogram med kognitiv adfærdsmæssige interventioner (indeholdende eksponeringsterapi, kognitiv restrukturering og kontrolleret åndedræt) med eksponeringsterapi alene. Grupperne var små og bestod af flygtninge. Der blev ikke påvist nogen statistisk forskel mellem de to behandlingstilbud. Foa et al. (280) sammenlignede resultaterne af behandling af en gruppe kvinder, der havde været udsat for seksuelle overgreb. Behandlingen foregik enten i et krisecenter for kvinder eller på en klinik tilknyttet et universitet. Foa et al. fandt ingen forskel på en gruppebehandling, der indeholdt PE alene eller en gruppe, der modtog PE plus kognitiv restrukturering. Begge grupper udviste bedre resultater end gruppen på venteliste. Der var ingen forskel på behandlingsresultaterne fra krisecentrene og universitetsklinikkerne.

I de senere år har der været en stigende fokusering på faktorer ud over PTSD symptomer, der er centrale i behandling af patienter med PTSD. Chard (305) har videreudviklet den kognitive processeringsterapi (CPT) i forhold til patienter med en historie med seksuelt misbrug. Hun og andre gør opmærksom på, at tidlige relationelle traumer og senere tilkomne choktraumer har en lang række grundlæggende følgevirkninger, der bør fokuseres på, før implementeringen af den kognitive evidensbaserede processeringsterapi. Behandlingsprotokollen omfatter moduler, der fokuserer på udviklingspsykologiske forhold, kommunikation og emotion og at søge psykosocial støtte m.v. Chard kunne empirisk påvise denne tilgænges høje effekt med en behandlingseffektstørrelse på 1,52. Deltagerne vedblev at profitere af behandlingen ved tre måneders opfølgningen.

Cloitre et al. (202) fremhævede, at ofre for seksuelle og andre overgreb havde store problemer med affektregulering og interpersonelle relationer ud over deres PTSD symptomer; problemer, der kompromitterer deres evne til at profitere af traumefokuserede interventioner (jf. også (82;83;83-85;123;124). Cloitre et al. udviklede et behandlingsprogram, der inkluderede opmærksomhed over for og behandling af disse grundlæggende problemer med affektregulering. De har kaldt programmet STAIR (Skills training in affective and interpersonal regulation), der omfattede behandling af disse problemer forud for implementeringen af den modificerede PE (prolonged exposure). De fandt en effektstørrelse på 1,3 efter behandlingen.

Disse undersøgelser peger på den forholdsvise ringe effektforskel, der er mellem forskellige terapeutiske teknikker. Som det senere vil blive omtalt, ser det ud til, at en væsentlig aktiv behandlingsingrediens eller virkningsmekanisme er selve kontakten eller relationen mellem behandler og patient samtidig med, at de svære traumatiske oplevelser og de ustyrlige følelser, der er forbundet hermed, ikke undgås. Herigennem opbygges relationelle ressourcer, der er en forudsætning for en mere eksponerende tilgang. Dette stemmer overens med den generelle forskning inden for virkningsmekanismerne i psykosocial behandling (212;221;306;307). Den affektregulering og mentalisering, der etableres i patienten vha. terapeutens egen evne til affektregulering, affektbevidsthed og mentalisering, synes helt central.

De her omtalte empiriske undersøgelser viser, at der er udviklet effektive terapier til behandling af visse grupper PTSD-patienter. Der er imidlertid en stor gruppe, der ikke profiterer nævneværdigt af de beskrevne evidens-baserede terapier for PTSD. Så mange som 50% af patienterne i effektundersøgelserne opfylder stadig kriterierne for PTSD efter afsluttet behandling og ved follow-up undersøgelserne, og nogle PTSD symptomer har vist sig særdeles modstandsdygtige over for de eksisterende behandlingsformer (308). De ikke-responderende patienter er præget af:

- Lav global funktion
- Få psykosociale ressourcer
- Større smerteproblemer og smerteplaget i hverdagen
- Større tendens til depression og vrede
- Større forbrug af smertestillende midler og psykofarmaka
- Dårlige sociale relationer
- Ringe tilknytning til arbejdsmarkedet (309)
- Omfattende problemer med adskillelse fra familie og eksillivet (8;248)

De ikke-responderende patienter synes over for de evidens-baserede behandlingsformer at have mere alvorlig PTSD-symptomatologi inklusiv kronisk og kompleks PTSD.

De følgende afsnit vil opridse effektforskningen relateret til traumatiserede flygtninge.

### 5.3. Psykosocial behandling af traumatiserede flygtninge

En 10 års follow-up af Boehnlein et al. (310) af 23 cambodianske flygtninge, som havde modtaget kontinuerlig behandling med psykofarmaka, støttende psykoterapi, gruppeterapi og social støtte, viste, at 57% af patienterne med PTSD var bedrede, og at 83% med depression var bedrede. Forskerne fandt imidlertid, at tilbagefald var udbredt. Af de 23 patienter havde 14 haft mindst et tilbagefald, og flere havde haft adskillige tilbagefald. Forskerne pointerede vanskelighederne ved at vurdere helbredelse på grund af PTSD'ens natur, og at patienterne kan bevæge sig ind og ud af status afhængigt af stressorer i nutiden, jf. afsnittet om assessment i organisationsdelen.



Et behandlingsinterventionstudie af bosniske flygtninge i Holland sammenlignede effekter af en 24-ugers faseorienteret gruppeterapeutisk indsats, medicin alene og en kombineret gruppe-terapi og medicinsk behandling (311). Alle behandlingsmodaliteter var hjælpsomme. I behandlingsgrupperne opfyldte 73% af flygtningene ikke længere de diagnostiske kriterier for PTSD, mens 90% af kontrolgruppen, der afviste at modtage behandling, gjorde. Der har været en stor skævhed i gruppefordelingen, idet de behandlings-motiverede blev sammenlignet med de behandlings-umotiverede. Weine et al. (312) udførte et mindre studie med "testimony psykoterapi" (se (301)). Det var en fire til otte sessioners intervention med 20 bosniske flygtninge i USA. Forfatterne rapporterede en reduktion i PTSD diagnose og depressiv symptomatologi som følge af behandlingen. Den tidligere nævnte undersøgelse af Paunovic & Öst (272) var randomiseret og sammenlignede 16-20 sessioner med eksponering, kognitiv terapi og kontrolleret åndedræt og forlænget eksponering (PE – prolonged exposure) af 16 flygtninge med PTSD, som levede i Sverige. Resultaterne efter behandlinger og ved en follow-up 6 måneder senere, viste, at begge interventioner resulterede i knap 50% forbedringer i PTSD symptomer, generaliseret angst og depression samt forbedringer i livskvalitet.

En nyere undersøgelse af Otto et al. (313) anvendte et emotionsmodificeret CBT (Cognitive Behavioral Therapy) paradigme i behandlingen af kvindelige cambodjanske flygtninge i USA. Ti behandlingsresistente cambodjanske kvinder med PTSD blev tilfældigt udvalgt til en 10-sessioners CPT (cognitive processing therapy) behandling og behandling med Sertralin eller behandling med Sertralin alene. Den kombinerede behandling havde størst effekt over for PTSD, somatisering, angst og specielt over for kulturspecifik angst. Effekttørrelsen for genoplevelse og undgåelse/følelseløshed var henholdsvis 0,82 og 0,85 og var højere end for hyperarousal symptomer (0,45). Effekten over for somatisering og generel angst var 0,60, og effekttørrelsen over for kulturspecifikke angstsymptomer var 1,77.

En undersøgelse fra 2004 af Birck (314) foregik i Berlins "Center for Behandling af Torturofre og Flygtninge". Her sammenlignede man 21 patienter, der modtog psykoterapi (uspecificeret) og medicinsk behandling med 33 patienter, der alene modtog medicinsk behandling. Assessment af patienterne blev foretaget ved ankomsten til centret og efter ét år (bl.a. med SCL-90). Resultaterne viste en høj symptomatologi på begge tidspunkter for begge grupper. Gruppen, der fik psykoterapi, udviste ikke mindre symptomatologi. Forfatteren angiver suboptimale psykoterapi betingelser som grund til det manglende resultat. En anden grund angives at være en forbindelse mellem sygdomsalvorlighed og betingelserne for fortsat opholdstilladelse i Tyskland. Selvrapporterede symptombilleder kan tænkes at blive forværret netop af denne grund. Undersøgelser demonstrerer behov for veldefineret terapeutisk indsats og objektive mål for psykisk helbred, der ikke er afhængig af subjektive bias.

En undersøgelse af Carlsson et al. (315) havde til formål at undersøge ændringer i PTSD-symptomer, depression, angst og helbredsrelateret livskvalitet hos en gruppe på 55 traumatiserede flygtninge. Der blev indsamlet et omfattende datagrundlag om baggrund, traumer, nuværende social situation og psykiske symptomer (målt med Hopkins Symptom Checkliste – 25; Hamilton Depression skala; Harvard Trauma Questionnaire (HTQ); WHO quality of

life) før og efter ni måneders uspecificeret behandling. Der kunne ikke observeres ændringer i psykiske symptomer eller helbredsrelateret livskvalitet. Til trods for behandlinger forekom de emotionelle problemer at være kroniske for størstedelen af gruppen.

Den tidligere omtalte undersøgelse af effekten af narrativ eksponeringsterapi (NET) blev udført i en flygtningelejr i Uganda og viste opmuntrende resultater. Sudanesiske flygtninge med PTSD (43 personer) blev tilfældigt udvalgt til fire sessioner med NET, fire sessioner med støttende rådgivning eller en session med psykoedukation. Resultaterne viste et år efter behandlingen en effekt af NET. I NET gruppen havde 29% stadig PTSD, sammenlignet med 79% i gruppen med støttende rådgivning og 80% i psykoedukationsgruppen (283). En undersøgelse fra samme forskergruppe er publiceret i 2007 (284). I en gruppe på 59 af 60-70 årige, som for fyrrer år siden havde været udsat for politisk tilfangetagelse og tortur, blev effekten af NET og psykoedukation alene undersøgt. Fra gruppen blev der udvalgt 18, som opfyldte PTSD kriterierne efter det internationale diagnostiske interview (CIDI). Af disse 18 blev halvdelen tilfældigt udvalgt til enten én session med psykoedukation eller fem sessioner med NET. PTSD symptomer (vurderet ud fra CIDI) og depression (ud fra Beck Depression Inventory, BDI) blev vurderet før behandling og ved en 6 måneders follow-up. NET, men ikke psykoedukationen, medførte en signifikant reduktion i PTSD symptomatologi og depressionsscore. Af de ni personer i NET gruppen havde fire personer stadig PTSD, medens otte af de ni i psykoedukationsgruppen stadig havde PTSD ved 6 måneders follow-up undersøgelsen. Disse resultater tyder på, at NET kan bevirke en lettelse af PTSD-symptomer og depression, selv når tilstanden har været ved i lange perioder. I denne undersøgelse er terapiformen velbeskrevet og effektmålene tydelige. NET terapien havde en speciel gavnlig indflydelse på undgåelses- og arousalssymptomerne. Dette kunne tyde på, at habituering og reintegration af autobiografisk hukommelse var den underliggende mekanisme i reduktionen af posttraumatiske symptomer (186).

En interessant undersøgelse af effekten af en kropsfokuseret behandlingsform, som Ogden et al. (235) har beskrevet på den første internationale konference i september 2007 om "Somatic Experience-Therapy" over for svære traumer, blev fremlagt af van der Kolk fra "The Boston Trauma Center", der er førende inden for diagnostik og behandling af kompleks og kronisk PTSD (104;316). Han talte bl.a. om, at patienter med PTSD har nedsat aktivitet i den mediale præfrontale cortex, hvilket bl.a. forklarer den nedsatte evne til at berolige og regulere sig selv eller blive reguleret af andre (jfr. tidligere afsnit). En nøgle til denne virkningsmekanisme er nogle af emotionernes kropslige aspekter, der derfor i stigende grad kommer i fokus i traumeterapien. Forskningen tyder på, at en hovedbestanddel af de traumatiske erindringer er repræsenteret som kropslige sansindtryk, der bl.a. indprentes og oplagres i insula. Van der Kolk har undersøgt, om denne kropsorienterede terapiform er effektiv sammenlignet med kognitiv terapi (CBT) af kronisk PTSD. Efter seks måneders behandling opfyldte 57% af patienterne ikke længere kriterierne for PTSD, hvilket var ca. dobbelt så mange, som den helbredelse, man tidligere har opnået med CBT over for en tilsvarende gruppe. Van der Kolk viste endvidere, at evnen til affektregulering kunne måles ved hjælp af en puls og åndedrætsmåler, der registrerer HRV<sup>39</sup> (se senere kap. 5).

Hvis HRV var lav, var den fysiologiske tilstand domineret af det sympatiske nervesystem eller aktivitet i den dorsale vagus. Hvis HRV er høj, i takt med vejrtrækningen, er det tegn på aktivitet i det “sociale engageringsystem” – den fylogenetiske yngste, myeliniserede ventrale parasympatiske gren af vagusnerven, hvor man kan berolige sig selv gennem autoregulering eller via interaktiv affektregulering. Måling af HRV kunne være et objektivi effekt mål for psykosocial terapi (317).

---

<sup>34</sup> Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) er en form for psykoterapi, der har udviklet sig siden 1950'erne. I begyndelsen var den baseret på eksperimentel læringsteori og senere, mere generelt, på eksperimentel psykologi og andre relevante videnskaber. CBT fokuserer på nuværende problemer, analyse af udløsende situationer, reaktioner inden i organismen (fysiologiske, emotionelle, tanker/fortolkninger), den udløste adfærd og dens konsekvenser (på kort og lang sigt)(297;298).

<sup>35</sup> Et antal af behandlinger er ikke påhæftet betegnelsen eksponeringsbehandling, men kan fra et CBT-perspektiv ses som varianter af samme, fx EMDR, som kombinerer fantasi eksponering for traumatiske minder med en eller anden form for aktivitet, som kan fungere som en distraktion. Disse typer af behandling kan anses for at være ekponeringsterapi (226;233).

<sup>36</sup> Se Foa et al. (296).

<sup>37</sup> Stress kommer af ubehagelige oplevelser eller hårde levebetingelser. Dette kan forstyrre krop og sjæl. En patients adfærd kan også skabe eller reducere stress. Forlænget stress kan forårsage fysisk skade og hindrer personen i at udføre nyttigt arbejde. Personer, der lider af stress, klager ikke ofte direkte over stress, men nærmere over fysiske symptomer. Denne indgangsvinkel til stress management inkluderer forskellige teknikker, som kan bruges afhængig af personens behov eller afhængig af hjælperens behov. Hjælperen kan også drage nytte af afslapningstræning fx gennem visualiseringsøvelser, autogen træning, meditation og mindfulness meditation samt progressiv afslapning eller “hold and relax” (301).

<sup>38</sup> Narrativ eksponeringsterapi (NET) er udviklet af VIVO-gruppen i Konstanz og grundigt dokumenteret og beskrevet i Schauer, Neuner & Elbert (283). NET er en standardiseret kortvarig intervention, en speciel eksponeringsterapi for overlevende af tortur og krig, udsat for adskillige traumatiske oplevelser. I NET bedes personen konstruere en komplet beretning af sit liv med indgående fokus på de traumatiske begivenheder og uddybelse af de tilknyttede tanker og emotioner. Det er antages, at NET fungerer på to måder: 1.fremme tilvænnning til traumatiske erindringer gennem eksponering og 2. rekonstruktion af individets autobiografiske erindring (5).

<sup>39</sup> HRV: Heart Rate Variability.

## 5.4. Faktorer, der har betydning for behandlingsresultatet

En række faktorer har vist sig vigtige for behandlingsresultaterne af patienter med PTSD. Taylor et al. (318) fandt, at de patienter, der responderede mindst på en evidensbaseret behandling, var de, der havde lav global og psykosocial funktion, alvorligere smerteproblemer og smertepåvirkninger i deres daglige gøremål. Det var patienter, der udviste større tendens til depression og vrede, og de anvendte mere smertestillende medicin og psykofarmaka. Forfatterne foreslog, at behandlingsresultaterne over for PTSD kunne bedres ved en forudgående smerte- og depressionsbehandling. Van Minnen et al. (319) har påvist en tydelig sammenhæng mellem anvendelsen af benzodiazepiner under behandlingen og dårligt behandlingsresultat. De antager, at frygtaktivering, der anses for central i eksponeringsbehandling, undertrykkes på grund af benzodiazepinerne.

### 5.4.1. Betydningen af den terapeutiske relation

Cloitre et al. (320) foretog en interessant analyse af de terapeutiske relationelle faktorer, som havde betydning for behandlingsresultaterne af PTSD, med STAIR og det modificerede PE program i forhold til patienter, der havde været udsat for seksuelle overgreb. De fandt, at kvaliteten af den psykoterapeutiske relation i første fase forudsagde reduktionen i PTSD symptomer efter terapiens afslutning. Cloitre et al. (320) fremhæver, at denne sammenhæng var formidlet af patienternes forbedrede kapacitet for affektregulering.

Psykioterapeutens betydning blev ligeledes undersøgt af Kubany et al. (299) i forhold til behandlingen af voldsramte kvinder. De sammenlignede udfaldet af behandlingen med karakteristika hos de fire terapeuter, der var involveret. De fandt, at terapeuter med eller uden videregående psykologisk uddannelse producerede ensartede resultater. Der var ligeledes ingen forskelle på mandlige eller kvindelige terapeuters resultater.

Diamond & Yeomans (307) beretter om den psykoterapeutiske behandling af en patient, hvis manglende heling af et traumatisk fysisk og psykisk misbrug blev udlevet og eksponeret i den terapeutiske relation. Patientens kapacitet til affektregulering og mentalisering var lav. Efter et års behandling udviste patienten klare forbedringer: Mentaliseringsevne eller den refleksive funktion øgedes fra lav til almindelig, målt på AAI (Adult Attachment Interview – jf. Tabel 1). RF (refleksiv funktion) gik fra 3 til 5. Tilknytningsmønsteret ændrede sig fra ubearbejdet/forvirret (U/E2/E3) til sikker/ubearbejdet (FS/U) på AAI (jf. Tabel 1). Personlighedsorganisationen ændrede sig fra borderline til neurotisk, og symptomatologien mindskedes markant. Forfatterne udforskede også, hvordan terapeutens og patientens refleksive funktion passede sammen. Diamond et al. har tidligere antaget, at det optimale er, når psykoterapeutens kapacitet til at forstå mentale tilstande i form af emotioner og intentioner hverken er for avanceret eller for lav, men ligger i “zonen for nærmeste udvikling” (321) i forhold til patientens. I dette tilfælde blev psykoterapeutens refleksive funktion (RF) målt til 6, som ligger mellem almindelig og såkaldt markeret.

Psykoterapeuten var altså kun lidt foran patienten, hvis score lå mellem lav (RF = 3) og almindelig (RF = 5) (jf. Diamond & Yeomans (212;307).

Ud over det reflektive funktionsniveau (eller mentaliseringsniveau) er reaktionsmønstre eller tilknytningsmønstre relevant i den relationelle "matchmaking" i behandling og for interventionstype. Flere empiriske studier fandt, at patienter med et usikkert afvisende/undvigende (D) tilknytningsmønster (introjektive patienter) responderede bedst over for en psykodynamisk fortolkende terapi (322-325). Se skema 1. vedrørende tilknytningsmønstre. Hardy et al. påviste, at emotionelt fjerne, isolerede, undvigende og bekymrede introjektive patienter, som anså relationer til andre, herunder til terapeuten, som potentielt fjendtlige eller afvisende, fandt den eksplorerende og mere kognitive, intellektuelt diskuterende behandling befriende og fremmede for den terapeutiske forandring (326). Denne terapeutiske stil hjalp disse introjektive patienter til at overvinde deres karakteristiske emotionelle fjernhed og potentielt afvisende reaktion (327).

Det forholder sig anderledes med den forvirret/overvældet (E) tilknyttede anaklitiske patient (322). Disse patienter reagerer bedst på emotionel støtte og klar struktur i terapien og forsøger at etablere en nær terapeutisk relation og syntes at profitere mest af en terapeutisk strategi, der hjælper med at rumme og modulere deres overvældende emotioner. Disse anaklitiske patienter skal beroliges og emotionelt nedreguleres.

Omvendt med en usikker undvigende tilknytningsstil (introjektive patienter), der profiterer bedst af en terapeutisk strategi, der gradvis opregulerer og faciliterer deres emotionelle engagement (326). Forvirret/overvældet (D) usikkert tilknyttede (anaklitiske patienter) længes efter nærhed og intimitet og frygter at blive svigtet og kan forsøge at etablere et (for) nært støttende forhold til terapeuten (327). I deres forsøg på at undgå afvisning kan disse patienter begynde at "please" og føje deres terapeut uden reelt at engagere sig i at identificere og åbent diskutere og mentalisere om deres vanskelige personlige problemer (327). Den klare struktur og supportive terapeutiske kontekst ser ud til bedst at rumme de stærke følelser og den stærke frygt (326) hos affektlabile forvirrede/overvældende (E) usikkert tilknyttede, anaklitiske patienter, der ofte føler sig emotionelt oversvømmede (322). Gabbard et al. (306) siger i diskussionen af behandling af borderlinepatienter, "at introjektive patienter er mere responsive over for indsigt og fortolkning, medens anaklitiske patienter er mere responsive over for de relationelle dimensioner i den psykoterapeutiske proces" (s. 67).

En række studier har vurderet terapeutens tilknytningsmønster og dets betydning for den terapeutiske proces. Rubino et al. (328) fandt, at terapeuter med en ængstelig, forvirret (E) tilknytning, responderede mindre empatisk over for sikkert tilknyttede (F) patienter eller patienter med usikker afvisende (D) tilknytningsmønster. Rubino et al. (328) antager, at "mere ængstelige terapeuter kan opfatte afbrydelser som en indikation på deres patienters intention om at forlade terapien og aktiveringen af deres egen sensitivitet over for svigt kunne mindske deres evne til at være empatiske" (s. 416).

Generelt viser studier, at patienter havde det største udbytte, når de blev behandlet af sikkert tilknyttede (F) behandlere eller af komplementære frem for ensartede kombinationer af usikre tilknytningsmønstre mellem behandler og patient. Forvirrede/overvældede (E) patienter klarede sig bedst med afvisende (D) behandlere, mens afvisende (D) patienter klarede sig bedst med (E) tilknyttede klinikere (329;330). I overensstemmelse med Blatt & Shahar (331) synes affekt-labile patienter at profitere af emotionsrummende og – regulerende interventioner, medens emotionelt fjerne patienter synes at profitere af interventioner, der opregulerer og faciliterer affektive udtryk (326;332). Se også Blatt (212) og Fonagy (213).

Den terapeutiske relation og den relationelle matchmaking er, sammen med patientens symptomatologi, ved at komme mere i fokus i nyere studier af psykosocial behandlingseffekt. Ud over symptomatologi er det vigtigt at fokusere på PTSD-patientens mentale og relationelle ressourcer (286). De affektregulatoriske mentale ressourcer er en forudsætning for anvendelsen af en terapeutisk teknik.

Ovennævnte empiriske forskning peger på, at man ikke uden videre kan anvende manualiserede, kognitive og sproglige teknikker uden først at have vurderet og evt. etableret det nødvendige affektregulatoriske grundlag. Forskningen peger på vigtigheden af både at fokusere på terapeutiske teknikker til bekæmpelse af de invaliderende symptomer og på den terapeutiske relation til opbygning af de personlige og relationelle ressourcer. En af vejene i den nyere forskning er større fokus på psykosocial funktion og relationer. Der er ofte en meget lang latensid, før symptomerne viser sig. Det er de interpersonelle, sociale relationer af støttemuligheder, der har virkning på sigt. Norcross & Lambert (333) siger herom:

*“To afgørende udeladelser har forringet førstegenerationsstudier af evidensbaseret behandling: Den terapeutiske relation og den relationelle matchmaking. Vi deler synspunkt med mange andre i forsvaret af, at specifikke behandlinger til specifikke lidelser kan lede til en overfokusering på de mindst kurative aspekter af de terapeutiske bestræbelser. Fremme af evidensbaserede behandlinger (i modsætning til evidensbaserede praksisser) kan uforvarende lede til forsømmelsen af menneskelige relationer (Bergin, 1997). Terapirelationen bidrager væsentligt og konsistent til det psykoterapeutiske outcome for alle typer af behandling, inklusive psykofarmakoterapi. Bestræbelser på at udbrede lister af evidensbaserede behandlinger uden at inkludere terapirelationen er derfor meget ufuldstændige på både det kliniske og empiriske område. Tilsvarende bør evidensbaseret praksis udtrykkeligt adressere terapeutisk adfærd og kvalitet, der fremmer en faciliterende terapeutisk relation. Samtidig virker den terapeutiske relation sammen med særskilte interventioner, patientkarakteristika og klinikerens kvaliteter i bestemmelsen af behandlingens effektivitet. En omfattende forståelse af effektiv (og ineffektiv) psykoterapi vil tage alle disse determinationer og deres optimale kombinationer i betragtning. At tilpasse eller skræddersy den terapeutiske relation til specifikke patientkarakteristika (foruden diagnose) forstærker effektiviteten af behandlingen” (333), p.217).*

Et væsentligt element i en systematisk behandlingsindsats er supervision af behandlerne, hvor der lægges vægt på terapeutiske teknikker og den terapeutiske relation.

Supervisionen faciliterer og udvikler den stadige omsætning af eksplicit viden hos behandlerne til implicitte relationelle terapeutiske færdigheder. Dette kan ske ved en løbende eksplicit systematisk selvevaluering af terapiens fokus (vha. et enkelt selvevalueringsskema) sammenholdt med videooptagelser af terapiesessioner indeholdende den implicitte relationelle viden og færdighed (221;334), p.200ff.), jf. også afsnittet om personale i Organisationskapitlet, hvor der omtales edukation og supervision af behandlerne, der mere retter sig mod behandlerens egne reaktioner. Det føromtalte supervisionsfokus retter sig mod behandlerens terapeutiske kompetenceudvikling, og det andet fokus retter sig mere mod behandlerens trivsel. Begge aspekter er vigtige (335;336). Den fortløbende proces med omsætningen af eksplicit terapeutisk viden til implicit relationel terapeutisk færdighed er en forudsætning for en systematisk og velbeskrevet behandlingsindsats. Videooptagelser med underviser/supervisor med gode illustrerende eksempler er herudover fremmende for tilegnelse af behandlingsmetoder. Sådanne arbejdsmetoder fremhæves af flere, der uddanner behandlere (337) og udfører og superviserer i mor-barn og familierapi (338). Se også Jacobsen (339) og Grünbaum (340).

Andre vigtige faktorer, der bør inddrages, når der skal udvikles helbreds- og psykosociale interventioner, er sociale relationer og arbejdsløshed (309) og hele eksil- og kultur problematikken (8;248). Carlsson (309) gjorde det interessante fund, at fysiske klager, registreret før behandling, var en kraftigere prædikator for psykisk helbred og helbredsrelateret livskvalitet end psykiske klager.

## Sammenfatning

Trods den megen forskning ligger der meget arbejde forude. Næsten alle randomiserede, kliniske forsøg med PTSD-behandling har kun undersøgt komponenter af kognitiv (CBT) behandling og virkningen af et medikament af gangen. Der er behov for at udvide omfanget af de posttraumatiske følgevirkninger – de samfundsmæssige, de familiemæssige, de personlige og de fysiske – som fokus for behandlingsindsats og resultater og for at skræddersy indsatserne mere til patienternes individuelle behov og funktionsniveau. De, der i undersøgelserne responderer over for de eksisterende evidensbaserede terapier for PTSD, ser ud til at bevare det vundne, som follow-up studierne tyder på. Det store problem er imidlertid, at ca. 50% af patienterne i effektstudierne stadig opfyldte PTSD kriterierne efter afsluttet behandling og ved follow-up undersøgelserne (308). Nogle PTSD symptomer – specielt tomhed og fravær af emotioner – har vist sig endnu mindre responsive over for de eksisterende behandlinger med CBT.

I behandling af PTSD eksisterer en lang række evidensbaserede og værdifulde teknikker, ikke mindst udviklet af den kognitive adfærdsterapi. Teknikker og metoder, der rammer ind og angriber patientens invaliderende symptomer. Herudover peger forskningen på en fokusering på relationer mellem terapeut og patient som ressourceopbyggende og tillidsopbyggende ikke mindst, når patientens smertefulde erindringer og følelser om traumerne dukker op. Tilstedeværelsen af de psykosociale ressourcer er en forudsætning for at anvende de mere kognitive teknikker.

### 5.4.2. Betydningen af patientens psykiske ressourcer

Der er empirisk påvist sammenhæng mellem psykiske ressourcer (målt ved kvaliteten af relationer til nærtstående) og behandlingsudfaldet af en traumefokuseret tilgang til behandling af patienter med kronisk PTSD (341). Her blev det klart påvist, at flere psykosociale ressourcer i form af højere funktionsniveauer for objektrelationer forudsagde udbyttet af en traumefortolkning og traumeeksponerende behandling.

Et studie af Ogrodniczuk et al. (342) og Piper et al. (343) udforskede værdien af fortolkende over for støttende gruppeterapi af personer med komplicerede og langvarige sorgreaktioner. Programmet omfattede 12 ugentlige sessioner á 90 minutter, der blev optaget på video. Både de grupper, der modtog støttende behandling og de, der modtog eksponerende, fortolkende behandling, udviste bedring med hensyn til almen symptomatologi, sorgreaktioner og mål-fokuserede problemområder. Programmet påviste det interessante, at forekomsten af modne objektrelationer af høj kvalitet var nært forbundet med større udbytte af fortolkende og eksponerende behandling. De patienter, der havde færre ressourcer i form af mere primitive, søgende eller kontrollerende relationer, havde mest udbytte af den støttende behandling. Et senere studie (344) viste, at balancen mellem positive og negative affekter under terapi-sessionerne var den vigtigste mediator af denne sammenhæng. Rothschild påpeger den samme sammenhæng: Efter de afklarende samtaler og undersøgelser kan patienter med allerede internaliserede ressourcer (til affektregulering og mentalisering) hurtigt gå i gang med at arbejde direkte med deres traumatiske oplevelser. Over for patienter med færre ressourcer kan det terapeutiske forhold hjælpe patienten med at blive fortrolige med de ressourcer, vedkommende engang har kendt, men har mistet kontakten med på grund af de traumatiske oplevelsers komplekse og overvældende natur. I forhold til de mest ressourcesvage patienter kan det terapeutiske forhold udgøre selve terapien med opbygning af de ressourcer og den modstandskraft, som patienten aldrig har udviklet, og som er en forudsætning for at kunne tage fat på de traumatiske erindringer på en mere direkte måde (345), p.101). Det er bl.a. af disse årsager vigtigt, at PTSD-patienternes ressourcer (i form af niveau for nære objektrelationer og mentaliserings-evne) vurderes, for at den sandsynligt mest virksomme behandling iværksættes fra begyndelsen.

### 5.4.3. Betydningen af patientens symptomkonstellation

Fonagy (80) påpeger, at i stedet for at lede efter effekten af en bestemt teknik over for bestemte problemstillinger ud fra DSM-IV, må vi forsøge, ud over symptomatologien, at identificere de keredysfunktioner, der er forbundet med forstyrrelser. Dernæst må vi empirisk demonstrere disse centrale dysfunktioner. Alene den omstændighed at en PTSD-diagnose ud fra de mange mulige symptomkonstellationer kan fremtræde meget forskelligartet, gør det nærmest umuligt alene at fokusere på én bestemt behandlingseffekt over for én bestemt sygdom, som alene er beskrevet ud fra symptomkonstellationer (346). Efter identifikationen af patienternes centrale dysfunktioner må der etableres en begrebsmæssig forbindelse til den foreslåede behandling. Når denne begrebsmæssige forbindelse mellem patientens centrale problemer og foreslåede



måder at angribe og bedre disse problemer på er etableret, kan en systematisering og manualisering af behandlingen blive tydeligere.

PTSD-patientens centrale kerneproblemer inkluderer omfattende vanskeligheder med regulering af affekt (jfr. også Desnos-kriterierne), mentalisering, psykosociale relationer og samfundsmæssig og kulturel tilpasning. Hertil de førømtalte bredere reaktionsmønstre med eksternalisering og internalisering (og de anaklitiske og introjektive konfigurationsmønstre) (212;218;225). Alt dette ud over symptomplagerne. Disse evidensbaserede studier retter sig især mod problemer med affektregulering, psykosociale relationer og det omfattende symptomkompleks.

Emperien har vist, at der ikke for en nært beslægtet lidelse som BPD (Borderline Personality Disorder), jf. afsnit 4.2.2, er en synderlig sammenhæng mellem symptomreduktion og bedre psykosocial og global funktion. De tilgængelige data indikerer, at behandlingen skal pege ud over symptomlindring og hjælpe patienterne til bedring i kvaliteten af deres daglige sociale liv. Bateman & Fonagy 2008 viser, at skønt patienter efter behandling udviste klare symptomforbedringer, og de fleste endog ikke opfyldte de symptom-baserede diagnosekriterier for BPD, udviste de stadig meget omfattende forringelser i socialfunktion. Dette og flere samstemmende fund rejser spørgsmålet om symptombedring er hovedangrebepunktet og hovedmålet for behandling. Linehan, 1994 fandt, at skønt patienterne i gruppen, der modtog dialektisk adfærdsterapi (DBT), handlede bedre og mere rationelt, så havde de det elendig. De oplevede moderate symptomer og/eller fungerede generelt med nogen vanskelighed, men de levede et liv i stille fortvivelse og social isolation (Linehan, 1994 p.1775). Det står klart, at mentaliseringsbaseret terapi, dialektisk adfærdsterapi m.fl. er i stand til at hjælpe borderline patienter med deres symptomer bedre end ingen behandling. Behandlingerne er derimod langt fra at kunne hjælpe patienterne med opnåelse af et fungerende kærligheds- og arbejdsliv.

Flere longitudinelle studier har kastet lys over virkningsmekanismerne i psykosocial behandling. F.eks. udviste patienterne, der modtog Kernbergs overføringsfokuserede psykoterapi, signifikante positive ændringer i refleksiv funktion (mentaliseringssevne). Som nævnt flere steder anses bedringer i refleksiv funktion med øget affektbevidsthed som en væsentlig virkningsmekanisme i både overføringsfokuseret terapi og mentaliseringsbaseret terapi. De patienter, der modtog dialektisk adfærdsterapi eller psykodynamisk supportativ terapi, udviste ikke ændringer i refleksiv funktionsniveau (347). Meget tyder på, at mentaliseringsniveau kan anskues som en central funktion, der skal fokuseres på i behandling, eftersom forbedringer heri højst sandsynligt vil medføre mere varige bedringer i evnen til affektregulering og i relationelle adoptive funktioner efter behandling (348), jf. også afsnit 5.4.1.

#### *5.4.4. Konsekvenser for behandlingen af kronisk og kompleks PTSD*

I det følgende afsnit vil der i summarisk form blive omtalt behandlingsprogrammer for de PTSD-patienter med færrest ressourcer, som ikke umiddelbart kan profitere af de førømtalte traumefokuserede og traumeeksponerende behandlingsformer. Det drejer sig om patienter med kronisk, kompleks PTSD, med få tilknytningmæssige ressourcer, få sociale relationer

og hertil oftest problemer med livet i eksil (8;221;248). Kombinationen af ustabil emotionsregulering, øget sensitivering i frygtkredsløbene og mindsket mentaliseringsevne kan hurtigt bevirke en forværring i tilstanden, hvis en for hurtig, ekspressiv terapi udelukkende fokuserer på en eksponering af og talen om følelser i forbindelse med de mange og langvarige traumatiske begivenheder. Traumebehandlinger af disse patienter kræver, at behandlerne nøje afbalancerer processering af traumerne – mentalisere i form af at tænke, føle og tale om dem – og det at rumme traumerne (66;221;224;226;235). Den nyeste behandling peger på fire hovedkomponenter i at rumme og bearbejde disse komplekse tilstande:

- 1 Viden om traumer og deres behandling f.eks. gennem psykoedukation
- 2 En klar behandlingsramme og en behandlingsalliance ud fra viden om traumebehandling  
Klare aftaler vedrørende forventninger om patient- og terapeutroller
- 3 Støttende relationer eller et netværk af relationer, hvori konflikter og afbrydelser, i en relation, kan arbejdes med i en anden relation
- 4 Emotionsregulering, smerte- og stresshåndteringsstrategier, som kan anvendes af patienten selv

Der arbejdes altså simultant med klare forventninger og behandlingsrammer og med behandlingsstrategier til regulering af mellemmenneskelige relationer (interaktiv affektregulering: Nedregulering af negativ affekt samt introduktion og opregulering af positiv affekt) samt strategier til regulering af følelser, symptomer, smerter, stress m.v., når patienten er alene (strategier til autoregulering). Alt sammen på basis af viden om traumer og traumebehandling ud fra psykoedukation.

Den tidligere faseorienterede litteratur om PTSD behandling kunne medføre den opfattelse, at værdien af accept og ro bevirker en sikker og tryk tilknytning og emotionsregulering, som en alene forudsætning for traumeprocessering. Allen et al. (2011) og Schore (1995) argumenterer for, at det omvendte også gør sig gældende: Som den udviklingspsykologiske forskning viser, har mentalisering i sig selv værdi, eftersom den fremmer det at se og rumme den anden i form af en sikker tilknytning og emotionsregulering fra behandlerens side. Skønt de fire hovedelementer for at rumme traumerne er vigtige, så er der tale om en synergieffekt: Mentalisering omkring traumerne er den ultimative måde at rumme traumerne på. Det vil sige den samtidige anvendelse af hovedkomponenterne medvirker til et bedre resultat. Tryghed, sikker tilknytning og mentaliseringsevne bygges ikke så meget op ved at være venlig, at dele gode ting og undgå alt det vanskelige. Det bygges ved, at terapeuten kan bevare ro og mentaliseringsevne, når patienten har det sværest i gennemgangen af sit liv, sin flugt og sit eksilliv. Tillid og mentaliseringsevne opbygges fra vellykkede gennemlevelser af svære problemer og negative tilstande med en reguleret og mentaliserende anden. Patienten lærer at klare sig igennem rædsel og smertefulde tilstande gennem nærvær af en affektreguleret behandler (66;110;221;226;349)<sup>40</sup>. Set i dette lys er tryghed og mere sikker tilknytning ikke en forudsætning for traumbearbejdning og mentalisering, men snarere et resultat af en emotionsregulerende og mentaliserende behandling. Herudover har mange patienter gavn af en parallel psykofarmakologisk behandling.

Foa (351) gennemgår den komplekse ændringsproces i retning af det bedre ved kompleks og kronisk PTSD. Hun fremhæver tre hovedkomponenter som centrale for al traumebehandling:

- 1 En vis emotionel kontakt med de traumatiske erindringer
- 2 Opbygning af et sammenhængende narrativ
- 3 En langsom ændring i synet på sig selv og andre i en mere afbalanceret og realistisk retning.

Disse tre komponenter kan anskues fra et mentaliseringsperspektiv: Emotionel kontakt er nødvendig for at reflektere over og mentalisere emotion. Emotionerne må vækkes, vedligeholdes og moduleres for at blive mentaliseret. Et sammenhængende narrativ karakteriserer opløsning af traume. Hvad angår den tredje komponent: Forvrænget mentalisering om sig selv og andre i forbindelse med traumer må korrigeres for at opnå sikker tilknytning (221). Ud over en psykofarmakologisk behandling er praktisk hjælp rettet mod symptombekæmpelse og emotionsregulering evidensbaseret virksom. F.eks. det tidligere omtalte STAIRS-program, programmerne omtalt af Steele m.fl., og det af Linehan udviklede "Dialectical Behavior Therapy Skills Training" (352). Sådanne træningsgrupper fremmer blandt andet det at være opmærksom på følelser, at benævne dem, forstå deres funktion, acceptere og tolerere ubehagelige emotioner og fremme positive emotioner. Lieberman et al. (353) rapporterede i et metodologisk solidt og nyskabende studie, hvordan den mediale præfrontale cortex spiller en rolle i regulering af emotioner. Disse forskere påviste, at affekt etiketering (at sætte ord på et bestemt ansigtsudtryk) forøgede aktiviteten i den højre ventrolaterale præfrontale cortex med en tilsvarende formindsket aktivitet i amygdala og relaterede limbiske områder. Disse resultater stemmer overens med en række tidligere fund (353). Det bemærkelsesværdige er, at bare det at sætte ord på et emotionsladet ansigtsudtryk kan neddæmpe eller afbryde amygdalas dominerende frygtfremkaldende dominans. At sætte følelser på ord, at sætte kognitive, sproglige etiketter på emotioner afbryder amygdalaaktiviteten over for affektive indre og ydre stimuli.

Sådanne programmer (fx Linehan (354)) strækker sig typisk over ca.10 sessioner (f.eks. relationsfærdigheder 10-13 sessioner; at regulere følelser 10-13 sessioner; at holde ud 7 sessioner) med én ugentlig session. Sådanne programmer, der især henvender sig til borderline patienter, skal sandsynligvis til flygtninge med PTSD strækkes over betydelig længere tid. Andre programmer (varighed typisk 2-6 måneder) til styrkelse af autoregulatoriske færdigheder for PTSD omhandler teknikker til regulering af sanse- og kropsoplevelser, impulser, følelser og tanker (jordforbindelse, realitetscheck, billeddannelse, måleredskaber, sikkerhed, selvbevidsthed, søvnstrategier, grænser m.v.) og metoder (kombination af teknikker) til regulering af tanker, autoregulering af impulser, regulering af sanseoplevelser, smertehåndtering m.fl. (fx (355;356)).

---

<sup>40</sup> Se også Wilson & Drozdek (350), kap. 7 & 10.

Allen og medarbejdere har udviklet et mentaliseringsfokuseret psykoedukationsprogram specielt til PTSD-patienter, som kan afvikles på ti sessioner (én session per uge), der på “Menninger-klinikken” i USA med succes er anvendt over for svært traumatiserede patienter i behandling, patienter på venteliste og pårørende. Dette program indeholder hovedpunkter som:

- “Hvad er traume?”
- “Indtrængende symptomer”
- “90/10 reaktionen”
- “Somatisk indvirkning”
- “Identitet”
- “Depression”
- “Surrogat coping”
- “Rekonstruktioner – mønstergentagelser”
- “Medfølelsestræthed” m.fl. (287)

Dette program forekommer specielt relevant for flygtningegruppen med PTSD (Se endvidere (357)).

Et eksempel på interaktiv affektregulerings-programmer til traumebehandling er fra “The Center for Trauma Psychology” i Boston (358). Det er udarbejdet i samarbejde med Columbia University og henvender sig især til børn og unge. Det er et 15 sessioners program (med 2 sessioner per uge) over “PsychoSocial Structured Activity” (PSSA) og hviler på den nyeste udviklingspsykologiske og neurobiologiske viden (359).

## 5.5. Konklusion psykosocial behandling

For at sikre lighed i og lige adgang til behandling på området anbefales som nævnt en ensartet visitation og assessment, og at der ved de specialiserede centre for PTSD behandling indføres ensartede behandlingstilbud, specielt til gruppen af PTSD patienter med kompleks, kronisk PTSD, co-morbide tilstande og en række sociale problemer, eksilproblemer m.v. Denne patientgruppe udgør langt den største på centrene (jf. Sundhedsloven aftalegrundlag). Disse ensartede tilbud kan omfatte behandling, der er evidens for.

Psykoedukationsprogrammer, der indeholder viden om PTSD-sygdommen, dens symptomatologi, forløb, påvirkning af familie m.v, findes. Herudover programmer, indeholder teknikker og metoder til bekæmpelse og evt. accept af PTSD-symptomer – programmer med en gennemgående meningsgivende og stabiliserende mentaliseringsbaseret fokus fx. (221;287). Det anbefales, at disse programmer tilbydes ventelistepatienter og familier. Herudover bredere evidensbaserede psykoedukationelle programmer med fokus på emotioner og affektregulering fx. (354). Til børn og unge er udviklet programmer for struktureret psykosocial aktivitet fx. (358). Sådanne strukturerede programmer foregår typisk i grupper af 3-4 måneders varighed. Disse programmer kan ligge forud for eller delvist parallelt med en psykosocial behandling.

For at sikre lighed i behandlingen anbefales hurtigst mulig 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 behandlingsform blandt de evidensbaserede. 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 (221;360), om skemafokuseret terapi og overføringsfokuseret terapi (361), om dialektisk adfærdsterapi (362) samt eksponeringsterapier for de bedst fungerende, jf. gennemgangen af teknologier og behandlingseffekt (347;348;363).

Et element i en systematisk behandlingsindsats er den kontinuerlige og organisatorisk fastlagte ramme for tilegnelse af eksplicit viden gennem litteratur, undervisning, kurser mv. og denne vidensløbende omsætning til procedural viden og relationelle færdigheder i behandlingssessionerne.

Den eksplicite viden kan systematiseres, tydeliggøres og fokuseres gennem behandlerens jævnlige selvevaluering, gennem udfyldelse af et enkelt skema om terapifokus og en kontinuerlig sammenholdelse af denne eksplicite vurdering med den implicite relationelle viden og færdighed, som den kommer til udtryk gennem videooptagelser af udvalgte sessioner.

Det centrale i anbefalingen er, at behandlingstilbuddene er systematiske, evidensbaserede og ensartede for at sikre den mest effektive behandling og lighed i og lige adgang til behandling af traumatiserede flygtninge med PTSD.

Den foreliggende evidens peger på de (under assessment) nævnte faktorerers betydning for den psykosociale behandling af patienter med PTSD.

Der er evidens for, at patienter med PTSD og gode psykosociale ressourcer bedst profiterer af en eksponeringsfokuseret behandling i forhold til de traumatiske begivenheder, symptomer og relationer i nutiden (jf. blandt andet afsnit 5.4.2). Forskningen peger på, at den gradvise eksponering for de tidligere og nutidige angstfremkaldende stimuli og situationer desensitiverer angsten og reintegrerer den autobiografiske hukommelse (jf. Neuner et al. (283) og Bichescu (284)). Relationsformerne til behandlerne under den gradvise og angstfremkaldende tilnærmelse til de svære ting ser ud til at være en afgørende faktor for behandlingsresultatet. Et forudgående eller parallelt psykoedukativt program (fx Lewis et al. (287)) ser ud til at forstærke behandlingsresultatet. Den eksponeringsbaserede behandling og de anvendte psykoedukative programmer har i den refererede forskning og praksis tidsmæssigt strakt sig over 3-6 måneder (jf. blandt andet afsnit 5.2, 5.4, 5.4.4).

Den foreliggende evidens peger på, at PTSD patienter med kompleks, kronisk PTSD (og ofte flere comorbide tilstande) og med færre eller mellem psykosociale ressourcer vanskeligt eller slet ikke kan profitere af eksponeringsbehandling, der iværksættes for hurtigt. Blandt andet er frafaldet stort, og patienterne har tendens til at dissociere under stress. Forskningen peger på, at mere arousalstabiliserende og psykoedukative, supportative og mentaliseringsbaserede interventioner med et hovedfokus på nutiden og nutidige relationer er mest gavnlige for denne patientgruppe, hvoraf en mindre andel evt. senere vil kunne profitere af en mere eksponerende tilgang. Den nyeste forskning peger på god effekt af mentaliseringsbaseret behandling (246) og en somatisk, kropsorienteret terapi (235;316). Denne patientgruppe ser ud til at være bedst tjent med en kombination af psykoedukationelle programmer, hvoraf nogle direkte retter sig mod bekæmpelse og mestring af PTSD symptomer, og nogle retter sig mod en accept af resistente symptomer (mindfulness programmer) og supportative og mentaliseringsbaserede interventioner med lav traumefokusering. En sekvens af psykoedukative programmer og supportative/mentaliseringsbaseret intervention vil samlet typisk strække sig over 6-18 måneder (jf. afsnit 5.0).

Evidensen i forhold til gruppen med kronisk kompleks PTSD og en eller flere comorbide diagnoser samt 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 og -planer på de specialiserede centre for denne gruppe PTSD-patienter vil typisk vare 3-6 måneder, efterfulgt af en mere permanent kommunal indsats, evt. med hjælp/supervision fra centrene.

Det anbefales endvidere, at de psykoedukative, mentaliseringsbaserede programmer (hvoraf et er kort omtalt her) tilbydes patienter på venteliste, da forskningen entydigt peger på en mere kronisk udvikling, jo længere tid der går. Ud over dette psykoedukative program til venteliste-patienter (af ca. 3 måneders varighed med en til to ugentlige timer) anbefales det, at programmet i vidt omfang tilbydes relevante familiemedlemmer, da den psykosociale støtte og forståelse fra nærtstående er dokumenteret at være en af de allervigtigste faktorer i opbremsning og bedring af PTSD. Familierapi kan i nogle tilfælde være indikeret, især hvor børnene er i fare.

## 5.6. Assessment af PTSD

Til assessment af PTSD-symptomatologi og beskrivelse af de traumatiske begivenheder eksisterer en række vurderingsredskaber (245;301). Heri omtales bl.a. "Global Assessment; Functioning Scale" (GAF); "Hopkins Symptom Checklist-25" (HSCL-25); "Harvard Trauma Questionnaire" (HTQ); "Structural clinical Interview for DSM-IV-TR" (SCID); "General Health Questionnaire" (GHQ); "The Mini Mental State Examination" (MMSE); "Symptom Checklist – 90-R" (SCL-90-R); "Hamilton Rating Scale for Depression" (HAM-D); "Hamilton Rating Scale for Anxiety" (HAMA); "Beck Depression Inventory" (BDI-II); "Diagnostic Interview Schedule for Children" (DISC); "Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children – Present and Lifetime version" (K-SADS-PL); "Strength and Difficulty Questionnaire" (SDQ); "Child Behavior Checklist" (CBCL) og "Youth Self-report" (YSR) m.fl. En nyere rapport fra Center for Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, om HTQ anvendt på "Rehabiliteringscenter for Flygtninge" i Århus (364) konkluderer, at HTQ-R sammen med en klinisk vurdering er et velegnet redskab til symptomscreening af klientgruppen. "Skemaets egnethed som dokumentation af symptomers udvikling er til diskussion. Det kan ikke afvises, at skemaets dokumenterende værdi vil øges betydeligt ved at kombinere det med andre redskaber" (p. 9).

Ud fra den omtalte evidensbaserede forskning vil det udover symptomer på og forudgående begivenheder for PTSD være af afgørende vigtighed i den kliniske vurdering at angive reaktionsmønstre eller -typer, som samler PTSD og de co-morbide tilstande. Disse reaktionsmønstre er af forskningen betegnet internalisering – eksternalisering med introjektive eller anaklitisk konfigurationsmønstre, dissociation, type 1 og dissociation type 2 (se tidligere). Ud over typer er det af stor vigtighed at vurdere patientens psykosociale ressourcer gennem en definerbar og allerede anvendt målemetode.

Patienter med PTSD udviser lavere niveauer for emotions- eller affektbevidsthed sammenlignet med en kontrolgruppe uden PTSD (365). Disse forskere påviste, at patienter med PTSD udviste lavere score på den psykologiske LEAS-test (Level of Emotional Awareness Scale) sammenlignet med kontrolgruppen. Dette studie påviste lavere niveauer for emotionel bevidsthed og emotionel tilpasningsevne hos patienter med PTSD i forhold til ikke psykiatriske kontrolpersoner under hverdags (ikke traumatiske) socialt-emotionelle begivenheder. Dette støtter andre nyere fund af større prævalens af alexithymi<sup>41</sup> karakteristika i populationer med PTSD (366).

LEAS score korrelerede positivt med aktivitet i den ventrale del af gyrus cinguli anterior hos kontrolgruppen under præsentation af et traumemanuskript<sup>42</sup>. Herimod korrelerede LEAS scores negativt med aktivering i den ventrale del af gyrus cinguli anterior hos patienter med PTSD. Dette styrker antagelsen om manglende regulering fra denne struktur over for især amygdala hos patienter med PTSD (jf. figur 8). Der er af Frewen et al. (367) fundet kliniske og neurale korrelater til alexithymi hos PTSD-patienter, der yderligere bekræfter de her nævnte resultater<sup>43</sup>.

Forskningen tyder på, at det bedste generelle mål for psykosocial funktion er mentaliseringsniveau eller niveau for refleksiv funktion (221;368). Det kan derfor anbefales, at dette velbeskrevne og operationaliserede mål anvendes til assessment af psykosociale ressourcer<sup>44</sup>. Herudover veldefinerede angivelser af socialt netværk, relationer til arbejde og af evt. problemer med livet i eksil/kultur.

Der er for nyligt offentliggjort en undersøgelse (369), der peger på, at personer, der har været i nærheden af sprængninger, kan have følgevirkninger heraf i form af hjerneskade, der symptomatologisk helt minder om PTSD-symptomerne. Symptomer som følge af en hjerneskade skal behandles anderledes end de traditionelle PTSD symptomer.

---

<sup>41</sup> Alexithymi: Manglende evne til at aflæse egne og andres følelser. En person med alexithymi karakteristika har således vanskeligt ved at identificere egne og andres følelser og kommunikerer sine følelser. Personens niveau for affektbevidsthed og mentalisering er lav. Hjernestrukturer, der er centrale for affektbevidsthed og mentaliserings-evne er lokaliseret i frontallappernes mediale områder – herunder gyrus cinguli anterior.

<sup>42</sup> Et manuskript indeholdende patientens traumatiske oplevelser ordnede med stigende intensitet som manuskriptet skrider frem. Manuskriptet er udarbejdet ud fra patientens egne oplysninger om de traumatiske begivenheder.

<sup>43</sup> Der er i Danmark et forskningsprojekt, hvor LEAS score undersøges som udtryk for psykosociale ressourcer hos flygtninge med PTSD, der i længere tid har været under udvikling (Sørensen og Berliner, Forskningsprojekt. "Effekt af psykoterapeutisk behandling af traumatiserede torturoverlevende – en sammenligning af to behandlingsmetoders resultater", CETT 2008).

<sup>44</sup> Det kan være vanskeligt kort at definere psykosociale ressourcer. Psykosocial funktion og psykosociale ressourcer defineres her foreløbigt, og i overensstemmelse med forskningen, som patientens evne til kontekst- og situations-relevant affektregulering og kognition (selvregulering). Selvregulering omfatter typen eller mønstret for evnen til autoregulering (når personen er sig selv) og for interaktiv affektregulering (personen i relation til andre) og niveauet for denne reguleringsevne (affektbevidstheds- og mentaliseringsniveau) jf. bl.a. Allen, Bateman, Blatt, Dahlbender, Fonagy, Schore m.fl. i referencelisten. Psykosociale ressourcer (og dermed psykosocial behandling) kan således defineres videnskabeligt og praktisk operationaliseres til brug for assessment af PTSD-patienter. Den her formulerede korte definition foreslås anvendt indtil en bedre og endnu mere operationaliserbar definition bliver formuleret. Relationsmønstre er på videnskabeligt og empirisk grundlag beskrevet og operationaliseret blandt andet af (Blatt (212); Bateman og Fonagy, kap. 6 (368). Relationsniveauer er på videnskabeligt og empirisk grundlag beskrevet og operationaliseret blandt andet af Dahlbender (222); Greenspan (223); Bateman og Fonagy, kap.5 (368).



## 5.7. Konklusion vedr. assessment

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 beskrivelsen af tilstedeværelse, fravær og graden af PTSD-symptomerne og de hyppigste co-morbide tilstande til PTSD. Herudover information om familie- og traumehistorie, tidligere og nuværende livsomstændigheder og relationer, copingevner og social støtte i netværket.

Desuden opføres indikatorer på bredere social interpersonel og beskæftigelsesmæssig funktion. For at kunne differentiere, specificere og målrette behandlingsindsatsen er det specielt vigtigt med en præcis assessment af patientens reaktionsmønster, dissociationstype samt psykosocial funktion og ressourcer. (Se også (235), part II)(224), kap.11) vedrørende assessment af traumatiserede patienter). Det anbefales, at vurderingen af PTSD patienter eksplicit indeholder behandlernes vurdering af ovennævnte faktorer.

For at sikre lighed i og lige adgang til behandling anbefales hurtigst mulig indførelse af ensartet visitation og assessment ved de specialiserede behandlingscentre for PTSD-patienter med eksplicit vurdering af ovennævnte hovedpunkter. Dette vil kræve målrettede kurser, undervisnings- og supervisionsforløb af personalet på centrene.

## 5.8. Psykofarmakologisk behandling

### 5.8.1. Patofysiologi og psykofarmakologisk behandling af PTSD

Forskningen peger på, at PTSD-patienter opfatter eller perciperer en lang række almindelige eller tvetydige stimuli i dagligdags situationer, der har en sensorisk lighed med stimuli fra de traumatiske begivenheder, som truende og farlige. En perciperet trussel, selv om den ikke reelt er til stede i nutiden, kan udløse en fight-flight respons, primær dissociation eller en sekundær dissociation. Definitionerne heraf er omtalt i afsnittet om co-morbiditet til PTSD.

#### Figur 8:

##### Fight-flight respons og PTSD

| Mobiliserende reaktion  |        |
|---|--------|
| Øget noradrenerg aktivitet - locus coeruleus                    | Fight  |
| Øget hjerterytme og respiration                                 |        |
| Øget adrenalin - udvidede pupiller, koldsved, øget muskel tonus |        |
| Øget serotonin  |        |
| Øget acetyloholin   |        |
| Hypervigilitet. Vagtsomhed. Årvågenhed                          | Flight |
| Alarmsrespons   |        |
| Frygt. Rædsel   |        |
| Raseri  |        |
| Mobiliserer kroppen til forsvar. Flygte. Intimidere. Kæmpe      |        |

| Dissociation - Immobiliserende reaktion              |                 |
|--|-----------------|
| Mesolimbisk dopamine - øget                          | Freezing:       |
| Øget GABA  | Accept          |
| Øget mesocortikal dopamine                           |                 |
| Øget niveau af endogene opioider                     |                 |
| Forøget vagusaktivitet. Mindsket hjerterytme         |                 |
| Følelsesløs. Bleg. Slap                              |                 |
| Samarbejder, accepterer "blindt"                     |                 |
| Tidsfornemmelse suspenderet                          |                 |
| Derealisation  |                 |
| Besvime. "Mini" psykose                              | Freezing:       |
| Trække sig væk fra den "ydre" verden (ydre realitet) | Passiv modstand |
| Opmærksomhed mod den indre (subjektive) verden       |                 |
| Mobiliserer kroppen til at skjule sig (kamouflage)   |                 |
| Bevarer "moden" kognition og adfærd                  |                 |

Kilder: Panksepp, 1998 (370); Allen, 2005 (66); Perry, 2006 (89).

De neurale kredsløb, som forarbejder stimuli, der opfattes som truende, centrerer sig om amygdala med dens tovejsforbindelser til hypothalamus, hippocampus, locus coeruleus, raphe kernerne, til de mesolimbiske, mesocortikale og underliggende autonome systemer. Amygdala reguleres og dæmpes hovedsageligt af den mediale del af præfrontal cortex. Hos PTSD-patienter er amygdala aktiveringen dominerende, mens den præfrontale cortikale dæmpning er formindsket (240;240;371).

Fælles for disse reaktionsmønstre er altså en overaktivering af amygdala. Amygdala producerer derfor ureguleret output til en række hjerneområder, der igen medierer hukommelseskonsolidering af emotionsladede begivenheder og orientering i rum og tid (hippocampus), erindringer om emotionelle begivenheder, baggrundstemninger og evnen til at træffe valg (orbitofrontalcortex), evnen til styret opmærksomhed og mentaliseringsevne (gyrus cinguli anterior og højere mediale præfrontale strukturer), autonome og frygtreaktioner (locus coeruleus, thalamus og hypothalamus) og instrumentel undgåelses- eller tilnærmelsesadfærd (dorsal og ventral striatum)(80;371-373). Hos PTSD-patienter er reguleringen af den hyperaktive amygdala forringet, så den dæmpende indflydelse fra den mediale præfrontale cortex (PFC, specielt gyrus cinguli anterior og orbitofrontalcortex) er alvorlig svækket (240;241;374), jf. Figur 1. og 2). Amygdalahyperaktivitet over for traumerelaterede stimuli hos PTSD-patienter er blevet påvist af Liberzon & Phan (375). Krigsveteraner med PTSD udviste forøget blodgennemstrømning i amygdala, mens de forestillede sig kampsituationer, sammenlignet med situationer, hvor de forestillede sig neutrale situationer. Under perciperet trussel modtager amygdala input fra locus coeruleus i hjernestammen – der af Krystal et al. (376) er blevet kaldt hjernens traumecenter – og amygdala vurderer den indkommende information for dens emotionelle eller arousal-baserede indhold. En stadig aktivering af amygdala ved yderligere input fra locus coeruleus kan bevirke en tilstand af frygtbetingning. Den regulerende eller kontrollerende funktion af gyrus cinguli anteriore foregår gennem inhibition af amygdalaaktivering under frygt eller raseri arousal. En manglende hæmning af frygtbetingning fra gyrus cinguli kunne lede til en øget sensitivitet over for indre og ydre traumerelaterede stimuli og situationer (239), jf. figur 9.

Gyrus cinguli anterior kan udøve en dæmpende virkning på amygdala aktivering og derfor udgøre en regulerende mekanisme i udvikling af frygtbetingning i traumatisk stress. Ekstrem eller langvarig arousal input fra hjernestammens locus coeruleus i ubearbejdede traumer kan forringe denne regulerende virkning gennem hæmning fra gyrus cinguli anterior, hvorved der sker en forøgelse af frygtbetingning og traumatisk sensitivering i PTSD.

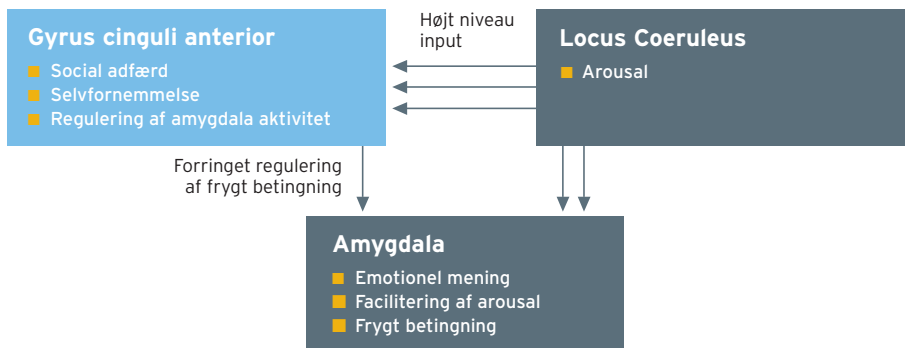
---

\* Dissociation I: Tonisk immobilitet. "Blind" accept. Kaos. Besvime (sammenføjende relationsform).

<sup>46</sup> Dissociation II: Defeat (forlænget tonisk immobilitet). Opgiver at give/modtage "Ubevægelig". (adskillende relationsform).

Figur 9:

### Gyrus cinguli anterioris teoretiske rolle i PTSD



Kilde: Oversat og tegnet efter Scaer, p. 88 (239).

Et konsistent fund hos PTSD-partienter – med billeddannende teknikker (MRI og PET-scanninger) – er mangler i hippocampal struktur og funktion. Bremner et al (377) har således fundet en mangel i hippocampal aktivering og 16% mindre volumen hos kvinder, som havde været seksuelt misbrugt og led af PTSD, i forhold til kvinder, der havde været sammenligneligt seksuelt misbrugt uden at lide af PTSD. Kvinder med seksuelt misbrug og PTSD havde 19% mindre hippocampal volumen målt med PET-scanning, sammenlignet med en tilsvarende gruppe kvinder uden seksuelt misbrug og uden PTSD.

Flere forskere har foreslået en model ud fra de mange neurovidenskabelige undersøgelser med billeddannende teknikker af PTSD. Figur 9 viser, at de centrale PTSD-symptomer er medieret af en dysfunktion i de mediale præfrontale områder, specielt i gyrus cinguli anterior, som bevirker en manglende modulering og inhibition af amygdala-aktivitet og/eller en indbygget lavere amygdala responstærskel/hyperarousal over for frygtfremkaldende stimuli. Overaktivering af amygdala orkestrerer en lang række PTSD-symptomer<sup>47</sup> (377;378).

*“Amygdale hyperresponsivity mediates symptoms of hyperarousal and explains the indelible quality of the emotional memory for the traumatic event; inadequate influence by the anterior cingulate cortex underlies deficits of habituation; and decreased hippocampal function underlies deficits in identifying safe contexts, as well as accompanying explicit difficulties. Further, we propose that in threatening situations, patients with PTSD exhibit an exaggerated reallocation of resources toward regions that mediate fight-and flight responses and away from widespread heteromodal cortical areas as a neural substrate for dissociation” ((379), p. 967).*

Modellen foreslår endvidere, at den øgede amygdala-aktivering medvirker til den førnævnte hippocampusatrofieri som følge af symptomerne på hyperarousal.

Amygdalaoveraktivering medfører en stimulation i locus coeruleus, som aktiverer hypothalamus, der bevirker en aktivering af HPA akse (hypothalamus, hypolyse, binyrebark), som bl.a. medfører øgede cortisolniveauer (stress-hormon), der ser ud til at medvirke til hippocampusatrofieringer (378). (Se også Ballenger et al. (380), Nutt & Malizia (381). I et oversigtsarbejde af Shin et al., 2006 konkluderes det, at der gentagne gange er påvist forøget amygdalaaktivitet ved PTSD i symptomatiske tilstande, men også under bearbejdningen af ikke-traumerelaterede affektinformation. Ydermere er amygdalaresponsiviteten positivt forbundet med PTSD-symptomsværhedsgraden. Shin et al. (382) gennemgår en række fund, der viser en volumemæssig mindre medial præfrontal cortex og en hyperresponsivitet i symptomatiske tilstande og under udførelsen af emotionelle kognitive opgaver hos PTSD-patienter. Responsiviteten i medial præfrontal cortex er omvendt forbundet med PTSD symptomsværhedsgrad (382).

Disinhiberingen af amygdala forårsager en ond cirkel med tilbagevendende frygtbetning, hvor tvetydige stimuli med større sandsynlighed bliver vurderet eller perciperet af patienter som truende. Hjernemekanismen for slukning af sådanne frygt- og rædselsbaserede reaktioner bliver sat ud af spil (det drejer sig specielt om den ventrolaterale del af præfrontal cortex), amygdalakerne bliver sensitiveret med en lavere frygtbaseret reaktionstærskel til følge (240; 374).

Den farmakologiske udfordring er at identificere, hvor og hvordan der kan interveneres for at tøjle amygdala og de corticale og subcorticale følger. I de følgende afsnit vil de adrenerge, HPA, glutaminerge, serotonerge og dopaminerge systemer kort blive omtalt sammen med medikamenternes virkningsmekanismer, der er blevet empirisk undersøgt med henblik på behandling af PTSD.

Det hypothalamiske hormon CRF (Corticotropin-Releasing-Factor) aktiveres af stressfyldte situationer og ved perceptionen af trussel, og det udløser corticotropin (ACTH) fra hypofysen, som dernæst bevirker frigivelsen af cortisol og andre glycocorticoider fra binyrebarken. Denne akse benævnes HPA akse (Hypothalamus-Pituitary-Adrenal). Vietnamveteraner med PTSD har forøgede hvileniveauer af CRF i cerebrospinalvæsken (383;384) og en forøget hypothalamisk udskillelse af CRF (385). Cortisol viser sig at forringe funktionen af præfrontal cortex ved at forøge niveauet af catecholaminer under stress responsen (386;387). Under den stressfyldte "fight – or – flight" respons udskilles cortisol, og høje cortisolniveauer indikerer sædvanligvis en forøget stressrespons. Undersøgelser har vist det interessante, at cortisol hvileniveauet hos PTSD patienter, når de ikke udsættes for stimuli, der minder dem om traumatet, er lavere end hos mennesker uden PTSD (380).

Cortisol nedsætter aktiviteten i den sympatiske del af det autonome nervesystem efter stress. Det lavere cortisolniveau hos PTSD-patienter kunne resultere i en forlænget aktivitet i det sympatiske nervesystem efter stress. Et resultat heraf kunne være, at de lettere udvikler betinget frygt i forhold til stimuli, der kan forbindes med traumatet og efterfølgende udvikler mere kroniske former for PTSD.

Skønt PTSD patienter udviser lave cortisol-hvileniveauer, er andre reaktioner over for stress forøgede, herunder forøget hjerterytm og forøget udskillelse af adrenalin og noradrenalin (380). HPA akse kan være ude af stand til at nedlukke responsen fra det sympatiske nervesystem over for traumer ved at udskille de nødvendige mængder cortisol, hvilket bevirker hjernens overeksponering for bl.a adrenalin og noradrenalin. Denne overeksponering kunne så medføre, at erindringer om traumatiske begivenheder bliver overkonsoliderede og uregulerede i forhold til konteksten (388).

PTSD er karakteriseret ved en forstyrret og overdrejet cyklisk ustabilitet i det autonome nervesystem (239). PTSD er karakteriseret ved det modsatte af homeostase; den bløde og rytmiske autonome vekslen mellem sympatisk og parasympatisk dominans, der karakteriserer optimalt helbred. En af de tilstande, der præcist viser hen til sund homeostase, er den normale respiratoriske sinus arythmi (RSA) eller "heart rate variability" (HRV). Når personen trækker vejret indad, forekommer en lille stigning i hjerterytm, og når personen puster udad, forekommer et lille fald i hjerterytm. Jo højere denne variation er under vejtrækning indad og udad, des sundere er personen. En høj HRV indikerer et sundt autonomt nervesystem, og en lavere HRV korrelerer med mange sygdomme og dødsårsager, specielt kardiovaskulære sygdomme (264;389). Det er derfor ikke overraskende, at personer med PTSD og panikanfald er karakteriseret ved lav HRV, der er et objektivi mål for forstyrrelser i reguleringen af det autonome nervesystem (291-293).

Thayer & Lane (264) påviste empirisk, at formindsket vagusfunktion (bl.a. målt med HRV) er forbundet med en forøget risiko for kardiovaskulær sygdom og død. Denne forbindelse viste sig at være uafhængig af traditionelle risikofaktorer. Yderligere påviste de, at den formindskede vagus funktion er forbundet både med traditionelle og opdukkede risikofaktorer så vel som med modificerbare og ikke modificerbare faktorer. Thayer & Lane påviste desuden, at formindsket vagusfunktion gik forud for udviklingen af en række risikofaktorer, og at modificering af risikoprofil i retning af lavere risiko for kardiovaskulær sygdom er forbundet med øget vagusfunktion bl.a. målt med HRV. Jf. også afsnittet om fysiske konsekvenser af psykisk traume og PTSD (4.4.). En specialudgave af "Biological Psychology" (vol. 74, 2007) omhandler "Cardiac vagal control, emotion, psychopathology, and health" og behandler bl.a. forskelle i vagusregulering hos børn, der har risiko for at få adfærdsproblemer, vold i hjemmet og vagusreaktivitet over for provokationer fra kammerater og emotionsdysregulering (set ud fra den polyvagale teori og udviklingsbaseret psykopatologi) og adfærdsforstyrrelser fra førskolealderen til ungdomsårene. Se også (265).

Denne forskning peger i samme retning som den, der er omtalt i afsnittet om traumer, PTSD og fysisk helbred. For blot ti år siden var en sådan sammenhæng mellem PTSD og alvorlige fysiske sygdomme blot hypoteser uden empirisk støtte (390). Nu er der en hurtigtvoksende empirisk forskning, der belyser disse hypoteser ud fra den eksisterende viden om dysreguleringen af vigtige neurohormonale og immunologiske systemer hos PTSD-patienter. Det er måske derfor ikke overraskende, at disse har højere sygdomsrisiko (249) og højere dødelighed på grund af cancersygdomme og hjertesygdomme (263).

Forskningen indikerer, at reducerede cortisolniveauer hos PTSD patienter i hviletilstand er forbundet med supersensitive glycocorticoide (GC) receptorer (149;391-393). I forhold til PTSD er fundene med akut eller kronisk cortisolforøgelse og/eller GC receptor supersensitivitet blevet brugt til at forklare reduceret corpus callosum blandt traumatiserede børn (147) og reduceret hippocampusvolumen blandt voksne med PTSD (377;385;394). Der er fundet en empirisk sammenhæng mellem reduceret hippocampal volumen og kognitive forringelser hos patienter med PTSD (395). Patienterne fungerede kognitivt bedre, og der skete en forøgelse af hippocampal volumen efter en behandling med antidepressiv medicin.

Hippocampus er en hovedstruktur i eksplicit deklarativ og autobiografisk hukommelse. Hvis den onde cirkel med cortisol og/eller sensitivering af GC-receptorerne svækker hippocampusfunktion, vil dette bl.a. medføre forringet eksplicit hukommelsesfunktion. PTSD patienter har udbredte kognitive og hukommelsesmæssige problemer.

Dyreksperimenter har påvist, at antidepressiv medicin fremmer hippocampal neurogenese og blokerer stresspåvirkningen af hippocampus (fx Malberg (396). Bremner & Vermetten (397) har påvist, at behandlingen med SSRI-præparatet Paroxetin (Seroxat) bevirkede en 5% forøgelse i hippocampal volumen og en 35% forbedring i deklarativ hukommelse bl.a. målt med Wechslers Memory Scale. PTSD-patienterne udviste en signifikant bedring i symptom billedet under Paroxetin-behandlingen. Davidson et al. (398) har gennemført en undersøgelse af Venlafaxins (Efexors) virkning på PTSD-patienter sammenlignet med placebo<sup>48</sup>. De fandt en klar forbedring i forhold til de to hovedsymptomgrupper: genoplevelse (B-symptomer) og undgåelse (C-symptomer), men ikke for den tredje: hyperarousal (D-symptomer). Den påviste effekt af Venlafaxin på PTSD var ud fra 6 måneders behandling med en gennemsnitlig daglig dosis på 221,5 mg.

Forebyggelse af neurotoxicitet kunne ud fra foreliggende få undersøgelsesresultater tænkes opnået ved anvendelse af glutamat-antagonister såsom visse antiepileptiske medikamenter, der gennem blokering af excitatoriske aminosyrevirkninger beskytter neuronerne ved at forhindre giftigt natrium influx, f.eks. Topiramet 200-400 mg. (399). En tilbagedrejning af neurotoxicitet kunne opnås ved behandling, der fremmer neurogenese, ligesom den førnævnte undersøgelse af Bremner og Vermetten (397) tyder på, at SSRI-præparatet Paroxetin er i stand til ved at øge hippocampusvolumen hos patienter med PTSD.

---

<sup>47</sup> Se figur 2 og 3.

<sup>48</sup> Venlafaxins blokerer præsynaptisk genoptagelse af både 5-HT serotonin og noradrenalin.

## 5.8.2. Det Adrenerge system, noradrenalin og PTSD

Omfattende eksperimentelle dyreforsøg indikerer, at centrale noradrenerge neuroner spiller en vigtig rolle i mobiliseringen af stressresponsen (370;400). De tre hovedadrenerge receptorsystemer er involveret i de tidligere omtalte kredsløb for frygtbetning (226;370;374;400). Beta-adrenerg aktivitet og alfa1-adrenerg aktivitet er ifølge disse forskere relateret til invaderende genoplevelses-symptomer til dissociative flashbacks og psykologisk/fysiologisk følsomhed, som fremprovokeres ved eksponering for traumerelaterede stimuli, der er almindelige for PTSD patienter. Postsynaptisk noradrenerg input fremmer aktivering af amygdala. Hertil kommer, at amygdalas projicering til locus coeruleus genererer yderligere adrenerg input, der tilsammen resulterer i en opadgående spiral af adrenerg stimulering (Jf. Figur 5,6 og 7). Alfa2-adrenerge receptorer, som bevirker en præsynaptisk inhibition af catecholaminudskillelse fra amygdala, undertrykker frygtbetning og mindsker konsolideringen af smertefulde emotionelle erindringer (401). Høje niveauer af catecholaminer forringer funktionerne i præfrontal cortex, såvel som dens kapacitet til at inhibere amygdala hyperaktivitet (386). Både alfa1 og betareceptorer ser ud til at påvirke præfrontal aktivitet negativt under stress. Denne negative påvirkning kan modgås med alfa1-adrenerge antagonist som Prazosin (402) og med betaadrenerg-antagonisten Propranolol (403).

Der foreligger kun få studier over antiadrenerg medicin. Der foreligger en randomiseret kontrolleret undersøgelse med alfa1 antagonist Prazosin, der indikerer en nedgang i mareridt og andre PTSD symptomer ved behandling (404). Dosis er 6-10 mg. Kontraindikationer kan være hypotension. I to mindre undersøgelser blev det påvist, at den beta-adrenerge antagonist Propranolol havde gunstig effekt på PTSD-symptomer, herunder invaderende billeder og reaktivitet over for traumerelaterede stimuli (405;406). Propranolol har vist muligheder som et profylaktisk middel mod udvikling af senere (kronisk) PTSD hos akut traumatiserede personer (407-409). Dosis for propranololbehandling ligger mellem 40 og 160 mg, og virker bedst mod B og D symptomer. Kontraindikationer kan være hypotension.

En anden vej vil som nævnt være at forøge den inhibitoriske påvirkning af alfa2 adrenerge receptorer. Resultatet af en sådan behandling forventes at være en reduktion i amygdalaaktivitet og en øget præfrontal funktion – herudover at hæmme stimulation af locus coeruleus og dens sekundære aktivering af andre cortikale og subcortikale strukturer.

Hvis der indgives en alfa2-agonist som f.eks. Clonidin, vil den have den samme virkning som noradrenalin selv. Alfa2-agonisten besætter autoreceptorerne, som nedsætter den neutrale firing og nedsætter udskillelsen af noradrenalin fra de noradrenerge axonterminaler. Alfa2-agonister vil derfor formindske symptomer forbundet med angst (og PTSD), specielt de autonome symptomer som dilaterede pupiller, tachycardi, tremor og sveden (410).

Dyreexperimentel forskning viser, at alfa2-agonister forøger den præfrontale arbejdshukommelsesfunktion (411). Den sparsomme litteratur vedrørende den kliniske effekt af Clonidin og Guanfacin over for PTSD er generelt favorabel (412). Clonidin gives i doser 0,2-0,6 mg og Guanfacin i doser 1-3 mg.



### 5.8.3. Serotoninsystemerne og behandling med antidepressiva mod PTSD

Serotoninsystemet interagerer nært med de adrenerge, HPA, glutamat, GABA og dopamin-systemerne. Glutamat er hjernens vigtigste excitatoriske neurotransmitter. Én type glutamat-receptor spiller en vigtig rolle i frygtbetvingning (413), i udslukning af frygtreaktioner (414) og i neurogenese, produktionen af nye neuroner (415;416). Der er bred eksperimental støtte for glutamats rolle i aktivering af amygdala og i de kognitive vanskeligheder ved PTSD. GABA er hjernens vigtigste inhibitoriske neurotransmitter, der neddæmper stressforårsaget aktivering af amygdala. GABA receptorer i den basolaterale del af amygdala inhiberer glutaminerg excitation. Serotonin forøger denne GABA-erge neddæmpning af amygdala (417), der er en af hovedmekanismerne, gennem hvilken serotonerge medikamenter lindrer både den akutte stressrespons og PTSD-symptomatologien.

De fleste 5-HT serotoninneuroner har deres udspring i to midthjernestrukturer. Det er de dorsale og de mediale raphekerne, der har omfattende forbindelser med de hovedstrukturer, der medierer stressfyldte eller truende stimuli. Voldsom traumatisk stress, HPA aktivitet eller tilstedeværelsen af PTSD symptomer er sammenkædet med nedregulering af de anxiolytiske (angstdæmpende) 5-HT<sub>1A</sub>-receptorer og med opregulering af de anxiogene (angstfremkaldende) 5-HT<sub>2A</sub> receptorer. Som nævnt forekommer en synergistisk interaktion mellem 5-HT<sub>1A</sub> og GABA receptorer i forhold til akut stress og PTSD. Charney (240) og Vermetten & Bremner (241) mener at kunne påvise, at stimulation af 5-HT<sub>1A</sub> receptorer i amygdala potentieter GABA neuroner, som til gengæld modvirker den excitatoriske glutamat transmission, der medierer stressrelateret amygdala aktivering. Deres model peger på tre potentielle amygdalabaserede målområder for en psykofarmakologisk intervention. Den ene er glutamat antagonisme, den anden potentiering af GABA, og den tredje er forøgelse af serotonin neurotransmission.

“Selektive Serotonin Reuptake Inhibitors” (SSRI) har bl.a. af disse grunde været den foretrukne psykofarmakologiske behandling af patienter med PTSD. Dette fremgår af fire uafhængige kliniske vejledninger: American Psychiatric Association (302), Davidson et al.(418), Foa et al.(296) og Veteran Administration /Department of Defence, (419). Sertralin og Paroxetin har opnået de føderale amerikanske myndigheders godkendelse som behandling af PTSD. Multicenter randomiserede og kontrollerede studier af Sertralin (201;420) og af Paroxetin (421;422) har påvist, at begge medikamenter signifikant mindsker PTSD-symptomer i forhold til placebo. Afbrydelsen af SSRI-behandlingen med disse præparater medførte tilbagefald og tilbagevenden af PTSD-symptomerne (423;424). Andre SSRI-præparater har også vist sig effektive over for PTSD symptomer i kontrollerede forsøg. Det drejer sig om Fluxetin (423;425), Fluvoxamin (426;427) samt Citalopram (428). Den føromtaltte undersøgelse af Vermetten m. fl. (395) (Vermetten 2004) var meget opmuntrende, idet en 9-12 måneders behandling med paroxetin af PTSD patienter kunne påvises at påvirke neurogenesen i hippocampus, der volumenmæssigt øgedes med 4,6%, målt med en billeddannende MRI (magnetic resonance imaging) teknik.

SSRI er bedst dokumenteret og er blevet registreret i Lægemiddelstyrelsen i Danmark og kan have effekt på PTSD generelt. Alle undersøgelser er undersøgt primært på akut PTSD; bilulykker, togulykker, vulkanudbrud, voldtægtsramte kvinder. Effekten på gruppen af kronisk, kompleks PTSD-patient er mere tvivlsom.

Ovenstående randomiserede studier peger på, at Paroxetin (10-60 mg), Sertralin (50-200 mg), Fluoxetin (20-80 mg), Citalopram (20-60 mg) og Fluvoxamin (50-300 mg) reducerer B, C og D symptomer og udvirker bred klinisk bedring hos patienter med PTSD. De udgør en effektiv behandling af mange co-morbide tilstande til PTSD: depression, panikanfald, social fobi og OCD (obsessiv – compulsiv forstyrrelse). Herudover udøver de ofte en gunstig virkning på PTSD associerede symptomer: raseri, aggression, impulsivitet og suicidale tanker. Kontraindikationerne er de velkendte (429).

Andre antidepressiva øger den serotonerge aktivitet gennem en dobbelt virkningsmekanisme, der kombinerer SSRI med postsynaptisk 5-HT<sub>2</sub> blokade. Det drejer sig om medikamenterne Nefazodon og Trazodon. Nefazodon er blevet trukket tilbage på det amerikanske marked på grund af levertoxicitet, men blev påvist at have en positiv effekt (der var lige så høj som Sertralins) i en kontrolleret undersøgelse med PTSD patienter (430). Trazodon ser ud til at have en begrænset effekt over for PTSD, hvis det anvendes alene (monoterapi). Men på grund af dets sederende virkning og dets serotonerge virkning anvendes det ofte sammen med SSRI præparater for at modvirke medicininduceret søvnløshed (431). Tradazon doseres daglig med 150-600 mg.

De ældre tricykliske antidepressiva blokerer den præsynaptiske genoptagelse af både 5-HT og noradrenalin. Nogle af de tricykliske antidepressiva udøver primært deres funktion gennem serotonin-genoptag (Amitriptylin), andre virker primært gennem noradrenalin genoptag (Desipramin), mens andre påvirker genoptaget i begge neurotransmittersystemer (Imipramin). Disse medikamenter bevirker en reduceret adrenerg aktivitet i amygdala, præfrontal cortex og locus coeruleus. Randomiserede og kontrollerede kliniske studier med Imipramin har demonstreret symptomreduktion hos patienter med PTSD (432). Det samme for Amitriptylin (433), men ikke for Desipramin (434). Der har ikke været udført kliniske studier for nyligt, formentlig på grund af de nyere antidepressivas bedre bivirkningsprofil og medicinalfirmaernes manglende interesse. En interessant undersøgelse fra 1999 har påvist, at Imipraminbehandling var effektiv til behandling af unge stærkt forbrændte patienter med akut stressforstyrrelse (ASD) (435). Hos voksne er den daglige dosis for Imipramin på 150-300 mg, og det samme for Amitriptylin.

Af nyere antidepressiva har Mirtazapin og Venlafaxin været genstand for forskning i forhold til PTSD. Mirtazapin har både en serotonerg virkning gennem blokade af postsynaptiske 5-HT<sub>2</sub> og 5-HT<sub>3</sub> receptorer og en virkning på præsynaptiske alfa<sub>2</sub>-adrenerge receptorer. I to undersøgelser viste Mirtazapin sig effektiv over for reduktion af PTSD symptomer (436;437). En interessant caserapport af Lewis (438) beskriver Mirtazapin som gavnlige over for traumatiske mareridt og pludselig opvågning med de traumatiske erindringer.

Gruppen, Lewis beretter om, var 300 flygtninge, som tidligere ikke havde kunnet hjælpes med disse problemer med anden medicin. Den daglige dosis for Mirtazapin er 15-45 mg. Venlafaxin blokerer den præsynaptiske genoptagelse af noradrenalin og 5-HT samtidig med, at det har en meget lille evne til at blokere dopamin genoptag. Der er gennemført to store multicenterstudier med Venlafaxin (XR = extended release). Det ene studie varede 12 uger (398), og det andet strakte sig over seks måneder (439). Gruppen, der fik medikamentel behandling, adskilte sig markant fra kontrolgruppen med hensyn til symptomreduktion og modstandsdygtighed over for at kunne klare dagligdagens stress. Den mere langstrakte undersøgelse viste ydermere, at en væsentlig del af patienterne efterhånden efter flere måneder opnåede remission jf. den tidligere omtale af dette studie, hvori der blev anvendt en gennemsnitlig daglig dosis på 221,5 mg. Den terapeutiske dosis ligger mellem 75 og 225 mg. dagligt. Klinikere peger på, at en nyere dual 5-HT og noradrenalin-reuptakehæmmer, Duloxetin, har en gavnlig virkning på PTSD ud over den antidepressive virkning. Duloxetin gives i doser på 60-120 mg.

#### 5.8.4. Antiepileptiske medikamenter og PTSD

Denne medicintype har tiltrukket sig opmærksomhed i behandlingen af PTSD de sidste tyve år blandt andet på grund af dens "antikindling" eller antisensitiverende virkning (431;440; 441). Der er kun udført små sporadiske, ikke-kontrollerede studier, bortset fra et enkelt mindre randomiseret og kontrolleret studie. Det var et studie med Lamotrigin fra 1999 af Hertzberg et al.(442). I de seneste år har viden om antiepileptikas virkning på glutaminerge og GABA-erge systemer vakt ny interesse, fordi påvisninger af disse systemers forstyrrelser hos PTSD-patienter er blevet tydeligere (443). I de senere år er en række nye antiepileptika eller "mood stabilizers" blevet udviklet, hvilket har medført medicinselskabernes interesse i at udforske deres virkning i forhold til PTSD. Alle antiepileptika blokerer sensitivering/kindling, skønt deres specifikke virkningsmekanisme er forskellige og til dels ukendte.

Carbamazepin er en glutamat (AMPA receptortype) antagonist. Det forøger GABA funktionen og blokerer natriumkanalerne i cellemembranerne. Samtidigt undertrykkes adrenerg arousal. Tre studier med veteraner og unge rapporterede om forbedringer i PTSD symptomatologi i impuls kontrol, vrede og voldelig adfærd (444-446). En stor retrospektiv undersøgelse af Viola et al. (447) viste god effekt af Carbamazepin over for PTSD. Case-rapporter med et nærtbeslægtet medikament, Oxcarbazepin har også været positive (448). Rapporterne peger især på effekt over for B og D symptomer og reduktion af impulsivitet, aggression og voldelig adfærd. Den daglige dosis Carbamazepin ligger mellem 400 og 1600 mg. Lamotrigen er det eneste medikament, hvis virkning over for PTSD er blevet undersøgt med et randomiseret, kontrolleret forsøgsdesign. Hertzberg et al. (442) konkluderede en lindring i PTSD for halvdelen af patienterne i Lamotrigen gruppen i modsætning til 25% i placebogruppen. Denne tolkning er blevet udfordret af Berlant (417), der ud fra en genanalyse af de oprindelige data mente, at effekten var mindre. Den daglige dosis for Lamotrigen er 50-400 mg.

Valproat forøger GABA niveauerne i hjernen og forøger GABA receptor sensitiviteten. Dets virkning på PTSD er blevet undersøgt af Berigan & Holzgang (449), Clark et al. (450), Fesler

(451) og Goldberg et al. (452). Disse mindre undersøgelser, sammen med case-rapporter (453;454), tyder på Valproats positive effekt over for PTSD specielt over for C og D symptomer. Daglig dosis 750-1750 mg.

Topiramater undertrykker glutamatfunktionen og forøger GABA aktiviteten og er blevet undersøgt i forhold til 35 PTSD patienter (399). Undersøgelsen fokuserede udelukkende på genoplevelsessymptomer: Mareridt, genoplevelse og flashbacks. I gruppen på 35 personer rapporterede 71% fuldstændig remission i forhold til disse symptomer og 21% delvis forbedring. Der mangler undersøgelser om Topiramats virkning i forhold til hele spektret af PTSD symptomer. Daglig dosis 200-400 mg.

Gabapentin er beskrevet i tre case-rapporter som havende en lindrende virkning i forhold til PTSD symptomer (455-457). Dosis 300-3600 mg.

Tiagabin er beskrevet i tre case-rapporter som virksom over for PTSD (458-460). Tiagabin forøger GABA niveauerne gennem hæmning af optag i gliacellerne. Vedligeholdelsesdosis er 30-50 mg.

En enkelt rapport, som inkluderede fem patienter med PTSD, peger på, at Vigabatin reducerer startle responsen sammen med bedringer over for angst og søvnløshed (461). Dosering 1-3 gr. dagligt.

### 5.8.5. Dopaminsystemet og PTSD

Forøget dopaminudskillelse spiller måske en rolle i PTSD symptomerne hyperarousal, hyper-vigilance/årvågenhed/vagtsomhed og frembringelse af de korte paranoide/psykotiske tilstande, der jævnligt ses hos PTSD-patienter. Der er fundet forøgede dopaminkoncentrationer i urin og plasma i patienter med PTSD (217;462;463). Der er overraskende lidt forskning i forholdet mellem PTSD og dopamin, men der eksisterer en lille og voksende litteratur om gunstige behandlingsresultater med atypiske neuroleptika i forhold til PTSD. De resultater, der foreligger, er ikke desto mindre vigtige, eftersom de er indsamlet blandt patienter med komplekse og kronisk PTSD, der ofte er resistente over for behandling. De ældre typiske neuroleptika, der virker gennem D2 receptorblokkade, er effektive overfor positive, psykotiske symptomer, men har ofte alvorlige bivirkninger – specielt ekstrapyramidale symptomer. De nyere atypiske neuroleptika har to hovedvirkningsmåder: Den traditionelle D2 receptorblokkade og en unik 5-HT<sub>2</sub> receptorantagonisme. Overaktivitet i dopaminsystemet kan derfor dæmpes med de ældre neuroleptika og/eller med de nyere atypiske neuroleptika, der farmakologisk set er serotonin- dopaminantagonister (SDA). Der er et reciprok forhold mellem serotoninfrigivelse og dopaminfrigivelse, således at udløsning af serotonin virker som en bremse på dopaminfrigivelse. De ældre neuroleptika blokerer dopamin i både det mesolimbiske system (der bedrer "positive" psykotiske symptomer) og i det mesocortikale system, hvilket kan forværre de negative symptomer (forringet kognition, passivitet m.v.).

De atypiske neuroleptika formår ofte at bedre de positive symptomer uden i særlig grad at forværre de negative, fordi dopaminfrigivelse vinder tovtrækningen over dopaminblokkade ved serotoninhæmningen med SDA-præparater i det mesocortikale system (410). I PTSD-behandlingen er de atypiske neuroleptika ofte blevet anvendt som et ekstra middel i forhold til patienter, der ikke har responderet positivt over for SSRI eller andre antidepressiva. På trods af sparsom empirisk evidens er disse medikamenter ofte i den kliniske praksis blevet ordineret for at mildne dissociation, vagtsomhed/årvågenhed, paranoia, psykose, hyperarousal, irritabilitet og aggression.

Der findes to randomiserede studier og adskillige case-rapporter om Risperidons virkning på PTSD-patienter, der også modtog anden behandling (464;465). De viste en generel reduktion af PTSD-symptomer, dissociative flashbacks og aggressiv adfærd. Lignende fund er gjort med Quetiapin (466;467). Flere case-rapporter tyder på en gunstig effekt over for PTSD-symptomer hos patienter, der ikke responderede på behandling med SSRI præparater eller anden medicin. Et studie af Stein et al. (468) tyder på god effekt af Olanzapin over for PTSD-symptomer, medens et studie af Butterfield et al. (469) ikke påviste gunstige resultater. Risperidon gives sædvanligvis i doser på 4-16 mg dagligt, Olanzapin 5-20 mg og Quetiapin i doser mellem 50 og 750 mg.

### 5.8.6. *Bivirkningsprofiler samt kulturelle faktorer i forbindelse med medicinering*

Bivirkninger og kontraindikationer ved den psykofarmakologiske behandling fremgår af "Medicinkataloget" under de enkelte præparater. I forhold til den psykofarmakologiske behandling af PTSD skal nævnes en række forhold fra den kliniske erfaring vedrørende bivirkninger, kulturelle og andre forhold.

Generelt reagerer mange patienter med kompleks, kronisk PTSD kraftigt på medicinsk behandling. Det anbefales derfor, at man begynder langsomt med lave doser. Edukation omkring medicinens virkning evt. bivirkninger er speciel vigtig, da mange flygtninge med PTSD ofte fra hjemlandene er uvante med psykofarmakologisk behandling. En nøje opfølgning af indtag af rette dosis, tidsrum m.v. er essentiel, da flere patienter har vanskeligheder med den regelmæssige rytme for medicinindtag. Opmærksomhed over for selvmedicinering, ofte i form af medicin fra hjemlandene (ofte benzodiazepiner, opioider) tilrådes.

De hyppigste bivirkninger hos PTSD-patienter, der behandles med SSRI-præparater, er søvnløshed, rastløshed, kvalme, formindsket appetit, dagsedering, nervøsitet og angst. Herudover seksuel dysfunktion, der ofte er et stort (identitetsmæssigt) problem for mange arabiske mænd, formindsket libido, forsinket orgasme eller manglende evne til orgasme. Hyppige bivirkninger ved de antiadrenerge midler er hypotension, svimmelhed, sløvhed, bradycardi (langsomt hjerteslag), depressionssymptomer, psykomotorisk langsomhed eller bronkospasmer. De anti-epileptiske midler kan forårsage sløvhed, neurologiske symptomer, sedering, tremor, ataksi, svimmelhed og træthed. De atypiske neuroleptika medfører ofte vægtøgning. Risiko for type II diabetes med Olanzapin, jf. Friedman (431) og Ipser et al. (470).

### 5.8.7. Psykosocial behandling af PTSD - interpersonal neurobiologi og neurotransmittere

Locus coeruleus i hjernestammen er som nævnt af Krystal et al. (376) blevet kaldt hjernens traume-center. Locus coeruleus medierer via noradrenalin det sympatiske nervesystems respons over for stress og er den centrale komponent i "fight-or-flight" responsen (se Allen (226) p. 140 ff.). Både noradrenalin (NE), Locus coeruleus (LC)-systemet og det serotoninbaserede (5-HT) Dorsale Raphe Nucleus (DRN) system i hjernestammen har stået centralt i udforskningen af stress, depression og angst. DRN forsyner cortikale og limbiske strukturer med serotonin. I en undersøgelse af Amat et al. (471) blev det påvist, at ukontrollabel stress selektivt aktiverer DRN 5-HT neuronerne. Den intense aktivering af ukontrollabel stress i dette system er en nødvendig og tilstrækkelig forudsætning for indlært hjælpeløshed.

Lignende resultater er rapporteret for LC, og forandringerne i DRN og LC under ukontrollabel stress er muligvis forbundne (471). Det interessante i denne sammenhæng var Amat et al.'s påvisning af, at den ventrale mediale præfrontale cortex (mPFCv) kunne modulere og neddæmpe stress/depression/frygt responsen fra DRN. Amst et al. fremhæver, at krigsveteraner med PTSD udviser forøget amygdala-aktivitet og reduceret mPFCv aktivitet, når de ser kamp-scener, sammenlignet med veteraner uden PTSD, jfr. også den tidligere omtalte undersøgelse af Liberzon & Phan (375). De påpeger, at perciperet kontrol aktiverer mPFCv, der via et serotoninbaseret signal modulerer limbiske- og hjernestammeprocesser. Disse processer er forbundet med ukontrollerbar stress, depression og angst, som det kan ses hos personer med PTSD. Disse fund stemmer overens med Scaer's model i figur 2, 3 & 8, men fremhæver frontalcortex' direkte regulerende indflydelse på serotonin-systemet i hjernestammen. Amat et al. (472) har ydermere kunnet påvise, at tidligere erfaringer med stresskontrol blokerer for adfærdsmæssig og DRN-aktivering over for senere opdukkende ukontrollabel stress, og at mPFCv spiller en afgørende rolle i denne beskyttelsesmekanisme.

En central del i den terapeutiske virkningsmekanisme – uafhængig af terapiteknik – ser ud til at være klientens perception af kontrol over det – for ham – ukontrollable via terapeutens evne til sikker (tryk) autoregulering i den terapeutiske situation. Klientens perception af kontrol huskes (ubevidst) og oplagres i mPFCv, som neddæmper stress-reaktionen fra bl.a. DRN. Amat et al.'s forskningsresultater er i overensstemmelse med mange tidligere eksperimentale-psykologiske fund, som viser, at den betingede ikke-bevidste frygtindlæring ikke slettes af den emotionelle hukommelse ved udslukning af frygt-responsen. Ved udslukning af de ydre angst-manifestationer (f.eks. aktiv avoidance hos dyr) forbliver frygtssystemet næsten ligeså aktivt, som da dyret udviste fuld frygt-angst respons. Frygt-angst systemet er bl.a. beskrevet af Le Doux (473;474) og Panksepp (370;400). Forskellen er en indlært aktivitet i frontallapperne forårsaget af perciperet kontrol og ikke-fare. Den automatiske forbindelse mellem situation og frygt/vagtsomhed bevares, men outputtet fra systemet kan inhiberes af frontallappernes ventromediale og orbitofrontale dele, som bl.a. Amat et al. har vist. (Se også Solms & Turnbull (475), p. 137-139, og Solms (476) for en mere almen behandling af emnet).

Den interpersonelle neurobiologiske forskning har kunnet afdække de dele af hjernen og nogle af de involverede neurotransmittere, der er involveret i psykosocial interaktion (370;400;477; 478). Velreguleret psykosocial aktivitet og interaktion opregulerer en række belønninger og livgivende neurotransmittere (f.eks. Dopamin, endogene opioider, Oxytocin). Ved manglende positive psykosociale relationer øges midlertidigt oxytocinniveauet, der ansporer til social interaktion.

Hvis denne interaktion med et andet menneske lykkes, reduceres stressniveauet, der sker en nedgang i aktiviteten i det sympatiske nervesystem, der er reduceret aktivitet i HPA akse (med mindsket cortisoludskillelse), og de negative dysregulerede emotioner dæmpes. Omvendt, hvis der ingen relationel hjælp er at få, eller hvis den sociale kontakt er negativ, øges stressniveauet, aktiviteten i det sympatiske nervesystem går op, aktiviteten i HPA akse og cortisoludskillelsen øges og de negative dysregulerede emotioner eskalerer (479). Det er påvist empirisk, at evnen til at kunne sætte ord på følelser i en tryk relationel kontekst afbryder amygdalaaktiviteten over for negative affektive stimuli (480). Der er for nyligt blevet fremsat en social kognitiv neurovidenskabelig model for noget så u håndgribeligt som empati (481).

Det at interagere trygt og positivt med andre har en selvstændig neurobiologisk positiv funktion i lindring og bedring af psykiske forstyrrelser og lidelser. En nyere videnskabelig artikel gennemgår neuropeptider og den beskyttende effekt af sociale bånd (482). Knutson & Wimmer (483) beskriver de neurale kredsløb for social evaluering, jf. også den tidligere omtale af psykosociale interaktive programmer for børn, unge og voksne med PTSD (359), og den relationelle affekt fokuserede mentaliseringsbaserede behandling af PTSD (221).

Psykoeduktion, kognition, viden og tænkning er også medvirkende til at kontrollere og regulere følelser (484). Social isolation, som piner mange PTSD-patienter, forårsager samme smerte, som fysiske påvirkninger bevirker. Lieberman & Eisenberger (477) har givet deres oversigt følgende sigende titel: "A pain by any other name (rejection, exclusion, ostracism) still hurts the same: The role of dorsal anterior cingulate cortex in social and physical pain". Dette er selvsagt omtale af spredte, væsentlige og videnskabelige arbejder, men hovedkonklusionen er klar, nemlig at forståelsen af virkningsmekanismerne i psykosociale programmer og interventioner i forhold til behandling af PTSD med den nyeste videnskabelige evidens ikke længere er adskilt fra neurobiologisk forskning eller står i modsætning til den.

## 5.9. Konklusion vedr. psykofarmakologisk behandling

Den foreliggende evidens peger på en synergieffekt mellem de ovennævnte psykosociale behandlingsformer og en optimal psykofarmakologisk behandling. Psykofarmakologisk behandling alene opnår sjældent fuld remission. De omfattende randomiserede og kontrollerede multicenter studier fra USA (udført af "US Food and Drug Administration") har medført en godkendelse af Sertralin og Paroxetin eller andre SSRI – præparater, som indikerede for PTSD-behandling. Præparaterne har vist en remissionsrate på omkring 30%. Dette var vel at mærke PTSD også hos psykosocialt velfungerende. Andre 20% udviste ingen forbedring, medens 50% viste en vis forbedring. De randomiserede kontrollerede multicenter studier viste 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 Sertralin eller Paroxetin. F.eks. tilføjelse af et antiadrenerg middel (f.eks. Propranolol eller Clonidin), et antiepileptisk (f.eks. Carbamazepin, Lamotrigen eller Topiramet), et atypisk antipsykotisk (f.eks. Risperidon eller Olanzapin) eller evt. et typisk neuroleptikum (f.eks. Flupentixol eller Clorprothixen), 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.

## 5.10. Fysioterapi

Den australske guideline for behandling af PTSD har ikke fundet evidens for fysioterapeutiske behandlinger. Der vil i det følgende blive gennemgået nogle få studier med meget sparsom dokumentation for effekten af behandlingerne. Ligeledes er der tale om få af studierne, der inkluderer traumatiserede flygtninge.

I en norsk undersøgelse fra 2006 beskrives forekomsten af kroniske smerter hos stærkt traumatiserede flygtninge. Mulige sammenhænge mellem kronisk smerte, rapporterede traumatiske hændelser, psykosociale faktorer og psykiatrisk symptomatologi bliver analyseret. 72 patienter (40%) blev undersøgt 3-8 år efter udskrivelse fra en norsk poliklinik. Data er fra indtag på poliklinikken og fra semistrukturerede interview ved efterkontrol. Informationerne vedrører traumatiske hændelser, smerter, sociodemografiske data og social støtte. Psykiatrisk symptomatologi blev registreret med Hopkins Symptom Check List (HSCL-25) og Harvard Trauma Questionnaire (HTQ), diagnostisering af posttraumatisk stresslidelse efter Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) og Global vurdering af funktionsevnen (GAF). Vedvarende smerter de sidste seks måneder blev defineret som kroniske smerter.

Resultaterne var, at 47 patienter (65%) rapporterede, at de var plaget af smerter. 34 karakteriserede smerterne som stærke eller meget stærke. Der blev ikke fundet nogen sammenhæng mellem type eller antal traumatiske hændelser og kroniske smerter. Der blev fundet en signifikant sammenhæng mellem stærke kroniske smerter og posttraumatisk stress lidelse, angst og depressionsscore.



Det samme var gældende for global vurdering af funktionsevne og middel/lav social støtte. Der var en signifikant sammenhæng mellem stærke kroniske smerter og hyppighed af konsultationer hos praktiserende læge. Udredning og behandling af kronisk stærke smerter bør inkluderes i rehabiliteringen af traumatiserede flygtninge (485).

Et studie fra 2007 viste monitorering i 9 mdr., personlig designet, multidisciplinær behandling af 21 torturofre (mænd, 20-48 år, hovedsageligt fra Latinamerika eller Mellemøsten), som tidligere har været udsat for fysisk og psykologisk terror. Behandlingseffekten måles vha. fibrositis indeks. Ofrene blev i de 9 mdr. regelmæssigt undersøgt af hhv. en rheumatolog og en psykoterapeut. Alle ofrene fik fysio- og psykoterapi. Ofrenes psykologiske trivsel blev ikke målt. En høj procentdel af torturofrene led af fibromyalgi før behandling. En multidisciplinær behandling, som involverer individualiseret fysioterapi og psykoterapi, havde en signifikant effekt på muskelskeletal smerte hos ofrene. Efter 9 mdr.'s behandling kunne kun et offer klassificeres som lidende af fibromyalgi ud fra fibrositis indekset. Anbefalingerne i studiet er, at behandlere bør undersøge ofrene for myogloblin i blod og urin umiddelbart efter, torturen har fundet sted, for at kunne verificere tortur og dens konsekvenser (486).

S. Amris og K. Prip har arbejdet med at identificere årsager og mekanismer til kroniske smerter samt smertemekanismer ved kroniske muskelsmertesyndromer. Blandt de behandlingsmetoder, de anvender, nævnes "generel kropstræning" og "mobiliserende, styrkende og cirkulationstræning øvelser". Metoderne gennemgås i artiklen.

Behandlingskapaciteten ved centre specialiseret i tværfaglig rehabilitering af torturofre er ikke tilstrækkelig. Konklusionerne er her, at der er et stort behov for disse behandlingstilbud. Der vil også være behov for udvikling af differentierede behandlingsformer, der tager højde for forskelle i behandlingstradition og ressourcemæssig kapacitet mellem de enkelte lande. Viden om de tilgrundliggende patofysiologiske mekanismer bag ofrenes symptomer samt systematisk undersøgelse af effekten af såvel farmakologisk, som nonfarmakologisk smertebehandling bør prioriteres (Kroniske Smerter hos torturofre. Mulige smertemekanismer og behandling, Stine Amris, Karen Prip).

I et historisk kohorte studie blev 221 flygtninge, som tidligere havde været udsat for tortur i deres hjemland, interviewet på Rehabiliterings- og Forskningscenteret for Torturofre, København 1991-94. 139 blev re-interviewet 10 år senere. I et samtidigt kohortestudie blev 69 flygtninge (også tidligere udsat for tortur) interviewet på samme rehabiliteringscenter fra 2001-02. 54 accepterede at blive interviewet igen efter 14 mdr. Interviews i begge studier omhandlede tortureksponering samt tilstedeværende smerte i hoved, ryg og fødder ved studiebegyndelse og ved opfølgning. Op til to årtier efter, at torturen fandt sted, lider ofrene stadig af smerte. Den kulturelle og sociale baggrund synes ikke at påvirke klienternes smertebillede, men det gør den nuværende sociale situation. Torturen i sig selv fremstår som nært sammenhængende med smerte i specifikke kropsområder. Tilstedeværelsen samt niveauet af smerte var uændret til trods for, at omkring 80% af torturoverleverne gennemgik et omfattende tværfagligt behandlingsforløb.

Dette repræsenterer en betydelig udfordring til den fremtidige udvikling af virksomme behandlingsregimer, der skal være videnskabeligt funderede og således inkludere randomiserede, kontrollerede effektstudier (128).

Gunvor Gard har lavet et karakteristisk kvalitativt multipelt case-studie med cross-case analyse<sup>49</sup>. Studiets formål var at identificere faktorer, som er afgørende for en god interaktion mellem fysioterapeuten og patienten med særlig vægt på flygtninge, der har været udsat for tortur. Datagenerering foregik ved interviews med 10 danske og svenske kvindelige fysioterapeuter, som er specialiseret indenfor behandling af torturramte patienter. Disse blev udvalgt ved en formålsbestemt (purposive) udvælgelse – kriteriet var, at de var specialiseret i behandling af torturofre. Resultaterne viste, at afgørende faktorer for en god interaktion mellem fysioterapeut og patient kan samles i to temaer:

**1** Forudsætninger for en god interaktion:

Personlige karakteristika (at vise respekt, være ærlig og fleksibel), professionel og terapeutisk kompetence og støtte (basal terapeutisk kompetence og regelmæssig overvågning og samarbejde), sproglige faktorer (en god tolk og et personligt forhold til tolken), tid (tid til at opbygge tillid og troværdighed), rammer.

**2** Interaktionsfaktorer:

Kulturelle faktorer (at bemærke kulturel og religiøs forskellighed og at acceptere dette), behandlinger skræddersyet til patientens behov (kombinationer af uddannelse, smertereduktion, kropsbevidsthed og stabilitetstræning), at udvikle fortrolighed og tillid, religiøse faktorer (at være følsom overfor overbevisninger, normer og værdier), kapacitet til at håndtere negative emotioner (empati, emotionel feedback og samarbejde). Samtlige af disse punkter anses for at forbedre interaktionen mellem fysioterapeuter og patienter, der har oplevet tortur. Forudsætningerne går forud for faktorerne. The physiotherapy process model er en metode til at beskrive interaktionen mellem fysioterapeuter og patienter (487).

Watson mfl. har gennemført en undersøgelse, hvor de sammenlignede effekten af simple afslapningsinstruktioner kombineret med hhv. dybe vejrtrækninger og thermal biofeedback (i alt 3 grupper af hver 30 personer med forskellige behandlingskombinationer) ved veteraner med PTSD:

**1** Afslapningsinstruktioner

**2** Som 1. + dybe vejrtrækninger

**3** Som 2. + thermal biofeedback

90 mandlige vietnamveteraner, som deltog i mindst 9 ud af 10 individuelle sessioner af 30 minutters varighed, inkluderedes i studiet. De 3 grupper varierede ikke særligt i alder eller uddannelse. PTSD-symptomerne vurderedes med Mississippi Scale for Combat-Related PTSD og PTSD-I og data analyseredes statistisk (variansanalyse). Selve afslapningsinstruktionerne viste sig i mild grad at være terapeutiske, mens dybe vejrtrækninger og thermal biofeedback ikke forårsagede flere forbedringer end simpel afslapning i en stol gør.

Afslapning forekom under sessionerne, men der viste sig ikke den store variation de 3 grupper imellem. Der sås dog forbedringer over tid fra første session til sidste session på enkelte områder, hvilket antyder at afslapningsinstruktioner er moderat terapeutiske overfor patienter med PTSD. Tilføjelserne med dybe vejrtrækninger og thermal biofeedback fejlede begge i forhold til at forbedre resultatet sammenlignet med bare simple instruktioner om at sidde afslappende i en behagelig stol (488).

For patienter med humørsvingninger, somatoforme eller personligheds-forstyrrelser har Gyllensten, Hansson og Ekdahl undersøgt resultatet af Basic Body Awareness Therapy (Basic BAT) tilføjet til sædvanlig behandling sammenlignet med sædvanlig behandling alene. I alt deltog 77 patienter, som blev målt før og efter 12 sessioner. Artiklen indeholder en relativ lang beskrivelse af BATs udvikling og opståen. Resultaterne måles på quality of movement function, bevægelsesadfærd, holdning til krop og bevægelse, self-efficacy, coping-ressourcer og psykiske symptomer.

Inklusionskriterier: kontakt med psykiatrisk outpatient service i regionen Lund i Sverige; at have enten en humørforstyrrelse, somatoform forstyrrelse eller en personlighedsforstyrrelse ift. ICD-10 klassifikationen, samt klage over kropslige symptomer.

Eksklusionskriterier: akut psykose, OSD, at udvise borderline personlighed, alkohol- eller stofmisbrug eller anoreksi som primær diagnose. Deltagerne blev tilfældigt tildelt enten BAT + sædvanlig behandling eller sædvanlig behandling alene (standardized randomization).

Patienterne blev vurderet ved start, efter 3, 6, 9 og 12 måneder, altså i alt 5 gange. Artiklen her fokuserer dog på resultaterne efter de 3 måneder. Der var ingen forskel på køn, alder, psykiatrisk diagnose eller vurdering mellem de to grupper ved start. Data analyseredes statistisk. Patienter, som modtog Basic BAT sædvanlig behandling, viste signifikante forbedringer i forhold til quality of movements målt på skalaen BAS-H og forbedringer i psykiske symptomer og holdninger til krop og bevægelse målt ved BAS-interview sammenlignet med patienter, som udelukkende modtog sædvanlig behandling. En signifikant forbedring sås også i forhold til self-efficacy, fysiske coping-ressourcer og søvn hos gruppen, der modtog Basic BAT + sædvanlig behandling sammenlignet med de, der kun modtog sædvanlig behandling (489).

Resultaterne tyder på, at Basic BAT som tillæg til sædvanlig behandling indenfor en relativ kort interventionsperiode forbedrer kropsbevidstheden og holdningen til kroppen såvel som self-efficacy, søvn og fysiske coping-ressourcer sammenlignet med sædvanlig behandling.

Følgende bedringer sås hos gruppen, der udover sædvanlig behandling også modtog Basic BAT: Kropslig stabilitet, vitalitet og balance synlig; koordination af og frihed i vejrtrækningen; vejrtrækningsbevægelsernes evne til at trænge gennem kroppen uhindret af muskelspændinger eller blokader; større kropsharmoni, reduceret muskelspænding, friere vejrtrækning og bedret balance; bevægelsesadfærden og integrering af vejrtrækning i aktiviteter forbedres, reducerede psykiske symptomer og bedret holdning til kroppen; bedret fysisk coping; højnet self-efficacy og tro på egen evne til at håndtere forskellige situationer.

Eftersom grupperne var ens grundet den randomiserede procedure, kan det positive resultat for BAT-gruppen sandsynligvis tilskrives behandlingen med Basic BAT (489).

Eva-Britt Malmgren-Olsson, Inga-Britt Bränholm Undersøgelsen er et kvasi-eksperimentelt kontrolleret komparativt outcome-studie. Formålet med undersøgelsen er at sammenligne effekterne af Body Awareness Therapy (BAT), Feldenkrais metoden (FK) og konventionel fysioterapi på ændringer i health-related quality of life (HRQL), self-efficacy og sense of coherence (SOC) hos patienter med uspecifikke musculoskeletale forstyrrelser. Et andet formål er at undersøge sammenhængen mellem SOC, HRQL og self-efficacy, og om SOC kunne være en forudsiger for behandlingsresultatet. 78 patienter rekrutteredes til 3 behandlingsgrupper, og i alt deltog 71 patienter. Inklusionskriterierne var, at patienterne var født i Skandinavien og havde haft uspecifikke musculoskeletale forstyrrelser i mere end 3 måneder. Der var ingen forskel grupperne imellem, hvad angår alder, uddannelsesniveau, ægteskabelig stilling og erhvervsmæssig situation.

HRQL og self-efficacy blev målt tre gange – før interventionen, efter 6 måneder og efter 1 år. SOC blev målt to gange, før interventionen og efter 1 år. Vurderingsinstrumenter: SF-36, 20-items Arthritis Self-efficacy Scale og 29-item spørgeskema (Antonovsky). Data analyseres statistisk. Resultaterne viser, at BAT og FK nåede større effektstørrelser end den konventionelle behandling. Disse to grupper oplevede også bedret self-efficacy, hvad angår smerte, og forblev stabile, mens gruppen med den konventionelle behandling forværredes ved måling efter 1 år.

Der var signifikante korrelationer mellem de mentale dimensioner af SF-36 og SOC, hvilket indikerer, at instrumenterne måske måler aspekter af det samme globale begreb. Selvom der kun var små signifikante forskelle mellem de tre behandlingsgrupper, tyder resultaterne på, at BAT og FK bedrer HRQL og self-efficacy i forhold til smerte sammenlignet med konventionel behandling. SOC synes at være et stabilt mål over tid. Ved sammenligning af initiale symptomer i de 3 grupper, fandtes der ved undersøgelsens start ingen signifikant forskel mellem grupperne – dog havde gruppen med konventionel behandling en smule flere musculoskeletale forstyrrelser og af længere varighed.

Generelt viste BAT og FK de største forbedringer mellem første og anden måling.

Konventionel behandling viste ikke de samme gradvise forbedringer over tid som BAT og FK gjorde (490).

---

<sup>49</sup> Dataindsamlingen foregik ved 1:1 interviews og 3 forskellige indsamlingsteknikker anvendtes: multipel sorterings-teknik, "exemplar" og en semistruktureret interviewguide. Interviewene analyseredes vha. content analysis i følgende trin:

1. Interviewene blev læst på tværs af cases, for at få en overordnet forståelse.
2. Meningsbærende enheder, som var svar på forskningsspørgsmålet, identificeredes.
3. De meningsbærende enheder kategoriseredes. Kategoriseringerne dannede baggrund for temaer

## 5.11. Konklusion vedr. fysioterapi

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

Et konkret eksempel på fysioterapibehandling, der viser positiv effekt på patientgruppen, er BAT. Her tyder resultaterne på, at Basic BAT som tillæg til sædvanlig behandling indenfor en relativ kort interventionsperiode forbedrer kropsbevidstheden og holdningen til kroppen såvel som self-efficacy, søvn og fysiske coping-ressourcer sammenlignet med sædvanlig behandling. Der er positive resultater forbundet med at intervenere tidligt i forhold til det tidspunkt, 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.

## 5.12. Psykosocial rehabilitering

Hverken den australske eller den engelske guideline for behandling af PTSD (5;12) har fundet nogle betydelige studier af effekten af psykosocial rehabilitering. Den smule viden om psykosocial rehabilitering, der beskrives i de respektive guidelines, reflekterer derfor ekspertudsagn og en pragmatisk tilgang til psykosocial rehabilitering i manglen på klinisk evidens på området. Som det nævnes i patientafsnittet (afsnit 7.0.), er den psykosociale, rehabiliterende intervention dog ikke uden betydning for patienterne.

Som bekendt er flygtninge i kraft af deres oplevelser i større risiko for at udvikle PTSD end normalbefolkningen, evt. i forbindelse med samtidig tilstedeværelse af co-morbide tilstande. Hvordan dette udtrykkes hos traumatiserede flygtninge, skal ses i relation til kulturelle og sproglige faktorer, samt hvilke opfattelser og overbevisninger personen har til specialiseret behandling og øvrige sundhedsydelse. Disse faktorer vil samtidigt have betydning for, hvordan en behandlingsindsats (kan) gribes an (12).

I det psykosociale arbejde med traumatiserede flygtninge er der, ud over patienternes kliniske status, ofte en række presserende sociale problemstillinger, der skal varetages, før traumefokuseret terapi kan påbegyndes og/eller sideløbende med. Psykosociale, rehabiliterende interventioner er designet til at fremme personens integration, socialisering og funktion i samfundet, frem for at lindre symptomer, og kan bistå patienten i at kompensere for de negative effekter af social funktionsnedsættelse, der ofte ses i kølvandet på kronisk eller kompleks PTSD. Fx manglende evner til at varetage et arbejde og forsørge sig selv eller familien, risikoadfærd, social isolation og inaktivitet og lignende. Psykosocial rehabilitering inkluderer interventioner som familiestøtte (herunder psykoekudation til familiemedlemmer), jobtræning, boliganvisning m.m. (5).

Litteraturstudiet og efterfølgende håndøgning i forbindelse med denne MTV har identificeret få studier med relevans for psykosocial rehabilitering, som beskrives nedenfor.

Forholdet mellem traumatisering hos voksne og risikoen for manglende evne til tilknytning hos deres børn er tidligere beskrevet i teknologiafsnittet. På baggrund af viden om nedsat psykosocial og adfærdsmæssig tilpasning hos flygtningebørn og unge med en historie af krigsoplevelser og -traumer iværksattes en 12-ugers multidisciplinær, ressourceorienteret psykosocial intervention mhp. at reducere emotionel stress og at forbedre psykosocial funktion (491).

Forsøgsgruppen var ti Kosovo-flygtninge mellem 10-16 år, rekrutteret fra et flygtningecenter i Tyskland. Evalueringen havde design af en præ-/post test uden kontrolgruppe, hvor seks af forsøgspersonerne opfyldte kriterierne for PTSD ved baseline. Interventionen bestod af elementer af både psykoedukation, familierapi, kreativ terapi, traumefokuseret terapi m.m. Ni ud af ti børn havde forbedret psykosocial funktion efter interventionen. PTSD-, angst- og depressive symptomer blev reduceret signifikant, mens raten af PTSD diagnosen blandt patienterne blev halveret<sup>50</sup>. Antallet af patienter med PTSD med samtidig co-morbiditet og voldsom traumehistorie forblev uændret. Forfatterne konkluderer, at målrettet psykosocial intervention rettet mod traumatiserede flygtningebørn og -unge kan medvirke til at reducere deres psykiatriske følgevirkninger af traumatisering, undtaget gruppen af stærkt traumatiserede patienter med et komplekst symptombillede.

Ligeledes har interventioner sigtet mod øget empowerment hos namibiske torturoverlevende i Sydafrika vist sig effektivt i forhold til at forbedre deres personlige formåen og relationelle færdigheder, men ikke i forhold til at reducere emotionel stress og psykologiske følgevirkninger af tortur eller fysisk helbred og funktion (492).

En evaluering af et psykosocialt rehabiliteringsprogram sammenlignede scorer opnået ved en stikprøve på 38 torturofre før og efter modtagelsen af services. Der måles på angst, depression og PT. Centrets observationer afslører, at tortur fører til indlæringsvanskeligheder og hukommelsessvigt hos mange ofre. Centeret afholder gruppearrangementer for kvindelige klienter og familier til torturramte overlevende. Disse gruppesessioner har vist sig at være meget terapeutiske over for disse kvinder. Undersøgelsen konkluderede, at konsistente fald i angst, depression og PTSD efter behandling på centeret viser, at hjælp til torturofre er meget effektivt til lindring af deres smerter og lidelser (493).

---

<sup>50</sup> I absolutte tal svarer dette til, at tre patienter ikke længere opfyldte kriterierne for PTSD efter interventionen.

En evalueringsrapport er foretaget på baggrund af undersøgelser af dokumenter vedr. tortur-rehabiliteringsprogrammer, case-studier i Nepal og Peru og interviews med nøglepersoner i England og København. Under feltarbejdet i Nepal og Peru interviewedes ansvarlige for projekterne, ansatte og modtagere. Repræsentanter fra lokale og internationale organisationer blev også interviewet. Lederne af centrene så resultater og fik mulighed for at kommentere disse, inden de blev forelagt EC.

- Der er ingen indikation på, at forebyggelsesaktiviteter forringer rehabilitering.
- Generelt har forebyggelsesaktiviteter en gavnlig effekt.
- Imidlertid kan forebyggelsesaktiviteter i konflikt udsætte både klienter og forsørgere i fare.
- De væsentligste lokale menneskerettighedsorganisationer respekterer de besøgte centre for deres bidrag til forebyggelsen af tortur.
- Størstedelen af centrene bruger kvantitative indikatorer til måling af effekten af deres rehabiliterings- og forebyggelsesaktiviteter.
- Effekten af rehabilitering på centrenes forebyggelsesaktiviteter varierer fra at være direkte til indirekte.
- Der lader til at være en generel tendens til at fokusere mere på forebyggelse af tortur.
- Styrken af et rehabiliteringscenter i forhold til forebyggelsen af tortur afhænger af den kontekstuelle situation. Generelt vil mulighederne og effekten af forebyggelsesaktiviteter være størst i en post-konflikt-situation, ved et center, som fokuserer på den primære og sekundære forebyggelse af tortur, som defineret i folkesundhedstermer.
- Jo mere specialiseret et rehabiliteringscenter er, desto mindre sandsynligt er det, at det bidrager til forebyggelsen af tortur.
- I konflikt- og post-konflikt-situationer tilvejebringer regeringer generelt (af flere årsager) ikke midler til reparation. Alternative, lokalt tilgængelige, finansieringskilder er for det meste knappe.

Ifølge EC-direktiver bør medlemsstater tage ansvar for nødvendig medicinsk behandling og anden assistance til torturofre (Evaluation Report. Torture Rehabilitation Centres. Final Report, Loes H. M. van Willigen, Inger Agger, Tutty Barandiarán, Prakash Khanal).

Af terapeutiske metoder til behandling af traumatiserede flygtninge findes mindfulness-terapi, der fokuserer på en grundlæggende ændring af patientens relation til egne tanker, følelser og fysiske fornemmelser. Målet med denne terapi er således at give patienterne en større grad af mental frihed til at reagere konstruktivt, når de oplever forstyrrende tanker, følelser og situationer. Udgangspunktet for denne behandlingsmetode er, at man, i stedet for at bekæmpe og ændre forstyrrede tanker, skal acceptere dem som en del af tilværelsen og derigennem forsøge at ændre sin livsvej til det bedre. Man skal med andre ord forholde sig anderledes til de tanker, følelser og kropslige fornemmelser, der huserer hos de traumatiserede flygtninge.

Det springende punkt indenfor mindfulness-terapi er, at psykisk sundhed og velvære ikke er afhængig af tankernes indhold, men af selve forholdet til tankerne.

Derfor gælder terapien om at træne relationen til og håndteringen af tanker og følelserne: “Mindfulness betyder, at man er opmærksom på en særlig måde: med vilje, i nuet og uden at bedømme”. Patienterne skal således beskrive bevidsthedsindholdet lige nu og her – uden at vurdere det – alt sammen for at lære, at reagere konstruktivt, når de oplever forstyrrende tanker og følelser (295).

### 5.13. Konklusion vedr. psykosocial rehabilitering

Effekten af mindfulness-terapien viser sig ved, at patienten forbedrer sin evne til at “rumme” sine forstyrrende følelser og tanker. Denne større rummelighed bevirker, at de ikke opleves så smertefulde, og at man ikke føler så stor trang til at reagere på dem. Igennem mindfulness-terapien bliver patienterne bedre til at opdage negative forstyrrelser, før symptomerne vokser sig for store (494).

Forskningen understøtter, at mindfulness-terapi er en virksom behandlingsform. En meta-analyse af 20 forskningsprojekter viste, at Mindfulness-based stress reduction (MBSR) har en signifikant positiv virkning på psyke og krop – både i forhold til behandling af egentlige sygdomme, men også i forhold til forøgelse af generel følelsesmæssig og fysisk velvære (495).

Mindfulness terapien skal i lighed med de øvrige behandlingsteknologier ses i forhold til patientens psykosociale ressourcer og funktionsniveau.





# 6. Organisationen

## Indledning

Dette kapitel omhandler organisationsperspektivet. Kapitlet indledes med en overordnet beskrivelse af grundlæggende organisatoriske begreber set i relation til organiseringen af specialiserede behandlingscentre. Herefter følger en karakteristik af det ideelle behandlingscenter samt opbygningen af et ideelt behandlingscenter.

Studier, der har undersøgt organisatoriske forhold ved behandlingscentre, der er fundet i søgningen, gennemgås mhp. evidens. Hvert større delafsnit afsluttes med en opsummering, der til slut sammenfattes til en samlet konklusion.

## 6.1. Organisering af behandlingen og rehabiliteringen af PTSD

### 6.1.1. *Organisering af specialiserede behandlingscentre*

Et specialiseret behandlingscenter er først og fremmest en målrettet, social enhed bestående af personer, der arbejder for at tilvejebringe essentielle organisatoriske og interpersonelle patientorienterede samt arbejdsrelaterede funktioner til traumeoverlevende. Organiseringen af specialiserede behandlingscentre vil i høj grad basere sig på Williams og Nurmi's omfattende studier og erfaringer med organisering af specialiserede behandlingscentre både i USA og internationalt (10).

Enhvert omfattende behandlingscenter har strukturelle og kontekstuelle dimensioner. Centrets strukturelle dimensioner inkluderer fx nedskreven dokumentation af procedurer, politikker, manualer, undervisningsplan, brochurer, regler og andet materiale samt specialisering af opgaver og standardisering af arbejdsaktiviteter m.m. Kontekstuelle dimensioner inkluderer størrelsen (antallet af ansatte), teknologier (f.eks. terapi og rådgivning), miljøer uden for centerets faktiske grænser og centrets mål.

Når behandlingscentret står overfor en opgave, der involverer håndtering af politisk følsomme patientgrupper, som fx flygtninge og torturoverlevende, må centret være politisk opmærksom. Der er mange interessegrupper, som enten ønsker eller er imod, at disse følsomme grupper bringes frem i offentlighedens søgelys. Det politiske miljø, hvori centret må fungere, søge midler eller udnytte knappe ressourcer, såvel som politiske interesser påvirker, hvordan ressourcer fordeles, mål fastsættes og beslutninger tages. Noget af personalet såvel som ledelsen på centret må være bevidste om de politiske beslutningsprocesser. Denne bevidsthed betyder, at de må have eller udvikle politiske færdigheder.

Hvis et center skal være effektivt, må det støttes af andre, og de, der sidder med magten udenfor organisationen, må bakke op med støtte og indflydelse. Det er også vigtigt, ud fra et politisk synspunkt, at være i stand til at kunne forhandle med de magtfulde, når der er behov herfor.

Ideelt set tilvejebringer behandlingscentret undervisning/træning til grupper eller individer inden for deres lokalsamfund eller endda til personer fra andre miljøer og kulturer.

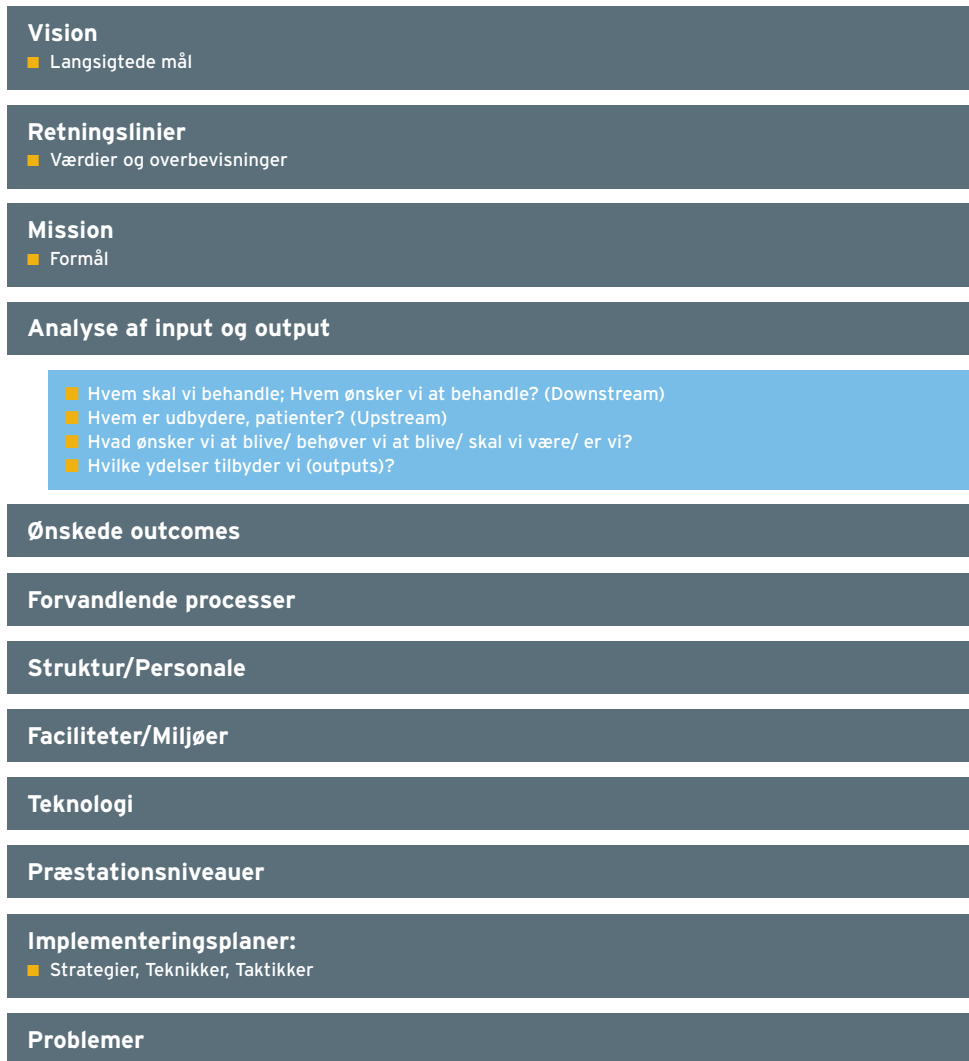
Denne undervisning/træning er baseret på kompetencer. Undervisningen er baseret på de aspekter af viden, holdninger, færdigheder, aktiviteter, evner og adfærd, som relaterer sig til effektiv udførelse. Den begynder med en stærk teoretisk orientering, der tager højde for den massive vækst i information og viden, som for tiden foregår indenfor traumeområdet. Undervisning tilvejebringer umiddelbar erfaring, information og er designet til at stemme overens med patienternes profiler.

Et specialiseret behandlingscenter er kun effektivt så længe, det opfylder sine mål; designer interventioner og programmer, som passer med dets værdisystem; udbreder passende information til patienter, offentligheden og finansieringskilder, samt afpasser sine interventioner på en tidsmæssigt passende måde.

Et succesfuldt behandlingscenter må have klare retninger, et kompetent opgavedesign, deltagende ledelse og målsætning, fokus på maksimering af menneskelig kapital, konsistens hvad angår formålet, kongruens i forhold til missionen samt fælles værdier. Hvis et behandlingscenter ikke kan karakteriseres som produktivt, vil det ikke overleve. Produktivitet indenfor et behandlingscenter måles kvantitativt gennem statistikker og kvalitativt gennem patienternes selvrapportering, hvilket kan bruges til at validere nødvendigheden af centrets eksistens. For at være succesfuldt må et behandlingscenter altså udgøres af en lang række vigtige komponenter. Disse er oplistet i figuren på næste side (jf. figur 10).

Figur 10:

## Det specialiserede behandlingscenters komponenter



Kilde: Oversat og udviklet efter Williams & Nurmi (10).

Behandlingscentrets organisatoriske vision inkluderer dets langsigtede mål. En fælles organisatorisk vision er en stærk energikilde, som giver form til ideer i forhold til, hvad et specialiseret behandlingscenter forsøger at opnå. En anden vigtig del af enhver organisation er dets værdier og filosofi. Filosofien rummer organisationens formål og eksistensgrundlag.

Før et center kan karakteriseres som værende succesfuldt, må der på tværs af personalet være enighed om disse kerneelementer i organisationen – er dette ikke tilfældet, kan samarbejdet blive svært, hvis ikke umuligt.

En missionserklæring er en kort angivelse af organisationens mål. Missionserklæringen<sup>51</sup> favner organisationens vision og fungerer som et retningspunkt ved beslutningstagen om struktur, magt og ressourceforbrug. En af de vigtigste opgaver for en organisation er at udvikle en missionserklæring, som er klar. Ideelt udvikles denne af hele organisationens personale i fællesskab, hvorved alle kan støtte og efterleve erklæringen.

Målet begrundet centerets eksistens. Selvom mål kan ændre sig over tid, fungerer de også som mål for organisationens legitimitet for de udenforstående. De fungerer som anvisninger for organisationens personale og guider deres arbejde ved beslutningstagning. De tilvejebringer også standarder for assessment af præstationer (Hvor mange patienter er blevet behandlet? Hvor mange problemer er løst? Hvor mange afhøringer er gennemført?). Et specialiseret behandlingscenter er effektivt i den grad, det opnår disse og andre officielle, operative samt præstations mål.

En organisationskultur inkluderer de fælles måder, hvorpå der tænkes, handles og troes blandt medlemmerne i organisationen; det er de basale antagelser, fælles værdier (hvad er vigtigt) samt de kausale og normative overbevisninger (hvordan ting virker), som guider organisationens adfærd. Behandlingscentret eksisterer inden for rammerne af en specifik kulturel kontekst, hvorfor kulturelle faktorer må tages med i overvejelserne, hvad angår udvikling, ledelse og udførelse af behandlingscentrets mission. En organisation har mindst fire indre kulturer<sup>52</sup>, som – når de kombineres – repræsenterer organisationens karakter eller personlighed.

Organisationskulturen er mere effektiv, når den støtter organisationens mission. Mens kultur definerer, hvordan et medlem bør opføre sig i en organisation, inkluderer klimaet, hvad der faktisk sker i organisationen, og hvordan det føles at være medlem af denne. Klima er organisationens psykologiske atmosfære eller tilstand, som både er et resultat af, men også bestemmende for, individers adfærd inden for centret. Beskrivelser af klima er yderst subjektive. Klima påvirkes i høj grad af organisatoriske omstændigheder og inkluderer graden af moral, niveauet af stress, omfanget af sekundær traumatisering eller udmattelse hos personalet såvel som omfanget af tillid personalet imellem og imellem personalet og patienterne, lokalsamfundet og andre organisationer.

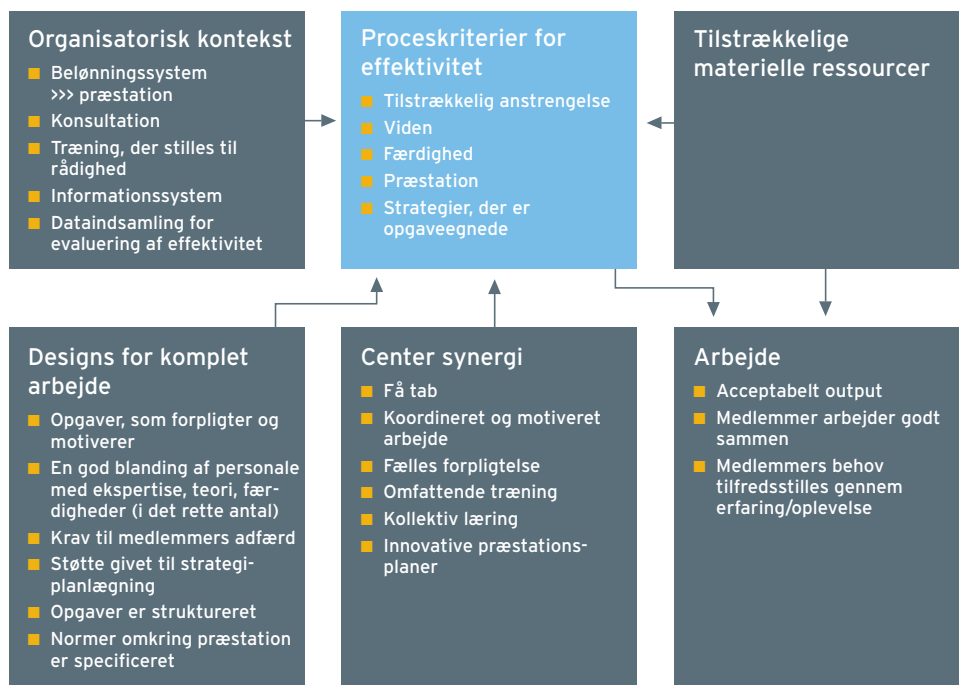
Meget af arbejdet på et specialiseret behandlingscenter udføres i højere grad af teams end isolede individer. Disse teams har en tendens til at have fælles mål eller begrundelser for at arbejde sammen, er indbyrdes afhængige i deres arbejdsforhold, er engageret i gruppeindsatsen og er ansvarlige som teams over for personer med autoritet. Teammedlemmer må samarbejde og være såvel fysisk som emotionelt tilstede ved teammøder. Gennem samarbejde arbejder teams med problemorienterede løsninger på en fleksibel måde – også i samarbejde med andre organisationer. Mange faktorer enten bidrager til eller spænder ben for dette samarbejde.

Det kan f.eks. være organisationens teoretiske orientering, mission, metoder, værdier, retningslinjer og procedurer samt eksistensen og kvaliteten af mellemorganisatoriske serviceaftaler eller tilknytningsaftaler, en fortid med anspændthed og konflikt organisationer imellem og medarbejderes individuelle karakteristika. Eftersom teammedlemmer arbejder sammen, er det vigtigt, at de er bevidste om og påpasselige overfor hinandens følelser, overbevisninger og positioner. Arbejdsteams er mest effektive, hvis deres medlemmer arbejder mod løsning af opgaverne på en indbyrdes afhængig måde. Således er samarbejde mellem professionelle bedst, når teammedlemmer eller organisationer har fælles værdier omkring interventionsstrategier, respekt for hinandens værdier, roller og ekspertise; administrativ støtte; etablerede procedurer, som støtter samarbejdet (fortrolighed, videndeling); og serviceplaner eller tilknytningsaftaler, som ligeledes bakker op om samarbejdet<sup>53</sup>.

Ethvert center har en struktur, der kan være både formelt erklæret og uformelt implementeret, samt en strategi for arbejdet. Strukturen afgør, hvordan jobs designs for at opnå en højere præstation og større organisatorisk effektivitet (jf. figur 11 nedenfor). Indholdet af strukturen skitserer behandlingscenterets funktioner, metoder, teknikker, data, anliggender og services, mens dens kontekst inkluderer de fysiske krav og arbejdsbetingelser såvel som vilkår for ansvarlighed. Arbejdsbetingelser (inklusive minimale kvalifikationer) og arbejdsdesigns (rækken og antallet af opgaver) er således en del af strukturens kontekst.

Figur 11:

### Model for organisering af arbejdet på et behandlingscenter



Kilde: Oversat og udviklet efter Williams & Nurmi (10).

Centerstrategien definerer, hvordan arbejdet udføres. Den inkluderer funktionelle aspekter vedrørende personalevalg og marketing såvel som den strategiske plan for målopfyldelse.

---

<sup>51</sup> Retningslinjer for udvikling af en missionserklæring for et specialiseret behandlingscenter inkluderer følgende:

1. Erklæringen skal være simpel.
2. Nævn behandlingscentrets ærinde først.
3. Nævn dernæst centrets værdier, principper og filosofi – disse komponenter af missionserklæringen indikerer, hvordan missionen fuldendes.
4. Test missionserklæringen på tværs af hele centeret og foretag efterfølgende de nødvendige rettelser, tilføjelser og udeladelser, indtil alle i organisationen kan acceptere den.
5. Del missionserklæringen med alle mulige miljøer og patientgrupper; anbring den i en taktikmanual, brochurer og på centerets vægge; sørg for, at alle potentielle medarbejdere modtager en kopi af den og er enige i den, før de ansættes.
6. Anvend missionserklæringen som vejledning ved beslutningstagning.
7. Motivér personalet til at udvikle personlige missionserklæringer i lyset af organisationens erklæring. Bed hver medarbejder om at undersøge:
  - a. Hvad er vigtigst for ham eller hende i forhold til arbejdet på centret?
  - b. Hvad giver mening i forhold til livet og arbejdet?
  - c. Hvad ønsker han eller hun at opnå som en del af centret?
8. Udfordrer missionserklæringen, når der er behov herfor. Man kan anvende missionserklæringen som et mål for succes eller fiasko i forhold til centrets aktiviteter og personalets præstationer.

<sup>52</sup> De fire kulturer er:

- Kontrol eller magt (beslutningstagen)
- Samarbejde/struktur/rolle (dynamik indenfor et team)
- Kompetence/præstation (succes, forpligtelse)
- Dyrkning af muligheder og kreative valgmuligheder eller støtte (gensidig omsorg, at høre til)

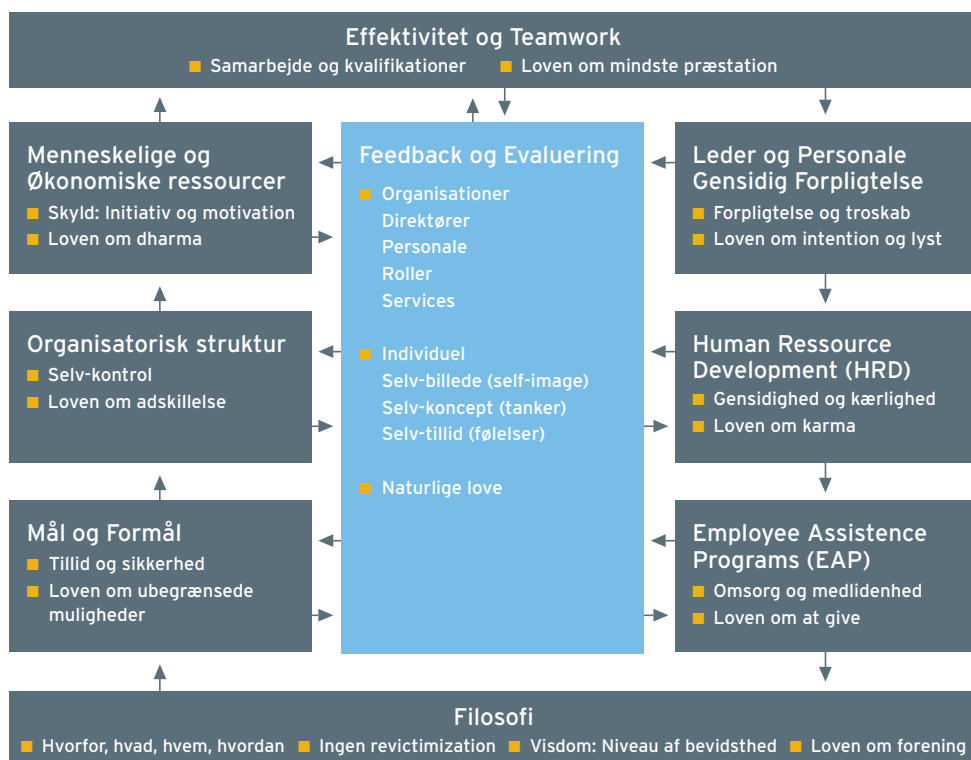
<sup>53</sup> Samarbejdet mellem behandlingscentret og andre organisationer, inkluderer formelle mellemorganisatoriske aftaler; administrativ støtte; finansieringsmekanismer og kultur, som bakker op om samarbejdet samt klarhed og forenelighed i forhold til organisationernes funktioner og roller. Hvis organisationer skal samarbejde med traumeoverlevende som et team, vil de være mere succesfulde, hvis de følger teamarbejdets 10 C'er: cooperation, communication, coordination, collaboration, consistency, confrontation of problems, compromise, consensus decision making, caring og commitment.

## 6.1.2. Private og non-profit centre i internationalt perspektiv

Private behandlingscentre findes i mange lande inklusive Danmark. Nedenfor illustreres de organisatoriske elementer i et sådant behandlingscenter (jf. figur 12).

Figur 12:

### Organisatoriske elementer i et behandlingscenter



Kilde: Oversat og udviklet efter Williams & Nurmi (10).

## 6.1.3. Hospitalsbaserede behandlingscentre

Behandlingscentre er i mange lande tilknyttet offentlige eller private sygehuse. Disse centre tilbyder en lang række programmer og ydelser, herunder kortsigtede sygehusophold, daglige behandlingsprogrammer samt længere ambulante behandlingsforløb. Et nøglebegreb for alle hospitalsprogrammer er brugen af det terapeutiske miljø som et værktøj til heling.

Sygehusbaserede behandlingsprogrammer er i høj grad blevet påvirket af den generelle trend inden for sygehusbehandling og af begrænsninger som følge af forsikringsordninger<sup>54</sup>. Der findes, i hvert fald i USA, ikke længere ugelange ophold på sygehuse for traumatiserede personer.



Medmindre patienten er tydelig suicidal, ser målet ud til at være at håndtere symptomer og medicinere, efterfulgt af udskrivelse. Den primære tilgang til behandling fokuserer på hurtig håndtering af akutte symptomer (formentlig for at spare penge) kombineret med nogen uddannelse og – i nogle programmer – et fokus på *empowerment*. Mange sygehusbaserede behandlingscentre tilbyder fortsat en række ydelser lige fra fuld indlæggelse til ambulante opfølgning. Disse programmer giver mange muligheder for forskning, og gode muligheder for at undersøge implementeringen, udviklingen og effekten af det terapeutiske miljø.

Et eksempel på et sygehusbaseret behandlingsprogram for traumeofre, findes på *Ticehurst House Hospital Trauma Center* i England. Dette center tilbyder udvidet behandling for kompleks PTSD, eftersom det kombinerer et 2 ugers sygehusophold med periodisk opfølgning. Selve programmet består indledningsvist af en struktureret fase efterfulgt af opfølgning efter 6 uger, 6 måneder og 12 måneder. Patienterne er på sygehuset lokaliseret i separate bygninger med det formål at øge atmosfæren af rehabilitering, mindske sygeliggørelsen og normalisere behandlingen. Programmets mission er at genskabe kontrol og en følelse af uafhængighed hos personer, der har oplevet tab af kontrol og uafhængighed efter en traumatisk oplevelse. Missionens primære strategi er den kognitive og emotionelle bearbejdning af traumatiske erindringer. Imellem fire til seks personer i alderen 18 til 70+ deltager i programmet af gangen. Ingen børn inkluderes. Patienterne har alle PTSD, men diagnosticeres generelt ikke med kompleks PTSD.

Behandlingstilgangen er systematisk og biopsykosocialt orienteret. Debriefing anvendes i den indledende fase med det formål at revitalisere erindringerne af den kritiske hændelse. Herved afmystificeres, hvad der skete umiddelbart efter begivenheden; der fokuseres på følelser og forklaring tilvejebringes – i nogle tilfælde med hjælp fra humor.

Programmet varer to uger. Lederne gennemgår tidligere grupper og samler op på opgaver – inklusive forskning – mellem grupperne. Kun én gruppe deltager af gangen. Siden januar 2007 har det hospitalsbaserede center også tilbudt behandling af kompleks PTSD. Personer med kompleks PTSD vurderes individuelt, før de henvises til det strukturerede 60-90 dages program. Et terapeutisk samlet miljø med fokus på rehabilitering, rekonstruktion af normalitet, indsigtinformation og uddannelse udgør programmets aspiration. Problemer og symptomer som følge af kompleks PTSD visualiseres som resultatet af gentagne hændelser – ikke som psykiatrisk sygdom. Individuel og gruppebaseret opfølgning er tilgængelig, men vægten lægges på opnåelsen af store terapeutiske mål inden for programmets første 14 dage, hvor patienterne er indlagt. CBT anvendes igennem hele forløbet, og fremskridt i indlæggelsesfasen såvel som resultater måles. Dette program<sup>55</sup> udbydes i England. Nære familiemedlemmer opfordres til at besøge centret og modtage undervisning, da mange er ramt af sekundær PTSD.

*Ticehurst House Hospital* er et privat sygehus. Deltagelse i programmet finansieres enten gennem private sundhedsforsikringer eller gennem midlertidig betaling som del af et kompensationsprogram efter juridisk afgørelse. Sundhedsmyndigheder kan købe ekstra ydelser som en del af sundhedspakker. Programmets samlede pris er cirka 5500 dollars.

Nogle patienter henvises af deres praktiserende læge, andre gennem juridiske afgørelser, sammenslutninger, militæret eller skadestuen. Personalet giver undervisning til en lang række grupper – inklusive sundhedsprofessionelle, advokater, politiet samt nødberedskab. Uddannelse tilbydes også personalet. Der er inspiration at hente i forhold til, hvilke partnere, der samarbejdes med særligt i forhold til videndeling og undervisning. Ligeledes bruges der en del ressourcer på at inddrage patienternes sociale netværk således, at sekundært traumatiserede også indgår i behandlingsforløbet. I Danmark er der en række private behandlingscentre, der har indgået aftaler med regionerne om behandling og rehabilitering af patienter med PTSD. Det er private centre, der ikke er lokaliseret ved sygehusene.

## Psykiatrisk Center Gentofte - Psykiatrisk traumeklinik for flygtninge

Fra 1. april 2008 startede Psykiatrisk traumeklinik for flygtninge op. Det er et behandlingstilbud til traumatiserede flygtninge, placeret på Psykiatrisk Center Gentofte i Region Hovedstaden. Målgruppen er voksne flygtninge eller familiesammenførte personer med en traumatisk baggrund og omfatter ikke patienter med psykotisk lidelse eller misbrug. De henviste flygtninge og familiesammenførte personer skal have symptomer forenelig med en eller flere traumerelaterede psykiatriske lidelser – typisk PTSD og/eller depression. Klinikkenes personale består af to speciallæger i psykiatri, tre yngre læger, fem psykologer, en socialrådgiver og en AC-sekretær.

Henvisning til klinikken sker gennem alment praktiserende læger, speciallæger i psykiatri og læger fra de psykiatriske centre. Vigtige principper for klinikken er hurtig og effektiv visitation og kommunikation med patientens egne læger, andre henvisende instanser samt kommuner omkring patientforløbet.

Efter henvisning vil klinikkenes socialrådgiver interviewe patienten med henblik på at kortlægge psykosociale problem- og ressourcerområder. Dernæst påbegyndes behandlingsforløbet, som strækker sig over 6-9 måneder. Ved læge og psykolog tilbydes der ca. 30 konsultationer, som er baseret på psykoedukation, antidepressiv medicin og kognitiv terapi. Klinikkenes leder hedder Morten Ekstrøm, og han har udtalt følgende:

*“Der er i dag sparsom videnskabelig evidens på området, og derfor vil behandling og forskning gå hånd i hånd helt fra klinikkenes første dag. Vi vil konstant måle på det, vi gør, og ændre behandlingen, hvis der ikke er tilstrækkelig effekt”.*

Udtalelsen er netop i overensstemmelse med denne MTV's resultater og anbefalinger om PTSD.

Hensigten med behandlingen på Psykiatrisk traumeklinik for flygtninge i Gentofte er at bedre patientens funktionsniveau og livskvalitet, samt at mindske patientens symptomer. Således er målet ikke helbredelse, eftersom traumatiserede flygtninge og familiesammenførte personer ofte er patientgrupper med kroniske lidelser<sup>56</sup>.

---

<sup>54</sup> Her tales om hospitalsbaseret behandling i amerikansk kontekst, hvor sygehuse i høj grad er finansieret af private sundhedsforsikringer.

<sup>55</sup> Følgende faser gennemløbes i behandlingsprogrammet:

- Fase 1 – Grundige kliniske interviews munder ud i en vurdering
- Fase 2 – Deltagerne introduceres for gruppen
- Fase 3 – Debriefing
- Fase 4 – Deltagerne udarbejder en kronologisk livslinje med positive og negative begivenheder
- Fase 5 – Deltagerne udarbejder en stige med realistiske ambitioner

<sup>56</sup> Kilde:

[www.psykiatri-regionh.dk/menu/Centre/Psykiatriske+centre/Psykiatrisk+Center+Gentofte/Undersoegelse+og+behandling/Afdelinger+afsnit/Psykiatrisk+traumeklinik+for+flygtninge/http://www.sundhed.dk/wps/portal/\\_s.155/1929?\\_ARTIKEL\\_ID\\_=2805080224175437&\\_ARTIKELGRUPPE\\_ID\\_=2805061207114101](http://www.psykiatri-regionh.dk/menu/Centre/Psykiatriske+centre/Psykiatrisk+Center+Gentofte/Undersoegelse+og+behandling/Afdelinger+afsnit/Psykiatrisk+traumeklinik+for+flygtninge/http://www.sundhed.dk/wps/portal/_s.155/1929?_ARTIKEL_ID_=2805080224175437&_ARTIKELGRUPPE_ID_=2805061207114101)  
[www.ugeskriftet.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/UGESKRIFT\\_FOR\\_LAEGER?public\\_visningsType=5&public\\_modtager=3&public\\_forrigeVisningsType=4&public\\_nyhedsId=28912](http://www.ugeskriftet.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/UGESKRIFT_FOR_LAEGER?public_visningsType=5&public_modtager=3&public_forrigeVisningsType=4&public_nyhedsId=28912)

Hjemmesiderne er besøgt d. 24. september 2008.

### 6.1.4. Offentligt finansierede behandlingscentre

Nogle behandlingscentre finansieres primært af det offentlige. Programmerne på disse centre kan betjene enten et specifikt geografisk område eller en hel nation, som tilfældet er i Sverige. Selvom alle behandlingscentre har behov for støtte fra det offentlige, er det ganske få, som finansieres udelukkende gennem offentlige midler. I mange af de lande, hvor der er et desperat behov for behandlingsprogrammer, bliver de offentlige ressourcer udnyttet til det maksimale, så der ingen midler er til rådighed til sådanne programmer. Penge til specialiserede behandlingscentre må derfor anmodes om fra humanitære organisationer, andre og mere velstillede lande eller private donationer.

### 6.1.5. Specialiserede behandlingscentre for flygtninge

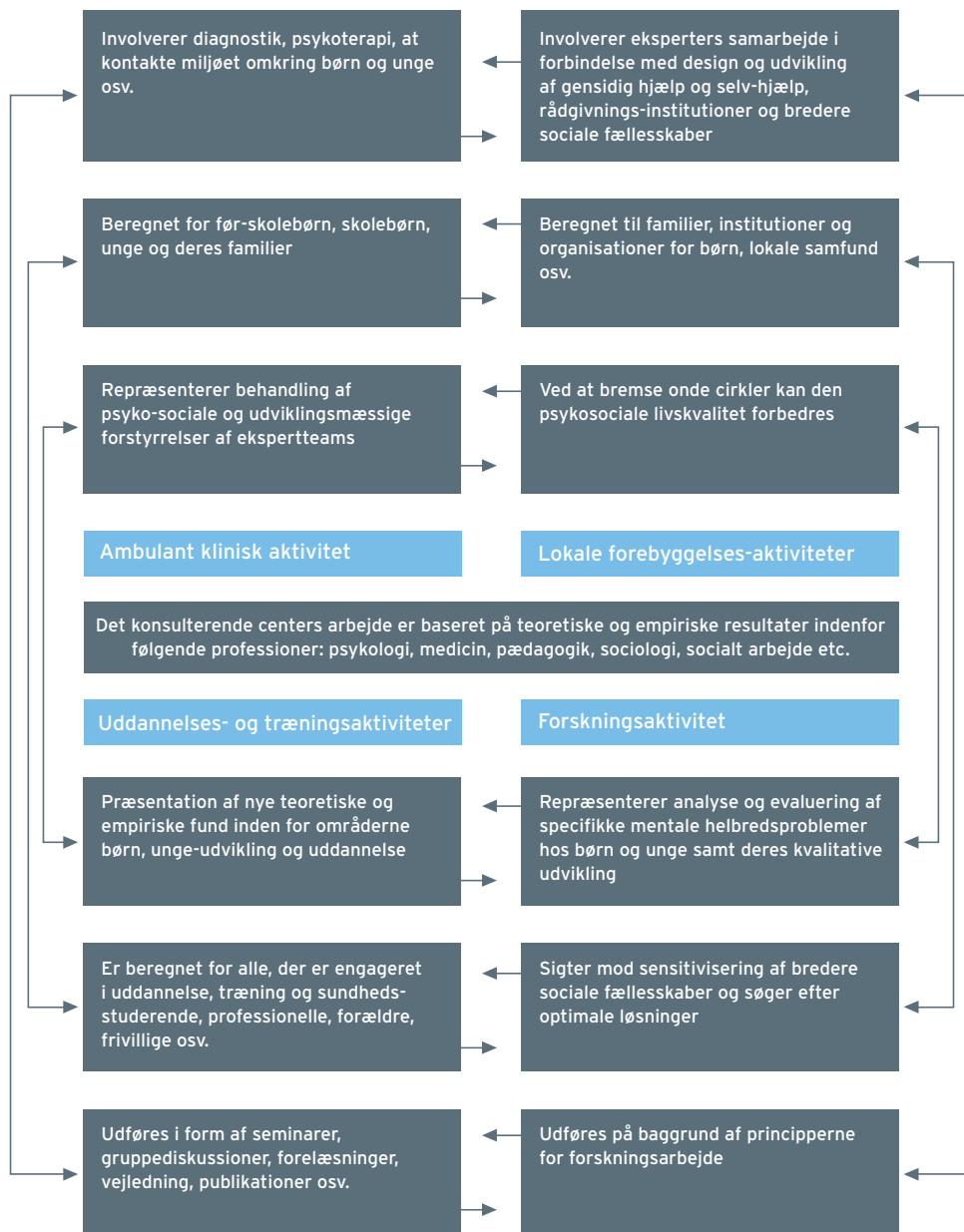
Mange centre er udviklet med det specifikke formål, at arbejde med flygtninge og overlevere fra krigsberørte lande. I de seneste år har patienterne i høj grad en fortid fra Balkan-krigene, samt Irak og Afghanistan. De sidstnævnte har været fremstående både i forhold til nyhederne, men også i forhold til deres indvirkning. Krigene har ført til forflyttelse af mange hundredestusinde mennesker samt skabelsen af mange specialiserede centre og programmer. Disse programmer giver megen information til andre, der søger at skabe et specialiseret behandlingscenter, såvel som forslag til fremtidig centerudvikling. Der er generelt set en stor udvikling i gang rundt omkring i verden og de, der kan være særlig værd at trække frem er USA blandt andet Boston, Van Der Kolk; Holland med Centrum 45; England, Tyskland i Berlin, samt Vivo i Konstanz med Neuner og Skandinavien (blandt andet Sverre Varvin i Norge).

Erfaringerne fra arbejdet med bosniske og afrikanske flygtninge kan med fordel implementeres og modificeres for at hjælpe flygtninge fra andre områder, inklusive Kosovo. Det primære fokus for interventioner må være at imødekomme flygtningenes basale livsforhold – bolig, føde, tøj, sundhedsydelse og meningsfulde aktiviteter. Børn har behov for støtte for at kunne få en uddannelse og kunne lege med vennerne. Flygtninge med uddannelse styrkes, hvis de får muligheden for at benytte deres kompetencer – kan dette ikke lade sig gøre, er en mulighed at arbejde som frivillig indenfor deres områder.

Alle behandlingscentre for flygtninge tager del i skabelsen af en kultur, hvor menneskerettigheder er i fokus. Desuden er viden om patienternes kultur en essentiel del af planlægningen af serviceudbud, implementering og evaluering. Mobilisering af traditionelle og kulturelt passende ressourcer i et samfundsmæssigt perspektiv er af stor vigtighed. Mange arbejder for at forbinde centre og centrenes ledelse. *Hamburger Institute for Social Research* har gjort sig store anstrengelser og samlet centerledelser og repræsentanter med det formål at udvikle et internationalt netværk for interdisciplinær forskning, som opmuntrer til networking, programplanlægning, ressourceidentifikation og -udvikling, fundraising og behovsanalyse.

Figur 13:

### Det konsulterende centers arbejde



Kilde: Oversat og udviklet efter Williams & Nurmi (10).

### 6.1.6. *Eksempel på organisering af et dansk rehabiliteringscenter for torturofre der ikke er placeret på et sygehus*

I januar 2008 foretog vi et interview med en psykolog fra Rehabiliteringscenteret for torturofre (RCT) i København. Her behandles primære ofre, som er torturoverlevende; sekundære ofre, som er de primære ofres familier samt behandlere i organisationen. Desuden uddanner centret professionelle i både Danmark og udlandet, udvikler nye metoder til forbedring af behandlingen og behandlingsresultatet, udfører forskning, assisterer ved etablering af lignende rehabiliteringscentre verden over gennem opsætning af infrastrukturen og sidst, men ikke mindst, hjælper centeret med til at skaffe midler fra offentlige og ikke-offentlige kilder. Selve centeret blev etableret i 1982 som en uafhængig almennyttig organisation, som tilbyder patienterne vederlagsfrie ydelser.

Centeret modarbejder brugen af vold som en metode til at opretholde magten gennem destruktion af de magtesløse personers identitet og helbred. Det blev etableret for at modsvare torturoverlevendes unikke behov, rehabiliterer ofre for tortur, bidrage til forebyggelsen af tortur, instruere danske sundhedsprofessionelle i undersøgelse og behandling af torturofre samt forske i naturen, omfanget og konsekvenserne af tortur.

Det københavnske rehabiliteringscenter benytter sig af psykologer, psykiatere, læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, socialrådgivere og hjælpere i behandlingen af torturofre. Bibliotekarer driver et forskningsbibliotek indeholdende information om tortur. Organisationen har begrænsede ressourcer og plads, men kunne godt bruge yderligere personale, efterhånden som efterspørgslen efter behandling stiger. De professionelle bruger kun 50% af deres tid på direkte kontakt med patienterne – resten af tiden er viet til forskning, skrivning eller undervisning. Personalet er højt kvalificeret og trænet i deres individuelle professioner.

Når torturoverlevende, der har søgt asyl i Danmark, er blevet evalueret, henvises de til privat praktiserende læger. På nuværende tidspunkt kommer størstedelen af torturoverlevende fra Mellemøsten.

Finansieringen kommer fra det danske sundhedsministerium, udenrigsministerium, private stiftelser, EU og FN. Vurderingen af torturoverlevende gennemføres indledningsvist, midtvejs og ved afslutningen af behandlingen. Personalet vil nødtigt stemple patienterne med en diagnose for ikke at stigmatisere dem, men de benytter DSM-IV kriterierne for PTSD. Man diagnostiserer efter ICD-10 klassifikationen, både i psykiatri og somatik i det danske sundhedsvæsen.

Hvad angår ydelser, tilvejebringer rehabiliteringscenteret medicinsk behandling direkte til patienter og kan henvise dem til den øvrige psykiatri, når der er behov for indlæggelse. To teams bestående af professionelle arbejder med patienter – et team med individer, det andet med familier og familiemedlemmer såvel som torturoverlevende i sig selv. Personalet har arbejdet med torturoverlevende fra 58 forskellige lande.

Individuel, familiemæssig og gruppebaseret rådgivning stilles til rådighed for individer og familiemedlemmer. Personalet arbejder for at skabe opmærksomhed blandt den generelle offentlighed og andre professionelle omkring centerets arbejde. Patienter behandles på centret, efter de har opnået asyl og har stået på centrets venteliste. Behandlingen stilles først til rådighed mellem to til ti år efter hændelsen. Den minimale behandlingstid er 6 måneder, den længste op til 18 måneder. Behandlingen inkluderer både psykologisk og fysisk behandling.

Centret er medlem af det Internationale Råd for Torturofre (IRCT) – et formelt netværk af verdens rehabiliteringscentre. Centrets personale publicerer artikler i professionelle tidsskrifter, giver interviews til medierne omkring tortur og underviser sundhedsprofessionelle.

## 6.2. Det ideelle behandlingscenter

Williams og Nurmi har skrevet en stor publikation om organisering af behandlingscentre for PTSD-patienter. Publikationen er et resultat af mange års erfaring, studier af specialiserede behandlingscentre samt interview med mange internationale, specialiserede behandlingscentre. Et hovedspørgsmål i forbindelse med Nurmis doktorafhandling er:

*“If you were to create a comprehensive trauma center in your suburban area, making use of what you have learned in your (doctoral) experience, describe the organization of that center, the mission, structure, personnel, funding, objectives, and services it would offer. Some of the conclusions reached then now seem applicable to the task at hand: designing comprehensive trauma centers for the 21st century”.*

Der er i denne publikation også et bud på, hvordan det ideelle specialiserede behandlingscenter kan se ud, på baggrund af al internationale erfaring og vidensindsamling. Derfor er følgende bud på et ideelt specialiseret behandlingscenter ikke udtryk for et enkelt lands ideelle model, men den ultimative model.

### Fysisk miljø

Det ideelle center må have en god beliggenhed og godt udstyr. Enhver omgivelse må være tryk (fx veloplyst), være rummelig, privat og motiverende. Det har helt sikkert fællesrum til sociale forsamlinger, mødefaciliteter og lokaler til at optage og gennemgå mundtlige historier. Det har et bibliotek, en pool, en sauna og træningsfaciliteter. Det er også lokaliseret i (og behandler indenfor) en kulturel kontekst. Som et kommunalt baseret center er det selvbeherskende og fritstående, uanset dets faktiske fysiske placering (f.eks indenfor et universitet). Det er hverken en del af eller viklet ind i et stort bureaukratisk system. Centeret har tilstrækkelig støtte og passende plads. Modellen, ud fra hvilken et center opbygges, er en *human resource* development model, som er en dynamisk og udviklende organisationsmodel.

## Finansiering

Det ideelle center har en sikker finansieringskilde – uanset om denne er offentlig eller privat. Hvis kilden er offentlig, påvirker denne ikke centerets uafhængighed, hvad angår beslutningstagning. At have et langsigtet sikkert finansieringsløfte giver centeret mulighed for at behandle kompleks PTSD og udføre udvidet forskning. Den minimale finansieringsperiode er 5 år. En 5-årig tidsperiode giver mulighed for større jobsikkerhed, behandlingsinnovation og fjerner den konstante bekymring og kamp for overlevelse, som eksisterer i nogle centre. Et velfinansieret center kan give patienterne mulighed for at få adgang til vederlagsfrie ydelser eller for få penge. Andre kilder til støtte er selskaber og organisationer. Det velfinansierede center har et sikkert retsligt standpunkt og en lovlig status. Denne retsgyldige status giver mulighed for større uafhængighed i beslutningstagningen.

## Personale

Det ideelle center (uanset dets faktiske struktur) følger uafhængigt fastsatte professionelle guidelines, som er traumbaserede, er talsmænd for et højt niveau af etiske standarder og har et meget kompetent personale. Det ideelle center har et professionelt team bestående af mindst 8-10 personer; dette team inkluderer bl.a. læger med forskellige professionelle baggrunde og discipliner. Centres faktiske personalemønstre kan variere – f.eks. alt afhængig af det involverede traume.

Personalet er veluddannet, dedikeret, forstående, kulturelt bevidst, repræsentativ og optimistisk. Personalet har også en god form for humor og er åbent overfor spirituelle behandlingskomponenter. Alle har modtaget undervisning indenfor traumer, er kyndige og velinformerede om den sidste litteratur, forstår stofmisbrugets rolle i forhold til traumer og forstår også farmakologiske interventioners rolle. Alle medlemmer af personalet er certificerede professionelle. De deltager konstant i omfattende standardiseret træning og har tillid til en teambaseret behandlingsmodel.

Lederskab i det ideelle center er ikke enevældigt (autokratisk), men er i højere grad decentraliseret efter en netværksmodel. Nogle af personalemedlemmerne må have sprogfærdigheder, så de kan tale patienternes sprog. Hvis centeret benytter sig af ikke- eller paraprofessionel arbejdskraft til at stille psykosociale interventioner til rådighed, er disse individer også veludannede. Juridisk og erhvervs-mæssig hjælp eller henvisninger udbydes også – afhængig af centrets personale. Teams er ideelt set tværdisciplinære og består af sundhedsrelaterede, pædagogiske og juridiske professionelle. Teams har ikke kontraproduktiv konkurrence.

## Teoretisk fundament

Et stærkt værdisystem ligger til grund for det ideelle behandlingscenters teoretiske fundament. Blandt disse værdier er respekt, ydmyghed, robusthed og helbredelse. Det ideelle center står fordomsfrit over for forskellige syn på behandling.



Ethvert teoretisk fundament er videnskabeligt velbegrunder, tager hensyn til kulturelle forskelligheder og accepterer klienten som en partner i processen. Det teoretiske fundament er grundlaget, hvorfra modeller om forebyggelse, intervention og opfølgning udvikles. Det er også grundlaget for publicering af teoretisk baseret litteratur.

## Assessment

I det ideelle center benyttes i forbindelse med assessment en traumbaseret protokol, som inkluderer vurdering af dissociation. Herudover benyttes også en lang række af forskellige tilgange – herunder fysiske og psykiske tilgange til assessment. Assessment veksler mellem at være formaliseret med brug af standardiserede mål, til at være uformelt og informationsøgende. En ekstremt vigtig del af enhver assessment er en omfattende livs-/traumehistorie, hvis patienterne kan erindre disse. Hvis patienter ikke kan huske deres egne historier, kan det at konstruere livslinjer med afbildning af primære og sekundære traumatiske begivenheder være en hjælp. At vurdere hvordan patienter beskriver sig selv og sproget, de bruger, er også vigtigt. Patienternes narrativer, som subjektive fortællinger om traumer, kan give information, som objektive papir-og-blyant vurderinger overser.

For uddybende viden om assessment se endvidere afsnit om assessment og anbefalinger vedr. assessment i teknologi kapitlet samt i anbefalinger.

## Serviceforsyning

Ifølge eksperterne tilbyder et omfattende behandlingscenter ideelt set et kontinuum af ydelser for dets patienter bestående af børn, unge, voksne, familier, arbejdspladser, grupper af overlevende, lokalsamfund og endda nationer. Disse ydelser varierer lige fra kriseorienterede services til ydelser for kompleks PTSD.

Ydelserne er teoridrevne og baseret på forskningsresultater, hvis det overhovedet er muligt. Et af centerets store fokuspunkter er forebyggelse. Et center både tilvejebringer primær såvel som sekundær forebyggelse og hjælper med udvikling af forebyggelsesplaner og -strategier for en række situationer og patientgrupper. Disse forebyggelsesprogrammer er proaktive og brede.

Typen og mængden af ydelser, der udbydes, bestemmes ved en *needs assessment*.

Udbud af behandling i det ideelle behandlingscenter respekterer patienter som lige partnere og fokuserer på deres kulturelle styrker. Patienter involveres derfor i planlægning og levering af disse services på en etnisk og kulturelt sympatisk måde. Behandling inkluderer individuel, gruppe- og familierådgivning. Samtidig behandling af PTSD og stofafhængighed er også en del af behandlingsprotokollen. Derfor er serviceforsyning tværdisciplinært. Behandling er afhængig af eklektiske metoder lige fra uddannelse om traumer og traumeerindringer til omfattende brug af udtryksfulde terapier samt kreative terapier inklusive bevægelses- og kropsorienteret terapi.

Hvis det er muligt, og der er behov herfor, har centeret et dagligt behandlingsprogram for patienter med mere komplekse/kroniske behov.

Når behandlingen har taget sig af de traumatiske begivenheder i sig selv, kan fokus ændres til resocialisering, social støtte og henvisning. Centeret kan have plads til et drop-in program, hvor patienter bare kan "hænge ud". Støttegrupper kan inkludere målsætning, planlægning, arbejde med sorg, anger management, problemløsning og andre fokusområder. Hvis der er mulighed herfor, har centeret faciliteter, som opmuntrer til adspredelse og motion (pool, sauna, træningslokale).

Ydelser inkluderer også skabelsen af lokalsamfundsbaseprogrammer. Disse inkluderer sundhedsrelaterede, arbejdsrelaterede og informative ydelser.

## Forbindelser med andre organisationer

Det ideelle behandlingscenter vedligeholder samarbejdsvillige forhold med andre lokale og internationale organisationer og programmer. Centret er en del af både et lokalt og et internationalt netværk, fordi traumefokuseret arbejde i stadig større grad bliver globalt og internationalt. Centret har forbindelse til søsterorganisationer og vedligeholder en positiv profil gennem gode forbindelser med offentligheden. Bånd til aktive græsrodder hjælper også med til at opbygge opmærksomhed omkring og anerkendelse af centrets rolle og funktioner. Derfor koncentrerer det ideelle behandlingscenter sig også konstant om at samarbejde med og uddanne andre organisationer og større systemer indenfor dets omgivelser.

## Behandlingsydelser

Det ideelle center tilvejebringer biopsykosociale-spirituelle interventioner for at hjælpe traumatiserede individer, familier, grupper og fællesskaber med at overvinde de hæmmende følger af traumatiske begivenheder. Behandling er bredt baseret og innovativ og bruger udtryksfulde teknikker og fysioterapi som supplement til problemorienterede terapier. Ydelserne tilbydes patientens familie såvel som andre personer i det sociale miljø, da traumer ikke kun finder sted inden for et socialt vakuum.

Sædvanlige træk ved serviceforsyningen i alle behandlingscentre bør være bredde, tilgængelighed, økonomisk overkommelighed, kulturel og social behørighed samt samarbejde med andre services. Behandling kombinerer individuelt arbejde og gruppearbejde med sociale aktiviteter og støtte på en udadvendt måde.

## Ventetid på behandling

Ventetiden på behandling i Danmark er typisk mellem ½ til 2½ år (40). Ventetider opgøres forskelligt, så der er ikke tale om sammenlignelige tal. Nogle behandlingscentre har skelnet mellem ventetid fra henvisning til visitation og andre opgør ventetiden fra visitation til opstart af behandling.

## Støtte (advocacy)

En stor del af serviceforsyningen i et ideelt behandlingscenter er støtte. Centret har til opgave at gøre individer, grupper og samfund opmærksomme på traumer og bruger denne opmærksomhed til at stoppe vold. Det ideelle center videregiver information til offentligheden omkring omfanget af og årsager til traumer.

Ansatte er synlige for lokalsamfundet på græsrodsniveau. De arbejder for menneskerettigheder, forstår de politiske aspekter ved traumebehandling og står ved deres sociale forpligtelse. Det omfattende center må håndtere de politiske realiteter forbundet med det omgivende miljø – anerkender at traumer nøje er forbundet med samfundsmæssige normer<sup>57</sup>.

## Træning

Det er vigtigt, at det ideelle behandlingscenter prioriterer træning på en række niveauer. Eksperttræner hinanden (eller får træning fra udenforstående). Personalet træner/underviser ledere i lokalsamfundet omkring traumer, serviceforsyning og mental sundhed. De kan også undervise paraprofessionelle, så de kan fungere som støtte. Det ideelle center bliver et vigtigt uddannelsescenter. Centret tilbyder endog akkrediterede kurser såvel som vedvarende uddannelsesheder.

Træningsmoduler skal være fleksible og bør kunne tilpasses til specifikke profiler. Det ideelle center tilbyder kulturelt specifikke og følsomme træningsprogrammer, som er lokalt baserede og kan tjene mange serviceudbydere fra en lang række institutioner og organisationer. Centret udvikler også udveksling med andre institutioner og eksperter.

## Forskning

Det ideelle behandlingscenter har en stor forskningskraft. Målet med forskningen er at udvide databasen, på hvilken traumeinterventioner baseres, samt at udgive forskningsbaseret litteratur.

At have et 5-årigt finansieringsgrundlag gør det muligt for personalet at udføre outcomeundersøgelser og andre længere undersøgelser af effekterne af traumer og behandlingsmetoder. Det ideelle center er i stand til at tilvejebringe evidens for god forskning, er åben overfor nye undersøgelser og søger at blive et internationalt forskningscenter. Ideelt vil centeret udvikle egne forskningsprotokoller og -skalaer.

---

<sup>57</sup> Centret arbejder også for at øge opmærksomheden omkring traumatiserede individer, familier, grupper og lokalsamfunds sundhedsmæssige behov. Personalet arbejder med medier og kan selv publicere brochurer, manualer, videoer, artikler og andet arbejde. Det ideelle center afholder offentlige forelæsninger og deltager i offentlige fora, organiserer lokale konferencer, samarbejder med andre organisationer og opmuntrer personalet til at deltage i forskellige professionelle konferencer

## 6.2.1. Opbygning af det ideelle behandlingscenter

Tankerne om at kunne bygge et specialiseret traumecenter udspringer ideelt set fra en behovsanalyse, som definerer gruppen af folk i risiko eller med behov for ydelser, identificerer omfanget af gruppens behov, designer en måde at nå og interagere med gruppen på, udvælger og indfører et system for levering af ydelser og forbinder centerets program med andre institutioner, faciliteter og organisationer (10).

- Det er vigtigt at have data fra flere kilder, når det skal vurderes om der er et egentligt behov for et specialiseret behandlingscenter. Identifikation af huller eller problematiske områder i udbuddet af ydelser kan bane vejen for retfærdiggørelse af skabelsen af et sådant center. Hvis behovsanalysen konstaterer, at behovet for et behandlingscenter oprigtigt eksisterer, kommer efterfølgende skabelsen af en handlingsplan<sup>58</sup>.

### Fysisk sikkerhed

- Det fysiske miljø og den fysiske konstruktion af et specialiseret behandlingscenter er et meget betydende aspekt at have med i overvejelserne.

De fysiske omgivelser handler f.eks. om passende belysning, møbelplacering og temperaturer, således det undgås at vække ubehagelige minder. Fordi mange traumeoverlevende er ekstremt intolerante, hvad angår støj, må centeret have en stille atmosfære. Ligeledes er det vigtigt at have plads til netværksdannelse, således det er muligt for klienterne at samles i normale omgivelser og give hinanden støtte og fællesskab. Centeret må være tilgængeligt med offentlige transportmidler, ligesom det også er af stor vigtighed, at der er adgang for personer med handicap. Tilstrækkelige parkeringspladser med god belysning må også med i overvejelserne omkring det ideelle behandlingscenter. Centerets omgivelser må være forudsigelige og ordnede. Hvis en patient er vant til at afholde sessioner i et bestemt rum, må dette rum konsekvent være ledigt. Møbler og pyntegenstande forbliver de samme, medmindre klienten på forhånd er forberedt på disse ændringer.

### **Sikkerhed og grænser**

Det er vigtigt, at patienten ved, hvad denne kan forvente eller ikke kan forvente. Terapeutens personlige behov må holdes i baggrunden i forhold til patientens behov. Det er aldrig passende, at patienten tager sig af terapeuten eller tager beslutninger for terapeuten. Berøring og fysisk kontakt er i nogle tilfælde acceptabelt, tilladt eller passende. Det er op til centerets ledelse og personale at diskutere, hvordan berøring – fx et håndtryk eller et knus – anvendes indenfor den kulturelle ramme, det etiske kodeks og centerets andre miljøer.

### **Sikkerhed og forholdet imellem klient og terapeut**

Selvom patienten er ekspert, når det gælder egen historie og reaktioner på traumer, er det stadig væsentligt for terapeuten at forklare traumer og traumatiske reaktioner for patienten uden brug af jargon, men med et sprog, der passer til patientens stil og evner.

Det ideelle forhold mellem patient og terapeut er ifølge Gordon og Edwards (496) individ-fokuseret, humanistisk, patientcentreret, empatisk og medfølelse. En stor del af dette forhold afhænger af terapeutens evner til aktivt at lytte og give feedback til klienten.

### ***Patienternes personlige sikkerhed***

I kraft af at det ideelle specialiserede behandlingscenter arbejder med personer, der enten er blevet stærkt traumatiseret eller har ekstreme stressforstyrrelser, må politikker og procedurer for håndtering af potentielle selvmordstanker, trusler om og forsøg på selv-lemlæstelse fastsættes. Overvejelser omkring hændelsen af traumatiserede patienters personlige intimitetssfære er essentielle. At sikre sig at centrets procedurer og fysiske indretning ikke direkte forstyrrer patienternes personlige intimitetssfære inkluderer overvejelser omkring trængsel og plads. Den personlige intimitetssfære er ifølge Brown and Yantis (497) et område på ca. 1 meter omkring patienten eller patientgruppen. Imidlertid vil den personlige intimitetssfære øges eller mindskes alt efter personens psykopatologi. Traumeoverlevende med PTSD har en tendens til at have behov for mere personlig plads. Forstyrrelse af denne sfære kan forårsage angst, fordi det mindsker individets personlige kontrol og identitet. Derfor er det væsentligt at være opmærksom på og bede om lov til at trænge ind i patienternes personlige intimitetssfære.

### **Rettigheds- og ansvarserklæringer: Et værktøj til skabelse af sikkerhed**

En del af den litteratur, som det ideelle specialiserede behandlingscenter udvikler, er en beskrivelse af centerets ydelser, forventninger, prisliste og andre driftsmæssige komponenter. Inkluderet heri er også politikker omkring fortrolighed og informeret samtykke, begrænsninger i forhold til fortroligheden (f.eks. selvmordstrusler og -forsøg og børnemishandling), samarbejder og kontrakter, ophævespolitikker og brugen af hospitalisering. Heri ligger endvidere nogle krav fra de offentlige danske myndigheder dvs. Sundhedsloven, hvor der stilles krav om rapportering af utilsigtede hændelser både i somatikken samt psykiatrien, som centrene placeret på sygehuse formelt set skal leve op til. Der er et lovforslag på vej vedr. udvikelse af loven til også at gælde kommuner, praktiserende læger og apoteker. Det er et område i stor udvikling, da der for øjeblikket pågår en udvikling af Dansk Patientsikkerheds Database (DPSD). Dette skal ses i sammenhæng med udviklingen af det proaktive arbejde i klinikken for forebyggelse af utilsigtede hændelser.

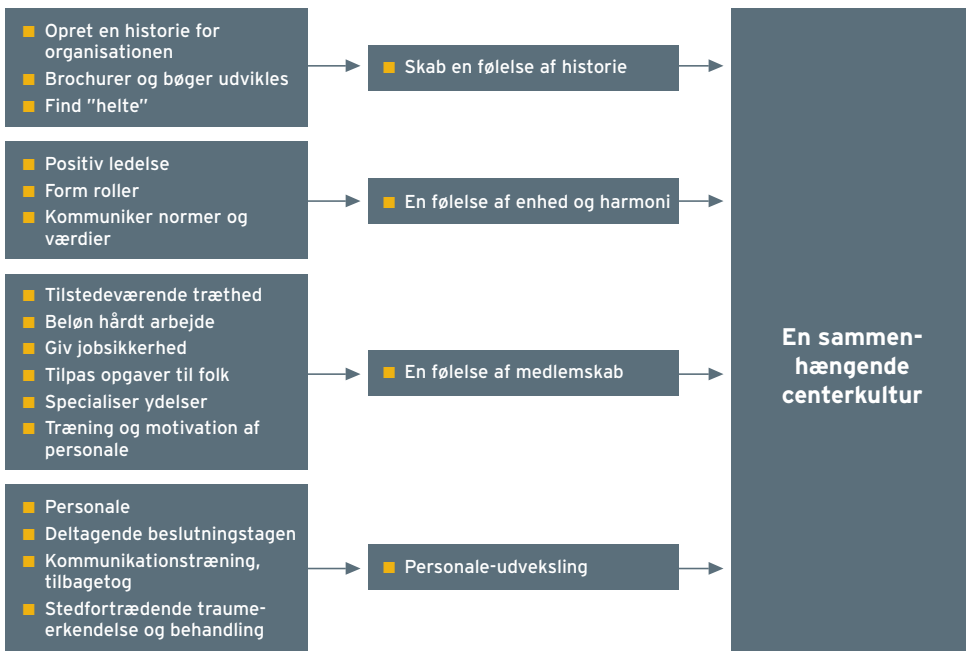
### **Centrets klima og kultur**

Det ideelle behandlingscenter har dets egen kultur. Inden for denne kultur findes magt-kulturen, rollekulturen, præstationskulturen og støttekulturen. Det er muligt at opbygge en sammenhængende kultur indenfor centeret.

Figur 14 er en visuel repræsentation af denne proces.

Figur 14:

### Opbygning af en sammenhængende kultur i et specialiseret behandlingscenter



Kilde: Oversat og udviklet efter Williams & Nurmi (10).

Som Mink et al. (498) bemærker, er kultur i høj grad de uskrevne regler, som definerer arbejdsgangen. Den ideelle arbejdsgang er produktiv, og disse uskrevne regler støtter og opmuntrer til hårdt arbejde. Måden, hvorpå centerets medarbejdere beskriver centret, er indikationer på centrets kultur. Organisationens symboler beskriver både kultur og klima. De inkluderer et logo, som er simpelt og genkendeligt, særlige sproglige komponenter (jargon, slang, humor, slogans) såvel som bestemte beretninger, ritualer, skikke og ceremonier.

### Finansiering af det ideelle behandlingscenter

Når centret har udviklet sin mission, er udfordringen at skaffe ressourcer til skabelsen af centret. Dette er sandsynligvis den sværeste del af hele processen – at finde penge til finansiering af centret. Overvejelser omkring finansiering må inkludere opstartsomkostninger, løn, omkostninger til materialer og goder, sikkerhedssystemer, husleje, forskning og omkostninger til konsulenter.

Det ideelle specialiserede behandlingscenter sikres finansiering i mindst fem år af gangen, således at positioner og forskningsoperationer kan stabiliseres i denne periode. Et sådant center har også multiple finansieringskilder og et sikkert finansieringsgrundlag på både kort og lang sigt. Hvis traumecentret er en almennyttig organisation, er der mulighed for at ansøge om tilskud og donationer. At modtage finansiel støtte fra andre virksomheder og organisationer kan munde ud i fejlagtige forventninger fra patienternes side og anbringe specifikke forventninger til centret (f.eks. hvis et bestemt medicinalfirma donerer penge, kan virksomheden uheldigvis have forventninger til, at dennes medicin primært benyttes i behandlingen af patienter). Finansiering forbliver tilsyneladende et stort problem for alle behandlingscentre. Ideelt set finansieres centeret af det offentlige – enten direkte gennem sundhedsvæsenet eller gennem pålidelige forsikringsgodtgørelser. Betalinger fra tredjeparter er blevet mindre pålidelige, mens der er konkurrence om finansiering fra private foreninger og individuelle donationer – og penge fra forskningsstipendier er begrænsede.

## Teoretisk fundament

Det teoretiske fundament for et specialiseret behandlingscenter er et levedygtigt og omfattende fundament. Det opererer inden for rammerne af DSM-IV og ICD-10 og anerkender klassifikationen DESNOS (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified). Centeret har et biopsykosocialt syn på individet, gruppen, organisationen og nationen. Størstedelen af nutidens specialiserede behandlingscentre satses på en cognitive-behavioural behandlingsterapi som den primære interventionsmetode. Andre teoretiske principper, som anvendes på flere centre, inkluderer *casework terapi*, *stress response terapi*, *disability management* og *kriseintervention*. Også forebyggelsesteorier er vigtige i forhold til udarbejdelse af behandlingsstrategier, interventioner og træningsprogrammer. Traumeteorier, som de anvendes på forskellige centre, fører til behandlingsmodeller med flere faser.

## Oprettelsen af centrets struktur og model

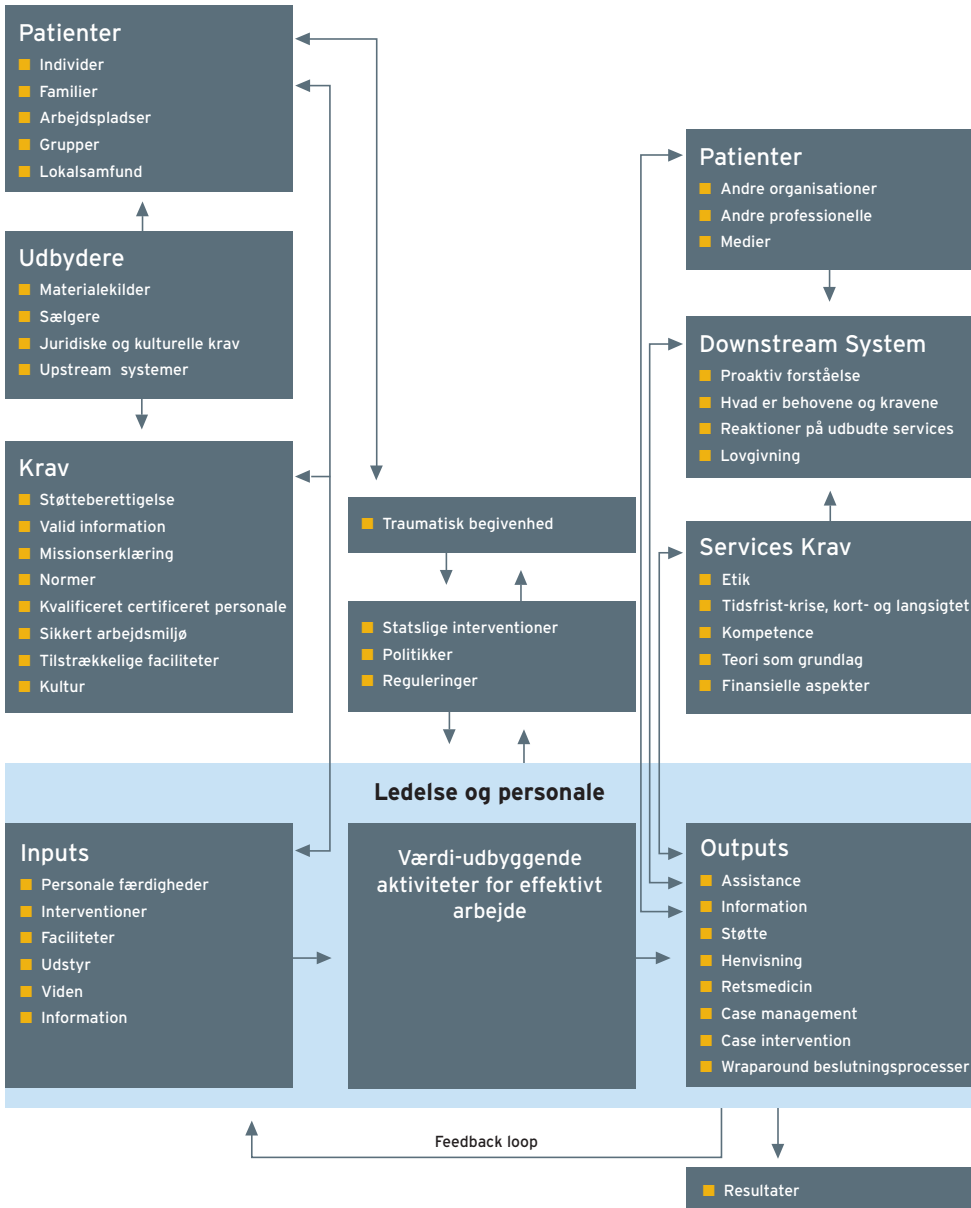
Der er mange måder at strukturere<sup>60</sup> et specialiseret behandlingscenter på, ligesom der er mange organisatoriske modeller til beskrivelse af disse centre.

Det ideelle center benytter sig af en lateral organisationsstruktur, da der herved opnås en dybere investering i og forpligtelse overfor centeret. Herved udbredes ansvaret, og ikke mindst indflydelsen. En funktionel struktur for specialiserede behandlingscentre er en centraliseret gruppepraksis med satellitkontorer placeret fjernere. Alle behandlere er egentlige ansatte og aflønnes svarende hertil. Nogle af disse behandlere er placeret på det centrale center, mens andre arbejder på satellitkontorerne, hvilket gør det muligt at dække et større geografisk område. Denne organisation tilbyder flere forskellige typer ydelser og har en almennyttig komponent i form af forskning, træning og publicering af forskningsresultater.

På figur 15 ses en organisatorisk model, som repræsenterer en ganske omfattende måde at visualisere det specialiserede behandlingscenters mangfoldige arbejde på. Modellen inkluderer mange komponenter i form af bl.a. input og output, men siger ikke noget om det mere specifikke arbejde på centret.

Figur 15:

En model af det organisatoriske system i specialiserede behandlingscentre



Kilde: Oversat og udviklet efter Williams & Nurmi (10)



## Personale

Medarbejderne på ethvert specialiseret behandlingscenter må være engageret i omsorgen for og behandlingen af traumatiserede mennesker. Selve personalet udgør den centrale ressource og er af stor vigtighed for centeret og dets virke. På det ideelle specialiserede behandlingscenter vil der mindst være en autoriseret behandler på arbejde, og det øvrige personale vil være certificerede. Ideelt set vil alle medarbejdere også være autoriseret. Mandskabet består af juridiske specialister, fysioterapeuter, psykologer, psykiatere, socialrådgivere og andre. Det er optimalt, hvis der altid er en psykiater til stede i centret, eller at denne er tilgængelig gennem henvisning, fordi en psykiater kender til traumets biokemi. Hvis dette ikke er en mulighed, er det vigtigt at uddanne lokale læger omkring håndteringen og medicineringen af traumatiserede patienter. Ligeledes må centerets personale være opmærksomt på medikamenter, som er egnede til traumeoverlevelse og ikke mindst bivirkningerne forbundet med disse medikamenter.

Prioritering af patienter er vigtig, hvis centret ønsker at udbyde optimale ydelser til patienterne. Denne proces inkluderer, at man anvender den person, som er bedst egnet til at behandle en patient, som anfører for behandlingsprovisionen. Denne person er bedst egnet til at arbejde med et bestemt traume (f.eks. gidsler eller flygtninge), et bestemt køn, en bestemt etnisk gruppe eller kultur. Hvis centeret arbejder med mange forskellige nationaliteter og sproggrupper, er det også vigtigt at have personale, der kan afspejle disse tværkulturelle grupper. Større centre vil have deres egen psykiater og samtidig have arbejde til en lang række faggrupper med forskellige baggrunde. Disse individer vil ideelt set arbejde sammen som et team og tilbydes mange muligheder for egenomsorg gennem konferencer, personalemøder, supervision og andre aktiviteter designet til at dæmpe omsorgstræthed og sekundær traumatisering. Det essentielle er, at medarbejdere ikke arbejder isoleret. Ved rekruttering af nyt personale er det vigtigt at få fat på personer, der passer til centerets mål, og som er i stand til at samarbejde med stort engagement.

### ***Centerets team & samarbejde***

Nøglen til et succesfuldt udbud af services er teamet. Mink et al. (498) definerer et team som *“en gruppe af mennesker, som koordinerer deres anstrengelser for at opnå et mål, som de finder vigtigt for teamets medlemmer”* (p. 99).

For at centerets team fungerer mest optimalt, må følgende forudsætninger være opfyldt:

- Der er et harmonisk samarbejde mellem medlemmerne imellem
- Hvert teammedlem fungerer på sit højeste niveau
- Teamet vurderer dets fremskridt regelmæssigt gennem feedback
- Teamet løser problemer på en produktiv måde – og bruger den feedback, der gives
- Teamet foretager justeringer i operationsprocedurer efter behov

### ***Anvendelsen af frivillige***

En vigtig betragtning for ledelsen og personalet på specialiserede behandlingscentre er, om frivillige hjælpere har en plads på centeret. Hvis frivillige indgår i centerets struktur, må disse rekrutteres på en sådan måde, at de passer ind i centerets organisation. Frivillige, såvel som fast personale, underskriver kontrakter i forhold til arbejdstimer, opgaver og goder. I forhold til opgaver er frivillige hjælpere i stand til at udfylde mange roller i centerets dagligdag – f.eks. kan de anvendes ved træningssessioner, markedsføring eller tilvejebringelsen af midler. I disse tilfælde er det dog nødvendigt for centeret at have et fast sæt politikker og arbejdsgange i forhold til ansvarlighed, troværdighed og fortrolighed. Desuden bør disse medarbejdere tilbydes omfattende træning og supervision.

### ***Egenomsorg***

Medarbejdere deltager regelmæssigt i planlagt supervision (ugentligt), interne præsentationer (månedligt) og sessioner med debriefing (efter behov). De tager ansvar for faglig såvel som personlig vækst og er blevet advaret om uundgåeligheden af træthed/mætning og sekundær traumatisering. Derfor er centerets ledelse forpligtet til at forebygge dette og til proaktivt at lette disse påvirkninger – f.eks. gennem sociale aktiviteter og gratis medlemskab i et motionscenter for alle medarbejdere. En sådan tilbagetrækning af personalet kan hjælpe med til at skabe en stemning af positiv forandring indenfor et center. En succesfuld tilbagetrækning begynder med involvering af medarbejderne og kan give dem en mulighed for at undersøge, hvad der virker, og hvordan man kan forbedre det, der ikke virker. Agendaen er klar, både ledelsen og personalet bakker op herom. Der fokuseres kun på få områder – inklusiv en gennemgang af centerets mission, fremtidsvision og målemetoder – og omgivelserne er kreative, komfortable og private. Tilbagetrækningen afsluttes med en evaluering af centerets fremskridt såvel som tilbagetrækningen i sig selv. Aktiviteter med team-building indbygges i møder, træningssessioner og sessioner med egenomsorg som fokus. Disse aktiviteter er designet til at udvikle respektfulde kommunikationsstrategier, understøtte mål, opmuntre til interaktion medarbejdere imellem, fremhæve medarbejdernes selvstændighed og anerkende behovet for fleksibilitet. Det er vigtigt, at centerets normer, som forsvares af centerets ledelse, anerkender forekomsten af omsorgstræthed og sekundær traumatisering som værende reelt og legitimt. Konditionen bør behandles inden for systemets kontekst, og løsninger bør findes uden beskyldning af ofret. Der bør opfordres til åben kommunikation personalet imellem.

### ***Personalets praksis***

Den ideelle terapeut/behandler er empatisk og reflekterende, oprigtig, varm – og ikke bedømmende. Der er kongruens imellem behandlerens affekt og adfærd, og behandleren har respekt for patientens evne til at hele og vokse. Den ideelle behandler er bekendt med passende timing af interventioner, og disse påbegyndes med passende fart. Behandleren forventer at blive testet og er i stand til at erkende sine fejl. Etiske værdier guider individets arbejde, når vedkommende indgår i et samarbejde, hvor patienten anses for værende egnet og kompetent. I en undersøgelse af hvilke faktorer der er væsentlige for at garantere sikkerhed i forholdet mellem patient og behandler, viste det sig, at det er af største vigtighed, at terapeuten etablerer en forbindelse og opbygger tillid, før der stilles spørgsmål til traumat.

## Ledelse og management

I det ideelle traumecenter er ledelsen teambaseret med fokus på samarbejde. Ledere henvender sig til de reelle traumeeksperter – ofrene og overleverne – for at få hjælp til beslutningstagning. Loyalitet overfor centerets mission er noget ledelsen forkynder, elsker og lærer fra sig. Ledelsen har visioner for fremtiden og designer disse visioner, så de stemmer overens med centerets kulturelle værdier, forventninger, mål og mission. Lederen har en god forståelse for, hvordan tingene på centret foregår, og designer på baggrund heraf passende strukturer og teams. Ligeledes er lederen opmærksom på, hvordan centret passer ind i større systemer og miljøer.

Lederen samarbejder med andre for at udvikle en marketingsstrategi, der tager højde for centrets position i det omgivende miljø. Lederen anerkender målgruppers behov og hjælper organisationen med, at udvikle strategier til at imødekomme disse. En sådan situationel analyse fører til rekruttering af passende personale og kaster også et blik på konkurrencen og dens rolle på området. Lederen er også bevidst om offentlighedens syn på centret. Lederskab svarer til beslutningstagen. Ingen metode for beslutningstagen er passende i alle tilfælde, men den ideelle leder er fleksibel i forhold til beslutningstagen og ændrer metode, så den passer med situationen. Den ideelle leder er ydermere troværdig og opbygger tillid indenfor organisationen. Denne tillid vokser, fordi lederen er kompetent og ærlig. Vedkommende er i stand til at tage beslutninger og følger op på disse med handlingsplaner. Selve lederstilen afhænger af mange ting – fx lederens værdisystem, job- definitionen, medarbejdernes tillid til lederen, karakteristika ved lederen og ikke mindst dennes bidrag til organisationen som et hele. Lederskab svarer også til kommunikation, som er designet til at fremkalde resultater. En stærk leder har selvrespekt og evnen til at overbevise andre om at følge bestemte handleplaner (10).

Ifølge Hallam og Campbell kommunikerer den optimale leder<sup>61</sup> en klar mission og efterlader en følelse af formål for centret. Lederen identificerer tilgængelige ressourcer og talent blandt medarbejderne, udvikler dette talent, planlægger og organiserer centerets interventioner, koordinerer arbejdsaktiviteter og skaffer centret flere ressourcer, når der er behov herfor. De danner desuden teams og løser konflikter mellem medarbejdere, når disse forekommer.

## Etik

Det etiske kodeks og de etiske principper, som behandlerne følger, guider ethvert arbejde, der udføres i centeret. Faglige etiske kodeks, som relaterer sig til arbejdet med traumeofre, hjælper med til at stabilisere praksis, så der er mindre sandsynlighed for, at faglige præstationer undergraves.

Generelle etiske standarder erkender, at den primære forpligtelse for alle personer, der arbejder i et specialiseret behandlingscenters regi, er patientens fysiske, emotionelle og spirituelle sikkerhed. Centeret sætter, som en patient-centreret organisation, patientens lykke øverst. Enhver medarbejder handler på en sådan måde, at æren, integriteten og potentialet ved vedkommendes

profession stadfæstes. Derfor fungerer medarbejderne kun på områder, hvor vedkommende er kyndig, kompetent og kvalificeret.

Desuden forsøger medarbejderne at være særligt opmærksomme på kulturforskelligheder og opererer indenfor patientens kulturelle normer, så vidt det er muligt. Medarbejderne har også en etisk forpligtelse til at dele information og viden om traumer og traumers konsekvenser med ofre, kollegaer, organisationer, lokalsamfund og nationer – alt sammen med det formål at fremme healing. At modtage undervisning kontinuerligt er endnu en etisk forpligtelse, der hviler på medarbejdernes skuldre. Endnu en etisk bestanddel af traumearbejdet drejer sig om medarbejdernes egenomsorg. De har en etisk forpligtelse til at selv-monitorere deres kapaciteter i forhold til arbejdet med behandling, forskning, træning og vurdering (10). Personalet bliver gjort opmærksomme på konsekvenserne ved sekundær traumatisering gennem passende træning, supervision og konsultation.

## Udbud af ydelser

Et ideelt traumecenter tilbyder en lang række af integrerede ydelser. Udbuddet af ydelser er velkoordineret, og der er formelle, nedskrevne guidelines for prioritering af patienter og behandlingsplanlægning. Ideelt set udbydes disse ydelser under den samlende (“unifying”) model for udbuddet af traumeydelser:

Traumeteori og praksis guider klinisk beslutningstagen, programudvikling og udbuddet af ydelser.

### **Kompetence opbygning**

Opbygning af kompetence er et væsentligt led i behandlingen på et specialiseret behandlingscenter. Kompetencebaserede behandlingsteknikker er orienteret mod færdighedsudvikling og forbedring af traumeoverlevernes livskvalitet.

## Omfattende ydelser

Før et specialiseret behandlingscenter er omfattende, må de udbudte ydelser spænde over forebyggelse til langsigtede interventioner. Et sådant center tilbyder desuden henvisninger til andre organisationer og fagpersoner, hvis centret ikke kan tilbyde de ydelser, der er behov for. Ved et omfattende traumecenter kan medarbejderne benytte sig af ekstra teknikker for at hjælpe patienterne – herunder f.eks. kunstterapi, musikterapi og andre former. Medarbejderne kan ligeledes vælge at foretage hjemmebesøg hos patienterne (10).

Essentiel forbedring er ifølge en rapport fra *Maine Advisory Group* følgende punkter:

- Stabilisering og struktur
- Konsekvent terapeutisk intervention
- Samarbejde blandt alle behandlingsteams
- Veltrænet, modent personale, som er omsorgsfuldt, empatisk, konsekvent, passende, udtryksfuldt, accepterende, selvfslørende og villige til at drage omsorg

## Forebyggelse

I en ideel verden har behandlingscenteret mulighed for at gennemføre mange forebyggelsesorienterede aktiviteter. Sådanne aktiviteter forsøger at hjælpe patienterne med at opnå eller forstærke de færdigheder, der øger deres ukuelighed og coping, og samtidig reducere de faktorer, som sætter individer, grupper og samfund i risiko for akutte og posttraumatiske stressreaktioner.

Forebyggelsesarbejdet på behandlingscentret falder ind under følgende seks strategier:

- Miljømæssig forebyggelse – lovgivning, håndhævelse og compliance
- Udbredelse af information – kommunikation om traumer og konsekvenser
- Uddannelse og træning – tovejskommunikation og interaktion
- Skabelsen af alternativer – forstærkning af selvtillid, coping og robusthed
- Problemidentifikation og henvisning – screening og identifikation af højrisikogrupper
- Lokale programmer – forstærkning af evnen til at tilvejebringe passende ydelser ved behov

Centrets arbejde med forebyggelse vokser således ud fra ovenstående seks aspekter(10).

## Assessment

Som før nævnt er sikkerhed og tillid vigtigere aspekter at tage med i overvejelserne end indsamling af faktisk information. Skønt det er vigtigt at skaffe sig en omfattende biopsykosocial historie og personlighedsvurdering af PTSD-patienterne, er umiddelbarhed/travlhed i dataindsamlingen ikke altid den bedste vej frem. Behandlerne må spørge ind til klienternes traumehistorier på en rutinemæssig og standardiseret måde, som ikke antyder patologi eller fører til negative reaktioner.

Som en del af centerets protokol, besluttes det hvilke typer af måleinstrumenter, der skal anvendes og hvornår – er det f.eks. traumespecifikke tests, patienternes historier eller deres livslinjer, man vurderer ud fra?.

Assessment anerkender og undersøger individets biopsykosociale komponenter. Carlsson (499) anbefaler, at de specialiserede behandlingscentre anvender en systematisk tilgang til assessment. Ved de indledende interviews spørger behandleren altid ind til patientens traumatiske hændelse. Selve spørgsmålene er standardiserede med en neutral ordlyd og fører ikke respondenterne i en bestemt retning. Vurderingen inkluderer også selvrapportering, standardiserede psykologiske tests og psykologiske mål. Alle resultater fra dataindsamlingen præsenteres i et forståeligt sprog, og der tages højde for kulturelle problematikker. Formålet med assessment er, at det skal føre til skabelsen af en passende behandlingsplan for hver enkelt patient. Dataindsamlingen kan også føre til forskningsundersøgelser, der kan karakteriseres som biprodukter af terapeutiske interventioner. Ved gentagne vurderinger af denne type er det muligt at monitorere fremskridt, og resultaterne kan anvendes til evaluering af behandlingsresultatet.

Internationalt anvender mange behandlingscentre de samme måleinstrumenter, hvilket muliggør sammenligning på tværs af centre (10).

## Behandling af traumeoverlevende

Behandlingen på et specialiseret behandlingscenter er ikke statisk, men tværtimod en fleksibel proces, som anvender en lang række teknikker, procedurer og strategier tilpasset patienternes fænomenologi. Behandlingen er individdrevet, nøje udvalgt og passer med centerets mission. Længden og timingen af behandlingssessioner er med til at tilvejebringe stabilitet og sikkerhed, idet de er forudsigelige og aftalt på forhånd. Behandlingen er en proces baseret på stadier, og denne proces må times og tilpasses patienternes færdigheder. Formålet med behandlingen er ikke at overvælde eller at gøre patienten inhabil. Det handler nærmere om at etablere sikkerhed, aflære færdigheder til dæmpning af traumatiseringen, uddannelse og bestemmelse af nuværende kriser.

Behandling inkluderer traditionelle interventionsmodeller (individuel terapi, familierapi, gruppeterapi), såvel som støtte, rådførelse med kontorer (f.eks. skole og domstole), mobile kapaciteter, hjemmebesøg og muligvis hjemmebaserede programmer, henvisning, holistisk metodologi (f.eks. ernæringsvejledning og vejledning om håndtering af medicin) og mere ultraditionelle modeller. Arbejdet inkluderer også kunstterapi, aktivitetsterapi, musikterapi og andre former for terapi. Se mere uddybende i Teknologi kapitlet, hvor der er en oversigt over teknologier (10).

## Udgående teams

En af de mest effektive modeller for udbud af ydelser er det udgående team, som bevæger sig ud, hvor overleverne bor, har bosat sig midlertidigt eller går i skole. Disse besøg inkluderer gruppemøder med overlevende, hvilket foregår på deres modersmål. Medarbejderne prøver at få kontakt til overleverne og forventer dermed ikke at de af sig selv kommer til centrene. Det er af særlig betydning, at mobile teams ikke konkurrerer kontraproduktivt for at kunne udbyde sådanne ydelser. Erfaringerne med udgående teams findes blandt andet ved CETT i Vejle og er generelt positive, men det kan være en dyr løsning. Muligheden for at få kontakt til særlige grupper af patienter kan imidlertid have en større succesrate. Der er også patienttilfredshedsundersøgelser, der viser, at der generelt opleves en stor tilfredshed med behandling i nærmiljøet (500). Udgående teams er en udbredt behandlingsform for mange sygdomsgrupper i Danmark.

## Case management

Baggrunden bag *case management* var ønsket om at kunne tilbyde sammenhængende behandling. *Case management* inkluderer *case finding*, assessment, behandlingsplanlægning, koordinering, opfølgning og reassessment. *Case management* anvender en holistisk krop-sind tilgang og kræver omfattende samarbejde blandt centrets personale og kommunale ressourcer.

Centrets medarbejdere kan, som *case managers*, fungere som mæglere, de kan arrangere ydelserne og forbinde dem til ydelser inden for det lokale miljø, ligesom de også kan forestå den kliniske behandling. Processen med identificering, koordinering og udbud på tværs af behandling, faglige discipliner og placeringer kaldes *care mapping*.

*Case management* er således en vedvarende proces. Allianceopbygning er hjørnестenen i *case management*. At stille uddannelse til rådighed til patienterne og at kommunikere effektivt med dem er essentielle aspekter af denne opgave. Medarbejderne har mange kontakter med patienten for at kunne indsamle information, udføre assessment og opnå en forståelse for traumatet og dets konsekvenser. *Case manageren* må også have patientens kulturelle og personlige historier samt traditioner med i overvejelserne. Case management bliver kun en succes, hvis behandlingscentret har et støttende, administrativt klima, som giver mulighed for samarbejde indbyrdes i organisationen, men også med patienterne. Medarbejderne må anerkende, at en del af deres job er at hjælpe patienterne med at få adgang til ydelser, som afspejler patienternes behov (10). *Case management* er under stadig udvikling og kan identificeres anvendt på mange andre sygdomsområder.

## Evaluering af arbejdet på et specialiseret behandlingscenter

Formålet med et evalueringsprogram er at forbedre centrets design og ikke mindst dets præstation. Før evalueringen kan gennemføres korrekt, må centrets behandlingsprogram være klart formuleret. Programmålene udspringer bl.a. fra missionserklæringen. Første skridt i denne proces er at vende tilbage til missionserklæringen for at besvare følgende spørgsmål:

- Hvem er den tilsigtede målgruppe, og hvordan er denne gruppe defineret?
- Hvad er de tilsigtede aktiviteter, som udgør centerets program?
- Hvem foretager sig hvad, og hvordan effektueres det?

At besvare disse spørgsmål hjælper med at opsætte veldefinerede standarder og guidelines for ansvarsfordeling såvel som for metoder til feedback. Ydermere kan, når disse spørgsmål er besvaret, passende mål for evaluering udarbejdes. Disse mål kan inkludere opgørelser over levering af ydelser, observationsdata eller selvrapportering (spørgeskemaer og interviews). En evaluering af centrets "succes" er nødvendig, særligt hvis finansieringen afhænger af, om centret kan demonstrere positive resultater. Ydelsernes effektivitet kan delvist måles på patienternes tilfredshed og ved cost-effectiveness analyser (10).

En af de måske bedste måder at måle et centers "succes" er at måle på ændringer i symptom-mønstre, posttraumatiske reaktioner og coping strategier. Vurderingsinstrumenter, som kan administreres både før og efter interventionen/behandlingen, kan bevise, at der er sket ændringer på disse områder.

## Konklusion

Enhver model af et specialiseret behandlingscenter må være kompleks, fordi modeller for behandling og rehabilitering er sammensatte og behandlingen af traumer bliver mere kompleks, interdisciplinær og global. Behandlingen ved udgående teams er generelt positiv set både ud fra et patient og personale perspektiv. Der er både fordele og ulemper ved de udgående teams som kunne belyses nærmere. En case-manager kunne være en central person i overgange mellem de forskellige behandlingsinstanser, uanset om det er sygehus, center, kommune med flere.

---

<sup>58</sup> Elementer, som bør inkluderes heri, er:

- missionserklæringen
- centerets principper og formål
- centerets organisatoriske komponenter – inkl. ledelse og et diagram over forretningsgangen; målgrupper og mål
- indtægter og mål for profit
- konkurrerende ressourcer, som kan forhindre opnåelsen af disse mål
- udbud af ydelser
- finansielle overvejelser og behov samt driftsmæssige faktorer

<sup>59</sup> Centerets egentlige fysiske omgivelser har mindst en af seks funktioner – det er designet til at:

- Stille tryghed og sikkerhed til rådighed for torturoverlevende
- Lette den sociale kontakt mellem overlevende og behandlere
- Tilvejebringe symbolsk identifikation
- Forstærke behandlingsresultaterne
- Øge velbefindende
- Stimulere vækst

<sup>60</sup> De 6 primære strukturkomponenter er følgende:

1. Rapporteringsforholdene samt fordelingen af magt og indflydelse
2. Kommunikationsmetoder (interne og eksterne)
3. Procedurer for beslutningstagning
4. Ansvarlighedssystemer inklusive formel gennemgang af præstationer, måling af "succesfuld" behandling, finansiel bogføring, uformel (hemmelig) forståelse mellem personale for at tilsløre inkompetence
4. Normer – inklusiv formelle regler for god opførsel (f.eks. arbejdstimer og beklædning) og uformelle normer (fx personaleforhold)
6. Belønningssystemer – formelle (løn og goder), såvel som uformelle (positiv feedback og anerkendelse)

<sup>61</sup> Den ideelle leder:

- Opbygger hengivenhed og opnår viden og respekt
- Tiltrækker sig loyalitet og lytter til medarbejdernes drømme
- Udvikler formål og mening
- Kommunikerer sin vision og centerets mission
- Genererer tillid og accepterer ansvaret for succes og fiasko
- Opbygger et sikkerhedsmiljø
- Fremmer tillid

<sup>62</sup> Rådighed, tilgængelighed og tilpasning:

1. Ydelser, som patienter har brug for, må stilles til rådighed for dem
2. Ydelserne må være tilgængelige for patienterne – enten centralt eller ved et satellitkontor, der placeres lokalt
3. Tilpasning – ydelserne må kunne tilpasses patientgruppens omstændigheder og kulturer



## 6.3. Internationale erfaringer med organisering af behandlingscentre

### Erfaringer med organiseringen af behandlingen i England

En undersøgelse af den organisatoriske struktur og praksis blandt specialiserede traumeservices i England viste, at de i høj grad benytter sig af ensartede terapeutiske programmer, herunder CBT og EMDR, men at de afviger fra hinanden med hensyn til patienternes karakteristika samt organisatoriske træk (501). Størstedelen af de specialiserede behandlingscentre måler rutinemæssigt resultaterne af deres behandling, men de benytter ikke nødvendigvis samme måleinstrument hertil. Det er derfor en god idé at benytte en ensartet protokol med få måleinstrumenter, der udvikles og anvendes af alle centre med det formål at ensrette evalueringen af behandlingsresultater.

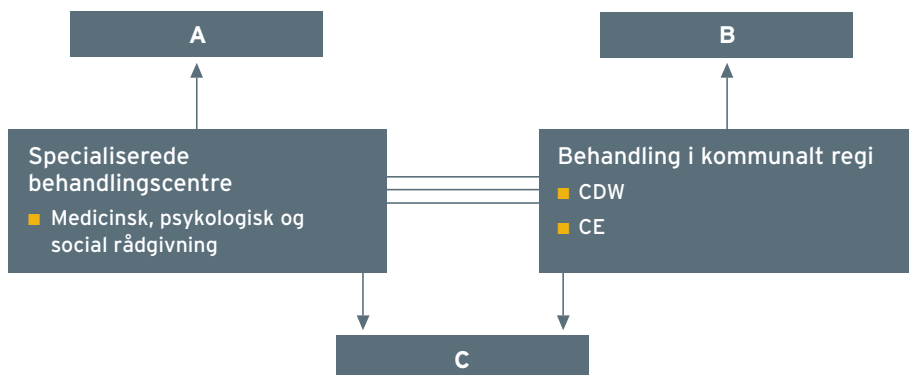
I forhold til personalesammensætningen på centrene er der stor variation, hvilket kan afspejle vigtigheden af tværfagligt arbejde i behandlingen af patienter med PTSD. Det er dog påfaldende, at nogle teams arbejder uden en psykiater eller en psykolog, hvis ekspertise synes at være essentiel for behandlingen. Det tyder på, at teams, der har et højere antal af psykiatere i deres personalesammensætning, ser flere patienter sammenlignet med teams, der ikke har en sådan personalesammensætning. Der findes imidlertid ingen sammenhæng mellem det totale antal ansatte og det samlede patientantal, der modtager behandling. Det konkluderes, at specialiserede behandlingscentre kan opnå forbedringer, hvad angår både organisering, men også den rutinemæssige måling af behandlingsresultater og stærkere samarbejde i forbindelse hermed vil sandsynligvis være nyttigt. I undersøgelsen deltog 17 specialiserede traumebehandlingssteder.

### To modeller for den overordnede organisering af behandlingstilbud til flygtninge

Udviklingen af *Victorian Foundation for Survivors of Torture* (VFST), som har til formål at imødekomme tortur- og traumeoverleveres behov, gav en mulighed for at illustrere nogle af de generelle problemer, der er forbundet med udviklingen af et sådant center såvel som de specifikke og komplekse elementer, der er involveret i behandlingen af denne målgruppe. Det står ganske klart, at tortur- og traumeoverleveres behov spænder bredere end rækken af medicinske, psykologiske og sociokulturelle domæner, hvorfor intet center kan imødekomme samtlige behov. Effektiv networking med andre relevante organisationer er altid essentielt. Når det kommer til organisering af udbuddet af ydelser, beskriver McGorry (502) to modeller (se næste side).

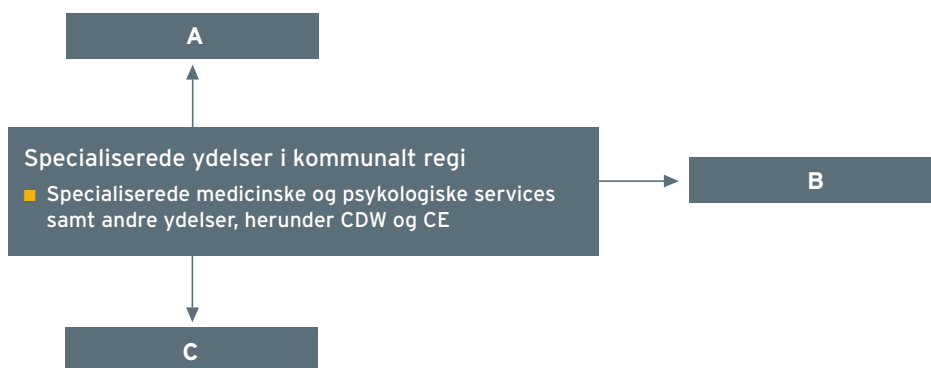
## Model 1:

### Twin strategy model



## Model 2:

### Unified model



Ved den første model – også kaldet *Twin Strategy Model* – anerkender man tilstedeværelsen af en skillelinje, der opdeler ydelserne i to – på den ene side de medicinske og psykologiske ydelser og på den anden side ydelser i kommunalt regi. En naturlig konsekvens forbundet med en sådan organisering er, at megen energi benyttes på at fremme gode kommunikationskanaler og arbejdsforhold på tværs af denne skillelinje. Fordelene ved denne model er, at den interne faglige kvalitet og sammenhængskraft kan være større, mens ulemperne ved en sådant “adskilt” organisering kan være, at overlevernes behov ikke imødekommes fuldstændigt, eller at de bliver behandlet uhensigtsmæssigt i dele af netværket.

Den anden model – også kaldet *Unified Model* – gør det muligt at se bort fra skillelinjen og placere alle ydelser under samme tag i en samlet organisation. Fordelen ved denne anden model er, at den potentielt giver mulighed for en mere helhedsorienteret og sensitiv tilgang til patienten inden for mere opløftende rammer. Imidlertid indebærer denne organisering en risiko for, at hhv. medicinske og psykologiske ydelser på den ene side og ydelser i kommunalt regi på den anden ikke kan integreres og udvikles tilstrækkeligt, hvorved den interne sammenhængskraft og kvalitet sættes på spil (502).

Udviklingen af VFST er baseret på *The Unified Model*. Specialiserede ydelser tilvejebringes inden for rammerne af det kommunale arbejde, hvor formålet er at gøre bestemte fællesskaber i stand til at tage fat på deres behov. Det involverer fokus på emner som adgang, lighed og deltagelse. Erhvervelse af viden kan virke opløftende for patienter, så opmærksomhed på fællesskaber og uddannelsesprogrammer kan være meget virkningsfuldt.

Personalet på VFST består af en koordinator, op til fem rådgivere, en til to *community access worker(s)*, en medarbejder med ansvar for komplementær terapi, en psykiater, en informationsmedarbejder og administrativt personale. Den stabile patientmasse har konstant været over 200 personer, og deres veje til VFST har været vidt forskellige – dog størstedelen gennem henvisning fra familie og venner, private organisationer, lægelige ydelser og immigrationsministeriet. Rådgiverne bruger i gennemsnit 40% af deres tid på vurdering og terapi, men der eksisterer til stadighed et højt behandlingsbehov, som ikke imødekommes. Adgang forbliver et stort problem, der er forbundet med en mangel på tværkulturelle ydelser og personale. Det terapeutiske arbejde hos VFST er fleksibelt, men involverer hovedsageligt individuel rådgivning og psykoterapi, sædvanligvis med hjælp fra en tolk. Herudover tilbydes familie- og gruppearbejde, massage og andre berøringsterapier, homøopati og naturlægemidler samt afslapning.

En engelsk undersøgelse, der omfattede 17 specialiserede tilbud til traumatiserede viste, at der blev benyttet ensartede, systematiske behandlingsprogrammer, men med store afvigelser med hensyn til patientkarakteristika (501). Der foreligger ikke overvejelser vedr. sammenhængen mellem bestemte patientkarakteristika og bestemte indholdsbeskrevne systematiske behandlingsprogrammer. De fleste specialiserede traumebehandlingscentre målte rutinemæssigt resultaterne af behandlingsindsatsen, men ofte med forskellige spørgeskema måleinstrumenter. Oversigtsundersøgelsen anbefaler udvikling af en ensartet protokol med få måleinstrumenter, der afkoder de centrale elementer i patienternes problemer, og at denne ensartede protokol anvendes af alle centre. Denne anbefaling fra England stemmer overens med de anbefalinger, der er fremsat i denne MTV (jf. afsnit 9.1 & 9.2).

## Opsummering

Af to organisationsformer, der gennemgås og evalueres, er “the twin strategy model” den, der ligger nærmest den danske med behandling på de specialiserede centre i kombination med den kommunale indsats/praktiserende læge. Fordelen ved denne model er muligheden for udvikling af høj faglig kompetence, forskning, monitorering og vidensdeling.

Svagheden er overgangen og overdragelsen mellem de specialiserede behandlingsenheder og indsatsen i kommunerne. Udvikling af behandlingsenhederne i ovenstående retning samt fokus på overgangen mellem centrene og kommunerne er netop anbefalinger i MTV-rapporten (jf. afsnit 9.4 & 9.8).

Tværfagligheden er netop af stor betydning for behandlingen og rehabiliteringen af patienter med PTSD, og her er det tankevækkende, at der blandt andet ingen sygeplejersker er ansat ved de specialiserede behandlingscentre. Det kan skyldes traditioner, og at centrene tidligere lå udenfor psykiatrien. Integrering i den øvrige psykiatri vil være en fordel i forhold til at leve op til de lovmæssige krav, der stilles til centrene. Eksempelvis for at leve op til kravet om rapportering af utilsigtede hændelser samt løfte behandlings kompetencerne.

## 6.4. Behandlingsformer

Evidensen for nedenstående behandlingsformer blev i tidligere afsnit (5.0) om teknologi beskrevet dybdegående. I dette afsnit fokuseres nærmere på organiseringen af behandlings-sessionerne inden for de forskellige behandlingsformer.

### 6.4.1. Psykologisk behandling af PTSD

Der findes kun et minimalt omfang af videnskabelig evidens for den optimale rækkefølge af de forskellige psykologiske behandlingsformer. To studier sammenligner *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) med andre alternative psykologiske behandlingsformer, hvoraf den ene er *Exposure Therapy* (E). Resultaterne af den ene af undersøgelseerne, der omfatter en mindre gruppe af flygtninge (272), viser i overensstemmelse med tidligere forskning, at CBT og E er lige effektive, hvorfor E bør være førstevalg, da denne kræver mindre træning og tid. Den anden undersøgelse (503) viser, at behandling med CBT var forbundet med bedre resultater på lang sigt sammenlignet med non-CBT i forhold til graden af symptomer, men ikke i forhold til patienternes diagnostiske status. Heller ikke i forhold til *cost-effectiveness* kan CBT anbefales frem for behandling med non-CBT. Resultaterne fra den førstnævnte undersøgelse, hvor CBT sammenlignedes med E, bør tages med forbehold, da undersøgelsen har enkelte vigtige svagheder. For det første inkluderes kun få deltagere ( $n = 20$ ), og disse var i behandlingsperioden ikke medicinfri, men blev opfordret til at holde deres dosis konstant, hvilket kun 50% opfyldte (272). Desuden havde det i undersøgelsen været optimalt med en uafhængig person til vurdering af behandlingsresultatet, så behandleren ikke også selv skulle vurdere effekten af sin behandling. I forhold til den anden undersøgelse bør det pointeres, at resultaterne udelukkende gør sig gældende for patienter med angstforstyrrelser og psykoser – ikke PTSD.

I forhold til den mest hensigtsmæssige rækkefølge af psykologiske tilbud anbefaler den australske guideline (5) ikke, at non-traumefokuserede interventioner, såsom støttende rådgivning og afslapning, stilles til rådighed for voksne med PTSD før traumefokuserede interventioner, såsom *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) og *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR). Hvis der ikke observeres effekt af den traumefokuserede behandling, bør evidensbaserede ikke-traumefokuserede og/eller farmakologisk terapi tages i brug (5). Der synes således ikke at være enighed om, hvorvidt CBT bør opprioriteres eller ej i forhold til andre alternative behandlingstyper. Et løsningsbidrag er at tilbyde traumefokuseret behandling som første valg til patienter med høje psykosociale ressourcer, som det er omtalt andetsteds (jf. anbefaling 9.2).

En helt tredje kilde fastslår, at man i behandlingen af flygtninge bør tage fat på smertefulde fysiske symptomer først og efterfølgende, når patienterne synes klar hertil, iværksætte psykoterapi (504).

Det kan altså konstateres, at evidensen i forhold til den mest hensigtsmæssige rækkefølge af psykologisk behandling er yderst sparsom – og ikke mindst tvetydig. Yderligere undersøgelser

på området er nødvendige, hvis der skal udvikles fælles standarder for organiseringen af behandlingen (jf. anbefaling 9.4).

I hvilken rækkefølge, man bør behandle, når man står overfor patienter med multiple diagnoser, er en anden side af sagen. Ved samtidig PTSD og depression anbefales det i den australske guideline (5) at behandle PTSD først – med mindre graden af depression er så voldsom, at effektiv engagement i behandlingen hindres eller er forbundet med alvorlig selvmordsrisiko. Ved samtidig PTSD og stofmisbrug bør det ifølge anbefalingerne i den australske guideline overvejes at behandle begge tilstande samtidigt. Besluttes det at behandle stofmisbruget først, bør behandlingen inkludere information om PTSD samt strategier til at håndtere symptomerne, mens patienten kontrollerer sit stofmisbrug (jf. afsnittet 4.3 om co-morbiditet).

Et andet vigtigt punkt i organiseringen af den psykologiske behandling er antallet og længden af behandlingssessionerne. I den australske guideline anbefales det, at når vurdering, diagnose og behandlingsplanlægning er overstået, vil 8-12 sessioner med traumefokuseret behandling normalt være tilstrækkeligt (5). En lignende estimering af antallet af behandlingssessioner findes i en førnævnt undersøgelse, hvor CBT sammenlignes med ikke-CBT (503). Her konkluderes det, at behandlere, der overskrider standardiserede behandlingsprotokoller, hvor normalen er 10 sessioner over en periode på 6 måneder, sandsynligvis ikke opnår yderligere forbedringer. Der fandtes således ingen forbindelse mellem mere intensiv terapi og mere varige effekter af CBT. Sammenhængen mellem højt funktionsniveau, høje psykosociale ressourcer og traumefokuseret behandling er igen centrale.

Netop denne sammenhæng mellem behandlingsintensiteten og effekten af behandlingen var udgangspunktet for en undersøgelse af 554 mandlige veteraner diagnosticeret med PTSD (505). Tidligere forskning har vist, at to faser må gennemløbes i det første behandlingsår – en udviklingsfase i de første 4 måneder, hvor signifikante forbedringer finder sted, efterfulgt af en stabiliseringsfase i de sidste 8 måneder, hvor ingen videre forbedringer forekommer, men hvor tidligere opnåede forbedringer fastholdes. På baggrund af dette antages det i undersøgelsen, at behandlingsprogrammer, for at være effektive, kun bør tilbyde intensiv terapi i de første 4 måneder af behandlingen, hvorefter behandlingsintensiteten skal være på et niveau, så de tidligere opnåede forbedringer kun lige fastholdes. Resultaterne angiver, at frekvensen af behandlingen efter de første 4 måneder kan reduceres til gennemsnitlig en behandling månedligt – uden at det går ud over behandlingens effekt. Dette efterlader altså en behandlingsintensitet på 8 timer i løbet af stabiliseringsfasens 8 måneder, og det anbefales at overlade det til patienten og lægen i fællesskab at bestemme, hvordan disse bedst udnyttes. En sådan effektivisering af behandlingen vil efterlade et spillerum med mulighed for at variere behandlingsintensiteten efter behov. Det anslås, at man ved en sådan effektivisering af behandlingen kan øge antallet af behandlede patienter med 17-51% – alt efter hvordan man vælger at organisere behandlingen i stabiliseringsfasen. Det bør dog bemærkes, at her er tale om veteraner og ikke flygtninge, hvorfor resultaterne for flygtningepopulationen kan se anderledes ud.

I forhold til antallet af behandlingssessioner peger evidensen på, at et sted mellem 8 og 12 sessioner pr. patient er det mest rentable niveau. Dog understreges i før nævnte undersøgelse (272), hvor CBT og E sammenlignes, at behandling med færre og kortere sessioner end 16-20 sessioner af 60-120 minutters varighed, højst sandsynligt ikke resulterer i signifikante forbedringer hos patienterne. Der synes at være en del uklarhed på dette område, ligesom der ikke findes retningslinjer for, om sessioner til vurdering, diagnosticering og planlægningen inkluderes i opgørelsen eller ej.

### 6.4.2. Farmakologisk behandling af PTSD

Evidens for organisering af den farmakologiske behandling af PTSD er mangelfuld på næsten alle områder. I den australske guideline anbefales det, at man undlader en rutinemæssig medicinsk behandling af PTSD som første behandlingsvalg for voksne frem for psykologisk behandling. I tilfælde, hvor medicinering overvejes, bør SSRI antidepressive midler være førstevalget. Hvis en voksen patient med PTSD reagerer positivt på et medikament, anbefales det ydermere, at denne fortsættes i mindst 12 måneder før gradvis udtræden (5).

En indisk undersøgelse påviste sammenhængen mellem patienternes økonomi og udgifter til den medicinske behandling (506). Det var ofte et problem at få patienterne til at købe medicinen pga. udgifterne. Erfaringerne fra centrene i Danmark svarer hertil: Mange PTSD-patienter undlader at købe den nyeste og dyreste medicin, der ofte er den bedste, pga. høje priser på disse præparater. Det er derfor ofte nødvendigt at udskrive ældre og billigere præparater, hvilket medfører en suboptimal behandling. Hertil kommer, at der mangler udvikling af mere specifik farmakologisk behandling af PTSD. De anvendte præparater i PTSD-behandlingen er primært udviklet til andre lidelser. Jf. afsnittet om psykofarmakologisk behandling (jf. afsnit 5.8).

## Opsummering

I forhold til den psykologiske behandling af PTSD er det indledningsvist en fordel at tage fat på smertefulde fysiske symptomer og først efterfølgende, når patienterne synes klar hertil, at påbegynde den psykologiske behandling. Ifølge den australske guideline anbefales det først at iværksætte traumefokuseret behandling og dernæst at tage hul på den ikke-traumefokuserede behandling, hvis ingen effekt ses heraf. Ser man på de traumefokuserede behandlinger, var der ikke grundlag for at opprioritere CBT som behandling for flygtninge med PTSD i forhold til andre psykologiske behandlingsformer, som f.eks. eksponeringsterapi – dog havde CBT en særlig positiv indvirkning på graden af symptomer på PTSD. 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.

Vedrørende organisering peger resultaterne på, at man efter behandling af smertefulde fysiske symptomer bør påbegynde den psykologiske behandling, men hvordan denne bør organiseres

i forhold til rækkefølge og sessioner, findes der intet entydigt svar på. Viser den psykologiske behandling sig ineffektiv, bør farmakologisk behandling overvejes. Det anbefales her i MTV-rapporten at sammenkæde patientens psykosociale ressourcer med typen af intervention (jf. afsnit 5. og anbefaling 9.2).

## 6.5. Individuel, gruppe eller familie?

Der findes mange måder at tilrettelægge behandlingen af PTSD på. Hvad der er mest hensigtsmæssigt, findes der ingen evidens for, dog beskrives i litteraturen følgende konstellationer – individuel terapi, gruppeterapi, familierapi og børneterapi. Imidlertid er der ikke identificeret nogen undersøgelser, som sammenligner effekten af disse forskellige konstellationer.

### Individuel terapi

Her er tale om ansigt til ansigt terapi, hvor patient og behandler (oftest med en tolk) dyadisk arbejder med patientens psykosociale ressourcer og symptomer (jf. 7.4.2 samt anbefaling 9.9). Muligheden for ugentligt at tilbyde individuel terapi som en nøglekomponent i en individualiseret behandlingsplan er afgørende, hvis man skal kunne tage hånd om de problemer, der potentielt opstår. Personer, som modtager individuel terapi på en ugentlig basis har nytte af den opmærksomhed på egne behov, som muliggøres i en relation ansigt-til-ansigt. Desuden giver individuel terapi et fortroligt terapeutisk afløb for diskussion og processering af svære oplevelser (10).

### Gruppeterapi

Gruppeterapi er et omfattende begreb, som giver mulighed for en række konstellationer. Nedenfor følger en gennemgang af nogle af disse.

#### *Mødre-terapi*

En undersøgelse (507) blev gennemført med det formål at evaluere effekten af et psykosocialt interventionsprogram på udviklingen og sundheden hos bosniske børn. Selve hensigten bag interventionsprogrammet var at fremme udviklingen og trivlsen hos børn gennem involvering, støtte og uddannelse af mødre samt at fokusere på vigtigheden af interaktionen imellem barn og mor mhp. barnets udvikling og heling. Resultaterne viste, at interventionsgruppen på nogle områder udviste større fremgang sammenlignet med kontrolgruppen. De positive effekter af interventionsprogrammet kom til udtryk ved en reduktion i børnenes problemer, vægtøgning hos børnene, forøgelsen af børnenes kognitive ydeevne og opfattede sociale støtte samt reduktion i mødrenes traumesymptomer og deres øgede tilfredshed med livet. Selve interventionen var designet til, gennem semistrukturerede gruppesessioner for mødre, at hjælpe dem med såvel egne psykosociale problemer som deres børns – og herigennem at forbedre mor-barn forholdet. Resultaterne her er af særlig stor vigtighed taget i betragtning, at bedringen hos børnene skete indirekte gennem påvirkning af deres mødre. Dette understreger den store rolle, mødrenes helbred spiller for børnenes videre udvikling (jf. afsnit 4.2.).



I undersøgelsen deltog i alt 87 bosniske mor-barn par, som tilfældigt blev henvist til enten interventionsgruppen eller kontrolgruppen. Det bør dog pointeres, at børnene udviste nogle post-traumatiske reaktioner og psykosociale problemer, men kun få kunne diagnosticeres som værende klinisk syge. Desuden kan det ikke udelukkes, at en vis "afsmitning" af behandlingseffekter er foregået deltagerne imellem grundet den tætte kontakt i flygtningelejre. Det havde været ideelt, hvis også andre nære personer til barnet var blevet involveret, så ikke kun mødre-nes perspektiver var repræsenteret.

### ***Børneterapi***

Gupta og Zimmer (508) gennemførte et pilotstudie, der havde til hensigt at vurdere den psykosociale status hos forflyttede krigsberørte børn i Sierra Leone samt at bestemme, om en kombination af basal undervisning, traumeheling og rekreative aktiviteter havde en effekt på børnene. Resultaterne af undersøgelsen indikerer, at muligheden for at dele dårlige minder og smertefulde følelser i trygge omgivelser kan reducere forekomsten af forstyrrende arousalssymptomer hos krigsramte børn. Det tilvejebringer desuden en mulighed for, gennem interaktion, at genopbygge en følelse af optimisme i forhold til fremtiden blandt børnene. I alt deltog 315 børn i alderen 8-17 år, og ud af disse berettede 96% om en signifikant reduktion i koncentrationsproblemer, søvnforstyrrelser, mareridt og påtrængende billeder efter deltagelse i interventionen. Der registreredes dog en moderat stigning i forekomsten af avoidance symptomer, hvilket bør undersøges nærmere. Resultaterne af denne undersøgelse antyder, at en kombination af basal undervisning, traumeheling med struktureret leg og rekreative aktiviteter har et stort potentiale, når det handler om at bedre den psykosociale status hos krigsberørte børn. En svaghed ved pilotstudiet her er, at ingen kontrolgruppe blev inkluderet, men det synes uetisk at afskære en gruppe af overlevere muligheden for potentielt at lindre deres lidelser. Alternativt kunne interventionen tilrettelægges således, at deltagerne inddeles i 3 grupper, som modtager enten basal undervisning, traumeheling eller rekreative aktiviteter, hvorved man også ville kunne få et fingerpeg om den mest effektive af de 3 aktiviteter (508) (jf. omtalen af PSSA (psykosocial struktureret aktivitet)).

### ***Familieterapi***

Arbejdet med familien som gruppe får voksende fokus, idet der er risiko for sekundær traumatisering af andre familiemedlemmer – fx børnene (502). Det anbefales netop også af Nielsen (509) at holde øje med tegn på sekundær traumatisering hos torturoverleverens familie samt dennes generelle trivsel. At et fokus på hele familien sandsynligvis er væsentligt i samtlige tilfælde, er svært at betvivle, men det er imidlertid et krav, som er svært at imødekomme på grund af det store ressourcebehov forbundet hermed. Desuden kræver det ekspertise i at arbejde med familier og/eller adgang til supervision (502) (jf. afsnit 5).

At familien spiller en central rolle i forhold til behandling af patienter med PTSD, er der flere empiriske eksempler på. I en undersøgelse af et familiebaseret behandlingsprogram, som havde til hensigt at forbedre adgangen til psykologisk behandling for bosniske flygtninge med PTSD, konkluderedes det, at familien spiller en afgørende rolle, hvad angår håndtering af traumat og behandlingsadgang (510).

Dette støttes af en undersøgelse af behandlingsudbyderes viden, holdninger og servicemønstre (30). Inden for den bosniske kultur spiller familien en central rolle i forhold til at yde støtte og struktur – særligt, når lidelse og tunge byrder er til stede. Klinisk erfaring og etnografisk forskning viser, at familier er særdeles vigtige i forhold til at søge hjælp – inklusive psykologisk behandling. At man som behandlingsudbyder interagerer med og uddanner familier, støttes af flere undersøgelser, der dokumenterer familiens kritiske rolle i forhold til at søge hjælp og at opnå et godt behandlingsresultat (30). Resultaterne af undersøgelsen, hvor forskellige behandlingsudbydere blev interviewet om deres viden, holdninger og servicemønstre, skal tages med det forbehold, at kun 30 udbydere deltog, hvorfor måske ikke alle former for udbydere er repræsenteret i stikprøven, jf. afsnit 4.2.4 og 5.2.4.

### ***Heterogen vs. homogen gruppeterapi***

En undersøgelse (511) sammenlignede behandlingsresultaterne for henholdsvis en homogen behandlingsgruppe og en heterogen behandlingsgruppe af krigsveteraner med PTSD med det formål at se på, hvilken af disse konstellationer der fungerer bedst. Heterogenitet kan defineres som de samlede forskelle i patientkarakteristika. Det antages, at større homogenitet blandt patienterne vil resultere i bedre intern sammenhængskraft og åbenhed i gruppen, mens større heterogenitet blandt patienterne vil tilvejebringe flere perspektiver og muligheder for læring. Undersøgelsens resultater viser, at deltagerne opfattede det homogene behandlingsprogram som mere tilfredsstillende, gavnligt, støttende, klart organiseret og mindre fjendtligt sammenlignet med det heterogene behandlingsprogram. Imidlertid resulterede det homogene klima ikke i større involvering fra deltagerne side – og heller ikke personalets vurdering af gavnlighed blev mere positiv – hvilket kan indikere, at de positive effekter af et homogent behandlingsklima kan være begrænset til deltagerne indbyrdes forhold mere end deres deltagelse i behandlingen. Desuden var behandlingsresultatet ens for de to behandlingsprogrammer, hvilket antyder, at deltagerne forskellige karakteristika i den heterogene gruppe ikke spiller den store rolle for selve behandlingsresultatet, kun for tilfredsheden. Som det tidligere er vist, behøver der heller ikke nødvendigvis at være en sammenhæng mellem tilfredsheden og selve behandlingsresultatet (se også afsnit 7.0).

I undersøgelsen deltog i alt 75 krigsveteraner med PTSD. Selve behandlingsprogrammet havde til hensigt, igennem både individuel og gruppeterapi, at lette reintegrationen af deltagerne i samfundet mere end at fokusere på en intensiv udforskning af deltagerne krigsoplevelser (18). Der synes at være en enighed blandt eksperter og klinikere om, at behandling af PTSD bør begynde i meget homogene behandlingsklimaer, hvor patienten kan føle sig tryk og lære, at de ikke er anderledes eller alene. Imidlertid har flere forskere beskrevet negative aspekter ved det meget homogene klima, fx at patienter kan blive for nært knyttet til deres identitet som offer. Derfor anbefales det også af mange forskere at benytte sig af behandlingsmodeller, der udvikler sig fra at være homogen til at blive heterogen (511).

Undersøgelsen har enkelte svagheder, som bør bemærkes. Deltagerne er veteraner, hvorfor direkte overførsel af resultaterne til flygtningeforhold ikke er muligt. Desuden blev målingen af behandlingsresultaterne for henholdsvis det homogene og det heterogene behandlingsprogram

ikke foretaget samtidigt, hvorfor forskelle, der er opstået imellem de to tidspunkter, kan have påvirket resultaterne.

## Opsummering

Der foreligger en række resultater vedr. organisering af mødreterapi, børneterapi og familieterapi. Interventionsprogrammer til fremme af børns udvikling og trivsel gennem involvering, relationelt støtte og edukation af mødrene har påvist positive resultater. Disse omfattede bedre fysisk trivsel hos børnene, øgede kognitive evner og relationsfærdigheder. Samtidig bedredes mødrenes traumesymptomer og deres generelle tilfredshed med livet. Her var tale om en relationsfokuseret indsats over for øgning af psykosociale ressourcer og ikke en fokusering på symptombilleder 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 udvist positive resultater. Risici for sekundær traumatisering af børn og andre familiemedlemmer synes at kunne mindskes gennem familiebaserede behandlingsprogrammer. Familien spiller en vigtig rolle i forhold til at søge hjælp og opnå gode behandlingsresultater. I deciderede gruppeterapeutiske forløb tyder evidensen på, at en forholdsvis homogen gruppesammensætning er en fordel i begyndelsen blandt andet for at opnå tryghed, men at en mere heterogen gruppesammensætning kan være fordelagtig senere i forløbet, blandt andet for at opnå udvikling og inspiration gennem en vis forskellighed. Organisatorisk set kan der drages fordel af, at sammensætte grupper bestående af forskellige nationaliteter, hvorigennem en optimering af behandlingen kan finde sted.

## 6.6. Personalesammensætning

Indledningsvist nævntes erfaringer med organiseringen af traumebehandlingen fra henholdsvis England og Australien. Kendetegnene herfor var den store variation i personalesammensætningen og ikke mindst tværfagligheden på centrene. Netop behovet for tværfaglige tilgange i behandlingen af PTSD, hvor såvel medicinske som psykologiske og sociale behov anerkendes, fremhæves i henholdsvis en undersøgelse af torturoverlever fra Indien (506) og i en artikel omhandlende PTSD og anbefalinger herfor (509).

## Praktiserende læger og sygeplejersker

Forskellige grupper af udbydere (social service, primærsektor og psykiatere/psykologer) af PTSD-behandling til bosniske flygtninge blev i en undersøgelse adspurgt om deres viden, holdninger og servicemønstre i forhold til PTSD.

Resultaterne herfra viste, at læger og sygeplejersker i primærsektoren generelt havde et lavt vidensniveau i forhold til PTSD. Dette relaterer sig sandsynligvis til det faktum, at de modtager mindre undervisning om flygtninge og PTSD, har færre personlige oplevelser med traumer og mindre erfaring med psykoterapi (512). Til gengæld viste undersøgelsen, at læger og sygeplejersker i primærsektoren er mere tilbøjelige til at snakke med flygtninge om tilstedeværelsen af sygdom eller forstyrrelser sammenlignet med psykiatere og psykologer. Samtidig er de mindre tilbøjelige til at henvise flygtninge til behandling i forhold til psykologer og psykiatere og bidrager hermed til det store adgangsproblem flygtninge oplever. En måde at imødegå dette problem kan være ved at øge lægernes og sygeplejerskernes viden om PTSD, således at de på systematisk vis kan tage affære i forhold til deres traumepatienter – fx gennem udvikling af målrettede uddannelsesprogrammer og materialer om PTSD (30). I denne undersøgelse indgik kun i alt 30 udbydere af sundhedsydelser til flygtninge, hvorfor resultaterne må tages med forbehold. Desuden var interviewerne ikke blindet, så de vidste besked om, hvilken gruppe af udbydere deltagerne tilhørte.

På trods af den manglende viden på området blandt praktiserende læger, anerkendes deres vigtige rolle i behandlingen af flygtninge i flere sammenhænge. Et vigtigt terapeutisk mål for læger er at opbygge tillidsfulde forhold til deres patienter. Fordi mange kulturer er bekendte med lægen i primærsektoren, er det et naturligt udgangspunkt for at opbygge den tillid, flygtninge og torturoverlever har brug for, hvis de skal acceptere henvisninger til psykiatere eller andre specialiserede centre (504). Netop de praktiserende læger har ved den langvarige kontinuerlige kontakt mulighed for at få kendskab til patienternes fysiske, psykiske og sociale udsving samt at opbygge tillid, hvorved patienten får mulighed for at få sit stressniveau neutraliseret. En mulighed i forbindelse hermed kunne være at tilbyde patienterne faste tider for samtale med 1-2 måneders mellemrum (509).

## Psykologer og psykiatere

Der kan ikke herske tvivl om vigtigheden af psykologers og psykiateres arbejde i behandlingen af patienter med PTSD. Deres viden og ekspertise synes essentiel, og som før nævnt, tyder meget på, at antallet af psykiatere i personalesammensætningen er af stor betydning for det samlede antal patienter, der behandles (501). Dog pointerer samme undersøgelse fra England, at enkelte teams arbejder uden psykologer og psykiatere i personalesammensætningen.

I førnævnte undersøgelse af forskellige udbydere viden, holdninger og servicemønstre i forhold til PTSD indgik også psykologer og psykiatere som en gruppe af udbydere (30). Resultaterne viste, at der hos psykiatere og psykologer var den største forskel mellem det antal patienter, de vurderede havde PTSD, og det antal patienter, de vurderede havde behov for behandling. Det tyder således på, at selv hos disse professionelle behandlere forbindes diagnosen PTSD ikke konsekvent med et behov for behandling. Dog anbefaler denne gruppe af udbydere i højere grad behandling sammenlignet med behandlere i primærsektoren, men de overbringer ikke et rationale for behandlingen, der er baseret på en opfattelse af sygdom, for slet ikke at tale om PTSD. Desuden viste undersøgelsen, at psykiatere og psykologer har en tendens til først og fremmest at anbefale psykoterapi.

Problemet hermed er, at kun en del af patienterne kan eller vil acceptere individuel psykoterapi af mange forskellige årsager. Desuden kan individuel terapi ikke altid være første behandlingsvalg i et økonomisk stramt sundhedsvæsen (30).

## Casemanager

Overlevere af tortur bør ifølge en artikel om tortur og eftervirkningerne heraf (504) beskyttes mod at skulle gentage deres historier over for en lang række af behandlere og terapeuter. Her kommer casemanageren ind i billedet som en professionel person, der varetager koordineringen af behandlingen for patienter med komplekse, kroniske sygdomme – fx PTSD. Casemanageren er således en gennemgående koordinerende person med kendskab til patientens symptomer, funktion og baggrund. Herved sigtes mod en kontinuitet i behandlere for flygtninge – ikke mindst i overgange mellem de administrative strukturer.

Casemanageren nævnes også som en vigtig person i en amerikansk undersøgelse af mental screening for nyligt ankomne flygtninge i Colorado (513). Casemanagere beskrives her som flygtningenes første kontakt i Amerika, og de har til opgave at hjælpe flygtningene med at finde bolig, ansøge om arbejde, deltage i engelskundervisning og helbredsundersøgelser, og de er ofte rige informationskilder, hvad angår flygtningefamiliers overordnede funktionsniveau.

## Tolke

I en amerikansk interviewundersøgelse af behandlingsudbyderes opfattelser af deres patienters behov tog mange fat på behovet for at hjælpe patienterne med at forstå og navigere rundt i et ukendt system. Flere anerkendte den centrale rolle, tolke spiller, når det kommer til at hjælpe patienterne med at forstå og bruge social- og sundhedsvæsenet (514).

En anden undersøgelse af etiske aspekter i forbindelse med behandlingen af traumatiserede flygtninge og deres familier understreger vigtigheden af at prioritere brugen af professionelle tolke. Børn bør aldrig benyttes som tolke, da de herved sættes i en prominent rolle og forældrenes naturlige position som leder undermineres (515).

Et andet vigtigt aspekt at tage med i overvejelserne omkring personalet er risikoen for sekundær traumatisering. Det er altafgørende at anerkende, at patienternes oplevede stress ikke nødvendigvis kun strækker sig til dem, men at denne også kan overføres til personalet – måske mest af alt tolkene, som ikke har den samme træning i at håndtere stress, og som måske også selv har oplevet ubehageligheder. Derfor anbefales det, at også debriefing sessions og behandlercenteret supervision med informeret støtte indgår i den organisatoriske struktur i centrene (516). Sådanne sessioner og supervision er iværksat i den tidligere beskrevne Survivors International – en almennyttig organisation, som siden 1990 har tilvejebragt behandling for tortur-overlever fra hele verden. Supervision kan således primært omhandle behandlerens egne reaktioner i den ene side af et kontinuum og i den anden omhandle opøvelse af behandlerens evne til at vurdere, beskrive og hjælpe patienten. Begge aspekter er vigtige. Det ene for behandlerens trivsel og det andet for behandlerens kompetence.

### 6.6.1. Personalets kompetencer

En undersøgelse blev gennemført med det formål at opnå viden om, hvilke patientgrupper der blev behandlet indenfor enheder i det psykiske helseværn i Norge, hvorvidt enhedernes kompetence var tilstrækkelig, og i hvilken grad enhederne havde kontakt til nationale og regionale kompetencemiljøer (517). Flygtninge – særligt de fra ikke-vestlige lande, udgør en speciel udfordring i forhold til farmakologisk og psykoterapeutisk behandling. Sygdomsbilledet er i disse tilfælde ofte sammensat med somatisering, psykoser og psykosociale problemer, hvilket gør tilstanden vanskelig at behandle (jf. afsnit 4.3 co-morbiditet). Resultaterne antyder da også, at særligt overfor flygtninge mangles kompetence, da denne er en mere ny og udfordrende patientgruppe sammenlignet med patientgrupper, der har været udsat for seksuelle overgreb og anden grov vold. Ca. en tredjedel af de i alt 203 deltagende enheder angav, at de havde behov for mere viden om farmakologisk behandling, og mange ytrede også ønske om større indsigt i kognitiv terapi og eksponeringsterapier. På baggrund af disse resultater blev det anbefalet, at man med udgangspunkt i dagens kompetencemiljøer etablerer et (nationalt) kompetencecenter for vold og traumatisk stress. Ved netop at samle faglige miljøer kan man styrke forskning og metodeudvikling i forhold til forebyggelse og behandling af traumatiserede patienter (518).

Personale med kompetencer indenfor sprog og kultur anses som værende en vigtig ressource (519). I en svensk undersøgelse af et bosnisk behandlerteam bestående netop af sprog- og kulturkompetent personale oplevedes denne sprog- og kultursammenhørighed dog ikke udelukkende positivt. Risikoen forbundet hermed er, at patienten kan opbygge for store forventninger til samt et idealiseret billede af terapeuten og dennes kompetencer. Patienten kan bringe problemer på banen, som ikke hører hjemme på psykiatriske modtager-enheder i den tro, at terapeuten skal og kan "fikse" dem. Dette kan være en svær balancegang, som kræver et professionelt regelsæt og strikse rammer i mødet med patienten (519). Dog tyder en anden undersøgelse på, at kulturelt kompetent personale, der anvender flere metoder til at vurdere psykiske lidelser, hurtigt og effektivt kan identificere funktionel svækkelse som en konsekvens af psykiske problemer hos nyligt ankomne flygtninge (513). Altså bør man anerkende vigtigheden af personalets kompetencer indenfor sprog og kultur, men samtidig iværksætte rigorøse rammer for interaktionen mellem patient og terapeut.

### Opsummering

Hvor stort personalebehovet er, og hvilken personalesammensætning der er mest hensigtsmæssig, afgøres af typen af henholdsvis patienter og traumer. Imidlertid viser det sig fra 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 (501). For at modvirke sekundær traumatisering hos behandlerne er edukation og supervision vigtig. En supervision og selvmonitorering der hovedsageligt er rettet mod behandlerens egne reaktioner (jf. Rothschild (336) og Allen et al. (221)).

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.

Traumatiserede flygtninge – særligt fra ikke vestlige lande – 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. Mere end en tredjedel af de 203 deltagende behandlingenheder angav behov for mere viden om terapeutisk og farmakologisk behandling. En viden der i undersøgelsen foreslås opbygget i et (nationalt) kompetencecenter for behandling af traumatisk stress. Ifølge artiklen kan metodeudvikling og forskning danne baggrund for undervisning og supervision i faglige miljøer ved kompetencecentre.

## 6.7. Barrierer og adgang

Flygtninge generelt og særligt torturoverlevende er marginaliserede grupper, hvorfor de er genstand for en række interne og eksterne barrierer for adgang. Adgang forbliver et stort problem, der er forbundet med en mangel på tværkulturelle ydelser og personale (502).

En undersøgelse præsenterer resultaterne af vedvarende forskning, der undersøger virkningen af et lokalt, familiebaseret program, som har til formål at forbedre adgangen til psykisk behandling ved at påvirke familieprocesser – *The Coffee and Family Education and Support (CAFES) intervention*. Formålet var at undersøge om en multiple-familiegruppe er i stand til at øge adgangen til psykisk behandling for flygtningefamilier, hvis medlemmer lider, men for hvem hindringer for at modtage hjælp er for store (510).

Flygtninge står over for betydelige barrierer for udnyttelse af psykisk behandling (510). En nylig undersøgelse af cambodjanske flygtninge i USA viste, at flygtninge i højere grad anfører strukturelle barrierer (høje omkostninger og sprog) end kulturelle barrierer (mistro til vestlig behandling) som hindringer for at modtage psykisk behandling (520).

En tidligere undersøgelse af bosniske flygtninge i Chicago viste, at forskelle i holdninger til traumer og psykisk behandling kan forbindes med hindringer for at søge psykisk behandling. Familier spiller en central rolle, når det kommer til at hjælpe familiemedlemmer med at håndtere traumat og forflyttelsen (510).

Multiple-familiegrupper kan måske delvist fungere som en adgangsintervention, der letter den psykisk syge persons evne til at få passende behandling ved at udveksle viden, overbevisninger og holdninger, hvad angår psykisk sygdom og dens behandling.

Tidligere undersøgelser af multiple-familiegrupper har dokumenteret deres gennemførlighed og antagelighed, potentiel effektivitet og mulige påvirkningsmekanismer. (510).

Selve undersøgelsen viser, at CAFES multiple-familiegrupper øgede antallet af behandlingsbesøg blandt flygtninge med PTSD. Det støtter konklusionen om, at multiple-familiegrupper er effektive, når det kommer til at øge adgangen til psykisk behandling for flygtninge med PTSD. Familien er en vigtig faktor, som er medvirkende til at bringe behandling i stand blandt flygtninge. PTSD-undgåelses-symptomer er ikke en forklaring på, hvorfor overlevere af traumer ikke søger psykisk behandling. At depression spiller en signifikant rolle, når det kommer til en forklaring på multiple-familie gruppens effekt på adgang til hjælp. Interventionen var mere effektiv i forhold til at øge adgangen til psykisk behandling for de, der var mere depressive. Depression skal derfor ikke anses som marginal i forhold til DPSD, men prioriteres som et interventionsmål og et primært fokus for uddannelse.

Adgang til behandling var større, hvor der var større familiemæssig tryk ved at diskutere psykisk sygdom, og multiple-familiegruppen havde en større betydning for adgangen til behandling hos de individer, der mindst oplevede moderat familiemæssig velvære. Overordnet støtter resultaterne multiple-familiegruppens rolle, når det kommer til at øge adgang – mere end bare at give information om adgang og behandling. En svaghed ved undersøgelsen var det lave antal familier, der deltog i undersøgelsen (510).

En artikel om tidlig opsporing giver en komplet beskrivelse af den mentale screeningsproces, inklusive to illustrative cases og beretter om de flygtninge, der deltog i programmet. Resultater fra de første 21 måneder af dataindsamlingen blev præsenteret her (513). Hver eneste flygtning fik et sundhedstjek, der blev udført af et hold bestående af en case manager, en sygeplejerske, der har erfaring med at arbejde med folk fra andre kulturer, en privatpraktiserende læge og en psykolog eller psykiater med tvær-kulturel erfaring i de tilfælde, hvor der var behov herfor. Det drejede sig om 1.580 flygtninge fra 24 lande, der for nyligt var ankommet til Colorado. Første skridt i processen bestod i, at case manageren beretter til en sygeplejerske, om patienten har problemer med at fungere emotionelt eller adfærdsmæssigt. Næste skridt er, at sygeplejersken kaster et blik på patientens tidligere sygehistorie, inklusive episoder med fængsling, mishandling, hovedskader, udsat for tilbageholdelse eller havde indlæringsvanskeligheder. Herefter afholder sygeplejersken en kort, edukerende session for hver flygtningefamilie, hvor psykiatriske symptomer på tilpasning, depression og PTSD gives. Sygeplejersken giver så flygtninge over 18 år en symptom-tjekliste til selvudfyldning. Den indeholder alle symptomer, der kræves for at diagnosticere depression, de fleste for at diagnosticere PTSD og to symptomer på panikanfald.

Selve tjeklisten er designet til på en kort og nem måde at fange mentale helbredsproblemer, der er almindeligt forekommende hos flygtninge. Flygtninge skal indikere tilstedeværelsen eller fraværet af symptomer ved at svare enten "ja" eller "nej". Børn blev ikke bedt om at udfylde tjeklisten. To dage efter det første besøg vendte flygtningene tilbage til klinikken for at få foretaget yderligere undersøgelser.



Baseret på den færdigudfyldte profil, blev det bestemt, om individerne sandsynligvis havde en psykiatrisk forstyrrelse/lidelse, som ville forringe evnen til at arbejde, gå i skole eller til at agere med andre folk. Personer, der blev erklæret positive, blev henvist til enten en psykiater eller psykolog, der havde erfaring med at gennemføre diagnostiske interviews og håndtere traumer i en tvær-kulturel kontekst. Henvisninger blev efterfølgende fulgt op for at konfirmere, om flygtninge mødte op som aftalt (513).

Diagnoser blev stillet vha. kliniske interviews, ikke et struktureret interview, fordi åbne spørgsmål anses for værende bedre til at fremme klienternes fortælling. Blandt de 1.580 flygtninge blev 146 erklæret positive. Fire faktorer var af stor vigtighed, når det kom til at sikre, at flygtninge, der var erklæret positive, var i stand til at skaffe sig adgang til behandling:

- 1 Fysiske og mentale sundhedsydelse var placeret samme sted, så flygtninge følte sig trygge ved klinikken
- 2 Personale og case managers havde erfaring med at arbejde og kommunikere med tværkulturelle befolkninger
- 3 Flygtningenes kontakt med case managers og flere former for personale gav flere muligheder for psykologisk vurdering
- 4 Personale og administratorer, case managers og deres kontorer, samt Institut for Folkesundhed havde fortræffelige arbejdsforhold og vedligeholdt kommunikationen med hinanden gennem screeningsprocessen (513).

Baughan et al. (511) anbefaler, at systematisk mentalundersøgelse, psykoedukation og henvisning til behandling bliver indarbejdet i den indledningsvise undersøgelse af nyligt ankomne flygtninge (13).

Vi vurderer, at denne undersøgelse er udtryk for en tydelig og eksplicit organisering, hvor systematik og strukturerede behandlingsforløb er inkluderet (jf. anbefaling 9.4).

Det primære formål med en undersøgelse var at vurdere, om en outreach intervention, designet til at give information omkring tilgængelige services og forbedre adgangen til behandling, kan være effektiv i forhold til at øge deltagelsen i behandlingstilbud til underbehandlede veteraner med PTSD (521). Outreach interventionen bestod af 2 komponenter – først et brev opfulgt af direkte telefonkontakt. Deltagerne i undersøgelsen var 594 mandlige veteraner fra Vietnam, som bor i nærheden af et stort VA Medical Center i staten Washington. Besværligheder pga. modstridende forpligtelser og det begrænsede antal af behandlingstider var de to fysiske barrierer, der var signifikant forbundet med dårligere behandlingsresultater i interventionsgruppen. Dette antyder et behov for udvidede åbningstider, således at adgangen kan forbedres. Ugunstige holdninger til psykisk behandling og VA blev af veteranerne ofte nævnt som grunde til ikke at søge behandling. Interventionen viste sig imidlertid mere effektivt overfor veteraner, der mente, at de tidligere var blevet behandlet respektløst af VA eller som følte, at atmosfæren på centrene var for stressfuld (521).

Der er andre potentielle trusler mod processen med at gennemføre intensiv og langsigtet terapi – fx logistikken ved at sikre kontinuitet i behandler og tolk. Eksterne behovs presserende natur kan forårsage, at interne behov skubbes til side eller udskudt. Asylsøgning kan være en signifikant barriere for den psykoterapeutiske helingsproces, fordi det har en tendens til at blive alt overskyggende og dermed fører sygdomsfremkaldende effekter med sig. Rådgivere, som kan være engageret i andre former for assistance til en asylansøger, bør være sensitive over for dette og bør derfor fastholde psykoterapi som “et tilbud”. Andre barrierer overfor intensiv psykoterapi stammer fra besvær med at rekruttere faglært arbejdskraft, besvær med at tilvejebringe tilstrækkelig supervision og debriefing og besvær med at håndtere overførsel af problemer fra patient til terapeut (502).

## 6.8. Ventetid

Samme undersøgelse oplyste, at den kontinuerlige patientbyrde var over 200 personer, og deres veje til VFST har været vidt forskellige – dog størstedelen gennem henvisning fra familie og venner, ikke-offentlige organisationer, læge-assistance og Immigrationsministeriet (502).

Der bør hurtigt træffes beslutning om, hvorvidt man kan tilbyde behandling til en patient. Det kan fx ske ved en grundig papirvisitation fulgt op af forundersøgelserforløb i det omfang, det er nødvendigt for at foretage en kvalificeret visitation (39).

Behandlingsstederne bør overveje muligheden for at give patienten et tilbud i ventetiden, inden behandling påbegyndes, fx et psykoedukativt tilbud i grupper, tilbud i sundhedsvæsenet og afhjælpning af evt. problemer af social karakter, hvilket dog vil kræve særskilte ressourcer (39) (jf. afsnit 9.2 og anbefalingen om tilbud til ventelistepatienter og pårørende om psykoedukative grupper).

## 6.9. Udredning og henvisning

En undersøgelse fremkommer med direkte anbefalinger: Undgå overbehandling eller vedvarende udredning med hensyn til somatisk udredning. Der kan være mange relevante somatiske problemer, men det er vigtigt at anskue problemerne som både psykiske og somatiske, idet også reelle somatiske problemer kan forværres ved fornyet stress (509).

En yderligere anbefaling er følgende: Vurder på baggrund af flere samtaler med patienten, om der er behov og motivation for psykologisk behandling af de traumatiske oplevelser. For nogle kræver behandlingen i særlig grad et tæt tværfagligt samarbejde, og denne gruppe bør henvises til centre med specialekspertise. Henvisning til psykolog eller specialcenter foregår mest hensigtsmæssigt i samarbejde med socialforvaltningen (509).

Samarbejde med socialforvaltningen. Mange er ikke i stand til at følge den normale sprogundervisning på grund af koncentrationsbesvær, problemer med at relatere sig til andre mennesker, øget alarmberedskab og flashbacks. Henvisning til psykolog eller specialcenter foregår mest hensigtsmæssigt i samarbejde med socialforvaltningen (509).

Etablere supervision i svære tilfælde for at undgå sekundær traumatisering af behandleren og tolken. Sekundær traumatisering kan vise sig ved trang til undgåelse af patienterne eller overinvolvering i deres problemer (509) (jf. teknologi afsnit 5.4.1 og anbefaling i afsnit 9.2).

I henhold til den engelske *NICE Guideline* for behandlingen af PTSD anbefales det, at de specialiserede centre efterkommer evidensbaseret praksis. Nogle specialiserede behandlingscentre har allerede indført lignende evidensbaserede metoder, men der er stadig et udviklingsarbejde i forhold til at gøre praksis evidensbaseret (268). Jf. anbefalingerne om behandling, forskning og dokumentation.

## 6.10. Rehabilitering

Der bør fokuseres på erhvervmæssig, familiemæssig og social rehabilitering allerede fra behandlingsstart. I tilfælde, hvor symptomer har været i mere end 3 måneder, bør psykosocial rehabilitering overvejes som en mulighed (5) ( Jf. afsnit om co-morbiditet 4.3). Alle patienter ved de specialiserede behandlingscentre i Danmark har haft symptomer på PTSD og ofte co-morbide tilstande i mere end 3 måneder.

## 6.11. Assessment

Der er ifølge Shalev behov for en omfattende vurdering på flere områder, når det kommer til at bestemme patienters behandlingsresultater. Shalev (522) oprider 4 principielle domæner for behandlingsresultater, som alle må vurderes:

- 1 Symptomernes alvorlighed
- 2 Co-morbide tilstande (særligt depression)
- 3 Ugunstige selvdestruktive handlinger (alkohol og vold)
- 4 Psykosocial/faglig inkompetence

Man bør også hos flygtninge vurdere den subjektive livskvalitet i værtslandet. Formålet med en undersøgelse var at vurdere ovenstående resultatmål hos svært traumatiserede patienter, der har været i behandling i mindst 10 år. Desuden sammenlignes en gruppe, som har klaret det godt, med en anden gruppe, der har vist mindre forbedringer. Det overordnede mål var at tilvejebringe yderligere information om de langsigtede behandlingsresultater hos svært traumatiserede flygtninge (310) (jf. afsnit 5.3). Artiklen omhandler 23 (5 mænd og 18 kvinder) cambodjanske patienter, der har PTSD, og som har været i vedvarende behandling i mindst 10 år. Patienterne følte sig alle overvældet og hjælpeløse og beskrev vedvarende mareridt, daglige påtrængende tanker, markante forskrækkelsesreaktioner, dårlig koncentration og irritabilitet.

De udviste ligeledes markant undgåelses-adfærd (310). Alle patienterne (på nær en) tilbragte 3-4 år i Pol Pot-lejrene og har alle udholdt tvungent arbejde og sult. 12 oplevede forældre død, 6 oplevede en ægtefælle død, 15 oplevede et af deres børn død – ofte i patientens tilstedeværelse, 17 oplevede andre familiemedlemmer død, og 11 var vidne til andre mord (310) (Samme reference for resten af afsnittet, medmindre andet er anført).

De to behandlende psykiatere diagnosticerede alle med PTSD og depression. Alle blev behandlet af de samme to psykiatere med støttende psykoterapi og medicineringshåndtering, hjulpet af cambodjanske rådgivere over en periode på mere end 10 år. Alle 23 modtog antidepressiver, og andre 16 fik medicin for at kontrollere mareridt. Alle patienter, på nær 2, deltog i ugentlige socialiseringsgrupper. Patienterne blev interviewet af en forskningspsykiater, som var uden forbindelse til behandlingen. De blev evalueret vha. *CAPS*, *Hamilton Depression Scale* og *Sheehan Disability Scale*. Deres nuværende funktion blev også vurderet vha. skalaen *Global Assessment of Functioning (GAF)*. Journaler blev gennemgået for tidligere og nuværende traumer og for mediciner og anden behandlingshistorie indenfor de seneste 10 år. På en 100 mm linje blev patienterne bedt om at vurdere deres livskvalitet før Pol Pot, under Pol Pot, i flygtningelejren og nu. De behandlende psykiatere gennemgik egne patienters journaler sammen med forskningspsykiateren, og de lavede tilsammen en samlet vurdering af graden af stress og alvorligheden af symptomer for hver 3. måned i de seneste 10 behandlingår.

Efter mindst 10 års behandling af svært traumatiserede flygtninge fra Cambodja – hvordan har de det så? Det er et vanskeligt spørgsmål at besvare entydigt, eftersom 14 patienter i perioden havde mindst et tilbagefald af stærke PTSD-symptomer. Selvom tilbagefaldende havde en tendens til at ske tidligt i behandlingen, forekom der også nogle på tidspunktet for denne undersøgelse efter mere end 10 års behandling. Patientgruppen er meget sårbar og ustabil, hvorfor en kortsigtet evaluering og opfølgning alene er klart utilstrækkelig. Symptomatisk oplevedes en klar bedring. 13 af de 23 patienter (57%) havde fået det betydeligt bedre. Reduktionen i depression blandt patienterne var imponerende. Kun 4 patienter var stadig depressive – en forbedring på 83%. Ingen af patienterne havde stofmisbrug, problemer med vold eller juridiske problemer.

Fysisk var gruppen af patienter aldrende, og hypertension var til stede hos ca. 48%. Det bør stadig undersøges, om den kroniske stress, migrationen, kostændringen, manglen på fysisk aktivitet eller andre faktorer bidrager til det forhøjede blodtryk. I forhold til inkompetence opnåede alle på nær en amerikansk statsborgerskab, men kun en var i arbejde. Sprog, manglende uddannelse og periodiske symptomer har vist sig at være store barrierer i forhold til arbejde på det teknologisk krævende arbejdsmarked. Patienterne havde en lang række GAF scores, der udviste en stor variation i vurderingen af deres funktionsniveau. I forhold til livskvalitet vurderede mere end halvdelen deres liv som værende over 70 (på en skala fra 0-100), hvilket mindst tyder på moderat tilfredshed. Dog vurderede kun 10 personer deres liv som bedre end før Pol Pot.

Den mest interessante sammenligning var mellem en gruppe (513), der klarede det godt i forhold til målene, og en gruppe (10) der klarede det mindre godt i forhold til målene. Forskellene mellem de to grupper er ikke ligetil at forklare, fordi uddannelse, typen af traumer, nuværende pres, ægteskabelig støtte, behandlingstilgange og fysisk helbred varierede i de to grupper. Stofmisbrug eller afhængighed var heller ikke en forklarende faktor. Gruppen, der klarede sig dårligst, oplevede heller ikke flere tilbagefald end gruppen, der klarede sig bedst (310).

Programmet gav en god social oplevelse – socialiseringsgrupperne havde en tendens til at være både vidende og fornøjelige, og der var uden tvivl øget selvværd og personlig værdi i deres forhold med behandlerne. Studiet her giver brugbar information om forløbet for svært traumatiserede flygtninge og kaster lys over de kritiske dimensioner af rehabiliteringen. Det indikerer, at en betydelig minoritet vil have symptomer og være svækket selv efter 10 år med vedvarende behandling. Kronicitet er en realitet for mange traumatiserede flygtninge. Et forhold der er vigtigt for organiseringen af behandlingen (310).

Artiklen dokumenterer, at livslang behandling ikke er løsningen på problemerne for patienter med kronisk PTSD. Undersøgelsen har påvist tilbagefald hos 14 ud af 23 patienter selv efter 10 års vedvarende behandling. Dette kan indikere behovet for opfølgende kontroller på længere sigt, evt. årlige kontroller enten ambulant i specialiserede centre eller hos egen læge. Livslang behandling er ikke løsningen, men opfølgende kontroller synes at være en god idé.

## 6.12. Ressourcer

Kortsigtet terapi er et voksende ønske på alle områder af psykiatrien, fordi terapeutiske ydelser er en begrænset og dyr ressource (17). McGorrays kliniske erfaringer med torturoverlevende er, at mennesker i høj grad kan hjælpes til at komme sig over disse traumer gennem en kombination af deres egne styrker, psykologiske terapier, støtte og passende farmakologisk terapi (17).

Desuden kan individuel terapi ikke være første behandlingsvalg i et økonomisk stramt sundhedsvæsen (510).

## 6.13. Standardisering og retningslinjer

Behandlingsstederne opfordres til i fællesskab at udforme et henvisningsskema med en tilhørende checkliste vedrørende “den gode henvisning” til de særlige behandlingstilbud for traumatiserede flygtninge. Sundhedsstyrelsens definitioner på henvisning, visitering og udredning bør anvendes og udvikles af behandlingsstederne. Behandlingsstederne bør fortsat arbejde løbende på – på grundlag af foreliggende og ny evidens – at udvikle såvel visitations- som behandlingsprocessen (39).

## 6.14. Lovgivning

Behandling af traumatiserede flygtninge på de særlige behandlingstilbud kan med fordel indgå i sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner (39).

Udbydere har behov for træning og råd på en række områder, hvis de skal arbejde effektivt på tværs af kulturer – f.eks. kan lovgivningen også for dem være uigennemskuelig. Der er også behov for uddannelse i forhold til klienternes baggrund, behov og forventninger (514).

## 6.15. Management og administration

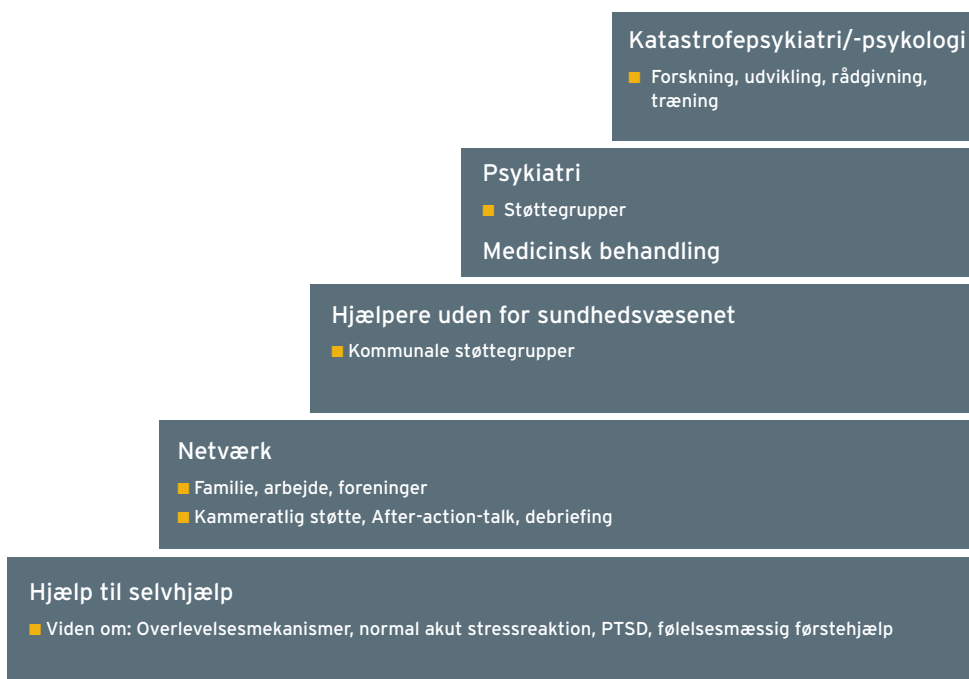
Hypotesen, at administrative mål reflekterer behandlingskvaliteten, og at behandlingskvaliteten påvirker effekterne af behandling – og hvorfor administrative mål – vil være indirekte forbundet med effekterne af behandling, blev undersøgt. Dette gøres ved at undersøge forholdet mellem administrative præstationsmål og resultatmål for behandlingen.

Forholdet mellem 12 administrative præstationsmål (udledt fra administrative data) og 6 resultatmål for behandlingen baseret på en spørgeskemaundersøgelse, der gennemføres før og efter behandling blandt 4.165 veteraner, som er blevet udskrevet fra 62 specialiserede PTSD-behandlingsprogrammer. Administrative præstationsmål er signifikant forbundet med behandlingsresultater på det individuelle niveau, men ikke på behandlingsenhedsniveau. Begge typer af data – både administrative præstationsmål og resultatmål for behandlingen – er nødvendige for at kunne evaluere sundhedssystemers præstationer (523).

## 6.16. Forebyggelse

Figur 16:

**En stige for social støtte: Forebyggelsesaktiviteter for at forebygge fremtidig mental sygdom**



*Kilde: Oversat og udviklet efter Williams & Nurmi (10).*

Flygtninge udsættes for en lang række udfordringer af forskellig type og niveau, og det bør belyses, hvilken relevans disse mangeartede udfordringer har i forhold til udviklingen af PTSD. Formålet med dette studie er derfor at anvende en kombination af forskellige teknikker til at undersøge de fremtrædende traumatiske begivenheder, der går forud for PTSD. Undersøgelsen fokuserer på 126 bosnisk-muslimske flygtninge, der har slået sig ned i Australien (524). Oplevelsen af traumatisk tab bidrog til symptomernes alvorlighed og påvirkede niveauet af funktionel svækkelse forbundet med PTSD. Dette antyder, at kombinationer af oplevelser (f.eks. trussel på livet + traumatisk tab) kan forstærke hinanden hos flygtninge. Derfor bør man fokusere på, hvem der har været udsat for begge former for traumer, hvorved man får identificeret dem i højest risiko for at udvikle PTSD. At opleve et traumatisk tab er af stor betydning for udviklingen af kronisk inkompetence, hvorfor man bør arbejde med sorg og isolation i rehabiliteringsprogrammer for torturoverlevende (524).

Social og dermed psykologisk isolation (ensomhed) er i sig selv årsag til en lang række psykiske og fysiske sygdomme (525). Deres metodologisk, sofistikerede og empiriske studier bygger på hjernescanninger, analyse af blodtryk, immunrespons, stresshormoner, adfærd og genekspression og viser, at mennesker er langt mere forbundne og gensidigt afhængige – både fysiologisk og psykologisk, end vores kultur ofte tillader os at erkende. Den målbare smerte ved ensomhed afføder en frygtrespons med en vedvarende fornemmelse af afvisning og isolation, der er i stand til at forringe DNA-transkription i vores immunceller. Denne forringelse omfatter også kognition, viljekraft, udholdenhed såvel som evnen til at aflæse sociale signaler og udøve sociale færdigheder. Den begrænser evnen til regulering af emotionen, der kan medføre udadreagerende (eksternalisering) eller selvnederlags adfærd, der forstærker selvisolation og afvisninger, som personer frygter (525), jf. også afsnit 5.7.7. Jf. også Savin et al. (513), hvor en tidlig screening og opsporing af risikogrupper blev anvendt til at iværksætte en tidlig forebyggende behandlingsindsats.

## Tilfredshed

Tilfredshed er en vigtig indikator for kvaliteten af sundhedsydelser. Netop fordi tilfredse patienter har en tendens til at tilslutte sig terapeutiske og rehabiliterings-regimer, er det af stor interesse for behandlere at opnå en forståelse for de faktorer, som bidrager til patienters tilfredshed. Undersøgelsen er uddybet i kapitlet om patienten.

Resultaterne fra Programstrukturen og graden af PTSD-symptomer har betydning for behandlingsresultatet. Længerevarende hospitalsprogrammer bidrog til dårligere behandlingsresultater (19).

Det blev antaget, at engagement havde en direkte effekt på mængden af deltagelse, behandlingsresultat og tilfredshed. Længden af hospitalsopholdet og antallet af individuelle sessioner i den ambulante behandling havde direkte effekt på tilfredsheden (19).

Opnåelsen af et hjemligt miljø, som opleves som organiseret, støttende og som værende velfunderet i klar kommunikation mellem personale og patienter synes at være lige så vigtigt som andre aspekter af behandlingsprogrammet eller behandlingsprocessen i forhold til patienters tilfredshed med behandlingen (19).

Kliniske forbedringer viste sig at have en lille til næsten ikke-eksisterende effekt på patienttilfredsheden, hvilket også stemmer overens med tidligere forskning. Ved hospitalspatienterne viste det sig, at de klart foretrak at blive behandlet indenfor specialiserede PTSD-programmer frem for generelle psykiatriske programmer (19).

Konkluderende kan siges, at klinikere har sandsynligvis størst mulighed for at opnå succes i forhold til maksimering af patienttilfredsheden med PTSD-behandlingen, hvis de kan fremme patienternes oplevelse af et støttende socialt klima, fokusere på deres krigstraumer, øge deres engagement i behandlingen og tage fat på de distancerende effekter af deres sociale isolation.



Af særlig værdi i fremtiden vil være de undersøgelser, der kan identificere politiske og adfærdsmæssige ændringer, der kan implementeres og anvendes for at fremkalde disse effekter (19).

En svaghed ved undersøgelsen var, at der var tale om veteraner og ikke om flygtninge.

I udviklingen af den nationale kliniske guideline fra England i 2005 var formålet at lave et systematisk litteraturstudie, hvor man systematisk blev identificeret og syntetiseret relevant evidens fra litteraturen for at svare på de kliniske spørgsmål udviklet af The Guideline Development Group. Hvor det var muligt, er de kliniske praktiske anbefalinger evidensbaseret, og hvor evidens ikke var tilgængelig, blev uformelle konsensusmetoder anvendt, og behovet for fremtidig forskning specificeret.

Der blev nedsat en gruppe The Guideline Development Group, og med support fra NCCMH ansatte har gruppen forestået udviklingen af en PTSD-patient fokuseret, evidensbaseret guideline. Det vil sige inddragelse af nationale og internationale eksperter, kliniske spørgsmål, systematisk litteraturstudie og review (268).

- 1 Traumefokuseret psykologiskbehandling: Traumefokuseret kognitiv adfærdsterapi bør tilbydes patienter med svære PTSD-symptomer
  - 1 Unge med svære PTSD-symptomer bør tilbydes traumefokuseret CBT i den første måned, efter traumatiske hændelse har fundet sted. Børn og unge med PTSD bør tilbydes kursus i traumefokuseret CBT justeret i forhold til barnets alder, forhold og udviklingstrin
  - 1 Farmakologisk behandling bør ikke benyttes rutinemæssigt til voksne som primær behandling før traumefokuseret psykologisk terapi
  - 1 Til screening for PTSD kan rutinemæssigt benyttes et mindre screenings instrument for PTSD en måned efter traume hændelsen
- 
- A Patientpræferencer er en betydende faktor for effektive behandlinger
  - B Organiseres behandlingen af PTSD-patienter i primær og sekundær sektor, bør der være en klar skriftlig aftale mellem de forskellige sundhedsprofessioner om ansvaret for overvågning/kontrollen af patienter med PTSD
  - C Støtte til familier. De sundhedsfaglige omkring patienter med PTSD bør tænke på hele patientens familie og påvirkning af denne, dvs. de skal informeres om symptomer
  - D Praktisk støtte og sociale faktorer
  - E Sprog og Kultur

Som det fremgår, omhandler flere af disse resultater og konklusioner i mindre grad flygtningepopulationen med kronisk kompleks PTSD og lave psykosociale ressourcer.

## Konklusion vedr. organisationen

Sammenfatning vedr. organisering af behandlingen og rehabiliteringen for PTSD.

En engelsk undersøgelse (501), der omfattede 17 specialiserede behandlingscentre, viste, 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 traumerelaterede aktiviteter hjælper børn (8-17 år) uden direkte forældre støtte.

Et relationelt fokus i arbejdet med traumatiserede familier har udvist positive resultater.

En terapeutisk indsats i familier kan spille en vigtig rolle for forebyggelse af sekundær traumatisering og for at opøge behandling og for at opnå gode behandlingsresultater.

Vigtigheden af supervision og selvmonitorering rettet mod behandlerens egne reaktioner og potentielle risiko for sekundær traumatisering skal pointeres, samt supervision rettet mod kompetenceudvikling.

Casemanageren er en gennemgående, central person med kendskab til patientens symptomer, funktion og baggrund, der arbejder for sammenhæng og koordinering af behandling på tværs af sektorer.

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.

Ventetiden på behandling i Danmark er typisk mellem ½ til 2½ år (40). Ventetider opgøres forskelligt, så der er ikke tale om sammenlignelige tal. Nogle behandlingscentre har skelnet mellem ventetid fra henvisning til visitation og andre opgør ventetiden fra visitation til opstart af behandling.

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. Opspores 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.

Mange behandlingscentre angav i en undersøgelse behovet for mere kulturel, terapeutisk og farmakologisk viden. En viden, der i undersøgelsen foreslås opbygget i et (nationalt) kompetencecenter for behandling af traume og torturoverlevende. En samling af viden i et fagligt miljø ved et kompetencecenter kan ifølge artiklen samle og generere metodeudvikling og forskning, der så danner baggrund for undervisning og supervision. Sammenfatningen af evidensen for den organisatoriske del af MTV'en sammenholdt med de øvrige konklusioner og anbefalinger i afsnit 9.0 peger mod det gavnlige og nødvendige i etablering af et kompetencecenter for behandling af, forskning i og formidling af traume- og torturoverlevende.

Der er i Danmark ikke etableret noget kompetencecenter <sup>62 B</sup> i offentligt regi.

---

<sup>62 B</sup> I "Psykiatriplan i Region Syddanmark – Fremtidens Psykiatri", Region Syddanmark 2008 defineres et kompetencecenter (p.19): "et kompetencecenter er 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."

## 7. Patienten

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 dette konkrete tilfælde og i MTV-sammenhæng generelt betyder det bl.a. en belysning af patienternes viden om, oplevelser og erfaringer med teknologien, deres præferencer og forventninger til teknologien, og hvordan teknologien har haft indflydelse på deres hverdag (9).

### 7.1. Introduktion

I denne MTV er der udarbejdet et litteraturstudie efter MTV-spørgsmålene vedr. patienternes oplevelse af teknologiens betydning eller indflydelse på deres hverdag. Der spørges med andre ord ind til patienttilfredshed og den patientopfattede kvalitet i ydelsen, forstået som *"...patienternes erfaringer, prioriteringer og vurderinger i relation til det konkrete patientforløb. Oplevelserne kan være relateret til udførelsen af og resultatet af sundhedsfaglige ydelser"* (526).

Det gælder for patienter med PTSD generelt, men også for traumatiserede flygtninge i tværfaglig, specialiseret behandling. Desuden ønskes patienternes forventninger til behandling belyst ud fra det overordnede MTV-spørgsmål:

- Hvad er patienter med PTSD og traumatiserede flygtninges syn på og erfaringer med (tværfaglig, specialiseret) behandling?

Der er i andre sammenhænge (9) påvist nogen grad af uoverensstemmelse mellem hhv. patienter og fagpersoners oplevelse af kvalitet i samme sundhedsydelse. Opfattelsen af kvalitet i ydelsen har konsekvenser for, hvorvidt patienten efterlever behandlingsforskrifterne og dermed for behandlingsoutcome (527), og derfor tænkes dette element at kunne bidrage til et mere nuanceret billede af, hvilke aspekter af ydelsen patienterne opfatter som god kvalitet, set i relation til deres forventninger.

Studier og undersøgelser vedr. patienttilfredshed og præferencer i behandlingen af patienter med PTSD og traumatiserede flygtninge er få. Variationen i de behandlingstilbud, der evalueres på, er stor, ligesom settings og studiepopulation veksler mellem studierne. Derfor præsenteres de enkeltvist nedenfor i afsnit, hvor populationen er patienter med PTSD generelt (oftest krigsveteraner med PTSD) eller traumatiserede flygtninge.

## 7.2. Patienttilfredshed og præferencer i behandling af patienter med PTSD

To studier har evalueret betydningen af psykoedukation på bl.a. motivationen for at opsøge behandling for PTSD hos indlagte, psykiatriske patienter (528) og på patienttilfredsheden og behandlingscompliance på en PTSD klinik på et Veterans Affairs Hospital (529). Pratt et al. (528) evaluerede 70 patienters vidensniveau om PTSD via en spørgeskemaundersøgelse før og efter deltagelse i tre sessioner af et psykoedukationsprogram. De overordnede resultater peger på, at patienter med svær psykisk sygdom, som opfylder kriterierne for PTSD i et psykiatrisk statshospital, opfatter psykoedukationsprogrammet som en hjælp. For en lille gruppe resulterer programmet i selvoplevet symptomreduktion umiddelbart efter afslutning, mens det for andre betyder forværring i symptomer. De fleste patienter rapporterede, at det var mere sandsynligt, at de ville opsøge behandling for PTSD efter at have deltaget i programmet. Gray et al. (529) evaluerede et 8-ugers PTSD 'patient education' program på en PTSD klinik for Vietnamveteraner, bestående af information om ætiologien bag PTSD og relaterede problemer samt forberedelse på kravene til efterfølgende psykologiske behandlingsregimer. Antagelserne bag undersøgelsen var, at patientuddannelse øger behandlingscompliance, reducerer omkostningerne til sundhedsydelse og optimerer behandlingsoutcome. Generelt var patienterne meget tilfredse med patientuddannelsen, og enkelte oplevede symptomreduktion som følge af mere information. Størstedelen af patienterne var særdeles enige i, at de var 'more likely to continue with specialty PTSD treatment' som følge af deltagelse i forløbet. Ingen af studierne har foretaget opfølgning på resultaterne.

Et andet studie af Fontana og Rosenheck (530) undersøgte betydningen af 'komfort' i den ambulante behandling af kvindelige krigsveteraner med PTSD i en ellers typisk mandsdomineret setting. I alt 244 patienter blev indrulleret i undersøgelsen fra fire forskellige behandlingscentre over en to-års periode i forbindelse med optagelse til behandling i Women's Stress Disorder Treatment Team (WDSTT) under Veterans Affairs (VA). Graden af komfort og tilfredshed samt behandlingsoutcome blev målt løbende; vurdering af klinisk status og komfort i mødet med behandling i VA ved starten af behandling samt 4 og 8 mdr. senere. Tilfredshed blev målt 4 og 8 mdr. efter behandlingsstart. Resultaterne viste, at patienterne var 'nogenlunde komfortable' ved at komme til behandling i det specifikke VA setting, men at det, som bidrog mest til oplevelsen af komfort, var tilbuddet om specialiseret behandlingstilbud til kvinder. Graden af oplevet komfort havde ingen signifikant effekt på tilfredsheden med behandlingen, men det havde en positiv betydning for kvaliteten af deres deltagelse i behandlingen for den gruppe, der ikke havde været i behandling før. Dvs. mere regelmæssig deltagelse og fremmøde og større 'commitment' til det terapeutiske arbejde. Der var ingen evidens for, at graden af komfort har indflydelse på behandlingsoutcome.

Som led i en national tværsnitsundersøgelse af patienttilfredsheden blandt et tilfældigt udpluk af 5542 udskrevne krigsveteraner fra VA hospitaler (531) ønskede man:

- 1 At undersøge sammenhængen mellem patienttilfredshed (målt på 10 indikatorer for generel kvalitet og 4 domæner for patient-terapeut alliance) og administrative kvalitetsmålinger (fx indlæggelsestid, genindlæggelse, varighed fra udskrivelse til genindlæggelse m.m.) på individuelt patientniveau, samt
- 2 Forskelle i forholdet mellem de to typer målinger fra et hhv. individuelt – vs. hospitalsperspektiv.

Spørgeskemaer blev udsendt pr. mail til patienter med forskellige psykiatriske diagnoser, hvoraf 17% opfyldte kriterierne for PTSD. Resultaterne viste, at generel tilfredshed med kvaliteten af ydelsen er forbundet med nedsat antal genindlæggelser. Bedre patient-terapeut alliance var signifikant forbundet med større sandsynlighed for deltagelse i ambulante opfølgning, større kontinuitet i opfølgning og længere tids indlæggelse ved index-indlæggelsen (modsat evt. genindlæggelse). De hospitaler, hvor patienterne rapporterede større tilfredshed med alliancen med terapeuten i det ambulante forløb, scorede samtidigt højere på indikatorer på, hvor hurtigt opfølgning blev etableret og på kontinuiteten af denne. Ingen andre associationer mellem patienttilfredshed og administrative målinger var signifikante.

Et ikke-kontrolleret pilotstudie evaluerede den kvalitative feedback fra patienter med psykiatrisk lidelse (herunder PTSD), af integrationen af massage og alternative terapiformer med psykoterapi i et psykiatrisk behandlingscenter (532). Data bestod af patientudsagn fra interviews og selvrapportering efter et kort behandlingsforløb af komplementære behandlingsformer. Konklusionen var, at patienterne var meget tilfredse med forløbet og oplevede positive forandringer i opfattelsen og fornemmelsen af egen krop. Terapeuterne erfarede forbedret psykoterapeutisk outcome hos patienterne efter forløbet.

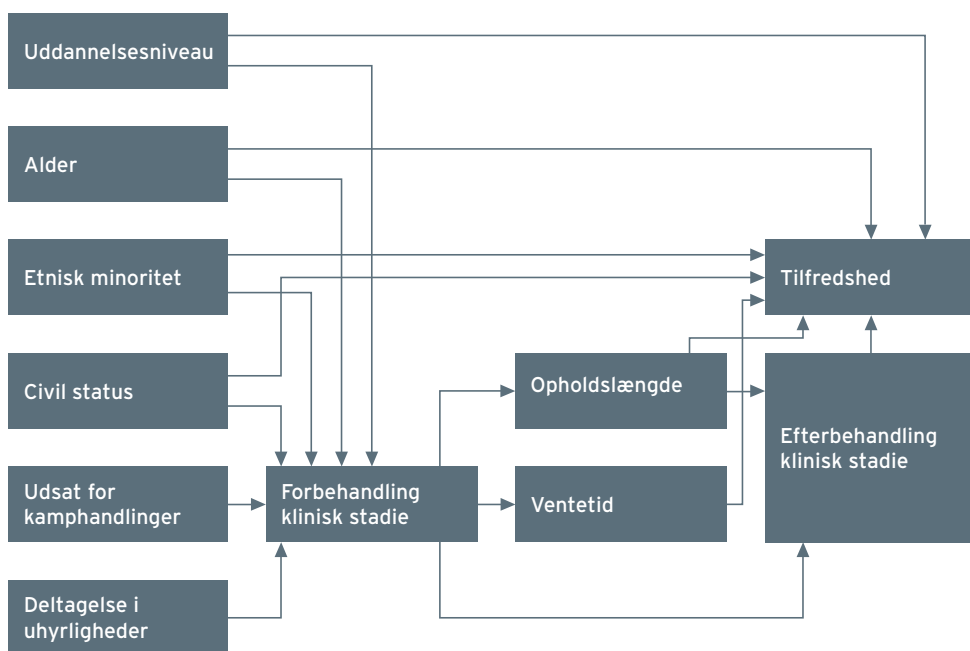
I anerkendelsen af tidligere forskningsresultater, der peger på, at stressorer i PTSD-patientens familieliv (partners afvisning, social tilbagetrækning eller utilfredshed i forholdet) har en negativ påvirkning på PTSD-symptomer og -behandling, udførte Sherman et al. (533) en behovsanalyse for samboende partnere til Vietnamveteraner med PTSD. Antagelsen var, at patienter med PTSD kunne have gavn af familieinterventioner, der er velegnede for patienter med andre psykiske lidelser, men at behovene herfor kunne være anderledes set i lyset af de unikke karakteristika ved PTSD. I undersøgelsen af partneres præferencer for sådanne interventioner foretog man telefon-surveys med 89 partnere til Vietnamveteraner med PTSD, rekrutteret fra et ambulante PTSD-behandlingsprogram under VA. Størstedelen, dvs. 64% af partnerne, angav, at adgang til individuel behandling var ekstremt eller meget vigtigt for deres mestring, 78% angav, at familierapi var ekstremt eller meget vigtigt for både patienten og partneren, og 20% efterspurgte et 'educational' program om PTSD. Signifikante prædiktorer for ønsket om familierapi inkluderede partnerens alder samt alvorligheden (severity) af patientens PTSD symptomer.

To studier (534;535) har opstillet modeller for sammenhængen mellem bl.a. behandlingseffektens bidrag til patienttilfredsheden baseret på antagelsen om, at forbedret sundhedsstatus og/eller sygdomsreduktion førte til øget patienttilfredshed.

Formålet med det første studie (534) var at bestemme omfanget af bidraget fra forskellige variable (fx behandlingsoutcome og patienternes karakteristika før behandlingen) til patienttilfredsheden samt at bestemme, i hvilken grad præ-behandlingskarakteristika var medieret af behandlingsoutcome. Undersøgelsen blev foretaget på 2358 krigsveteraner fra 35 specialiserede PTSD-behandlingscentre under VA, der aktuelt var i behandling. Den primære behandlingstilgang var kognitiv adfærdsterapi på både individ- og gruppeniveau og sigtede mod at lindre psykiatriske symptomer, stofmisbrug og social dysfunktion. Et spørgeskema til selvrapportering blev udleveret ved indlæggelse og 4 mdr. efter udskrivelse. Ud af de data og variable, der blev analyseret, viste det sig, at patienternes kliniske status før behandlingen bidrog signifikant til patienternes tilfredshed, men forklarede kun 13% af effekterne i modellen:

Figur 17:

**Den teoretiske model for postulerede sammenhænge mellem patientkarakteristika, behandlingsrelaterede variable og patienttilfredshed**



Kilde: Tegnet og oversat efter Fontana & Rosenbeck (534).

Resultaterne påpeger endvidere, at patientens kliniske status efter behandling i høj grad er en funktion af den kliniske status før behandlingen. Hverken tiden på venteliste til behandling eller varigheden af indlæggelsen har indflydelse derpå. Varigheden af tiden på venteliste til behandling og varigheden af indlæggelsen havde derimod direkte indflydelse på patienttilfredsheden, selv om effekten var lille. Patientkarakteristika ved indlæggelsen havde størst effekt på patienttilfredsheden og overgik således både behandlingsstruktur (ventetid, indlæggelsestid) og behandlingseffekten i indflydelse på patienttilfredshed. Fx udgjorde demografiske variable som alder, uddannelse, etnicitet m.m. 42,4% af den direkte effekt på patienttilfredsheden, mens effekten var 55,4%, når man inkluderede eksponering for traumatiske hændelser.

Forfatterne udleder følgende implikationer for administration og planlægning af *psykiatrisk* behandling generelt:

- Patienttilfredshed og behandlingseffekt er to forskellige ting, og høj patienttilfredshed betyder ikke nødvendigvis høj effektivitet. Patienttilfredshed bør være et sekundært mål for behandlingen, hvor det primære mål fortsat må være at lindre de symptomer og den sociale dysfunktion, som patienterne henvender sig med.
- At øge effektiviteten ved at forkorte behandlingstiden/indlæggelsen fører sandsynligvis til lavere patienttilfredshed.
- Patienternes demografiske og historiske karakteristika udgør det største bidrag til patienttilfredsheden med behandlingen og er stort set uafhængig af behandlingsstrukturen og behandlingseffekten. Sammenligning af patienttilfredshed bør således justeres for patientkarakteristika på tværs af behandlingsprogrammer.

Forfatterne påpeger endvidere, at andre variable som patientens præferencer, patient-behandler ratio og behandlingsinstitutionens sociale klima sandsynligvis også bidrager væsentligt til patienttilfredsheden.

Baseret på arbejdet med den første model og resultaterne derfra udviklede Fontana, Ford & Rosenheck (535) en tilsvarende anden model, hvor man ønskede at teste antagelsen om, at kvaliteten og kvantiteten af patienternes deltagelse i behandling har betydelig indflydelse på patienttilfredsheden. Særligt menes graden af 'commitment to therapy' at have afgørende betydning. Deltagere blev udtrukket fra to separate studier; 831 krigsveteraner fra 11 VA-hospitaler i et studie af indlagte patienter, hvor patienttilfredsheden blev målt ved udskrivelsen fra hospitalet, og et studie af 554 krigsveteraner i ambulans behandling i VA-setting, hvor patienttilfredshed blev målt hhv. fire måneder og 1 år efter behandlingsopstarten.

### Formålet var:

- At afgøre ad hvilke veje patientkarakteristika, (behandlings)programstruktur, behandlingsfaktorer, patientdeltagelse og klinisk outcome påvirker patienttilfredsheden.



- Nogle af de mange resultater, som modellerne viste, var bl.a., at de faktorer der havde størst betydning for patienttilfredsheden, var patienternes deltagelse i specialiserede PTSD programmer frem for behandling i almenpsykiatrien.
- Dernæst betydningen af det sociale klima, 'commitment to therapy', varigheden af indlæggelsen, reduktion i PTSD symptomer og lavere uddannelsesniveau. Commitment blev fremmet af et positivt socialt klima på behandlingsstedet og lavere grad af social isolation inden behandlingsopstart.
- At afgøre omfanget af overensstemmelse i patienttilfredsheden efter fire mdr. og efter et år. Resultaterne pegede her på, at tilfredsheden generelt var stabil over tidsperioden, men at der er grundlag for at konkludere, at tilfredshed ikke er et fastlåst patientkarakteristika. Commitment havde den største positive effekt på tilfredsheden over tid, hvor de mindst socialt isolerede patienter udviste størst commitment i form af deltagelse i individuelle sessioner. Fokusering på krigstraumer og træning i sociale færdigheder i behandlingen skabte større commitment. At have lønnet arbejde var den eneste karakteristika, der havde direkte positiv indflydelse på patienttilfredsheden over tid.
- At afgøre hvilke ligheder der er i de faktorer, som påvirker patienttilfredsheden, henholdsvis mellem indlagte og ambulante patienter. Her viste det sig, at kvantiteten af deltagelse i behandling og reduktion i PTSD symptomer havde direkte effekt på den langsigtede patienttilfredshed for begge grupper, men at commitment havde en direkte effekt på tilfredsheden på lang sigt for indlagte patienter, men ikke for ambulante. På kort sigt var effekten den samme for begge grupper. Modeller for begge grupper viste, at klinisk outcome havde en forsvindende lille påvirkning af patienttilfredsheden, svarende til tidligere fund. Klinisk outcome og patienttilfredshed er altså to forskellige indikatorer for kvalitet i ydelsen.

Fontana & Rosenheck (534) har tidligere påpeget, at patientens præferencer kunne have betydning for patienttilfredsheden og behandlingen. Johnson & Lubin (536) har undersøgt mønstre i patientpræferencer over tid hos 65 Vietnamveteraner, der havde gennemgået et 4-måneders multidisciplinært, specialiseret behandlingsprogram for PTSD under hospitalsindlæggelse. Patienterne bedømte sværheden af deres symptomer og graden af fordele ved behandlingen på 35 indikatorer ved udskrivelse og ved 4 mdrs. og 12 mdrs. follow-up.

Forfatterne peger på, at studiepopulationen typisk har et kronisk forløb af PTSD, som viser sig ved symptomlindring umiddelbart efter udskrivelse og falder tilbage til baseline niveau ved follow-up. Derfor var formålet at inddrage patienternes vurdering af effekten af behandlingen, hvilket dog besværliggøres af den multidisciplinære terapeutiske tilgang, som forfatterne til artiklen finder nødvendig i behandlingen af PTSD. Oftest modtager patienterne psykodynamisk psykoterapi sideløbende med familierapi, kognitiv adfærdsterapi, kunstterapi, rehabiliterende og rekreative ydelser og/eller psykoekudation. Hvor symptomlindring teoretisk set kan tænkes at bedre tilværelsen for visse patienter, kan patienten reelt have større præferencer for øget livskvalitet, social funktion og øvrige eksistentielle faktorer.

Desuden er det sandsynligt, at forskellige patientgrupper har forskellige præferencer, der kunne være vigtige i tilrettelæggelsen af behandlingen.

Resultaterne af undersøgelsen viste, at patienterne ikke oplevede, at graden af symptomer havde ændret sig ved udskrivelsen, at de havde forværret sig 4 mdr. efter udskrivelse, og at niveauet forblev uændret op til 12 mdr. follow-up. Kernesymptomer i PTSD, såsom flashbacks, angst, søvnproblemer m.m. viste ingen signifikant variation over tid. Patienter med højt symptomniveau havde lavere grad af håb for fremtiden. På de programrelaterede variable vurderede patienterne, at behandlingen generelt havde været en hjælp, men patienter med højt symptomniveau gav lavere score end dem med lavt symptomniveau. Det multidisciplinære tilbud rummede både en psykoterapeutisk og en rehabiliteringsorienteret tilgang, hvor patienterne ved udskrivelse vurderede den psykoterapeutiske pakke som mest effektiv, mens de ved follow-up vurderede, at den rehabiliterende tilgang havde været mest effektiv.

Som led i en engelsk MTV (537), der i et follow-up studie evaluerede langtidseffekten af kognitiv adfærdsterapi for angstlidelser, herunder PTSD, indsamledes data vedr. patienternes holdninger til behandlingen via semi-struktureret interview<sup>63</sup>. Ved follow-up 2-14 år efter behandlingens afslutning vurderede 80% af patienter med angstlidelser, at behandlingen havde hjulpet dem til trods for, at over halvdelen af de adspurgte stadig havde mindst én klinisk diagnose. Livskvaliteten var på både fysiske og psykiske markører lavere end for baggrundsbefolkningen. Gennemsnitsværdierne for livskvalitet for deltagerne i follow-up studiet svarede til værdierne for de laveste 25% af baggrundsbefolkningen med større variationer mellem gruppen, der stadig havde mindst én klinisk diagnose ved follow-up og dem, der ikke havde. Patienter med PTSD scorede lavest og signifikant dårligere end patienter med generaliseret angst og panikangst både på de fysiske og psykiske komponenter. Desuden lå værdierne for livskvalitet for patienter med PTSD samlet set inden for de laveste 14% af baggrundsbefolkningens værdier og på de laveste 4% på de fysiske og emotionelle komponenter. Omkring en fjerdedel af alle patienter rapporterede, at de regelmæssigt anvendte de teknikker, de havde lært til at mestre angstsymptomer, mens 39% rapporterede, at de aldrig brugte teknikkerne. Dem med mindst én klinisk diagnose ved follow-up brugte redskaberne mindst.

Det næste afsnit er en tilsvarende opsummering af evalueringer af patienttilfredshed, hvor patientgruppen har været traumatiseret og/eller er traumatiserede flygtninge. Det fremgår ikke tydeligt, at patienterne er diagnosticeret med PTSD, men det væsentlige i denne sammenhæng synes at være, at de som flygtninge har været udsat for en eller flere traumatiserende hændelser og derved repræsenterer nogle af de samme psykiske, fysiske og sociale problemstillinger, som kendes fra patienterne i specialiseret, tværfaglig behandling i Danmark.

---

<sup>63</sup> Undersøgelsen beskrives nærmere i økonomiafsnittet.

### 7.3. Patienttilfredshed og præferencer i behandling af patienter med kompleks PTSD

Röda Korsets Center för torturerede flyktingar (RKC) i Stockholm evaluerede i 1999 et projekt (538), der arbejdede med intensive psykosociale indsatser mhp. forkortelse af behandlingsforløb, forbedring af rehabiliteringen og lavere omkostninger. Studiet bygger på dybdegående interviews af torturofre, der tidligere har været i behandling på RKC, og som nu har genoptaget kontakten pga. psykosociale og/eller socioøkonomiske årsager. Ud af 21 patienter angiver 14, at de er meget tilfredse med indsatsen fra RKC. Vurderingen beror på alt fra en oplevelse af, at ens smerteproblematik bliver forstået, at blive mødt med en følelse af tillid og værdighed, at RKC har været et fast holdepunkt i en kaotisk tilværelse, til oplevelsen af centret som et sted at placere sine tanker og grufulde oplevelser, at behandlingen har stabiliseret tilværelsen for patienten (og indirekte muliggjort etablering af egen familie), og at RKC formår at skabe kontakt til arbejdsmarkedet. De mindre tilfredse patienter relaterer deres vurdering til et dårligt forhold til terapeuten, generel mistro til myndigheder, som RKC synes magtesløs overfor, og at det ikke hjælper at snakke med psykologen. En deltager i et arbejdsmarkedsprojekt oplever at blive sendt rundt til diverse arbejdsgivere, der alle synes, det er synd for patienten, at han har været udsat for tortur, men som siger, at de desværre ikke kan ansætte ham.

I spørgsmålet om, hvordan kontakten med RKC har påvirket patienterne, svarer 13 ud af 21, at den psykosociale indsats har haft meget stor betydning for dem, fordi de aldrig selv havde klaret at løse deres problemer. RKC har fungeret som et anker i tilværelsen, når ingen andre har haft forståelse for deres problematikker. Særligt for patienter uden beskæftigelse, der rapporterede en mangel på oplevelse af sammenhæng og faste holdepunkter i livet. Oplevelsen af at blive forstået synes helt central: Hverken sundhedsvæsenet eller socialtjenesten har givet indtryk af virkelig at have forstået, hvad patienterne har været udsat for. Mange patienter har en opfattelse af, at især socialtjenesten ikke tror på, at patienterne taler sandt. De dårligste vurderinger beror på vrede over patientens samlede situation i Sverige, dårlige erfaringer i mødet med de svenske myndigheder, som RCK opfattes som en del af, og på, at hjælpen fra RKC mislykkedes (fx hjælp til at søge om økonomisk bistand, ansøgning om permanent opholdstilladelse m.m.).

Samlet set har de adspurgte patienter i overvejende grad ikke gjort sig tanker om, hvordan RCK's service kunne forbedres. Der opfordres dog til at optage flere patienter end på nuværende tidspunkt, at lade målgruppen indeholde asylansøgere (som ifølge patientens opfattelse i forvejen ikke har nogen rettigheder), at det vil være en tryghed for andre patienter at møde ansatte med indvandrerbaggrund samt at møde sine behandlere oftere.

Et andet studie af torturofres opfattelse af rehabilitering i multidisciplinært regi blev udført i et multi-center studie af fire rehabiliteringscentre fra fire forskellige FN-regioner i regi af IRCT (International Rehabilitation Council for Torture victims) (527). Studiet var den første fase af et større 'impact assessment' studie og bestod af interviews med patienter/torturoverleverede vedr. opfattelsen af behandlingsforløb og -outcome, ændringer i dagliglivet og ønsker for fremtiden.

Formålet var at beskrive outcome af torturrehabilitering på specialiserede centre i forskellige socio-kulturelle settings fra et fænomenologisk perspektiv. Resultaterne er sammenfattet, fortolket og tematiseret af forfatterne til artiklen på baggrund af fyldige patientudsagn:

- Størstedelen af patienterne var udpeget, opfordret eller på anden måde henvist til rehabilitering af NGO'er, familiemedlemmer, sundhedsinstitutioner eller andet. Andre har så at sige registreret patientens problemer og henviser videre på denne baggrund.
- Klienterne beskriver ofte deres situation som præget af desperation og hjælpeløshed og oplevelsen af ikke at have nogen muligheder for at løse problemerne selv.
- Patienterne har selv dannet sig hypoteser om årsagen til deres situation, som er præget af spørgsmål om, hvor problemerne skal placeres, og hvem der er ansvarlig for at løse dem.
- Patienternes livsbetingelser er ændrede. Grundlaget for selve livet er ændret såvel som patientens muligheder og potentiale for fremtiden. Til trods for social støtte og samarbejde fra andre oplever patienterne og deres familier, at de er isolerede og ene ansvarlige for at mestre deres kriser og ansvar for forsørgelse (caring responsibilities).
- Fra starten af interviewet udtrykte mange patienter deres taknemmelighed og tilfredshed med den hjælp og støtte, de fik fra centrene og de ansatte. Det interpersonelle forhold til behandleren og relationen til centrene blev anset som en betydelig faktor og mulighed i deres daglige liv, der endvidere havde betydning for de problemer, patienterne gerne ville have hjælp til at løse.
- Bekendtskabet med centrene og de ansatte opfattes som en begivenhed, der muligvis kan lede til en ændring i patientens socioøkonomiske status. Forbindelsen er således præget af en vis afhængighed, hvor systemets holdninger har konsekvenser for patienterne og deres familie og for deres fremtidige muligheder.
- Det fremgik også af interviews, at patienterne ikke altid er klar over behandlernes mål og planer med behandlingen og de rehabiliterende indsatser, ligesom de ikke er bekendte med mulighederne og begrænsningerne i den måde rehabiliteringen er organiseret på.
- Adskillige informanter oplyste, at den rehabiliterende indsats har givet mulighed for personlig udvikling i deres liv. De erfaringer, patienterne har høstet under rehabilitering, overfører de til familiodynamikken, børneopdragelse, udvikling af personligt potentiale m.m.
- Patienternes forventninger til rehabiliteringen er klare: Smertelindring, forbedret fysisk funktion, forbedret individuel funktion i familien, forbedrede relationer til omverdenen og at genoptage arbejdet/at være i stand til at forsørge sin familie. Disse forventninger ser ud til at være i overensstemmelse med centrenes mål for behandling. Patienterne rapporterede på tværs af centrene en gennemgående tilfredshed med den støtte, behandling og rehabilitering, de havde fået på centrene. Tilfredsheden var knyttet til flere dimensioner (den psykologiske, fysiske og sociale), der afspejlede patienternes problemer i den komplekse sociale kontekst de befandt sig i. Tilfredsheden repræsenterede overordnet set en følelse af 'self-efficacy'<sup>64</sup> eller 'empowerment', som det også populært udtrykkes, særligt i relation til patienternes mestring af dagligdagen og i deres fremtidsperspektiver. Dette må derfor være et overordnet mål for behandling og rehabilitering.

I dansk sammenhæng har man undersøgt effekten af tværfaglig behandling til traumatiserede flygtninge (539) i et multidisciplinært, specialiseret setting, belyst fra flere forskellige vurderingskilder: Behandleren, tolken, patienten og interviewer samt på forhånd definerede kriterier for outcome. Fire erfarne psykologer fra to forskellige centre (hhv. OASIS i København og det nu lukkede CEPAR) udvalgte to af de mest vellykkede og to af de mindst vellykkede behandlingsforløb på baggrund af terapeuten vurdering. I alt 16 cases blev udvalgt, og der gennemførtes i alt 48 interviews med hhv. patient, tolk og terapeut på de pågældende cases. Her præsenteres hovedsageligt resultaterne af patientens subjektive oplevelser af behandlingen:

- Ligesom i de øvrige studier i dette afsnit (527;538) oplever patienterne her centrene som en sikker og tryk base ('en oase under ørkenvandringen'). Patienterne fremhæver betydningen af måden, man bliver modtaget på, både de fysiske rammer og det mellemmenneskelige møde. At blive mødt med omsorg, at terapeuten indgyder patienten håb og yder støtte og opbakning i fx konflikter med kommunen. Disse er eksempler på, hvordan behandlingen hjælper patienterne til at kunne tro på det gode i livet og at turde stole på andre mennesker igen.
- Opbyggelsen af et tillidsforhold til terapeuten er af afgørende betydning for patienten. At blive mødt med forståelse og respekt, at terapeuten lytter og tager én alvorligt og behandler patienten med ligeværdighed, med respekt for patientens kultur.
- Den terapeutiske samtale er for en stor dels vedkommende en af de væsentligste helbredende faktorer. Andre fokuserer på betydningen af at kunne aflægge vidnesbyrd, dele en hemmelighed eller få placeret skyld.
- Behandlingen tjener også den funktion at få skabt orden i kaos og at skabe sammenhæng mellem tanker og følelser. At lære noget om sine symptomers virkningsmekanismer bidrager til patientens oplevelse af kontrol, beroligelse og struktur.
- Vedrørende anden behandling end psykoterapi så mener langt de fleste patienter, at fysioterapi har hjulpet dem primært til lindring af smerter og spændinger, men også ved at lære at opleve sin krop og bruge den på nye måder. Lindringen opleves dog ikke som (at have en) vedvarende (effekt). Farmakologisk behandling nævnes kun i begrænset omfang, selv om 14 ud af 16 patienter har fået medicinsk behandling sideløbende med anden behandling.
- Socialrådgivning bliver ikke nævnt direkte i interviewene, men hjælp til sociale problemer nævnes som noget helt centralt. Hjælp til praktiske problemer synes at være af stor betydning for patienternes bedring, hvilket bekræftes af erfaringerne fra RCK i Stockholm (538).

Uden for behandlingscentre har den værdighed, der ligger i selvstændighed og økonomisk uafhængighed, stor betydning for patienterne. Ikke at kunne finde arbejde eller at magte arbejde (herunder aktivering og sprogskole) betragtes som en ydmygelse. Derfor kan opnåelse af pension have en positiv effekt i forhold til klientens bedring. Betydningen af at have børn understreges ved, at de giver patienterne grund til at leve, og at de bestræber sig på at være gode rollemodeller trods alt. Socialt netværk, gode boligforhold, at tale med andre i samme situation m.m. var andre positive faktorer, som patienterne nævnte som betydningsfulde.

## 7.4. Etiske aspekter

Dette afsnit er en sammenfatning af den begrænsede litteratur om etiske forhold vedr. behandlingen af patienter med PTSD og særligt af traumatiserede flygtninge. Mange etiske aspekter er desuden berørt under interviews med behandlere og ledere på de besøgte behandlingsinstitutioner og sammenfattes indledningsvist nedenfor i anekdotisk form:

### **Om behandling og rehabilitering af traumatiserede flygtninge generelt**

Patienten er oftest kronisk traumatiseret og har personlighedsændring samt betydelig comorbiditet. Man kan ikke sige med sikkerhed, hvilke metoder man skal anvende på hvilke patienter, eller om det er den enkelt behandling, der virker, eller om det er interaktionen mellem behandlinger. Den enkelte patients problematikker afgør, hvilken behandling og terapiform der tilbydes. På baggrund af den behandling rustes patienten til senere i forløbet selv at udtrykke sine behov, ud fra målet om empowerment og kontrol over eget liv i den patientcentrerede behandling.

Systemet omkring den traumatiserede flygtning opleves som voldsomt splittet, og det er uhensigtsmæssigt, at der typisk ikke er én koordinerende instans i behandlingen af og kontakten til patienten. Dette virker obstruerende for helhedstænkningen og effekten af behandlingen kunne evt. forbedres, hvis indsatsen var koordineret.

Der opleves ingen reel effekt af en grundig, indledende visitation til specifik behandling, idet ventelisterne til behandling er så lange, at patientens status eller problemstillinger ændrer sig fra henvisningen til behandlingsopstarten.

## Om psykoterapeutisk arbejde med traumatiserede flygtninge

'Psykiatriske diagnoser har en meget lav reliabilitet og validitet, vi har en tendens til at opfatte dem som uproblematiske og entydige. Det er de ikke. I Borderlinediagnosen indgår 9 symptomer, hvoraf fem skal være opfyldte. Det giver 256 kombinationsmuligheder, hvilket gør det vanskeligt at tale om standardbehandling. To borderlinepatienter kan have ét symptom tilfældes, og i øvrigt være meget forskellige. Det samme forhold gør sig gældende ved PTSD, og psykiatriske diagnoser i øvrigt'.

'En diagnose er en dårlig prædikator for udbytte af behandlingsforløb, en række andre faktorer er bedre til at forudsige udbytte: Livshistorie, udviklingspotentiale, motivation, evne til at gå i relation (Alliance). En række andre faktorer nævnes som betydningsfulde for behandlingsforløbet, men er uden for behandlernes kontrol, fx samarbejdet med praktiserende læger og kommunale sagsbehandlere, der hver kan have egne agendaer''.

Motivationen for behandling kan være af varierende karakter pga. meget forskellige motiver for at indgå i et behandlingsforløb, såsom opnåelse af humanitær opholdstilladelse, opnåelse af pension m.m.

'Kontekstuelle og sociale faktorer er meget vigtige at tage hensyn til, da de kan påvirke behandlingsforløbene markant på både godt og ondt'.

## Om psykiatrisk og psykofarmakologisk behandling af traumatiserede flygtninge

'Der findes ingen evidens for psykiatrisk behandling af traumatiserede flygtninge, og behandlingen er ofte baseret på erfaringsbaseret evidens eller teoretisk evidens fra andre grupper. Der er god erfaring med at behandle med fx nyere skizofrenimidler, 'Problemet er, at præparaterne er meget dyre og at patienterne ikke har råd til at betale for det på laveste kontant-hjælp', hvorfor det af hensyn til patienternes compliance kan være nødvendigt at ordinere billigere, men ikke optimale eller så effektive præparater. 'Derfor er samarbejdet med socialrådgivere og kommunal forvaltning af stor betydning i forhold til at få bevilget tilskud'.

Mange patienter har generelt høje forventninger til behandlingen, fx at de bliver kureret og får deres gamle liv tilbage. Størstedelen af patienter med PTSD har oftest mindst én anden diagnose, der gør det næsten umuligt at behandle så sammensatte diagnoser, som patientgruppen frembyder. Meget af behandlingen er rettet mod at øge patientens livskvalitet.

Det opleves som et generelt problem, at der er et 'hul' i koordineringen af behandlingen til patientgruppen: Almenpsykiatrien (med undtagelse af den nyopstartede klinik for traumatiserede flygtninge i Gentofte) tager ikke gerne imod patienter med PTSD, og RCT-centrene tager ikke imod psykotiske patienter. Der findes altså ikke et relevant behandlingstilbud til fx psykotiske patienter med PTSD, hvor der kan være overlap mellem psykotiske symptomer og dissociative symptomer ved personlighedsændring og PTSD.

Det samme synes gældende for børn af traumatiserede forældre, som ikke er omfattet af hverken behandlingscentrenes eller almenpsykiatriens primære målgruppe, der sjældent har specifikke tilbud til børn af traumatiserede flygtninge. Børn af traumatiserede flygtninge lever under vilkår, der minder om tilværelsen for børn af psykisk syge, blot at der iværksættes et massivt apparat til (etnisk) danske børn af psykisk syge. Børn af traumatiserede flygtninge er forældre for deres forældre, hvor det vurderes, at forholdsvis simple redskaber som at tilknytte en støtte-kontaktperson, hjemmesygepleje eller andet kan flytte meget for en familie.



## Om forskning og evidens i behandling af traumatiserede flygtninge

Traumatiserede flygtninge og torturofre henvises ofte til behandling med multiple problemstillinger af social, fysisk og psykiatrisk/psykologisk karakter, der ofte både overlapper og betinger hinanden. Det er ligeværdige problemstillinger, som det synes meningsløst at adskille. Derfor betragtes det både uetisk og uhensigtsmæssigt at randomisere og måle på enkeltstående behandlinger af multifactorielle problemstillinger mhp. at genere evidens.

'Symptomlindring er et problematisk mål (ofte bruges selvrapportering, og patienter og terapeuter har en tendens til enten at overrapportere eller underrapportere). For nogle patienter vil en øgning af symptomer være et udtryk for, at en terapeutisk udvikling er i gang'. Behandlingseffekt ses typisk tidligst 6 mdr. efter, at behandlingen er ophørt.

Symptomlindring er ikke altid det mål, som patienterne tilstræber. Derfor er der en stigende interesse for at måle effekten i patienternes funktionsevne, samt brug af nye terapeutiske tilgange, der i højere grad understøtter patientens egne ressourcer, med fokus på handling og 'commitment' (fx Acceptance and Commitment Therapy' og Mindfulness).

Af den litteratur der er fundet, er emnerne tematiseret og præsenteret i det næste afsnit.

### 7.4.1. *Forskning*

I al forskning om og med mennesker rejser der sig en række spørgsmål vedr. basale etiske principper og normer om respekten for individets autonomi (autonomy), ikke at gøre skade (non-maleficence), godgørelse (beneficence) samt retfærdighed (justice) (9).

Der er flere etiske forhold, der bør tages med i betragtning, når forskningen vedrører traume-populationer. Et spørgsmål er, hvorvidt undersøgelse og indhentning af oplysninger om traumehistorien er associeret med betydelige risici i forhold til fordele? Empiriske data på forsøgsdeltageres reaktioner peger i begge retninger – størstedelen af deltagerne oplever ikke, det at dele traumehistorien i forskningsøjemed som noget pinefuldt, men nærmere som en værdifuld lettelse, der har terapeutisk virkning. Omvendt argumenteres der for, at forskningsinterviewet kan medvirke til at re-traumatisere deltageren, der i genoplevelsen af ubehagelige begivenheder vækker følelser af skam, skyld, vrede og andre smertefulde emotioner i deltageren. Dette antyder, at negative reaktioner hos nogle deltagere i traumestudier kan være relateret til en underliggende individuel, psykologisk sårbarhed – et emne, der ikke er forsket ret meget i. Ligeledes kan der være forskel på reaktionerne i traumapopulationer alt efter, om deltageren har været udsat for vold i hjemmet, er akut skadet og traumatiseret, er flygtning eller andet.

Særligt kan det være problematisk at anvende eksempelvis principperne om informeret samtykke og fortrolighed i flygtningepopulationer, set i lyset af de sproglige og kulturelle forskelligheder og forskelle i sociale normer, samt mange flygtnings generelle mistro til myndigheder og autoriteter. Desuden kan negative konsekvenser af at åbne op for sine traumatiske oplevelser være afhængigt af, hvilket setting forskningen eller undersøgelserne finder sted i. Under visse styreformere kan det fx være forbundet med betydelig risiko for både forsker og deltager at efterforske følger efter traume, tortur og andre brud på menneskerettigheder, som man fx så det under apartheidstyret i Sydafrika.

Under Sandhedskommissionen i 1990'erne trådte flere af ofrene for apartheidstyrets mishandlinger frem og aflagde vidnesbyrd. Et studie indikerer, at uanset om ofrene valgte at træde frem og aflægge vidnesbyrd offentligt eller i lukket rum eller helt undlod at træde frem, havde det ingen som helst effekt på deres psykiatriske status. En mulig forklaring er, at det at aflægge vidnesbyrd blev forbundet med mangel på retfærdighed, idet gerningsmændene bag overgrebene opnåede amnesti, når de aflagde vidnesbyrd. Dermed havde vidnesbyrdet i dette tilfælde muligvis en kontra-terapeutisk effekt. Derfor må det ledende princip i forskning om og med traume- og torturoverlevende være at gøre mest mulig gavn (beneficence) i en opvejning af, hvorvidt det ubehag, som et terapeutisk eller forskningsmæssigt 'testimonium' forårsager, opvejer nytten af de informationer, der tilvejebringes. Der bør kun spørges ind til traumehistorien i det omfang, der er passende foranstaltninger til at håndtere negative konsekvenser og reaktioner herpå (540).

Et enkelt systematisk review af 'distress' hos deltagere i psykiatrisk forskning baseret på resultater fra 46 studier konkluderer, at kun et fåtal af deltagerne oplever negative følger, men at der ikke er evidens for langvarig skade<sup>65</sup> (541). Kun få studier havde en follow-up periode til at undersøge effekten af negative følger på funktionsevnen og fx forbruget af sundhedsydelser, ligesom også kun få studier havde kontrolgrupper eller præ-test af graden af 'distress'. Resultaterne skal derfor tolkes i lyset af, at der i kraft af de fleste studiers svage design ikke kan drages konklusioner vedr. årsagssammenhænge, men udelukkende om associationer mellem 'distress' og deltagelse i psykiatrisk forskning. Dog peges på særlige etiske forhold i studier, der kræver informationer om traumatiske og grufulde oplevelser, specielt for deltagere med PTSD. Studier med deltagere (patienter eller 'civile', med eller uden diagnosticeret PTSD), der havde været eksponeret for traumatiserende hændelser, og som rapporterer forekomsten af 'distress', er sammenfattet i figur 18 og 19 (se næste side).

Figur 18 og 19:

**Følelsesmæssige reaktioner hos patienter i studier af traumer og andre utilsigtede, skadelige erfaringer**<sup>66</sup>

| Studie                                  | Aldersgruppe   | Studie af   | Prævalens af 'distress'  | Udbredelse af positiv reaktion  |
|---|----------------|---|--|---|
| <b>Brabin &amp; Berah (1995)</b>        | Voksne         | Har fået et dødfødt barn                            | 24% fandt delta-gelse 'distressing'  | 67% fandt det nyttigt, inkl. 73% af dem som var i krise                   |
|   | Voksne og unge | Ruzek & Zatzick (2000)                              | 12% mere nedtrykt end forventet  | 80% opnåede noget positivt 91% følte, at deltagelsen var "det værd"       |
| <b>Kassam-Adams &amp; Newman (2002)</b> | Børn og unge   | Traumatisk, fysisk overlast                         | 13% nedtrykt ved samtale<br>2% nedtrykt ved udfyldelse af spørgeskema  |   |
| <b>Johnson &amp; Benight (2003)</b>     | Voksne         | Vold i hjemmet (Domestic violence)                  | 25% mere i krise end forventet<br>6% fortrød deltagelse  | 45% rapporteret positive mål  |
| <b>Carlson et al. (2003)</b>            | Voksne         | Traumatiske begivenheder i barndom og som voksne    | 30% i høj grad i krise   | 51% fandt det brugbart og nyttigt   |
| <b>Griffin et al. (2003)</b>            | Voksne         | Interpersonel vold                                  | 2% var i krise ved spørgeskema<br>8% ved klinisk samtale<br>48% når de talte om traumet, imens de blev psykologisk overvåget |   |
| <b>Willebrand et al. (2004)</b>         | Voksne         | Brandsårpatienter                                   | 13% havde en negativ reaktion  | 55% havde en positiv reaktion   |
| <b>Kassam-Adams &amp; Newman (2005)</b> | Voksne         | Forældre til børn med trafikrelateret tilskadekomst | 5% var i krise eller kede af det<br>4% fortrød deltagelse  | 55% havde det godt med sig selv<br>74% var glade for at deltage i studiet |
| <b>Halek et al (2005)</b>               | Voksne         | Kamp- eller seksuelt traume                         | 3% var i krise   | 4% lavede positive kommentarer  |

| Studie  | Aldersgruppe         | Studie af  | Prævalens af 'distress'   | Udbredelse af positiv reaktion  |
|---|----------------------|--|---|---|
| <b>Runeson &amp; Beskow (1991)</b>            | Voksne               | Venner eller familie til person som har begået selvmord    | 47% følte sig dårligere end i tidligere uge i studie 2  | 88% havde en positiv reaktion   |
| <b>Asgard &amp; Carlsson-Bergstrom (1991)</b> | Voksne               | Venner eller familie til person som har begået selvmord    | 26% var nedtrykte   | 65% oplevede en positiv effekt på deres følelsesmæssige balance             |
| <b>Cook &amp; Bosley (1995)</b>               | Voksne               | Smertelige tab   | 19% fundet stressede<br>0% fortrudt deltagelse<br>0% følte sig stødt<br>0% følte sig udnyttet | 90% fandt det gavnligt<br>71% opnåede indsigt<br>100% fandt det interessant |
| <b>Walker et al. (1997)</b>                   | Voksne               | Fysisk, seksuelt eller følelsesmæssigt misbrugt og forsømt | 13% mere nedtrykte end forventet<br>5% fortrød deltagelse                                     | 26% opnåede noget positivt  |
| <b>Newman et al. (1999)</b>                   | Voksne               | Fysisk, seksuelt eller følelsesmæssigt misbrugt og forsømt | 10% mere nedtrykte end forventet<br>5% fortrød deltagelse                                     | 23% opnåede noget positivt  |
| <b>Cooper (1999)</b>                          | Voksne               | Venner eller familie til person som har begået selvmord    | 32% kriseramte  | 79% fandt interview nyttigt   |
| <b>Draucker (1999)</b>                        | Voksne               | Seksuelt vold  | 0% fortrød deltagelse   |   |
| <b>Martin et al. (1999)</b>                   | Voksne               | Seksuelt misbrug som barn                                  | 6% havde en negativ oplevelse   | 50% havde en positiv oplevelse  |
| <b>Parslow et al. (2000)</b>                  | Voksne               | Vietnam veteraner  | 30% kriseramte  |   |
| <b>Dyregrov et al. (2000)</b>                 | Børn, unge og voksne | Flygtninge   | 0% af de voksne og 7% af børn eller unge havde en negativ oplevelse                           | 100% af de voksne og 71% af børn eller unge havde en positiv oplevelse      |
| <b>Dean et al (2004)</b>                      | Voksne               | Forældre til børn udsat for vold og som har PTSD symptomer | 2% fandt det ubehageligt  | 88% fandt det behageligt  |

| Studie                          | Aldersgruppe | Studie af  | Prævalens af 'distress'  | Udbredelse af positiv reaktion                                |
|---------------------------------|--------------|--|--|---|
| <b>Kreicbergs et al. (2004)</b> | Voksne       | Forældre til barn som er død af kræft  | 28% negativ påvirket   | 68% positiv påvirket<br>99% betragtede studiet som værdifuldt |
| <b>Dyregrov (2004)</b>          | Voksne       | Forældre til barn som er død efter selvmord, SIDS eller ulykke<br>SIDS: Sudden Infant Death Syndrome | 73% fandt det lidt eller meget pinefuldt<br>0% følte interviewet havde skadelige konsekvenser<br>0% fortrød deltagelse       | 100% fandt deltagelse positiv                                 |
| <b>Boscarino et al. (2004)</b>  | Voksne       | Befolkningspåvirkning efter angrebet den 11. september   | 15% fandt nogle spørgsmål stressende<br>1% nedtrykte efter færdiggørelsen af undersøgelsen<br>3% vurderede oversigt negativt | 74% vurderede oversigt positivt                               |
| <b>dGalea et al. (2005)</b>     | Voksne       | Befolkningspåvirkning efter angrebet den 11. september   | 13% fandt spørgsmål foruroligende<br>1% nedtrykte efter færdiggørelse af survey  |   |

*Kilde: For både figur 18 og 19: Jorm et al. (542).*

Sammenfattende konkluderes det i det systematiske review af Jorm et al. (541), at 'distress' som følge af deltagelse i psykiatrisk forskning oftere ses hos deltagere, der i forvejen har psykisk sygdom og hos dem, der har risikofaktorer (eksponering for traumatiske hændelser, neurotikere og personer med lav grad af social støtte) for udvikling af psykisk sygdom. Desuden forekommer positive effekter hyppigere end negative af deltagelse i psykiatrisk forskning, hvor der er lille association mellem negative og positive effekter<sup>67</sup>.

Slutteligt kan det være problematisk overhovedet at forske i migranternes, herunder flygtninges, sundhed og sygelighed generelt, idet gruppen ofte ekskluderes fra undersøgelser pga. sproglige vanskeligheder, mistillid til institutioner og det omgivende samfund, problemer med at finde passende tolke m.m. (543).

## 7.4.2. Tolkning

De etiske principper om autonomi, at gøre gavn, ikke at gøre skade samt retfærdighed kan også appliceres på anvendelsen af tolk i psykoterapeutiske sessioner i behandlingen af fx traumatiserede flygtninge. Dels kan situationen anskues fra flere perspektiver, hhv. terapeutens, patientens og tolkens, og dels består de relationer, der formes mellem tolken og patienten i kraft af opgavens art, af forholdsvis komplekse interaktioner, der kan påvirke det terapeutiske outcome. Eksempelvist kan der opstå problemer, hvis tolken i stedet for at optræde som oversætter indtager rollen som patientens rådgiver eller sagfører. Tilsvarende kan det være problematisk at anvende patientens sociale netværk eller familiemedlemmer som tolk, særligt børn. Når børn anvendes til tolkning for deres forældre eller anden familie, sættes barnet i en ledende position, som kompromitterer familiens naturlige hierarki, ligesom det ikke er hensigtsmæssigt at udsætte børnene for deres forældres traumehistorie og reaktioner herpå (515).

I relation til tolkens professionelle rolle er der både kulturelle, sproglige, emotionelle og psykoterapeutiske forhold, der skal tages i betragtning under tolkningen. Tolken kan fx have en opfattelse af psykiatriske symptomer, der afviger fra hhv. patientens og terapeutens, som kan have betydning for interaktionen, tolkningen og det terapeutiske outcome. Tolken kulturelle kompetencer i forhold til både patientens og terapeutens kultur kan i visse situationer fremme den terapeutiske kontakt. Tilsvarende er tolkens sprogkundskaber og kendskab til centrale medicinske og psykologiske fagtermer afgørende for, om patientens opfattelse og beskrivelse af sine psykopatologiske symptomer udtrykkes korrekt for terapeuten. Dette henleder desuden til de psykoterapeutiske aspekter af tolkningen, hvor brugen af tolk potentielt kan true kontinuiteten af kommunikationen og derved skabe afstand mellem patient og terapeut. Den kulturelle variation i opfattelsen af medicinsk og terapeutisk praksis kombineret med brugen af tolk i terapeutiske situationer kan have indflydelse på kerneområder af terapeutisk arbejde, såsom etablering af tillid og forståelse af patientens problemer. Tolken evt. egen traumehistorie og/eller emotionelle status kan også påvirke tolkningen og den terapeutiske session; det vidnesbyrd, som patienten afdækker i den terapeutiske session, kan vække negative reaktioner og følelser hos tolken, der måske selv har ubearbejdede traumer med ind i interaktionen (515; 544).

Eksempler på disse etiske problemstillinger uddybes i et kvalitativt studie af tolkens rolle i det psykoterapeutiske arbejde med flygtninge (545). Ud over selve oversættelsen af meddelelser og budskaber kan tolken også medvirke som en kulturel guide for terapeuter, der ikke i forvejen har kendskab til patientens kulturelle baggrund. Af interviews med tolke og terapeuter fremgår det, at selv om terapeuter ofte foretrækker, at tolken har en usynlig rolle i den terapeutiske session, så opfatter patienten tolken som alt andet end det – patienten har ofte stærke følelsesmæssige reaktioner over for tolken; flest positive, men ind imellem også ekstremt negative. Terapeuter oplever generelt, at den terapeutiske alliance opbygges gradvist, men langsommere i en terapeutisk triade (tolk, patient og terapeut) end i terapi uden tolk.

Tolken kan både virke som positiv mediator og terapeutens indgangsport i etableringen af tillid i den terapeutiske alliance, men også som en signifikant hindring i udviklingen af en støttende, konstruktiv og tillidsfuld alliance, der optimalt set bør være til stede mellem alle medlemmer af triaden. På samme måde oplever terapeuten, at tolkens tilstedeværelse kan være en positiv støtte til at dele intensiteten af patienternes stærke følelser og oplevelser. Størstedelen af de tilfælde, hvor terapeuten udtrykte utilfredshed med tolken, handlede om episoder, hvor tolken havde overskredet sine kompetencer, ikke havde oversat korrekt, havde kritiseret terapeutens metodiske tilgang til patientens problemstilling eller lignende. Alle terapeuter og tolke havde erindringer om episoder, hvor tolken havde haft så stærke følelser i relation til en terapeutisk session, at det havde virket forstyrrende, men at det blandt interviewpersonerne var en meget usædvanlig hændelse.

Det centrale er, at hver af deltagerne i den terapeutiske triade potentielt oplever en myriade af følelser og reaktioner som resultat af den særlige interaktion, de indgår i, med de roller, der hører med, og som kan have indflydelse på både den terapeutiske alliance og det terapeutiske outcome. Derfor kan mange negative episoder forebygges gennem grundig udvælgelsesprocedure i ansættelse af tolke, ordentlig træning af tolke og god støtte og supervision til både tolke og terapeuter (545).

Som det sammenfattes i citatet nedenfor, stilles der store krav til tolkens kompetencer og rolle i det terapeutiske arbejde: *'Et vigtigt forhold i arbejdet med traumatiserede flygtninge, der ikke taler tilstrækkeligt dansk til at kunne undvære tolk i terapisesionerne, er den nonverbale kommunikation mellem tolk og klient. Opgaven må være, at tolken udtrykker det verbale og kognitive indhold i terapien samtidigt med, at den nonverbale kommunikation er domineret af terapeuten og klienten. Tolken skal være placeret i lokalet, så han/hun har den samme afstand til klient og behandler og således, at ansigtskontakt til begge er mulig, men mindsket. Den nonverbale kommunikation fra tolken bør i videst mulig omfang synkroniseres med terapeuten og klientens nonverbale, emotionelle kommunikation. Ved at tale om det, ved at øve sig, ved at kende hinanden og emotionelt svinge sammen skal terapeut og tolk forsøge i videst mulige omfang at synkronisere deres tilstande og emotioner (relationsformer) i forhold til klienten – alt sammen under terapeuten "fører an" og tolkens "følger efter" (jf. Fosha, 2000 og Sørensen, 2006). Hvis tolken "fører an" eller på anden måde kaprer, overtager eller styrer relationen i terapien, må terapeut og tolk efterfølgende arbejde med problemet, eller tolken må udskiftes. En stabil, langvarig og kendt relation mellem terapeut og tolk er langt at foretrække frem for skiftende tolke, som eventuelt på uforudsigelige måder kan indgå i andre relationsformer med klienten end den, terapeuten lægger og "fører an" med. Affektsynkroni mellem terapeut og tolk og mellem tolk og klient må være det optimale. Dette tydeliggør de store krav, der stilles til tolkens følelsesmæssige ressourcer og empatiske evner, da tolken ideelt set skal kunne balancere mellem relationen til behandleren og relationen til klienten på en måde, som er loyal over for begge' (546).*

Samtaler med behandlere på de behandlingsinstitutioner, der blev besøgt i den indledende fase af projektfasen, afslørede talrige andre eksempler på etiske problemstillinger i forbindelse med brug af tolk i terapeutiske sessioner.

Det drejer sig fx om at være opmærksom på at bestille kvindelig tolk til kvindelige patienter, hvor det er kendt, eller der er mistanke om, at vedkommende har været udsat for voldtægt eller anden form for seksuelle overgreb, eller at patientens reaktioner/symptomer på PTSD kulturelt set opfattes som et svaghedstegn eller er tabuiseret i hjemlandet eller af etniske ligestillede i eksillandet, hvorfor der bedes om tolk af anden nationalitet end patientens egen.

Der fortælles også om eksempler på, at patienter på trods af et velfungerende tillidsforhold mellem patient og terapeut har mistillid til tolke af egen nationalitet pga. mistanke om udbredt sladder i det pågældende etniske lokalsamfund eller -miljø, altså deciderede brud på tavshedspligten. På samme måde opleves det oftest problematisk for fx bosniske muslimer at have en serbisk tolk, uanset hvor godt tolken kender og taler den pågældende sprogstamme.

Til trods for disse etiske problemstillinger ved brug af tolke er der dog rigelig dokumentation for fejl og utilsigtede hændelser ved at undlade at bruge af tolk, eksempelvis fra patient-sikkerheds- og risikostyringsarbejdet i det somatiske sundhedsvæsen (547).

---

<sup>65</sup> Med negative følger ('distress') menes stress, angst, depression, forlegenhed, ubehag/gener, at fortryde deltagelse i forsøget samt en følelse af indtrængen i privatlivet, adskilt fra den primære psykiatriske diagnose ved at være kortvarig og med begrænset påvirkning af deltagerens funktionsevne

<sup>66</sup> For beskrivelse af de enkelte studier i Figur 17 og 18 henvises til originalartiklen af Jorm et al. (542).

<sup>67</sup> Dvs. deltagere kan opleve 'distress' og samtidigt opleve deres deltagelse i forskningen som en positiv oplevelse.



### 7.4.3. Behandling

Terapeuter, der behandler voldsomt traumatiserede patienter, gennemgår til tider intens, følelsesmæssig respons, fra fornægtelse til overidentificering (548). Over et længerevarende terapeutisk forløb kan der ligeledes opstå reaktioner som modoverføring, der kan være svære for terapeuten at håndtere. Derfor er det vigtigt, at terapeuten løbende monitorerer sine egne følelser og behov og finder støtte til at mestre disse stærke følelser (549).

Fra et terapeutisk synspunkt kunne det desuden være relevant at lade de forskellige etiske principper være fyldende og dominerende på forskellige stadier af terapien. Tillid og princippet om ikke at gøre skade bør være de ledende principper i de indledende faser, og efterhånden som fortroligheden udvikler sig, kan terapeuten lade mere personlige dimensioner komme til udtryk, såsom princippet om at gøre gavn, udmøntet i målrettet behandling tilpasset patientens behov og ressourcer og så fremdeles (549).

Björn et al. (550) fremhæver nogle generelle aspekter omkring mødet mellem flygtninge og sundhedspersonale og omkring potentielle etiske konflikter, som kan opstå, hovedsageligt vedr. traumatiske livsbegivenheder, hierarki og hjemsendelse:

Uanset om man arbejder med psykoterapi eller andre områder indenfor sundhedssektoren, må man udtrykke fuldstændig empati, når man giver professionel støtte til flygtningefamilier, der søger støtte. For at øge evnen til at rumme klienternes smertefulde følelser, er det vigtigt at bringe krigssituationer, etniske konflikter og ekstreme traumer hinsides alle menneskelige generaliseringer og videre til sin egen bevidste konkrete referenceramme. Man må være forberedt på at betragte ofret såvel som gerningsmanden som ofre for et brutalt ødelagt samfund.

Bevidsthed om begrebet 'psykiatrisk og medicinsk praksis som en værdiladet procedure' er af stor vigtighed når man behandler flygtninge. Det er vigtigt at påpege, at det at fremme sundhed er at udføre en mangfoldighed af handlinger, hvoraf de fleste er af en interaktiv karakter.

Sundhedspersonalet repræsenterer en naturlig autoritet for en familie, der søger råd eller behandling. De anses for værende eksperter og er hierarkisk placeret højere end familien. Denne hierarkiske distance kan øges i en situation, hvor de der søger hjælp er flygtninge og ikke så sikre hvad angår de sociale og kulturelle kodeks i det nye land. Mht. hierarkiet indenfor familien er forældrene familiens naturlige ledere. Af mange årsager har forældre i flygtningefamilier mistet deres naturlige lederskab i den fremmede migrant situation. Børn lærer ofte sproget hurtigere end voksne, hvilket gør det sværere for forældrene at holde fast ved lederskabet i familien.

Hjemsendelse er et af de ambivalente forhold, som flygtninge må tage stilling til – hjemrejse eller blive? Dette kan skabe et etisk dilemma for sundhedspersonalet i forhold til, hvilken beslutning man bør støtte, hvis der er delte meninger i familien. Ens egen mening er irrelevant (550).

## 7.5. Konklusion vedr. patienten

Overordnet set vurderer patienter med PTSD, at psykoedukation er hjælpsomt, og at deltagelse i et psykoedukationsprogram øger sandsynligheden for, at de vil opsøge specialiseret behandling (528;529). Den terapeutiske alliance var hos Druss et al (531) forbundet med større kontinuitet og deltagelse i ambulant opfølgning, og der er positive, subjektive tilkendegivelser for alternative behandlingsformer i et ikke-kontrolleret studie af Collinge et al.(532). Pårørende til PTSD-patienter efterspørger familieterapi og psykoedukation, afhængigt af patientens alder og af, hvor alvorlige PTSD-symptomerne er (533). Specialiseret behandling for PTSD vurderes som bedre end behandling i almenpsykiatrien (535), og ved follow-up vurderer patienter med PTSD deres livskvalitet signifikant lavere end angstpatienter generelt og lavest af alle angstpatienter, svarende til de laveste 14% af baggrundsbefolkningen (537). Generelt ses patienttilfredshed og klinisk outcome som to uafhængige indikatorer for behandlingseffekten, hvor patientens kliniske status før behandling har signifikant negativ betydning for patienttilfredsheden og den kliniske status efter behandlingen. Patienttilfredsheden synes i mindre grad afhængig af behandlingsstrukturen og behandlingseffekten (534). På kort sigt vurderer PTSD-patienter symptomlindrende behandling til at være mest effektiv, mens samme patienter ved follow-up vurderer de rehabiliterende interventioner som mest effektive (536).

Traumatiserede flygtninge oplever i flere studier (527;538;539), at specialiserede, tværfaglige behandlingsinstitutioner er steder, hvor deres særlige problemer bliver forstået, hvor der er en vej ud af desperation og håbløshed, hvor man kan få hjælp til praktiske problemer, som de ikke selv mener at kunne klare og som en mulighed for at udvikle sig personligt og komme videre med livet. Patienterne ønsker bl.a. bedret funktionsevne, sociale kompetencer og at fastholde eller genvinde arbejdsvejen 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.



## 8. Økonomien

### 8.1. Introduktion

Dette afsnit belyser nogle af de sundhedsøkonomiske konsekvenser og betragtninger, der er forbundet med behandling og rehabilitering af patienter med PTSD. Der er kun identificeret få studier og udelukkende studier af behandling af PTSD generelt. Der er ikke identificeret danske undersøgelser eller analyser af, hvad det koster at intervenere, og det har ligget uden for opdraget at iværksætte selvstændige undersøgelser af omkostningseffektiviteten af patientbehandlingen i Danmark.

### 8.2. Økonomisk evaluering i MTV

Formålet med det økonomiske element i MTV er at tilvejebringe information om ressourceforbruget i relation til de sundhedsmæssige gevinster ved anvendelsen af en given medicinsk teknologi og derved vurdere den relative værdi af den medicinske teknologi frem for en anden. 'Value for money' kan analyseres ud fra et driftsøkonomisk perspektiv, dvs. hvordan en given medicinsk teknologi for færrest mulige omkostninger opfylder et givent mål. Tilsvarende kan en kasseøkonomisk analyse vurdere, hvem, dvs. hvilken instans, der bærer den største økonomiske byrde og de største fordele ved en given medicinsk teknologi.

Fokus for det økonomiske element i MTV er typisk at se på, hvorvidt den medicinske teknologi er omkostningseffektiv ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv, der er det bredeste perspektiv for en økonomisk analyse. Her medtages alle relevante omkostninger og konsekvenser for alle involverede parter, institutioner såvel som patienten, ud fra argumentet om, at en omkostning er en omkostning, uanset hvem der betaler. Det anbefales, at økonomiske analyser til brug i MTV udføres fra et samfundsmæssigt perspektiv, og hvor der er begrænset tid eller ressourcer til at gennemføre en sådan analyse, bør der som minimum redegøres for de samfundsmæssige perspektiver og konsekvenser ved en given medicinsk teknologi (9).

Størstedelen (89%) af danske MTV'er udgivet af Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering mellem 1998-2004 anvender litteratur-review som analysemetode, ligesom det økonomiske element generelt set er rigt og grundigt belyst ved egentlig økonomiske evalueringer (551). Som nævnt i metodeafsnittet er tilgangen for denne MTV fokuseret, som i dette tilfælde betyder fremstilling af evidensen baseret på systematisk litteraturstudie, uden gennemførelse af en selvstændig økonomisk evaluering af behandlingen og rehabiliteringen af patienter med PTSD.

### 8.3. Foreliggende litteratur

Litteraturstudiet har ikke identificeret andre eller nyere økonomiske studier end dem, der allerede er afdækket i sekundærlitteraturen. Fremstillingen af det økonomiske element tager derfor primært afsæt i de særskilte afsnit om økonomi, der findes i de danske og internationale kliniske guidelines og referenceprogrammer. Størstedelen af den begrænsede litteratur, der findes om økonomien i behandlingen af PTSD, er såkaldte omkostningsstudier, der udelukkende undersøger omkostningerne forbundet med behandling uden at sammenholde med de sundhedsmæssige gevinster og uden at sammenligne med andre relevante alternativer. Disse undersøgelser og sammenfatninger kan således ikke udtrykke noget om, hvorvidt det 'kan betale sig' at behandle og rehabiliter patienter med PTSD, men kan anskueliggøre den samfundsøkonomiske byrde, som lidelsen sandsynligvis udgør og derved behandlingspotentialer<sup>68</sup>. Hvor der er foretaget egentlige økonomiske evalueringer, er kvaliteten og generaliserbarheden af disse vurderet efter Drummonds checkliste for økonomiske evalueringer (Se bilag 4).

Diagnosen PTSD er klassificeret under angstlidelser og indgår derfor også som et element af studier af behandling af angstlidelser og omkostningerne derved (Se fx (13;14;537)). Der er i litteraturstudiet i forbindelse med denne MTV identificeret få publikationer, der undersøger omkostningerne ved behandling af PTSD (12;188;552-555), hvor kun to af disse kan kaldes for egentlige økonomiske evalueringer (12;555). I alt er der identificeret fire studier, der undersøger omkostningseffektiviteten af behandling for PTSD, hvoraf to indgår som en del af omkostningsstudier af angstlidelser generelt (12;537;555;556). Slutteligt indeholder to rapporter om behandling af angstlidelser hos voksne (13) (14) særskilte afsnit om økonomiske forhold ved behandlingen. De overordnede sammenfatninger fra disse fund vedr. de økonomiske forhold i behandlingen af patienter med PTSD refereres nedenfor.

---

<sup>68</sup> Bilag 8 giver en kort introduktion til begrebet økonomisk evaluering samt principper for og formål med de forskellige typer analyser inden for denne disciplin.

## 8.4. Litteraturgennemgang af omkostninger

En arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen (13) fandt meget få studier, der har forsøgt at opgøre de samfundsmæssige omkostninger ved angstlidelser. De fleste af disse var desuden baseret på amerikanske data, der ikke umiddelbart kan overføres til danske forhold. I mangel af bedre indikerer undersøgelserne dog, at patienter med angstlidelser lægger beslag på en betragtelig del af sundhedsvæsenets ressourcer, svarende til 31, 5% af de samlede omkostninger til psykisk lidelse i USA i 1990. Der refereres endvidere til en svensk undersøgelse fra 1996, hvor de samfundsmæssige omkostninger ved angstlidelser estimeres til at være 18,6 mia. svenske kroner, hvoraf de indirekte omkostninger (fx førtidspension og tabt produktivitet på arbejdsmarkedet) udgjorde 92% af de samlede omkostninger (13).

Patienter med angstlidelser har et merforbrug af sundhedsydelser såsom skadestuebesøg, indlæggelser, ydelser i primærsektoren, psykiatrisk behandling og medicinudgifter (direkte omkostninger), hvilket på nogle punkter understøttes i en dansk registerundersøgelse (31). I tillæg hertil er der betydelige indirekte omkostninger forbundet med angstlidelser, herunder sygefravær, reduceret produktivitet i arbejdstiden, udstødning på arbejdsmarkedet og øget frekvens af selvmordsforsøg. Disse er relateret til høj alkoholindtagelse og -afhængighed samt omkostninger for de pårørende. Arbejdsgruppen fandt endvidere, at blandt angstlidelser har PTSD i flere studier vist sig at være den dyreste (13). Hovedsagelig samme fund og konklusioner rapporteres i et større svensk litteraturstudie fra Statens beredning för medicinsk utvärdering i 2005 (14).

Det engelske National Institute for Clinical Excellence (NICE) konkluderer kortfattet i en national guideline for behandling af PTSD, at det for engelske forhold gælder, at 91 millioner arbejdsdage mistes årligt som følge af stressrelateret lidelse. Sociale ydelser og velfærdsydelser beløb sig til 105 millioner £ i 2003-4 pga. følger efter svær stress og PTSD, hvilket var mere end en fordobling fra 5 år tidligere. Omkostningseffektiviteten for behandling af PTSD er så godt som ukendt, hvilket yderligere kompliceres af, at der er mangel på viden om, hvad der virker for hvem i gruppen af patienter med PTSD (12).

En australsk guideline for behandling af voksne med PTSD (5) opsummerer på baggrund af en række primærstudier, at de samfundsmæssige omkostninger forbundet med PTSD bl.a. indikeres ved øget brug af sundhedsydelser i forhold til baggrundsbefolkningen til trods for, at det er ukendt, hvorvidt omkostningerne er relateret til lidelsen selv eller er indirekte relateret til den generelt ringe sundhedsstatus, der er forbundet med PTSD. Der er ikke fundet nogen egentlig økonomisk evaluering med et samfundsmæssigt perspektiv, og manglen på omkostningsdata og bredden af sociale, personlige og sundhedsrelaterede omkostninger, der er direkte relateret til PTSD, kombineret med stor variation i behandlingsalternativer, har i dette tilfælde udelukket udarbejdelsen af en økonomisk evaluering.

Et ofte citeret burden-of-illness studie af Kessler (188) opgør på baggrund af data fra The U.S. National Comorbidity Survey, at der er betydelig arbejdsnedsættelse forbundet med PTSD

svarende til 3,6 dages tabt arbejdsfortjeneste pr. måned eller \$3 milliarder årligt for staten. Desuden er PTSD forbundet med negative konsekvenser for livsforløbet, hvilket for amerikanske forhold betyder øget risiko for at stoppe uddannelse, få børn i teenageårene, ægteskabelig ustabilitet og desuden halvanden gang forhøjet risiko for arbejdsløshed end personer, der ikke har PTSD, hvilket nævnes som kerneårsager til afhængighed af velfærdsydelse i mange vestlige lande. Varigheden af symptomerne for den typiske patient med PTSD strækker sig over årtier, og sammenlagt betyder det store samfundsmæssige byrder.

Et amerikansk studie af Walker et al. (554) undersøgte sundhedsudgifter for kvinder med PTSD tilknyttet en Health Maintenance Organisation og viste, at omkostningerne til behandling af PTSD var positivt associeret med graden af PTSD. Patienterne blev klassificeret i tre forskellige grupper (lav, moderat og høj grad af PTSD) på baggrund af en PTSD checkliste, hvor resultaterne viste, at sværere PTSD symptomer var associeret med højere udgifter til sundhedsydelse, og at de gennemsnitlige udgifter var mere end dobbelt så høje for gruppen med de sværeste symptomer sammenlignet med grupperne med færrest symptomer. Sammenlignet med gruppen med laveste grad af symptomer havde den moderate gruppe 38% flere udgifter til sundhedsydelse og den højeste gruppe 104% flere udgifter. Samme resultater sås efter justering for depression, demografiske forskelle og kronisk medicinsk lidelse. Stigningen i udgifter til sundhedsydelse var ikke udelukkende relateret til psykiatrisk behandling, men kunne observeres på tværs af sundhedsvæsenets servicekategorier. Det er tidligere påvist, at størstedelen af PTSD patienter oprindeligt henvender sig til behandling i primærsektoren. Sammenholdt med denne aktuelle undersøgelses resultater anbefalede forfatterne, at en forbedring af identifikationen af patienter med PTSD samt optimering af behandlingen i primærsektoren og i specialiserede tilbud kunne være en omkostningseffektiv måde at nedbringe prævalensen af PTSD.

En australsk undersøgelse af omkostningerne forbundet med PTSD hos tilskadekomne efter trafikuheld viser, at både sundhedsmæssige og økonomiske omkostninger er højere for de personer, der udviklede PTSD efter et trafikuheld end hos dem, der ikke udviklede PTSD. Data udgøres af informationer fra forsikringsselskaber vedr. udgifter til sundhedsydelse, økonomiske tab (tabt arbejdsfortjeneste m.m.), udgifter til juridisk bistand etc. Studiet viser at de 59 patienter med PTSD, som ifølge forsikringsselskabet havde fået en form for psykiatrisk behandling, havde gennemsnitligt højere "health cost" end de 44 patienter med PTSD, som ikke havde modtaget psykiatrisk behandling. Faktisk er de samlede "health costs" australske \$3.999 i gruppen af trafikofre, som ikke fik behandling, mod hele australske \$10.393 i gruppen af behandlede patienter. De gennemsnitlige udgifter til behandling i sundhedsvæsenet er således 2½ gange større, hvis patienter får behandling for PTSD. Derimod er tabet af arbejdsevne ("Economic loss") større blandt de ubehandlede personer med PTSD. Troværdigheden og relevansen af Chan et al.s studie kan diskuteres, trods dette har vi valgt at inkludere denne. Konklusionen er dog, at når alle omkostninger medtages, er gennemsnitsomkostningerne størst ved personer, som får psykiatrisk behandling.

På baggrund af disse oplysninger fandtes desuden, at de økonomiske tab var større hos de ca. 40% af studiepopulationen med diagnosticeret PTSD, der aldrig opsøgte psykiatrisk behandling,

end hos dem der blev behandlet for diagnosticeret PTSD. Som forklaring herpå henviser forfatterne til et andet studie, der viste, at nogle af de hårdest ramte tilfælde ofte undlader at søge hjælp til behandling for de psykologiske konsekvenser af traumatiserende hændelser (553).

En undersøgelse af udgifter til sundhedsydelse forbundet med PTSD hos Vietnamveteraner under det australske Department of Veterans Affairs (552) fandt, at veteraner med diagnosticeret PTSD havde 60% flere omkostninger relateret til sundhedsydelse end den gennemsnitlige Vietnamveteran. Disse omkostninger skyldes dels behandlingsomkostninger for fysiske lidelser og dels for behandling for psykisk co-morbiditet (angst, depression m.m.). Prædiktorer for øgede omkostninger til sundhedsydelse var bl.a. relateret til alder, antal rapporterede diagnoser samt forekomsten af angst og depression.

Sammenfattende viser ovenstående undersøgelse af omkostningerne ved PTSD, at:

- Lidelsen og konsekvenserne lægger beslag på betydelige andele af samfundets og sundhedsvæsenets ressourcer (13), i form af
- Tabt produktivitet på arbejdsmarkedet, sygefravær m.m. (13;188),
- Risiko for sundhedsadfærd, der betragtes som kerneårsager til afhængighed af velfærdsydelse i vestlige lande (188), samt
- Merforbrug af sociale – og sundhedsydelse og øgede udgifter til sundhedsydelse (5;12;13;552;557).

Resultaterne er baseret på data fra udenlandske forhold (primært australske og amerikanske), og da omkostningerne er relateret til organiseringen af behandlingen og sundhedsvæsenet generelt, kan resultaterne ikke umiddelbart overføres til danske forhold.

## 8.5. Litteraturgennemgang af omkostningseffektivitet

National Institute for Clinical Excellence (12) konkluderer i deres nationale guideline på baggrund af omfattende og litteratursøgning og -gennemgang, at der ikke fandtes nogen omkostningsstudier eller økonomiske evalueringer, der adresserede de inkrementelle omkostninger og gevinster ved alternative interventioner eller omkostningseffektiviteten ved tidlig vs. senere intervention med kognitiv adfærdsterapi til patienter med PTSD. Derfor udførte de i forbindelse med udarbejdelsen af den nationale guideline en mindre, selvstændig økonomisk evaluering af omkostningseffektiviteten af tidlig vs. senere kognitiv adfærdsterapi for PTSD på baggrund af data fra allerede publicerede studier. Af analysen konkluderes, at det er mere omkostningseffektivt at intervenere med kognitiv adfærdsterapi 12 uger efter traumatet end 2 uger efter traumatet, altså at en senere intervention er fordelagtig. Resultaterne skal tolkes med forsigtighed, da de er baseret på små stikprøver over en række traumatiserede hændelser (12) og med de forbehold kvalitetsvurderingen peger på (bilag 4).

Resultaterne er fremstillet i skematiseret form på næste side.



Figur 20:

**Resultater af cost-effectiveness af tidlig vs. senere behandling for PTSD**

| Weeks post-trauma | Patients treated (n) | Recoveries (n) | Not remitted (n) | Natural remission rate | Treatment-related recoveries (n) | Treatment cost (£ per patient) | Total cost (£) |
|-------------------|----------------------|----------------|------------------|------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------|
| 2                 | 12                   | 10             | 2                | 0.33                   | 7                                | 495*                           | 5932           |
| 12                | 28                   | 25             | 3                | 0.42                   | 14                               | 825                            | 22869          |

\* Equivalent to five 1,5 h sessions.

Sources - first row: Bryant et al (1998); second row: Ehlers et al (2003).

| Weeks post-trauma             | Treatment recoveries (n) | Total cost (£)  |
|-------------------------------|--------------------------|---|
| 2                             | 7                        | 5932  |
| 12                            | 14                       | 22869   |
| Incremental costs 2 > 12      |                          | 16937   |
| Incremental recoveries 2 > 12 | 7                        |   |
| ICER 2 > 12                   |                          | 2420<br>(cost per additional treatment-related recovery in treating at 12 instead of 2 weeks post-trauma) |

ICER, incremental cost-effectiveness ratio, calculated by dividing the difference in total cost by the differences in number of recoveries.

*Kilde: National Institute for Clinical Excellence ((12), p.91).*

En Medicinsk Teknologivurdering (537) fra det engelske National Health Service (NHS) har evalueret langtidseffekten af kognitiv adfærdsterapi fra otte kliniske studier sammenlignet med andre terapiformer. Alle deltagere i de otte randomiserede, kontrollerede studier af kognitiv adfærdsterapi for angstlidelser (herunder PTSD) fra 1985-2001 blev forsøgt kontaktet mhp. follow-up interviews vedrørende en række outcome 2-14 år efter indgåelse i det oprindelige studie. Follow-up deltagernes forbrug af ressourcer fra sundhedsvæsenet blev indsamlet og registreret<sup>69</sup>, hhv. fra 2 år op til deltagelse i det oprindelige studie og fra 2 år op til follow-up studiet påbegyndtes. På baggrund af disse data var det muligt at foretage en cost-effectiveness analyse.

De generelle resultater peger på, at:

- Over halvdelen af deltagerne havde mindst én psykiatrisk diagnose ved follow-up med signifikant niveau af co-morbiditet<sup>70</sup>. Kun 36% rapporterede, at de ikke havde haft behov for behandling i tiden mellem det oprindelige studie og follow-up studiet, hvor 19% havde modtaget behandling hele perioden. Patienter med PTSD klarede sig betydeligt dårligere end patienter med andre angstlidelser.
- Kognitiv adfærdsterapi var associeret med bedre outcome i form af symptomreduktion end andre terapeutiske former, men den positive effekt af kognitiv adfærdsterapi blev udvandet over tid. Der kunne ikke påvises sammenhæng mellem behandlingsintensitet og vedvarende behandlingsoutcome. Kvaliteten af den terapeutiske alliance, dvs. forholdet mellem terapeut og patient, var relateret til kortsigtede behandlingsoutcome, men ikke til de langsigtede.
- Man fandt desuden en 40% stigning i udgifter til sundhedsydelse mellem de to undersøgelsesperioder, med tæt association mellem psykisk og fysisk helbred for personer med kroniske angstlidelser. Igen ses det højeste forbrug af sundhedsydelser hos gruppen af patienter med PTSD. Forbruget af socialrådgiverbistand ('social work') og omkostningerne relateret dertil var steget med 319% mellem de to dataindsamlingsperioder. Omkostningerne ved at behandle med kognitiv adfærdsterapi i de oprindelige studier stod for ca. 6,4% af de totale omkostninger relateret til sundhedsydelser for angstpatienter. Kognitiv adfærdsterapi viste sig ikke at være mere omkostningseffektiv end andre terapiformer (ikke-kognitive adfærdsterapier) (537).

Opgørelser over gennemsnitlige og totale omkostninger ved de enkelte terapiformer i undersøgelsen fremgår af figur 20.

Figur 21:

Gennemsnitlige omkostninger pr. patient (£) pr. kategori (category), tidsperiode og diagnostisk gruppe\*

| Kategori              | Periode             |                     |
|-----------------------|---------------------|---------------------|
|                       | Pre-trial           | Pre-follow-up       |
| GP telephone          | 3 (2 to 4)          | 5 (3 to 8)          |
| GAD                   | 1 (0 to 2)          | 5 (2 to 14)         |
| Panic                 | 3 (2 to 5)          | 5 (3 to 7)          |
| PTSD                  | 8 (4 to 15)         | 7 (3 to 13)         |
| GP out of hours       | 7 / 5 to 9)         | 20 (12 to 33)       |
| GAD                   | 7 (3 to 12)         | 22 (7 to 54)        |
| Panic                 | 6 (4 to 9)          | 20 (11 to 37)       |
| PTSD                  | 10 (3 to 19)        | 7 (2 to 17)         |
| Practice nurse        | 8 (6 to 11)         | 14 (11 to 17)       |
| GAD                   | 5 (4 to 8)          | 12 (9 to 17)        |
| Panic                 | 8 (6 to 11)         | 14 (11 to 19)       |
| PTSD                  | 18 (6 to 42)        | 19 (11 to 30)       |
| GP home               | 15 (6 to 34)        | 16 (7 to 33)        |
| GAD                   | 7 (3 to 13)         | 12 (5 to 29)        |
| Panic                 | 10 (5 to 22)        | 8 (5 to 13)         |
| PTSD                  | 77 (4 to 287)       | 71 (2 to 273)       |
| Tests                 | 32 (27 to 37)       | 61 (44 to 95)       |
| GAD                   | 26 (19 to 35)       | 80 (39 to 179)      |
| Panic                 | 36 (29 to 44)       | 50 (40 to 63)       |
| PTSD                  | 25 (14 to 39)       | 56 (32 to 91)       |
| GP attendance         | 170 (160 to 181)    | 143 (132 to 154)    |
| GAD                   | 180 (160 to 201)    | 155 (136 to 177)    |
| Panic                 | 165 (153 to 179)    | 135 (120 to 150)    |
| PTSD                  | 161 (132 to 192)    | 145 (111 to 189)    |
| Prescribing           | 171 (140 to 204)    | 375 (323 to 434)    |
| GAD                   | 142 (111 to 182)    | 387 (310 to 480)    |
| Panic                 | 165 (131 to 216)    | 344 (284 to 427)    |
| PTSD                  | 316 (193 to 509)    | 520 (315 to 851)    |
| Referrals             | 265 (220 to 339)    | 368 (295 to 481)    |
| GAD                   | 277 (221 to 358)    | 386 (307 to 466)    |
| Panic                 | 181 (148 to 221)    | 271 (216 to 373)    |
| PTSD                  | 729 (396 to 1384)   | 887 (361 to 1979)   |
| Inpatient and daycare | 319 (227 to 447)    | 378 (235 to 575)    |
| GAD                   | 400 (197 to 757)    | 627 (304 to 1068)   |
| Panic                 | 227 (136 to 344)    | 230 (125 to 421)    |
| PTSD                  | 571 (297 to 942)    | 323 (56 to 764)     |
| Total cost            | 990 (85 to 1195)    | 1379 (1156 to 1672) |
| GAD                   | 1046 (795 to 1424)  | 1686 (1287 to 2232) |
| Panic                 | 802 (681 to 965)    | 1078 (913 to 1330)  |
| PTSD                  | 1916 (1169 to 3285) | 2034 (1046 to 4043) |

\* Der sammenlignes mellem Generalized Anxiety Disorder (GAD), Panic Disorder og PTSD.

Kilde: Durham et al. ((503), p. 58).

Kendetegnende for begge studier er, at de begge antager et sundhedssektorperspektiv, nærmere begrænset til NHS. De økonomiske evalueringer er således udelukkende designet til at informere beslutningstagere i NHS i prioriteringer af sundhedsydelser.

Et amerikansk studie af Fontana og Rosenheck (558) sammenlignede outcome og omkostninger af tre modeller for behandling af PTSD hos Vietnamveteraner under Department of Veterans Affairs (VA): 1) langvarig behandling i specialiserede PTSD-enheder, 2) kortvarig behandling i specialiserede PTSD-enheder og 3) behandling i ikke-specialiseret generel psykiatri. Alle patienter var 'inpatients', dvs. behandlingen foregik under indlæggelse på hhv. psykiatrisk afdeling eller i specialiserede enheder.

Data blev trukket fra i alt 785 veteraner fra ti behandlingsprogrammer landet over med follow-up hver 4. måned op til et år efter udskrivelsen. Alle modeller viste forbedring ved udskrivelsen, men symptomer og social funktion faldt til samme niveau som ved indlæggelse under follow-up, særligt for patienter der havde været i langvarig behandling. Patienter, der blev behandlet i 2) og 3), klarede sig signifikant bedre under follow-up end patienter, der blev behandlet i 1). Patienter, der blev behandlet i 2), udtrykte større tilfredshed med behandlingen end de andre grupper. Tabel over effektdata er præsenteret i figur 22 på næste side.



Desuden viste den langvarige behandling at være hhv. 82,4% og 53, 5% dyrere end kortvarig behandling og behandling i generel psykiatri. Den kroniske karakter af patienternes PTSD kan virke som et loft for, hvor meget der kan opnås for behandlingen, men rationalet for at bibeholde langvarige behandlingstilbud (med tilsvarende lange ventelister) mhp. at kunne bryde dette loft, bakkes ikke op af denne undersøgelses resultater. Figur 15 nedenfor sammenfatter opgørelser over sundhedsvæsenets omkostninger ved behandling af Vietnamveteraner i hhv. 1) langvarig behandling i specialiserede PTSD-enheder, 2) kortvarig behandling i specialiserede PTSD-enheder og 3) behandling i ikke-specialiseret generel psykiatri.

Figur 23:

Omkostninger for 'health care services' for Vietnamveteraner med PTSD, behandlet i en af tre behandlingsmodeller

| Period and Service Type        | Cost (dollars)       |        |                       |        |                           |        | Analysis (df=2) |        |
|--------------------------------|----------------------|--------|-----------------------|--------|---------------------------|--------|-----------------|--------|
|                                | Long-Stay PTSD Units |        | Short-Stay PTSD Units |        | General Psychiatric Units |        | x <sup>2</sup>  | p (a)  |
|                                | Mean                 | SD     | Mean                  | SD     | Mean                      | SD     |                 |        |
| <b>Year after discharge</b>    |                      |        |                       |        |                           |        |                 |        |
| <b>Inpatient care</b>          |                      |        |                       |        |                           |        | 23.86           | 0,0001 |
| 4 months                       | 4.565                | 8.805  | 1.931                 | 4.651  | 6.035                     | 7.717  |                 |        |
| 8 months                       | 4.303                | 7.345  | 3.355                 | 6.588  | 6.485                     | 11.072 |                 |        |
| 12 months                      | 3.761                | 6.511  | 2.550                 | 5.266  | 5.769                     | 7.488  |                 |        |
| Total                          | 12.629               | 20.321 | 7.836                 | 16.931 | 18.289                    | 25.636 |                 |        |
| <b>Outpatient Care</b>         |                      |        |                       |        |                           |        | 34.52           | 0,0001 |
| 4 months                       | 1.734                | 1.596  | 2.571                 | 2.000  | 1.249                     | 1.134  |                 |        |
| 8 months                       | 1.646                | 1.598  | 2.307                 | 2.074  | 1.312                     | 1.274  |                 |        |
| 12 months                      | 1.498                | 1.289  | 1.694                 | 1.351  | 1.332                     | 1.220  |                 |        |
| Total                          | 4.878                | 4.917  | 6.572                 | 5.756  | 3.893                     | 3.616  |                 |        |
| <b>All care</b>                |                      |        |                       |        |                           |        | 13.40           | 0,001  |
| 4 months                       | 6.299                | 8.648  | 4.502                 | 5.054  | 7.284                     | 7.697  |                 |        |
| 8 months                       | 5.949                | 7.363  | 5.662                 | 6.762  | 7.797                     | 10.963 |                 |        |
| 12 months                      | 5.259                | 6.511  | 4.244                 | 5.723  | 7.101                     | 7.414  |                 |        |
| Total                          | 17.507               | 20.447 | 14.408                | 18.376 | 22.182                    | 25.465 |                 |        |
| <b>Year of index admission</b> |                      |        |                       |        |                           |        | 138,31          | 0,0001 |
| Index hospitalization          | 34.211               | 14.560 | 12.616                | 7.847  | 10.485                    | 6.854  |                 |        |
| Remainder of year              | 12.880               | 16.772 | 13.193                | 17.131 | 20.191                    | 24.688 |                 |        |
| Total                          | 47.091               | 20.935 | 25.809                | 19.641 | 30.676                    | 25.881 |                 |        |

a) Bonferroni-corrected probability is 0.01.

Kilde: Fontana & Rosenheck ((558), p. 764).

Issakidis et al. (556) gennemførte en cost-effectiveness analyse, der havde til formål at identificere omkostninger og outcome af hhv. nuværende og optimal behandling for en række angstlidelser, herunder PTSD. Outcome blev omregnet til 'undgåede YLD' (Years Lived with Disability) og direkte omkostninger til sundhedsydelser blev konverteret til 1997-98 priser i australske dollars. Omkostninger pr. undgået YLD blev beregnet 1) for patienter, der aktuelt var i behandling for en angstlidelse (nuværende behandling) og 2) for et hypotetisk, evidensbaseret behandlingsforløb modelleret efter gældende evidensbaserede guidelines (optimal behandling) for samme gruppe. Med evidensbaserede guidelines menes her kognitiv adfærdsterapi og/eller psykofarmakologisk behandling. Mellem 32 og 64% af patienter med angstlidelser aktuelt i behandling modtog behandling svarende til anbefalingerne.

For patienter med PTSD fandt man højere direkte omkostninger pr. case pr. år sammenholdt med andre angstlidelser. Resultaterne i dette studie peger desuden på, at andelen af patienter med PTSD udgør 1/3 af alle patienter i behandling for angstlidelser, og at de direkte omkostninger relateret til psykiatrisk behandling, behandling i det generelle sundhedsvæsen samt udgifter til medicin dækker over 40% af de samlede sundhedsudgifter til patienter i behandling for angstlidelser. Omkostninger pr. undgået YLD var AUD\$ 23.656 og AUD\$ 15.728 for hhv. nuværende og optimal behandling for PTSD. På tværs af alle angstlidelser fandt man, at de gennemsnitlige omkostninger pr. undgået YLD under optimal behandling ikke var forskellige fra den nuværende behandling, men at de sundhedsmæssige gevinster øgedes betragteligt.

En kombineret PubMed-søgning på MeSH-termerne 'PTSD AND Cost-benefit-Analysis' uden afgræsning til systematiske reviews og meta-analyser i maj 2008 afslørede ikke nogen nyere økonomiske analyser eller evalueringer end den første brede søgning. Tilsvarende søgning i EconLit med søgeordene 'PTSD AND economic evaluation/cost-effectiveness' gav samme resultat. Det må derfor antages, at der ikke findes flere økonomiske evalueringer af behandlingen af patienter med PTSD end dem, der allerede er identificeret gennem litteraturstudiet. Der vil angiveligt være flere omkostningsstudier og økonomiske evalueringer, hvis litteraturstudiet omfattede angstlidelser generelt, men af hensyn til opdraget er det afgrænset til PTSD. For øvrige kommentarer til analysernes kvalitet og begrænsninger henvises til checklisterne i bilag 4 og til originalartiklerne.

---

<sup>69</sup> Data vedr. konsultationer hos egen læge, ordinationer, henvisninger til andre ydelser (blodprøver, røntgen m.m.), indlæggelser, ambulante forløb samt konsultationer hos 'specialist mental health services' m.m., blev indhentet via patientens journal fra egen læge, og registreret i standardiseret oplysningsskema ((503), p.10).

<sup>70</sup> Andelen af patienter med co-morbiditet var høj svarende til, at alle patienter med en angstdiagnose gennemsnitligt havde 1.7 tilstødende psykiske lidelser.

<sup>71</sup> Beregningen af omkostninger er baseret på enhedspriser for ydelser relateret til behandling, indhentet fra 'VA (Veterans Affairs) cost distribution report', der anvender 'standardized accounting procedures to distribute both direct and indirect costs to each VA health care program at each facility' ((497), p.760). Data vedr. ressourceforbrug blev indhentet via journalgennemgang kombineret med strukturerede patientinterviews. Data vedr. ressourceforbrug fra behandling i almenpsykiatrien (non-VA), blev udelukkende indhentet via interviews. Omkostningerne ved non-VA ydelser blev estimeret til 1,6 gange højere end behandlingsomkostningerne i VA-regi, på baggrund af resultater fra et tidligere studie af forskelle i behandlingsomkostninger imellem de to. Alle omkostninger er opgjort i 1995 priser.

## 8.6. Konklusion vedr. økonomi

### Sammenfattende peger litteraturen på, at:

- Der er betydelige samfundsmæssige omkostninger forbundet med behandling for PTSD. En tidlig opsporing og iværksættelse af behandling kan potentielt nedbringe prævalensen af PTSD og dermed de afledte omkostninger ved behandling af PTSD. Men det er uklart om dette vil opveje meromkostningerne ved en forbedret behandlingsindsats.
- Chan (553) viser at omkostningerne til sundhedsydelse per patient med PTSD er større for patienter, der får psykiatrisk behandling for PTSD end omkostningerne per patient med PTSD, der ikke modtager behandling.
- Durham et al. (537) fandt bl.a., at den kortsigtede positive effekt af kognitiv adfærdsterapi mod angstlidelser og PTSD blev udvandet over tid (follow-up mellem 2-14 år), og terapiformen viste sig ikke mere omkostningseffektiv end andre terapiformer. Udgifter til det, der må betegnes som sociale interventioner eller psykosocial rehabilitering ('social work'), steg med 319% i follow-up perioden for gruppen af patienter med PTSD.
- Indlagte Vietnamveteraner med kronisk PTSD profiterede ikke af langvarig, specialiseret behandling, ligesom denne organiseringsform var langt dyrere end kortvarig, specialiseret behandling og behandling i almenpsykiatrisk regi (555).
- Issakidis et al. fandt, at evidensbaseret behandling i form af kognitiv adfærdsterapi og/eller farmakologisk behandling var mere omkostningseffektiv end nuværende behandling. Problemet er imidlertid, at næsten alle randomiserede kliniske studier af PTSD behandling udelukkende har undersøgt komponenter af kognitiv behandling og virkning af ét psyko-farmakologisk præparat af gangen.
- Der er ikke identificeret omkostningsstudier af behandlingen af traumatiserede flygtninge med kompleks PTSD. Kesslers (188) opgørelser over de samfundsøkonomiske omkostninger forbundet ved PTSD er heller ikke baseret på studier af flygtningepopulationer, men han argumenterer for, at de samfundsøkonomiske betragtninger er langt mere alvorlige i populationer fra udviklingslande underlagt politisk og etnisk vold og for de generationer af børn, der har oplevet og gennemlevet vedvarende traumer inklusiv seksuelt og fysisk overgreb og været vidne til fortabelse og ødelæggelse. Denne antagelse er i overensstemmelse med evidensen fra afsnit 4.2. vedr. prævalensen af PTSD.

I tolkningen af disse resultater skal der tages forbehold for studierne værdisætning af omkostninger og konsekvenser, dets meget varierende studiepopulation, (som sjældent omfatter gruppen med laveste psykosociale ressourcer, herunder traumatiserede flygtninge), de forskellige settings og måder at organisere behandlingen på, samt at tilsyneladende ingen af studierne tager udgangspunkt i en tværfaglig, differentieret specialiseret behandling.



- Der foreligger ingen dokumentation for, hvad interventionerne koster i Danmark eller systematiske opgørelser over effekten deraf på danske patienter. Det er således på nuværende tidspunkt ikke muligt at foretage estimer af omkostningseffektiviteten for behandlingen af PTSD generelt eller for traumatiserede flygtninge med kompleks PTSD i dansk regi.

## 9. Anbefalinger

Anbefalingerne i det følgende omfatter primært traumatiserede flygtninge med kronisk, kompleks PTSD.

### 9.1. Anbefaling vedr. assessment

Der er evidens for en sammenhæng mellem psykosociale ressourcer hos patienter med symptomer på PTSD (og evt. comorbide tilstande) og udbyttet af forskellige psykosociale behandlingstilbud. Patienter med høje psykosociale ressourcer synes at profitere bedst af en traumefokuseret eksponerende behandling over for tidligere begivenheder og nutidige følgeproblemer, mens patienter med lave psykosociale ressourcer bedst profiterer af en ressourceopbyggende og mere supportativ behandling.

- For at sikre lighed i og lige adgang til bedst mulig behandling anbefales det derfor, at en præcis vurdering af PTSD-patientens psykosociale ressourcer indgår i den samlede vurdering som en forudsætning for den differentierede og mest effektive indsats.

Biopsykosociale ressourcer beskrives og vurderes ud fra en videnskabelig definition og en praktisk anvendelig operationalisering (se teksten). Vurderingerne kan bruges i et fremtidigt registreringssystem, således at informationen kan benyttes til ny vidensgenerering, forskning m.m. Herudover indeholder assessment af PTSD-patienter information om familie- og traumehistorie, tidligere og nuværende livsomstændigheder og relationer, beskrevet ud fra en klar definition af relation. PTSD og comorbide symptomer (herunder dissociationstype), reaktionsmønstre (herunder eksternalisering – internalisering), coping strategier (herunder copingtyper og – niveau) og social støtte i netværket. Herudover indikatorer på bredere social interpersonel og beskæftigelsesmæssig funktion. Jf. nedenstående oversigt.

Figur 24:

### Hovedelementer i assessment af PTSD-patienten

| Vurdering af:  | Typisk beskrevet af:             |
|--|----------------------------------|
| Symptomer på PTSD og comorbide tilstande (herunder dissociationstype)  | Læge, psykiater, psykolog        |
| Psykosociale ressourcer. Funktionsniveau (herunder mentaliseringsniveau). Reaktionsmønster (herunder eksternalisering - internalisering med introjektivt eller anaklitisk konfigurationsmønster). Copingstrategier (herunder copingtyper og -niveauer) | Psykolog                         |
| Fysiske ressourcer. Fysiske problemer  | Læge, speciallæge, fysioterapeut |
| Familie- og traumehistorie. Tidligere og nuværende livsomstændigheder og relationer  | Psykolog, socialrådgiver         |
| Social støtte i netværket. Indikatorer på bredere social, interpersonel og beskæftigelsesmæssig funktion. Beskrivelse af evt. eksil-/kulturproblemer   | Socialrådgiver, jobkonsulent     |

Anbefalingen af indførelsen af en mere ensartet assessment af PTSD-patienter på det her omtalte evidensbaserede grundlag vil kræve undervisning, kurser og supervision (af visitations-teamet) heri.

## 9.2. Anbefaling vedr. psykosocial behandling

For at sikre lighed i og lige adgang til bedste behandling anbefales – udover en ensartet visitation og assessment – at der indføres systematiske og differentierede evidensbaserede behandlingstilbud. Inklusive gruppen af PTSD-patienter med kompleks, kronisk PTSD, comorbide tilstande og en række sociale problemer, eksilproblemer m.v. Disse ensartede tilbud bør omfatte behandling, der er forskningsmæssigt bedst evidens for i litteraturen.

- Der er evidens for, at systematisk opbyggede og velbeskrevne behandlingsformer med relativ høj grad af traumefokuseret eksponering i forhold til patienter med høje psykosociale ressourcer er mest virksom (bl.a. Narrativ Exposure Therapy (NET); Prolonged Exposure (PE); Cognitive Restructuring (CR)). Sådanne behandlingsformer anbefales derfor til denne patientgruppe.
- Der er evidens for, at systematisk opbyggede og velbeskrevne behandlingsformer med fokus på den psykosociale ressourceopbygning og lavere traumefokuseret eksponering i forhold til patienter med PTSD og comorbide tilstande og et mellem niveau af psykosociale ressourcer er mest virksom (bl.a. mentaliseringsbaseret behandling (MBT); traumbearbejdning

gennem regulering af kropsreaktioner (SE); Skills training in affective and interpersonal regulation and modified prolonged exposure (STAIRM-PE)). Sådanne behandlingsformer, der er fundet evidens for i den videnskabelige litteratur, anbefales derfor til denne patientgruppe. Jf. afsnit 5.4.2.; 5.4.3.: 5.4.4.

- Der er evidens for, at patienter med lave psykosociale ressourcer bedst profiterer af en supportativ, relations- og mentaliseringsfokuseret behandling med mere handlingsnær social støtte tæt på dagligdagen. En sådan supportativ behandling bør ligeledes være systematisk opbygget og velbeskrevet. Sådanne behandlingsformer har vist sig stabiliserende og gavnlige for denne patientgruppe og anbefales derfor hertil.
- Der er evidens for en positiv effekt af psykoedukative programmer i større eller mindre grupper forud for eller samtidig med ovennævnte mere individuelle niveaudelte behandlinger. Det drejer sig om grundlæggende PTSD- og mentaliseringsfokuserede psykoedukative programmer, hvoraf et enkelt er omtalt heri og foreligger på dansk. Det anbefales, at sådanne programmer tilbydes samtlige PTSD-patienter i behandling på de specialiserede centre.
- Sådanne mere kortvarige programmer anbefales herudover tilbudt til ventelistepatienter og relevante pårørende.
- Herudover bør patienter i behandling tilbydes kortvarige symptomfokuserede programmer med teknikker og metoder til bekæmpelse af, tolerance overfor eller accept af PTSD-symptomerne, hvoraf et enkelt er omtalt heri (eksempelvis Mindfulness (559)).
- Til børn og unge anbefales etablering af veldokumenterede programmer til opbygning af interaktive psykosociale ressourcer (f.eks. PSSA udviklet ved Boston traumecenter). PSSA er kort omtalt heri og er i USA med dokumenteret succes anvendt til børn fra 3-16 år under overværelse af deres forældre.

Alle patienter profiterer efter den foreliggende evidens af psykoedukative programmer. Den efterfølgende eller parallelle traumeeksponerende eller mentaliserende behandling er afgørende for en mere kurativ bedring for patienter med højere psykosociale ressourcer. Her vil psykoedukation alene være utilstrækkelig uden en mere målrettet forarbejdning af traumerne og deres følgevirkninger på patientens nutidige funktion. Ud over de psykoedukative programmer tyder evidensen på, at patienter med lave psykosociale ressourcer bedst profiterer af en supportativ behandling med efterfølgende social støtte i hverdagen. Derfor er en præcis og eksPLICIT vurdering af psykosociale ressourcer og reaktionsmønstre afgørende vigtig for iværksættelsen af den optimale behandling i forhold til PTSD-patientens behov og ressourcer.

Indførelsen af en mere niveaudelt og systematisk behandlingsindsats over for PTSD-patienter vil kræve kompetenceudvikling af alle professionelle, der arbejder med behandling og rådgivning, i form af undervisning, kurser og supervision heri.

### 9.3. Anbefaling vedr. psykofarmakologisk behandling

Den foreliggende evidens peger på en synergieffekt mellem de biopsykosociale behandlingsformer og en optimal psykofarmakologisk behandling. Omfattende randomiserede og kontrollerede multicenterstudier har medført en godkendelse af SSRI præparater som indikerede for behandling af PTSD.

- SSRI anbefales generelt som første behandlingsvalg sammen med SNRI præparater, der også har udvist effekt. Forskningsresultaterne 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 (propranolol, clonidil), et antiepileptisk lægemiddel (fx carbamazepin, lamotrigen, topiramet), et atypisk antipsykotisk lægemiddel (fx risperidon, olanzapin) eller evt. et typisk neuroleptikum (fx flupentixol, clorprothixen), som generelt ikke anbefales til PTSD-behandling. Ligeledes anbefales benzodiazepiner generelt ikke til PTSD-behandling, men kan i kortere perioder give lindring.

### 9.4. Anbefaling vedr. organisering af behandling og rehabilitering

- Anvendelse af ensartede, velbeskrevne og systematiske behandlingsprogrammer tilpasset patientens symptomatologi og psykosociale ressourcer.
- Systematisk indsamling af data i forbindelse med behandling af patienter med PTSD. Det anbefales, at der både før og efter behandlingsforløb indsamles data. Det anbefales, at der udarbejdes en ensartet protokol med få måleinstrumenter, der på en veldefineret måde afkoder de centrale elementer i patientens problemstillinger. Elementer der vil ændre sig i takt med eventuel bedring. Disse centrale elementer omfatter: symptomkompleks, reaktionsmønstre, psykosociale ressourcer, sociale forhold og livet i eksil/kulturproblemer.
- Klar beskrivelse af og procedurer for overdragelse mellem de specialiserede behandlingscentre og kommunerne/praktiserende læger.
- Indføring af casemanagers, der skal medvirke til sammenhæng og koordinering af behandling indenfor og på tværs af sektorer.
- Interventionsprogrammer med fokus på mor/barn relationer. Familieprogrammer med velbeskrevne og systematisk familierapeutisk indsats til udsatte familier. Psykosociale strukturerede traumerelaterede aktiviteter til børn mellem 8 og 17 år uden direkte involvering af moderen/familien.
- Fokusering på en tidlig screening til opsporing af personer i høj risiko for at udvikle kronisk kompleks PTSD og en tilhørende tidlig forebyggende behandlingsindsats.

- Organisering af behandling bør struktureres således at ventetiden nedbringes væsentligt og at der hurtigt tilbydes patienter på venteliste et systematisk, velbeskrevet indledende behandlingsprogram. jvf. Anbefaling 9.2.
- Etablering af kompetencecentre for udvikling, formidling og forskning i forbindelse med behandlingen af traume- og torturoverlevende i offentligt regi.

## Personale/kompetenceudvikling

- Som et væsentligt element i en velbeskrevet behandlingsindsats anbefales faste procedurer for en facilitering af den stadige omsætning af eksplicit viden hos behandlerne til implicitte relationelle terapeutiske færdigheder. Dette kan ske ved en løbende eksplicit systematisk selvevaluering af terapiens fokus sammenholdt med enkelte videooptagelser af udvalgte terapisesioner indeholdende den implicitte relationelle terapeutiske viden og færdigheder.
- Det anbefales at tværfagligheden nøje overvejes mhp. kompetenceløft, da det har stor betydning for behandlingen og rehabiliteringen af patienter med PTSD.
- Integrering i den øvrige psykiatri anbefales for blandt andet at leve op til de samme lovkrav som i den øvrige psykiatri.

## 9.5. Anbefaling til dokumentation m.v.

For at monitorere, dokumentere og videreudvikle behandlingsindsatsen på området anbefales, at der som minimum før og efter behandlingsindsatsen på de specialiserede enheder indsamles systematisk registrerede data vedrørende patientens symptomkompleks, reaktionsmønstre og psykosociale ressourcer. I øjeblikket indsamles der ikke rutinemæssigt systematiske data og vurderinger vedrørende disse grundparametre før og efter en behandlingsindsats. Ligeledes sker der ikke en rutinemæssig og systematisk opfølgning af patienten efter afsluttet behandling.

- Monitorering og registrering af patientens tilstand før og efter den specialiserede behandlingsindsats vil med stor fordel kunne indarbejdes rutinemæssigt på centrene i den daglige visitering, assessment og i det daglige behandlingsarbejde uden større økonomiske udgifter.
- Der skal afsættes midler til udvikling/indarbejdelsen af procedurerne og til undervisning, kurser og supervision i anvendelsen af metoder til vurdering af patientens psykosociale ressourcer ud fra en videnskabelig definition og en operationaliseret praktisk anvendelig tilgang. En analyse af sådanne systematiske registreringer vil forskningsmæssigt kunne anvendes fremover til mere præcis og sikker assessment som grundlag for en mere differentieret og effektiv behandlingsindsats i forhold til den enkelte patients behov og ressourcer.

Igangsættelsen af en sådan udviklingsproces ved de specialiserede behandlingsenheder vil over tid medføre en stadig stigende kvalificering af behandlingsindhold, behandlingseffektivitet og optimering af ressourceforbrug i forhold til denne komplekse og stærkt lidende patientgruppe.

- En tværfaglig database med data fra samtlige faggrupper samt adgang for alle og elektronisk patientjournal med samlet oversigtsark skal fra begyndelsen af kunne anvendes i forskningsøjemed. Nationalt IT – system der er kompatibelt med lokale systemer.

Således at det kan anvendes i forskningsøjemed. Som vi har påpeget flere steder, mangler der netop forskning i Danmark på området.

## 9.6. Anbefaling vedr. information og undervisning

Efteruddannelse gennem målrettede, regelmæssigt udbudte og specialiserede kurser for personale, der arbejder med gruppen af traumatiserede flygtninge, anbefales. Herudover skræddersyede kurser til specielle indsatser, samt målrettede, regelmæssigt udbudte og specialiserede kurser og fortløbende supervision (af specialister) af involveret behandlingspersonale herunder øget fokus på den terapeutiske relation samt den afsmittende effekt/risiko for behandlere. Eks. inspireret af og modificeret efter de kurser, der udbydes i Centrum<sup>72</sup> 45 i Holland (se endvidere [www.centrum45.nl](http://www.centrum45.nl)).

Etablering af kurser/undervisning vedr. overdragelsen af patienter fra de specialiserede behandlingscentre til praksis og kommunerne, herunder praktiserende læge, socialrådgivere, hjemme-sygeplejersker, fysioterapeuter og støtte-kontakt personer m.fl. (jf. afsnit 8.6).

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

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.

---

<sup>72</sup> Se endvidere [www.centrum45.nl](http://www.centrum45.nl).

## 9.7. Anbefaling vedr. forskning og tidlig indsats

Fagligt set er mange traume- og torturoverlevende (ud over direkte psykisk sygdom) i sundhedsmæssig forstand præget af store følelsesmæssige og sociale problemstillinger. Mange børn vokser derfor op i hjem med utilstrækkelig forældreevne og en forstyrret familiedynamik, hvilket har alvorlige konsekvenser for børnenes senere muligheder for at leve et sundt og normalt liv. Specialiseret behandling af traume- og torturoverlevende blev fra 1. januar 2005 en sygehusopgave. Tidligere var opgaven og forskningen heri primært organiseret i frivillig, privat og selvejende regi. At opgaven nu er offentlig, stiller krav til den faglige professionalisme om at yde den absolut bedste indsats i forhold til de forhåndenværende ressourcer. Det fordres et fagligt udgangspunkt, der baseres på forskning i den faktiske kliniske indsats.

- Der anbefales klinisk forskning i forhold til screening, forebyggelse, monitorering og effekten af specialiserede behandlingsforløb jf. afsnit 5.2 og 5.3. Der anbefales forskning i, hvilke behandlingstilgange der er effektive og cost-effektive<sup>73</sup>. Der er derfor behov for systematisk udvikling af veldokumenteret viden på dette område. Forskning som på et evidensbaseret grundlag vil kunne danne baggrund for fremtidige ressourcemæssige prioriteringer i den kliniske indsats.

Der mangler kontrollerede, multicenter<sup>74</sup> effektstudier i Danmark af forskellige behandlingsmetoder med bl.a. anvendelse af objektive effektmål ud over spørgeskemaer og selvrapportering. Der mangler evidens for effekten af behandling i Danmark.

- Der anbefales en mere sammenhængende koordinering af ressourcer til forskning på feltet, der i øjeblikket er spredt på private og offentlige områder og mellem flere ministerier, og derfor anbefales en koordinerende organisation af forskningsindsatsen.

Et gennemgående forhold i flere anbefalinger er sammenhængen mellem typen af behandlingsindsats og patientens psykosociale ressourcer. Derfor er det vigtigt at kende til den procentvise fordeling af patienter med høje, mellem eller lave psykosociale ressourcer, vurderet ud fra de tidligere omtalte eksplicitte og videnskabeligt funderede kriterier. Organisering af behandlingstilbudene, ressourceforbrug, personalegrupper, behandlingstider, prognoser m.v. er afhængig af viden om denne fordeling. Det betyder en stor forskel, om 50% af patientgruppen besidder høje psykosociale ressourcer, eller om det er 5%.

- Derfor anbefales et forholdsvis hurtigt gennemført projekt – i takt med etablering af systematisk assessment, registrering og dokumentation (9.1 & 9.5) – der skal klarlægge fordelingen af niveauerne og typerne af biopsykosociale ressourcer i patientgruppen ved behandlingscentre, for mere præcist at styre typen af behandlingsindsats og derved belyse ressourceforbrug, gennemsnitlig behandlingstid, prognose mv.

Der bør sikres let tilgængelig behandling til traumatiserede flygtningeforældre med PTSD, eftersom psykiske belastninger før og under livet i eksil kan gøre det kompliceret for mange



traumatiserede flygtninge at skabe de fornødne psykosociale betingelser for en god opvækst for deres børn. Jf. afsnit 4.2.2.

- Der anbefales en tidlig opsporing af psykisk sygdom og manglende trivsel blandt børn opvokset i traumatiserede flygtningefamilie og let tilgængelig biopsykosocial støtte til nævnte familier jf. afsnit 4.2.2 (560), p.11.

## 9.8. Anbefaling vedr. 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 hermed 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 behandlingsenheder til indsatsen hos de praktiserende læger og kommuner<sup>75</sup>.
- Det anbefales, at de organisatoriske forhold vedr. procedurer for og ansvar over for overdragelsen fra behandlingen på de specialiserede centre og til indsatsen i kommuner og fra de praktiserende læger undersøges.

## 9.9. Anbefaling vedr. tolkebistand

- Det anbefales, at de specialiserede centre er opmærksomme på anvendelsen af tolkenes uddannelsesbaggrund, relationsfærdigheder samt et indgående kendskab til sygdomssymptomer, behandlingsforløb og behandlingsmetoder m.v. jf. afsnit 7.4.2.
- Det anbefales, at tolkeuddannelsen undersøges med henblik på sammenhæng med krav og behov for tolkeindsats, hvilket senere kan resultere i konkrete anbefalinger vedr. forbedret tolkeuddannelse.

## 9.10. Anbefaling vedr. 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. Derfor anbefales det 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 traumetypens indflydelse på udviklingen af PTSD og behandlingsresponsen, er det af afgørende betydning at få afdækket hvilke grupper, der kan profitere af hvilken behandling.

### 9.11. Anbefaling vedr. somatisk udredning

- PTSD-patienter møder ofte sundhedsvæsenet med symptomer, der medfører henvendelse og henvisning til det somatiske sygehusvæsen. Nævnte symptomer henleder i første omgang ikke tanken på traumer og PTSD.
- 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.
- Ligeledes anbefales det, 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, jf. kapitel 4.

### 9.12. Anbefaling vedr. etablering af følgegruppe til implementering af MTV'ens 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 etableringen af en følgegruppe med repræsentanter fra psykiatridirektørkredsen, faglige eksperter som psykiatere og psykologer, specialiserede behandlingscentre, praktiserende læger og kommuner.

### 9.13. Anbefaling vedr. 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 oprette 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, soldater med flere.

---

<sup>73</sup> Der foreligger konkrete udkast til forskningsprojekter herunder om effektmåling af behandlingsindsats og om tidlig opsporing af udsatte børn. (Sørensen og Berliner 2008; CETT i Vejle).

<sup>74</sup> Med multicenter menes her deltagelse af 2 eller flere af centrene i Danmark.

<sup>75</sup> Her kunne hentes inspiration i og evt. ensartede procedurer i lighed med indholdet af "Indsatsen for personer med kronisk sygdom i Region Syddanmark" og følgenotatet hertil (13. og 15. nov. 2007). Specielt med udgangspunkt i oversigterne heri. (Blandt andet oversigt 6: samarbejde og arbejdsdeling – som patientforløb).

# 10. Bilag

## 10.1. Bilagsfortegnelse

- 1 Søgeprotokol
- 2 Oversigt over vurdering af anvendte kliniske guidelines ved AGREE-instrumentet
- 3 Drummond et al.'s 'Checklist for Economic Evaluations', engelsk version
- 4 Kvalitetsvurdering af økonomisk evalueringer 1-4
- 5 ICD 10 klassifikation af PTSD
- 6 DSM-IV klassifikation PTSD
- 7 Dansk version: forslag til DSM-IV af DESNOS/kompleks PTSD



# Søgeprotokol vedrørende Post Traumatic Stress Disorder

**Opdateret 18. juli 2008**



# Indhold

Baggrund

MTV-spørgsmål

Inklusions- og eksklusionskriterier

Databaser, søgestrategier og resultat

- a. Sekundær litteratur
- b. Opfølgende søgninger





# 1. Baggrund

I regi af Region Syddanmark ønskes der udarbejdet en MTV af behandling og rehabilitering til mennesker med PTSD, herunder traumatiserede flygtninge, med elementerne teknologi, patient, organisation og økonomi.



## 2. MTV spørgsmål

Nedenstående er de overordnede MTV-spørgsmål. Projektgruppen har endvidere haft særskilte arbejds spørgsmål, der har fungeret som retningsgivende for litteratursøgningen.

### Teknologi

- Hvilke former for behandling i den tværfaglige, specialiserede indsats forbedrer outcome for patienter med PTSD, herunder traumatiserede flygtninge med kompleks PTSD?

### Organisation

- Hvilke former for organisering er optimal for den tværfaglige specialiserede behandling af patienter med PTSD, herunder traumatiserede flygtninge?

### Patient

- Hvad er patienter med PTSD og traumatiserede flygtninges syn på og erfaringer med (tværfaglig, specialiseret) behandling?

### Økonomi

- Hvilke samfundsmæssige omkostninger er der forbundet med (tværfaglig, specialiseret) behandling af patienter med PTSD og traumatiserede flygtninge sammenlignet med ikke at behandle?



## 3. Inklusions- og eksklusionskriterier

### Inklusionskriterier ved søgning

Primært systematiske reviews, kliniske guidelines, meta-analyser, MTV'er og økonomiske evalueringer.

Sekundært randomiserede studier og artikler fra håndsøgning i relevante tidsskrifter og i artikler fundet i primære litteratursøgning.

Sprog: Artikler på engelsk, dansk, svensk og norsk

### Eksklusionskriterier ved søgning

Der undersøges ikke behandling til børn og unge (sekundært traumatiserede), selvom disse inddrages i behandlingen af primært traumatiserede. Målgruppen er primært traumatiserede voksne.

### Søgeprocessen inddeles i følgende trin

Sekundær litteratur (systematiske reviews, kliniske retningslinier, meta-analyser, MTV-rapporter, økonomiske evalueringer) vedrørende PTSD generelt Primær litteratur til belysning af specifikke spørgsmål, der ikke besvares med den sekundære litteratur



## 4. Databaser, søgestrategier og resultat

### a. Sekundær litteratur

Systematiske reviews, kliniske retningslinier, meta-analyser, MTV-rapporter, økonomiske evalueringer

#### Cochrane Database of Systematic Reviews

##### 14.3.2008

|    |  |    |
|----|--|----|
| #1 | MeSH descriptor Stress Disorders, Post-Traumatic explode all trees | 3  |
| #2 | (posttraumatic stress disorder*) or (PTSD)                         | 33 |
| #3 | (#1 OR #2)   | 33 |

#3 i alt 33 referencer downloaded i særskilt dokument

HTA database <http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/>

##### 14. marts 2008

|    |  |   |
|----|--|---|
| #1 | PTSD                                       | 4 |
| #2 | MeSH Stress Disorders, Traumatic EXPLODE 1 | 2 |
| #3 | "posttraumatic stress disorder"            | 2 |
| #4 | #1 or #2 or #6                             | 6 |

#4 i alt 6 referencer downloaded i særskilt dokument



## Embase (WebSpirs) 1980-2008

14. marts 2008

|     |  |       |
|-----|--|-------|
| #11 | #6 and #10 and ((LA=DANISH) or (LA=ENGLISH) or (LA=NORWEGIAN) or (LA=SWEDISH)) and (PY=1980-2008)                              | 6     |
| #10 | 'refugee-' / all subheadings in DEM,DER,DRM,DRR  | 2344  |
| #9  | #6 and ((LA=DANISH) or (LA=ENGLISH) or (LA=NORWEGIAN) or (LA=SWEDISH)) and (PY=2000-2008)                                      | 158   |
| #8  | #6 and ((LA=DANISH) or (LA=ENGLISH) or (LA=NORWEGIAN) or (LA=SWEDISH)) and (PY=1998-2008)                                      | 167   |
| #7  | #6 and ((LA=DANISH) or (LA=ENGLISH) or (LA=NORWEGIAN) or (LA=SWEDISH))   | 171   |
| #6  | #2 and #5  | 171   |
| #5  | #3 or #4   | 37749 |
| #4  | ('systematic-review' / all subheadings in DEM,DER,DRM,DRR) and ((LA=DANISH) or (LA=ENGLISH) or (LA=NORWEGIAN) or (LA=SWEDISH)) | 18898 |
| #3  | ('meta-analysis' / all subheadings in DEM,DER,DRM,DRR) and ((LA=DANISH) or (LA=ENGLISH) or (LA=NORWEGIAN) or (LA=SWEDISH))     | 29220 |
| #2  | #1 and ((LA=DANISH) or (LA=ENGLISH) or (LA=NORWEGIAN) or (LA=SWEDISH))   | 11675 |
| #1  | 'posttraumatic-stress-disorder' / all subheadings in DEM,DER,DRM,DRR   | 12801 |

#11 ialt 6 referencer downloaded i særskilt dokument

Afgrænsning til "Refugee" er valgt idet søgning efter PTSD alene stadig efter afgrænsning på publikationsår til 2000-2008 (#9) resulterer i 158 referencer.

**15. marts 2008**

|     |  |          |       |
|-----|--|----------|-------|
| #28 | Search #6 and #24 Limits: Publication Date from 1980 to 2008, English, Danish, Norwegian, Swedish          | 13:26:17 | 98    |
| #27 | Search #20 and #24 Limits: Publication Date from 1980 to 2008, English, Danish, Norwegian, Swedish         | 13:18:57 | 3     |
| #24 | Search #22 or #23 Limits: Publication Date from 1980 to 2008, English, Danish, Norwegian, Swedish          | 13:09:36 | 35384 |
| #23 | Search meta-analysis Limits: Publication Date from 1980 to 2008, English, Danish, Norwegian, Swedish       | 13:05:36 | 27593 |
| #22 | Search "systematic review" Limits: Publication Date from 1980 to 2008, English, Danish, Norwegian, Swedish | 13:05:13 | 11539 |
| #21 | Search 'systematic review' Limits: Publication Date from 1980 to 2008, English, Danish, Norwegian, Swedish | 13:04:47 | 55    |
| #20 | Search #6 and #11 Limits: Publication Date from 1980 to 2008, English, Danish, Norwegian, Swedish          | 13:04:07 | 652   |
| #11 | Search #8 or #10   | 12:57:16 | 6014  |
| #10 | Search "Torture"[Mesh]   | 12:56:53 | 1359  |
| #8  | Search "Refugees"[Mesh]  | 12:56:15 | 4884  |
| #6  | Search #3 or #4 or #5  | 12:55:29 | 13613 |
| #5  | Search PTSD  | 12:54:58 | 13085 |
| #4  | Search Posttraumatic Stress Disorder   | 12:54:50 | 13123 |
| #3  | Search "Stress Disorders, Post-Traumatic"[Mesh]  | 12:50:23 | 12029 |

#27 i alt 3 referencer downloaded i særskilt dokument

#28 i alt 98 referencer downloaded i særskilt dokument

**16. marts 2008**

|     |   |       |
|-----|---|-------|
| #10 | #9 and ((LA=DANISH) or (LA=ENGLISH) or (LA=NORWEGIAN) or (LA=SWEDISH)) and ((AG=ADULTHOOD) or (AG=AGED) or (AG=MIDDLE-AGE) or (AG=THIRTIES) or (AG=VERY-OLD) or (AG=YOUNG-ADULTHOOD) or (AG=18-YRS-AND-OLDER) or (AG=18-29-YRS) or (AG=30-39-YRS) or (AG=40-64-YRS) or (AG=65-YRS-AND-OLDER) or (AG=85-YRS-AND-OLDER)) and (PY=1980-2008) | 11    |
| #9  | #5 and #8   | 52    |
| #8  | #6 or #7  | 5996  |
| #7  | 'systematic review' and ((LA=DANISH) or (LA=ENGLISH) or (LA=NORWEGIAN) or (LA=SWEDISH)) and (PY=1980-2008)  | 2646  |
| #6  | 'Meta-Analysis' in MJ,MN  | 3381  |
| #5  | #1 or #2 or #3 or #4  | 15844 |
| #4  | 'post-traumatic stress disorder'  | 3001  |
| #3  | 'post traumatic stress disorder'  | 3373  |
| #2  | PTSD  | 12540 |
| #1  | 'Posttraumatic-Stress-Disorder' in MJ,MN  | 13107 |

#10 ialt 11 referencer er downloaded i særskilt dokument

## Cinahl (WebSpirs)

16. marts 2008

|     |   |        |
|-----|---|--------|
| #14 | #10 and #13   | 4      |
| #13 | adult and ((LA=DANISH) or (LA=ENGLISH) or (LA=NORWEGIAN) or (LA=SWEDISH))               | 245783 |
| #12 | #10 and #11   | 1      |
| #11 | 'Refugees-' / all topical subheadings / all age subheadings in DE                       | 1643   |
| #10 | #9 and ((LA=DANISH) or (LA=ENGLISH) or (LA=NORWEGIAN) or (LA=SWEDISH))                  | 50     |
| #9  | #5 and #8   | 50     |
| #8  | #6 or #7  | 15090  |
| #7  | 'Meta-Analysis' / all topical subheadings / all age subheadings in DE                   | 12343  |
| #6  | 'Systematic-Review' / all topical subheadings / all age subheadings in DE               | 3641   |
| #5  | #1 or #2 or #3 or #4  | 5014   |
| #4  | 'Stress-Disorders-Post-Traumatic' / all topical subheadings / all age subheadings in DE | 3717   |
| #3  | 'post-traumatic stress disorder'  | 1628   |
| #2  | 'post traumatic stress disorder'  | 1886   |
| #1  | PTSD  | 2084   |

#10 I alt 50 referencer er downloaded I særskilt document. Forsøg på yderligere afgrænsning var ikke umiddelbart tilfredsstillende, derfor #10 selvom der må forventes en del frasortering i udvælgelsesprocessen.

NLH - National Library of Guidelines <http://www.library.nhs.uk/GuidelinesFinder/>

16. marts 2008

PTSD OR post-traumatic stress disorder OR post traumatic stress disorder – 2 ref.

Post-traumatic stress disorder (PTSD)

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG026NICEguideline.pdf>

Aims: These guidelines, issued by NICE for the NHS, are aimed at improving the recognition, treatment and screening of post-traumatic stress disorder (PTSD) in children and adults in primary and secondary care.

Recommendations: See section 4 'Research Recommendations' in NICE guideline.

Intended audience: The guideline is relevant to all PTSD sufferers, to their carers, and to all health professionals involved in the help, treatment and care of all PTSD sufferers.

Methodology and development: NICE commissioned the development of this guidance from the National Collaborating Centre for Mental Health. The centre established a Guideline Development Group, which reviewed the evidence and developed the recommendations. The members of the Guideline Development Group are listed in Appendix B.

Implications for practice: Local health communities should review their existing practice in the treatment and management of PTSD against this guideline. The review should consider the resources required to implement the recommendations set out in Section 1, the people and processes involved and the timeline over which full implementation is envisaged. It is in the interests of PTSD sufferers that the implementation should be as rapid as possible. Relevant local guidelines, care pathways and protocols should be reviewed in the light of this guidance and revised accordingly.

Publication history information: Published 23 March 2005. A provisional review date set for this guideline is March 2009. NICE Clinical Guideline 26.

Access: Available to the general public.

Portable Document File/PDF requiring Adobe Acrobat Reader

Related information

Index page

Summary – Portable Document File/PDF

Patient information – Portable Document File/PDF

Publication Date: 23 Mar 2005

Publication Type: Care Guideline

Publisher: NICE

Review Date: 23 Mar 2009

The management of post traumatic stress disorder in adults

[http://www.crestni.org.uk/publications/post\\_traumatic\\_stress\\_disorder.pdf](http://www.crestni.org.uk/publications/post_traumatic_stress_disorder.pdf)

This guideline specifically focuses on the assessment, treatment and care of post traumatic stress disorder in adults.

Publication Date: 01 Jun 2003

Publication Type: Care Guideline

Publisher: CREST

Review Date: 11 Mar 2005

## National Guidelines Clearinghouse <http://www.guideline.gov>

### 16. marts 2008

PTSD OR “post-traumatic stress disorder“ OR “post traumatic stress disorder” – i alt 41 ref.  
heraf udvalgt 2 referencer

American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Arlington (VA): American Psychiatric Association; 2004 Nov. 57 p. [463 references] [http://www.guideline.gov/summary/pdf.aspx?doc\\_id=5954&stat=1&string=ptsd+OR+%22post-traumatic+stress+disorder%22+OR+%22post+traumatic+stress+disorder%22](http://www.guideline.gov/summary/pdf.aspx?doc_id=5954&stat=1&string=ptsd+OR+%22post-traumatic+stress+disorder%22+OR+%22post+traumatic+stress+disorder%22)

Veterans Health Administration, Department of Defense. VA/DoD clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress. Version 1.0. Washington (DC): Veterans Health Administration, Department of Defense; 2004 Jan. Various p. [479 references]

[http://www.guideline.gov/summary/pdf.aspx?doc\\_id=5187&stat=1&string=ptsd+OR+%22post-traumatic+stress+disorder%22+OR+%22post+traumatic+stress+disorder%22](http://www.guideline.gov/summary/pdf.aspx?doc_id=5187&stat=1&string=ptsd+OR+%22post-traumatic+stress+disorder%22+OR+%22post+traumatic+stress+disorder%22)

## NHS EED

### 16. marts 2008

|    |   |    |
|----|---|----|
| #1 | MeSH Stress Disorders, Traumatic EXPLODE 1 PTSD | 4  |
| #2 | PTSD  | 7  |
| #3 | "post traumatic stress disorder"                | 5  |
| #4 | "post-traumatic stress disorder"                | 13 |
| #5 | #1 or #2 or #3 or #4                            | 15 |

#5 i alt 15 referencer downloaded i særskilt dokument

## Hånd søgning

### 12. maj 2008 Transcultural Psychiatry

PTSD or posttraumatic stress disorder in All fields, published Jan 1980 to Dec 1997 – 19 ref

Søgningen er afgrænset til publikationsår 1980 til 1997, idet tidsskriftet fra 1997 og frem er indekseret i Medline.

## b. Opfølgende søgninger

### Patient

- Hvad er patienternes syn på psykoterapeutisk behandling for PTSD?
- Hvad er patienternes syn på farmakologisk behandling for PTSD?
- Hvad er patienternes syn på fysioterapeutisk behandling for PTSD?
- Hvad er patienternes syn på psykosocial behandling for PTSD?

## PsycInfo (WebSpirs)

20. april 2008

### Search History

- # 16 #5 and #8 and #15 (0 records) (psykosocial behandling)
- # 15 explode 'Psychosocial-Rehabilitation' in MJ,MN (6747 records)
- # 14 #5 and #8 and #13 (0 records) (fysioterapeutisk behandling)
- # 13 'Physical-Therapy' in MJ,MN (985 records)
- # 12 #5 and #8 and #11 (0 records) (farmakologisk behandling)
- # 11 explode 'Drug-Therapy' in MJ,MN (73520 records)
- # 10 #5 and #8 and #9 (2 records) (psykoterapeutisk behandling)
- # 9 explode 'Psychotherapy-' in MJ,MN (114624 records)
- # 8 #6 or #7 (3429 records)
- # 7 patient satisfaction (1812 records)
- # 6 'Client-Satisfaction' in MJ,MN (2671 records)
- # 5 ('Posttraumatic-Stress-Disorder' in MJ,MN) or (PTSD) or ('post traumatic stress disorder') or ('post-traumatic stress disorder') (16094 records)
- # 4 'post-traumatic stress disorder' (3054 records)
- # 3 'post traumatic stress disorder' (3431 records)
- # 2 PTSD (12735 records)
- # 1 'Posttraumatic-Stress-Disorder' in MJ,MN (13295 records)

#10 ialt 2 referencer downloaded I særskilt dokument

## Cinahl (WebSpirs)

20. april 2008

- # 4 #5 and #6 and #13 (0 records) (psykosocial rehabilitering)
- # 13 explode 'Rehabilitation-Psychosocial' / all topical subheadings in DE (2019 records)
- # 12 #5 and #6 and #11 (1 record) (fysioterapi)
- # 11 explode 'Physical-Therapy' / all topical subheadings in DE (26853 records)
- # 10 #5 and #6 and #9 (1 record) (farmakoloisk behandling)
- # 9 explode 'Drug-Therapy' / all topical subheadings in DE (25279 records)
- # 8 #5 and #6 and #7 (8 records) (psykoterapeutisk behandling)
- # 7 explode 'Psychotherapy-' / all topical subheadings in DE (36278 records)
- # 6 'Patient-Satisfaction' / all topical subheadings in DE (9769 records)
- # 5 #1 or #2 or #3 or #4 (3613 records)
- # 4 'Stress-Disorders-Post-Traumatic' / all topical subheadings in DE (1282 records)
- # 3 'post-traumatic stress disorder' (1585 records)
- # 2 'post traumatic stress disorder' (1821 records)
- # 1 PTSD (1997 records)

# 8 (8 referencer), #10 (1 reference), #12 (1 reference) downloaded i særskilte dokumenter

## Embase (WebSpirs)

20. april 2008

### Search History

- # 14 #5 and #6 and #13 (0 records) (psykosocial behandling)
- # 13 'psychosocial-rehabilitation' / all subheadings in DEM,DER,DRM,DRR (124 records)
- # 12 #5 and #6 and #11 (0 records) (fysioterapeutisk behandling)
- # 11 explode 'physiotherapy-' / all subheadings in DEM,DER,DRM,DRR (19964 records)
- # 10 #5 and #6 and #9 (6 records) (farmakologisk behandling)
- # 9 explode 'drug-therapy' / all subheadings in DEM,DER,DRM,DRR (791219 records)
- # 8 #5 and #6 and #7 (29 records) (psykoterapisk behandling)
- # 7 explode 'psychotherapy-' / all subheadings in DEM,DER,DRM,DRR (72319 records)
- # 6 'patient-satisfaction' / all subheadings in DEM,DER,DRM,DRR (31912 records)
- # 5 #1 or #2 or #3 or #4 (13440 records)
- # 4 PTSD (6102 records)
- # 3 'post traumatic stress disorder' (2772 records)
- # 2 'post-traumatic stress disorder' (2497 records)
- # 1 'posttraumatic-stress-disorder' / all subheadings in DEM,DER,DRM,DRR (12801 records)

# 8 (29 referencer) og #10 (6 referencer) downloaded i særskilte dokumenter



## Medline (WebSpirs)

20. april 2008

### Search History

- # 14 #5 and #6 and #14 (0 records) (psykosocial rehabilitering)
  - # 13 psychosocial rehabilitation and ((LA=DANISH) or (LA=ENGLISH) or (LA=NORWEGIAN) or (LA=SWEDISH)) (324 records)
  - # 12 #5 and #6 and #11 (1 record) (fysioterapeutisk behandling)
  - # 11 explode 'Physical-Therapy-Modalities' / all subheadings in MIME,MJME,PT (61396 records)
  - # 10 #5 and #6 and #9 (1 record) (farmakologisk behandling)
  - # 9 explode 'Drug-Therapy' / all subheadings in MIME,MJME,PT (335704 records)
  - # 8 #5 and #6 and #7 (23 records) (psykoterapeutisk behandling)
  - # 7 explode 'Psychotherapy-' / all subheadings in MIME,MJME,PT (75235 records)
  - # 6 'Patient-Satisfaction' / all subheadings in MIME,MJME,PT (34997 records)
  - # 5 #1 or #2 or #3 or #4 (13629 records)
  - # 4 'Stress-Disorders-Post-Traumatic' / all subheadings in MIME,MJME,PT (11812 records)
  - # 3 'post-traumatic stress disorder' (2702 records)
  - # 2 'post traumatic stress disorder' (2952 records)
  - # 1 PTSD (6234 records)
- # 8 (23 referencer), #10 (1 reference) og #12 (1 reference) downloaded i særskilte dokumenter
- Hvad er forventningerne til psykoterapeutisk behandling for ptt med PTSD?
  - Hvad er forventningerne til farmakologisk behandling for ptt med PTSD?
  - Hvad er forventningerne til fysioterapeutisk behandling for ptt med PTSD?
  - Hvad er forventningerne til psykosocial rehabilitering for ptt med PTSD?

## PsycInfo (WebSpirs)

20. april 2008

### Search History

- # 21 #5 and #15 and #17 (0 records) (psykosocial behandling)
- # 20 #5 and #13 and #17 (0 records) (fysioterapeutisk behandling)
- # 19 #5 and #11 and #17 (0 records)(farmakologisk behandling)
- # 18 #5 and #9 and #17 (2 records)(psykoterapeutisk behandling)
- # 17 explode 'Expectations-' in MJ,MN (16626 records)
- # 16 #5 and #8 and #15 (0 records)
- # 15 explode 'Psychosocial-Rehabilitation' in MJ,MN (6747 records)
- # 14 #5 and #8 and #13 (0 records)

- # 13 'Physical-Therapy' in MJ,MN (985 records)
- # 12 #5 and #8 and #11 (0 records)
- # 11 explode 'Drug-Therapy' in MJ,MN (73520 records)
- # 10 #5 and #8 and #9 (2 records)
- # 9 explode 'Psychotherapy-' in MJ,MN (114624 records)
- # 8 #6 or #7 (3429 records)
- # 7 patient satisfaction (1812 records)
- # 6 'Client-Satisfaction' in MJ,MN (2671 records)
- # 5 ('Posttraumatic-Stress-Disorder' in MJ,MN) or (PTSD) or ('post traumatic stress disorder') or ('post-traumatic stress disorder') (16094 records)
- # 4 'post-traumatic stress disorder' (3054 records)
- # 3 'post traumatic stress disorder' (3431 records)
- # 2 PTSD (12735 records)
- # 1 'Posttraumatic-Stress-Disorder' in MJ,MN (13295 records)

#18 ialt 2 referencer downloaded i særskilt dokument

## Cinahl (WebSpirs)

**20. april 2008**

### Search History

- # 19 #5 and #13 and #15 (0 records) (psykosocial rehabilitering)
- # 18 #5 and #11 and #15 (0 records) (fysioterapeutisk behandling)
- # 17 #5 and #9 and #15 (0 records) (farmakologisk behandling)
- # 16 #5 and #7 and #15 (0 records) (psykoterapeutisk behandling)
- # 15 patient expectation\* (409 records)
- # 14 #5 and #6 and #13 (0 records)
- # 13 explode 'Rehabilitation-Psychosocial' / all topical subheadings in DE (2019 records)
- # 12 #5 and #6 and #11 (1 record)
- # 11 explode 'Physical-Therapy' / all topical subheadings in DE (26853 records)
- # 10 #5 and #6 and #9 (1 record)
- # 9 explode 'Drug-Therapy' / all topical subheadings in DE (25279 records)
- # 8 #5 and #6 and #7 (8 records)
- # 7 explode 'Psychotherapy-' / all topical subheadings in DE (36278 records)
- # 6 'Patient-Satisfaction' / all topical subheadings in DE (9769 records)
- # 5 #1 or #2 or #3 or #4 (3613 records)
- # 4 'Stress-Disorders-Post-Traumatic' / all topical subheadings in DE (1282 records)
- # 3 'post-traumatic stress disorder' (1585 records)
- # 2 'post traumatic stress disorder' (1821 records)
- # 1 PTSD (1997 records)

## Embase (WebSpirs)

20. april 2008

### Search History

- # 19 #5 and #13 and #15 (0 records) (psykosocial rehabilitering)
- # 18 #5 and #11 and #15 (0 records) (fysioterapeutisk behandling)
- # 17 #5 and #9 and #15 (1 record) (farmakologisk behandling)
- # 16 #5 and #7 and #15 (2 records) (psykoterapeutisk behandling)
- # 15 'expectation-' / all subheadings in DEM,DER,DRM,DRR (3055 records)
- # 14 #5 and #6 and #13 (0 records)
- # 13 'psychosocial-rehabilitation' / all subheadings in DEM,DER,DRM,DRR (124 records)
- # 12 #5 and #6 and #11 (0 records)
- # 11 explode 'physiotherapy-' / all subheadings in DEM,DER,DRM,DRR (19964 records)
- # 10 #5 and #6 and #9 (6 records)
- # 9 explode 'drug-therapy' / all subheadings in DEM,DER,DRM,DRR (791219 records)
- # 8 #5 and #6 and #7 (29 records)
- # 7 explode 'psychotherapy-' / all subheadings in DEM,DER,DRM,DRR (72319 records)
- # 6 'patient-satisfaction' / all subheadings in DEM,DER,DRM,DRR (31912 records)
- # 5 #1 or #2 or #3 or #4 (13440 records)
- # 4 PTSD (6102 records)
- # 3 'post traumatic stress disorder' (2772 records)
- # 2 'post-traumatic stress disorder' (2497 records)
- # 1 'posttraumatic-stress-disorder' / all subheadings in DEM,DER,DRM,DRR (12801 records)

#16 (2 referencer) og #17 (1 reference) er downloaded i særskilte dokumenter

## Medline (WebSpirs)

20. april 2008

### Search History

- # 19 #5 and #13 and #15 (0 records)
- # 18 #5 and #11 and #15 (0 records)
- # 17 #5 and #9 and #15 (0 records)
- # 16 #5 and #7 and #15 (0 records)
- # 15 patient expectation\* and ((LA=DANISH) or (LA=ENGLISH) or (LA=NORWEGIAN) or (LA=SWEDISH)) (638 records)
- # 14 #5 and #6 and #13 (0 records)
- # 13 psychosocial rehabilitation and ((LA=DANISH) or (LA=ENGLISH) or (LA=NORWEGIAN) or (LA=SWEDISH)) (324 records)

- # 12 #5 and #6 and #11 (1 record)
- # 11 explode 'Physical-Therapy-Modalities' / all subheadings in MIME,MJME,PT (61396 records)
- # 10 #5 and #6 and #9 (1 record)
- # 9 explode 'Drug-Therapy' / all subheadings in MIME,MJME,PT (335704 records)
- # 8 #5 and #6 and #7 (23 records)
- # 7 explode 'Psychotherapy-' / all subheadings in MIME,MJME,PT (75235 records)
- # 6 'Patient-Satisfaction' / all subheadings in MIME,MJME,PT (34997 records)
- # 5 #1 or #2 or #3 or #4 (13629 records)
- # 4 'Stress-Disorders-Post-Traumatic' / all subheadings in MIME,MJME,PT (11812 records)
- # 3 'post-traumatic stress disorder' (2702 records)
- # 2 'post traumatic stress disorder' (2952 records)
- # 1 PTSD (6234 records)

- Er individuel terapi mere effektiv end gruppeterapi for patienter med PTSD?
- Er individuel terapi mere effektiv end gruppeterapi for traumatiserede flygtninge med kompleks PTSD?

## Embase (WebSpirs)

20. april 2008

### Search History

- # 8 #5 and #6 and #7 (8 records)
- # 7 individual therapy and ((LA=DANISH) or (LA=ENGLISH) or (LA=NORWEGIAN) or (LA=SWEDISH)) (503 records)
- # 6 'group-therapy' / all subheadings in DEM,DER,DRM,DRR (7032 records)
- # 5 #1 or #2 or #3 or #4 (13440 records)
- # 4 PTSD (6102 records)
- # 3 'post traumatic stress disorder' (2772 records)
- # 2 'post-traumatic stress disorder' (2497 records)
- # 1 'posttraumatic-stress-disorder' / all subheadings in DEM,DER,DRM,DRR (12801 records)

# 8 i alt 8 referencer downloaded i særskilt dokument

## Medline (WebSpirs)

20. april 2008

### Search History

- # 8 #5 and #6 and #7 (6 records)
- # 7 individual therapy and ((LA=DANISH) or (LA=ENGLISH) or (LA=NORWEGIAN) or (LA=SWEDISH)) (454 records)

- # 6 explode 'Psychotherapy-Group' / all subheadings in MIME,MJME,PT (11360 records)
- # 5 #1 or #2 or #3 or #4 (13629 records)
- # 4 'Stress-Disorders-Post-Traumatic' / all subheadings in MIME,MJME,PT (11812 records)
- # 3 'post-traumatic stress disorder' (2702 records)
- # 2 'post traumatic stress disorder' (2952 records)
- # 1 PTSD (6234 records)

# 8 i alt 6 referencer downloaded i særskilt dokument

## PsycInfo (WebSpirs)

**20. april 2008**

### Search History

- # 8 #5 and #6 and #7 (20 records)
- # 7 explode 'Group-Psychotherapy' in MJ,MN (16657 records)
- # 6 'Individual-Psychotherapy' in MJ,MN (2402 records)
- # 5 ('Posttraumatic-Stress-Disorder' in MJ,MN) or (PTSD) or ('post traumatic stress disorder') or ('post-traumatic stress disorder') (16094 records)
- # 4 'post-traumatic stress disorder' (3054 records)
- # 3 'post traumatic stress disorder' (3431 records)
- # 2 PTSD (12735 records)
- # 1 'Posttraumatic-Stress-Disorder' in MJ,MN (13295 records)

# 8 ialt 20 referencer downloaded i særskilt dokument

## Cinahl (WebSpirs)

**20. april 2008**

### Search History

- # 8 #5 and #6 and #7 (4 records)
- # 7 individual therapy (204 records)
- # 6 explode 'Psychotherapy-Group' / all topical subheadings in DE (5756 records)
- # 5 (PTSD) or ('post traumatic stress disorder') or ('post-traumatic stress disorder') or ('Stress-Disorders-Post-Traumatic' / all topical subheadings in DE) (3613 records)
- # 4 'Stress-Disorders-Post-Traumatic' / all topical subheadings in DE (1282 records)
- # 3 'post-traumatic stress disorder' (1585 records)
- # 2 'post traumatic stress disorder' (1821 records)
- # 1 PTSD (1997 records)

#8 i alt 4 referencer downloaded i særskilt dokument

## Organisation

HTA database

14. juli 2008

### Search history

|     | Javascript:__doPostBack('ct100\$ContentPlaceHolderSearchResults\$GridView1','Sort\$LineID') | Search  | Matching records |
|-----|---|---|------------------|
| #1  |   | PTSD  | 40               |
| #2  |   | MeSH Stress Disorders, Post-Traumatic EXPLODE 1 | 10               |
| #3  |   | "Posttraumatic stress disorder"                 | 14               |
| #4  |   | "Post-traumatic stress disorder"                | 62               |
| #5  |   | "Post traumatic stress disorder"                | 51               |
| #6  |   | #1 or #2 or #3 or #4 or #5                      | 70               |
| #7  |   | MeSH Organization and Administration EXPLODE 1  | 5275             |
| #8  |   | Management                                      | 5722             |
| #9  |   | #7 or #8  | 9966             |
| #10 |   | "Health care management"                        | 66               |
| #11 |   | "Health planning"                               | 182              |
| #12 |   | "Health care planning"                          | 4                |
| #13 |   | #10 or #11 or #12                               | 249              |
| #14 |   | #9 or #13                                       | 10073            |
| #19 |   | #6 and #1                                       | 19               |

## RCT's dokumentationscenter og bibliotek's database

<http://www.reindex.org/RCT/main/Main.php>

17. juli 2008

wss=health care organisation and administration

and

wss=post-traumatic stress disorder

## DSI bibliotekets database (0 fund)

[www.dsi.dk](http://www.dsi.dk)

18. juli 2008

- # 1 PTSD
- # 2 post-traumatisk stress
- # 3 posttraumatisk stress
- # 4 post traumatisk stress
- # 5 post-traumatic stress disorder
- # 6 post traumatic stress disorder
- # 7 posttraumatic stress disorder
- # 8 #1 or #2 or #3 or #4 or #5 or #6 or #7 – 0 hits

## Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

[www.sum.dk](http://www.sum.dk)

18. juli 2008

Gennemgang af publikationsliste – 1 udvalgt

Rapport fra arbejdsgruppen om hurtigere visiterende undersøgelser til det særlige behandlingstilbud for traumatiserede flygtninge, 2008

[http://www.sum.dk/artikler\\_sum\\_dk/Files/Fil1/4543.pdf](http://www.sum.dk/artikler_sum_dk/Files/Fil1/4543.pdf)

Rapport fra arbejdsgruppen om rehabilitering af traumatiserede flygtninge. April 2001

<http://www.sum.dk/publikationer/rehabtrauma/index.htm>

## Socialdepartementet, Sverige (0 fund)

<http://www.regeringen.se/sb/d/108>

## Socialstyrelsen, Sverige (1 fund)

[www.sos.se](http://www.sos.se)

Krisstöd vid allvarlig händelse, 2008

<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/15A82CC4-DFBE-4B9D-B233-721390ECCC10/10743/200812317.pdf>

“Organisationskapitlet beskriver hur ledningsprinciperna ser ut och fungerar då det gäller landstingens hälso- och sjukvård på såväl regional som lokal nivå, före, under och efter en allvarlig händelse. Primärvårdens och kommunernas roll beskrivs och vikten av samarbetet mellan landsting och kommuner betonas. Länsstyrelsernas roll i sammanhanget beskrivs kortfattat.”

## Helse- og omsorgsdepartementet, Norge (0 fund)

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod.html?id=421>

## Kunnskapscenteret, Norge (0 fund)

<http://www.kunnskapscenteret.no/>

## Social- og Hälsovårdsministeriet, Finland (0 fund)

<http://www.stm.fi/Resource.phx/eng/index.htm>

## Department of Health, UK (0 fund)

<http://www.dh.gov.uk/en/index.htm>

## Health Canada (0 fund)

<http://www.hc-sc.gc.ca/index-eng.php>

## U.S. Department of Veterans Affairs, US (0 fund)

<http://www.va.gov/>



**18. juli 2008**

|     |  |          |         |
|-----|--|----------|---------|
| #23 | Search #12 and #21 Limits: English, Danish, Norwegian, Swedish | 14:38:40 | 121     |
| #22 | Search #12 and #21   | 14:34:34 | 125     |
| #21 | Search #19 or #20  | 14:34:07 | 6115    |
| #20 | Search "Torture"[Mesh]   | 14:33:49 | 1382    |
| #19 | Search "Refugees"[Mesh]  | 14:33:23 | 4965    |
| #12 | Search #2 and #11  | 14:30:59 | 2245    |
| #11 | Search #4 or #7 or #10   | 14:30:28 | 1486781 |
| #10 | Search "Health Services Administration"[Mesh]                  | 14:30:03 | 1428720 |
| #7  | Search "Health Planning"[Mesh]                                 | 14:29:01 | 169870  |
| #4  | Search "Organization and Administration"[Mesh]                 | 14:28:09 | 765134  |
| #2  | Search "Stress Disorders, Post-Traumatic"[Mesh]                | 14:27:26 | 12436   |

## Bilag 2:

### AGREE-instrumentet til kvalitetsvurdering af anvendte guidelines

| Vurdering af vejledninger           |   |  |  |  |
|-------------------------------------|---|--|--|--|
| Spørgsmål                           | Australien Guidelines (5)   | Practice Guideline (419)   | NICE (12)  |  |
| <b>Afgrænsning og formål</b>        | 1. Den kliniske vejlednings formål er klart beskrevet   | <b>Vurdering:</b> 4<br><b>Kommentarer:</b><br>p. 1 Introduktion  | <b>Vurdering:</b> 2<br><b>Kommentarer:</b><br>P. 5: Hensigtserklæring + formål                     | <b>Vurdering:</b> 4<br><b>Kommentarer:</b><br>Hele kap. 1. Formål: Afsnit 1.2.3. |
|                                     | 2. De(t) kliniske spørgsmål, der er omfattet af den kliniske vejledning, er klart beskrevet                         | <b>Vurdering:</b> 4<br><b>Kommentarer:</b><br>p.3, i alt 18 spørgsmål  | <b>Vurdering:</b> 1<br><b>Kommentarer:</b><br>Fremgår ikke.  | <b>Vurdering:</b> 4<br><b>Kommentarer:</b><br>Hele appendix 5                    |
|                                     | 3. Den patientgruppe, som den kliniske vejledning omhandler, er klart beskrevet                                     | <b>Vurdering:</b> 4<br><b>Kommentarer:</b><br>Hele kap. 2  | <b>Vurdering:</b> 2<br><b>Kommentarer:</b><br>Diagnosen er uklart beskrevet                        | <b>Vurdering:</b> 4<br><b>Kommentarer:</b><br>Afsnit 2.1 p. 5                    |
| <b>Inddragelse af interessenter</b> | 4. Den arbejdsgruppe, der har udarbejdet den kliniske vejledning, indeholder personer fra alle relevante faggrupper | <b>Vurdering:</b> 4<br><b>Kommentarer:</b><br>Psykolog, psykiatere, sygepl., forbrugerrep., flygtningespecialist, social workers, prak. Læger etc. | <b>Vurdering:</b> 1<br><b>Kommentarer:</b><br>Kun psykiatere                                       | <b>Vurdering:</b> 4<br><b>Kommentarer:</b><br>p. V.                              |
|                                     | 5. Patienternes synspunkter og ønsker er søgt inddraget   | <b>Vurdering:</b> 2<br><b>Kommentarer:</b> Nej, men forbrugerrepræsentanten i styregruppen + særskilte afsnit om særligt sårbare grupper           | <b>Vurdering:</b> 1<br><b>Kommentarer:</b><br>Fremgår ikke   | <b>Vurdering:</b> 4<br><b>Kommentarer:</b><br>Afsnit 3.1 og 3.2                  |
|                                     | 6. Den kliniske vejlednings målgruppe er klart defineret  | <b>Vurdering:</b> 4<br><b>Kommentarer:</b><br>Under "Objectives" p. 1.   | <b>Vurdering:</b> 1<br><b>Kommentarer:</b><br>Fremgår ikke.  | <b>Vurdering:</b> 4<br><b>Kommentarer:</b><br>Afsnit 1.2.2.                      |
|                                     | 7. Den kliniske vejledning har været afprøvet af målgruppen   | <b>Vurdering:</b> 1<br><b>Kommentarer:</b><br>Fremgår ikke   | <b>Vurdering:</b> 1<br><b>Kommentarer:</b><br>Fremgår ikke   | <b>Vurdering:</b> 1<br><b>Kommentarer:</b><br>Fremgår ikke                       |
|                                     | 8. Systematiske metoder er anvendt for at fremskaffe evidens  | <b>Vurdering:</b> 4<br><b>Kommentarer:</b><br>Se Metodeafsnit p. 4   | <b>Vurdering:</b> 1<br><b>Kommentarer:</b><br>Fremgår ikke klart + Søgeprotokol eller søgehistorie | <b>Vurdering:</b> 4<br><b>Kommentarer:</b><br>Afsnit 4.4.                        |
| <b>Stringens i udarbejdelsen</b>    | 9. Kriterierne for udvælgelse af evidens er specifikt beskrevet   | <b>Vurdering:</b> 4<br><b>Kommentarer:</b><br>Metodeafsnit   | <b>Vurdering:</b> 1<br><b>Kommentarer:</b><br>Fremgår ikke + Metodeafsnit                          | <b>Vurdering:</b> 4<br><b>Kommentarer:</b><br>Afsnit 4.4.8 p. 46                 |

|                                  |   |  |   |  |
|----------------------------------|---|--|---|--|
| <b>Stringens i udarbejdelsen</b> | 10. De metoder, der er anvendt til formulering af anbefalingerne, er tydeligt beskrevet                           | <b>Vurdering:</b> 4<br><b>Kommentarer:</b> P. 2 "Guideline recommendations"  | <b>Vurdering:</b> 1<br><b>Kommentarer:</b> Fremgår ikke + Metodeafsnit                                | <b>Vurdering:</b> 1<br><b>Kommentarer:</b> Fremgår ikke  |
|                                  | 11. De sundhedsmæssige fordele, bivirkninger og risici er taget i betragtning ved udarbejdelsen af anbefalingerne | <b>Vurdering:</b> 2<br><b>Kommentarer:</b> Fremgår ikke klart. Særlige grp. beskrevet, økonomiske konsekvenser etc.    | <b>Vurdering:</b> 1<br><b>Kommentarer:</b> Fremgår ikke + Metodeafsnit                                | <b>Vurdering:</b> 1<br><b>Kommentarer:</b> Fremgår ikke  |
|                                  | 12. Der er nøje sammenhæng mellem anbefalingerne og den evidens, der ligger til grund                             | <b>Vurdering:</b> 4  | <b>Vurdering:</b> 1<br><b>Kommentarer:</b> Ingen anbefalinger   | <b>Vurdering:</b> 3<br><b>Kommentarer:</b> For nogles vedkommende  |
|                                  | 13. Den kliniske vejledning er blevet vurderet eksternt af eksperter, før den blev offentliggjort                 | <b>Vurdering:</b> 4  | <b>Vurdering:</b> 1<br><b>Kommentarer:</b> Fremgår ikke   | <b>Vurdering:</b> <b>Kommentarer:</b> Afsnit 4.7 p. 51 "Validation of guideline"   |
|                                  | 14. Der er beskrevet en procedure for ajourføring af den kliniske vejledning                                      | <b>Vurdering:</b> 1<br><b>Kommentarer:</b> Fremgår ikke  | <b>Vurdering:</b> 1<br><b>Kommentarer:</b> Der er taget stilling (p. 7), men procedure ikke beskrevet | <b>Vurdering:</b> 1<br><b>Kommentarer:</b> Fremgår ikke.   |
| <b>Klarhed og præsentation</b>   | 15. Anbefalingerne er specifikke og entydige  | <b>Vurdering:</b> 4<br><b>Kommentarer:</b> 6 siders "Summary of Guideline recommendations".                            | <b>Vurdering:</b> 1<br><b>Kommentarer:</b> Ingen anbefalinger   | <b>Vurdering:</b> 4  |
|                                  | 16. De forskellige muligheder for behandling af sygdommen er klart beskrevet                                      | <b>Vurdering:</b> 4<br><b>Kommentarer:</b> Kap. 3 "Interventions"  | <b>Vurdering:</b> 2<br><b>Kommentarer:</b> p. 13 Psykoterapi + farmakologisk behandling               | <b>Vurdering:</b> 2<br><b>Kommentarer:</b> Psykiatrisk + psykologisk beh. beskrevet i afsnit 5 + 6. Den tværfaglige tilgang er beskrevet |
|                                  | 17. De centrale anbefalinger er lette at identificere   | <b>Vurdering:</b> 4<br><b>Kommentarer:</b> Allererst i rapporten.  | <b>Vurdering:</b> 1   | <b>Vurdering:</b> 4  |
|                                  | 18. Den kliniske vejledning er forsynet med redskaber til anvendelse  | <b>Vurdering:</b> 2<br><b>Kommentarer:</b> Indeholder "Evidence-statements", men ingen implementeringsplan eller lign. | <b>Vurdering:</b> 2<br><b>Kommentarer:</b> Ikke klare retningslinjer. Skal lede efter anbefalinger    | <b>Vurdering:</b> 2<br><b>Kommentarer:</b> + Anbefalinger, men ingen implementeringsstrategi   |

|   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| <b>Anvendelighed</b>                              | 19. Potentielle organisatoriske hindringer ved brug af anbefalingerne er diskuteret                                    | <b>Vurdering:</b> 1<br><b>Kommentarer:</b> Nej  | <b>Vurdering:</b> 1   | <b>Vurdering:</b> 1   |
|   | 20. Potentielle økonomiske konsekvenser ved at følge anbefalingerne er taget i betragtning                             | <b>Vurdering:</b> 2<br><b>Kommentarer:</b><br>Kap. 6 om økonomi. Ikke kons. af at følge anbefalinger, men kons. af ikke at behandle | <b>Vurdering:</b> 1   | <b>Vurdering:</b> 1<br><b>Kommentarer:</b><br>Fremgår ikke  |
|   | 21. Den kliniske vejledning indeholder vigtige vurderingskriterier (indikatorer) for monitorering og/eller auditformål | <b>Vurdering:</b> 1<br><b>Kommentarer:</b><br>Fremgår ikke  | <b>Vurdering:</b> 1   | <b>Vurdering:</b> 1;<br><b>Kommentarer:</b><br>Fremgår ikke   |
| <b>Redaktionel uafhængighed</b>                   | 22. Den kliniske vejledning er redaktionelt uafhængig af den bidragydende organisation                                 | <b>Vurdering:</b> 4   | <b>Vurdering:</b> 1<br><b>Kommentarer:</b><br>Én og samme institution   | <b>Vurdering:</b> 4   |
|   | 23. Der er redegjort for interessekonflikter blandt arbejdsgruppens medlemmer  | <b>Vurdering:</b> 1<br><b>Kommentarer:</b><br>Fremgår ikke  | <b>Vurdering:</b> 1   |   |
| <b>Samlet vurdering og yderligere kommentarer</b> | Vil du anbefale, at denne kliniske vejledning anvendes i praksis?  | <b>Vurdering:</b><br>Anbefales varmt  | <b>Vurdering:</b><br>Anbefales (med forbehold eller ændringer)<br><b>Kommentarer:</b><br>Manglende systematik/metode, manglende anbefalinger, manglende tværfaglig, specialiseret indsats, + økonomi, patient, organisation | <b>Vurdering:</b><br>Anbefales varmt<br><b>Kommentarer:</b><br>Den tværfaglige, specialiserede indsats mangler, fx fysioterapi og den sociale rehabilitering. Meget lidt økonomi og organisation. |

## Bilag 3:

### Drummonds checklist for economic evaluations (engelsk version)

#### A check list for assessing economic evaluations

##### 1. Was a well-defined question posed in answerable form?

- 1.1 Did the study examine both costs and effects of the service(s) of programme(s)?
- 1.2 Did the study involve a comparison of alternatives?
- 1.3 Was a viewpoint for the analysis stated and was the study placed in any particular decision-making context?

##### 2. Was a comprehensive description of the competing alternatives given?

(that is, can you tell who did what to whom, where, and how often?)

- 2.1 Were any relevant alternatives omitted?
- 2.2 Was (should) a do-nothing alternative (be) considered?

##### 3. Was the effectiveness of the programmes or services established?

- 3.1 Was the done through a randomized, controlled clinical trial? If so, did the trial protocol reflect what would happen in regular practice?
- 3.2 Were effectiveness data collected and summarized through a systematic overview of clinical studies? If so, were the search strategy and rules for inclusion or exclusion outlined?
- 3.3 Were observational data or assumptions used to establish effectiveness? If so, what are the potential biases in results?

##### 4. Were all the important and relevant costs and consequences for each alternative identified?

- 4.1 Was the range wide enough for the research question at hand?
- 4.2 Did it cover all relevant viewpoints? (Possible viewpoints include the community or social viewpoint, and those of patients and third-party payers. Other viewpoints may also be relevant depending upon the particular analysis.)
- 4.3 Were capital costs, as well as operation costs, included?

##### 5. Were costs and consequences measured accurately in appropriate physical units (for example, hours of nursing time, number of physician visits, lost work-days, gained life-years)?

- 5.1 Were the sources of resource utilization described and justified?
- 5.2 Were any of the identified items omitted from measurement? If so, does this mean that they carried no weight in the subsequent analysis?
- 5.3 Were there any special circumstances (for example, joint use of resources) that made measurement difficult? Were these circumstances handled appropriately?

## **6. Were costs and consequences valued credibly?**

- 6.1 Were the sources of all values clearly identified? (Possible sources include market values, patient or client preferences and views, policy-makers' views, and health professionals' judgements.)
- 6.2 Were market values employed for changes involving resources gained or depleted?
- 6.3 Where market values were absent (for example, volunteer labour), or market values did not reflect actual values (such as clinic space donated at a reduced rate), were adjustments made to approximate market values?
- 6.4 Was the valuation of consequences appropriate for the question posed (that is, has the appropriate type or types of analysis - cost-effectiveness, cost-utility, cost-benefit - been selected)?

## **7. Were costs and consequences adjusted for differential timing?**

- 7.1 Were costs and consequences that occur in the future "discounted" to their present values?
- 7.2 Was any justification given for the discount rate used?

## **8. Was an incremental analysis of costs and consequences of alternatives performed?**

- 8.1 Were the additional (incremental) costs generated by one alternative over another compared to the additional effects, benefits, or utilities generated?

## **9. Was allowance made for uncertainty in the estimates of costs and consequences?**

- 9.1 If patient-level data on costs or consequences were available, were appropriate statistical analysis performed?
- 9.2 If a sensitivity analysis was employed, was justification provided for the ranges or distributions of values (for key study parameters), and the form of sensitivity analysis used?
- 9.3 Were the conclusions of the study sensitive to the uncertainty in the results, as quantified by the statistical and/or sensitivity analysis?

## **10. Did the presentation and discussion of study results include all issues of concern to users?**

- 10.1 Were the conclusions of the analysis based on some overall index or ratio of costs to consequences (for example, costs-effectiveness ratio)? If so, was the index intelligently or in a mechanistic fashion?
- 10.2 Were the results compared with those of others who have investigated the same question? If so, were allowances made for potential differences in study methodology?
- 10.3 Did the study discuss the generalizability of the results to other settings and patient/client groups?
- 10.4 Did the study allude to, or take account of, other important factors in the choice or decision under consideration (for example, distribution of cost and consequences, or relevant ethical issues)?
- 10.5 Did the study discuss issues of implementation, such as the feasibility of adopting the "preferred" programme given existing financial or other constraints, and whether any freed resources could be redeployed to other worthwhile programmes?

## Bilag 4:

### **Kvalitetsvurdering af økonomiske evalueringer**

Checkliste for vurdering af økonomiske evalueringer.

Frit oversat efter Drummond MF et al. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford University Press, 3rd edition, 2005.

### **Forfatter(e), titel, tidsskrift og årstal for økonomisk evaluering:**

Durham RC et al. Long-term outcome of cognitive behaviour therapy clinical trials in central Scotland. NHS R&D HTA Programme. Health Technology Assessment 2005; vol. 9: No. 42.

Fontana A. et al. Effectiveness and Cost of the Inpatient Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Comparison of Three Models of Treatment. Am J of Psychiatry 1997;154(6):758-65.

Issakidis C. et al. Modelling the population cost-effectiveness of current and evidence-based optimal treatment for anxiety disorders. Psychological medicine 2004;34:19-35.

The National Collaborating Centre for Mental Health. Post-Traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. National Clinical Practice Guideline Number 26. National Institute for Clinical Excellence 2005.

|   | Ja | Nej | Ved ikke/<br>Ikke tydeligt | Ja | Nej | Ved ikke/<br>Ikke tydeligt | Ja | Nej | Ved ikke/<br>Ikke tydeligt | Ja | Nej | Ved ikke/<br>Ikke tydeligt |
|---|----|-----|----------------------------|----|-----|----------------------------|----|-----|----------------------------|----|-----|----------------------------|
| <b>1. Stilles der et veldefineret studiespørgsmål?</b>  |    |     |                            |    |     |                            |    |     |                            |    |     |                            |
| 1.1. Undersøger studiet både omkostningerne ved og konsekvenserne af interventionen?  | ■  |     |                            | ■  |     |                            | ■  |     |                            |    | ■   |                            |
| 1.2. Sammenligner studiet flere relevante alternativer?   | ■  |     |                            | ■  |     |                            | ■  |     |                            |    |     | ■                          |
| 1.3. Er der redegjort for analysens perspektiv og beslutningskontekst?  | ■  |     |                            |    | ■   |                            | ■  |     |                            |    | ■   |                            |
| <b>2. Er de relevante alternativer beskrevet fyldestgørende (hvem gjorde hvad til hvem, hvor og hvor ofte)?</b>   |    |     |                            |    |     |                            |    |     |                            |    |     |                            |
| 2.1. Er der et relevant alternativ, der ikke er medtaget i analysen?  |    | ■   |                            |    |     | ■                          | ■  |     |                            |    | ■   |                            |
| 2.2. Er der, eller burde, et nul-alternativ (ikke at intervenere) medtages i analysen?  | ■  |     |                            | ■  |     |                            |    | ■   |                            |    |     | ■                          |
| <b>3. Er effektiviteten af de relevante alternativer dokumenteret?</b>  |    |     |                            |    |     |                            |    |     |                            |    |     |                            |
| 3.1. Er dette gjort gennem et randomiseret, kontrolleret studie?  |    | ■   |                            |    | ■   |                            |    | ■   |                            |    | ■   |                            |
| 3.2. Er data vedr. effektiviteten indsamlet og sammenfattet via systematisk gennemgang af kliniske studier? I så fald, er der en klar søgestrategi med tydelige inklusions - og eksklusionskriterier? | ■  |     |                            |    | ■   |                            |    | ■   |                            |    |     | ■                          |
| 3.3. Er effektiviteten etableret via antagelser eller observationsdata? I så fald, hvad er de potentielle bias i resultaterne?  |    | ■   |                            | ■  |     |                            |    |     | ■                          |    |     | ■                          |
| <b>4. Er alle relevante omkostninger (input) og konsekvenser (output) for hvert alternativ identificeret?</b>   |    |     |                            |    |     |                            |    |     |                            |    |     |                            |
| 4.1. Er udbuddet af omkostninger og konsekvenser dækkende for studiespørgsmålet?  | ■  |     |                            | ■  |     |                            |    | ■   |                            |    |     | ■                          |
| 4.2. Har analysen afdækket alle relevante perspektiver (fx socialt, lokalsamfunds - og patientperspektivet)?  |    |     |                            |    | ■   |                            |    |     | ■                          |    |     | ■                          |
| 4.3. Er både 'capital costs' og 'operating costs' inkluderet i analysen?  |    |     | ■                          | ■  |     |                            |    |     | ■                          |    |     | ■                          |
| <b>5. Er omkostninger og konsekvenser målt i passende fysiske enheder (fx tabte arbejdsdage, antal vundne leveår)?</b>  |    |     |                            |    |     |                            |    |     |                            |    |     |                            |
| 5.1. Var kilderne til opgørelser over ressourceforbrug beskrevet og begrundet?  | ■  |     |                            | ■  |     |                            |    | ■   |                            |    |     | ■                          |
| 5.2. Er visse enheder (input eller output) ekskluderet fra analysen? Har det  |    |     | ■                          |    |     | ■                          | ■  |     |                            |    | ■   |                            |
| 5.3. Er der særlige forhold (fx brugen af fælles ressourcer), der har besværliggjort måling? Er disse forhold behandlet på en passende måde?  |    |     | ■                          |    |     | ■                          |    |     | ■                          |    |     | ■                          |
| <b>6. Er omkostninger og konsekvenser værdisat på en troværdig måde?</b>  |    |     |                            |    |     |                            |    |     |                            |    |     |                            |
| 6.1. Er alle kilder til værdisætning tydeligt identificeret? (Fx markedsværdier, patientpræferencer, sundhedsprofessionelle vurderinger etc.)   | ■  |     |                            | ■  |     |                            |    | ■   |                            |    |     | ■                          |



| 6. Er omkostninger og konsekvenser værdisat på en troværdig måde?  | Ja | Nej | Ved ikke/<br>ikke tydeligt | Ja | Nej | Ved ikke/<br>ikke tydeligt | Ja | Nej | Ved ikke/<br>ikke tydeligt | Ja | Nej | Ved ikke/<br>ikke tydeligt |
|--|----|-----|----------------------------|----|-----|----------------------------|----|-----|----------------------------|----|-----|----------------------------|
| 6.1. Er alle kilder til værdisætning tydeligt identificeret? (Fx markeds-værdier, patientpræferencer, sundhedsprofessionelle vurderinger etc.)                                       | ■  |     |                            | ■  |     |                            | ■  |     |                            | ■  |     |                            |
| 6.2. Er der anvendt markedsværdier for ændringer vedr. tabte eller vundne ressourcer?  |    |     | ■                          |    | ■   |                            |    |     | ■                          |    | ■   |                            |
| 6.3. Er værdisætningen tilnærmet markedsværdier, der hvor disse enten ikke fandtes, eller ikke reflekterede den  |    | ■   |                            |    | ■   |                            |    |     | ■                          |    |     | ■                          |
| 6.4. Var værdisætningen relevant for studiespørgsmålet?  |    |     | ■                          |    |     | ■                          | ■  |     |                            |    | ■   |                            |
| <b>7. Er omkostninger og konsekvenser justeret for forskellige tidsfordelinger (diskontering)?</b>   |    |     |                            |    |     |                            |    |     |                            |    |     |                            |
| 7.1. Er omkostninger og konsekvenser der forekommer i fremtiden diskonteret til deres nutidsværdi?   |    | ■   |                            |    | ■   |                            |    | ■   |                            |    | ■   |                            |
| 7.2. Er diskonteringsraterne begrundet?  |    | ■   |                            |    | ■   |                            | ■  |     |                            |    | ■   |                            |
| <b>8. Er der udført en inkrementel analyse af omkostninger og konsekvensen af hvert alternativ?</b>  |    |     |                            |    |     |                            |    |     |                            |    |     |                            |
| 8.1. Er de ekstra (inkrementelle) omkostninger ved et alternativ frem for et andet sammenlignet med de inkrementelle konsekvenser, gevinster eller utilities?                        | ■  |     |                            |    | ■   |                            |    | ■   |                            |    | ■   |                            |
| <b>9. Er der foretaget følsomhedsanalyse af omkostnings- og konsekvensestimaterne?</b>   |    |     |                            |    |     |                            |    |     |                            |    |     |                            |
| 9.1. Er der udført passende statistisk analyse på data vedr. omkostninger og konsekvenser på patientniveau?  | ■  |     |                            | ■  |     |                            |    |     | ■                          |    |     | ■                          |
| 9.2. Hvis der er foretaget følsomhedsanalyse, er typen af denne samt de valgte værdier og deres fordeling begrundet?   | ■  |     |                            |    | ■   |                            | ■  |     |                            |    | ■   |                            |
| 9.3. Er analysens konklusioner i overensstemmelse med resultaterne i følsomhedsanalysen?   | ■  |     |                            |    |     | ■                          | ■  |     |                            |    | ■   |                            |
| <b>10. Er alle relevante overvejelser præsenteret og diskuteret?</b>   |    |     |                            |    |     |                            |    |     |                            |    |     |                            |
| 10.1. Er analysens resultater baseret på et generelt indeks eller ratio for omkostninger og konsekvenser (fx cost-effectiveness ratio) og var disse fortolket på en fornuftig måde?  | ■  |     |                            |    | ■   |                            |    | ■   |                            |    | ■   |                            |
| 10.2. Er resultaterne sammenlignet med resultater fra andre analyser, der har analyseret det samme studiespørgsmål?  |    | ■   |                            |    | ■   |                            | ■  |     |                            |    | ■   |                            |
| 10.3. Er generaliserbarheden af resultaterne til andre settings eller patientgrupper diskuteret?   | ■  |     |                            |    | ■   |                            | ■  |     |                            |    | ■   |                            |
| 10.4. Tager analysen andre vigtige faktorer (fordeling af ressourcer eller andre relevante etiske forhold) i betragtning i relation til beslutningstagen?                            |    |     | ■                          | ■  |     |                            | ■  |     |                            |    | ■   |                            |
| 10.5. Diskuteres implementering af resultaterne, såsom gennemførligheden af intervention under et givent budget eller om evt. frigjorte ressourcer kunne bruges bedre et andet sted? |    | ■   |                            |    |     | ■                          | ■  |     |                            |    | ■   |                            |

## Bilag 5:

### ICD-10 diagnostiske kriterier for PTSD

#### **F43.1 Post-traumatic stress disorder**

Arises as a delayed or protracted response to a stressful event or situation (of either brief or long duration) of an exceptionally threatening or catastrophic nature, which is likely to cause pervasive distress in almost anyone. Predisposing factors, such as personality traits (e.g. compulsive, asthenic) or previous history of neurotic illness, may lower the threshold for the development of the syndrome or aggravate its course, but they are neither necessary nor sufficient to explain its occurrence. Typical features include episodes of repeated reliving of the trauma in intrusive memories ("flashbacks"), dreams or nightmares, occurring against the persisting background of a sense of "numbness" and emotional blunting, detachment from other people, unresponsiveness to surroundings, anhedonia, and avoidance of activities and situations reminiscent of the trauma. There is usually a state of autonomic hyperarousal with hypervigilance, an enhanced startle reaction, and insomnia. Anxiety and depression are commonly associated with the above symptoms and signs, and suicidal ideation is not infrequent. The onset follows the trauma with a latency period that may range from a few weeks to months. The course is fluctuating but recovery can be expected in the majority of cases. In a small proportion of cases the condition may follow a chronic course over many years, with eventual transition to an enduring personality change (F62.0).

#### **F62.0 Enduring personality change after catastrophic experience**

Enduring personality change, present for at least two years, following exposure to catastrophic stress. The stress must be so extreme that it is not necessary to consider personal vulnerability in order to explain its profound effect on the personality. The disorder is characterized by a hostile or distrustful attitude toward the world, social withdrawal, feelings of emptiness or hopelessness, a chronic feeling of "being on edge" as if constantly threatened, and estrangement. Post-traumatic stress disorder (F43.1) may precede this type of personality change. Personality change after:

- Concentration camp experiences
- Disasters
- Prolonged:
  - Captivity with an imminent possibility of being killed
  - Exposure to life-threatening situations such as being a victim of terrorism
  - Torture

*Kilde: <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>*

## ICD10:

### Posttraumatic Stress Disorder – dansk oversættelse

A: Personen har været udsat for en traumatisk begivenhed, hvor personen har oplevet, været vidne til eller stået overfor én eller flere begivenheder, som involverer aktuel eller truende død eller alvorlig skade, eller en trussel på éns egen eller andres fysiske integritet. Personens reaktion involverede intens angst, hjælpeløshed og rædsel.

B. Den traumatiske oplevelse genopleves på én eller flere af følgende måder:

- Tilbagevendende og påtrængende forstyrrende erindringer om begivenheden med billeder, tanker eller sansninger
- Tilbagevendende forstyrrende drømme om begivenheden, evt. som mareridt
- Handler eller føler pludseligt, som om den traumatiske begivenhed gentager sig ved genoplevelse, illusioner, hallucinationer, dissociative såkaldte flashbacks
- Intens psykisk ubehag ved udsættelse af indre eller ydre stimuli, der symboliserer eller ligner noget fra den traumatiske begivenhed
- Fysiologisk reaktivering ved udsættelse for indre eller ydre stimuli, der symboliserer eller ligner aspekter af den traumatiske begivenhed

C: Vedvarende forsøg på undgåelse af stimuli associeret med traumet og en følelessløvhed eller nedsat evne til at reagere med følelser, der ikke før var til stede. Symptomerne viser sig ved, at personen:

- Forsøger at undgå tanker og følelser forbundet med traumet
- Forsøger at undgå aktiviteter, steder og folk, der kan give erindringer om traumet
- Ikke er i stand til at genkalde sig vigtige aspekter af traumet
- Har mærkbart nedsat interesse for eller deltagelse i vigtige aktiviteter
- Lever med en følelse af at være blevet afsondret og eller fremmedgjort fra andre
- Har begrænset råderum for følelser, eksempelvis svært ved at håndtere kærlige følelser
- Har fornemmelse af en forkortet fremtid – forventer ikke at kunne få en karriere, ægteskab, børn, normal livstid

D: Vedvarende symptomer på øget stress og/eller hyperreaktivitet (hyperarousal), der ikke var til stede før traumet, indikeret ved mindst to af følgende symptomer:

- Besvær med at falde i søvn eller sover afbrudt
- Irritabilitet og udbrud af vrede
- Koncentrationsbesvær
- Øget vagtsomhed
- Farer sammen ved minimale stimuli (overreaktion på forskrækkelse = startle response)

E: forstyrrelsen skal have varet mere end én måned (symptomerne i B, C og D).

F: forstyrrelsen forårsager klinisk signifikant ubehag eller giver en betydelig forringelse af det sociale liv eller beskæftigelse.

## Bilag 6:

### DSM-IV-TR diagnostiske kriterier for PTSD

#### DSM-IV-TR criteria for PTSD

In 2000, the American Psychiatric Association revised the PTSD diagnostic criteria in the fourth edition of its Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). The diagnostic criteria (Criterion A-F) are specified below.

Diagnostic criteria for PTSD include a history of exposure to a traumatic event meeting two criteria and symptoms from each of three symptom clusters: intrusive recollections, avoidant/numbing symptoms, and hyper-arousal symptoms. A fifth criterion concerns duration of symptoms and a sixth assesses functioning.

#### Criterion A: stressor

The person has been exposed to a traumatic event in which both of the following have been present:

1. The person has experienced, witnessed, or been confronted with an event or events that involve actual or threatened death or serious injury, or a threat to the physical integrity of oneself or others.
1. The person's response involved intense fear, helplessness, or horror. Note: in children, it may be expressed instead by disorganized or agitated behavior.

#### Criterion B: intrusive recollection

The traumatic event is persistently re-experienced in at least one of the following ways:

1. Recurrent and intrusive distressing recollections of the event, including images, thoughts, or perceptions. Note: in young children, repetitive play may occur in which themes or aspects of the trauma are expressed.
2. Recurrent distressing dreams of the event. Note: in children, there may be frightening dreams without recognizable content
3. Acting or feeling as if the traumatic event were recurring (includes a sense of reliving the experience, illusions, hallucinations, and dissociative flashback episodes, including those that occur upon awakening or when intoxicated). Note: in children, trauma-specific reenactment may occur.
4. Intense psychological distress at exposure to internal or external cues that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event.
5. Physiologic reactivity upon exposure to internal or external cues that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event.

### **Criterion C: avoidant/numbing**

Persistent avoidance of stimuli associated with the trauma and numbing of general responsiveness (not present before the trauma), as indicated by at least three of the following:

1. Efforts to avoid thoughts, feelings, or conversations associated with the trauma
2. Efforts to avoid activities, places, or people that arouse recollections of the trauma
3. Inability to recall an important aspect of the trauma
4. Markedly diminished interest or participation in significant activities
5. Feeling of detachment or estrangement from others
6. Restricted range of affect (e.g., unable to have loving feelings)
7. Sense of foreshortened future (e.g., does not expect to have a career, marriage, children, or a normal life span)

### **Criterion D: hyper-arousal**

Persistent symptoms of increasing arousal (not present before the trauma), indicated by at least two of the following:

1. Difficulty falling or staying asleep
2. Irritability or outbursts of anger
3. Difficulty concentrating
4. Hyper-vigilance
5. Exaggerated startle response

### **Criterion E: duration**

Duration of the disturbance (symptoms in B, C, and D) is more than one month.

### **Criterion F: functional significance**

The disturbance causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.

### **Specify if:**

Acute: if duration of symptoms is less than three months  
Chronic: if duration of symptoms is three months or more

### **Specify if:**

With or Without delay onset: Onset of symptoms at least six months after the stressor

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR ( Fourth ed.). Washington D.C.: American Psychiatric Association.

## Bilag 7:

### Anbefalede DSM diagnostiske kriterier for kompleks PTSD/DESNOS

#### Komplex PTSD

Anbefalede DSM diagnosekriterier, Judith Herman, Trauma and Recovery, Basic Books, 1992 herman bog.

1. En baggrund med total kontrol over en længere periode (måneder til år), f.eks. gidsler, krigsfanger, KZ-lejroverlevende og tidligere medlemmer af visse religiøse kulturer og omfatter også mennesker, der har været udsat for total kontrol i deres seksualliv og ægteskab, incl. ofre for hustruvold, seksuelt og fysisk misbrug af børn, og organiseret seksuel udnyttelse.
2. Ændringer i affektregulering, inkl.:  
vedvarende dysfori  
vedvarende tanker omkring selvmord  
selvskadende adfærd  
eksplosiv eller ekstremt hæmmet vrede (kan veksle mellem begge)  
tvangspræget eller ekstremt hæmmet seksualitet (kan veksle mellem begge)
3. Ændringer i bevidstheden, inkl.:  
amnesi (hukommelsestab) eller hypermnesi (usædvanlig erindringsevne) for traumatiske begivenheder  
forbigående dissociative episoder  
depersonalisation / derealisation  
genoplevelse af traumer/oplevelser, enten i form af påtrængende PTSD-symptomer eller form af en grublende optagethed af disse begivenheder
4. Ændringer i selvopfattelsen, inkl.:  
en følelse af hjælpeløshed eller lammelse af initiativ  
skam, skyld og selvbebrejdelser  
en følelse af at være forurennet eller brændemærket  
en følelse af at være totalt anderledes end andre (kan inkludere en følelse af at være 'særlig', følelsen af at være helt alene, have opfattelser, ingen andre kan forstå, eller en ikke-menneskelig identitet)

*fortsættes næste side*

Karin Dyhr Daugaard ("Self-injury: You are NOT the only one",  
<http://www.palace.net/~llama/psych/cptsd.html>)

Karin Dyhr Daugaard ("Self-injury: You are NOT the only one",  
<http://www.palace.net/~llama/psych/cptsd.html>)

5. Ændringer i opfattelsen af krænkeren, inkl.:
  - stærk optagethed af forholdet til krænkeren (incl. optagethed af hævntanker)
  - urealistisk tillæggelse af total magt til krænkeren (advarsel: offerets vurdering af krænkerens magt kan være mere realistisk end behandlerens)
  - idealisering eller paradoks taknemmelighed
  - en følelse af et specielt eller overnaturligt forhold
  - accept eller rationalisering af krænkerens værdinormer
  
6. Ændringer i relationer til andre, inkl.:
  - isolation og tilbagetrækning
  - afbrydelse af nære relationer
  - gentagen søgen efter en redningsmand (kan veksle med isolation og tilbagetrækning)
  - vedvarende mistro
  - gentagne tilfælde af manglende selvbeskyttelse
  
7. Ændringer i livsopfattelse:
  - tab af støttende (Guds-)tro
  
8. En følelse af håbløshed og fortvivlelse

## Bilag 8:

### **(Sundheds)økonomisk evaluering**

I sundhedspolitiske prioriterings spørgsmål skal der typisk foretages valg om allokering af ressourcer til en eller flere behandlinger, interventioner, forebyggelsesprogrammer og lignende inden for et givent restriktivt budget. Derfor er det dels relevant at undersøge, om der samfundsøkonomisk set er større sundhedsmæssig gevinst ved en behandling eller intervention frem for en anden og dels, om ressourcer tilført et område kunne være bedre brugt på et andet område. Økonomiske evalueringer har betydning for den type spørgsmål i den forstand, at de giver systematisk analyse, måling og sammenligning af input og outcome og dermed et gennemskueligt grundlag for vurdering af, om samfundet får 'value for money' ved en given intervention eller ej. Økonomiske evalueringer illustrerer med andre ord linket mellem omkostninger og konsekvenser og kan udgøre et eksplicit grundlag for, at en intervention prioriteres frem for en anden inden for og på tværs af sygdomsområder under ressourceknappe forhold.

Økonomisk evaluering kan defineres som 'En komparativ analyse af alternative aktioner relateret til både omkostninger og konsekvenser' (15), hvor resultatet afslører, hvilken intervention der giver mest effekt for pengene. Overordnet set findes der fire former for økonomisk evaluering. Alle evalueringsformerne estimerer omkostningerne ved interventionen, men varierer i forhold til, hvordan konsekvenserne måles og værdisættes:

Figur 12:

### Måling af omkostninger og konsekvenser i økonomiske evalueringer

| Type økonomisk evaluering               | Måling eller værdisætning af omkostninger imellem alternative interventioner | Identifikation af konsekvenser   | Måling eller værdisætning af konsekvenser  |
|---|--|--|--|
| <b>Cost-minimization Analyse (CMA)</b>  | Monetær enhed (Kr., \$, £ etc.)  | Ingen  | Ingen  |
| <b>Cost-effectiveness Analyse (CEA)</b> | Monetær enhed (Kr., \$, £ etc.)  | Et enkelt relevant effektmål, fælles for alle alternative interventioner der evalueres, men opnået i forskellig grad | Naturlige enheder, fx blodtryksreduktion målt i mmHg, life-years gained, antal symptomfrie dage etc. |
| <b>Cost-Benefit Analyse (CBA)</b>       | Monetær enhed (Kr., \$, £ etc.)  | Enkelt eller multiple effektmål, der ikke nødvendigvis er fælles for de alternative interventioner                   | Monetær enhed (Kr., \$, £ etc.)  |
| <b>Cost-utility Analyse (CUA)</b>       | Monetær enhed (Kr., \$, £ etc.)  | Enkelt eller multiple effektmål, der ikke nødvendigvis er fælles for de alternative interventioner                   | Oftest QALY's (Kvalitetsjusterede leveår)  |

Kilde: Direkte oversat efter Drummond et al. (15).

*Cost-minimization Analyse* (CMA) er betegnelsen for en analyse af fx to behandlingsformer for PTSD, hvor begge typer behandling opnår det samme resultat fx samme grad af symptomreduktion og/eller funktionsforbedring målt ved en bestemt skala. Den ene type behandling kræver ambulans psykiatrisk behandling over tre sessioner, mens den anden behandling foregår i regi af praktiserende læge over flere sessioner. Der opnås altså samme resultat, men formodentlig ved forskellige omkostninger, og CMA'en identificerer her den mindst omkostningsfulde behandlingsform sammenfattet i eksempelvist omkostning pr. patient. Denne form for analyser betegnes ofte som en særlig form for Cost-Effectiveness Analyse, hvor konsekvenserne af interventionerne viser sig at være identiske. Meget få studier er designet som CMA'er og kan kun realiseres der, hvor man fra tidligere klinisk forskning ved, at effekten af to behandlinger er den samme.



Anvendes samme eksempel med behandling i hhv. primær- og ambulant regi i en *Cost-effectiveness Analyse* (CEA), er formålet med behandling stadig at opnå symptomreduktion og/eller funktionsforbedring. Blot har de to behandlingsalternativer forskellig succes med at opnå resultater, såvel som forskellige omkostninger derved. Her vil man ikke udelukkende prioritere den behandling, der har de laveste omkostninger, medmindre den samtidigt giver størst behandlingseffekt. Resultatet af en sammenligning mellem de to behandlingsalternativer fremstilles som omkostning pr. enhed effekt eller, hvor der skal prioriteres mellem flere programmer inden for et givent budget, opnået effekt pr. enhed omkostning (fx graden af symptomreduktion pr. 100.000 kr.). Forudsætningen for en CEA er, at målet for effekt er identisk på tværs af de interventioner, der sammenlignes.

Der findes tilfælde, hvor det ikke er muligt at fremstille et enkelt fælles effektmål, der er relevant for flere behandlingsalternativer, eller hvor konsekvenserne af behandlingsalternativerne er ens, men multiple. Inden for et givent budget er der eksempelvis kun råd til enten screening for brystkræft med det formål at reducere dødeligheden, eller til behandling for PTSD med det formål at reducere antal kontakter til sundhedsvæsenet. Konsekvenserne af behandlingsalternativerne er vidt forskellige, og en CEA ville være meningsløs, hvorfor de må sammenfattes og værdisættes i én fællesnævner som udtryk for effekt eller gevinst. I Cost-benefit Analysen er et sådant mål en monetær enhed, hvor der spørges ind til betalingsviljen for en given behandlingseffekt, hvilket betyder, at et effektmål som fx 'reduktion i PTSD symptomer', 'forbedring i psykosocial funktion' og/eller 'fysisk funktionsniveau' oversættes til kroner og ører. Hensigten er at prioritere den intervention, hvor gevinsten overstiger omkostningerne, målt i en økonomisk enhed og hvor benefit-cost forholdet er højest. Resultatet af sådanne Cost-benefit Analyser sammenfattes som en ratio mellem omkostninger i kroner og gevinster (benefits) i kroner eller som en enkelt, evt. negativ sum, der reflekterer nettogevinsten ved at prioritere én intervention frem for en anden.

Der kan være visse etiske og moralske problematikker tilknyttet den økonomiske værdisætning af fx subjektiv lidelse og nedsat livskvalitet. Derfor anvendes ofte en enhed for *utility*, dvs. enhed der udtrykker en persons eller samfundets præference for en given sundhedstilstand. Der er naturligvis forskel på et givent outcome eller konsekvens af en behandling (fx antal vundne leveår) og personens præference for det pågældende outcome, alt efter hvilken værdi individet tillægger symptomreduktion. Kvaliteten af vundne leveår kan være af stor betydning, særligt i relation til kroniske sygdomme. Utility-analyser tillader justering for præferencer i forhold til livskvalitet og tilvejebringer samtidigt et effektmål til sammenligning af omkostninger og konsekvenser på tværs af interventioner, oftest udtrykt i QALY's, Quality-Adjusted Life-Years<sup>76</sup>. Såkaldt *Cost-utility Analyser* udtrykker resultater i fx omkostning pr. QALY mellem to eller flere alternativer.

Ud over økonomiske evalueringer findes der evalueringsformer, der adskiller sig fra førstnævnte ved udelukkende at analysere enten effekt eller omkostninger af hhv. en eller flere alternativer.

Det randomiserede, kontrollerede forsøg undersøger således effekten af to eller flere behandlingsalternativer uden at se på omkostningerne, mens såkaldte *cost-of-illness* eller *burden-of-illness* studier udelukkende beskriver omkostningerne associeret med en given lidelse. Denne type studier kan ikke betragtes som en egentlig økonomisk evaluering, idet der ikke sammenlignes mellem alternativer. For uddybende gennemgang af metoder for estimering af omkostninger og konsekvenser henvises til Drummond et al. (15).

En meningsfuld sammenligning mellem alternativer fordrer en undersøgelse af, hvilke øgede (inkrementelle) omkostninger et alternativ bibringer over et andet alternativ sammenlignet med de øgede effekter, gevinster eller utilities ved alternativet. Den gennemsnitlige omkostning pr. enhed effekt kan sammenlignes mellem to eller flere alternativer som en ratio mellem input og output, mens den korrekte sammenligning vil være mellem de inkrementelle omkostninger over de inkrementelle gevinster. Dette er, fordi dette fortæller os, hvor meget mere effekt vi får for den ekstra krone, vi betaler dvs. den marginale gevinst eller, om den ekstra gevinst er den ekstra omkostning værd. Den *Inkrementelle Cost-Effectiveness Ratio (ICER)* kvantificerer således, hvor meget ekstra det koster at opnå den øgede gevinst ved et alternativ over et andet, men indikerer ikke, hvorvidt pengene er bedst brugt på det valgte alternativ eller ej (15;562)<sup>77</sup>.

Siden egentlige økonomiske evalueringer er forholdsvist ressourcekrævende at udføre, er det fra et brugerperspektiv imidlertid værd at overveje, om kompleksiteten af analysen matcher omfanget af spørgsmålet, der stilles. Selv om økonomiske evalueringer kan tydeliggøre og opkvalificere det politiske beslutningsgrundlag, fjerner de ikke vurdering, ansvar og risiko i prioritering og allokering af ressourcer (15). Der tages med andre ord ikke hensyn til etiske forhold eller sundhedspolitiske mål som lighed i sundhed i fordelingen af ressourcer.

---

<sup>76</sup> For yderligere gennemgang af QALY's og andre relevante mål for utility samt etiske problemstillinger ved anvendelsen deraf, se Drummond et al. (15) og Anand et al. (561).

<sup>77</sup> Grafiske eksempler med forklaringer findes i Drummond et al. (15) og Mitton et al. (562).



# 11. Referencer - numerisk

## Reference List

- (1) Ministeriet for Flygtninge IoI. Ny I Danmark. Indsats for traumatiserede flygtninge [http://www.nyidanmark.dk/da-dk/Integration/integrationsfremmende\\_initiativer/traumatiserede\\_flygtninge/indsats\\_for\\_traumatiserede\\_flygtninge.htm](http://www.nyidanmark.dk/da-dk/Integration/integrationsfremmende_initiativer/traumatiserede_flygtninge/indsats_for_traumatiserede_flygtninge.htm) 2008
- (2) Rehabiliterings- og Forskningscentret for Torturofre (RCT), Dansk Flygtningehjælps Center for Udsatte Flygtninge VFTP, Center for Traume- og Torturoverlevere (CETT). [traume.dk](http://traume.dk). [www.traume.dk](http://www.traume.dk) 2008
- (3) Gurr R, Quiroga J. Approaches to torture rehabilitation. A desk study covering effects, cost-effectiveness, participation, and sustainability. Copenhagen: International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT); 2001.
- (4) Deykin EY, Keane TM, Kaloupek D, Fincke G, Rothendler J, Siegfried M, et al. Posttraumatic stress disorder and the use of health services. *Psychosom Med* 2001 Sep;63(5):835-41.
- (5) Australian Centre for Posttraumatic Mental Health. Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. Melbourne, Victoria: ACPMH; 2007.
- (6) Sundhedsministeriet. Rapport fra arbejdsgruppen om rehabilitering af traumatiserede flygtninge. Sundhedsministeriet; 2001.
- (7) Herman JL. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress* 1992;5(3):377-91.
- (8) van der Veer G. Rådgivning og terapi med flygtninge. Psykologiske problemer hos ofre for krig, tortur og undertrykkelse. København: Hans Reitzels Forlag; 1995.
- (9) Børllum Kristensen F, Sigmund H. Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering. 2 ed. Kbh.: Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering; 2007.
- (10) Williams MB, Nurmi LA. Creating a comprehensive trauma center. choices and challenges. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2001.
- (11) Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* : Reviews 2007 Issue 3 John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK DOI : 10.1002/14651858.CD003388.pub3 2007.

- (12) National Collaborating Centre for Mental Health. Posttraumatic Stress Disorder. The Management of PTSD an adults and children in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline Number 26. Gaskell and the British Psychological Society; 2005.
- (13) Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram for angstlidelser hos voksne. Version: 1.0 ed. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; 2007.
- (14) Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Behandling av ångestsyndrom. en systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport, 171:1-2. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2005.
- (15) Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 3 ed. Oxford: Oxford University Press; 2005.
- (16) The UN Refugee Agency. The 1951 Geneva Refugee Convention. 2007. Geneva, UNHCR. Ref Type: Catalog
- (17) The UN Refugee Agency. Protecting Refugees & The Role of UNHCR 2007-2008. 2007. Geneva, UNHCR. Ref Type: Catalog
- (18) Jul Gunnersen S. Statistisk årbog 2007. 111. ed. København: Danmarks Statistik; 2007.
- (19) Juul Jørgensen S. Kronisk sygdom. patient, sundhedsvæsen og samfund. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; 2005.
- (20) Mygind A. Etniske minoriteters opfattelse af sygdomsrisici. Betydningen af etnicitet og migration. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; 2006.
- (21) Sundhedsstyrelsen. Etniske minoriteters sundhed og sygelighed – opgørelse af behandlingsrater (2002) blandt indvandrere. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
- (22) Hansen AR, Kjølner M. Arbejdsnotat: Sundhed blandt etniske minoriteter. Resultater fra Sundheds – og sygelighedsundersøgelsen 2005 (SUSY 2005). København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2007.
- (23) Folmann NB, Jørgensen T. Etniske minoriteter. sygdom og brug af sundhedsvæsenet. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; 2006.

- (24) Singhammer J, Storgaard SF, Mygind A, Blom A, Hempler NF, Breddam E, et al. Etniske minoriteters sundhed. Center for Folkesundhed, Region Midtjylland: Partnerskabet for undersøgelse af etniske minoriteters sundhed; 2008.
- (25) Jensen SB, Agger I. [Refugees' encounter with the Danish psychiatric system]. *Ugeskr læger* 1990 Mar 26;152(13):900-5.
- (26) Nordentoft M. Psykisk sygdom blandt flygtninge og indvandrere. *Ugeskr læger* 2000;162(46):6218-9.
- (27) Jensen SB, Schaumburg E, Leroy B, Larsen BO, Thorup M. Psychiatric care of refugees exposed to organized violence. A comparative study of refugees and immigrants in Frederiksborg County, Denmark. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1989 Aug;80(2):125-31.
- (28) Watters C. Emerging paradigms in the mental health care of refugees. *Social Science and Medicine* 2001 Jun;52(11):1709-18.
- (29) Crosby SS, Norredam M, Paasche-Orlow MK, Piwowarczyk L, Heeren T, Grodin MA. Prevalence of torture survivors among foreign-born patients presenting to an urban ambulatory care practice. *Journal of General Internal Medicine* 2006 Jul;21(7):764-8.
- (30) Weine SM, Kuc G, Dzudza E, Razzano L, Pavkovic I. PTSD among Bosnian refugees: a survey of providers' knowledge, attitudes and service patterns. *Community Mental Health Journal* 2001 Jun;37(3):261-71.
- (31) Helweg-Larsen K, Kastrup M, Baez A, Flachs EM. Etniske forskelle i kontaktmønsteret til det danske psykiatriske behandlingssystem. Et registerbaseret studie. København: Videnscenter for Transkulturel Psykiatri, Statens Institut for Folkesundhed; 2007.
- (32) Nørredam M, Nielsen AS. Adgang til sundhedsydelser for migranter. *Ugeskr læger* 2006;168(36):3008-10.
- (33) Krasnik A, Norredam M, Sorensen TM, Michaelsen JJ, Nielsen AS, Keiding N. Effect of ethnic background on Danish hospital utilisation patterns. *Social Science and Medicine* 2002 Oct;55(7):1207-11.
- (34) Evidence and Research Department of Mental Health and Substance Abuse. Economic aspects of the mental health system: key messages to health planners and policy-makers. Geneva: World Health Organization; 2006.
- (35) Kastrup M, Baez A. Global mental sundhed. *Ugeskr læger* 2006;168(36):3030-2.

- (36) Helweg-Larsen K, Kastrup M. Konsekvenser af kollektiv vold med særlig fokus på kønsperspektivet. *Ugeskr læger* 2006;168(36):3047-9.
- (37) Jørgensen U, Jensen B. OASIS 1987-2007. OASIS – Behandling og rådgivning til flygtninge. København: OASIS; 2007.
- (38) Sjölund BH, Trier S, Magnussen T, Haagensen JO, Montgomery E, Jansen GB, et al. RCT 06. Årsberetning 2006. København: Rehabiliterings- og Forskningscentret for Torturofre (RCT); 2006.
- (39) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Rapport fra arbejdsgruppen om hurtigere visiterende undersøgelser til det særlige behandlingstilbud for traumatiserede flygtninge. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2008.
- (40) Dansk Flygtningehjælps Center for Udsatte Flygtninge. Oversigt over specialiserede tværfaglige behandlingsinstitutioner for traumatiserede flygtninge – venteliste, ventetid og finansiering. 2008. København, Dansk Flygtningehjælp. Ref Type: Catalog
- (41) Carlsson JM. Mental health and health-related quality of life in tortured refugees. Ph.D. thesis. Copenhagen: Research Department, Rehabilitation and Research Centre for Torture Victims; 2005.
- (42) Basoglu M. Rehabilitation of traumatised refugees and survivors of torture. *BMJ* 2006 Dec 16;333(7581):1230-1.
- (43) Berliner P. Effekt? *Psykolog Nyt* 2006;23:16-22.
- (44) Roth A, Fonagy P. What works for whom?. a critical review of psychotherapy research. 2. ed. New York: Guilford Press; 2005.
- (45) World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
- (46) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR (fourth edition). Washington D.C.: American Psychiatric Association.; 2000.
- (47) Ebert A, Dyck MJ. The experience of mental death: the core feature of complex posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review* 2004 Oct;24(6):617-35.

- (48) Stein DJ, Ipser JC, Seedat S. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews 2007;(2) (CD002795).
- (49) World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. Geneva: World Health Organization; 2007.
- (50) Peters L, Slade T, Andrews G. A comparison of ICD10 and DSM-IV criteria for posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 1999 Apr;12(2):335-43.
- (51) Andersen HS. Reaktionen på psykisk belastning. *Ugeskr læger* 2001;163(14):1978-80.
- (52) Breslau N. Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry* 2002;47(10):923-9.
- (53) Craemer M, Burgess PM, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine* 2001;31(7):1237-47.
- (54) Breslau N. Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder. In: Yehuda R, editor. *Psychological trauma*. Washington: American Psychiatric Press; 1998.
- (55) Costello EJ, Erkanli A, Fairbank JA, Angold A. The prevalence of potentially traumatic events in childhood and adolescence. *Journal of Traumatic Stress* 2002;15(2):99-112.
- (56) Elklit A. Victimization and PTSD in a Danish national youth probability sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2002;41(2):174-81.
- (57) de Jong JT, Komproe IH, Van Ommeren M, El Masri M, Araya M, Khaled N. Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *Journal of the American Medical Association* 2001;286(5):555-62.
- (58) Kuterovac G, Dyregrov A, Sturland R. Children in war: A silent majority under stress. *British Journal of Medical Psychology* 1994;67(4):363-75.
- (59) Goldstein RD, Wampler NS, Wise PH. War experiences and distress symptoms in Bosnian children. *Pediatrics* 1995;100(5):873-8.
- (60) Breslau N, Kessler RC. The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: An empirical investigation. *Biological Psychiatry* 2001;50(9):699-704.



- (61) Norris FH, MAD, Baker CK, Perilla JL. Severity, timing, and duration of reactions to trauma in the population: An example from Mexico. *Biological Psychiatry* 2003;53(9):767-78.
- (62) Helzer JE, Robins LN, McEvoy L. Post-traumatic stress disorder in the general population: Findings of the epidemiologic catchment area survey. *New England Journal of Medicine* 1987;317(26):1630-4.
- (63) Davidson JRT, Hughes DC, Blazer DG, George LK. Posttraumatic stress disorder in the community: En epidemiological study. *Psychological Medicine* 1991;21(3):713-21.
- (64) Kluznik JC, Speed N, van Kalkenberg C, Magraw.R. 40 years follow up of united states prisoners of war. *American Journal of Psychiatry* 1986;143:1443-6.
- (65) Dohrenwend BP, Turner JB, Turse NA, Adams BG, Koenen KC, Marshall R. The psychological risk of Vietnam for U.S. Veterans: A revisit with new data and methods. *Science* 2006;313:979-82.
- (66) Allen JG. *Coping with trauma. hope through understanding.* 2. ed. ed. Washington, D.C.: American Psychiatric; 2005.
- (67) March JS. What constitutes a stressor? The 'Criterion A' issue. In: Davidson JRT, Foa EB, editors. *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond.* Washington: American Psychiatric Press; 1993.
- (68) Bonnano GA. Loss, trauma, and human resilience: Have we understated human capacity to thrive for extremely aversive events? *American Psychologist* 2004;59:20-8.
- (69) Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual foundation and empirical evidence. *Psychological Inquiry* 2004;15:1-18.
- (70) Linley PA, Joseph S. Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress* 2004;17:11-21.
- (71) Grinker RR, Spiegel JP. *Men under stress.* Philadelphia: Blakiston; 1945.
- (72) Herman JL. *Trauma and recovery.* New York: Basic Books; 1992.
- (73) Hoge C, Castro CA, Messer SC, McGurk D. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems and barriers to care. *The New England Journal of Medicine* 2004;351:13-22.

- (74) Hoge C, Auchterlonie J, Miliken C. Mental health problems, use of mental health services and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *The Journal of the American Medical Association* 2006;295:1023-32.
- (75) Steenberger A. Næsten halvdelen af asylansøgere har været udsat for tortur. Lægeundersøgelser dokumenterer asylansøgere torturberetninger. *Ugeskr læger* 2008;170(26-32):2374-5.
- (76) Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Post-traumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry* 1995;57:1048-60.
- (77) Galea G, Ahern J, Resnick HS, Kilpatrick DG, Bucuvalas MJ, Gold J. Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *New England Journal of Medicine* 2002;346(13):982-7.
- (78) Norris FH, Foster JD, Weisshaar DL. The epidemiology of sex differences in PTSD across developmental, societal, and research contexts. In: Kimerling R, Ouimette P, Wolfe J, editors. *Gender and PTSD*. New York: Guilford Press; 2002.
- (79) Norris FH, Murphy AD, Baker CK, Perilla JL. Postdisaster PTSD over four waves of a panel study of Mexico's 1999 flood. *Journal of Traumatic Stress* 2004;17:283-92.
- (80) Fonagy P. The mentalization-focused approach to social development. In: Allen JG, Fonagy P, editors. *Handbook of mentalization-based treatment*. Chichester, West Sussex, England: Wiley; 2006.
- (81) Schore AN. Advances in neuropsychoanalysis, attachment theory and trauma research: Implications for self psychology. *Psychoanalytic Inquiry* 2002;22:433-73.
- (82) Schore AN. *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York: Norton; 2003.
- (83) Schore AN. *Affect regulation and the repair of the self*. New York: Norton; 2003.
- (84) Schore AN. Psyken i støbeskeen: Tilknytning, den selvorganiserende hjerne og udviklingsorienteret psykoanalytisk psykoterapi. In: Sørensen JH, editor. *Affektregulering i udvikling og psykoterapi*. København: Hans Reitzels Forlag; 2006.
- (85) Schore AN. Landvindinger i neuropsykoanalyse, tilknytningsteori og traumeforskning: Implikationer for selvpsykologien. In: Sørensen JH, editor. *Affektregulering i udvikling og psykoterapi*. København: Hans Reitzels Forlag; 2006.
- (86) Teicher MH. Scars that won't heal: The neurobiology of child abuse. *Scientific American* 2002;(Marts):54-61.

- (87) Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP, Kim DM. The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and Biobehavioural Reviews* 2003;27:33-44.
- (88) Perry BD. Effects of traumatic events on children. *Child Trauma Academy* 2002;2(3).
- (89) Perry BD. Neurodevelopmental impact on childhood trauma. A Child Trauma Academy Presentation 2006.
- (90) Newport DJ, Stowe ZN, Nemeroff CB. Paternal depression: Animal models of an adverse life event. *American Journal of Psychiatry* 2002;159:1265-83.
- (91) Breslau N, Davis GC, Andreski P. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry* 1991;160(5):924-32.
- (92) Davidson JRT. Issues in the diagnosis of posttraumatic stress disorder. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* 1993;12:141-55.
- (93) Bremner JD, Southwick SM, Johnson DR. Childhood physical abuse and contact-related posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry* 1993;150:235-9.
- (94) Stuber J, Galea G, Fairbrother F. The mental health of New York City families. Forelæsning ved Columbia University's Child Psychiatry Grand Rounds. 2002. Ref Type: Unpublished Work
- (95) Beeghly M, Cicchetti D. Child maltreatment, attachment, and the self system: emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and Psychopathology* 1994;6:5-30.
- (96) Fonagy P, Stein H, Allen JG, Fultz J. The relationship of mentalization and the childhood and adolescent adversity to adult functioning. 2003.
- (97) Schechter DS, Zeanah CH, Myers MM, Brunelli SA, Liebowitz MR, Marshall RD. Psychobiological dysregulation in violence-exposed mothers: Salivary cortisol of mothers with very young children pre- and post-separation stress. *Bulletin of the Menninger Clinic* 2004;68:319-36.
- (98) Schwerdtfeger KL, Goff BSN. Intergenerational transmission of trauma: Exploring mother-infant prenatal attachment. *Journal of Traumatic Stress* 2007;20:39-51.

- (99) Allen JG, Fonagy P. Handbook of mentalization-based treatment. Chichester, West Sussex, England: Wiley; 2006.
- (100) Ruscio AM, Weathers FW, King LA, King DW. Male war-zone veterans' perceived relationships with their children: The importance of emotional numbing. *Journal of Traumatic Stress* 2002;15:351-7.
- (101) Feinberg ME, Button TMM, Niederhiser JM, Reiss D, Hetherington M. Parenting and adolescent antisocial behavior and depression. *Archives of General Psychiatry* 2007;64:457-63.
- (102) van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, Mandel FS, McFarlane AC, Herman JL. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry* 1996;153:83-93.
- (103) Lanius RA, Bluhm R, Lanius D. Posttraumatic stress disorder symptom provocation and neuroimetry. Heterogeneity of response. In: Vermetten E, Dorahy MJ, Spiegel D, editors. *Traumatic Dissociation, Neurobiology and Treatment*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2007.
- (104) Hopper JW, Frewen PA, van der Kolk BA, Lanius RA. Neural correlates of reexperiencing, avoidance, and dissociation in PTSD: symptom dimensions and emotion dysregulation in responses to script-driven trauma imagery. *Journal of Traumatic Stress* 2007 Oct;20(5):713-25.
- (105) Samper RE, Taft CT, King DW, King LA. Posttraumatic stress disorder symptoms and parenting satisfaction among a national sample of male Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress* 2004;17(311):315.
- (106) Vogt DS, King DW, King LA, Savarese VW. War-zone exposure and long-term general life adjustment among Vietnam veterans: Findings from two perspectives. *Journal of Applied Social Psychology* 2004;34:1797-824.
- (107) Lauterbach D, Kock EI, Porter K. The relationship between childhood support and later emergence of PTSD. *Journal of Traumatic Stress* 2007;20(857):868.
- (108) Lauterbach D, Bak C, Reiland s, Mason S, Lute MR, Earls L. Quality of parental relationships among persons with a lifetime history of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress* 2007;20:161-72.
- (109) Liotti G. Trauma, dissociation and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Therapy, Research, Practice, Training* 2004;41:472-86.

- (110) Schore AN. The emotional and neurobiological development of children and the impact on clinical practice. Forelæsning i København, 5-6. September 2005. 2005.  
Ref Type: Personal Communication
- (111) Byng-Hall J. Rewriting family scripts. London, New York: The Guilford Press; 1995.
- (112) Schibbye AL. Realtioner. Et dialektisk perspektiv. Terapeutisk arbejde med individ, par og familie. København: Akademisk Forlag; 2005.
- (113) Bremner JD. Neurological consequences of stress as a biological basis from a common spectrum of psychiatric disorders. In: Bremner JD, editor. Does stress damage the brain? New York: W.W.Norton & Company Inc.; 2002.
- (114) Schmahl C, Bremner JD. Neuroimaging in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research* 2006;40:419-27.
- (115) Schmahl C, Bohus M, Esposito F, Treede RD, DiSalle F, Greffrath W, et al. Neural correlates of antinociception in borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry* 2006;63:659-67.
- (116) Nemeroff CB, Bremner JD, Foa EB, Mayberg HS, North CS, Stein MB. Posttraumatic stress disorder: A state-of-the-science review. *Journal of Psychiatric Research* 2006;40:1-21.
- (117) Geuze E, Westenberg HGM, Jochims A, de Kloet CS, Bohus M, Vermetten E, et al. Altered pain processing in veterans with posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry* 2007;64:76-85.
- (118) Hart S. Betydningen af samhörighed. Om neuro-affektiv udviklingspsykologi. København: Hans Reitzels Forlag; 2006.
- (119) Harari D, Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MJ. Attachment, disorganization and dissociation. In: Vermetten E, Dorahy MJ, Spiegel D, editors. Traumatic dissociation, neurobiology and treatment. Washington: American psychiatric Publishing, Inc.; 2007.
- (120) Maaranen P, Tanskanen A, Haatainen K, Koivumaa-Honkanen H, Hintikka J, Viinamaki H. Somatoform dissociation and adverse childhood experiences in the general population. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2004;192:337-42.

- (121) Nijenhuis ERS, Van Dyck R, Ter Kulie MM, Mourits MJ, North CS, Stein MB. Evidence for associations among somatoform dissociation, psychological dissociation and reported trauma in patients with chronic pelvic pain. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 2003;24:87-98.
- (122) Schmahl C, Bohus M. Transnational research issues in dissociation. In: Vermetten E, Dorahy MJ, Spiegel D, editors. *Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2007.
- (123) Schore AN. Trauma and dissociation. In: Dell P, editor. *Dissociation and dissociative disorders*. W.W.Norton & Company; 2008.
- (124) Schore AN. Kommunikation mellem forældre og spædbørn og de neurobiologiske aspekter af den emotionelle udvikling. In: Sørensen JH, editor. *Affektregulering i udvikling og psykoterapi*. København: Hans Reitzels Forlag; 2006.
- (125) Fonagy P, Target M. Tidlig indsats og udviklingen af selvregulering. In: Sørensen JH, editor. *Affektregulering i udvikling og psykoterapi*. København: Hans Reitzels Forlag; 2006.
- (126) Hamilton CE. Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Development* 2000;71:690-4.
- (127) Waters E, Merrick SK, Treboux D, Crowell J, Albershein L. Attachment security from infancy to early adulthood: A 20 year longitudinal study. *Child Development* 2000;16:793-809.
- (128) Fries AB, Ziegler TE, Kurian JR, Jocoris S, Pollack SD. Early experience in humans associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior. *Proceedings of the Natural Academy of Sciences of the United States of America* 2005;102(47):17237-40.
- (129) Schore AN. The experience-dependant maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology* 1996;8:59-87.
- (130) Hofer MA. Hidden regulators in attachment, separation and loss. *Monograph of the Society for Research in Child Development* 1994;59:227-40.
- (131) Levine S. The ontogeny of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. The influence of maternal factors. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1994;746:275-93.

- (132) Stern JM. Offspring-induced nurturance: Animal-human parallels. *Developmental Psychobiology* 1997;31(19):37.
- (133) Suomi S. Early determinants of behavior: Evidence from primate studies. *British Medical Bulletin* 1997;53:170-84.
- (134) Coplan JD, Smith EL, Altemus M, Scharf BA, Owen M, Nemeroff CB. Variable foraging demand rearing: sustained elevations in cisternal cerebrospinal fluid corticotrophin-releasing factor concentration in adult primates. *Biological Psychiatry* 2001;50(200):204.
- (135) Weaver I, Cervoni N, Champagne F, D'Allesio A, Sharma S, Seckl J. Epigenetic programming by maternal behavior. *Neuroscience* 2004;7:847-54.
- (136) Fearon RM, Belsky J. Attachment and attention: Protecting in relation to gender and cumulative social-contextual adversity. *Child Development* 2004;75:1677-93.
- (137) Kochanska G, Murray K, Harlan E. Effortful control in early childhood. Continuity and change antecedents and implications for social development. *Developmental Psychology* 2000;36:220-32.
- (138) Ingram R, Bailey K, Siegle G. Emotional information processing and disrupted parental bonding: Cognitive specificity and avoidance. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2004;18:53-65.
- (139) Van Emmichoven I, van Ijzendoorn MJ, De Ruiter C, Brosschot J. Selective processing of threatening information: Effects of attachment representation and anxiety disorder on attention and memory. *Development and Psychopathology* 2003;15:219-37.
- (140) Edwards VJ, Holden GW, Felitti VJ, Anda RF. Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry* 2003;160:-1453.
- (141) Putnam F. Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2003;42(3):269-78.
- (142) Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno R, Saunders BE, Resnick HS, Best CL. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003;71:692-700.

- (143) Cheasty M, Clare AW, Collins C. Child sexual abuse: A predictor of persistent depression in adult rape and sexual assault victims. *Journal of Mental Health* 2002;11:79-84.
- (144) Schwartz DR, Proctor LJ. Community violence exposure and children's social adjustment in the school peer group: The mediating roles of emotion regulation and social cognition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000;68:670-83.
- (145) Cloitre M, Miranda R, Stovall-McClough KC, Han H. Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy* 2005;36:119-24.
- (146) Manly JT, Cicchetti D, Barnett D. The impact of subtype frequency, chronicity, and severity of child maltreatment on social competence and behavior problems. *Development and Psychopathology* 1994;6:121-43.
- (147) De Bellis M, Keshavan MS, Frustaci K, Shifflett H, Iyengar S, Beers SR. Superior temporal gyrus volumes in maltreated children and adolescents with PTSD. *Biological Psychiatry* 2002;51(7):544-52.
- (148) De Bellis M, Keshavan MS, Shifflett H, Iyengar S, Beers SR, Hall J. Brain structures in paediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder: A sociodemographically matched study. *Biological Psychiatry* 2002;52(7):1066-78.
- (149) De Bellis M, Chrousos G, Dorn L, Burke L, Helmers K, Kling MA. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in sexually abused girls. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 1994;78:249-55.
- (150) De Bellis M, Keshavan MS, Clark DB, Casey BJ, Giedd JN, Boring AM. Developmental traumatology: Part II. *Biological Psychiatry* 1999;45(107):1271-84.
- (151) Veltman M, Browne K. Three decades of child maltreatment research: Implications for the school years. *Trauma, Violence and Abuse* 2001;2:215-39.
- (152) Shonk SM, Cicchetti D. Maltreatment, competency deficits, and risk for academic and behavioral maladjustment. *Developmental Psychology* 2001;37:3-14.
- (153) Beers SR, De Bellis M. Outcomes of child abuse. *Neurosurgery Clinics of North America* 2002;13:235-41.
- (154) Johnson-Reid M, Drake B, Kim J, Porterfield S, Han L. A prospective analysis of the relationship between reported child maltreatment and special education eligibility among poor children. *Child Maltreatment* 2004;9(4):382-94.



- (155) Burns BJ, Phillips SD, Wagner HR, Barth RP, Kolko DJ, Campbell Y. Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: A national survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2004;43:960-70.
- (156) Fairbank JA, Klaric JS, O'Dekirk JM, Fairbank DW, Costello EJ. Environmental vulnerabilities and posttraumatic stress disorder (PTSD) among children and different personality styles. In: Strelau J, Klonowicz T, editors. *People under stress*. New York: Nova Science; 2006. p. 35-48.
- (157) Kagan J. Galen's prophecy. *Temperament in Human Nature*. New York: Basic Books; 1994.
- (158) Kagan J, Snidman N. *The long shadow of temperament*. Cambridge, MA.: Harvard University Press; 2004.
- (159) Sørensen JH. *Affektregulering i udvikling og psykoterapi*. København: Hans Reitzels Forlag; 2006.
- (160) Weiner H. *Perturbing the organism: The biology of stressful experience*. Chicago: University of Chicago Press; 1992.
- (161) Sørensen LJ. *Smertegrænsen. Traumer, tilknytning og psykisk sygdom*. 1 ed. Virum: Dansk Psykologisk Forlag; 2005.
- (162) True WC, Rice J, Eisen SA. A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms. *Archives of General Psychiatry* 1991;50:257-64.
- (163) Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism on the 5-HTT gene. *Science* 2003;301:386-9.
- (164) Kendler KS, Kuhn JW, Vittum J, Prescott CA, Riley B. The interaction of stressful life events and a serotonin transporter polymorphism in the prediction of episodes in major depression. *Archives of General Psychiatry* 2005;62:529-35.
- (165) Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, et al. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002;297:851-4.
- (166) Eley TC, Sugden K, Corsico A, Gregory AM, Sham P, McGuffin P, et al. Gene-environment interaction analysis of serotonin system markers with adolescent depression. *Molecular Psychiatry* 2004;9:908-15.

- (167) Kaufman J, Yang BZ, Douglas-Palumberi H, Houshyar S, Lipschitz D, Krystal JH, et al. Social support and serotonin transporter gene moderate depression in maltreated children. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 2004;101:17316-21.
- (168) Brewin C, Andrews B, Valentine J. Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000;68:748-66.
- (169) Layne CM, Steinberg A, Warren J, Cohn B, Neibauer N, Carter B. Risk, resistance, and resilience following disaster. In: Pynoos R, editor. *Risk, resistance, and resilience in trauma-exposed populations: Emerging concepts, methods, and intervention strategies*. New Orleans, LA.: Invited symposium at the Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies.; 2004.
- (170) Witmer TAP, Culver SM. Trauma and resilience among Bosnian refugee families: a critical review of the literature. *Journal of Social Work Research* 2001;2(173):187.
- (171) Ferren PM. Comparing perceived self-efficacy among adolescent Bosnian and Croatian refugees with and without posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress* 1999;12:405-20.
- (172) King LA, King DW, Fairbank JA, Keane TM, Adams GA. Resilience-recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: Hardiness, post-war social support, and additional stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology* 1998;74:420-34.
- (173) Laor N, Wolmer L, Kora M, Yucel D, Spirman S, Yazgan Y. Posttraumatic dissociative and grief symptoms in Turkish children exposed to the 1999 earthquakes. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2002;190:824-32.
- (174) Harris WW, Putnam FW, Fairbank JA. Mobilizing trauma resources for children. In: Lieberman AF, DeMartino R, editors. *Shaping the future of children's health*. Calverton, N.Y.: Johnson & Johnson Pediatric Institute; 2006. p. 311-39.
- (175) Lieberman AF, Van Horn P. Assessment and treatment of young children exposed to traumatic events. In: Osofsky JD, editor. *Young children and trauma: Intervention and treatment*. New York: Guilford Press; 2004.
- (176) Lynch M. Consequences of children's exposure to community violence. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2003;6:426-5274.

- (177) Kaysen D, Scher CD, Mastnak J, Resick PA. Cognitive mediation of childhood maltreatment and adult depression in recent crime victims. *Behavior Therapy* 2005;36:235-44.
- (178) Perkonig A, Pfister H, Stein MB, Hoffer M, Lieb R, Maercker A. Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *American Journal of Psychiatry* 2005;162:1320-7.
- (179) Schroeder JM, Polksny MA. Risk factors for adolescent alcohol use following a natural disaster. *Prehospital and Disaster Medicine* 2004;19(122):127.
- (180) Balaban VF, Steinberg A, Brymer MJ, Layne CM, Jones RT, Fairbank JA. Screening and assessment for children's psychosocial needs following war and terrorism. In: Friedman MJ, Mikus-Kos A, editors. *Promoting the psychosocial well being of children following war and terrorism*. Amsterdam: IOS Press; 2005.
- (181) Nader KO. Assessing traumatic experiences in children and adolescents: Self-reports of DSM PTSD criteria B-D symptoms. In: Wilson JP, Keane TM, editors. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: The Guilford Press; 2005.
- (182) Resick PA. The psychological impact of rape. *Journal of Interpersonal Violence* 1993;8(2):223-55.
- (183) Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry* 1998;55:626-31.
- (184) Spinazzola J, Ford JD, Zucker M, van der Kolk BA, Silva SG, Smith SF. Survey evaluates complex trauma exposure, outcome, and intervention among children and adolescents. *Psychiatric Annals* 2005;35:433-9.
- (185) Barenbaum J, Ruchkin V, Schwab-Stone M. The psychosocial aspects of children exposed to war: Practice and policy initiatives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2003;44:1-22.
- (186) Bichescu D, Schauer M, Saleptsi E, Neculau A, Elbert T, Neuner F. Long-term consequences of traumatic experiences: An assessment of former political detainees in Romania. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2005;1(1):17.
- (187) Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet* 2005;365:1309-14.

- (188) Kessler RC. Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychology* 2000;61(Suppl 5):4-12.
- (189) Keane TM, Marshall AD, Taft CT. Posttraumatic stress disorder: Etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annual Review of Clinical Psychology* 2006;2:161-97.
- (190) Elklit A. Prævalens af PTSD hos torturerede og traumatiserede flygtninge i behandling. 2008. 1-6-0008. Ref Type: Personal Communication
- (191) Lee DA, Scragg P, Turner S. The role of shame and guilt in traumatic events: a clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *Br J Med Psychol* 2001 Dec;74(Pt 4):451-66.
- (192) Curran PS, Bell P, Murray A, Loughrey G, Roddy R, Rocke LG. Psychological consequences of the Enniskillen bombing. *Br J Psychiatry* 1990 Apr;156:479-82.
- (193) Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR, Manchill RB. Current and life-time co-morbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology* 2001;110:585-99.
- (194) Orsillo SM, Weathers FW, Litz BT, Steinberg HR, Huska JA, Keane TM. Current and lifetime psychiatric disorders among veterans with war zone-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1996 May;184(5):307-13.
- (195) Bollinger AR, Riggs DS, Blake DD, Ruzek JI. Prevalence of personality disorders among combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress* 2000 Apr;13(2):255-70.
- (196) Dunn NJ, Yanasak E, Schillaci J, Simotas S, Rehm LP, Soucek J, et al. Personality disorders in veterans with posttraumatic stress disorder and depression. *Journal of Traumatic Stress* 2004 Feb;17(1):75-82.
- (197) Sørensen JH. Om neuroaffektiv udviklingspsykologi, psykoterapi, comorbiditet og effektforskning. *Matrix*. In press 2007.
- (198) Keane TM, Kaloupek DG. Posttraumatic stress disorder: Diagnosis, assessment and monitoring outcomes. In: Yehuda R, editor. *Treating trauma survivors with PTSD*. Washington: American Psychiatric Press; 2002.
- (199) Zayfert C, Becker CB, Unger DL, Shearer DK. Comorbid anxiety disorders in civilians seeking treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress* 2002;15:31-8.

- (200) Back SE, Sonne SC, Killeen T, Dansky BS, Brady KT. Comparative profiles of women with PTSD and comorbid cocaine or alcohol dependence. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 2003;29(1):169-89.
- (201) Brady KT, Clary CM. Affective and anxiety co-morbidity in post-traumatic stress disorder treatment trials of sertraline. *Comprehensive Psychiatry* 2003;44:360-9.
- (202) Cloitre M, Koenen KC. The impact of borderline personality disorder on process group outcome among women with posttraumatic stress disorder related to childhood abuse. *International Journal of Group Psychotherapy* 2001 Jul;51(3):379-98.
- (203) Zlotnick C, Warshaw M, Shea MT, Allsworth J, Pearlstein T, Keller MB. Chronicity in posttraumatic stress disorder (PTSD) and predictors of course of comorbid PTSD in patients with anxiety disorders. *Journal of Traumatic Stress* 1999 Jan;12(1):89-100.
- (204) Miller MW, Greif JL, Smith AA. Multidimensional Personality Questionnaire profiles of veterans with traumatic combat exposure: externalizing and internalizing subtypes. *Psychological Assessment* 2003 Jun;15(2):205-15.
- (205) Miller MW, Kaloupek DG, Dillon AL, Keane TM. Externalizing and internalizing subtypes of combat-related PTSD: a replication and extension using the PSY-5 scales. *Journal of Abnormal Psychology* 2004 Nov;113(4):636-45.
- (206) Cox BJ, Clara IP, Enns MW. Posttraumatic stress disorder and the structure of common mental disorders. *Depression and Anxiety* 2002;15(4):168-71.
- (207) Kendler KS, Prescott CA, Myers J, Neale MC. The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Archives of General Psychiatry* 2003 Sep;60(9):929-37.
- (208) Krueger RF, Caspi A, Moffitt TE, Silva PA. The structure and stability of common mental disorders (DSM-III-R): a longitudinal-epidemiological study. *Journal of Abnormal Psychology* 1998 May;107(2):216-27.
- (209) Krueger RF, McGue M, Iacono WG. The higher-order structure of common DSM mental disorders: Internalization, externalization, and their connections to personality. *Personality and Individual Differences* 2001;30:1245-59.
- (210) Krueger RF, Hicks BM, Patrick CJ, Carlson SR, Iacono WG, McGue M. Etiologic connections among substance dependence, antisocial behavior, and personality: Modeling the externalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology* 2002;111:411-24.

- (211) Barlow DH. Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. 2 ed. New York: Guilford Press; 2002.
- (212) Blatt SJ. Polarities of experience. Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process. Washington D.C.: American Psychological Association; 2008.
- (213) Fonagy P. Foreword. In: Blatt SJ, editor. Polarities of experience. Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process. Washington D.C.: American Psychological Association; 2008.
- (214) Millon T. Foromtale til 'Foreword' af Peter Fonagy. In: Blatt SJ, editor. Polarities of experience. Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process. Washington D.C.: American Psychological Association.; 2008.
- (215) Blatt SJ. Experience of depression: Theoretical, clinical and research perspectives. Washington D.C.: American Psychological Association; 2004.
- (216) Gargurevich R. Post-traumatic stress disorder and disaster in Peru. Belgium: University of Leuven.; 2006.
- (217) Southwick SM, Yehuda R, Giller EL. Psychological dimensions of depression in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 1995;152:789-91.
- (218) Krueger RF, Watson D, Barlow DH. Toward a dimensionally based taxonomy of psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology* 2005;114:491-3.
- (219) Westen D, Norothy CM, Thomson-Brenner H. The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin* 2004;130:631-63.
- (220) Luyten P, Blatt SJ. Looking back towards the future: Is it time to change the DSM approach to psychiatric disorders? The case of depression. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes* 2007;70:85-99.
- (221) Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. *Mentalizing in clinical practice*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2008.

- (222) Dahlbender RW, Rudolf G, The OPD Task Force. Psychic structure and mental functioning: Current research of the reliable measurement and clinical validity of operationalized psychodynamic diagnosis (OPD) system.  
In: PDM Task Force, editor. Psychodynamic Diagnosis Manual. Silver Spring M.D.: Alliance of Psychoanalytic Organizations; 2006.
- (223) Greenspan SI, Shanker SG. A developmental framework for depth psychology and a definition of healthy emotional functioning. In: PDM Task Force, editor. Psychodynamic Diagnostic Manual. Silver Spring, M.D.: Alliance of Psychoanalytic Organisations.; 2006.
- (224) Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K. The Haunted Self, Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization.  
New York, London: W.W. Norton & Company; 2006.
- (225) Miller MW, Resick PA. Internalizing and externalizing subtypes in female sexual assault survivors: Implications for the understanding of complex PTSD.  
Behavior Therapy 2007 Mar;38(1):58-71.
- (226) Allen JG. Traumatic relationships and serious mental disorders. New York: Wiley; 2004.
- (227) Lanius RA, Williamson PC, Boksman K, Densmore M, Gupta M, Neufeld RW, et al. Brain activation during script-driven imagery induced dissociative responses in PTSD: a functional magnetic resonance imaging investigation.  
Biol Psychiatry 2002 Aug 15;52(4):305-11.
- (228) Vermetten E, Dorahy MJ, Spiegel D. Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2007.
- (229) Millon T, Grossman S. Overcoming resistant personality disorders.  
New York: John Wiley & Sons, Inc.; 2007.
- (230) Millon T, Grossman S. Moderating severe personality disorders.  
New York: John Wiley & Sons, Inc.; 2007.
- (231) Plutchick R. Emotions in the practise of psychotherapy. Clinical applications of affect therapies. Washington, DC: American Psychological Association; 2000.
- (232) PDM Task Force. Psychodynamic diagnostic manual. Silver Springs, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations; 2006.
- (233) Foa EB. Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder.  
Journal of Clinical Psychology 2000;61(Suppl 5):43-51.

- (234) Foa EB, Cahill SP. Psychological treatments for PTSD: An overview. In: Neria Y, Gross R, Marshall R, Susser Er, editors. 9/11: Public health in the wake of terrorist attacks. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2006.
- (235) Ogden P, Minton K, Pain C. Trauma and the Body. New York, London: W.W. Norton & Company; 2006.
- (236) Dell P. Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond. V.W. Norton; 2008.
- (237) Andrews G, Charney D, Sirovatha P, Regier Dr. Stress-induced fear circuitry disorders: Refining the research agenda for DSM-V. Washington DC: American Psychiatric Association; 2008.
- (238) Friedman MJ, Karam EG. Looking forward to DSM-V and ICD-11. In: Andrews G, Charney D, Sirovatha.P., Regier D, editors. Stress-induced Fear Curcuitry Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-V.Washington D.C.: American Psychiatric Association; 2008.
- (239) Scaer RC. The Body Bears the Burden. Trauma, Dissociation and Disease. New York: The Haworth Medical Press; 2007.
- (240) Charney D. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: Implications for successful adaptation to extreme stress. American Journal of Psychiatry 2004;161:195-216.
- (241) Vermetten E, Bremner JD. Circuits and systems in stress. II. Applications to neurobiology and treatment in posttraumatic stress disorder. *Depress Anxiety* 2002;16(1):14-38.
- (242) Woodward SH, Kaloupek DG, Streeter CC, Martinez C, Schaer M, Eliez S. Decreased anterior cingulate volume in combat-related PTSD. *Biological Psychiatry* 2006 Apr 1;59(7):582-7.
- (243) Keane TM, Fairbank JA, Cadell JM, Zimmering RT, Bender ME. A behavioral approach to assessing and treating post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. In: Figley CR, editor. Trauma and its wake. New York: Brunner/Mazel; 1985.
- (244) Wilson JP, Keane TM. Assessing psychological trauma and PTSD. New York: Guilford Press; 1997.
- (245) Wilson JP. Assessing psychological trauma and PTSD. 2 ed. New York: Guilford Press; 2004.



- (246) Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. *Mentalizing in clinical perspective*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2008.
- (247) Allen JG. *Traumatic relationships and serious mental disorders*. New York: Wiley; 2001.
- (248) Varvin S. *Flukt og eksil. Traume, identitet og mestring*. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
- (249) Schnurr PP, Green BL. *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress*. Washington D.C.: American Psychological Association; 2004.
- (250) Schnurr PP, Green BL, Kaltman S. Trauma exposure and physical health. In: Friedman MJ, Keane TM, Resnick P, editors. *Handbook of PTSD. Science and practice*. New York: Guilford Press; 2007.
- (251) Schnurr PP, Green BL. Understanding relationships among trauma, posttraumatic stress disorder, and health outcomes. In: Schnurr PP, Green BL, editors. *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress*. Washington D.C.: American Psychological Association; 2004.
- (252) Martin L, Rosen LN, Durand DB, Knudson KH, Stretch RH. Psychological and physical health effects of sexual assaults and nonsexual traumas among male and female United States Army soldiers. *Behavioural Medicine* 2000;26:23-33.
- (253) Flett RA, Kazantzis N, Long NR, MacDonald C, Millar M. Traumatic events and physical health in a New Zealand community sample. *Journal of Traumatic Stress* 2002;15:303-12.
- (254) Golding JM. Sexual assault history and women's reproductive and sexual health. *Psychology of Women Quarterly* 1996;20:101-21.
- (255) Felitti VJ, Anda RF, Norenberg D, Williamson DF, Spitz AM. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine* 1998;14:245-58.
- (256) Higgins AB, Follette VM. Frequency and impact of interpersonal trauma in older women. *Journal of Clinical Gerontopsychology* 2002;8:215-26.
- (257) Sibai AM, Armenian HK, Alam S. Wartime determinants of arteriographically confirmed coronary artery disease in Beirut. *American Journal of Epidemiology* 1989;130:623-31.

- (258) Walker EA, Gelfand AN, Katon WJ, Koss MP, von Korff M, Bernstein DE. Adult health status of women with histories of childhood abuse and neglect. *American Journal of Medicine* 1999;107:332-9.
- (259) Barrett DH, Doebbling CC, Schwartz DA, Voelker MD, Falter KH, Woolson RF. Posttraumatic stress disorder and self-reported physical health status among U.S. military personnel serving during the Gulf war period: Population-based study. *Psychosomatics* 2002;43:195-205.
- (260) Neria Y, Koenen KC. Do combat stress reaction and posttraumatic stress disorder relate to physical health and adverse health practices? *Anxiety, Stress, and Coping* 2003;16:227-39.
- (261) Beckham JC, Vrana SR, Barefoot JC, Feldman ME, Fairbank JA. Magnitude and duration of cardiovascular responses to anger in Vietnam veterans with and without posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002;70(228):234.
- (262) Kang HK, Bullmann TA, Taylor JT. Risk of selected cardiovascular diseases and posttraumatic stress disorder among former World War II prisoners of war. *Annals of Epidemiology* 2006;16:381-6.
- (263) Boscarino J. Posttraumatic stress disorder among U.S. Army veterans 30 years after military service-. *Annals of Epidemiology* 2006;16:248-56.
- (264) Thayer J, Lane R. The role of vagal function in the risk for cardiovascular disease and mortality. *Biological Psychology* 2007;74:224-42.
- (265) Coan JA, Allen JJB. *Handbook of emotion elicitation and assessment*. New York: Oxford University Press; 2008.
- (266) Jakobsen L, Smidt-Nielsen K. *Torture survivor. Trauma and rehabilitation*. 1 ed. Copenhagen: IRCT; 1997.
- (267) Johansen ML, Mouritsen T, Montgomery E. *Mod en fælles indsats. Netværksarbejde til forebyggelse af ungdomskriminalitet i traumatiserede flygtningefamilier*. 2 ed. Kbh.: Rehabiliterings- og Forskningscentret for Torturofre; 2006.
- (268) National Institute for Clinical Excellence. *Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. Gaskell and the British Psychological Society; 2005.

- (269) Fecteau G, Nicki R. Cognitive behavioural treatment of posttraumatic stress disorder after a motor vehicle accident. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 1999;27:201-14.
- (270) Blanchard EB, Hickling EJ, Devinei T, Veazey CH, Galovski TE, Mundy E. A controlled evaluation of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors. *Behaviour Research and Therapy* 2003;41:79-86.
- (271) DeVilly GJ, Spence SH. The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorder* 1999;13(1-2):131-57.
- (272) Paunovic N, Öst LG. Cognitive-behavior therapy versus exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behaviour Research and Therapy* 2001;39:1183-97.
- (273) Ehlers A, Clark DM, Hackman A, McManus F, Fennell M, Herbert CP. A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry* 2003;60:1024-32.
- (274) Ironson G, Freund B, Strauss JL, Williams J. Comparison of two treatments for traumatic stress: a community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology* 2002;58(1):113-28.
- (275) Power K, McGoldrick T, Brown K, Buchanan R, Sharp D, Swanson V. A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus wait list in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2002;9:299-318.
- (276) Rothbaum BO, Astin MC, Marsteller F. Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress* 2005;18(6):607-16.
- (277) Schnurr PP, Friedman MJ, Foy DW, Shea MT, Hsieh FY, Lavori PW. Randomized trial of trauma-focused group therapy for posttraumatic stress disorder: results from a Department of Veterans Affairs cooperative study. *Archives of General Psychiatry* 2003;60(5):481-9.
- (278) Monson CM, Schnurr PP, Resick PA, Friedman MJ, Young-Xu Y, Stevens SP. Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006;74:898-907.

- (279) Resick PA, Nishith P, Weaver TL, Astin MC, Feuer CA. A comparison of cognitive processing therapy, prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002;70:867-79.
- (280) Foa EB, Hembree EA, Cahill SE, Rauch SAM, Riggs DS, Feeny NC. Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005;73(5):953-64.
- (281) Tarrrier N, Sommerfield C. Treatment of chronic PTSD by cognitive therapy and exposure: 5-year follow-up. *Behavior Therapy* 2004;35:231-46.
- (282) Bryant RA, Moulds ML, Guthrie RM, Dang ST, Nixon RDV. Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003;71(4):706-12.
- (283) Neuner F, Schauer M, Klaschik C, Karunakara U, Elbert T. A comparison of narrative exposure therapy, supportive counselling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004;72(4):579-87.
- (284) Bichescu D, Neuner F, Schauer M, Elbert T. Narrative exposure therapy of political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression. *Behavior Research and Therapy* 2007;45(9):2212-20.
- (285) Cloitre M, Koenen KC, Cohen LR, Han H. Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002;70(5):1067-74.
- (286) Holmqvist R, Andersen K, Anjum T, Alinder B. Change in self-image and PTSD symptoms in short-term therapies with traumatized refugees. *Psychoanalytic Psychotherapy* 2006;20(4):251-65.
- (287) Lewis L, Kelly KA, Allen JG. Restoring hope and trust: An illustrated guide to mastering trauma. Baltimore MD: Sidran Press; 2006.
- (288) van der Kolk BA. Complex trauma in children and adolescents. Præsentation ved konferencen 'The Traumatized Child', København. 7 A.D. Sep 8; 2007.
- (289) Levine P. The body as healer: Transforming trauma and anxiety. Lyons, CO: Author; 1992.

- (290) Levine P. Væk tigeren. Helbredelse af traumer. København: Borgens Forlag; 2003.
- (291) Porges SW. The polyvagal theory: Phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology* 2001;42:123-46.
- (292) Porges SW. Social engagement and attachment: A phylogenetic perspective. *Roots of mental illness in children. Annals of the New York Academy of Sciences* 2003;1008:31-47.
- (293) Porges SW. The polyvagal perspective. *Biological Psychology* 2007;74:116-43.
- (294) Badstue M. Musik brugt terapeutisk i flygtningefamilier giver glidere flygtninge med fremtidshåb. *Dansk Flygtningehjælps Nyhedsbrev* 2006;(Feb.2006).
- (295) Lund AS. Hvad virker? En diskussion af metode og evidens i rehabiliterings og behandlingsarbejdet med traumatiserede flygtninge. *Dansk Flygtningehjælp, Center for Udsatte Flygtninge*; 2008.
- (296) Foa EB, Keane TM, Friedman MJ. *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies.* New York: Guilford Press; 2000.
- (297) Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International University Press; 1976.
- (298) Beck JS. *Kognitiv terapi – teori, udøvelse og refleksion.* København: Akademisk Forlag; 2006.
- (299) Kubany ES, Hill EE, Owens JA, Iannce-Spencer C, McCraig MA, Tremayne.K.J. Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004;72(1):3-18.
- (300) Kubany ES, Hill EE, Owens JA. Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: Preliminary findings. *Journal of Traumatic Stress* 2003;16(1):81-91.
- (301) Sjölund BH, Harlacher U, Jansen GB, Kastrup M, Madsen AG, Montgomery E, et al. *RCT Field Manual on Rehabilitation, Version 1:1.* Copenhagen: Rehabilitation and Research Centre for Torture Victims; 2007.
- (302) American Psychiatric Association. *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder.* American Psychiatric Association; 2004.

- (303) Lee C, Gavriel H, Drummond P, Richards J, Greenwald R. Treatment of PTSD: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology* 2002;58(9):1071-89.
- (304) Taylor S, Thordarson DS, Maxfield L, Fedoroff IC, Lovell K, Ogradniczuk J. Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003;71(2):330-8.
- (305) Chard KM. An evaluation of cognitive reprocessing therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005;73(5):965-71.
- (306) Gabbard GO, Horowitz L, Allen JG, Frieswyk S, Newson G, Colson DB, et al. Transference interpretation in the psychotherapy of borderline patients: A high-risk, high-gain phenomena. *Harvard Review of Psychiatry* 1994;2:59-69.
- (307) Diamond D, Yeomans FE. Attachment security and mentalization. In: Diamond D, Blatt SJ, Lichtenberg JD, editors. *Attachment and sexuality*. New York: The Analytic Press; 2007.
- (308) Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multi-dimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry* 2005;162(2):214-27.
- (309) Carlsson JM, Olsen DR, Mortensen EL, Kastrup M. Mental health and health-related quality of life: A 10-year follow-up of tortured refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2006;194(10):725-31.
- (310) Boehnlein JK, Kinzie JD, Sekiya U, Riley C, Pou K, Rosborough B. A ten-year treatment outcome study of traumatized Cambodian refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2004;192:658-63.
- (311) Drozdek B. Follow-up study of concentration camp survivors from Bosnia-Herzegovina: Three years later. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1997;185:690-4.
- (312) Weine SM, Kulenovic AD, Pavkovic I, Gibbons R. Testimony psychotherapy in Bosnian refugees: A pilot study. *American Journal of Psychiatry* 1998;155:1720-6.
- (313) Otto MW, Hinton D, Korbly NB, Chea A, Ba P, Gershuny BS. Treatment of pharmacotherapy-refractory posttraumatic stress disorder among Cambodian refugees. A pilot study of combination treatment with cognitive-behavior therapy vs. sertraline alone. *Behaviour Research and Therapy* 2003;41:1271-6.

- (314) Birck A. Symptomatik bei kriegs- und folterüberlebenden Flüchtlingen, mit und ohne Psychotherapie. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie* 2004;33(2):101-9.
- (315) Carlsson JM, Mortensen EL, Kastrup M. A follow-up study of mental health and health-related quality of life in tortured refugees in multidisciplinary treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2005;193(10):651-7.
- (316) van der Kolk BA. Complex trauma in children and adolescents. 7 A.D. Sep 8; 2007.
- (317) Kæreby F, Sørensen JH. Dansk deltagelse ved den første internationale konference om SE-terapi. *Psykoterapeuten* 2008;1:43-8.
- (318) Taylor s, Fedoroff IC, Pilgrim H. Posttraumatic stress disorder arising after road traffic collisions: Patterns of response to cognitive-behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2001;69(3):541-51.
- (319) van Minnen A, Hagenaars M. Fear activation and habituation patterns as early process predictors of response to prolonged exposure treatment in PTSD. *Journal of Traumatic Stress* 2002;15(5):359-67.
- (320) Cloitre M, Stovall-McClough KC, Miranda R, Chemtob CM. Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2004;72(3):411-6.
- (321) Vygotsky LS. *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1978.
- (322) Eames V, Roth A. Patient attachment orientation and the early working alliance: A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research* 2000;10:421-34.
- (323) Fonagy P, Leigh T, Steele M, Kennedy R, Matton G. The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996;64:22-31.
- (324) Mallinkrodt B, Gantz DL, Coble HM. Attachment patterns in the psychotherapy relationship: Development of the Patient Attachment to Therapist Scale. *Journal of Consulting Psychology* 1995;42:307-17.
- (325) Meyer B, Pilkonis P, Proietti JM, Heape CL, Egan M. Attachment styles, personality disorders, and response to treatment. *Journal of Personality Disorders* 2001;15:371-89.

- (326) Shapiro D, Hardy GE, Aldridge J, Davis JC, Rowe C, Reilly S. Therapist responsiveness to patient attachment styles and issues observed in client-identified significant events in psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Psychotherapy Research* 1999;9(1):36-53.
- (327) Meyer B, Pilkonis P. Attachment styles. In: Norcross J, editor. *Psychotherapy relationships that works*. New York: Oxford University Press; 2002.
- (328) Rubino G, Barker C, Roth T, Fearon P. Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures: The role of therapist and patient attachment styles. *Psychotherapy Research* 2000;10:408-20.
- (329) Dozier M, Cue KL, Barnett L. Clinicians as caregivers: Role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1994;62:793-800.
- (330) Tyrell CL, Dozier M, Teague GB, Fallot RD. Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: The importance of attachment states of mind. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999;67:725-33.
- (331) Blatt SJ, Shahar G. Psychoanalysis: For what, with whom, and how: A comparison with psychotherapy. *Journal of American Psychological Association* 2004;52(393):447.
- (332) Stiles WB, Honos-Wegg L, Surko M. Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1998;5:439-58.
- (333) Norcross J, Lambert MJ. The therapy relationship. In: Norcross J, Butler LE, Levant RF, editors. *Evidence-based practice in mental health*. Washington D.C.: American Psychological Association; 2005.
- (334) Bateman AW, Fonagy P. *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization based treatment*. New York: Oxford University Press; 2004.
- (335) Rothchild B. *Kroppen husker. Om krop og psyke i traumebehandling*. Århus: Klim; 2004.
- (336) Rothchild B. *Help for the helper: The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma*. New York: W.W. Norton & Company; 2006.
- (337) Williams L, Fonagy P, Target M, Fearon P, Sargent J, Bleiberg E, et al. Uddannelse i mentaliseringsbaseret terapi for psykiatriske reservelæger. In: Sørensen JH, editor. *Mentaliseringsbaseret psykoterapi i teori og praksis*. København: Hans Reitzels Forlag; 2009.



- (338) Fearon P, Target M, Sargent J, Williams LL, McGregor J, Bleiberg E, et al. Kortvarig mentaliserings- og relationsterapi: Integreret familierapi for børn og unge. In: Sørensen JH, editor. Menataliseringsbaseret psykoterapi i teori og praksis. København: Hans Reitzels Forlag; 2009.
- (339) Jacobsen CH. Supervisionens materiale og proces. In: Jacobsen CH, Mortensen KV, editors. Supervision og psykoterapi. Teori og praksis. København: Akademisk Forlag; 2007.
- (340) Grünbaum L. Supervision ved tværkulturelle problemstillinger. In: Jacobsen CH, editor. Supervision og psykoterapi. Teori og praksis. København: Akademisk Forlag; 2007.
- (341) Ford JD, Fisher P, Larson L. Object relations as a predictor of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1997;65(4):547-59.
- (342) Ogrodniczuk J, Piper WE, McCallum M, Joyce AS, Rosie SJ. Interpersonal predictors of group therapy outcome for complicated grief. *International Journal of Group Psychotherapy* 2002;52:511-35.
- (343) Piper WE, McCallum M, Joyce AS, Rosie SJ, Ogrodniczuk J. Patient personality and time-limited group psychotherapy for complicated grief. *International Journal of Group Psychotherapy* 2001;51:525-52.
- (344) Piper WE, Ogrodniczuk J, McCallum M, Joyce AS, Rosie SJ. Expression of affect as mediator of the relationship between quality of object relations and group therapy outcomes for patients with complicated grief. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003;71(4):664-71.
- (345) Rothschild B. Kroppen husker. Om krop og psyke i traumebehandling. Århus: Klim; 2004.
- (346) Fonagy P. Evidence-based psychodynamic psychotherapies. In: PDM Task Force, editor. *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations; 2006.
- (347) Levy KN, Meehan KB, Kelly KM, Reynoso J, Weber M, Clarkin JF, et al. Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006;74:1027-40.
- (348) Levy KN. Psychotherapies and lasting change. *American Journal of Psychiatry* 2008;165(5):556-9.

- (349) Tronick EZ. Why is connection with others so critical? The formation of dyadic states of consciousness: Coherence governed selection and co-creation of messy meaning making. In: Nadel J, Muir D, editors. Emotional development: Recent research advances. Oxford: Oxford University Press; 2005. p. 293-315.
- (350) Wilson JP, Drozdek B. Broken spirits. The treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims. New York: Brunner-Routledge; 2004.
- (351) Foa EB. Psychological processes related to recovery from trauma and effective treatment for PTSD. In: Yehuda R, McFarlane AC, editors. Psychobiology of posttraumatic stress disorder. New York: New York Academy of Sciences; 1997.
- (352) Linehan M. Cognitive-Behavioral treatment for Borderline Personality Disorder. New York: The Guilford Press; 1993.
- (353) Lieberman MD. Putting feelings into words: Affect labeling disrupts amygdala activity to affective stimuli. *Psychological Science* 2007;18:421-8.
- (354) Linnehan M. Manual til dialektisk adfærdsterapi – færdighedstræning. København: Dansk Psykologisk Forlag; 2004.
- (355) Williams MB, Poijula S. The PTSD workbook. Simple, effective techniques for overcoming traumatic stress. New Harbinger Publications, Inc.; 2002.
- (356) Baranowsky AB, Gentry JE, Schultz DF. Trauma practice. Tools for stabilization and recovery. Göttingen, Germany: Hogrefe; 2005.
- (357) Tobias G, Haslam-Hopwood G, Allen JG, Stein A, Bleiberg E. At blive bedre til at mentalisere gennem psykoedukation. In: Sørensen JH, editor. Mentaliseringsbaseret psykoterapi i teori og praksis. København: Hans Reitzels Forlag; 2009.
- (358) van der Kolk BA. Foreword. In: Ogden P, Minton K, Pain C, editors. Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy. New York: W.W.Norton & Company; 2006.
- (359) Macy RD, Macy DJ, Gross S, Brighten P. Basic training manual for the 15-session Psychosocial Structured Activity (PSSA). For children and youth exposed to difficult circumstances. Boston: The Center for Trauma Psychology. Columbia University; 2006.
- (360) Bateman AW, Fonagy P. 8-year follow-up of patients treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry* 2008;165(5):631-8.

- (361) Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, van Asselt T, Kremers I, et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. Randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry* 2006;63(649):658.
- (362) Linnehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorders. *Archives of General Psychiatry* 2006;63:757-66.
- (363) Moran M. Mentalization-based treatment shows promise with BPD. *Psychiatric News* 2008;43:28-31.
- (364) Center for Kvalitetsudvikling. 'Det beskriver hvad jeg føler'. Afprøvning af Harvard Trauma Questionnaire Revised på RehabiliteringsCenter for Flygtninge i Århus. Århus: Regionshuset, Region Midtjylland; 2007.
- (365) Frewen PA, Lane RD, Neufeld RW, Desmore M, Stevens TK, Lanius RA. Neural correlates of level of emotional awareness during trauma script-imagery in posttraumatic stress disorder. *Psychosomatic Medicine* 2008;70:27-31.
- (366) Frewen PA, Doziois DJA, Neufeld RWJ, Lanius RA. Meta-analysis of alexithymia in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress* 2008;21(2):243-6.
- (367) Frewen PA, Lanius RA, Doziois DJA, Neufeld RWJ, Pain C, Hopper JW, et al. Clinical and neural correlates of alexithymia in PTSD. *Journal of Abnormal Psychology* 2008;117(1):171-81.
- (368) Bateman AW, Fonagy P. Mentaliseringsbaseret behandling af borderlinepersonlighedsforstyrrelser. En praktisk guide. København: Akademisk Forlag; 2008.
- (369) Levin A. Blast injury sequelae linked to PTSD. *Psychiatric News* 2008;43:23-31.
- (370) Panksepp J. Affective neuroscience: The foundation of human and animal emotions. New York: Oxford University Press; 1998.
- (371) Davis M, Whalen PJ. The amygdala: Vigilance and emotion. *Molecular Psychiatry* 2001;1:13-34.
- (372) Lane RD, Nadel J. Cognitive neuroscience of emotion. New York: Oxford University Press; 2000.

- (373) Lane RD, Garfield DAS. Becoming aware of feelings: Integration of cognitive developmental, neuroscientific, and psychoanalytic perspectives. *Neuro-Psychoanalysis* 2005;7:1-66.
- (374) Southwick SM, Davis LL, Aikins DE, Rasmusson AM, Barson J, Morgan C. Neurobiological alterations associated with PTSD. In: Friedman MJ, Keane TM, Resick PA, editors. *Handbook of PTSD*. New York: Guilford Press; 2007.
- (375) Liberzon I, Phan K. Brain-imaging studies of posttraumatic stress disorder. *CNS Spectrums* 2003;8:641-50.
- (376) Krystal JH, Kosten TR, Southwick SM, Mason JW, Perry BD, Geller EL. Neurobiological aspects of PTSD: review of clinical and preclinical studies. *Behavior Therapy* 1989;20:177-98.
- (377) Bremner JD, Vythilingham M, Vermetten E, Southwick SM, McGlashan T, Staib LH. MRI and PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* 2003;160:924-32.
- (378) Villard G, King C. Brain imaging in posttraumatic stress disorder. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry* 2001;6:131-45.
- (379) Rauch SL. Neuroimaging and neurobiology of anxiety disorders. In: Davidson JRT, Scherer KR, Goldsmith HH, editors. *Handbook of affective sciences*. Oxford University Press; 2003.
- (380) Ballenger JC, Davidson JRT, Lecrubier Y, Nutt DJ, Marshall R, Nemeroff CB, et al. Consensus statement update on posttraumatic stress disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004;65(Supplement 1):55-62.
- (381) Nutt DJ, Malizia AL. Structural and functional brain changes in posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 2004;65(Supplement 1):11-47.
- (382) Shin LM, Rauch SL, Pitman RK. Amygdala, medial prefrontal cortex, and hippocampal function in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2006;1071:681-5.
- (383) Baker DG, West SA, Nicholson WE, Ekhtor NN, Kasckow JW, Hill.K.K. Serial GSF corticotrophin-releasing hormone levels and adrenocortical activity in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* 1999;156:474-9.

- (384) Bremner JD, Licinio J, Darnell A, Krystal JH, Owens MJ, Southwick SM. Elevated CSF corticotropin-releasing factor concentrations in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* 1997;154:624-9.
- (385) Yehuda R. Linking the neuroendocrinology of post-traumatic stress disorder with recent neuro-natomic findings. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry* 1999;4:-256.
- (386) Arnsten AFT. Stress impairs PFC function in rats and monkeys: Role of dopamine D1 and norepinephrine alpha-1 receptor mechanisms. *Progress in Brain Research* 2000;126:183-92.
- (387) Roozendaal B, McReynolds JR, McGaugh JL. The basolateral amygdala interacts with the prefrontal cortex in regulation glyocorticoid effects n working meory impairment. *Journal of Neuroscience* 2004;24:1385-92.
- (388) Pitman RK. Psychophysiologic assessment of post-traumatic stress disorder imagery in Vietnam combat veterans. *Archives of General Psychiatry* 1989;44(970):975.
- (389) Sinski M, Lewandowski J, Abramczyk P, Narkiewicz K, Gaciong Z. Why study sympathetic nervous system? *Journal of Physiology & Pharmacology* 2006;57(11):79-92.
- (390) Friedman MJ, Schnurr PP. The relationship between trauma and physical health. In: Friedman MJ, Charney DS, Deutch AY, editors. *Neurobiological and clinical consequences of stress: From normal adaption to post-traumatic stress disorder*. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1995.
- (391) Heim C, Newport JD, Bonsall R, Miller AH, Nemeroff CB. Altered pituitary-adrenal axis responses to provocative challenge tests in adult survivors of childhood abuse. *American Journal of Psychiatry* 2001;158:575-81.
- (392) Friedman MJ. Neurohormonal findings during treatment of women with PTSD due to childhood sexual abuse. 2001.
- (393) Rasmusson AM, Lipschitz D, Wang S, Hu S, Vojvoda D, Bremner JD. Increased pituitary and adrenal reactivity in premenopausal women with PTSD. *Biological Psychiatry* 2001;50:965-77.
- (394) Bremner JD, Randall PK, Vermetten E, Staib LH, Bronen RA, Mazure C. Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse: A preliminary report. *Biological Psychiatry* 1997;41:23-32.

- (395) Vermetten E, Vythilingham M, Southwick SM, Charney D, Bremner JD. Long-term treatment with paroxetine increases verbal declarative memory and hippocampal volume in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry* 2003;54:693-702.
- (396) Malberg JC. Chronic antidepressant treatment increases neurogenesis in adult rat hippocampus. *Journal of Neuroscience* 2000;20:9104-10.
- (397) Bremner JD, Vermetten E. Neuroanatomical changes associated with pharmacotherapy in posttraumatic stress disorder. *Annals of the New York Academy of Science* 2004;1032:154-7.
- (398) Davidson JRT, Rothbaum B, Tucker P, Asnis GM, Benattia I, Bell J. Venlafaxine extended release in posttraumatic stress disorder: A sertraline and placebo-controlled study. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2006;26(259):267.
- (399) Berlant J.L., van Kammen DP. Open-label topiramate as primary or adjunctive therapy in chronic civilian post-traumatic stress disorder: A preliminary report. *Journal of Clinical Psychiatry* 2002;63:15-20.
- (400) Panksepp J. *Textbook of biological psychiatry*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons; 2004.
- (401) Davies MF, Tsui J, Flannery JA, Li XC, DeLorey TM, Hoffman BB. Activation of alpha2-adrenergic receptors suppresses fear conditioning: Expression of c-Fos and phosphorylated CREB in mouse amygdala. *Neuropsychopharmacology* 2004;29:229-39.
- (402) Arnsten AFT, Jentsch JD. The alpha-1 adrenergic agonist, cirazoline, impairs spatial working memory performance in aged monkeys. *Pharmacology, Biochemistry, and Behaviour* 1997;58:55-9.
- (403) Li B-M, Mei Z-T. Delayed response deficit induced by local injection of the alpha-2 adrenergic antagonist yohimbine into the dorsolateral prefrontal cortex in young adult monkeys. *Behavioral and Neural Biology* 1994;62:134-9.
- (404) Raskind MA, Peskind ER, Kanter ED, Petrie EC, Radont A, Thompson CE. Reduction of nightmares and other PTSD symptoms in combat veterans by prazosin: A placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry* 2003;160:371-3.
- (405) Famularo R, Kinscherff R, Fenton T. Propranolol treatment for childhood posttraumatic stress disorder, acute type. *American Journal of Diseases of Children* 1988;142:1244-7.

- (406) Kolb LC, Burris BC, Griffiths S. Propranolol and clonidine in the treatment of the chronic post-traumatic stress disorders of war. In: van der Kolk BA, editor. Post-traumatic stress disorder: Psychological and biological sequelae. Washington D.C.: American Psychiatric Press; 1984. p. 97-107.
- (407) Pitman RK, Sanders KM, Zusman RM, Healy AR, Cheema F, Lasko NB. Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol. *Biological Psychiatry* 2002;51:189-92.
- (408) Taylor FB, Cahill L. Propranolol for reemergent posttraumatic stress disorder following an event of retraumatization: A case study. *Journal of Traumatic Stress* 2002;15:433-7.
- (409) Vaiva G, Ducrocq F, Jezequel K, Averland B, Lestavel P, Brunet A. Immediate treatment with propranolol decreases posttraumatic stress disorder two months after trauma. *Biological Psychiatry* 2003;54:947-9.
- (410) Stahl SM. *Essential psychopharmacology*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
- (411) Franowicz JS, Kessler L, Dailey-Borja CM, Kobilka BK, Limbird LE, Arnsten AFT. Mutation of the alpha2A-adrenoreceptor impairs working memory performance and annuls cognitive enhancement by guanfacine. *Journal of Neuroscience* 2002;22:8771-7.
- (412) Kinzie JD, Friedman MJ. *Psychopharmacology for refugee and asylum seeker patients*. In: Wilson JP, Drozdek B, editors. *Broken spirits: The treatment of asylum seekers and refugees with PTSD*. New York: Brunner-Routledge Press; 2004.
- (413) Bardgett ME, Boeckman R, Krochmal D, Fernando H, Ahrens R, Csernansky JG. NMDA receptor blockade and hippocampal neuronal loss impair fear conditioning and position habit reversal in C57BI/6 mice. *Brain Research Bulletin* 2003;60:131-42.
- (414) Davis M. Role of NMDA receptors and MAP kinase in the amygdala in extinction of fear: Clinical implications for exposure therapy. *European Journal of Neuroscience* 2002;16:395-8.
- (415) Gould E, McEwen BS, Tanapat P, Galea LAM, Fuchs E. Neurogenesis in the dentate gyrus of the adult tree shrew is regulated by psychosocial stress and NMDA receptor activation. *Journal of Neuroscience* 1997;17:2492-8.
- (416) Okuyama N, Takagi N, Kawai T, Miyake\_Takagi K, Takeo S. Phosphorylation of extracellular-regulating kinase in NMDA receptor antagonist-induced newly generated neurons in the adult rat dentate gyrus. *Journal of Neurochemistry* 2004;88:717-24.

- (417) Berlant J.L. Antiepileptic treatment of posttraumatic stress disorder. *Primary Psychiatry* 2003;10:41-9.
- (418) Davidson JRT, Bernick M, Connor KM, Friedman MJ, Jobson K, Kim Y. A psychopharmacology algorithm for treating posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Annals* 2005;35:887-98.
- (419) Veterans Health Administration. VA/DoD clinical practice guideline for management of post-traumatic stress disorder. [www.oqp.med.va.gov/cpg/pts/pts\\_base.htm](http://www.oqp.med.va.gov/cpg/pts/pts_base.htm) 2004
- (420) Davidson JRT, Pearlstein T, Lonnberg P, Brady KT, Rothbaum B, Bell J. Efficacy of sertraline in preventing relapse of posttraumatic stress disorder: results of a 28-week double-blind, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry* 2001;158:1974-84.
- (421) Marshall R, Beebe KL, Oldham M, Zaninelli R. Efficacy and safety of paroxetine treatment for chronic PTSD: A fixed-dose-placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry* 2001;158:1982-8.
- (422) Tucker P, Zaninelli R, Yehuda R, Ruggiero L, Dillingham K, Pitts CD. Paroxetine in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder: Results from a placebo-controlled, flexible-dosage trial. *Journal of Clinical Psychiatry* 2001;62:860-8.
- (423) Martenyi F, Brown EB, Zhang H, Prakash A, Koke SC. Fluoxetine versus placebo in posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 2002;63:199-206.
- (424) Rapaport MH, Endicott J, Clary CM. Posttraumatic stress disorder and quality of life: Results of 64 weeks of sertraline treatment. *Journal of Clinical Psychiatry* 2002;63:59-65.
- (425) van der Kolk BA, Dreyfuss D, Michaels M, Shera D, Berkowitz R, Fisler R. Fluoxetine versus placebo in posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 1994;55:517-22.
- (426) Escalona R, Canive JM, Calais LA, Davidson JRT. Fluvoxamine treatment in veterans with combat-related post-traumatic stress disorder. *Depression and Anxiety* 2002;15:29-33.
- (427) Marmar CR, Schoenfeld F, Weiss DS, Metzler T, Zatzick D, Wu R. Open trial of fluvoxamine treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 1996;57:66-70.



- (428) Seedat S, Lockhart R, kaminer D, Zungu-Dirwayi N, Stein DJ. An opne trial of citalopram in adolescents with posttraumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology* 2001;16:21-5.
- (429) Dansk Lægemedel Information. Lægemedelkataloget. København: 2008.
- (430) Saygin MZ, Sungur MZ, Sabol EU, Cetinkaya P. Nefadozone versus sertaline in treatment of posttraumatic stress disorder. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2002;12:1-5.
- (431) Friedman MJ. Pharmacologic management of posttraumatic stress disorder. *Primary Psychiatry* 2003;10:66-8.
- (432) Kosten TR, Frank JB, Dan E, McDougle CJ, Giller EL. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder using phenelzine or imipramine. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1991;179:366-70.
- (433) Davidson JRT, Kudler H, Smith R, Mohorney SL, Lipper S, Hammett EB. Treatment of post-traumatic stress disorder with amitriptyline and placebo. *Archives of General Psychiatry* 1990;47:259-66.
- (434) Reist C, Kauffman CD, Haier RJ, Sangdahl C, DeMet EM, Chicz-DeMet A. A controlled trial of desipramine in 18 men with post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* 1989;146:513-6.
- (435) Robert R, Blakeney PE, Villareal C, Rosenberg L, Meyer WJI. Imioramine treatment in pediatric burn patients with symptoms of acute stress disorder: A pilot study. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1999;38:873-82.
- (436) Davidson JRT, Weisler RH, Butterfield MI, Casat CD, Connor KM, Barnett S. Mirtazapine vs. placebo in posttraumatic stress disorder: A pilot trial. *Biological Psychiatry* 2003;53:188-91.
- (437) Bahk WM, Pac CU, Tsoh J, Chae JH, Jun TY, Kim CL. Effects of mirtazapine in patient with post-traumatic stress disorder in Korea: A pilot study. *Human Psychopharmacology* 2002;17:341-4.
- (438) Lewis JD. Mirtazapine for PTSD nightmares (Letter). *American Journal of Psychiatry* 2002;159:1948-9.
- (439) Davidson JRT, Baldwin D, Stein DJ, Kuper E, Benattia I, Ahmed S, et al. Treatment of posttraumatic stress disorder with venlafaxine extended release. *Archives of General Psychiatry* 2006;63:1158-65.

- (440) Friedman MJ. Neurobiological sensitization models of post-traumatic stress disorder: Their possible relevance to multiple chemical sensitivity syndrome. *Toxicology and Industrial Health* 1994;10:449-62.
- (441) Friedman MJ. Future pharmacotherapy for PTSD: Prevention and treatment. *Psychiatric Clinics of North America* 2002;25:1-15.
- (442) Hertzberg MA, Butterfield MI, Feldman ME, Beckham JC, Sutherland SM, Connor KM. A preliminary study of lamotrigine for the treatment of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry* 1999;45:1226-9.
- (443) Zullino DF, Krenz S, Besson J. AMPA blockade may be the mechanism underlying the efficacy of topiramate in PTSD. *Journal of Clinical Psychiatry* 2003;4:219-20.
- (444) Lipper S, Davidson JRT, Grady TA, Edinger JD, Hammett EB, Mahorney SL. Preliminary study of carbamazepine in posttraumatic stress disorder. *Psychosomatics* 1986;27:849-54.
- (445) Loof D, Grimley P, Kuller F, Martin A, Shonfield L. Carbamazepine for PTSD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995;6:703-4.
- (446) Wolfe ME, Alavi A, Mosnaim AD. Posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans: Clinical and EEG findings: Possible therapeutic effects of carbamazepine. *Biological Psychiatry* 1988;23:642-4.
- (447) Viola J, Ditzler T, Batzer W, Harazin J, Adams D, Lettich L. Pharmacological management of post-traumatic stress disorder: Clinical summary of a five-year retrospective study, 1990-1995. *Military Medicine* 1997;162:616-9.
- (448) Berigan T. Oxcarbamazepine treatment of posttraumatic stress disorder. *Canadian Journal of Psychiatry* 2002;10:973-4.
- (449) Berigan T, Holzgang A. Valproate as an alternative in post-traumatic stress disorder: A case report. *Military Medicine* 1995;6(318):318.
- (450) Clark RD, Canive JM, Calais LA, Qualls CR, Tuason VB. Divalproex in posttraumatic stress disorder: An open-label clinical trial. *Journal of Traumatic Stress* 1999;12:395-401.
- (451) Fesler FA. Valproate in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 1991;52:361-4.

- (452) Goldberg JF, Cloitre M, Whiteside JE, Han H. An open-label pilot study of divalproex sodium for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse. *Current Therapeutic Research* 2003;64:152-76.
- (453) Petty F, Davis LL, Nugent AL, Kramer GL, Teten A, Schmitt A. Valproate therapy for chronic, combat-induced posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2002;51:189-92.
- (454) Szymanski HV, Olympia J. Divalproex in post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* 1991;8(1086):1087.
- (455) Berigan T. Gabapentin and PTSD (Letter). *Journal of Clinical Psychiatry* 2002;63:744.
- (456) Brannon N, Labbate L, Huber M. Gabapentin treatment for posttraumatic stress disorder (Letter). *Canadian Journal of Psychiatry* 2000;45:84.
- (457) Malek-Ahmadi P. Gabapentin and posttraumatic stress disorder. *Annals of Pharmacotherapy* 2003;37:664-6.
- (458) Berigan T. Treatment of posttraumatic stress disorder with tiagabine (Letter). *Canadian Journal of Psychiatry* 2002;8(788):788.
- (459) Schwartz TL. The use of tiagabine augmentation for treatment-resistant anxiety disorders: A case series. *Pharmacological Bulletin* 2002;2(53):57.
- (460) Taylor FB. Tiagabine for posttraumatic stress disorder: A case series of 7 women. *American Journal of Psychiatry* 2003;64:1421-5.
- (461) Macleod AD. Vigabatrin and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 1996;2:190-1.
- (462) Hamner MB, Diamond BI. Elevated plasma dopamine in posttraumatic stress disorder: A preliminary report. *Biological Psychiatry* 1993;33:304-6.
- (463) Lemieux AM, Coe CL. Abuse-related posttraumatic stress disorder: Evidence for chronic neuroendocrine activation in women. *Psychosomatic Medicine* 1995;57:105-15.
- (464) Bartzokis G, Lu PH, Tuner J, Mintz J, Saunders CS. Adjunctive resperidone in the treatment of chronic combat-related post-traumatic stress disorder. *Biological Psychology* 2005;57:973-4.

- (465) Hamner MB, Faldowski RA, Ulmer HG, Frueh BC, Huber M, Arana GW. Adjunctive risperidone treatment in posttraumatic stress disorder: A preliminary controlled trial of effects on comorbid psychotic symptoms. *International Clinical Psychopharmacology* 2003;18:1-8.
- (466) Hamner MB, Deitsch SE, Ulmer HG, Brodrick PS, Lorberbaum JP. Quetiapine treatment in posttraumatic stress disorder: A preliminary trial of add-on therapy. 2001.
- (467) Sokolski KN, Densen TF, Lee RT, Reist C. Quetiapine for treatment of refractory symptoms of combat-related post-traumatic stress disorder. *Military Medicine* 2003;168:486-9.
- (468) Stein MB, Kline NA, Matloff JL. Adjunctive olanzapine for SSRI-resistant combat-related PTSD: A double-blind, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry* 2002;159:1777-9.
- (469) Butterfield MI, Becker ME, Connor KM, Sutherland s, Churchill LE, Davidson JRT. Olanzapine in the treatment of post-traumatic stress disorder: A pilot study. *International Clinical Psychopharmacology* 2001;16:197-203.
- (470) Ipser JC, Seedat S, Stein DJ. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder – a systematic review and meta-analysis. *SAMJ* 2006;96:1088-96.
- (471) Amat JG, Baratta MV, Paul E, Bland ST, Watkins LR, Maier SF. Medial prefrontal cortex determines how stressor controllability affects behaviour and dorsal raphe nucleus. *Nature Neuroscience* 2005;8:365-71.
- (472) Amat JG, Paul E, Zarza C, Watkins LR, Mair SF. Previous experience with behavioral control over stress blocks the behavioral and dorsal raphe nucleus activating effects of later uncontrollable stress: Role of the ventral medial prefrontal cortex. *The Journal of Neuroscience* 2006;26(51):13264-72.
- (473) Le Doux J. *The emotional brain. The mysterious underpinnings of emotional life.* New York; 1996.
- (474) Le Doux J. *The synaptic self. How our brains become who we are.* New York: Viking Press; 2002.
- (475) Solms M, Turnbull O. *Hjernen og den indre verden.* København: Akademisk Forlag; 2004.
- (476) Solms M. Freud returns. *Scientific American Mind* 2006;17:28-34.

- (477) Lieberman MD, Eisenberger NI. A pain by another name (Rejection, Exclusion, Ostracism) still hurts the same: The role of dorsal anterior cingulate cortex in social and physical pain. In: Cacioppo JT, Visser PS, Pickett CL, editors. *Social neuroscience. People thinking about thinking people.* Cambridge, Mass.: The MIT Press; 2006.
- (478) Harmon-Jones E, Winkielman P. *Social neuroscience. Integrating biological and physiological explanations of social behavior.* New York: Guilford Press; 2007.
- (479) Taylor SE, Gonzaga GC. Affiliative responses to stress: A social neuroscience model. In: Harmon-Jones E, Winkielman P, editors. *Social neuroscience.* New York: The Guilford Press; 2007.
- (480) Lieberman MD, Eisenberger NI, Crockett MJ. Putting feelings into words: Affect labelling disrupts amygdala activity to affective stimuli. *Psychological Science* 2007;18:421-8.
- (481) Decety JA. Social cognitive neuroscience model of human empathy. In: Harmon-Jones E, Winkielman P, editors. *Social neuroscience. Integrating biological and physiological explanations of social behavior.* New York: Guilford Press; 2007.
- (482) Carter CS. Neuropeptides and the protective effects of social bonds. In: Harmon-Jones E, Winkielman P, editors. *Social neuroscience. Integrating biological and physiological explanations of social behavior.* New York: Guilford Press; 2007.
- (483) Knutson B, Wimmer ER. Neural circuitry for social valuation. In: Harmon-Jones E, Winkielman P, editors. *Social Neuroscience. Integrating biological and physiological explanations of social behavior.* New York: Guilford Press; 2007.
- (484) Ochsner KN. How thinking controls feeling: A social cognitive neuroscience approach. In: Harmon-Jones E, Winkielman P, editors. *Social neuroscience.* New York: The Guilford Press; 2007.
- (485) Dahl S, Dahl C, Sandvik L, Hauff E. Kronisk smerte hos traumatiserte flyktninger. *Tidsskrift for Norsk Legegering* 2006;5(23).
- (486) Danneskiold-Samsøe B, Bartels EM, Genefke I. Treatment of torture victims: a longitudinal clinical study. *Torture* 2006;17(1):11-6.
- (487) Gard G. Factors important for good interaction in physiotherapy treatment of persons who have undergone torture: A qualitative study. *Physiotherapy Theory and Practice* 2007;23(1):47-55.

- (488) Watson C, Tuorila JR, Vickers KS, Gearhart LP, Mendez CM. The efficacies in three relaxation regimens in the treatment of PTSD in Vietnam War veterans. *Journal of Clinical Psychology* 1997;53(8):917-23.
- (489) Gyllensten AL, Hansson L, Ekdahl C. Outcome of basic body awareness therapy. A randomized controlled study of patients in psychiatric outpatient care. *Advances in Physiotherapy* 2003;5:179-90.
- (490) Malmgren-Olsson E-B, Bränholm I-B. A comparison between three physiotherapy approaches with regard to health-related factors in patients with non-specific musculoskeletal disorders. *Disability and Rehabilitation* 2002;24(6):308-17.
- (491) Möhlen H, Parzer P, Resch F, Brunner R. Psychosocial support for war-traumatized child and adolescent refugees: evaluation of a short-term treatment program. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry* 2005;39(1-2):81-7.
- (492) Curling P. The effectiveness of empowerment workshops with torture survivors. *Torture* 2005;15(1):9-15.
- (493) Mohamed F, Abdulhaleq H, Abdelkarim G, Sovidan R, Safo H. The psychosocial rehabilitation approach in treating torture victims. *Ethnicity and Disease* 2007;17(2, supplement):S85-S87.
- (494) Sennels N, Buschardt J. Mindfulness i terapien. *Psykolog Nyt* 2008;3:6-11.
- (495) Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* 2004;57:35-43.
- (496) Gordon T, Edwards PS. Making the patient your partner: Communication skills for doctors and other caregivers. Westport, CT.: Auburn House; 1995.
- (497) Brown P, Yantis T. Personal space intrusion and PTSD. *Journal of Psychosocial Nursing* 1996;34(7):23-8.
- (498) Mink OG, Owen KO, Mink BP. Developing high performance people: The art of coaching. Reading, MA.: Addison-Wesley; 1993.
- (499) Carlsson EB. Trauma assessments: A clinician's guide. New York: The Guilford Press; 1997.
- (500) Nielsen ML. Patientens perspektiv på sygehusstruktur. *Sygehusstruktur i Danmark*. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen; 2005. p. 49-62.

- (501) Gavrilovic JJ, D'ardenne P, Bogic M, Capuzzo N, Priebe S. Survey of specialised UK traumatic stress services. *Psychiatric Bulletin* 2005;29:416-8.
- (502) McGorry P. Working with survivors of torture and trauma: the Victorian Foundation for Survivors of Torture in perspective. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1995;29:463-72.
- (503) Durham RC, Chambers JA, Power KG, Sharp DM, Macdonald RR, Major KA, et al. Long-term outcome of cognitive behaviour therapy clinical trials in central Scotland (Structured abstract). *Health Technology Assessment* 2005;9(42):174.
- (504) Holtan N, Antolak K, Johnson DR, Ide L, Jaranson J, Ta K. Unrecognized torture affects the health of refugees. *Minnesota Medicine* 2002;85(5):35-9.
- (505) Fontana A, Rosenheck R. Improving the efficiency of outpatient treatment of posttraumatic stress disorder. *Administration and Policy in Mental Health* 1996;23(3):197-210.
- (506) Rasmussen A, Rosenfeld B, Reeves K, Keller AS. The effects of torture-related injuries on long-term psychological distress in a Punjabi Sikh sample. *J Abnorm Psychol* 2007 Nov;116(4):734-40.
- (507) Dybdahl R. Children and mothers in war: an outcome study of a psychosocial intervention program. *Child Dev* 2001 Jul;72(4):1214-30.
- (508) Gupta L, Zimmer C. Psychosocial intervention for war-affected children in Sierra Leone. *Br J Psychiatry* 2008 Mar;192(3):212-6.
- (509) Nielsen HG, Jensen JL. [Torture survivors]. *Ugeskr Laeger* 2004 Mar 1;166(10):901.
- (510) Weine S, Kulauzovic Y, Klebic A, Besic S, Mujagic A, Muzurovic J, et al. Evaluating a multiple-family group access intervention for refugees with PTSD. *J Marital Fam Ther* 2008 Apr;34(2):149-64.
- (511) Johnson DR, Lubin H, Rosenheck R, Fontana A, Charney D, Southwick SM. Comparison of outcome between homogeneous and heterogeneous treatment environments in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1999;187(2):88-95.
- (512) Weine SM, Kuc G, Dzudza E, Razzano L, Pavkovic I. PTSD among Bosnian refugees: a survey of providers' knowledge, attitudes and service patterns. *Community Ment Health J* 2001 Jun;37(3):261-71.

- (513) Savin D, Seymour DJ, Littleford LN, Bettridge J, Giese A. Findings from mental health screening of newly arrived refugees in Colorado. *Public Health Rep* 2005 May;120(3):224-9.
- (514) Fennelly K. Listening to the experts: provider recommendations on the health needs of immigrants and refugees. *J Cult Divers* 2006;13(4):190-201.
- (515) Björn GM. Ethics and interpreting in psychotherapy with refugee children and families. *Nordic Journal of Psychiatry* 2005;59:516-21.
- (516) Gray G. Treatment of survivors of political torture: administrative and clinical issues. *J Ambul Care Manage* 1998 Apr;21(2):39-42.
- (517) Major EF. [Psychiatric/psychological work with refugees and asylum seekers]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000 Nov 20;120(28):3420-3.
- (518) Fu CHY, Williams SC, Cleare AJ, Brammer MJ, Walsh ND, Kim J, et al. Attenuation of the neural response to sad faces in major depression by antidepressant treatment: a prospective, event-related functional magnetic resonance imaging study. *Archives of General Psychiatry* 2004;61:877-89.
- (519) Omerov M, Wistedt B. [Management of PTSD among Bosnia refugees. Competent personnel when it comes to language and culture--an important resource]. *Lakartidningen* 1999 May 26;96(21):2621-2.
- (520) Baughan DM, White-Baughan J, Pickwell S, Bartlome J, Wong S. Primary care needs of Cambodian refugees. *J Fam Pract* 1990 May;30(5):565-8.
- (521) McFall M, Malte C, Fontana A, Rosenheck R. Effects of an outreach intervention on use of mental health services by veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Services* 2000;51(3):369-74.
- (522) Shalev AY. Measuring outcome in posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 2000;61(suppl.5):33-9.
- (523) Rosenheck R, Fontana A, Stolar M. Assessing quality of care. Administrative indicators and clinical outcomes in posttraumatic stress disorder. *Medical Care* 1999;37(2):180-8.
- (524) Momartin S, Silove D, Manicavasagar V, Steel Z. Dimensions of trauma associated with posttraumatic stress disorder (PTSD) caseness, severity and functional impairment: a study of Bosnian refugees resettled in Australia. *Soc Sci Med* 2003 Sep;57(5):775-81.



- (525) Cacioppo JT, Patrick W. Loneliness. Human nature and the need for social connection. New York: W.W.Norton & Company; 2008.
- (526) Kjærsgaard J, Mainz J, Jørgensen T, Willaing I. Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. en lærebog. København: Munksgaard Danmark; 2006.
- (527) Amris S, Arenas J. The IRCT Impact Assessment Study (I-V) – Phase I: Outcome of Torture Rehabilitation at specialized centres from the clients' and the health professionals perspective. *Torture* 2003;Supplementum No.1:7-30.
- (528) Pratt SI, Rosenberg S, Mueser KT, Brancato J, Salyers M, Jankowski MK, et al. Evaluation of a PTSD psychoeducational program for psychiatric inpatients. *Journal of Mental Health* 2005 Apr;14(2):121-7.
- (529) Gray MJ, Elhai JD, Frueh BC. Enhancing patient satisfaction and increasing treatment compliance: patient education as a fundamental component of PTSD treatment. *Psychiatric Quarterly* 2004;75(4):321-32.
- (530) Fontana A, Rosenheck R. Treatment of female veterans with posttraumatic stress disorder: The role of comfort in a predominantly male environment. *Psychiatric Quarterly* 2006;77(1):55-67.
- (531) Druss.B.G., Rosenheck R, Stolar M. Patient satisfaction and administrative measures as indicators of the quality of mental health care. *Psychiatric Services* 1999;50(8):1053-8.
- (532) Collinge W, Wentworth R. Integrating complementary therapies into community mental health practise: An exploration. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2005;11(3):569-74.
- (533) Sherman M, Sautter F, Lyons J, Manguno-Mire GM, Han X, Perry D, et al. Mental health needs of cohabiting partners of Vietnam veterans with combat-related PTSD. *Psychiatric Services* 2005;56(9):1150-2.
- (534) Fontana A, Rosenheck R. A model of patients satisfaction with treatment for posttraumatic stress disorder. *Administration and Policy in Mental Health* 2001;28(6):475-89.
- (535) Fontana A, Ford JD, Rosenheck R. A multivariate model of patients' satisfaction with treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress* 2003;16(1):93-106.
- (536) Johnson DR, Lubin H. Treatment preferences of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress* 1997;10(3):391-405.

- (537) Durham RC, Chambers JA, Power KG, Sharp DM, Macdonald RR, Major KA, et al. Long-term outcome of cognitive behaviour therapy clinical trials in central Scotland. Kent: Gray Publishing; 2005.  
Report No.: Health Technology Assessment 2005; vol.9: No.42.
- (538) Ekström M. Pilotprojekt. Pilotkurator. Stockholm: Röda Korsets Center för torterade flyktingar (RKC); 1999.
- (539) Mirdal G, Essendrop M. Helbredende faktorer set fra klientens, tolkens og terapeutens perspektiv. In: Jørgensen U, Jensen B., editors. OASIS. Årsrapport 2004. København: OASIS; 2004.
- (540) Seedat S, Pienaar WP, Williams D, Stein DJ. Ethics of research on survivors of trauma. *Current Psychiatry Reports* 2004;6:262-7.
- (541) Jorm AF, Kelly CM, Morgan AJ. Participant distress in psychiatric research: a systematic review. *Psychological Medicine* 2007;37:917-26.
- (542) Jorm AF, Kelly CM, Morgan AJ. Participant distress in psychiatric research: A systematic review. *Psychological Medicine* 2007;37:917-26.
- (543) Kristiansen M, Mygind A, Krasnik A. Sundhedsmæssige konsekvenser af migration. *Ugeskr læger* 2006;168(36):3006-8.
- (544) Vesti P, Kastrup M. Psychotherapy for torture survivors. In: Basoglu M, editor. Torture and its consequences. Current treatment approaches. Cambridge: Cambridge University Press; 1992.
- (545) Miller KE, Martell ZL, Pazdirek L, Caruth M, Lopez D. The role of interpreters in psychotherapy with refugees: an exploratory study. *American Journal of Orthopsychiatry* 2005;75(1):27-39.
- (546) Sørensen JH. Grundlag, metode og effekt. Klientgruppen ved CETT, Region Syddanmark. Vejle: Region Syddanmark; 2007.
- (547) Sundhedsstyrelsen, DPSD Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Sprogproblemer mellem sundhedspersonalet og fremmedsprogede patienter. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
- (548) Fischman Y. Interacting with trauma: clinicians' responses to treating psychological aftereffects of political repression. *American Journal of Orthopsychiatry* 1991;61(2):179-82.

- (549) Kinzie JD, Boehnlein JK. Psychotherapy of the victims of massive violence: countertransference and ethical issues. *American Journal of Psychotherapy* 1993;47(1):90-102.
- (550) Bjorn GJ, Bjorn A. Ethical aspects when treating traumatized refugee children and their families. *Nord J Psychiatry* 2004;58(3):193-8.
- (551) Draborg EU. Den danske medicinsk teknologivurdering-model. En systematisk gennemgang af danske medicinsk teknologivurderinger udgivet af Center for Evaluering og medicinsk Teknologivurdering i 1998-2004. *Ugeskr læger* 2006;168(21):2074-8.
- (552) Marshall RP, Jorm AF, Grayson DA, O'Toole BI. Medical-care costs associated with posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry* 2000;34(954):962.
- (553) Chan AOM, Air TM, McFarlane AC. Posttraumatic stress disorder and its impact on the economic and health costs of motor vehicle accidents in South Australia. *Journal of Clinical Psychiatry* 2003;64(2):175-81.
- (554) Walker EA, Katon W, Russo J, Ciechanowski P, Newman E, Wagner AW. Health care costs associated with posttraumatic stress disorder symptoms in women. *Archives of General Psychiatry* 2003;60(April):369-74.
- (555) Fontana A, Rosenheck R. Effectiveness and cost of the inpatient treatment of posttraumatic stress disorder: Comparison of three models. *American Journal of Psychiatry* 1997;154(6):758-65.
- (556) Issakidis C, Sanderson K, Corry J, Andrews G, Lapsley H. Modelling the population cost-effectiveness of current and evidence-based optimal treatment for anxiety disorders. *Psychological Medicine* 2004;34:19-35.
- (557) Walker EA, Newman E, Dobie DJ, Ciechanowski P, Katon WJ. Costs and health care utilization associated with traumatic experiences. In: Schnuur PP, Green BL, editors. *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress*. Washington D.C.: American Psychological Association; 2002. p. 43-69.
- (558) Fontana A, Rosenheck R. Effectiveness and cost of the inpatient treatment of posttraumatic stress disorder: Comparison of three models. *American Journal of Psychiatry* 1997;154(6):758-65.
- (559) Baer RA. Mindfulness based treatment approaches. *Clinical guide to evidence base and applications*. Elsevier Publisher; 2006.

- (560) Helweg-Larsen K, Kastrup M, Baez A, Flachs EM. Psykisk trivsel. Psykisk sygdom. Etniske forskelle blandt unge i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2007.
- (561) Anand S, Hanson K. Part IV: Ethical and Measurement Problems in Health Evaluation. Disability-Adjusted Life Years: A Critical Review. In: Anand S, Peter F, Sen A, editors. Public health, ethics, and equity. New York: Oxford University Press; 2004.
- (562) Mitton C, Donaldson C. Priority setting toolkit. A guide to the use of economics in healthcare decision making. London: BMJ Publishing Group; 2004.



## 12. Referencer - alfabetisk

### Reference List

- Allen, J. G. 2001, Traumatic relationships and serious mental disorders. Wiley, New York.
- Allen, J. G. 2004, Traumatic relationships and serious mental disorders. Wiley, New York.
- Allen, J. G. 2005, Coping with trauma. hope through understanding., 2. ed. edn, American Psychiatric, Washington, D.C.
- Allen, J. G. & Fonagy, P. 2006, Handbook of mentalization-based treatment. Wiley, Chichester, West Sussex, England.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. 2008a, Mentalizing in clinical perspective. American Psychiatric Publishing, Inc., Washington D.C.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. 2008b, Mentalizing in clinical practice. American Psychiatric Publishing, Inc., Washington D.C.
- Amat, J. G., Baratta, M. V., Paul, E., Bland, S. T., Watkins, L. R., & Maier, S. F. 2005, "Medial prefrontal cortex determines how stressor controllability affects behaviour and dorsal raphe nucleus.", *Nature Neuroscience*, vol. 8, pp. 365-371.
- Amat, J. G., Paul, E., Zarza, C., Watkins, L. R., & Mair, S. F. 2006, "Previous experience with behavioral control over stress blocks the behavioral and dorsal raphe nucleus activating effects of later uncontrollable stress: Role of the ventral medial prefrontal cortex.", *The Journal of Neuroscience*, vol. 26, no. 51, pp. 13264-13272.
- American Psychiatric Association 2000, Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR (fourth edition)., American Psychiatric Association., Washington D.C..
- American Psychiatric Association 2004, Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder., American Psychiatric Association.
- Amris, S. & Arenas, J. 2003, "The IRCT Impact Assessment Study (I-V) - Phase I: Outcome of Torture Rehabilitation at specialized centres from the clients' and the health professionals perspective.", *Torture*, vol. Supplementum No.1, pp. 7-30.
- Anand, S. & Hanson, K. 2004, "Part IV: Ethical and Measurement Problems in Health Evaluation. Disability-Adjusted Life Years: A Critical Review.," in *Public health, ethics, and equity*, S. Anand, F. Peter, & A. Sen, eds., Oxford University Press, New York.

Andersen, H. S. 2001, "Reaktioner på psykisk belastning.", Ugeskr.læger, vol. 163, no. 14, pp. 1978-1980.

Andrews, G., Charney, D., Sirovatha, P., & Regier, D. r. 2008, Stress-induced fear circuitry disorders: Refining the research agenda for DSM-V. American Psychiatric Association, Washington DC.

Arnsten, A. F. T. 2000, "Stress impairs PFC function in rats and monkeys: Role of dopamine D1 and norepinephrine alpha-1 receptor mechanisms.", Progress in Brain Research, vol. 126, pp. 183-192.

Arnsten, A. F. T. & Jentsch, J. D. 1997, "The alpha-1 adrenergic agonist, cirazoline, impairs spatial working memory performance in aged monkeys.", Pharmacology, Biochemistry, and Behaviour., vol. 58, pp. 55-59.

Australian Centre for Posttraumatic Mental Health 2007, Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. ACPMH, Melbourne, Victoria.

Back, S. E., Sonne, S. C., Killeen, T., Dansky, B. S., & Brady, K. T. 2003, "Comparative profiles of women with PTSD and comorbid cocaine or alcohol dependence.", The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, vol. 29, no. 1, pp. 169-189.

Badstue, M. 2006, "Musik brugt terapeutisk i flygtningefamilier giver glidere flygtninge med fremtidshåb.", Dansk Flygtningehjælps Nyhedsbrev no. Feb.2006.

Baer, R. A. 2006, Mindfulness based treatment approaches. Clinical guide to evidence base and applications. Elsevier Publisher.

Bahk, W. M., Pac, C. U., Tsoh, J., Chae, J. H., Jun, T. Y., & Kim, C. L. 2002, "Effects of mirtazapine in patient with post-traumatic stress disorder in Korea: A pilot study.", Human Psychopharmacology, vol. 17, pp. 341-344.

Baker, D. G., West, S. A., Nicholson, W. E., Ekhtator, N. N., Kasckow, J. W., & Hill.K.K. 1999, "Serial GSF corticotrophin-releasing hormone levels and adrenocortical activity in combat veterans with posttraumatic stress disorder.", American Journal of Psychiatry, vol. 156, pp. 474-479.

Balaban, V. F., Steinberg, A., Brymer, M. J., Layne, C. M., Jones, R. T., & Fairbank, J. A. 2005, "Screening and assessment for children's psychosocial needs following war and terrorism.", in Promoting the psychosocial well being of children following war and terrorism, M. J. Friedman & A. Mikus-Kos, eds., IOS Press, Amsterdam.

Ballenger, J. C., Davidson, J. R. T., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Marshall, R., Nemeroff, C. B., Shalev, A. Y., & Yehuda, R. 2004, "Consensus statement update on posttraumatic stress disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety.", *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 65, no. Supplement 1, pp. 55-62.

Baranowsky, A. B., Gentry, J. E., & Schultz, D. F. 2005, *Trauma practice. Tools for stabilization and recovery*. Hogrefe, Göttingen, Germany.

Bardgett, M. E., Boeckman, R., Krochmal, D., Fernando, H., Ahrens, R., & Csernansky, J. G. 2003, "NMDA receptor blockade and hippocampal neuronal loss impair fear conditioning and position habit reversal in C57BI/6 mice.", *Brain Research Bulletin*, vol. 60, pp. 131-142.

Barenbaum, J., Ruchkin, V., & Schwab-Stone, M. 2003, "The psychosocial aspects of children exposed to war: Practice and policy initiatives.", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 44, pp. 1-22.

Barlow, D. H. 2002, *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic.*, 2 edn, Guilford Press, New York.

Barrett, D. H., Doebbling, C. C., Schwartz, D. A., Voelker, M. D., Falter, K. H., & Woolson, R. F. 2002, "Posttraumatic stress disorder and self-reported physical health status among U.S. military personnel serving during the Gulf war period: Population-based study.", *Psychosomatics*, vol. 43, pp. 195-205.

Bartzokis, G., Lu, P. H., Tuner, J., Mintz, J., & Saunders, C. S. 2005, "Adjunctive risperidone in the treatment of chronic combat-related post-traumatic stress disorder.", *Biological Psychology*, vol. 57, pp. 973-974.

Basoglu, M. 2006, "Rehabilitation of traumatised refugees and survivors of torture.", *BMJ*, vol. 333, no. 7581, pp. 1230-1231.

Bateman, A. W. & Fonagy, P. 2004, *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization based treatment*. Oxford University Press, New York.

Bateman, A. W. & Fonagy, P. 2008a, "8-year follow-up of patients treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual.", *American Journal of Psychiatry*, vol. 165, no. 5, pp. 631-638.

Bateman, A. W. & Fonagy, P. 2008b, *Mentaliseringsbaseret behandling af borderline-personlighedsforstyrrelser. En praktisk guide*. Akademisk Forlag, København.



Baughan, D. M., White-Baughan, J., Pickwell, S., Bartlome, J., & Wong, S. 1990, "Primary care needs of Cambodian refugees", *J.Fam.Pract.*, vol. 30, no. 5, pp. 565-568.

Beck, A. T. 1976, *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International University Press, New York.

Beck, J. S. 2006, *Kognitiv terapi - teori, udøvelse og refleksion*. Akademisk Forlag, København.

Beckham, J. C., Vrana, S. R., Barefoot, J. C., Feldman, M. E., & Fairbank, J. A. 2002, "Magnitude and duration of cardiovascular responses to anger in Vietnam veterans with and without posttraumatic stress disorder.", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 70, no. 228, p. 234.

Beeghly, M. & Cicchetti, D. 1994, "Child maltreatment, attachment, and the self system: emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk.", *Development and Psychopathology*, vol. 6, pp. 5-30.

Beers, S. R. & De Bellis, M. 2002, "Outcomes of child abuse.", *Neurosurgery Clinics of North America*, vol. 13, pp. 235-241.

Berigan, T. 2002a, "Gabapentin and PTSD (Letter).", *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 63, p. 744.

Berigan, T. 2002b, "Oxcarbamazepine treatment of posttraumatic stress disorder.", *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 10, pp. 973-974.

Berigan, T. 2002c, "Treatment of posttraumatic stress disorder with tiagabine (Letter).", *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 8, no. 788, p. 788.

Berigan, T. & Holzgang, A. 1995, "Valproate as an alternative in post-traumatic stress disorder: A case report.", *Military Medicine*, vol. 6, no. 318, p. 318.

Berlant, J.L. 2003, "Antiepileptic treatment of posttraumatic stress disorder.", *Primary Psychiatry*, vol. 10, pp. 41-49.

Berlant, J.L. & van Kammen, D. P. 2002, "Open-label topiramate as primary or adjunctive therapy in chronic civilian post-traumatic stress disorder: A preliminary report.", *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 63, pp. 15-20.

Berliner, P. 2006, "Effekt?", *Psykolog Nyt*, vol. 23, pp. 16-22.

- Bichescu, D., Neuner, F., Schauer, M., & Elbert, T. 2007, "Narrative exposure therapy of political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression.", *Behavior Research and Therapy*, vol. 45, no. 9, pp. 2212-2220.
- Bichescu, D., Schauer, M., Saleptsi, E., Neculau, A., Elbert, T., & Neuner, F. 2005, "Long-term consequences of traumatic experiences: An assessment of former political detainees in Romania.", *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, vol. 1, no. 1, p. 17.
- Birck, A. 2004, "Symptomatik bei kriegs- und folterüberlebenden Flüchtlingen, mit und ohne Psychotherapie.", *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, vol. 33, no. 2, pp. 101-109.
- Bisson, J. & Andrew, M. 2007, "Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD).", *Cochrane.Database.of Systematic.Reviews.: Reviews.2007. Issue. 3* John.Wiley.& Sons., Ltd.Chichester, UK DOI.: 10.1002./14651858.CD003388.pub3.
- Bjorn, G. J. & Bjorn, A. 2004, "Ethical aspects when treating traumatized refugee children and their families", *Nord.J.Psychiatry*, vol. 58, no. 3, pp. 193-198.
- Björn, G. M. 2005, "Ethics and interpreting in psychotherapy with refugee children and families.", *Nordic Journal of Psychiatry*, vol. 59, pp. 516-521.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Devinei, T., Veazey, C. H., Galovski, T. E., & Mundy, E. 2003, "A controlled evaluation of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors.", *Bahaviour Research and Therapy*, vol. 41, pp. 79-86.
- Blatt, S. J. 2004, *Experience of depression: Theoretical, clinical and research perspectives*. American Psychological Association, Washington D.C.
- Blatt, S. J. 2008, *Polarities of experience. Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. American Psychological Association, Washington D.C.
- Blatt, S. J. & Shahar, G. 2004, "Psychoanalysis: For what, with whom, and how: A comparison with psychotherapy.", *Journal of American Psychological Association*, vol. 52, no. 393, p. 447.
- Boehnlein, J. K., Kinzie, J. D., Sekiya, U., Riley, C., Pou, K., & Rosborough, B. 2004, "A ten-year treatment outcome study of traumatized Cambodian refugees.", *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 192, pp. 658-663.

- Bollinger, A. R., Riggs, D. S., Blake, D. D., & Ruzek, J. I. 2000, "Prevalence of personality disorders among combat veterans with posttraumatic stress disorder.", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 13, no. 2, pp. 255-270.
- Bonnano, G. A. 2004, "Loss, trauma, and human resilience: Have we understated human capacity to thrive for extremely aversive events?", *American Psychologist*, vol. 59, pp. 20-28.
- Børlum Kristensen, F. & Sigmund, H. 2007, *Metodehåndbog for medicinsk teknologivurdering*, 2. edn, Sundhedsstyrelsen, Enhed for Medicinsk Teknologivurdering, København.
- Boscarino, J. 2006, "Posttraumatic stress disorder among U.S. Army veterans 30 years after military service-", *Annals of Epidemiology*, vol. 16, pp. 248-256.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. 2005, "A multi-dimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD.", *American Journal of Psychiatry*, vol. 162, no. 2, pp. 214-227.
- Brady, K. T. & Clary, C. M. 2003, "Affective and anxiety co-morbidity in post-traumatic stress disorder treatment trials of sertraline.", *Comprehensive Psychiatry*, vol. 44, pp. 360-369.
- Brannon, N., Labbate, L., & Huber, M. 2000, "Gabapentin treatment for posttraumatic stress disorder (Letter).", *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 45, p. 84.
- Bremner, J. D. 2002, "Neurological consequences of stress as a biological basis from a common spectrum of psychiatric disorders.," in *Does stress damage the brain?*, J. D. Bremner, ed., W.W.Norton & Company Inc., New York.
- Bremner, J. D., Licinio, J., Darnell, A., Krystal, J. H., Owens, M. J., & Southwick, S. M. 1997a, "Elevated CSF corticotropin-releasing factor concentrations in posttraumatic stress disorder.", *American Journal of Psychiatry*, vol. 154, pp. 624-629.
- Bremner, J. D., Randall, P. K., Vermetten, E., Staib, L. H., Bronen, R. A., & Mazure, C. 1997b, "Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse: A preliminary report.", *Biological Psychiatry*, vol. 41, pp. 23-32.
- Bremner, J. D., Southwick, S. M., & Johnson, D. R. 1993, "Childhood physical abuse and contact-related posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans.", *American Journal of Psychiatry*, vol. 150, pp. 235-239.
- Bremner, J. D. & Vermetten, E. 2004, "Neuroanatomical changes associated with pharmacotherapy in posttraumatic stress disorder.", *Annals of the New York Academy of Science*, vol. 1032, pp. 154-157.

Bremner, J. D., Vythilingham, M., Vermetten, E., Southwick, S. M., McGlashan, T., & Staib, L. H. 2003, "MRI and PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder.", *American Journal of Psychiatry*, vol. 160, pp. 924-932.

Breslau, N. 1998, "Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder," in *Psychological trauma*, R. Yehuda, ed., American Psychiatric Press, Washington.

Breslau, N. 2002, "Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders.", *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 47, no. 10, pp. 923-929.

Breslau, N., Davis, G. C., & Andreski, P. 1991, "Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults.", *Archives of General Psychiatry*, vol. 160, no. 5, pp. 924-932.

Breslau, N. & Kessler, R. C. 2001, "The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: An empirical investigation.", *Biological Psychiatry*, vol. 50, no. 9, pp. 699-704.

Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. 1998, "Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma.", *Archives of General Psychiatry*, vol. 55, pp. 626-631.

Brewin, C., Andrews, B., & Valentine, J. 2000, "Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults.", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 68, pp. 748-766.

Brown, P. & Yantis, T. 1996, "Personal space intrusion and PTSD.", *Journal of Psychosocial Nursing*, vol. 34, no. 7, pp. 23-28.

Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Manchill, R. B. 2001, "Current and life-time co-morbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample.", *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 110, pp. 585-599.

Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M., Dang, S. T., & Nixon, R. D. V. 2003, "Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder.", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 71, no. 4, pp. 706-712.

Burns, B. J., Phillips, S. D., Wagner, H. R., Barth, R. P., Kolko, D. J., & Campbell, Y. 2004, "Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: A national survey.", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 43, pp. 960-970.

Butterfield, M. I., Becker, M. E., Connor, K. M., Sutherland, s., Churchill, L. E., & Davidson, J. R. T. 2001, "Olanzapine in the treatment of post-traumatic stress disorder: A pilot study.", *International Clinical Psychopharmacology*, vol. 16, pp. 197-203.

Byng-Hall, J. 1995, *Rewriting family scripts*. The Guilford Press, London, New York.

Cacioppo, J. T. & Patrick, W. 2008, *Loneliness. Human nature and the need for social connection*. W.W. Norton & Company, New York.

Carlsson, E. B. 1997, *Trauma assessments: A clinician's guide*. The Guilford Press, New York.

Carlsson, J. M. 2005, *Mental health and health-related quality of life in tortured refugees*. Ph.D. thesis., Research Department, Rehabilitation and Research Centre for Torture Victims.

Carlsson, J. M., Mortensen, E. L., & Kastrup, M. 2005, "A follow-up study of mental health and health-related quality of life in tortured refugees in multidisciplinary treatment.", *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 193, no. 10, pp. 651-657.

Carlsson, J. M., Olsen, D. R., Mortensen, E. L., & Kastrup, M. 2006, "Mental health and health-related quality of life: A 10-year follow-up of tortured refugees.", *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 194, no. 10, pp. 725-731.

Carter, C. S. 2007, "Neuropeptides and the protection effects of social bonds.", in *Social neuroscience. Integrating biological and physiological explanations of social behavior*, E. Harmon-Jones & P. Winkielman, eds., Guilford Press, New York.

Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T. E., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W., Taylor, A., & Poulton, R. 2002, "Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children.", *Science*, vol. 297, pp. 851-854.

Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., McClay, J., Mill, J., Martin, J., Braithwaite, A., & Poulton, R. 2003, "Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism on the 5-HTT gene.", *Science*, vol. 301, pp. 386-389.

Center for Kvalitetsudvikling 2007, 'Det beskriver hvad jeg føler'. Afprøvning af Harvard Trauma Questionnaire Revised på RehabiliteringsCenter for Flygtninge i Århus., Regionshuset, Region Midtjylland, Århus.

Chan, A. O. M., Air, T. M., & McFarlane, A. C. 2003, "Posttraumatic stress disorder and its impact on the economic and health costs of motor vehicle accidents in South Australia.", *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 64, no. 2, pp. 175-181.

Chard, K. M. 2005, "An evaluation of cognitive reprocessing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse", *Journal of Consulting and*

*Clinical Psychology*, vol. 73, no. 5, pp. 965-971.

Charney, D. 2004, "Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: Implications for successful adaptation to extreme stress.", *American Journal of Psychiatry*, vol. 161, pp. 195-216.

Cheasty, M., Clare, A. W., & Collins, C. 2002, "Child sexual abuse: A predictor of persistent depression in adult rape and sexual assault victims.", *Journal of Mental Health*, vol. 11, pp. 79-84.

Clark, R. D., Canive, J. M., Calais, L. A., Qualls, C. R., & Tuason, V. B. 1999, "Divalproex in posttraumatic stress disorder: An open-label clinical trial.", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 12, pp. 395-401.

Cloitre, M. & Koenen, K. C. 2001b, "The impact of borderline personality disorder on process group outcome among women with posttraumatic stress disorder related to childhood abuse.", *International Journal of Group Psychotherapy*, vol. 51, no. 3, pp. 379-398.

Cloitre, M. & Koenen, K. C. 2001a, "The impact of borderline personality disorder on process group outcome among women with posttraumatic stress disorder related to childhood abuse.", *International Journal of Group Psychotherapy*, vol. 51, no. 3, pp. 379-398.

Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. 2002, "Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse.", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 70, no. 5, pp. 1067-1074.

Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C., & Han, H. 2005, "Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse.", *Behavior Therapy*, vol. 36, pp. 119-124.

Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Miranda, R., & Chemtob, C. M. 2004, "Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder.", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 72, no. 3, pp. 411-416.

Coan, J. A. & Allen, J. J. B. 2008, *Handbook of emotion elicitation and assessment*. Oxford University Press, new York.

Collinge, W. & Wentworth, R. 2005, "Integrating complementary therapies into community mental health practise: An exploration.", *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, vol. 11, no. 3, pp. 569-574.

Coplan, J. D., Smith, E. L., Altemus, M., Scharf, B. A., Owen, M., & Nemeroff, C. B. 2001, "Variable foraging demand rearing: sustained elevations in cisternal cerebrospinal fluid corticotrophin-releasing factor concentration in adult primates.", *Biological Psychiatry*, vol. 50, no. 200, p. 204.

Costello, E. J., Erkanli, A., Fairbank, J. A., & Angold, A. 2002, "The prevalence of potentially traumatic events in childhood and adolescence.", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 15, no. 2, pp. 99-112.

Cox, B. J., Clara, I. P., & Enns, M. W. 2002, "Posttraumatic stress disorder and the structure of common mental disorders.", *Depression and Anxiety*, vol. 15, no. 4, pp. 168-171.

Craemer, M., Burgess, P. M., & McFarlane, A. C. 2001, "Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being.", *Psychological Medicine*, vol. 31, no. 7, pp. 1237-1247.

Crosby, S. S., Norredam, M., Paasche-Orlow, M. K., Piwowarczyk, L., Heeren, T., & Grodin, M. A. 2006, "Prevalence of torture survivors among foreign-born patients presenting to an urban ambulatory care practice.", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 21, no. 7, pp. 764-768.

Curling, P. 2005, "The effectiveness of empowerment workshops with torture survivors.", *Torture*, vol. 15, no. 1, pp. 9-15.

Curran, P. S., Bell, P., Murray, A., Loughrey, G., Roddy, R., & Roche, L. G. 1990, "Psychological consequences of the Enniskillen bombing", *Br.J.Psychiatry*, vol. 156, pp. 479-482.

Dahl, S., Dahl, C., Sandvik, L., & Hauff, E. 2006, "Kronisk smerte hos traumatiserte flyktninger.", *Tidsskrift for Norsk Legegering*, vol. 5, no. 23.

Dahlbender, R. W., Rudolf, G., & The OPD Task Force 2006, "Psychic structure and mental functioning: Current research of the reliable measurement and clinical validity of operationalized psychodynamic diagnosis (OPD) system.", in *Psychodynamic Diagnosis Manual*, PDM Task Force, ed., Alliance of Psychoanalytic Organizations, Silver Spring M.D..

Danneskiold-Samsøe, B., Bartels, E. M., & Genefke, I. 2006, "Treatment of torture victims: a longitudinal clinical study.", *Torture*, vol. 17, no. 1, pp. 11-16.

Dansk Flygtningehjælps Center for Udsatte Flygtninge. Oversigt over specialiserede tværfaglige behandlingsinstitutioner for traumatiserede flygtninge - venteliste, ventetid og finansiering. 2008. København, Dansk Flygtningehjælp. Ref Type: Catalog

Dansk Lægemiddel Information 2008, Lægemiddelkataloget. København.

Davidson, J. R. T. 1993, "Issues in the diagnosis of posttraumatic stress disorder.", *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, vol. 12, pp. 141-155.

Davidson, J. R. T., Baldwin, D., Stein, D. J., Kuper, E., Benattia, I., Ahmed, S., Petersen, R., & Musgnung, J. 2006a, "Treatment of posttraumatic stress disorder with venlafaxine extended release.", *Archives of General Psychiatry*, vol. 63, pp. 1158-1165.

Davidson, J. R. T., Bernick, M., Connor, K. M., Friedman, M. J., Jobson, K., & Kim, Y. 2005, "A psychopharmacology algorithm for treating posttraumatic stress disorder.", *Psychiatric Annals*, vol. 35, pp. 887-898.

Davidson, J. R. T., Hughes, D. C., Blazer, D. G., & George, L. K. 1991, "Posttraumatic stress disorder in the community: En epidemiological study.", *Psychological Medicine*, vol. 21, no. 3, pp. 713-721.

Davidson, J. R. T., Kudler, H., Smith, R., Mohorney, S. L., Lipper, S., & Hammett, E. B. 1990, "Treatment of post-traumatic stress disorder with amitriptyline and placebo.", *Archives of General Psychiatry*, vol. 47, pp. 259-266.

Davidson, J. R. T., Pearlstein, T., Londborg, p., Brady, K. T., Rothbaum, B., & Bell, J. 2001, "Efficacy of sertraline in preventing relapse of posttraumatic stress disorder: results of a 28-week double-blind, placebo-controlled study.", *American Journal of Psychiatry*, vol. 158, pp. 1974-1984.

Davidson, J. R. T., Rothbaum, B., Tucker, P., Asnis, G. M., Benattia, I., & Bell, J. 2006b, "Venlafaxine extended release in posttraumatic stress disorder: A sertraline and placebo-controlled study.", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, vol. 26, no. 259, p. 267.

Davidson, J. R. T., Weisler, R. H., Butterfield, M. I., Casat, C. D., Connor, K. M., & Barnett, S. 2003, "Mirtazapine vs. placebo in posttraumatic stress disorder: A pilot trial.", *Biological Psychiatry*, vol. 53, pp. 188-191.

Davies, M. F., Tsui, J., Flannery, J. A., Li, X. C., DeLorey, T. M., & Hoffman, B. B. 2004, "Activation of alpha2-adrenergic receptors supresses fear conditioning: Expression of c-Fos and phosphorylated CREB in mouse amygdala.", *Neuropsychopharmacology*, vol. 29, pp. 229-239.



Davis, M. 2002, "Role of NMDA receptors and MAP kinase in the amygdala in extinction of fear: Clinical implications for exposure therapy.", *European Journal of Neuroscience*, vol. 16, pp. 395-398.

Davis, M. & Whalen, P. J. 2001a, "The amygdala: Vigilance and emotion.", *Molecular Psychiatry*, vol. 1, pp. 13-34.

Davis, M. & Whalen, P. J. 2001b, "The amygdala: Vigilance and emotion.", *Molecular Psychiatry*, vol. 1, pp. 13-34.

De Bellis, M., Chrousos, G., Dorn, L., Burke, L., Helmers, K., & Kling, M. A. 1994, "Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in sexually abused girls.", *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, vol. 78, pp. 249-255.

De Bellis, M., Keshavan, M. S., Clark, D. B., Casey, B. J., Giedd, J. N., & Boring, A. M. 1999, "Developmental traumatology: Part II.", *Biological Psychiatry*, vol. 45, no. 107, pp. 1271-1284.

De Bellis, M., Keshavan, M. S., Frustaci, K., Shifflett, H., Iyengar, S., & Beers, S. R. 2002a, "Superior temporal gyrus volumes in maltreated children and adolescents with PTSD.", *Biological Psychiatry*, vol. 51, no. 7, pp. 544-552.

De Bellis, M., Keshavan, M. S., Shifflett, H., Iyengar, S., Beers, S. R., & Hall, J. 2002b, "Brain structures in paediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder: A sociodemographically matched study.", *Biological Psychiatry*, vol. 52, no. 7, pp. 1066-1078.

de Jong, J. T., Komproe, I. H., Van Ommeren, M., El Masri, M., Araya, M., & Khaled, N. 2001, "Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings.", *Journal of the American Medical Association*, vol. 286, no. 5, pp. 555-562.

Decety, J. A. 2007, "Social cognitive neuroscience model of human empathy.", in *Social neuroscience. Integrating biological and physiological explanations of social behavior*, E. Harmon-Jones & P. Winkielman, eds., Guilford Press, New York.

Dell, P. 2008, *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. V.W. Norton.

DeVilly, G. J. & Spence, S. H. 1999, "The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder.", *Journal of Anxiety Disorder*, vol. 13, no. 1-2, pp. 131-157.

Deykin, E. Y., Keane, T. M., Kaloupek, D., Fincke, G., Rothendler, J., Siegfried, M., & Creamer, K. 2001, "Posttraumatic stress disorder and the use of health services.", *Psychosom.Med.*, vol. 63, no. 5, pp. 835-841.

- Diamond, D. & Yeomans, F. E. 2007, "Attachment security and mentalization.," in *Attachment and sexuality*, D. Diamond, S. J. Blatt, & J. D. Lichtenberg, eds., The Analytic Press, New York.
- Dohrenwend, B. P., Turner, J. B., Turse, N. A., Adams, B. G., Koenen, K. C., & Marshall, R. 2006, "The psychological risk of Vietnam for U.S. Veterans: A revisit with new data and methods.," *Science*, vol. 313, pp. 979-982.
- Dozier, M., Cue, K. L., & Barnett, L. 1994, "Clinicians as caregivers: Role of attachment organization in treatment.," *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 62, pp. 793-800.
- Draborg, E. U. 2006, "Den danske medicinske teknologivurdering-model. En systematisk gennemgang af danske medicinske teknologivurderinger udgivet af Center for Evaluering og medicinsk Teknologivurdering i 1998-2004.," *Ugeskr.læger*, vol. 168, no. 21, pp. 2074-2078.
- Drozdek, B. 1997, "Follow-up study of concentration camp survivors from Bosnia-Herzegovina: Three years later.," *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 185, pp. 690-694.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Torrance, G. W., O'Brien, B. J., & Stoddart, G. L. 2005, *Methods for the economic evaluation of health care programmes.*, 3. edn, Oxford University Press, Oxford.
- Druss, B.G., Rosenheck, R., & Stolar, M. 1999, "Patient satisfaction and administrative measures as indicators of the quality of mental health care.," *Psychiatric Services*, vol. 50, no. 8, pp. 1053-1058.
- Dunn, N. J., Yamasaki, E., Schillaci, J., Simotas, S., Rehm, L. P., Soucek, J., Menke, T., Ashton, C., & Hamilton, J. D. 2004, "Personality disorders in veterans with posttraumatic stress disorder and depression.," *Journal of Traumatic Stress*, vol. 17, no. 1, pp. 75-82.
- Durham, R. C., Chambers, J. A., Power, K. G., Sharp, D. M., Macdonald, R. R., Major, K. A., Dow, M. G. T., & Gumley, A. I. 2005a, *Long-term outcome of cognitive behaviour therapy clinical trials in central Scotland.*, Gray Publishing, Kent, *Health Technology Assessment 2005*; vol.9: No.42.
- Durham, R. C., Chambers, J. A., Power, K. G., Sharp, D. M., Macdonald, R. R., Major, K. A., Dow, M.-G. T., & Gumley, A. I. 2005b, "Long-term outcome of cognitive behaviour therapy clinical trials in central Scotland (Structured abstract)", *Health Technology Assessment*, vol. 9, no. 42, p. 174.

Dybdahl, R. 2001, "Children and mothers in war: an outcome study of a psychosocial intervention program", *Child Dev.*, vol. 72, no. 4, pp. 1214-1230.

Eames, V. & Roth, A. 2000, "Patient attachment orientation and the early working alliance: A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures.", *Psychotherapy Research*, vol. 10, pp. 421-434.

Ebert, A. & Dyck, M. J. 2004c, "The experience of mental death: the core feature of complex posttraumatic stress disorder.", *Clinical Psychology Review*, vol. 24, no. 6, pp. 617-635.

Ebert, A. & Dyck, M. J. 2004b, "The experience of mental death: the core feature of complex posttraumatic stress disorder.", *Clinical Psychology Review*, vol. 24, no. 6, pp. 617-635.

Ebert, A. & Dyck, M. J. 2004a, "The experience of mental death: the core feature of complex posttraumatic stress disorder.", *Clinical Psychology Review*, vol. 24, no. 6, pp. 617-635.

Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. 2003, "Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences study". *American Journal of Psychiatry*, vol. 160, p. -1453.

Ehlers, A., Clark, D. M., Hackman, A., McManus, F., Fennell, M., & Herbert, C. P. 2003, "A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder.", *Archives of General Psychiatry*, vol. 60, pp. 1024-1032.

Ekström, M. 1999, Pilotprojekt. Pilotkurator., Röda Korsets Center för torterade flyktingar (RKC), Stockholm.

Eley, T. C., Sugden, K., Corsico, A., Gregory, A. M., Sham, P., McGuffin, P., Plomin, R., & Craig, I. W. 2004, "Gene-environment interaction analysis of serotonin system markers with adolescent depression.", *Molecular Psychiatry*, vol. 9, pp. 908-915.

Elklit, A. Prævalens af PTSD hos torturerede og traumatiserede flygtninge i behandling. 2008. 1-6-0008. RefType: Personal Communication

Elklit, A. 2002, "Victimization and PTSD in a Danish national youth probability sample.", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 41, no. 2, pp. 174-181.

Escalona, R., Canive, J. M., Calais, L. A., & Davidson, J. R. T. 2002, "Fluvoxamine treatment in veterans with combat-related post-traumatic stress disorder.", *Depression and Anxiety*, vol. 15, pp. 29-33.

Evidence and Research Department of Mental Health and Substance Abuse 2006, Economic aspects of the mental health system: key messages to health planners and policy-makers., World Health Organization, Geneva.

Fairbank, J. A., Klaric, J. S., O'Dekirk, J. M., Fairbank, D. W., & Costello, E. J. 2006, "Environmental vulnerabilities and posttraumatic stress disorder (PTSD) among children and different personality styles.," in *People under stress*, J. Strelau & T. Klonowicz, eds., Nova Science, New York, pp. 35-48.

Famularo, R., Kinscherff, R., & Fenton, T. 1988, "Propranolol treatment for childhood posttraumatic stress disorder, acute type.," *American Journal of Diseases of Children*, vol. 142, pp. 1244-1247.

Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. 2005, "Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review.," *The Lancet*, vol. 365, pp. 1309-1314.

Fearon, P., Target, M., Sargent, J., Williams, L. L., McGregor, J., Bleiberg, E., & Fonagy, P. 2009, "Kortvarig mentaliserings- og relationsterapi: Integreret familierapi for børn og unge.," in *Menataliseringsbaseret psykoterapi i teori og praksis*, J. H. Sørensen, ed., Hans Reitzels Forlag, København.

Fearon, R. M. & Belsky, J. 2004, "Attachment and attention: Protecting in relation to gender and cumulative social-contextual adversity.," *Child Development*, vol. 75, pp. 1677-1693.

Fecteau, G. & Nicki, R. 1999, "Cognitive behavioural treatment of posttraumatic stress disorder after a motor vehicle accident.," *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, vol. 27, pp. 201-214.

Feinberg, M. E., Button, T. M. M., Niederhiser, J. M., Reiss, D., & Hetherington, M. 2007, "Parenting and adolescent antisocial behavior and depression.," *Archives of General Psychiatry*, vol. 64, pp. 457-463.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Norenberg, D., Williamson, D. F., & Spitz, A. M. 1998, "Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults.," *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 14, pp. 245-258.

Fennelly, K. 2006, "Listening to the experts: provider recommendations on the health needs of immigrants and refugees", *J.Cult.Divers.*, vol. 13, no. 4, pp. 190-201.

Ferren, P. M. 1999, "Comparing perceived self-efficacy among adolescent Bosnian and Croatian refugees with and without posttraumatic stress disorder.," *Journal of Traumatic Stress*, vol. 12, pp. 405-420.

- Fesler, F. A. 1991, "Valproate in combat-related posttraumatic stress disorder.", *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 52, pp. 361-364.
- Fischman, Y. 1991, "Interacting with trauma: clinicians' responses to treating psychological aftereffects of political repression.", *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 61, no. 2, pp. 179-182.
- Flett, R. A., Kazantis, N., Long, N. R., MacDonald, C., & Millar, M. 2002, "Traumatic events and physical health in a New Zealand community sample.", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 15, pp. 303-312.
- Foa, E. B. 1997, "Psychological processes related to recovery from trauma and effective treatment for PTSD.", in *Psychobiology of posttraumatic stress disorder*, R. Yehuda & A. C. McFarlane, eds., New York Academy of Sciences, New York.
- Foa, E. B. 2000, "Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder.", *Journal of Clinical Psychology*, vol. 61, no. Suppl 5, pp. 43-51.
- Foa, E. B. & Cahill, S. P. 2006, "Psychological treatments for PTSD: An overview.", in *9/11: Public health in the wake of terrorist attacks.*, Y. Neria et al., eds., Cambridge University Press, Cambridge, UK.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. E., Rauch, S. A. M., Riggs, D. S., & Feeny, N. C. 2005, "Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics.", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 73, no. 5, pp. 953-964.
- Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. 2000, *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford Press, New York.
- Folmann, N. B. & Jørgensen, T. 2006, *Etniske minoriteter. sygdom og brug af sundhedsvæsenet*. Sundhedsstyrelsen, Kbh.
- Fonagy, P. 2006a, "Evidence-based psychodynamic psychotherapies.", in *Psychodynamic Diagnostic Manual*, PDM Task Force, ed., Alliance of Psychoanalytic Organizations, Silver Spring MD.
- Fonagy, P. 2006b, "The mentalization-focused approach to social development.", in *Handbook of mentalization-based treatment.*, J. G. Allen & P. Fonagy, eds., Wiley, Chichester, West Sussex, England.

- Fonagy, P. 2008, "Foreword.," in *Polarities of experience. Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process.*, S. J. Blatt, ed., American Psychological Association, Washington D.C..
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Kennedy, R., & Matton, G. 1996, "The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy.," *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 64, pp. 22-31.
- Fonagy, P., Stein, H., Allen, J. G., & Fultz, J. "The relationship of mentalization and the childhood and adolescent adversity to adult functioning.," in *The Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development*.
- Fonagy, P. & Target, M. 2006, "Tidlig indsats og udviklingen af selvregulering.," in *Affektregulering i udvikling og psykoterapi*, J. H. Sørensen, ed., Hans Reitzels Forlag, København.
- Fontana, A. & Rosenheck, R. 1997a, "Effectiveness and cost of the inpatient treatment of posttraumatic stress disorder: Comparison of three models.," *American Journal of Psychiatry*, vol. 154, no. 6, pp. 758-765.
- Fontana, A. & Rosenheck, R. 1997b, "Effectiveness and cost of the inpatient treatment of posttraumatic stress disorder: Comparison of three models.," *American Journal of Psychiatry*, vol. 154, no. 6, pp. 758-765.
- Fontana, A., Ford, J. D., & Rosenheck, R. 2003, "A multivariate model of patients' satisfaction with treatment for posttraumatic stress disorder.," *Journal of Traumatic Stress*, vol. 16, no. 1, pp. 93-106.
- Fontana, A. & Rosenheck, R. 1996, "Improving the efficiency of outpatient treatment of posttraumatic stress disorder.," *Administration and Policy in Mental Health*, vol. 23, no. 3, pp. 197-210.
- Fontana, A. & Rosenheck, R. 2001, "A model of patients satisfaction with treatment for posttraumatic stress disorder.," *Administration and Policy in Mental Health*, vol. 28, no. 6, pp. 475-489.
- Fontana, A. & Rosenheck, R. 2006, "Treatment of female veterans with posttraumatic stress disorder: The role of comfort in a predominantly male environment.," *Psychiatric Quarterly*, vol. 77, no. 1, pp. 55-67.
- Ford, J. D., Fisher, P., & Larson, L. 1997, "Object relations as a predictor of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder.," *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 65, no. 4, pp. 547-559.

Franowicz, J. S., Kessler, L., Dailey-Borja, C. M., Kobilka, B. K., Limbird, L. E., & Arnsten, A. F. T. 2002, "Mutation of the alpha2A-adrenoreceptor impairs working memory performance and annuls cognitive enhancement by guanfacine.", *Journal of Neuroscience*, vol. 22, pp. 8771-8777.

Frewen, P. A., Doziois, D. J. A., Neufeld, R. W. J., & Lanius, R. A. 2008a, "Meta-analysis of alexithymia in posttraumatic stress disorder.", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 21, no. 2, pp. 243-246.

Frewen, P. A., Lane, R. D., Neufeld, R. W., Desmore, M., Stevens, T. K., & Lanius, R. A. 2008b, "Neural correlates of level of emotional awareness during trauma script-imagery in posttraumatic stress disorder.", *Psychosomatic Medicine*, vol. 70, pp. 27-31.

Frewen, P. A., Lanius, R. A., Doziois, D. J. A., Neufeld, R. W. J., Pain, C., Hopper, J. W., Densmore, M., & Stevens, T. K. 2008c, "Clinical and neural correlates of alexithymia in PTSD.", *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 117, no. 1, pp. 171-181.

Friedman, M. J. 1994, "Neurobiological sensitization models of post-traumatic stress disorder: Their possible relevance to multiple chemical sensitivity syndrome.", *Toxicology and Industrial Health*, vol. 10, pp. 449-462.

Friedman, M. J. "Neurohormonal findings during treatment of women with PTSD due to childhood sexual abuse.", in *The 17th annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies*.

Friedman, M. J. 2002, "Future pharmacotherapy for PTSD: Prevention and treatment.", *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 25, pp. 1-15.

Friedman, M. J. 2003, "Pharmacologic management of posttraumatic stress disorder.", *Primary Psychiatry*, vol. 10, pp. 66-68.

Friedman, M. J. & Karam, E. G. 2008, "Looking forward to DSM-V and ICD-11.", in *Stress-induced Fear Circuitry Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-V*, G. Andrews et al., eds., American Psychiatric Association, Washington D.C..

Friedman, M. J. & Schnurr, P. P. 1995, "The relationship between trauma and physical health.", in *Neurobiological and clinical consequences of stress: From normal adaption to post-traumatic stress disorder*, M. J. Friedman, D. S. Charney, & A. Y. Deutch, eds., Lippincott-Raven, Philadelphia.

- Fries, A. B., Ziegler, T. E., Kurian, J. R., Jocoris, S., & Pollack, S. D. 2005, "Early experience in humans associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior.", *Proceedings of the Natural Academy of Sciences of the United States of America.*, vol. 102, no. 47, pp. 17237-17240.
- Fu, C. H. Y., Williams, S. C., Cleare, A. J., Brammer, M. J., Walsh, N. D., Kim, J., Andrew, C. M., Pich, E. M., Williams, P. M., Reed, L. J., Mitterschiffthaler, M. T., Suckling, J., & Bullmore, E. T. 2004, "Attenuation of the neural response to sad faces in major depression by antidepressant treatment: a prospective, event-related functional magnetic resonance imaging study.", *Archives of General Psychiatry*, vol. 61, pp. 877-889.
- Gabbard, G. O., Horowitz, L., Allen, J. G., Frieswyk, S., Newson, G., Colson, D. B., & Coyne, L. 1994, "Transference interpretation in the psychotherapy of borderline patients: A high-risk, high-gain phenomena.", *Harvard Review of Psychiatry*, vol. 2, pp. 59-69.
- Galea, G., Ahern, J., Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Bucuvalas, M. J., & Gold, J. 2002, "Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City.", *New England Journal of Medicine*, vol. 346, no. 13, pp. 982-987.
- Gard, G. 2007, "Factors important for good interaction in physiotherapy treatment of persons who have undergone torture: A qualitative study.", *Physiotherapy Theory and Practice*, vol. 23, no. 1, pp. 47-55.
- Gargurevich, R. 2006, *Post-traumatic stress disorder and disaster in Peru.*, University of Leuven.
- Gavrilovic, J. J., D'ardenne, P., Bogic, M., Capuzzo, N., & Priebe, S. 2005, "Survey of specialised UK traumatic stress services", *Psychiatric Bulletin*, vol. 29, pp. 416-418.
- Geuze, E., Westenberg, H. G. M., Jochims, A., de Kloet, C. S., Bohus, M., Vermetten, E., & Schmahl, C. 2007, "Altered pain processing in veterans with posttraumatic stress disorder.", *Archives of General Psychiatry*, vol. 64, pp. 76-85.
- Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. 2006, "Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. Randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy.", *Archives of General Psychiatry*, vol. 63, no. 649, p. 658.
- Goldberg, J. F., Cloitre, M., Whiteside, J. E., & Han, H. 2003, "An open-label pilot study of divalproex sodium for posttraumatic stress disorder related to childhood abuse.", *Current Therapeutic Research*, vol. 64, pp. 152-176.



- Golding, J. M. 1996, "Sexual assault history and women's reproductive and sexual health.", *Psychology of Women Quarterly*, vol. 20, pp. 101-121.
- Goldstein, R. D., Wampler, N. S., & Wise, P. H. 1995, "War experiences and distress symptoms in Bosnian children.", *Pediatrics*, vol. 100, no. 5, pp. 873-878.
- Gordon, T. & Edwards, P. S. 1995, *Making the patient your partner: Communication skills for doctors and other caregivers*. Auburn House, Westport, CT.
- Gould, E., McEwen, B. S., Tanapat, P., Galea, L. A. M., & Fuchs, E. 1997, "Neurogenesis in the dentate gyrus of the adult tree shrew is regulated by psychosocial stress and NMDA receptor activation.", *Journal of Neuroscience*, vol. 17, pp. 2492-2498.
- Gray, G. 1998, "Treatment of survivors of political torture: administrative and clinical issues", *J. Ambul.Care Manage.*, vol. 21, no. 2, pp. 39-42.
- Gray, M. J., Elhai, J. D., & Frueh, B. C. 2004, "Enhancing patient satisfaction and increasing treatment compliance: patient education as a fundamental component of PTSD treatment.", *Psychiatric Quarterly*, vol. 75, no. 4, pp. 321-332.
- Greenspan, S. I. & Shanker, S. G. 2006, "A developmental framework for depth psychology and a definition of healthy emotional functioning.", in *Psychodynamic Diagnostic Manual*, PDM Task Force, ed., Alliance of Psychoanalytic Organisations., Silver Spring, M.D..
- Grinker, R. R. & Spiegel, J. P. 1945, *Men under stress*. Blakiston, Philadelphia.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. 2004, "Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis.", *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 57, pp. 35-43.
- Grünbaum, L. 2007, "Supervision ved tværkulturelle problemstillinger.", in *Supervision og psykoterapi. Teori og praksis.*, C. H. Jacobsen, ed., Akademisk Forlag, København.
- Gupta, L. & Zimmer, C. 2008b, "Psychosocial intervention for war-affected children in Sierra Leone", *Br.J.Psychiatry*, vol. 192, no. 3, pp. 212-216.
- Gupta, L. & Zimmer, C. 2008a, "Psychosocial intervention for war-affected children in Sierra Leone", *Br.J.Psychiatry*, vol. 192, no. 3, pp. 212-216.
- Gurr, R. & Quiroga, J. 2001, *Approaches to torture rehabilitation. A desk study covering effects, cost-effectiveness, participation, and sustainability*. International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT), Copenhagen.

- Gyllensten, A. L., Hansson, L., & Ekdahl, C. 2003, "Outcome of basic body awareness therapy. A randomized controlled study of patients in psychiatric outpatient care.", *Advances in Physiotherapy*, vol. 5, pp. 179-190.
- Hamilton, C. E. 2000, "Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence.", *Child Development*, vol. 71, pp. 690-694.
- Hamner, M. B., Deitsch, S. E., Ulmer, H. G., Brodrick, P. S., & Lorberbaum, J. P. "Quetiapine treatment in posttraumatic stress disorder: A preliminary trial of add-on therapy.", in 41st Annual Meeting of the New Clinical Drug Evaluation Unit.
- Hamner, M. B. & Diamond, B. I. 1993, "Elevated plasma dopamine in posttraumatic stress disorder: A preliminary report.", *Biological Psychiatry*, vol. 33, pp. 304-306.
- Hamner, M. B., Faldowski, R. A., Ulmer, H. G., Frueh, B. C., Huber, M., & Arana, G. W. 2003, "Adjunctive risperidone treatment in posttraumatic stress disorder: A preliminary controlled trial of effects on comorbid psychotic symptoms.", *International Clinical Psychopharmacology*, vol. 18, pp. 1-8.
- Hansen, A. R. & Kjølner, M. 2007, Arbejdsnotat: Sundhed blandt etniske minoriteter. Resultater fra Sundheds - og sygelighedsundersøgelsen 2005 (SUSY 2005)., Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København.
- Harari, D., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van Ijzendoorn, M. J. 2007, "Attachment, disorganization and dissociation.", in *Traumatic dissociation, neurobiology and treatment*, E. Vermetten, M. J. Dorahy, & D. Spiegel, eds., American psychiatric Publishing, Inc., Washington.
- Harmon-Jones, E. & Winkielman, P. 2007, *Social neuroscience. Integrating biological and physiological explanations of social behavior*. Guilford Press, New York.
- Harris, W. W., Putnam, F. W., & Fairbank, J. A. 2006, "Mobilizing trauma resources for children.", in *Shaping the future of children's health*, A. F. Lieberman & R. DeMartino, eds., Johnson & Johnson Pediatric Institute, Calverton, N.Y., pp. 311-339.
- Hart, S. 2006, *Betydningen af samhörighed. Om neuro-afektiv udviklingspsykologi*. Hans Reitzels Forlag, København.
- Heim, C., Newport, J. D., Bonsall, R., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. 2001, "Altered pituitary-adrenal axis responses to provocative challenge tests in adult survivors of childhood abuse.", *American Journal of Psychiatry*, vol. 158, pp. 575-581.

Helweg-Larsen, K. & Kastrup, M. 2006, "Konsekvenser af kollektiv vold med særlig fokus på kønsperspektivet.", *Ugeskr.læger*, vol. 168, no. 36, pp. 3047-3049.

Helweg-Larsen, K., Kastrup, M., Baez, A., & Flachs, E. M. 2007a, Etniske forskelle i kontaktmønstret til det danske psykiatriske behandlingssystem. Et registerbaseret studie., Videnscenter for Transkulturel Psykiatri, Statens Institut for Folkesundhed, København.

Helweg-Larsen, K., Kastrup, M., Baez, A., & Flachs, E. M. 2007b, Psykisk trivsel. Psykisk sygdom. Etniske forskelle blandt unge i Danmark., Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København.

Helzer, J. E., Robins, L. N., & McEvoy, L. 1987, "Post-traumatic stress disorder in the general population: Findings of the epidemiologic catchment area survey.", *New England Journal of Medicine*, vol. 317, no. 26, pp. 1630-1634.

Herman, J. L. 1992a, "Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma.", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 5, no. 3, pp. 377-391.

Herman, J. L. 1992b, *Trauma and recovery*. Basic Books, New York.

Hertzberg, M. A., Butterfield, M. I., Feldman, M. E., Beckham, J. C., Sutherland, S. M., & Connor, K. M. 1999, "A preliminary study of lamotrigine for the treatment of posttraumatic stress disorder.", *Biological Psychiatry*, vol. 45, pp. 1226-1229.

Higgins, A. B. & Follette, V. M. 2002, "Frequency and impact of interpersonal trauma in older women.", *Journal of Clinical Gerontopsychology*, vol. 8, pp. 215-226.

Hofer, M. A. 1994, "Hidden regulators in attachment, separation and loss.", *Monograph of the Society for Research in Child Development*, vol. 59, pp. 227-240.

Hoge, C., Auchterlonie, J., & Miliken, C. 2006, "Mental health problems, use of mental health services and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan.", *The Journal of the American Medical Association*, vol. 295, pp. 1023-1032.

Hoge, C., Castro, C. A., Messer, S. C., & McGurk, D. 2004, "Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems and barriers to care.", *The New England Journal of Medicine*, vol. 351, pp. 13-22.

Holmqvist, R., Andersen, K., Anjum, T., & Alinder, B. 2006, "Change in self-image and PTSD symptoms in short-term therapies with traumatized refugees.", *Psychoanalytic Psychotherapy*, vol. 20, no. 4, pp. 251-265.

Holtan, N., Antolak, K., Johnson, D. R., Ide, L., Jaranson, J., & Ta, K. 2002, "Unrecognized torture affects the health of refugees.", *Minnesota Medicine*, vol. 85, no. 5, pp. 35-39.

Hopper, J. W., Frewen, P. A., van der Kolk, B. A., & Lanius, R. A. 2007a, "Neural correlates of reexperiencing, avoidance, and dissociation in PTSD: symptom dimensions and emotion dysregulation in responses to script-driven trauma imagery.", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 20, no. 5, pp. 713-725.

Hopper, J. W., Frewen, P. A., van der Kolk, B. A., & Lanius, R. A. 2007d, "Neural correlates of reexperiencing, avoidance, and dissociation in PTSD: symptom dimensions and emotion dysregulation in responses to script-driven trauma imagery.", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 20, no. 5, pp. 713-725.

Hopper, J. W., Frewen, P. A., van der Kolk, B. A., & Lanius, R. A. 2007c, "Neural correlates of reexperiencing, avoidance, and dissociation in PTSD: symptom dimensions and emotion dysregulation in responses to script-driven trauma imagery.", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 20, no. 5, pp. 713-725.

Hopper, J. W., Frewen, P. A., van der Kolk, B. A., & Lanius, R. A. 2007b, "Neural correlates of reexperiencing, avoidance, and dissociation in PTSD: symptom dimensions and emotion dysregulation in responses to script-driven trauma imagery.", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 20, no. 5, pp. 713-725.

Ingram, R., Bailey, K., & Siegle, G. 2004, "Emotional information processing and disrupted parental bonding: Cognitive specificity and avoidance.", *Journal of Cognitive Psychotherapy*, vol. 18, pp. 53-65.

Ipsen, J. C., Seedat, S., & Stein, D. J. 2006, "Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder - a systematic review and meta-analysis.", *SAMJ*, vol. 96, pp. 1088-1096.

Ironson, G., Freund, B., Strauss, J. L., & Williams, J. 2002, "Comparison of two treatments for traumatic stress: a community-based study of EMDR and prolonged exposure.", *Journal of Clinical Psychology*, vol. 58, no. 1, pp. 113-128.

Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., Andrews, G., & Lapsley, H. 2004, "Modelling the population cost-effectiveness of current and evidence-based optimal treatment for anxiety disorders.", *Psychological Medicine*, vol. 34, pp. 19-35.

Jacobsen, C. H. 2007, "Supervisionens materiale og proces.", in *Supervision og psykoterapi. Teori og praksis.*, C. H. Jacobsen & K. V. Mortensen, eds., Akademisk Forlag, København.

Jakobsen, L. & Smidt-Nielsen, K. 1997, *Torture survivor. Trauma and rehabilitation.*, 1 edn, IRCT, Copenhagen.

Jensen, S. B. & Agger, I. 1990, "[Refugees' encounter with the Danish psychiatric system].", *Ugeskr.læger*, vol. 152, no. 13, pp. 900-905.

Jensen, S. B., Schaumburg, E., Leroy, B., Larsen, B. O., & Thorup, M. 1989, "Psychiatric care of refugees exposed to organized violence. A comparative study of refugees and immigrants in Frederiksborg County, Denmark.", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 80, no. 2, pp. 125-131.

Johansen, M. L., Mouritsen, T., & Montgomery, E. 2006, *Mod en fælles indsats. Netværksarbejde til forebyggelse af ungdomskriminalitet i traumatiserede flygtningefamilier.*, 2 edn, Rehabiliterings- og Forskningscentret for Torturofre, Kbh.

Johnson, D. R., Lubin, H., Rosenheck, R., Fontana, A., Charney, D., & Southwick, S. M. 1999, "Comparison of outcome between homogeneous and heterogeneous treatment environments in combat-related posttraumatic stress disorder.", *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 187, no. 2, pp. 88-95.

Johnson, D. R. & Lubin, H. 1997, "Treatment preferences of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder.", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 10, no. 3, pp. 391-405.

Johnson-Reid, M., Drake, B., Kim, J., Porterfield, S., & Han, L. 2004, "A prospective analysis of the relationship between reported child maltreatment and special education eligibility among poor children.", *Child Maltreatment*, vol. 9, no. 4, pp. 382-394.

Jørgensen, U. & Jensen B. 2007, *OASIS 1987-2007. OASIS - Behandling og rådgivning til flygtninge.*, OASIS, København.

Jorm, A. F., Kelly, C. M., & Morgan, A. J. 2007a, "Participant distress in psychiatric research: A systematic review.", *Psychological Medicine*, vol. 37, pp. 917-926.

Jorm, A. F., Kelly, C. M., & Morgan, A. J. 2007b, "Participant distress in psychiatric research: a systematic review.", *Psychological Medicine*, vol. 37, pp. 917-926.

Jul Gunnensen, S. 2007, *Statistisk årbog 2007.*, 111. edn, Danmarks Statistik, København.

Juul Jørgensen, S. 2005, *Kronisk sygdom. patient, sundhedsvæsen og samfund.* Sundhedsstyrelsen, Kbh.

Kæreby, F. & Sørensen, J. H. 2008, "Dansk deltagelse ved den første internationale konference om SE-terapi.", *Psykoterapeuten*, vol. 1, pp. 43-48.

- Kagan, J. 1994, Galen's prophecy. Temperament in Human Nature. Basic Books, New York.
- Kagan, J. & Snidman, N. 2004, The long shadow of temperament. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Kang, H. K., Bullmann, T. A., & Taylor, J. T. 2006, "Risk of selected cardiovascular diseases and posttraumatic stress disorder among former World War II prisoners of war.", *Annals of Epidemiology*, vol. 16, pp. 381-386.
- Kastrup, M. & Baez, A. 2006, "Global mental sundhed", *Ugeskr.læger*, vol. 168, no. 36, pp. 3030-3032.
- Kaufman, J., Yang, B. Z., Douglas-Palumberi, H., Houshyar, S., Lipschitz, D., Krystal, J. H., & Gelernter, J. 2004, "Social support and serotonin transporter gene moderate depression in maltreated children.", *Proceedings of the Natural Academy of Sciences of the United States of America.*, vol. 101, pp. 17316-17321.
- Kaysen, D., Scher, C. D., Mastnak, J., & Resick, P. A. 2005, "Cognitive mediation of childhood maltreatment and adult depression in recent crime victims.", *Behavior Therapy*, vol. 36, pp. 235-244.
- Keane, T. M., Fairbank, J. A., Cadell, J. M., Zimmering, R. T., & Bender, M. E. 1985, "A behavioral approach to assessing and treating post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans.", in *Trauma and its wake*, C. R. Figley, ed., Brunner/Mazel, New York.
- Keane, T. M. & Kaloupek, D. G. 2002, "Posttraumatic stress disorder: Diagnosis, assessment and monitoring outcomes.", in *Treating trauma survivors with PTSD*, R. Yehuda, ed., American Psychiatric Press, Washington.
- Keane, T. M., Marshall, A. D., & Taft, C. T. 2006, "Posttraumatic stress disorder: Etiology, epidemiology, and treatment outcome.", *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 2, pp. 161-197.
- Kendler, K. S., Kuhn, J. W., Vittum, J., Prescott, C. A., & Riley, B. 2005, "The interaction of stressful life events and a serotonin transporter polymorphism in the prediction of episodes in major depression.", *Archives of General Psychiatry*, vol. 62, pp. 529-535.
- Kendler, K. S., Prescott, C. A., Myers, J., & Neale, M. C. 2003a, "The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women.", *Archives of General Psychiatry*, vol. 60, no. 9, pp. 929-937.

Kendler, K. S., Prescott, C. A., Myers, J., & Neale, M. C. 2003b, "The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women.", *Archives of General Psychiatry*, vol. 60, no. 9, pp. 929-937.

Kessler, R. C. 2000, "Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society.", *Journal of Clinical Psychology*, vol. 61, no. Suppl 5, pp. 4-12.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. 1995, "Post-traumatic stress disorder in the national comorbidity survey.", *Archives of General Psychiatry*, vol. 57, pp. 1048-1060.

Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S., & Best, C. L. 2003, "Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents.", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 71, pp. 692-700.

King, L. A., King, D. W., Fairbank, J. A., Keane, T. M., & Adams, G. A. 1998, "Resilience-recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: Hardiness, post-war social support, and additional stressful life events.", *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 74, pp. 420-434.

Kinzie, J. D. & Boehnlein, J. K. 1993, "Psychotherapy of the victims of massive violence: countertransference and ethical issues.", *American Journal of Psychotherapy*, vol. 47, no. 1, pp. 90-102.

Kinzie, J. D. & Friedman, M. J. 2004, "Psychopharmacology for refugee and asylum seeker patients.", in *Broken spirits: The treatment of asylum seekers and refugees with PTSD.*, J. P. Wilson & B. Drozdek, eds., Brunner-Routledge Press, New York.

Kjærgaard, J., Mainz, J., Jørgensen, T., & Willaing, I. 2006, *Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. en lærebog*. Munksgaard Danmark, København.

Kluznik, J. C., Speed, N., van Kalkenberg, C., & Magraw, R. 1986, "40 years follow up of united states prisoners of war", *American Journal of Psychiatry*, vol. 143, pp. 1443-1446.

Knutson, B. & Wimmer, E. R. 2007, "Neural circuitry for social valuation.", in *Social Neuroscience. Integrating biological and physiological explanations of social behavior*, E. Harmon-Jones & P. Winkielman, eds., Guilford Press, New York.

Kochanska, G., Murray, K., & Harlan, E. 2000, "Effortful control in early childhood. Continuity and change antecedents and implications for social development. ½", *Developmental Psychology*, vol. 36, pp. 220-232.

Kolb, L. C., Burris, B. C., & Griffiths, S. 1984, "Propranolol and clonidine in the treatment of the chronic post-traumatic stress disorders of war," in Post-traumatic stress disorder: Psychological and biological sequelae, B. A. van der Kolk, ed., American Psychiatric Press, Washington D.C., pp. 97-107.

Kosten, T. R., Frank, J. B., Dan, E., McDougle, C. J., & Giller, E. L. 1991, "Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder using phenelzine or imipramine.", *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 179, pp. 366-370.

Krasnik, A., Norredam, M., Sorensen, T. M., Michaelsen, J. J., Nielsen, A. S., & Keiding, N. 2002, "Effect of ethnic background on Danish hospital utilisation patterns.", *Social Science and Medicine*, vol. 55, no. 7, pp. 1207-1211.

Kristiansen, M., Mygind, A., & Krasnik, A. 2006, "Sundhedsmæssige konsekvenser af migration.", *Ugeskr.læger*, vol. 168, no. 36, pp. 3006-3008.

Krueger, R. F., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Silva, P. A. 1998a, "The structure and stability of common mental disorders (DSM-III-R): a longitudinal-epidemiological study.", *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 107, no. 2, pp. 216-227.

Krueger, R. F., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Silva, P. A. 1998b, "The structure and stability of common mental disorders (DSM-III-R): a longitudinal-epidemiological study.", *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 107, no. 2, pp. 216-227.

Krueger, R. F., Hicks, B. M., Patrick, C. J., Carlson, S. R., Iacono, W. G., & McGue, M. 2002, "Etiologic connections among substance dependence, antisocial behavior, and personality: Modeling the externalizing spectrum.", *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 111, pp. 411-424.

Krueger, R. F., McGue, M., & Iacono, W. G. 2001, "The higher-order structure of common DSM mental disorders: Internalization, externalization, and their connections to personality.", *Personality and Individual Differences*, vol. 30, pp. 1245-1259.

Krueger, R. F., Watson, D., & Barlow, D. H. 2005, "Toward a dimensionally based taxonomy of psychopathology.", *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 114, pp. 491-493.

Krystal, J. H., Kosten, T. R., Southwick, S. M., Mason, J. W., Perry, B. D., & Geller, E. L. 1989, "Neurobiological aspects of PTSD: review of clinical and preclinical studies.", *Behavior Therapy*, vol. 20, pp. 177-198.

Kubany, E. S., Hill, E. E., & Owens, J. A. 2003, "Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: Preliminary findings.", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 16, no. 1, pp. 81-91.



Kubany, E. S., Hill, E. E., Owens, J. A., Iannce-Spencer, C., McCraig, M. A., & Tremayne, K. J. 2004, "Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW).", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 72, no. 1, pp. 3-18.

Kuterovac, G., Dyregrov, A., & Sturland, R. 1994, "Children in war: A silent majority under stress.", *British Journal of Medical Psychology*, vol. 67, no. 4, pp. 363-375.

Lane, R. D. & Garfield, D. A. S. 2005, "Becoming aware of feelings: Integration of cognitive developmental, neuroscientific, and psychoanalytic perspectives.", *Neuro-Psychoanalysis*, vol. 7, pp. 1-66.

Lane, R. D. & Nadel, J. 2000, *Cognitive neuroscience of emotion*.  
Oxford University Press, New York.

Lanius, R. A., Bluhm, R., & Lanius D. 2007, "Posttraumatic stress disorder symptom provocation and neuroimaging. Heterogeneity of response.", in *Traumatic Dissociation, Neurobiology and Treatment*, E. Vermetten, M. J. Dorahy, & D. Spiegel, eds., American Psychiatric Publishing, Inc., Washington D.C..

Lanius, R. A., Williamson, P. C., Boksman, K., Densmore, M., Gupta, M., Neufeld, R. W., Gati, J. S., & Menon, R. S. 2002, "Brain activation during script-driven imagery induced dissociative responses in PTSD: a functional magnetic resonance imaging investigation.", *Biol.Psychiatry*, vol. 52, no. 4, pp. 305-311.

Laor, N., Wolmer, L., Kora, M., Yucel, D., Spirman, S., & Yazgan, Y. 2002, "Posttraumatic dissociative and grief symptoms in Turkish children exposed to the 1999 earthquakes.", *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 190, pp. 824-832.

Lauterbach, D., Bak, C., Reiland, s., Mason, S., Lute, M. R., & Earls, L. 2007, "Quality of parental relationships among persons with a lifetime history of posttraumatic stress disorder.", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 20, pp. 161-172.

Lauterbach, D., Kock, E. I., & Porter, K. 2007, "The relationship between childhood support and later emergence of PTSD.", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 20, no. 857, p. 868.

Layne, C. M., Steinberg, A., Warren, J., Cohn, B., Neibauer, N., & Carter, B. 2004, "Risk, resistance, and resilience following disaster.", in *Risk, resistance, and resilience in trauma-exposed populations: Emerging concepts, methods, and intervention strategies.*, vol. New Orleans, LA. R. Pynoos, ed., Invited symposium at the Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies., New Orleans, LA..

Le Doux, J. 1996, *The emotional brain. The mysterious underpinnings of emotional life*.  
New York.

- Le Doux, J. 2002, *The synaptic self. How our brains become who we are.* Viking Press, New York.
- Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J., & Greenwald, R. 2002, "Treatment of PTSD: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR.", *Journal of Clinical Psychology*, vol. 58, no. 9, pp. 1071-1089.
- Lee, D. A., Scragg, P., & Turner, S. 2001, "The role of shame and guilt in traumatic events: a clinical model of shame-based and guilt-based PTSD", *Br.J.Med.Psychol.*, vol. 74, no. Pt 4, pp. 451-466.
- Lemieux, A. M. & Coe, C. L. 1995, "Abuse-related posttraumatic stress disorder: Evidence for chronic neuroendocrine activation in women.", *Psychosomatic Medicine*, vol. 57, pp. 105-115.
- Levin, A. 2008, "Blast injury sequelae linked to PTSD.", *Psychiatric News*, vol. 43, pp. 23-31.
- Levine, P. 1992, *The body as healer: Transforming trauma and anxiety.* Author, Lyons, CO.
- Levine, P. 2003, *Væk tigeren. Helbredelse af traumer.* Borgens Forlag, København.
- Levine, S. 1994, "The ontogeny of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. The influence of maternal factors.", *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 746, pp. 275-293.
- Levy, K. N. 2008, "Psychotherapies and lasting change.", *American Journal of Psychiatry*, vol. 165, no. 5, pp. 556-559.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, G. F. 2006, "Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for Borderline Personality Disorder.", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 74, pp. 1027-1040.
- Lewis, J. D. 2002, "Mirtazapine for PTSD nightmares (Letter).", *American Journal of Psychiatry*, vol. 159, pp. 1948-1949.
- Lewis, L., Kelly, K. A., & Allen, J. G. 2006, *Restoring hope and trust: An illustrated guide to mastering trauma.* Sidran Press, Baltimore MD.
- Li, B.-M. & Mei, Z.-T. 1994, "Delayed response deficit induced by local injection of the alpha-2 adrenergic antagonist yohimbine into the dorsolateral prefrontal cortex in young adult monkeys.", *Behavioral and Neural Biology*, vol. 62, pp. 134-139.

Liberzon, I. & Phan, K. 2003, "Brain-imaging studies of posttraumatic stress disorder.", *CNS Spectrums*, vol. 8, pp. 641-650.

Lieberman, A. F. & Van Horn, P. 2004, "Assessment and treatment of young children exposed to traumatic events.", in *Young children and trauma: Intervention and treatment.*, J. D. Osofsky, ed., Guilford Press, New York.

Lieberman, M. D. 2007, "Putting feelings into words: Affect labeling disrupts amygdala activity to affective stimuli.", *Psychological Science*, vol. 18, pp. 421-428.

Lieberman, M. D. & Eisenberger, N. I. 2006, "A pain by another name (Rejection, Exclusion, Ostracism) still hurts the same: The role of dorsal anterior cingulate cortex in social and physical pain.", in *Social neuroscience. People thinking about thinking people.*, J. T. Cacioppo, P. S. Visser, & C. L. Pickett, eds., The MIT Press, Cambridge, Mass.

Lieberman, M. D., Eisenberger, N. I., & Crockett, M. J. 2007, "Putting feelings into words: Affect labelling disrupts amygdala activity to affective stimuli.", *Psychological Science*, vol. 18, pp. 421-428.

Linehan, M. 1993, *Cognitive-Behavioral treatment for Borderline Personality Disorder.* The Guilford Press, New York.

Linley, P. A. & Joseph, S. 2004, "Positive change following trauma and adversity: A review.", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 17, pp. 11-21.

Linnehan, M. 2004, *Manual til dialektisk adfærdsterapi - færdighedstræning.* Dansk Psykologisk Forlag, København.

Linnehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K., & Lindenboim, N. 2006, "Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorders.", *Archives of General Psychiatry*, vol. 63, pp. 757-766.

Liotti, G. 2004, "Trauma, dissociation and disorganized attachment: Three strands of a single braid.", *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, vol. 41, pp. 472-486.

Lipper, S., Davidson, J. R. T., Grady, T. A., Edinger, J. D., Hammett, E. B., & Mahorney, S. L. 1986, "Preliminary study of carbamazepine in posttraumatic stress disorder.", *Psychosomatics*, vol. 27, pp. 849-854.

- Loof, D., Grimley, P., Kuller, F., Martin, A., & Shonfield, L. 1995, "Carbamazepine for PTSD.", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 6, pp. 703-704.
- Lund, A. S. 2008, *Hvad virker? En diskussion af metode og evidens i rehabiliterings og behandlingsarbejdet med traumatiserede flygtninge.*, Dansk Flygtningehjælp, Center for Udsatte Flygtninge.
- Luyten, P. & Blatt, S. J. 2007, "Looking back towards the future: Is it time to change the DSM approach to psychiatric disorders? The case of depression.", *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, vol. 70, pp. 85-99.
- Lynch, M. 2003, "Consequences of childrens' exposure to community violence.", *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 6, pp. 426-434.
- Maaranen, P., Tanskanen, A., Haatainen, K., Koivumaa-Honkanen, H., Hintikka, J., & Viinamaki, H. 2004, "Somatoform dissociation and adverse childhood experiences in the general population.", *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 192, pp. 337-342.
- Macleod, A. D. 1996, "Vigabatrin and posttraumatic stress disorder.", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, vol. 2, pp. 190-191.
- Macy, R. D., Macy, D. J., Gross, S., & Brighten, P. 2006, *Basic training manual for the 15-session Psychosocial Structured Activity (PSSA). For children and youth exposed to difficult circumstances.* The Center for Trauma Psychology. Columbia University, Boston.
- Major, E. F. 2000, "[Psychiatric/psychological work with refugees and asylum seekers]", *Tidsskr.Nor Laegeforen.*, vol. 120, no. 28, pp. 3420-3423.
- Malberg, J. C. 2000, "Chronic antidepressant treatment increases neurogenesis in adult rat hippocampus.", *Journal of Neuroscience*, vol. 20, pp. 9104-9110.
- Malek-Ahmadi, P. 2003, "Gabapentin and posttraumatic stress disorder.", *Annals of Pharmacotherapy*, vol. 37, pp. 664-666.
- Mallinkrodt, B., Gantz, D. L., & Coble, H. M. 1995, "Attachment patterns in the psychotherapy relationship: Development of the Patient Attachment to Therapist Scale.", *Journal of Consulting Psychology*, vol. 42, pp. 307-317.
- Malmgren-Olsson, E.-B. & Bränholm, I.-B. 2002, "A comparison between three physiotherapy approaches with regard to health-related factors in patients with non-specific musculoskeletal disorders.", *Disability and Rehabilitation*, vol. 24, no. 6, pp. 308-317.

- Manly, J. T., Cicchetti, D., & Barnett, D. 1994, "The impact of subtype frequency, chronicity, and severity of child maltreatment on social competence and behavior problems.", *Development and Psychopathology*, vol. 6, pp. 121-143.
- March, J. S. 1993, "What constitutes a stressor? The 'Criterion A' issue." in *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*, J. R. T. Davidson & E. B. Foa, eds., American Psychiatric Press, Washington.
- Marmar, C. R., Schoenfeld, F., Weiss, D. S., Metzler, T., Zatzick, D., & Wu, R. 1996, "Open trial of fluvoxamine treatment for combat-related posttraumatic stress disorder.", *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 57, pp. 66-70.
- Marshall, R., Beebe, K. L., Oldham, M., & Zaninelli, R. 2001, "Efficacy and safety of paroxetine treatment for chronic PTSD: A fixed-dose-placebo-controlled study.", *American Journal of Psychiatry*, vol. 158, pp. 1982-1988.
- Marshall, R. P., Jorm, A. F., Grayson, D. A., & O'Toole, B. I. 2000, "Medical-care costs associated with posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans.", *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 34, no. 954, p. 962.
- Martenyi, F., Brown, E. B., Zhang, H., Prakash, A., & Koke, S. C. 2002, "Fluoxetine versus placebo in posttraumatic stress disorder.", *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 63, pp. 199-206.
- Martin, L., Rosen, L. N., Durand, D. B., Knudson, K. H., & Stretch, R. H. 2000, "Psychological and physical health effects of sexual assaults and nonsexual traumas among male and female United States Army soldiers.", *Behavioural Medicine*, vol. 26, pp. 23-33.
- McFall, M., Malte, C., Fontana, A., & Rosenheck, R. 2000, "Effects of an outreach intervention on use of mental health services by veterans with posttraumatic stress disorder.", *Psychiatric Services*, vol. 51, no. 3, pp. 369-374.
- McGorry, P. 1995, "Working with survivors of torture and trauma: the Victorian Foundation for Survivors of Torture in perspective.", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 29, pp. 463-472.
- Meyer, B. & Pilkonis, P. 2002, "Attachment styles.", in *Psychotherapy relationships that work.*, J. Norcross, ed., Oxford University Press, New York.
- Meyer, B., Pilkonis, P., Proietti, J. M., Heape, C. L., & Egan, M. 2001, "Attachment styles, personality disorders, and response to treatment.", *Journal of Personality Disorders*, vol. 15, pp. 371-389.

- Miller, K. E., Martell, Z. L., Pazdirek, L., Caruth, M., & Lopez, D. 2005, "The role of interpreters in psychotherapy with refugees: an exploratory study.", *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 75, no. 1, pp. 27-39.
- Miller, M. W., Greif, J. L., & Smith, A. A. 2003b, "Multidimensional Personality Questionnaire profiles of veterans with traumatic combat exposure: externalizing and internalizing subtypes.", *Psychological Assessment*, vol. 15, no. 2, pp. 205-215.
- Miller, M. W., Greif, J. L., & Smith, A. A. 2003a, "Multidimensional Personality Questionnaire profiles of veterans with traumatic combat exposure: externalizing and internalizing subtypes.", *Psychological Assessment*, vol. 15, no. 2, pp. 205-215.
- Miller, M. W., Kaloupek, D. G., Dillon, A. L., & Keane, T. M. 2004a, "Externalizing and internalizing subtypes of combat-related PTSD: a replication and extension using the PSY-5 scales.", *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 113, no. 4, pp. 636-645.
- Miller, M. W., Kaloupek, D. G., Dillon, A. L., & Keane, T. M. 2004b, "Externalizing and internalizing subtypes of combat-related PTSD: a replication and extension using the PSY-5 scales.", *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 113, no. 4, pp. 636-645.
- Miller, M. W. & Resick, P. A. 2007c, "Internalizing and externalizing subtypes in female sexual assault survivors: Implications for the understanding of complex PTSD.", *Behavior Therapy*, vol. 38, no. 1, pp. 58-71.
- Miller, M. W. & Resick, P. A. 2007a, "Internalizing and externalizing subtypes in female sexual assault survivors: Implications for the understanding of complex PTSD.", *Behavior Therapy*, vol. 38, no. 1, pp. 58-71.
- Miller, M. W. & Resick, P. A. 2007b, "Internalizing and externalizing subtypes in female sexual assault survivors: Implications for the understanding of complex PTSD.", *Behavior Therapy*, vol. 38, no. 1, pp. 58-71.
- Millon, T. 2008, "Foreword to 'Foreword' of Peter Fonagy.", in *Polarities of experience. Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process.*, S. J. Blatt, ed., American Psychological Association., Washington D.C..
- Millon, T. & Grossman, S. 2007a, *Moderating severe personality disorders.* John Wiley & Sons, Inc., New York.
- Millon, T. & Grossman, S. 2007b, *Overcoming resistant personality disorders.* John Wiley & Sons, Inc., New York.

Ministeriet for Flygtninge, I. o. I. Ny I Danmark. Indsats for traumatiserede flygtninge. [http://www.nyidanmark.dk/da-dk/Integration/integrationsfremmende\\_initiativer/traumatiserede\\_flygtninge/indsats\\_for\\_traumatiserede\\_flygtninge.htm](http://www.nyidanmark.dk/da-dk/Integration/integrationsfremmende_initiativer/traumatiserede_flygtninge/indsats_for_traumatiserede_flygtninge.htm) . 2008.

Ministeriet for Flygtninge, Indvandrere og Integration. RefType: Electronic Citation.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2008, Rapport fra arbejdsgruppen om hurtigere visiterende undersøgelser til det særlige behandlingstilbud for traumatiserede flygtninge., Ministeriet for Sundhed of Forebyggelse.

Mink, O. G., Owen, K. O., & Mink, B. P. 1993, Developing high performance people: The art of coaching. Addison-Wesley, Reading, MA.

Mirdal, G. & Essendrop, M. 2004, "Helbredende faktorer set fra klientens, tolkens og terapeutens perspektiv," in OASIS. Årsrapport 2004., U. Jørgensen & Jensen B., eds., OASIS, København.

Mitton, C. & Donaldson, C. 2004, Priority setting toolkit. A guide to the use of economics in healthcare decision making. BMJ Publishing Group, London.

Mohamed, F., Abdulhaleq, H., Abdelkarim, G., Sovidan, R., & Safo, H. 2007, "The psychosocial rehabilitation approach in treating torture victims.", *Ethnicity and Disease*, vol. 17, no. 2, supplement, p. S85-S87.

Möhlen, H., Parzer, P., Resch, F., & Brunner R. 2005, "Psychosocial support for war-traumatized child and adolescent refugees: evaluation of a short-term treatment program.", *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 39, no. 1-2, pp. 81-87.

Momartin, S., Silove, D., Manicavasagar, V., & Steel, Z. 2003b, "Dimensions of trauma associated with posttraumatic stress disorder (PTSD) caseness, severity and functional impairment: a study of Bosnian refugees resettled in Australia", *Soc.Sci.Med.*, vol. 57, no. 5, pp. 775-781.

Momartin, S., Silove, D., Manicavasagar, V., & Steel, Z. 2003a, "Dimensions of trauma associated with posttraumatic stress disorder (PTSD) caseness, severity and functional impairment: a study of Bosnian refugees resettled in Australia", *Soc.Sci.Med.*, vol. 57, no. 5, pp. 775-781.

Monson, C. M., Schnuur, P. P., Resick, P. A., Friedman, M. J., Young-Xu, Y., & Stevens, S. P. 2006, "Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder.", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 74, pp. 898-907.

Moran, M. 2008, "Mentalization-based treatment shows promise with BPD.", *Psychiatric News*, vol. 43, pp. 28-31.

Mygind, A. 2006, *Etniske minoriteters opfattelse af sygdomsrisici. Betydningen af etnicitet og migration*. Sundhedsstyrelsen, Kbh.

Nader, K. O. 2005, "Assessing traumatic experiences in children and adolescents: Self-reports of DSM PTSD criteria B-D symptoms.," in *Assessing psychological trauma and PTSD*, J. P. Wilson & T. M. Keane, eds., The Guilford Press, New York.

National Collaborating Centre for Mental Health 2005, *Posttraumatic Stress Disorder. The Management of PTSD an adults and children in primary and secondary care*. National Clinical Practice Guideline Number 26., Gaskell and the British Psychological Society.

National Institute for Clinical Excellence 2005, *Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care* Gaskell and the British Psychological Society.

Nemeroff, C. B., Bremner, J. D., Foa, E. B., Mayberg, H. S., North, C. S., & Stein, M. B. 2006, "Posttraumatic stress disorder: A state-of-the-science review.," *Journal of Psychiatric Research*, vol. 40, pp. 1-21.

Neria, Y. & Koenen, K. C. 2003, "Do combat stress reaction and posttraumatic stress disorder relate to physical health and adverse health practices?," *Anxiety, Stress, and Coping*, vol. 16, pp. 227-239.

Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U., & Elbert, T. 2004, "A comparison of narrative exposure therapy, supportive counselling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement.," *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 72, no. 4, pp. 579-587.

Newport, D. J., Stowe, Z. N., & Nemeroff, C. B. 2002, "Paternal depression: Animal models of an adverse life event.," *American Journal of Psychiatry*, vol. 159, pp. 1265-1283.

Nielsen, H. G. & Jensen, J. L. 2004a, "[Torture survivors]" , *Ugeskr.Laeger*, vol. 166, no. 10, p. 901.

Nielsen, M. L. 2005, "Patientens perspektiv på sygehusstruktur.," in *Sygehusstruktur i Danmark*, DSI Institut for Sundhedsvæsen, København, pp. 49-62.



Nijenhuis, E. R. S., Van Dyck, R., Ter Kulie, M. M., Mourits, M. J., North, C. S., & Stein, M. B. 2003, "Evidence for associations among somatoform dissociation, psychological dissociation and reported trauma in patients with chronic pelvic pain.", *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, vol. 24, pp. 87-98.

Norcross, J. & Lambert, M. J. 2005, "The therapy relationship," in *Evidence-based practice in mental health*, J. Norcross, L. E. Butler, & R. F. Levant, eds., American Psychological Association, Washington D.C..

Nordentoft, M. 2000, "Psykisk sygdom blandt flygtninge og indvandrere.", *Ugeskr.læger*, vol. 162, no. 46, pp. 6218-6219.

Nørredam, M. & Nielsen, A. S. 2006, "Adgang til sundhedsydelser for migranter.", *Ugeskr.læger*, vol. 168, no. 36, pp. 3008-3010.

Norris, F. H., , M. A. D., Baker, C. K., & Perilla, J. L. 2003, "Severity, timing, and duration of reactions to trauma in the population: An example from Mexico.", *Biological Psychiatry*, vol. 53, no. 9, pp. 767-778.

Norris, F. H., Foster, J. D., & Weisshaar, D. L. 2002, "The epidemiology of sex differences in PTSD across developmental, societal, and research contexts.", in *Gender and PTSD*, R. Kimerling, P. Ouimette, & J. Wolfe, eds., Guilford Press, New York.

Norris, F. H., Murphy, A. D., Baker, C. K., & Perilla, J. L. 2004, "Postdisaster PTSD over four waves of a panel study of Mexico's 1999 flood.", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 17, pp. 283-292.

Nutt, D. J. & Malizia, A. L. 2004, "Structural and functional brain changes in posttraumatic stress disorder.", *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 65, no. Supplement 1, pp. 11-47.

Ochsner, K. N. 2007, "How thinking controls feeling: A social cognitive neuroscience approach.", in *Social neuroscience*, E. Harmon-Jones & P. Winkielman, eds., The Guilford Press, New York.

Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. 2006, *Trauma and the Body*. W.W. Norton & Company, New York, London.

Ogrodniczuk, J., Piper, W. E., McCallum, M., Joyce, A. S., & Rosie, S. J. 2002, "Interpersonal predictors of group therapy outcome for complicated grief.", *International Journal of Group Psychotherapy*, vol. 52, pp. 511-535.

- Okuyama, N., Takagi, N., Kawai, T., Miyake\_Takagi, K., & Takeo, S. 2004, "Phosphorylation of extracellular-regulating kinase in NMDA receptor antagonist-induced newly generated neurons in the adult rat dentate gyrus.", *Journal of Neurochemistry*, vol. 88, pp. 717-724.
- Omerov, M. & Wistedt, B. 1999a, "[Management of PTSD among Bosnia refugees. Competent personnel when it comes to language and culture--an important resource]", *Lakartidningen*, vol. 96, no. 21, pp. 2621-2622.
- Omerov, M. & Wistedt, B. 1999b, "[Management of PTSD among Bosnia refugees. Competent personnel when it comes to language and culture--an important resource]", *Lakartidningen*, vol. 96, no. 21, pp. 2621-2622.
- Orsillo, S. M., Weathers, F. W., Litz, B. T., Steinberg, H. R., Huska, J. A., & Keane, T. M. 1996, "Current and lifetime psychiatric disorders among veterans with war zone-related posttraumatic stress disorder.", *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 184, no. 5, pp. 307-313.
- Otto, M. W., Hinton, D., Korbly, N. B., Chea, A., Ba, P., & Gershuny, B. S. 2003, "Treatment of pharmacotherapy-refractory posttraumatic stress disorder among Cambodian refugees. A pilot study of combination treatment with cognitive-behavior therapy vs. sertraline alone.", *Behaviour Research and Therapy*, vol. 41, pp. 1271-1276.
- Panksepp, J. 1998, *Affective neuroscience: The foundation of human and animal emotions*. Oxford University Press, New York.
- Panksepp, J. 2004, *Textbook of biological psychiatry*. John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.
- Paunovic, N. & Öst, L. G. 2001, "Cognitive-behavior therapy versus exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees.", *Behaviour Research and Therapy*, vol. 39, pp. 1183-1197.
- PDM Task Force 2006, *Psychodynamic diagnostic manual*. Alliance of Psychoanalytic Organizations, Silver Springs, MD.
- Perkonig, A., Pfister, H., Stein, M. B., Hoffer, M., Lieb, R., & Maercker, A. 2005, "Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults.", *American Journal of Psychiatry*, vol. 162, pp. 1320-1327.
- Perry, B. D. 2002, "Effects of traumatic events on children.", *Child Trauma Academy*, vol. 2, no. 3.

Perry, B. D. 2006, "Neurodevelopmental impact on childhood trauma.", A Child Trauma Academy Presentation.

Peters, L., Slade, T., & Andrews, G. 1999, "A comparison of ICD10 and DSM-IV criteria for posttraumatic stress disorder", *J.Trauma Stress*, vol. 12, no. 2, pp. 335-343.

Petty, F., Davis, L. L., Nugent, A. L., Kramer, G. L., Teten, A., & Schmitt, A. 2002, "Valproate therapy for chronic, combat-induced posttraumatic stress disorder.", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, vol. 51, pp. 189-192.

Piper, W. E., McCallum, M., Joyce, A. S., Rosie, S. J., & Ogrodniczuk, J. 2001, "Patient personality and time-limited group psychotherapy for complicated grief.", *International Journal of Group Psychotherapy*, vol. 51, pp. 525-552.

Piper, W. E., Ogrodniczuk, J., McCallum, M., Joyce, A. S., & Rosie, S. J. 2003, "Expression of affect as mediator of the relationship between quality of object relations and group therapy outcomes for patients with complicated grief.", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 71, no. 4, pp. 664-671.

Pitman, R. K. 1989, "Psychophysiological assessment of post-traumatic stress disorder imagery in Vietnam combat veterans.", *Archives of General Psychiatry*, vol. 44, no. 970, p. 975.

Pitman, R. K., Sanders, K. M., Zusman, R. M., Healy, A. R., Cheema, F., & Lasko, N. B. 2002, "Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol.", *Biological Psychiatry*, vol. 51, pp. 189-192.

Plutchick, R. 2000, *Emotions in the practise of psychotherapy. Clinical applications of affect therapies.* American Psychological Association, Washington, DC.

Porges, S. W. 2001, "The polyvagal theory: Phylogenetic substrates of a social nervous system.", *International Journal of Psychophysiology*, vol. 42, pp. 123-146.

Porges, S. W. 2003, "Social engagement and attachment: A phylogenetic perspective. Roots of mental illness in children.", *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1008, pp. 31-47.

Porges, S. W. 2007, "The polyvagal perspective.", *Biological Psychology*, vol. 74, pp. 116-143.

Power, K., McGoldrick, T., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D., & Swanson, V. 2002, "A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus wait list in the treatment of posttraumatic stress disorder.", *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 9, pp. 299-318.

- Pratt, S. I., Rosenberg, S., Mueser, K. T., Brancato, J., Salyers, M., Jankowski, M. K., & Descamps, M. 2005a, "Evaluation of a PTSD psychoeducational program for psychiatric inpatients.", *Journal of Mental Health*, vol. 14, no. 2, pp. 121-127.
- Putnam, F. 2003, "Ten-year research update review: Child sexual abuse.", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 42, no. 3, pp. 269-278.
- Rapaport, M. H., Endicott, J., & Clary, C. M. 2002, "Posttraumatic stress disorder and quality of life: Results of 64 weeks of sertraline treatment.", *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 63, pp. 59-65.
- Raskind, M. A., Peskind, E. R., Kanter, E. D., Petrie, E. C., Radont, A., & Thompson, C. E. 2003, "Reduction of nightmares and other PTSD symptoms in combat veterans by prazosin: A placebo-controlled study.", *American Journal of Psychiatry*, vol. 160, pp. 371-373.
- Rasmussen, A., Rosenfeld, B., Reeves, K., & Keller, A. S. 2007a, "The effects of torture-related injuries on long-term psychological distress in a Punjabi Sikh sample", *J.Abnorm.Psychol.*, vol. 116, no. 4, pp. 734-740.
- Rasmusson, A. M., Lipschitz, D., Wang, S., Hu, S., Vojvoda, D., & Bremner, J. D. 2001, "Increased pituitary and adrenal reactivity in premenopausal women with PTSD.", *Biological Psychiatry*, vol. 50, pp. 965-977.
- Rauch, S. L. 2003, "Neuroimaging and neurobiology of anxiety disorders.", in *Handbook of affective sciences.*, J. R. T. Davidson, K. R. Scherer, & H. H. Goldsmith, eds., Oxford University Press.
- Rehabiliterings- og Forskningscentret for Torturofre (RCT), Dansk Flygtningehjælps Center for Udsatte Flygtninge, V. f. T. P., & Center for Traume- og Torturoverlevende (CETT). [traume.dk](http://traume.dk). [www.traume.dk](http://www.traume.dk) . 2008. Rehabiliterings- og Forskningscentret for Torturofre (RCT); Dansk Flygtningehjælps Center for Udsatte Flygtninge, Videnscenter for Transkulturel Psykiatri; Center for Traume- og Torturoverlevende (CETT). RefType: Electronic Citation
- Reist, C., Kauffman, C. D., Haier, R. J., Sangdahl, C., DeMet, E. M., & Chicz-DeMet, A. 1989, "A controlled trial of desipramine in 18 men with post-traumatic stress disorder.", *American Journal of Psychiatry*, vol. 146, pp. 513-516.
- Resick, P. A. 1993, "The psychological impact of rape.", *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 8, no. 2, pp. 223-255.

Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feuer, C. A. 2002, "A comparison of cognitive processing therapy, prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of posttraumatic stress disorder in female rape victims.", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 70, pp. 867-879.

Robert, R., Blakeney, P. E., Villareal, C., Rosenberg, L., & Meyer, W. J. I. 1999, "Imioramine treatment in pediatric burn patients with symptoms of acute stress disorder: A pilot study.", *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 38, pp. 873-882.

Roosendaal, B., McReynolds, J. R., & McGaugh, J. L. 2004, "The basolateral amygdala interacts with the prefrontal cortex in regulation glyocorticoid effects n working meory impairment.", *Journal of Neuroscience*, vol. 24, pp. 1385-1392.

Rosenheck, R., Fontana, A., & Stolar, M. 1999, "Assessing quality of care. Administrative indicators and clinical outcomes in posttraumatic stress disorder.", *Medical Care*, vol. 37, no. 2, pp. 180-188.

Roth, A. & Fonagy, P. 2005, *What works for whom?. a critical review of psychotherapy research.*, 2. ed. edn, Guilford Press, New York.

Rothbaum, B. O., Astin, M. C., & Marsteller, F. 2005, "Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims.", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 18, no. 6, pp. 607-616.

Rothchild, B. 2004, *Kroppen husker. Om krop og psyke i traumebehandling.* Klim, Århus.

Rothchild, B. 2006, *Help for the helper: The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma.* W.W. Norton & Company, New York.

Rubino, G., Barker, C., Roth, T., & Fearon, P. 2000, "Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures: The role of therapist and patient attachment styles.", *Psychotherapy Research*, vol. 10, pp. 408-420.

Ruscio, A. M., Weathers, F. W., King, L. A., & King, D. W. 2002, "Male war-zone veterans' perceived relationships with their children: Th eimportance of emotional numbing.", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 15, pp. 351-357.

Samper, R. E., Taft, C. T., King, D. W., & King, L. A. 2004, "Posttraumatic stress disorder symptoms and parenting satisfaction among a national sample of male Vietnam veterans.", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 17, no. 311, p. 315.

Savin, D., Seymour, D. J., Littleford, L. N., Bettridge, J., & Giese, A. 2005a, "Findings from mental health screening of newly arrived refugees in Colorado", *Public Health Rep.*, vol. 120, no. 3, pp. 224-229.

Saygin, M. Z., Sungur, M. Z., Sabol, E. U., & Cetinkaya, P. 2002, "Nefadozone versus sertaline in treatment of posttraumatic stress disorder.", *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, vol. 12, pp. 1-5.

Scaer, R. C. 2007, *The Body Bears the Burden. Trauma, Dissociation and Disease.* The Haworth Medical Press, New York.

Schechter, D. S., Zeanah, C. H., Myers, M. M., Brunelli, S. A., Liebowitz, M. R., & Marshall, R. D. 2004, "Psychobiological dysregulation in violence-exposed mothers: Salivary cortisol of mothers with very young children pre- and post-separation stress.", *Bulletin of the Menninger Clinic*, vol. 68, pp. 319-336.

Schibbye, A. L. 2005, *Realtioner. Et dialektisk perspektiv. Terapeutisk arbejde med individ, par og familie.* Akademisk Forlag, København.

Schmahl, C. & Bohus, M. 2007, "Transnational research issues in dissociation.", in *Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment.*, E. Vermetten, M. J. Dorahy, & D. Spiegel, eds., American Psychiatric Publishing, Inc., Washington.

Schmahl, C., Bohus, M., Esposito, F., Treede, R. D., DiSalle, F., Greffrath, W., Ludaesher, P., Jochims, A., Lieb, K., Scheffler, K., Hennning, K., & Seifritz, E. 2006, "Neural correlates of antinociception in borderline personality disorder.", *Archives of General Psychiatry*, vol. 63, pp. 659-667.

Schmahl, C. & Bremner, J. D. 2006, "Neuroimaging in borderline personality disorder.", *Journal of Psychiatric Research*, vol. 40, pp. 419-427.

Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Foy, D. W., Shea, M. T., Hsieh, F. Y., & Lavori, P. W. 2003, "Randomized trial of trauma-focused group therapy for posttraumatic stress disorder: results from a Department of Veterans Affairs cooperative study.", *Archives of General Psychiatry*, vol. 60, no. 5, pp. 481-489.

Schnurr, P. P. & Green, B. L. 2004a, *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress.* American Psychological Association, Washington D.C.

Schnurr, P. P. & Green, B. L. 2004b, "Understanding relationships among trauma, posttraumatic stress disorder, and health outcomes.", in *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress.*, P. P. Schnuur & B. L. Green, eds., American Psychological Association, Washington D.C.

Schnurr, P. P., Green, B. L., & Kaltman, S. 2007, "Trauma exposure and physical health.," in Handbook of PTSD. Science and practice, M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. Resnick, eds., Guilford Press, New York.

Schore, A. N. 1996, "The experience-dependant maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology.," Development and Psychopathology, vol. 8, pp. 59-87.

Schore, A. N. 2002, "Advances in neuropsychoanalysis, attachment theory and trauma research: Implications for self psychology.," Psychoanalytic Inquiry, vol. 22, pp. 433-473.

Schore, A. N. 2003a, Affect dysregulation and disorders of the self. Norton, New York.

Schore, A. N. 2003b, Affect regulation and the repair of the self. Norton, New York.

Schore, A. N. The emotional and neurobiological development of children and the impact on clinical practice. Forelæsning i København, 5-6. September 2005.

Ref Type: Personal Communication

Schore, A. N. 2006a, "Kommunikation mellem forældre og spædbørn og de neurobiologiske aspekter af den emotionelle udvikling.," in Affektregulering i udvikling og psykoterapi, J. H. Sørensen, ed., Hans Reitzels Forlag, København.

Schore, A. N. 2006b, "Landvindinger i neuropsykoanalyse, tilknytningsteori og traumeforskning: Implikationer for selvpsykologien.," in Affektregulering i udvikling og psykoterapi, J. H. Sørensen, ed., Hans Reitzels Forlag, København.

Schore, A. N. 2006c, "Psyken i støbeskeen: Tilknytning, den selvorganiserende hjerne og udviklingsorienteret psykoanalytisk psykoterapi.," in Affektregulering i udvikling og psykoterapi, J. H. Sørensen, ed., Hans Reitzels Forlag, København.

Schore, A. N. 2008, "Trauma and dissociation.," in Dissociation and dissociative disorders, P. Dell, ed., W.W.Norton & Company.

Schroeder, J. M. & Polksny, M. A. 2004, "Risk factors for adolescent alcohol use following a natural disaster.," Prehospital and Disaster Medicine, vol. 19, no. 122, p. 127.

Schwartz, D. R. & Proctor, L. J. 2000, "Community violence exposure and children's social adjustment in the school peer group: The mediating roles of emotion regulation and social cognition.," Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 68, pp. 670-683.

Schwartz, T. L. 2002, "The use of tiagabine augmentation for treatment-resistant anxiety disorders: A case series.," Pharmacological Bulletin, vol. 2, no. 53, p. 57.

- Schwerdtfeger, K. L. & Goff, B. S. N. 2007, "Intergenerational transmission of trauma: Exploring mother-infant prenatal attachment.", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 20, pp. 39-51.
- Seedat, S., Lockhart, R., Kaminer, D., Zungu-Dirwayi, N., & Stein, D. J. 2001, "An open trial of citalopram in adolescents with posttraumatic stress disorder.", *International Clinical Psychopharmacology*, vol. 16, pp. 21-25.
- Seedat, S., Pienaar, W. P., Williams, D., & Stein, D. J. 2004, "Ethics of research on survivors of trauma.", *Current Psychiatry Reports*, vol. 6, pp. 262-267.
- Sennels, N. & Buschardt, J. 2008, "Mindfulness i terapien.", *Psykolog Nyt*, vol. 3, pp. 6-11.
- Shalev, A. Y. 2000, "Measuring outcome in posttraumatic stress disorder.", *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 61, no. suppl.5, pp. 33-39.
- Shapiro, D., Hardy, G. E., Aldridge, J., Davis, J. C., Rowe, C., & Reilly, S. 1999, "Therapist responsiveness to patient attachment styles and issues observed in client-identified significant events in psychodynamic-interpersonal psychotherapy.", *Psychotherapy Research*, vol. 9, no. 1, pp. 36-53.
- Sherman, M., Sautter, F., Lyons, J., Manguno-Mire, G. M., Han, X., Perry, D., & Sullivan, G. 2005, "Mental health needs of cohabiting partners of Vietnam veterans with combat-related PTSD.", *Psychiatric Services*, vol. 56, no. 9, pp. 1150-1152.
- Shin, L. M., Rauch, S. L., & Pitman, R. K. 2006, "Amygdala, medial prefrontal cortex, and hippocampal function in PTSD.", *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1071, pp. 681-685.
- Shonk, S. M. & Cicchetti, D. 2001, "Maltreatment, competency deficits, and risk for academic and behavioral maladjustment.", *Developmental Psychology*, vol. 37, pp. 3-14.
- Sibai, A. M., Armenian, H. K., & Alam, S. 1989, "Wartime determinants of arteriographically confirmed coronary artery disease in Beirut.", *American Journal of Epidemiology*, vol. 130, pp. 623-631.
- Singhammer, J., Storgaard, S. F., Mygind, A., Blom, A., Hempler, N. F., Breddam, E., Stefansson, D., Kousholt, C., Afsar, A., Larsen, F. B., Wittrup, I., Vinther-Jensen, K., Krasnik, A., Nielsen, S. S., & Ekholm, O. 2008, *Etniske minoriteters sundhed, Partnerskabet for undersøgelse af etniske minoriteters sundhed*, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland.
- Sinski, M., Lewandowski, J., Abramczyk, P., Narkiewicz, K., & Gaciong, Z. 2006, "Why study sympathetic nervous system?", *Journal of Physiology & Pharmacology*, vol. 57, no. 11, pp. 79-92.



Sjölund, B. H., Harlacher, U., Jansen, G. B., Kastrup, M., Madsen, A. G., Montgomery, E., Prip, K., & Sjölund, B. H. 2007, RCT Field Manual on Rehabilitation, Version 1:1. Rehabilitation and Research Centre for Torture Victims, Copenhagen.

Sjölund, B. H., Trier, S., Magnussen, T., Haagensen, J. O., Montgomery, E., Jansen, G. B., & Aaslev, S. J. 2006, RCT 06. Årsberetning 2006., Rehabiliterings- og Forskningscentret for Torturofre (RCT), København.

Sokolski, K. N., Densen, T. F., Lee, R. T., & Reist, C. 2003, "Quetiapine for treatment of refractory symptoms of combat-related post-traumatic stress disorder.", *Military Medicine*, vol. 168, pp. 486-489.

Solms, M. 2006, "Freud returns.", *Scientific American Mind*, vol. 17, pp. 28-34.

Solms, M. & Turnbull, O. 2004, *Hjernen og den indre verden*. Akademisk Forlag, København.

Sørensen, J. H. 2006, *Affektregulering i udvikling og psykoterapi*. Hans Reitzels Forlag, København.

Sørensen, J. H. 2007a, *Grundlag, metode og effekt. Klientgruppen ved CETT, Region Syddanmark, Vejle*.

Sørensen, J. H. 2007b, *Om neuroaffektiv udviklingspsykologi, psykoterapi, comorbiditet og effektforskning*. Matrix nr. 3 pp. 280-300.

Sørensen, L. J. 2005, *Smertegrænsen. Traumer, tilknytning og psykisk sygdom.*, 1 edn, Dansk Psykologisk Forlag, Virum.

Southwick, S. M., Davis, L. L., Aikins, D. E., Rasmusson, A. M., Barson, J., & Morgan, C. 2007, "Neurobiological alterations associated with PTSD.", in *Handbook of PTSD.*, M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick, eds., Guilford Press, New York.

Southwick, S. M., Yehuda, R., & Giller, E. L. 1995, "Psychological dimensions of depression in borderline personality disorder.", *American Journal of Psychiatry*, vol. 152, pp. 789-791.

Spinazzola, J., Ford, J. D., Zucker, M., van der Kolk, B. A., Silva, S. G., & Smith, S. F. 2005, "Survey evaluates complex trauma exposure, outcome, and intervention among children and adolescents.", *Psychiatric Annals*, vol. 35, pp. 433-439.

Stahl, S. M. 2000, *Essential psychopharmacology*. Cambridge University Press, Cambridge.

Statens beredning for medicinsk utvärdering (SBU) 2005, Behandling av ångestsyndrom. En systematisk litteraturoversikt. SBU-rapport, 171:1-2. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Stockholm.

Steenberger, A. 2008, "Næsten halvdelen af asylansøgere har været udsat for tortur. Lægeundersøgelser dokumenterer asylansøgere torturberetninger.", Ugeskr.læger, vol. 170, no. 26-32, pp. 2374-2375.

Stein, D. J., Ipser, J. C., & Seedat, S. 2007, "Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD)", Cochrane Database of Systematic Reviews no. 2) (CD002795).

Stein, M. B., Kline, N. A., & Matloff, J. L. 2002, "Adjunctive olanzapine for SSRI-resistant combat-related PTSD: A double-blind, placebo-controlled study.", American Journal of Psychiatry, vol. 159, pp. 1777-1779.

Stern, J. M. 1997, "Offspring-induced nurturance: Animal-human parallels.", Developmental Psychobiology, vol. 31, no. 19, p. 37.

Stiles, W. B., Honos-Wegg, L., & Surko, M. 1998, "Responsiveness in psychotherapy.", Clinical Psychology: Science and Practice, vol. 5, pp. 439-458.

Stuber, J., Galea, G., & Fairbrother, F. The mental health of New York City families. Forelæsning ved Columbia University's Child Psychiatry Grand Rounds. 2002. Ref Type: Unpublished Work

Sundhedsministeriet 2001, Rapport fra arbejdsgruppen om rehabilitering af traumatiserede flygtninge., Sundhedsministeriet.

Sundhedsstyrelsen 2005, Etniske minoriteters sundhed og sygelighed - opgørelse af behandlingsrater (2002) blandt indvandrere., Sundhedsstyrelsen, København.

Sundhedsstyrelsen 2007, Referenceprogram for angstlidelser hos voksne., Version: 1.0 edn, Sundhedsstyrelsen, Kbh.

Sundhedsstyrelsen & DPSD Dansk Patientsikkerhedsdatabase 2007, Sprogproblemer mellem sundhedspersonalet og fremmedsprogede patienter., Sundhedsstyrelsen, København.

Suomi, S. 1997, "Early determinants of behavior: Evidence from primate studies.", British Medical Bulletin, vol. 53, pp. 170-184.

Szymanski, H. V. & Olympia, J. 1991, "Divalproex in post-traumatic stress disorder.", American Journal of Psychiatry, vol. 8, no. 1086, p. 1087.

- Tarrier, N. & Sommerfield, C. 2004, "Treatment of chronic PTSD by cognitive therapy and exposure: 5-year follow-up.", *Behavior Therapy*, vol. 35, pp. 231-246.
- Taylor, F. B. 2003, "Tiagabine for posttraumatic stress disorder: A case series of 7 women.", *American Journal of Psychiatry*, vol. 64, pp. 1421-1425.
- Taylor, F. B. & Cahill, L. 2002, "Propranolol for reemergent posttraumatic stress disorder following an event of retraumatization: A case study.", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 15, pp. 433-437.
- Taylor, s., Fedoroff, I. C., & Pilgrim, H. 2001, "Posttraumatic stress disorder arising after road traffic collisions: Patterns of response to cognitive-behavior therapy.", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 69, no. 3, pp. 541-551.
- Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I. C., Lovell, K., & Ogradniczuk, J. 2003, "Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training.", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 71, no. 2, pp. 330-338.
- Taylor, S. E. & Gonzaga, G. C. 2007, "Affiliative responses to stress: A social neuroscience model.", in *Social neuroscience*, E. Harmon-Jones & P. Winkielman, eds., The Guilford Press, New York.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. 2004, "Posttraumatic growth: Conceptual foundation and empirical evidence.", *Psychological Inquiry*, vol. 15, pp. 1-18.
- Teicher, M. H. 2002, "Scars that won't heal: The neurobiology of child abuse.", *Scientific American* no. Marts, pp. 54-61.
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P., & Kim, D. M. 2003, "The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment.", *Neuroscience and Biobehavioural Reviews*, vol. 27, pp. 33-44.
- Thayer, J. & Lane, R. 2007, "The role of vagal function in the risk for cardiovascular disease and mortality.", *Biological Psychology*, vol. 74, pp. 224-242.
- The UN Refugee Agency. *Protecting Refugees & The Role of UNHCR 2007-2008*. 2007a. Geneva, UNHCR. RefType: Catalog
- The UN Refugee Agency. *The 1951 Geneva Refugee Convention*. 2007b. Geneva, UNHCR. RefType: Catalog

Tobias, G., Haslam-Hopwood, G., Allen, J. G., Stein, A., & Bleiberg, E. 2009, "At blive bedre til at mentalisere gennem psykoedukation.," in *Mentaliseringsbaseret psykoterapi i teori og praksis.*, J. H. Sørensen, ed., Hans Reitzels Forlag, København.

Tronick, E. Z. 2005, "Why is connection with others so critical? The formation of dyadic states of consciousness: Coherence governed selection and co-creation of messy meaning making.," in *Emotional development: Recent research advances.*, J. Nadel & D. Muir, eds., Oxford University Press, Oxford, pp. 293-315.

True, W. C., Rice, J., & Eisen, S. A. 1991, "A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms.," *Archives of General Psychiatry*, vol. 50, pp. 257-264.

Tucker, P., Zaninelli, R., Yehuda, R., Ruggiero, L., Dillingham, K., & Pitts, C. D. 2001, "Paroxetine in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder: Results from a placebo-controlled, Flexible-dosage trial.," *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 62, pp. 860-868.

Tyrell, C. L., Dozier, M., Teague, G. B., & Fallot, R. D. 1999, "Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: The importance of attachment states of mind.," *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 67, pp. 725-733.

Vaiva, G., Ducrocq, F., Jezequel, K., Averland, B., Lestavel, P., & Brunet, A. 2003, "Immediate treatment with propranolol decreases posttraumatic stress disorder two months after trauma.," *Biological Psychiatry*, vol. 54, pp. 947-949.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. 2006, *The Haunted Self, Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization.* W.W. Norton & Company, New York, London.

van der Kolk, B. A. 2006, "Foreword.," in *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*, P. Ogden, K. Minton, & C. Pain, eds., W.W.Norton & Company, New York.

van der Kolk, B. A. 7 A.D.a, "Complex trauma in children and adolescents.," in *The Traumatized Child.*

van der Kolk, B. A. 7 A.D.b, "Complex trauma in children and adolescents. Præsentation ved konferencen 'The Traumatized Child', København.," in *The Traumatized Child.*

van der Kolk, B. A., Dreyfuss, D., Micheals, M., Shera, D., Berkowitz, R., & Fisler, R. 1994, "Fluoxetine versus placebo in posttraumatic stress disorder.," *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 55, pp. 517-522.

van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A. C., & Herman, J. L. 1996, "Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma.", *American Journal of Psychiatry*, vol. 153, pp. 83-93.

van der Veer, G. 1995, *Rådgivning og terapi med flygtninge. Psykologiske problemer hos ofre for krig, tortur og undertrykkelse*. Hans Reitzels Forlag, København.

Van Emmichoven, I., van Ijzendoorn, M. J., De Ruiter, C., & Brosschot, J. 2003, "Selective processing of threatening information: Effects of attachment representation and anxiety disorder on attention and memory.", *Development and Psychopathology*, vol. 15, pp. 219-237.

van Minnen, A. & Hagenaars, M. 2002, "Fear activation and habituation patterns as early process predictors of response to prolonged exposure treatment in PTSD.", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 15, no. 5, pp. 359-367.

Varvin, S. 2003, *Flukt og eksil. Traume, identitet og mestring*. Universitetsforlaget, Oslo.

Veltman, M. & Browne, K. 2001, "Three decades of child maltreatment research: Implications for the school years.", *Trauma, Violence and Abuse*, vol. 2, pp. 215-239.

Vermetten, E. & Bremner, J. D. 2002, "Circuits and systems in stress. II. Applications to neurobiology and treatment in posttraumatic stress disorder.", *Depress.Anxiety*, vol. 16, no. 1, pp. 14-38.

Vermetten, E., Dorahy, M. J., & Spiegel, D. 2007, *Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment*. American Psychiatric Publishing, Inc., Washington D.C.

Vermetten, E., Vythilingham, M., Southwick, S. M., Charney, D., & Bremner, J. D. 2003, "Long-term treatment with paroxetine increases verbal declarative memory and hippocampal volume in posttraumatic stress disorder.", *Biological Psychiatry*, vol. 54, pp. 693-702.

Vesti, P. & Kastrup, M. 1992, "Psychotherapy for torture survivors.", in *Torture and its consequences. Current treatment approaches*, M. Basoglu, ed., Cambridge University Press, Cambridge.

Veterans Health Administration. VA/DoD clinical practice guideline for management of post-traumatic stress disorder. [www.oqp.med.va.gov/cpg/pts/pts\\_base.htm](http://www.oqp.med.va.gov/cpg/pts/pts_base.htm) . 2004.

Ref Type: Electronic Citation

Villard, G. & King, C. 2001, "Brain imaging in posttraumatic stress disorder.", *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, vol. 6, pp. 131-145.

- Viola, J., Ditzler, T., Batzer, W., Harazin, J., Adams, D., & Lettich, L. 1997, "Pharmacological management of post-traumatic stress disorder: Clinical summary of a five-year retrospective study, 1990-1995.", *Military Medicine*, vol. 162, pp. 616-619.
- Vogt, D. S., King, D. W., King, L. A., & Savarese, V. W. 2004, "War-zone exposure and long-term general life adjustment among Vietnam veterans: Findings from two perspectives.", *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 34, pp. 1797-1824.
- Vygotsky, L. S. 1978, *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Walker, E. A., Gelfand, A. N., Katon, W. J., Koss, M. P., von Korff, M., & Bernstein, D. E. 1999, "Adult health status of women with histories of childhood abuse and neglect.", *American Journal of Medicine*, vol. 107, pp. 332-339.
- Walker, E. A., Katon, W., Russo, J., Ciechanowski, P., Newman, E., & Wagner, A. W. 2003, "Health care costs associated with posttraumatic stress disorder symptoms in women.", *Archives of General Psychiatry*, vol. 60, no. April, pp. 369-374.
- Walker, E. A., Newman, E., Dobie, D. J., Ciechanowski, P., & Katon, W. J. 2002, "Costs and health care utilization associated with traumatic experiences.", in *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress.*, P. P. Schnuur & B. L. Green, eds., American Psychological Association, Washington D.C., pp. 43-69.
- Waters, E., Merrick, S. K., Treboux, D., Crowell, J., & Albershein, L. 2000, "Attachment security from infancy to early adulthood: A 20 year longitudinal study.", *Child Development*, vol. 16, pp. 793-809.
- Watson, C., Tuorila, J. R., Vickers, K. S., Gearhart, L. P., & Mendez, C. M. 1997, "The efficacies in three relaxation regimens in the treatment of PTSD in Vietnam War veterans.", *Journal of Clinical Psychology*, vol. 53, no. 8, pp. 917-923.
- Watters, C. 2001, "Emerging paradigms in the mental health care of refugees.", *Social Science and Medicine*, vol. 52, no. 11, pp. 1709-1718.
- Weaver, I., Cervoni, N., Champagne, F., D'Allesio, A., Sharma, S., & Seckl, J. 2004, "Epigenetic programming by maternal behavior.", *Neuroscience*, vol. 7, pp. 847-854.
- Weine, S., Kulauzovic, Y., Klebic, A., Besic, S., Mujagic, A., Muzurovic, J., Spahovic, D., Sclove, S., Pavkovic, I., Feetham, S., & Rolland, J. 2008a, "Evaluating a multiple-family group access intervention for refugees with PTSD", *J.Marital Fam.Ther.*, vol. 34, no. 2, pp. 149-164.

Weine, S. M., Kuc, G., Dzudza, E., Razzano, L., & Pavkovic, I. 2001a, "PTSD among Bosnian refugees: a survey of providers' knowledge, attitudes and service patterns", *Community Ment.Health J.*, vol. 37, no. 3, pp. 261-271.

Weine, S. M., Kulenovic, A. D., Pavkovic, I., & Gibbons, R. 1998, "Testimony psychotherapy in Bosnian refugees: A pilot study.", *American Journal of Psychiatry*, vol. 155, pp. 1720-1726.

Weiner, H. 1992, *Perturbing the organism: The biology of stressful experience.* University of Chicago Press, Chicago.

Westen, D., Norothy, C. M., & Thomson-Brenner, H. 2004, "The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings and reporting in controlled clinical trials.", *Psychological Bulletin*, vol. 130, pp. 631-663.

Williams, L., Fonagy, P., Target, M., Fearon, P., Sargent, J., Bleiberg, E., McGregor, J., 2009, "Uddannelse i mentaliseringsbaseret terapi for psykiatriske reservelæger." in *Mentaliseringsbaseret psykoterapi i teori og praksis.*, J. H. Sørensen, ed., Hans Reitzels Forlag, København.

Williams, M. B. & Poijula, S. 2002, *The PTSD workbook. Simple, effective techniques for overcoming traumatic stress.* New Harbinger Publications, Inc..

Williams, M. B. & Nurmi, L. A. 2001, *Creating a comprehensive trauma center. choices and challenges* Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York.

Wilson, J. P. & Drozdek, B. 2004, *Broken spirits. The treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims.* Brunner-Routledge, New York.

Wilson, J. P. 2004, *Assessing psychological trauma and PTSD.*, 2 edn, Guilford Press, New York.

Wilson, J. P. & Keane, T. M. 1997, *Assessing psychological trauma and PTSD.* Guilford Press, New York.

Witmer, T. A. P. & Culver, S. M. 2001, "Trauma and resilience among Bosnian refugee families: a critical review of the literature.", *Journal of Social Work Research*, vol. 2, no. 173, p. 187.

Wolfe, M. E., Alavi, A., & Mosnaim, A. D. 1988, "Posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans: Clinical and EEG findings: Possible therapeutic effects of carbamazepine.", *Biological Psychiatry*, vol. 23, pp. 642-644.

Woodward, S. H., Kaloupek, D. G., Streeter, C. C., Martinez, C., Schaer, M., & Eliez, S. 2006, "Decreased anterior cingulate volume in combat-related PTSD.", *Biological Psychiatry*, vol. 59, no. 7, pp. 582-587.

World Health Organization 1992, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines.*, World Health Organization, Geneva.

World Health Organization 2007, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision.*, World Health Organization, Geneva.

Yehuda, R. 1999, "Linking the neuroendocrinology of post-traumatic stress disorder with recent neuro-anatomic findings.", *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, vol. 4, p. -256.

Zayfert, C., Becker, C. B., Unger, D. L., & Shearer, D. K. 2002, "Comorbid anxiety disorders in civilians seeking treatment for posttraumatic stress disorder.", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 15, pp. 31-38.

Zlotnick, C., Warshaw, M., Shea, M. T., Allsworth, J., Pearlstein, T., & Keller, M. B. 1999, "Chronicity in posttraumatic stress disorder (PTSD) and predictors of course of comorbid PTSD in patients with anxiety disorders.", *Journal of Traumatic Stress*, vol. 12, no. 1, pp. 89-100.

Zullino, D. F., Krenz, S., & Besson, J. 2003, "AMPA blockade may be the mechanism underlying the efficacy of topiramate in PTSD.", *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 4, pp. 219-220.





Region Syddanmark  
Damhaven 12 . 7100 Vejle  
Tlf. 7663 1000  
regionsyddanmark.dk

*"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 Institut for Psykologi  
Center for Multi-etnisk Traumeforskning  
(MET), Københavns Universitet

ISBN 978-87-92217-03-5



9 788792 217035