

Psykologisk krisebehandling

Cand.psych. Mikkel Arendt & professor Raben Rosenberg

Århus Universitetshospital, Center for Psykiatrisk Forskning

Debatten om krisebehandling blusser jævnlige op i Danmark. Ofte er der tale om kritik i pressen fra politikere, psykologer eller pårørende over, at der ikke er blevet tilbudt krisehjælp nok. Omvendt høres der indimellem kritiske røster, der hævder, at krisehjælp slet ingen effekt har. Debatten forplumres af, at helt elementære begreber ikke defineres, ligesom der ikke tages hensyn til, hvad effektforskningen på området har at sige.

Målet med denne statusartikel er at belyse: 1) begrebet psykiske kriser i henhold til psykiatrisk diagnostik, 2) den psykologiske behandling heraf i moderne psykiatri og 3) vurderingen af, hvad effektforskningen på området viser.

Belastningsreaktioner – International Classification of Diseases-10-definitioner

I den 10. udgave af WHO's internationale sygdomsklassifikation,

International Classification of Diseases (ICD) [1] er der tre diagnoser, som dækker over psykiske kriser eller mere præcist »reaktioner på svær belastning og tilpasningsreaktioner« (Tabel 1): 1) akut belastningsreaktion (F43.0), 2) posttraumatisk belastningsreaktion (F43.1) og 3) tilpasningsreaktion (F43.2). De to førstnævnte diagnoser kan kun stilles hos personer, som har været udsat for »exceptionel svær fysisk eller psykisk belastning (af katastrofekarakter)« [1]. Katastrofer såsom tsunamien i Thailand i 2004 eller færgen Estonias forlis er evidente eksempler herpå, men talrige andre belastninger i dagligdagen kan have katastrofekarakter for det enkelte menneske, f.eks. voldsomme trafikulykker, bankrøverier, overfald og voldtægter.

Diagnosen tilpasningsreaktion anvendes i forbindelse med belastninger, som ikke har katastrofekarakter, f.eks. tab af arbejde, arbejdsmæssige belastninger, økonomiske problemer, skilsmisse og emigration. Typisk er der tale om belastende forhold, der truer personens sociale netværk og ikke selve overlevelsen.

Akut belastningsreaktion er i ICD-10 defineret ved symp-

Tabel 1. Diagnostiske kriterier, som dækker over psykiske kriser if. ICD-10.

1. Akut belastningsreaktion

- A. Udsættelse for exceptionel svær fysisk eller psykisk belastning (af katastrofekarakter)
- B. Umiddelbart (inden for 1 time) efterfulgt af symptomer
 - 1. Symptomer som ved generaliseret angsttilstand
 - a) tilbageslukkethed
 - b) bevidsthedsindsnævring
 - c) desorientering
 - d) vrede eller verbal aggressivitet
 - e) fortvivlelse
 - f) overdreven eller formålsløs hyperaktivitet
 - g) ubehersket og overdreven sorgreaktion i forhold til den kulturelle baggrund
- C. Symptomerne aftager hurtigt
 - 1. < 8 timer ved forbigående belastning
 - 2. < 48 timer ved bestående belastning
- D. Anden psykisk lidelse udelukkes

2. Posttraumatisk belastningsreaktion

- A. Tidligere udsættelse for exceptionel svær belastning (af katastrofekarakter)
- B. 1. Tilbagevendende genoplevelse af traumet i flashback, påtrængende erindringer eller mareridt eller
 - 2. Stærkt ubehag ved udsættelse for omstændigheder, der minder om traumet
- C. Undgåelse af alt, der minder om traumet
- D. 1. Delvis eventuel fuld amnesi for den traumatiske oplevelse eller
 - 2. Vedvarende symptomer på psykisk overfølsomhed eller alarmberedskab
 - a) ind- eller gennemsovningsbesvær
 - b) irritabilitet eller vredesudbrud
 - c) koncentrationsbesvær
 - d) hypervigilant
 - e) tilbøjelighed til sammenfaren
- E. Optræder inden for 6 måneder efter den traumatiske oplevelse

3. Tilpasningsreaktion

- A. Kendt traume eller belastning (ikke af usædvanlig art eller katastrofekarakter) inden for den seneste måned
- B. Emotionelle og adfærdsmæssige symptomer, men uden at opfylde kriterierne for andre psykiske lidelser
- C. Varighed < 6 måneder. Dog for længerevarende depressiv reaktion < 2 år

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

tomer, der forekommer umiddelbart efter traumat (Tabel 1.1). Ifølge ICD-10 er varigheden fra få timer til maksimalt 2-3 døgn. Hvis symptomerne ikke forsvinder i løbet af nogle dage, men måske endda tiltager i styrke, kan en posttraumatisk belastningsreaktion være under udvikling.

Et karakteristisk symptom ved posttraumatisk belastningsreaktion (Tabel 1.2) er tilbagevendende genoplevelse af traumat. Typisk er der tale om påtrængende tankebilleder, eller at traumat genopleves i livagtige mareridt. Genoplevelsen sker i reglen ufrivilligt og er ledsaget af angst. Et andet hovedsymptom er undgåelse af alt, hvad der minder om traumat. Endelig er posttraumatisk belastningsreaktion karakteriseret ved en øget parathed til at registrere og bearbejde faretegn, som gør, at patienterne kropsligt befinder sig i en tilstand af forhøjet alarmberedskab.

Ved tilpasningsreaktion (Tabel 1.3) er symptom billedet præget af nedtrykthed, angst og bekymring, men ikke af en sværhedsgrad, som gør, at kriterierne for andre psykiske lidelser eller tilstande er opfyldt. Dette er et særdeles vigtigt kriterium, der sikkert også er baggrunden for en del forvirring på området. Risiko for udvikling af en række psykiske lidelser øges ved udsættelse for de nævnte hændelser. Men man må ikke stille diagnosen tilpasningsreaktion, hvis symptomerne eksempelvis har en sværhedsgrad, der svarer til en egentlig depressiv enkeltepisode. Her bør der stilles en depressionsdiagnose, uanset at der forud er forekommet en belastende begivenhed.

Epidemiologi

De epidemiologiske forhold er bedst belyst for posttraumatisk belastningsreaktion. I en stor epidemiologisk undersøgelse (the National Comorbidity Survey) fandt man eksempelvis en livstidsforekomst på 7,8% i et repræsentativt udsnit af den amerikanske befolkning [2]. Som i andre epidemiologiske undersøgelser fandt man her blandt kvinder en forekomst, der var omtrent dobbelt så høj som blandt mænd. Dette på trods af at mænd var mere udsatte, idet 60% af mændene og 51% af

kvinderne havde oplevet mindst en traumatisk hændelse, der var gyldig efter amerikanske diagnosekriterier.

Behandling

Akut belastningsreaktion

Psykoteraeutisk behandling af akut belastningsreaktion omfatter i Danmark såkaldt psykologisk *debriefing* og kognitiv adfærdsterapi (KAT). For begge metoders vedkommende er målet at forebygge udvikling af kroniske belastningsreaktioner.

Ved psykologisk *debriefing* arbejdes der med genkaldelse af det oplevede, ligesom undervisning i stressreaktioner indgår i metoden. *Debriefing*-møder finder typisk sted ganske kort tid (inden for 48 timer) efter den traumatiske hændelse, og der er i reglen blot tale om en enkelt behandlingssession [3].

KAT ved akutte belastningssymptomer bliver hyppigt anvendt, efter at den umiddelbare chokfase er overstået, dvs. adskillige dage eller uger efter hændelsen og typisk med mere end en behandlingssession. Principperne i denne behandling svarer til dem, man anvender ved posttraumatisk belastningsreaktion (se nedenfor).

Posttraumatisk belastningsreaktion

Den bedst undersøgte behandling ved traumatiske hændelser er KAT. Ved denne behandling lægges hovedvægten på at udsætte patienten for situationer, steder eller ting, der frembringer erindringer om det oplevede. Denne eksponering kan finde sted i fantasien eller i virkeligheden. Desuden anvendes der kognitive (tankeorienterede) metoder rettet imod den traumatiske hændelse og dens følger. Til tider suppleres der med såkaldte stresshåndteringsmetoder, hvilket inkluderer afspænding, åndedrætsteknikker og kommunikationsøvelser. Der er i reglen tale om korttidsterapi over 10-15 sessioner.

Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) er blevet en særdeles populær form for kriseintervention. Ved denne metode arbejdes der med eksponering for erindringer om den traumatiske hændelse, imens opmærksomheden rettes mod sansestimuli frembragt af behandleren. Typisk er der tale om, at patienten instrueres i at genopleve den traumatiske hændelse, imens vedkommende med øjnene følger behandlerens finger, der bevæges frem og tilbage; heraf navnet på metoden. Forskning har imidlertid vist, at fingerbevægelserne i sig selv ikke har nogen betydning, og derfor kan denne behandlingsform også rubriceres som en særlig form for eksponeringsterapi [4].

Tilpasningsreaktion

Der findes ingen behandlingsprogrammer, som er specifikt udviklet til brug ved tilpasningsreaktioner. Dette hænger sandsynligvis sammen med, at der er tale om en uspecifik diagnose. I praksis må man regne med, at det er ret vilkårligt, hvilken behandling disse patienter tilbydes, afhængig af hvor de søger hjælp.

Faktaboks

I den akutte fase (< 48 timer) efter såvel katastrofeagtige som mindre alvorlige hændelser er der intet belæg for, at professionel psykoteraeutisk behandling er indiceret. Omvendt er der evidens for at iværksætte præventiv kognitiv terapi, efter at den umiddelbare chokfase er overstået, hvis der har været tale om særligt alvorlige traumatiske hændelser

Opfylder en patient de diagnostiske kriterier for en posttraumatisk belastningsreaktion, bør behandling med vægt på eksponering tilbydes (*eye movement desensitization and reprocessing* eller kognitiv adfærdsterapi)

Evidens for valg af behandlingsmetode

Akut belastningsreaktion

Den internationale litteratur om emnet er primært baseret på de amerikanske diagnosekriterier Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM)-IV [5], og her tildeles diagnosen *acute stress disorder* inden for en måned efter den udløsende hændelse. Derfor kan det være vanskeligt at sammenholde behandlingsvejledninger og effektundersøgelser med danske forhold, idet akut belastningsreaktion i ICD-10 altså dækker den umiddelbare chokfase, som ligger fra timer til maksimalt få dage efter den udløsende hændelse.

Ved behandling med præventivt sigte er der primært lavet undersøgelser af psykologisk *debriefing* og KAT. Effekten af psykologisk *debriefing* er undersøgt i en række primærstudier, og den er ligeledes gennemgået i flere *reviews*. *Arendt & Elklit* [3] gennemgik 70 studier af varierende kvalitet, hvoraf 25 var kontrollerede. I et *Cochrane-review* indgik der 15 randomiserede og kontrollerede undersøgelser [6], mens der i NICE-rapporten fra Storbritannien indgik syv randomiserede og kontrollerede studier [7]. Konklusionen var ens i samtlige *reviews*, nemlig at der ikke er empirisk belæg for, at enkeltstående behandlingssessioner i den akutte fase efter traumatiske hændelser kan forebygge udvikling af varige posttraumatiske stressreaktioner eller andre følgevirkninger af udsættelse for traumatiske hændelser [3, 6, 7]. Forskningen på området er dog heterogen, både hvad angår behandlingsindhold og målgruppe, ligesom der knytter sig åbenlyse metodeproblemer til det at undersøge effekten af akut kriseintervention [3, 7]. Flere steder anbefales det på baggrund af den eksisterende effektforskning, at man bør undlade at iværksætte enkeltstående psykoterapiesessioner i den akutte fase efter traumatiske hændelser, og at der i stedet bør tilbydes mere jordnær praktisk, social og emotionel støtte på dette tidspunkt [7].

Til gengæld har man fundet, at et begrænset antal sessioner med KAT har effekt til forebyggelse af kroniske posttraumatiske belastningsreaktioner, hvis behandlingen påbegyndes inden for seks måneder efter udsættelse for en traumatisk hændelse, men efter den umiddelbare chokfase [7-9].

Posttraumatisk belastningsreaktion

Langt de fleste undersøgelser af effekten af KAT omfatter enten »ren« eksponeringsterapi eller behandling, hvor man integrerer kognitive og adfærdsoverrettede teknikker. Nyere systematiske gennemgange af effektundersøgelser viser entydigt, at KAT er en effektiv behandlingsform ved posttraumatisk belastningsreaktion [7-11]. I samme litteratur vurderes det også samstemmende, at EMDR har effekt over for posttraumatiske belastningsreaktioner. Eksponeringsbaseret terapi anbefales derfor som førstevalg baseret på den eksisterende effektforskning – også i sammenligning med medicinsk behandling [7]. Der findes også effekt af behandling med fokus på stresshåndtering, om end effekten sandsynligvis er mindre,



end der kan opnås med KAT [9, 10]. Effekten af andre behandlingsformer er ringe belyst.

På tværs af psykoterapeutiske behandlingsmetoder findes samlet, at 56-67% af alle patienter, der søger behandling for posttraumatiske belastningsreaktioner, ikke længere opfylder de diagnostiske kriterier ved behandlingens afslutning [11], men man kan forvente residualsymptomer også hos disse patienter [11]. Det er usikkert, hvor varig effekten af behandlingen er, idet der blot eksisterer ganske få undersøgelser, hvor man har fulgt op på patienterne mere end et år efter behandlingens afslutning [11].

Tilpasningsreaktion

Lige så vel som der findes få behandlingsmetoder, der er specifikt beregnet på behandling af tilpasningsreaktion, er der også ringe dokumentation for behandling af netop denne diagnose. Eksempelvis findes der ikke *Cochrane-reviews* eller kliniske retningslinjer for behandling. Det kan ikke undgå at bringe yderligere forvirring i debatten om brugen af kriseterapi, når tilpasningsreaktioner videnskabeligt er så dårligt belyst.

Perspektiver

Som det fremgår af det ovenfor beskrevne, giver det ikke mening at stille spørgsmålet, om man skal tilbyde psykologisk krisebehandling uden samtidig at specificere til hvem, hvornår og hvordan.

Den nuværende evidens for effekt af behandling rejser det spørgsmål, om vi i dag anvender resurserne til psykologisk krisebehandling på den mest hensigtsmæssige måde. Akutte belastningsreaktioner kræver ikke nødvendigvis behandling af en psykolog eller en psykiater. Omvendt ydes der ikke støtte til professionel behandling af posttraumatisk belastningsreaktion for alle udløsende hændelsers vedkommende, selv om dette kan betragtes som en specialistopgave, hvis evidens er velunderbygget [12].

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Antaget: 26. februar 2008
Interessekonflikter: Ingen

Artiklen bygger på et større antal referencer. En fuldstændig litteraturliste kan findes sammen med artiklen på www.ugeskriftet.dk

Litteratur

2. Kessler R, Sonnega A, Bromet E et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:1048-60.
3. Arendt M, & Elklit A. Effectiveness of Psychological Debriefing: a Review. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104:423-37.
4. Davidson PR, Parker KCH. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta analysis. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:305-16.
6. Rose S, Bisson J, Churchill R et al. Psychological debriefing for preventing posttraumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 1. Art. No.: CD000560. DOI: 10.1002/14651858.CD000560.
7. National Clinical Practice Guideline Number 26 (NICE). Post-traumatic stress disorder. London: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists, 2005.
8. Statens beredning for medicinsk utvärdering (SBU). Behandling av ångestsyndrom – En systematisk litteraturoversikt, Volym 2. Stockholm: SBU – Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2005.
9. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD003388. DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub3.
10. Bisson J, Ehlers A, Matthews R et al. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry* 2007;190:97-104.
11. Bradley R, Greene J, Russ E et al. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry* 2005;162:214-27.
12. Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram for angstlidelser hos voksne. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.

Behandling af heparininduceret immunbetinget trombocytopeni med argatroban

Overlæge Jørn Dalsgaard Nielsen & professor Lars Heslet

Rigshospitalet, Finsencentret, Hæmatologisk Klinik 4 og
Abdominalcentret, Intensiv Terapiklinik

Heparininduceret immunbetinget trombocytopeni (HIT type II, i det følgende betegnet HIT) er en livstruende komplikation ved heparinbehandling [1]. Da HIT er forbundet med en høj risiko for tromboembolisk sygdom og død, og da det sjældent vil være muligt umiddelbart at få udført specifikke analyser, bør man allerede ved begrundet klinisk mistanke om HIT seponere heparin og indlede behandling med et andet hurtigtvirkende antikoagulerende middel. Heparinlignende lægemidler som danaproid og fondaparinux har været anvendt ved behandling af HIT, men krydsreaktion med HIT-antistoffer er set hos op til 10% af de patienter, der blev behandlet med danaproid og er også beskrevet ved anvendelse af fondaparinux [2, 3]. I stedet anbefales det at anvende direkte trombinhæmmere som lepirudin, bivalirudin, dabiga-tran eller argatroban [4, 5]. Af disse midler er argatroban det eneste, der er markedsført i Danmark til behandling af HIT. Patienter med HIT har ofte en høj grad af komorbiditet, som der skal tages hensyn til ved behandling med argatroban. I det følgende beskrives retningslinjer for anvendelse af argatroban ved HIT generelt og i situationer, hvor der skal tages særlige hensyn.

Generelle retningslinjer

Argatroban er en direkte, selektiv trombinhæmmer, der metaboliseres i leveren og elimineres med en halveringstid på ca. 50 min. Argatroban leveres i ampuller med 2,5 ml koncentrat, hvilket svarer til 250 mg argatroban. Koncentratet skal fortyn-

des 100 gange med isotonisk natriumklorid (0,9%) eller glukoseopløsning (5%) inden intravenøs infusion. Opløsningen kan være en smule uklar i kort tid på grund af mikroudfældninger. Hvis den er vedvarende grumset eller indeholder udfældninger, skal den kasseres. Opløsningen bør ikke udsættes for direkte sollys, men det er ikke nødvendigt at afskærme infusionslanger med folie. Opløsningen er stabil i 24 timer ved stuetemperatur. Opløsningen må ikke blandes med andre lægemidler. Opløsningen gives som kontinuerlig intravenøs infusion. Til voksne med normal leverfunktion indledes behandlingen med en infusionshastighed på to mikrogram/kg/min. Behandlingen monitoreres ved hjælp af aktiveret partiel tromboplastintid (APTT), idet der stiles efter 1,5-3,0 ganges forlængelse af APTT, dog maks. 100 sekunder. APTT bestemmes før behandlingen og med ca. to timers interval, indtil *steady state* er nået, og derefter mindst en gang dagligt [6]. Hvis APTT stiger til > 100 sekunder eller mere end tre gange udgangsværdien, pauseres infusionen, indtil APTT når terapeutisk niveau, og infusionen genoptages med den halve infusionshastighed. Den anbefalede maksimumdosis er ti mikrogram/kg/minut, og den maksimalt anbefalede behandlings-varighed er 14 dage, da der er begrænset klinisk erfaring med længerevarende behandling. Argatroban medfører generelt øget blødningstendens og bør derfor anvendes med stor forsigtighed og i samarbejde med en koagulationskyndig læge ved behandling af patienter med forhøjet risiko for blødninger. Ved blødning afbrydes infusionen, og der gives symptomatisk behandling.

Særlige patientkategorier**Nyreinsufficiens**

Patienter med nyreinsufficiens doseres som anført under de generelle retningslinjer. Der kan under behandlingen udføres