

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Krisstöd för barn och ungdomar vid allvarlig händelse:
En forskningsöversikt**

Kim Leijen och Sanna Pääaho

Arbets- och organisationspsykologi, 22,5hp
Psykologprogrammet, 300hp
Vårterminen 2014

Handledare: Niklas Rydbo

Rapport - Firmauppdrag

Bakgrund & syfte

Charlotte Hveem, ledningsansvarig för Psykiatrisk/psykologisk katastrofledning (PKL) Sahlgrenska sjukhuset, har kontaktat Studentfirman med önskemål om hjälp med att ta fram riktlinjer med vetenskaplig bas inom området psykosocialt krisstöd för allmänheten. Studentfirmans insats kommer att ligga till grund för planering och organisation av PKL:s verksamhet.

Studentfirmans insats syftar till att tillhandahålla PKL med en forskningsöversikt kring akut psykosocialt krisstöd, med särskild inriktning mot barn och ungdomars behov vid kris, trauma eller katastrof. Orsaken till uppdraget är att PKL i dagsläget saknar kunskap om aktuellt forskningsläge på området och önskar evidensbaserat underlag för sin verksamhetsplanering. Slutrapportering sker i skriftlig form.

Upplägg

Rapporten inleds med definitioner av allvarliga händelser samt krisstöd. Detta följs av en teoretisk bakgrund vilken tar sin utgångspunkt i generell information och tillgänglig kunskap om allvarliga händelser, dess konsekvenser samt lämpliga interventioner. Denna generella bakgrund baseras huvudsakligen på forskning och erfarenheter rörande vuxna men kan i viss utsträckning även appliceras till allvarliga händelser som drabbat barn och ungdomar. Därefter följer ett avsnitt specifikt inriktat på barn och ungdomar. Rapporten avslutas med en sammanfattning.

Rapporten baseras på aktuell och relevant litteratur, i form av böcker och forskningsartiklar, om allvarliga händelser och efterföljande krisstöd. I rapporten hänvisas läsaren vidare till olika informationskällor för en än mer fördjupad bild av kunskapsområdet.

Krisstöd för barn och ungdomar vid allvarlig händelse: En forskningsöversikt

Kim Leijen och Sanna Pääaho

Sammanfattning: Barn och ungdomar anses vara en särskilt utsatt grupp vid allvarliga händelser. Deras akuta och efterföljande krisreaktioner uppvisar stor variation där både deras reaktioner och behov kan komma att skilja sig från vuxnas. Forskningsläget kring akut krisstöd anses vara i ett tidigt skede, varvid det inte finns några specifika interventioner med grundligt forskningsunderlag. Rekommendationer pekar dock mot proaktiv ”avvaktande väntan”, manualen *Psykologisk första hjälp* och psykoedukation. Debriefing rekommenderas inte som lämpligt krisstöd för primärt drabbade. Flera författare betonar vikten av förutseende planering och förespråkar krisberedningsplaner som även tar hänsyn till barn och ungdomars specifika behov. Forskningsöversikten väcker flera frågor, däribland huruvida interventioner bör riktas mot barn och ungdomar eller föräldrar eller andra vårdande vuxna.

Definition av allvarlig händelse

Socialstyrelsen (2008) beskriver begreppet ”allvarlig händelse” används inom hälso- och sjukvård, hälsoskyddet, smittskyddet och socialtjänst som ett paraplybegrepp för alla stora olyckor, katastrofer, svåra påfrestningar och extraordinära händelser. I definitionen inkluderas även risk och hot om sådana händelser. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS, 2005:13; ref. Socialstyrelsen, 2008) definieras en allvarlig händelse som en händelse som är så omfattande eller allvarlig att resurser måste organiseras, ledas och användas på ett särskilt sätt. För att uppfylla kriterierna för en allvarlig händelse krävs således att sjukvården har reagerat och beslutat att etablera en särskild sjukvårdsledning. Också händelser som inte är direkt patientrelaterade kan betraktas som allvarliga händelser om de har en stor påverkan på hälso- och sjukvården. Viss variation i benämning av dessa händelser kommer att ses i rapporten, dock hänvisar alla till den här typen av allvarliga händelser.

En allvarlig händelse inbegriper således inte enbart olyckor där ett stort antal människor omkommer eller skadas svårt. Begreppet allvarlig händelse har en vidare innebörd ur en psykologisk och psykiatrisk synvinkel, vilket också inkluderar händelser med ett stort antal drabbade där få eller inga har fått kroppsliga skador (Socialstyrelsen, 2008). Allvarliga händelser kommer att ha olika betydelse för samt påverkan på olika individer och deras efterföljande behov (Hedrenius & Johansson, 2013). Dessa händelser har dock vissa gemensamma nämnare, de hotar: säkerhet, integritet/värdighet, förutsägbarhet samt tillit och tro på det goda i världen. Dessa fyra nämnare kan kallas kärnvärden och de kan ge ledtrådar om olika typer av reaktioner på svåra händelser samt insatser som kan vara aktuella. Krisstöd handlar om att återupprätta dessa kärnvärden (Hobfoll m.fl., 2007; ref. Hedrenius & Johansson, 2013).

Definition av krisstöd

Begreppet krisstöd används av Socialstyrelsen (2008) som ett samlingsnamn för allt medmänskligt, praktiskt, psykologiskt och socialt stöd som olika samhällsinsatser förmedlar i samband med allvarliga händelser. Ett stort antal människor kan komma att drabbas vid en och samma händelse, vilket ställer stora krav på formella hjälp- och stödstrukturer. Erfarenheten från allvarliga händelser är att de flesta drabbade inte får några långvariga psykiska störningar, men den akuta situationen kan vara svår för människor att hantera. Socialstyrelsen talar för att det vore orealistiskt att förvänta sig att stödsatser från samhällets sida, hur väl de än organiseras och genomförs, kan ge snabb och fullständig lindring av lidande.

Grunden för en människas krisstöd, och för dennes förmåga att hantera konsekvenserna av svåra upplevelser, är familj, släkt, vänner, arbetskamrater, grannar och alla andra människor som utgör personens naturliga sociala nätverk (Bergh Johannesson m.fl., 2004; ref. Socialstyrelsen, 2008). Samhällets stödsatser bör enbart komplettera det individuella nätverket, inte ersätta det. Stödsatser från samhället kan vid behov bistå delar av nätverket så att det kan fylla sin viktiga funktion. Samtidigt måste det vara enkelt för människor att ta del av samhällets stödsatser. Det kräver förberedelse och samverkan mellan olika samhällsaktörer (Socialstyrelsen, 2008).

Socialstyrelsen (2008) menar att bra krisstöd vid allvarliga händelser anammar en helhetssyn på människan. Det innebär att arbetet måste bygga på kunskaper från olika kompletterande kunskapsområden och ta hänsyn till biologiska, psykologiska, sociala, socialpsykologiska, samt existentiella och andliga faktorer. Det innebär i sin tur att både krisberedskapsplanering och den praktiska verksamheten bör involvera representanter från alla dessa kunskaps- och erfarenhetsområden. Katastrofpsykologi och katastrofpsykiatri är kunskapsområden som bör användas vid planering och genomförande av ett bra krisstöd och bemötande, i syfte att minimera behovet av senare insatser och behandlingar.

Krisreaktioner

Reaktioner på svåra händelser kan variera kraftigt från en person till en annan. Reaktionernas intensitet, varaktighet och karaktär ser olika ut mellan såväl händelser och individer som mellan olika tidpunkter för en och samma individ (Christianson, 2002; Dyregrov, 2002; ref. Brolin, Calleberg & Westrell, 2011). Viktigt att komma ihåg är att det inte är vad som objektivt sett har hänt som avgör hur en individ reagerar, utan snarare upplevelsen av det som har inträffat (Lazarus, 1999; ref. Brolin m.fl., 2011). Styrkan och karaktären på de krisreaktioner som uppstår är starkt påverkade av upplevelsen av kontroll/avsaknaden av kontroll samt hur tydligt/otydligt hotet är i den aktuella situationen, utöver den faktiska händelsens påverkan. Reaktionerna påverkas även av individens tidigare erfarenhet av kris samt av hur belastande individens generella situation var innan den potentiellt traumatiserande händelsen inträffade (Brolin m.fl., 2011).

Krisreaktioner har tidigare setts som symptom som ska behandlas, men har allt mer övergått till att betraktas som signaler som säger något om hur det inträffade har drabbat en enskild individ. Reaktionerna bör betraktas som en ofrånkomlig del av livet snarare än

något som är patologiskt (Jacobsen, 2008; ref. Brolin m.fl., 2011). Det finns även vissa samband mellan krisreaktioner och händelser. Personer som har blivit hotade tenderar att drabbas av oftare av ångest och oro (Brolin m.fl., 2011), medan personer som förlorat någon/något i större utsträckning tenderar att drabbas av sorgereaktioner och depressiva symtom. Potentiella krisreaktioner kan delas in i fysiska, psykiska, emotionella, beteendemässiga reaktioner, därtill tillkommer möjliga sociala konsekvenser. Brolin m.fl. (2011) beskriver dessa utförligt.

Fysiska reaktioner:

En normal del av de akuta reaktionerna på en krishändelse är en förhöjd allmän aktivering (Christianson, 2002; ref. Brolin m.fl., 2011). Både kropp och medvetande får en förhöjd beredskap vid fara/tecken på fara. Denna aktivitetsförhöjning kan hålla sig kvar hos individer olika länge efter den traumatiska händelsen. Brolin m.fl. (2011) beskriver att den förhöjda aktivering kan ta sig uttryck som:

- Känslor av att gå på högvarv
- Lättskrämdhet/kraftiga reaktioner på oväntade saker
- Brist på energi om förhöjd aktivitetsnivå kvarstår under en längre tid
- Fysiska spänningar/smärtor
- Sömnstörningar vilka kan ge bieffekter som: irritabilitet, utmattning, humörsvängningar samt försämrad koncentrationsförmåga och arbetsprestation.
- Förändrad aptit
- Förändringar i sexlust
- Nedsatt immunförsvar.

Psykiska reaktioner

- Olika former av återupplevande av den traumatiska händelsen. Återupplevandet kan vara väldigt obehagligt och kan leda till undvikande av saker och situationer som är kopplade till traumat.
- Hyperreaktivitet med en ökad uppmärksamhet på tecken som indikerar på att det traumatiska som upplevts kommer att hända igen samt en ökad reaktionsbenägenhet vid upplevda tecken på hot.
- Koncentrationsproblem
- Problem med minnet (särskilt närminnet)
- Förändrade tankesätt: skuld- och skamkänslor samt självförelser. Personer som drabbats av traumatiska händelser kan även tendera att överskatta sannolikheten för att en ny liknande farlig händelse kommer att inträffa igen (Taleb, 2004; ref. Brolin m.fl., 2011).
- Svårigheter att tänka klart.
- Självbild, självförtroende och förtroende till andra kan påverkas negativt.

Emotionella reaktioner

- Distansering från händelsen och sådant som kan påminna om det som inträffat
- Separation av minnesbilder från tillhörande känslor
- Ökad misstänksamhet/svårigheter med tillit
- Uppgivenhet och förtvivlan
- Skuld- och skamkänslor samt självförebråelser
- Rädsla, oro och ångest
- Sorg
- Känslor av kontrollförlust vilka även kan föda ilska

Beteendemässiga reaktioner

- Rastlöshet och impulsivitet
- Miljöbyte till en miljö som upplevs tryggare
- Energilöshet, inåtvändhet, likgiltighet
- Försämrad arbetsprestation (oavsett energi- och aktivitetsnivå)
- Rubbade vardagliga rutiner
- Självmedicinering mot ångest och andra obehagliga känslor

Sociala konsekvenser

- Skol- och arbetsprestation samt energinivå kan påverkas negativt
- Socialt tillbakadragande vilket kan bidra till känslor av ensamhet och utanförskap, något som i sin tur kan öka risken att utveckla nedstämdhet/depression
- Ensamhet/isolering till följd av att omgivningen inte vet hur de ska förhålla sig till den drabbade individen och dennes upplevelser

En ny traumatisk händelse kan väcka minnen från eventuella tidigare påfrestningar eller traumatiska erfarenheter. Då tidigare erfarenheter av trauma finns kan det röra sig om vad som brukar benämnas "överdeterminerade kriser", något som inverkar försvårande på reaktionsmönster, reaktionsstyrka samt läkning och bearbetning av en ny svår händelse (Brolin m.fl., 2011).

Återhämtning från svåra händelser

Brolin m.fl. (2011) betonar att det finns stora variationer i personers förmåga till krishantering och återhämtning efter allvarliga händelser. Ett antal mönster har observerats gällande återhämtning hos personer som utsatts för svåra händelser (Bonanno & Mancini, 2008; Norris m.fl., 2009; ref. Brolin m.fl., 2011):

- Motståndskraftiga/stresståliga, totalt 30-60%. Dessa personer reagerar knappt alls, varken under eller efter den traumatiska händelsen, alternativt reagerar de mycket måttligt och håller balansen. Stresståliga personer kan initialt ha olika reaktioner på det inträffade men deras reaktioner avklingar mycket snabbt.

- De som återhämtar sig spontant, cirka 15-25%. Deras reaktioner kan vara relativt kraftiga men minskar av sig själv gradvis över tid.
- De som utvecklar kroniska besvär, 5-30 % beroende på aktuella omständigheter. Dessa personer reagerar kraftigt till en början och symtomen dröjer kvar utan att minska i intensitet över tid.
- De som utvecklar fördröjda besvär, 0-15%. Dessa personer har initialt få eller inga symtom men har/utvecklar symtom som snarare ökar med tiden.

Dessa uppskattningar kan kompletteras med siffror från Brolin m.fl. (2011) vilka beskriver att de flesta (70-80%) klarar sig igenom en potentiellt traumatisk upplevelse utan professionell hjälp. Egna resurser, en bra livssituation, ett bra socialt nätverk och avsaknad av tidigare obearbetade trauman är faktorer som leder till att personer i allmänhet kan hantera en traumatisk händelse på egen hand. 20-30% kan dock ha nytta eller behov av professionell hjälp. Återigen, behovet av hjälp och stöd betyder inte att krisreaktionerna är patologiska.

En modell över krisens förlopp

Psykatrikern Cullberg har utvecklat en fasmodell vilken ofta används för att konceptualisera krisens faser (Brolin m.fl, 2011). Cullberg är noga med att betona att modellen teoretisk och att den därmed kan användas för att underlätta förståelsen av ett krisförlopp, vad en krisdrabbad person kan tänkas uppleva och vad för reaktioner som kan vara att vänta. Det är däremot inte en beskrivning av hur enskilda individer faktiskt kommer att reagera vid en kris. Brolin m.fl. (2011) betonar att Cullbergs faser inte återfinns lika tydligt i praktiken; krisreaktioner manifesteras på ett kontinuum snarare än i väldefinierade faser.

Chockfasen: Några sekunder till flera dagar efter en traumatisk händelse kan personer som varit utsatta för traumat vara i chock. Om omgivningen upplevs otrygg och om traumat varit svårt för den drabbade kan perioden bli längre. Under chockfasen är det alltför smärtsamt och ansträngande att ta in allt det inträffade på en och samma gång, istället tas intrycket in i mindre och därmed mer hanterbara delar. Detta innebär att personen undviker delar av det som skett, särskilt undviks den känslomässiga innebörden av det som hänt. En chockad person är inte alltid medveten om sitt tillstånd och kan bete sig ordnat trots att denne samtidigt har ett inre kaos. Om personen inte uppvisar känslor behöver det inte innebära att dessa saknas, det kan vara så att dessa finns men ännu inte uttryckts. Känslor av förvirring och överklighet kan göra det svårt för den drabbade att senare minnas vad som har hänt och sagts under denna fas.

Reaktionsfasen: Fasen följer chockfasen och brukar hålla i sig i ungefär en månad, längden kan dock variera. Under reaktionsfasen börjar den drabbade bitvis att ta in det inträffade. Traumat blir mer verkligt och undanhållna känslor samt krisreaktioner (somatiska, kognitiva och emotionella) tar sig olika uttryck. En del kan uppleva upprepade mentala bilder av det som hänt. Det är vanligt att en person som varit utsatt för trauma

sammankopplar aktuella händelser med den traumatiska händelsen och mentalt dras tillbaka till det traumatiska som inträffade.

Bearbetningsfasen: Under denna fas börjar krisreaktionerna avta och en läkning samt bearbetning av det inträffade påbörjas. Om bearbetningen är aktiv brukar den inte ta mer än ett år. Bitvis sker en separation mellan aktuella händelser, som tidigare kunnat dra tillbaka den drabbade mentalt till den traumatiska händelsen, och det traumatiska som personen utsattes för. Den drabbade kan till slut påminnas om det som hände utan att tappa orientering i sammanhang, tid och rum. Gradvis kommer personen också att påbörja bearbetning och integrering av det traumatiska minnet och därmed gå över i nyorienteringsfasen.

Nyorienteringsfasen: Efter bearbetningsfasen kan personen börja blicka framåt och gå vidare i livet. Den traumatiska händelsen och reaktionerna på den integreras alltmer i personen och utgör inte längre ett hinder i det vardagliga livet. Det den drabbade blivit utsatt för integreras till att bli en bland tidigare känslomässigt stressande erfarenheter. Nyorientering pågår hela livet och under den kan det hända att existentiella frågor får en större plats i livet och att även annat i livet omvärderas (Jacobsen, 2008; ref. Brolin m.fl., 2011).

Hedrenius och Johansson (2013) beskriver ett antal fördelar med Cullbergs teori men belyser samtidigt hur fasteorin som pedagogiskt verktyg har bidragit till en kraftig förenkling av vad som egentligen är en betydligt mer komplex teori. De betonar att förenklingar kan bidra till problem och tar upp olika exempel på hur fasteori har präglat bemötandet av krisdrabbade människor. De menar att det kan finnas idéer om att alla ska gå igenom alla faser, att alla ska reagera på ett visst sätt i en viss fas eller att det finns en risk att ”fastna i faser” om det inträffade inte bearbetas på ”rätt sätt”. I anslutning till detta radar författarna upp tre vanliga myter vilka är mycket vanliga, men som saknar evidens (Bonanno & Boerner, 2005; Wortman & Boerner, 2007; ref. Hedrenius & Johansson, 2013): (1) Att inte uppvisa en uttalad reaktion leder till komplikationer; (2) Man måste alltid bearbeta svåra händelser; samt (3) Avsaknad av, eller minimal, sorgereaktion är tecken på sjukdom.

Fortsatta svårigheter och behandling

Vad gäller frekvens, förekomst och omfattning på krisreaktioner uppvisas stor variation bland enskilda individer (Brolin m.fl., 2011). Det finns inte särskilt stor anledning till oro för personer som kan tänka på och prata om det inträffade utan att känna starkt obehag, vars vardag, arbete och sociala liv fungerar och där det inte heller finns problem med sömn, minne, koncentrationsförmåga eller aptit. Tidig behandling som är avsedd att stärka återhämtningen kan upplevas som alltför påträngande och det har visat sig att det kan störa den naturliga återhämtningen (Brewin, 2001; Foa, 2009; National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2005; ref. Hedrenius & Johansson, 2013). Det är inte alla som behöver få behandling för traumarelaterade besvär efter svåra

händelser, däremot behöver alla stöd och bli bemötta med respekt och aktsamhet för hur deras verklighet har förändrats (Hedrenius & Johansson, 2013). Rekommendationen är att den drabbade bör söka hjälp om denne fyra veckor efter den svåra händelsen ännu har reaktioner som inte avtagit eller som är svårhanterliga (Friedman, Keane & Resick, 2007; NICE, 2005; TENTS, 2009; ref. Hedrenius & Johansson, 2013). Ett viktigt indicium för att söka behandling är när reaktionerna gör att det är svårt att orka med arbete och/eller vardag samt när de på ett negativt sätt påverkar relationer och annat som är viktigt i individens liv. Det kan t ex handla om att det ännu är svårt att tänka på det inträffade, att det väcker starka fysiska stressreaktioner eller överväldigande känslor, alternativt kan det handla om att inte alls kunna närma sig det som har inträffat. Hedrenius och Johansson (2013, s.248-249) har utifrån National Child Traumatic Stress Network och National Center for PTSD sammanställt listor av rekommendationer för när vuxna respektive barn bör söka professionell hjälp.

När vuxna bör hänvisas till behandling

- När det är svårt att hantera reaktioner efter mer än fyra veckors tid.
- När tidigare medicinska, emotionella eller beteendemässiga svårigheter blivit förvärrade eller kommit tillbaka.
- När det förekommer eller finns misstanke om övergrepp i familjen, i skolan eller i någon annan situation.
- Frågeställningar eller problem som rör barns och tonåringars utveckling eller beteende.
- Alltid när den drabbade själv önskar få hjälp.

När barn bör hänvisas till behandling

- När det är svårt att hantera reaktioner efter mer än fyra veckors tid.
- Observera särskilt att barn sällan uppvisar samma renodlade PTSD-symtom som vuxna, det vill säga mardrömmar om det som hände och exempelvis återupplevande. Hos barn är i stället fysiska och beteendemässiga förändringar, såsom smärta utan annan orsak, frustration i dagliga aktiviteter eller lekar, där man på olika sätt återupprepar det som har hänt genom ”traumatisk lek”, det vill säga lek som inte blir ångestreducerande och där händelseförloppet inte förändras de dominerande tecknen (NICE, 2005; ref. Hedrenius & Johansson, 2013).
- När tidigare medicinska, emotionella eller beteendemässiga svårigheter blivit förvärrade eller kommit tillbaka.
- När det förekommer eller finns misstanke om övergrepp i familjen, i skolan eller i någon annan situation runt barnet.
- När det finns frågeställningar eller problem som rör barns och tonåringars utveckling eller beteende.
- Alltid när barn eller föräldrar själva önskar få hjälp.

Krisstöd och behandling

Hedrenius och Johansson (2013) beskriver hur syftet med krisstöd inte är att förändra det som skett utan att lindra konsekvenserna av det inträffade samt att undvika nya påfrestningar. Det handlar om att skapa öar av säkerhet, trygghet och hopp och att se de tillfällen som finns för att skapa dessa. De menar att en användbar minnesregel för både barn och vuxna i kris är "STUBBE", vilket står för Stöd, Uppföljning, Bedömning och Behandling och utgår från en modell kallad "The Screen and Treat Model" (Brewin, 2001; Brewin m.fl, 2008, Forbes m.fl, 2010; ref. Hedrenius & Johansson, 2013). Krisstöd ges i det initiala skedet, uppföljning sker i efterförloppet där uppgiften är att hitta och utreda vilka individer som utvecklat besvär efter traumat och som behöver behandling för dessa. De allra flesta behöver och får krisstöd efter svåra händelser, det behövs även parallellt med eventuell behandling. Stöd i vardagen, från t ex skola, arbetsplats, somatisk vård eller kommun, kan ofta behövas oavsett behandlingsbehov.

Hedrenius & Johansson (2013) beskriver att tidiga reaktioner anses vara naturliga följder på svåra händelser, därför är rådet att avvakta med behandling i det akuta skedet. "Avvaktande väntan" rekommenderas och innebär att vänta tills situationen har stabiliserats för att se vilka individer som har kvarstående besvär (NICE, 2005; ref. Hedrenius & Johansson, 2013). Avvakta med behandlingsinsatser den första månaden för personer som har milda/måttliga besvär, detta för att inte störa den naturliga återhämtningen. Väntan bör dock vara proaktiv, d.v.s. tid för uppföljning bör bokas in så att en bedömning kan göras över vilka besvär som kvarstår och vilka problem som fortfarande behöver hanteras. Även The National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH) (2005) rekommenderar avvaktande väntan och en uppföljande kontakt med den drabbade inom en månad efter händelsen.

Vägledande principer för krisstöd

Det har varit svårt att uppnå evidensbaserad konsensus kring en enda intervention att rekommendera vid svåra händelser, av denna orsak samlades en internationell expertpanel och identifierade vägledande principer för det stöd som ska ges vid det akuta skedet av svåra händelser (Hedrenius & Johansson, 2013). Principerna kallas "Hobfolls fem vägledande principer" och bygger på den bästa tillgängliga forskningen på vad som bäst kan minska stress samt stärka motståndskraften efter allvarliga händelser. Manualen *Psykologisk första hjälp*, vilken diskuteras senare i denna rapport, bygger på dessa vägledande principer (National Child Traumatic Stress Network & National Center for PTSD, 2006; ref. Hedrenius och Johansson, 2013). En kortfattad beskrivning av Hobfolls fem vägledande principer, samt potentiella åtgärder, återfinns nedan (Hobfoll m.fl. 2007; ref. Hedrenius & Johansson, 2013):

Främja lugn

Det är normalt med starka initiala reaktioner på svåra händelser. De flesta reaktioner återgår till mer hanterbara nivåer inom några dagar till några veckor fram i tiden. Både reaktioner som är uttalade, t ex stark ångest eller intensiv gråt, och avsaknad av reaktioner, t ex apati, starka upplevelser av att vara frånvarande, är signaler på att

nervsystemet är överbelastat. För att de reaktioner som utvecklas efter en svår situation ska kunna mattas av behöver nervsystemet få möjlighet att återfå sin balans, därför är det även viktigt att främja lugn och minska på stressorer. De individer som har reaktioner vilka inte mattas av till mer hanterbara nivåer har en risk att utveckla posttraumatiska problem.

Potentiella åtgärder: få smärtlindring, vara tillsammans med närstående, få information om vad som görs samt att begränsa intryck som har en skrämmande effekt. Om samtalande kring det inträffade gör att den drabbade känner sig mer nedstämd eller orolig kan en rekommendation ges om att minska på berättandet. Bensodiazepiner kan ha en dämpande effekt till en början men är inte att rekommendera då de kan öka risken för PTSD.

Främja trygghet

För många personer går det basala behovet av att vara nära viktiga personer före behovet av fysisk säkerhet. Miljön där den/de drabbade finns behöver dock säkras och tryggas för att förstärka tryggheten. I den akuta fasen av en svår händelse triggas lätt minnet av det som har hänt varför det är viktigt att säkerhet upprätthålls, så att inte psykologisk och fysiologisk övergång till att vara i säkerhet försvåras. Då traumatiska minnen lagras in i överväldigande oavslutade känslor är varje grad som upplevelsen av säkerhet kan förstärkas viktig.

Potentiella åtgärder: För den drabbade till en säker plats eller informera om vad som görs för att garantera säkerheten.

Främja samhörighet

Denna princip är den som har det största vetenskapliga stödet. Den största friskhetsfaktorn efter svåra händelser är socialt stöd, i detta stöd inkluderas även emotionellt och praktiskt stöd. När det handlar om hur människor klarar svåra händelser är det mest basala att få vara tillsammans med dem som är viktiga för oss och som står oss nära. Särskilt viktigt är detta för barn som är helt beroende av minst en anknytningsperson för normal utveckling och för att överleva.

Potentiell åtgärd: Gör allt som är möjligt för att få till kontakt/närhet mellan den drabbade individen och hans/hennes nära anhöriga; familj, vänner eller andra som personen har viktiga relationer med.

Främja tillit

En risk i det akuta skedet av en kris är att människor kan förlora sin kompetenskänsla samt känslan av att kunna hantera sin tillvaro. Både vuxna och barn riskerar att överväldigas dels av det inträffade, som inte passar in i föreställningarna av vad som är att förvänta, men även av praktiska saker som behöver hanteras i nuet. Det kan leda till en mer allmän upplevelse av att inte kunna hantera sin tillvaro, detta samtidigt som forskning visar att just upplevelsen av att ha kunskap och förmåga är av avgörande

betydelse för att ta sig igenom svårigheter. Det räcker dock inte att ha tilltro till sig själv och till samhället, faktiska kunskaper och resurser är nödvändiga. Om dessa resurser inte finns är det möjligt att de drabbade börjar tro att det är dem själva felet ligger hos.

Potentiell åtgärd: Hjälpa till att identifiera eventuell diskrepans mellan individens förmåga och de faktiska resurserna.

Främja hopp

Svåra händelser kan påverka våra referensramar och vår syn på världen som trygg, god och förutsägbart.

Potentiell åtgärd: Aktivera de drabbade, t ex i beslutsfattande. Det kan främja tillhörighet och hopp. Hopp hör även samman med de övriga principerna

Särskilt utsatta grupper

Hedrenius och Johansson (2013) betonar att det av prioriteringsskäl är viktigt att ha kunskap om särskilt utsatta grupper vid svåra händelser. Överlag kan sägas att det rör sig om personer som i vanliga fall är beroende av andras hjälp och som löper särskilt stor risk att bli extra utsatta vid potentiellt traumatiska händelser. Hedrenius och Johansson (2013, s.36) har utifrån National Child Traumatic Stress Network och National Center for PTSD (2006), Friedman, Keane & Resick (2007) och Foa m.fl. (2009) sammanställt en lista över personer som kan vara extra utsatta vid svåra händelser. Viktigt att betona är att listan inte kan användas till att förutsäga vilka enskilda individer som har en "dålig prognos". Den ger enbart information om personer som kan behöva prioriteras vid svåra händelser.

1. Barn och unga vuxna
2. Gravida kvinnor samt vuxna med ansvar för späda barn
3. Barn och vuxna:
 - a. med funktionsnedsättningar
 - b. med tidigare psykisk eller fysisk ohälsa
 - c. som upplevt livshot
 - d. som är allvarligt fysiskt skadade
 - e. som förlorat eller saknar närstående
 - f. som tidigare varit med om svåra händelser
 - g. som just nu redan befinner sig i en situation med annan pågående stress
 - h. som hör till en minoritetsgrupp eller ursprungsbefolkning
 - i. som blivit utsatta för felbehandling eller skadliga rutiner inom exempelvis sjukvård, socialtjänst eller äldreomsorg

Barn och ungdom

Barn och ungdomar som en särskilt utsatt grupp

När diagnoskriterierna för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) formulerades år 1980 (American Psychological Association [APA], 1980; ref. NCCMH, 2005) ansågs diagnosen inte vara relevant för den yngre populationen. Synen har sedan dess förändrats,

barn och ungdomar anses inte längre vara immuna för posttraumatiska stressreaktioner, och det är i dagsläget accepterat att också de kan utveckla PTSD (NCCMH, 2005). Rapporter kring katastrofers inverkan på det psykologiska välbefinnandet hos barn och ungdomar har visat att psykiskt lidande och psykologiska svårigheter kan leva kvar flera år efter en allvarlig händelse (Bal, 2008; Hensley & Varela, 2008; McDermott, Lee, Judd & Gibbon, 2005; ref. Mohay & Forbes, 2009).

Barn och ungdomar betraktas av flera som en av de mest sårbara grupperna vid en katastrof eller en allvarlig händelse. Det grundar sig i en tanke om att personer i lägre åldrar har begränsade erfarenheter av världen och att deras välbefinnande är starkt beroende av andra människor (Mohay & Forbes, 2009). Detta gäller särskilt för yngre barn som i stor utsträckning är beroende av vuxna för livsuppehälle och säkerhet (Garrett m.fl., 2007; ref. Burke m.fl., 2010). Barn kommer ha svårt att veta hur de ska reagera vid en allvarlig händelse då de rent utvecklingsmässigt saknar den självbevarelsedrift och de kognitiva färdigheter som en så pass extrem situation kräver (Chung & Shannon, 2005; ref. Burke m.fl., 2010). Barn anses således vara sämre utrustade än vuxna människor för att kunna hantera en allvarlig händelse eller katastrof (Norris m.fl., 2002; ref. Wang, Chan, & Ho, 2013).

I de omedelbara efterdyningarna av en allvarlig händelse är det mycket viktigt att insatserna syftar till att minska eller förhindra psykologiska svårigheter och stressreaktioner, främja positiv anpassning samt identifiera de barn och ungdomar som har svårast reaktioner och som därmed kan behöva fortsatt hjälp (La Greca, 2008). Genom en förståelse för hur barn och ungdomar upplever traumatiska händelser och hur denna grupp uttrycker stress, kan föräldrar, hälso- och sjukvårdspersonal och andra vuxna i barnets närhet lära sig att svara på barnets psykosociala behov och hjälpa denne genom en svårhanterlig period i livet (Murray, 2006). Viktigt att komma ihåg är även många tycker att barns och tonåringars reaktioner är bland de det svåraste som finns att hantera. Det väcker ofta mycket känslor (Hedrenius & Johansson, 2013).

Det är således viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal känner till normala krisreaktioner hos barn och ungdomar samt potentiella riskfaktorer för psykopatologi efter en allvarlig händelse (APA, 2005; ref. Murray, 2006). Barn och ungdomar har som grupp unika behov efter allvarlig händelse, vilka kan göra pediatrikt inriktad krisberedskapsplanering och implementering avgörande (Burke m.fl., 2010). Forskningen har funnit att just barn- och ungdomsperspektivet ofta saknas vid utformandet av kris- och katastrofplaner. Det finns en förväntan om att barn och ungdomar kan och bör få samma vård och omsorg som vuxna människor (Columbia University, Pediatric preparedness for disasters and terrorism: A national consensus conference, 2003; ref. Burke m.fl., 2010). I anslutning till detta har forskning även funnit att de flesta sjukhus sällan övar med pediatrika katastrofoffer. De tenderar att förbise eller strunta i katastrofscenarier med barn och ungdomar, vilket författarna menar är ett missat tillfälle att bedöma sina egna tillkortakommanden och synliggöra sina utvecklingsmöjligheter (Ferrer m.fl., 2009; Klein m.fl., 2005; Hsu m.fl., 2004; ref. Burke m.fl., 2010). Krisberedskapen kommer i dessa fall att sakna kunskap om svårigheter och utmaningar i att behandla barn och ungdomar i kris (Burke m.fl., 2010). Allen m.fl. (2007; ref. Burke m.fl., 2010) argumenterar för att

katastrofplanering som inkorporerar barn och ungdomars specifika svårigheter ökar sannolikheten att nå framgångsrika resultat i mötet med denna patientgrupp efter en katastrof eller allvarlig händelse.

Normala reaktioner (på onormala händelser)

En katastrof eller en allvarlig händelse innebär för barnet eller ungdomen ett uppbrott i dennes livssammanhang genom skada, förlust eller förödelse. En sådan händelse innebär en förlust av kontroll, struktur och förutsägbarhet, vilket kommer att påverka den yngre populationen oberoende av ålder och utvecklingsnivå (Murray, 2006). Barn och ungdomar tvingas i sådana situationer att inte bara hantera katastrofens effekter, utan även de utmaningar och behov som tillhör normalutvecklingen (Belfer, 2006). Att hjälpa barn och ungdomar under denna period och under svåra förhållanden kräver vaksamhet och uppmärksamhet då denna grupp kan uppvisa en mängd olika psykosociala reaktioner (Murray, 2006).

Likt vuxna, reagerar barn och ungdomar både fysiologiskt och psykologiskt vid en traumatisk händelse. De kan bli emotionellt upprörda, pulsen ökar, de börjar svettas, de kan känna sig uppvarvade och ha ”fjärilar i magen”. Reaktionerna är i sig stressande, men de är helt normala: det har ett överlevnadsvärde och är kroppens sätt att skydda människan och förbereda henne att möta fara (National Child Traumatic Stress Network [NCTSN], 2014). De flesta barn uppvisar vanligtvis milda till måttliga nivåer av stress vid katastrofer, konflikter eller andra traumatiska händelser, men förblir vanligtvis funktionella (Kostelny & Wessells, 2005; ref. Belfer, 2006). American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) (2005; ref. Murray, 2006) menar att barnets reaktioner till stor del beror på graden av upplevd förstörelse och förlust i samband med en katastrof eller allvarlig händelse. Ett barn kommer sannolikt att uppvisa större anpassningssvårigheter om en familjemedlem, vän, lärare eller ett husdjur gått förlorat, skadats eller avlidit.

Efter en förödande händelse kan barnet känna ett ökat behov av säkerhet och trygghet, vilket infaller vid ett tillfälle då dennes föräldrar, släktingar eller vänner försöker hantera sina egna reaktioner och svårigheter. Observationen visar att barn är mycket känsliga inför föräldrarnas reaktioner, både i relation till den faktiska händelsen men också vad gäller samtal kring händelsen efteråt (NCCMH, 2005). Barn är från en tidig ålder mottagliga för och uppmärksamma på föräldrarnas svårigheter och reaktioner, vilket följaktligen innebär att de modifierar eller undertrycker egna behov för att underlätta för föräldrarna och lätta på familjens belastning (Dyregrov & Yule, 2006; ref. Williams, Alexander, Bolsover & Bakke, 2008).

Åldersspecifika reaktioner

Stressreaktioner kommer till viss del att variera med barnets ålder. Förslagsvis kommer spädbarnet sannolikt att påverkas om föräldern är stressad till följd av en katastrof, det antas att reaktionerna speglar den person som tar hand om barnet. Det kan visa sig genom förändringar i sömn- och matvanor, nivåer av lyhördhet gentemot omgivningen, samt episoder av irritabilitet och apati (Plum, 2003; ref. Murray, 2006).

Spädbarn kan även verka fränkopplade, vilket gäller särskilt vid de tillfällen då de separerats från föräldern vid en katastrof (Murray, 2006).

Småbarn anses bli mer stresspåverkade än spädbarn, särskilt om de skiljs från sina föräldrar. Barn i denna åldersgrupp reagerar med att vara tillbakadragna eller verka deprimerade. De söker vuxna för tröst och uppmärksamhet i större utsträckning än tidigare. Också småbarns mat- och sömnvanor kan förändras (Murray, 2002; ref. Murray, 2006). I den här åldersgruppen bör särskild uppmärksamhet riktas mot tecken på nattskräck, återkommande mardrömmar, samt beteendemässig regression vilket yttrar sig genom hjälplöshet, klångighet och vredesutbrott (Murray, 2006).

Barn i förskoleåldern kan svara på den stressfyllda situationen genom att uppvisa extrem hjälplöshet, passivitet och bristande uppmärksamhet på omgivningen. Vanligt är även ihållande rädsla och en känsla av skuld relaterat till att barnet tror sig ha varit ansvarig för katastrofen på något sätt (AACAP, 2005; ref. Murray, 2006). NCTSN (2014) skriver att rädslan kan sträcka sig bortom den traumatiska händelsen och därmed påverka andra delar av barnets liv. Förskolebarnet kan ha svårt att sätta ord på oron eller den emotionella upplevelsen. Barnet kan regrediera, vilket innebär att barnet förlorar tidigare egenskaper och förmågor som kommit med normalutvecklingen. Det kan medföra att barnet har svårt att somna, leka eller vara utan sina föräldrar. Barnet kan även uppvisa repetitiv och mindre kreativ lek, vilket antas representera barnets fortsatta fokus på händelsen eller ett försök att förändra ett negativt utfall av en traumatisk händelse. Förskolebarn tenderar att också uppvisa många somatiska problem såsom yrsel, huvudvärk och magvärk (AACAP, 2005; ref. Murray, 2006).

Skolbarn har lättare att förstå händelseförloppet under en katastrof. Deras emotionella och kognitiva utveckling gör dem dock fortfarande sårbara för stressreaktioner. I den här åldersgruppen är frågan om den egna och andras säkerhet ofta central. Det resulterar i sömnsvårigheter och mardrömmar, vilket i förlängningen leder till försämrade skolresultat och humörsvängningar. Isolering från vänner och familj, ledsenhet, håglöshet, minskad aktivitet och en upptagenhet med den allvarliga händelsen kan visa sig hos dessa barn (AACAP, 2005; ref. Murray, 2006). Skolbarnet tenderar att vara upptagen av sina egna handlingar under händelseförloppet och kan enligt NCTSN (2014) regelbundet komma att återberätta den traumatiska händelsen. Även somatiska problem är vanliga i denna åldersgrupp, exempelvis huvudvärk och magvärk utan någon uppenbar fysiologisk orsak. Vissa skolbarn kan agera vårdslöst eller ägna sig åt aggressiva beteenden efter en allvarlig händelse.

Ungdomar förstår omständigheterna kring en allvarlig händelse på en nivå som liknar vuxnas förståelse. Det innebär dock inte nödvändigtvis en ökad motståndskraft vid allvarliga händelser, då deras sårbarhet antas öka av det faktum att de redan genomgår en komplex förändringsperiod i sina liv (Plum, 2003; ref. Murray, 2006). NCTSN (2014) menar att tonåringar kan vara självmedvetna eller besvärade av sina emotionella reaktioner vid en katastrof. Rädsla, sårbarhet och en oro inför att vara onormal eller annorlunda kan leda till att ungdomen isolerar sig från andra. Tonåringen kan uppvisa känslor av skam och skuld. De kan i vissa fall hantera svårhanterlig stress och uppvisa sina psykosociala behov genom att ägna sig åt självdestruktiva eller riskfyllda beteenden.

Det kan bland annat visa sig genom utagerande, brottslighet och försämrade skolprestationer. Observationer har dock visat att ungdomar även kan uppvisa positiva beteenden genom att ta på sig ansvar och hjälpa till efter en katastrof, samt stödja och uppmuntra andra offer (Plum, 2003; ref. Murray, 2006).

Psykopatologi och motståndskraft

Medan forskning långsamt förbättrar vår förståelse för barn och ungdomars fungerande under och efter eller allvarlig händelse, finns fortfarande viktiga luckor i litteraturen som begränsar vår förmåga att identifiera och hjälpa de barn och ungdomar som drabbas allra värst (La Greca m.fl., 2013). Forskning kring barn och ungdomars reaktioner på traumatiserande händelser anses fortfarande befinna sig i ett tidigt stadium. Barn och ungdomsperspektivet är beforskat i avsevärt mindre utsträckning än det vuxna perspektivet. Det finns få longitudinella studier som kartlägger barn och ungdomars reaktioner på katastrofer eller allvarliga händelser (NCCMH, 2005). Det saknas även systematiskt utförda och kontrollerade studier på mental hälsa hos barn och ungdomar efter allvarliga händelser, detta anses särskilt gälla utvecklingsländer (Williams m.fl., 2008).

Det går att förvänta sig att posttraumatiska stressymtom rapporteras i högre utsträckning under de första veckorna efter en allvarlig händelse. Alla barn eller ungdomar som diagnostiseras med PTSD upplever traumatisk stress, dock är det inte alla med traumatisk stress som uppfyller en PTSD-diagnos (NCTSN, 2003). Symtom är inte likställt med en diagnos eller psykisk störning. Många symtom representerar vanliga reaktioner och kan eller bör således inte betraktas som indikativt för begynnande psykopatologi hos den yngre populationen (Bryant, 2006; ref. Belfer, 2006). Huruvida PTSD faktiskt utvecklas är beroende av flera faktorer, bland annat tidigare trauman, mentala respektive emotionella styrkor och svagheter samt tillgång till socialt stöd. Två personer kan möta samma situation där bara en av dem utvecklar fortgående svårigheter. Barn och ungdomar är unika individer och det antas vara svårt att på förhand bedöma vilka som kommer att utveckla mer ihållande problem efter en traumatisk händelse (NCTSN, 2003).

Forskning föreslår att det finns ett dosförhållande, det vill säga att barn och ungdomar som i större utsträckning exponeras för riskfaktorer för PTSD löper större risk för att utveckla allvarligare och mer ihållande PTSD-symtom. Forskning har identifierat ett antal riskfaktorer, vilka Mohay och Forbes (2009) utförligt beskriver i sin artikel utifrån det nuvarande forskningsläget. Författarna menar att dessa riskfaktorer kan anses vara applicerbara till en mängd olika (natur)katastrofer. Riskfaktorerna inkluderar kön, ålder, personlighet, grad av exponering, graden av förstörelse (av egendom och infrastruktur), bevittnad död eller skada hos andra, hot mot det egna livet, separation från nära och kära, försämrad funktion inom familjen (efter händelsen), samt sekundära stressorer. Flera källor beskriver att barn är särskilt sårbara för traumatisering om de upplever död av familjemedlemmar, vänner, lärare eller andra som är bekanta för barnet, om de förflyttats från sina hem, sitt bostadsområde eller sin stad i samband med en allvarlig händelse, eller om de tidigare upplevt andra traumatiska händelser (Balaban,

2006; Madrid m.fl., 2006; Proctor, Fauchier & Oliver, 2007; Chemtob, Nomura & Abramovitz, 2008; ref. Williams m.fl., 2008). Tidigare traumatisering, svåra händelser i barndomen och uppbrott i sociala nätverk betraktas som starka prediktorer för traumarelaterad psykopatologi (AACAP, 1998). Andra riskfaktorer inkluderar kvinnligt kön, en familjehistoria av psykiatriska störningar, övriga livsstressorer, låg socioekonomisk status och låg utbildningsnivå (Copeland m.fl., 2007; ref. Murtonen, Suomalainen, Haravuori & Marttunen., 2012).

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) hos barn och ungdomar

Vissa barn och ungdomar kommer efter en allvarlig händelse att utveckla mer ihållande symtom. PTSD är en psykisk störning som återkommande rapporteras hos såväl barn och ungdomar (Dyregrov & Yule, 2006; Klein & Alexander, 2006; Tareen & Garralda, 2007; ref. Williams m.fl., 2008). För specifika diagnoskriterier, se DSM-V eller ICD-10. Värt att notera är att PTSD hos barn kan komma att yttra sig något annorlunda än hos vuxna. Till exempel kan ihållande rädsla eller skräck och hjälplöshet ta sig uttryck i desorganiserat eller agiterat beteende, medan återkommande stressfyllda tankar hos barn kan visa sig genom repetitiv lek där teman berör den traumatiska händelsen (APA, 2004; ref. Mohay & Forbes, 2009). Barn och ungdomar kan återuppleva händelsen genom mardrömmar, flashbacks, samt uppvisa undvikande eller bedövande symtom – försök att inte på händelsen, minnesluckor eller en känsla av att vara bedövad i samband med händelsen (NCTSN, 2003). Vanligt bland barn är även regredierat, barnsligt beteende, ökat beroende av föräldrarna, ökad ångest och rädsla, irritabilitet, koncentrationssvårigheter, minskat intresse för aktiviteter, sömnsvårigheter (särskilt mardrömmar), aggressivitet och påträngande tankar kring händelsen. Dessa symtom anses kunna motivera en PTSD-diagnos om de kvarstår längre än en månad (AACAP, 2008; ref. Mohay & Forbes, 2009). Ungdomar beskrivs uppleva PTSDsymtom som liknar de hos vuxna. Självdestruktivt beteende, missbruk och aggressiva utbrott kan även ses hos denna grupp efter en allvarlig händelse. Välbefinnande och normalutveckling kan försämrats signifikant också hos dem som inte uppfyller en PTSDdiagnos (Flaherty m.fl., 2003; Murtonen m.fl., 2012).

Eftersom PTSD hos barn manifesteras annorlunda än hos vuxna, beskrivs en inneboende risk i att denna problematik inte uppmärksammas. Problemet förstärks ytterligare av det faktum att barn kan ses leka kort efter en katastrof. Detta kan av lekmannen och media uppfattas som en indikation på att barnet gått opåverkad ur en traumatisk händelse. Viktigt att poängtera är dock att barn ofta försöker bearbeta upplevelser och oro genom lek, drama och konst, och ses ofta återskapa traumatiska händelser genom dessa kreativa kanaler. Följaktligen vore det oklokt att betrakta dessa aktiviteter som indikatorer för symptomfrihet i samband med en allvarlig händelse (Saylor, Swenson & Powell, 1992; ref. Mohay & Forbes, 2009). Barn och ungdomar kan gradvis komma att bli medvetna om sin förlust, trots att de kan verka bekymmersfria de första dagarna efter en allvarlig händelse. Denna förlust och bristen på struktur, stöd och tillgångar kan ha en fördröjd inverkan (Madrid m.fl., 2006; ref. Williams m.fl., 2008).

Symtom på posttraumatiska psykiska störningar kan utvecklas veckor, månader eller år efter en händelse (Reed, Anthony & Breslau, 2007; ref. Williams m.fl., 2008).

Forskning visar att uppemot 50% av de barn som drabbats av traumatiska händelser kan utveckla PTSD (Yule m.fl., 2000; ref. NCCMH, 2005). En forskningsöversikt pekar på att andelen diagnostiserad PTSD hos barn och ungdomar uppvisar stor variation bland studierna, mellan 3-100%, efter olika typer av katastrofer (Sahin, Batigun & Yilmaz, 2007; ref. Williams m.fl., 2008). Typvärdet anses ligga mellan 10-40%, där studiers varierande resultat antas bero på faktorer såsom urval, bedömningsmetoder, händelsens natur och när i tidsförloppet bedömningen gjordes (Williams m.fl., 2008). Flaherty m.fl. (2003; ref. Murtonen m.fl., 2012) skriver att förekomsten av diagnostiserad PTSD hos ungdomar är ungefär 30-40% efter olika typer av traumatiska händelser. Wang, Chan och Ho (2013) finner också stora variationer i uppskattad förekomst av PTSD där andelen diagnostiserad PTSD bland barn och ungdomar sträcker sig mellan 1.0-60%.

Samsjuklighet

Komorbida tillstånd och andra typer av psykologiska svårigheter såsom depression, ilska, skuld, aggression och psykosomatiska symtom kan också ses hos barn och ungdomar efter en katastrof (McDermott m.fl., 2005; ref. Mohay & Forbes, 2009). PTSD- och depressiva symtom hos ungdomar anses vara vanligt efter katastrofer och terrordåd, särskilt om dessa händelser innebär en förlust av anhöriga (Furr m.fl., 2010; ref. Lai m.fl., 2012). Wang m.fl. (2013) undersöker i sin studie förekomsten av depression bland barn och ungdomar efter en allvarlig händelse och finner då att förekomsten av diagnostiserad depression sträcker sig mellan 1.6-33%. I jämförelse med symtom för PTSD, uppvisar depression inte ett konsekvent samband med närhet till eller graden av exponering för händelsen. Kronenberg m.fl. (2010) hänvisar till forskning som visar att depression istället kopplas till andra faktorer, exempelvis svårigheter i hemmet efter katastrofen (Ruossos m.fl., 2005), förlust av en familjemedlem (Goenjian m.fl., 2001), samt känslan av att det egna livet eller familjemedlemmars liv var i fara (Thienkrua m.fl., 2006).

Fan m.fl. (2011; ref. Lai m.fl., 2012) visar att symtom på posttraumatisk stress (PTS) och depression ofta förekommer samtidigt. Det finns viss överlappning mellan diagnoskriterierna för PTSD och depression, bland annat oförmåga att finna glädje i tillvaron, sömnsvärigheter, koncentrationssvärigheter och irritabilitet (APA, 2002; ref. Kronenberg m.fl., 2010); dock har forskning visat att det rör sig om olika tillstånd efter en katastrof (Ruossos m.fl. 2005). Wang m.fl. (2013) finner i sin artikel att komorbiditet mellan depression och PTSD-symtom sträcker sig mellan 8-88.6%. Också La Greca (2008) beskriver att ångeststörningar och affektiva störningar är vanligt förekommande problem bland ungdomar efter en katastrof, där både ångeststörningar och depression kan vara komorbida tillstånd med PTSD.

Lai m.fl. (2012) undersöker i sin studie psykosociala effekter av en orkan. Deltagarna utgörs av 277 barn mellan 7-11 år. Resultaten visar att komorbiditet mellan symtom för posttraumatisk stress och depressionssymtom rapporterades av 10% av

barnen vid 8 månader efter händelsen, respektive 7% av barnen efter 15 månader. Posttraumatisk stress och depressiva symtom uppvisar en signifikant samvariation vid både första och andra tillfället. Den komorbida gruppen uppvisar även långsammare återhämtning än grupperna med enbart PTS eller enbart depression. Barnen i dessa grupper hade 2.2 respektive 2.1 gånger större chans att återhämta sig än barnen som uppvisade komorbida symtom. Barnen med komorbida symtom uppvisade även högre nivåer på samtliga riskfaktorer som undersöktes i studien (upplevt hot mot det egna livet, faktiskt hot mot det egna livet, initial förlust eller störning, pågående förlust eller störning samt stora livshändelser) jämfört med gruppen utan några symtom. Barn med enbart PTS uppvisar högre nivå av upplevt hot mot det egna livet, medan barn med enbart depressionssymtom upplevt mer initial förlust eller störningar i livet.

Richards m.fl. (2011; ref. Lai m.fl., 2012) menar att barn med komorbida symtom kan utgöra en högriskgrupp efter eller allvarlig händelse, då komorbida tillstånd – också på subklinisk nivå – kan påverka återhämtning från psykologisk stress. Identifikation av dessa barn som löper hög risk att utveckla mer ihållande psykopatologi anses betydelsefullt, eftersom tillgångarna efter en katastrof kan vara mycket begränsade (Jaycox m.fl., 2010; ref. Lai m.fl., 2012). Lai m.fl. (2012) understryker också vikten av tidig behandling för barn med komorbida tillstånd.

Vijayakumar, Kannan och Daniel (2006; ref. Williams m.fl., 2008) har i sin forskning utifrån en tsunamikatastrof visat att barn även uppvisar flera ospecifika symtom eller beteenden, bland annat klängande, sömnlöshet, minskad aptit, sängvätning, ospecifika ångestsymtom, häftig gråt, försämrad socialisering samt ospecifika somatiska symtom (Vijayakumar m.fl., 2006; Math, Girimaji & Benegal, 2006; ref. Williams m.fl., 2008). Diagnostiserbar ohälsa kunde dock bara ses hos några av dem.

Återhämtning och motståndskraft

Forskning visar att många barn och ungdomar återhämtar sig utan specifika interventioner (Morgan m.fl., 2003; ref. NCCMH, 2005). De flesta återhämtar sig inom ett år eller mer efter förödande och traumatiska händelser. Det finns dock en signifikant majoritet som upplever ihållande och kroniska stressreaktioner (Gurwitch m.fl., 2002; ref. La Greca & Silverman, 2009), vilket kan kompliceras av sekundära stressorer (inklusive flytt och förlust av familjemedlemmar). Trots att prevalensen för psykopatologiska problem varierar mellan olika studier, observeras svåra och ihållande psykopatologiska symtom vid nästan alla typer av katastrofer, oberoende av åldersgrupp. Generellt sett anses det första året, särskilt de första sex månaderna, vara en topp för svårigheter och symtom bland överlevarna. Majoriteten av de longitudinella studierna som Wang, Chan och Ho (2013) undersöker visar dock en minskning av psykopatologiska symtom över tid. Generellt sett, visar longitudinell data att symtom är mest förekommande under det första året efter en katastrof. Vissa studier föreslår att antalet överlevare som uppfyllde en PTSD-diagnos drastiskt minskade efter 18 månader (Eksi m.fl., 2009; Ularntinon m.fl., 2008; ref. Wang m.fl., 2013). PTSD-symtom uppstår vanligtvis inom de första 6 månaderna, men vissa studier visade även fördröjda symtom (delayed onset) (John m.fl., 2007; Yule m.fl., 2000; ref. Wang m.fl., 2013). De flesta studier som inte observerade en

symtomminskning över tid undersökte barn under 14 år (bland annat Thienkrua m.fl., 2006; Shaw m.fl., 1995; Liu m.fl., 2011; Weems m.fl., 2010; ref. Wang m.fl., 2013).

I flera studier har man funnit att över 50% av barn som bedöms 3-6 månader efter en katastrof uppvisar förhöjda nivåer av posttraumatisk stress (Kolaitis m.fl., 2003; ref. La Greca m.fl., 2013). Prospektiva studier visar att de initiala stressnivåerna minskar över tid hos de flesta ungdomar (Bonanno m.fl., 2010; ref. La Greca m.fl., 2013), men att symtomen förblir förhöjda hos en signifikant del av ungdomarna även 10-24 månader efter en allvarlig händelse (Lai m.fl., 2013). Halpern och Tramontin (2007; ref. Kronenberg m.fl., 2010) har funnit att 40% av barnen som uppvisar symptom för PTSD vid 10 månader efter en orkan, också uppvisar symptom 3,5 år senare. Utan lägliga och effektiva insatser kan effekterna på barn och ungdomars utveckling således vara svåra och långtgående (Piyasil m.fl., 2011; Ularntinon m.fl., 2008; ref. Wang m.fl., 2013). Artikeln understryker således vikten av psykosociala krisinterventioner kort efter en katastrof, särskilt för yngre barn.

Det är i dagsläget vedertaget att barn och ungdomars normalutveckling kan störas eller skadas i samband med katastrofer, vilket får signifikanta implikationer för inlärning, beteende och fungerande i vuxen ålder (Shonkoff & Garner, 2012; ref. Dowd, 2013). Generellt sett har forskningen i stor utsträckning fokuserat på enbart negativa effekter av allvarliga händelser. De flesta barn och ungdomar är känsliga för allvarliga händelsers psykosociala effekter, dock anses majoriteten vara motståndskraftiga i det långa loppet (Williams m.fl., 2008). Det är först på senare år som forskare har börjat intressera sig för positiva utfall och motståndskraft hos barn och ungdomar (Balaban, 2006; ref. Williams m.fl., 2008). Numera finns en förståelse inför att traumatiska händelser i barndomen inte nödvändigtvis har ödesdigra konsekvenser. Flera barn överlever och frodas trots svåra och kroniska traumatiska händelser i sina liv. Hos dessa barn och ungdomar balanseras svåra livserfarenheter med skyddande faktorer, vilket i sin tur skapar en motståndskraft (Dowd, 2013). Vid en katastrof eller en allvarlig händelse är det således inte alla barn och ungdomar som kommer att utveckla psykopatologi. Sannolikheten att någon utvecklar till exempel PTSD anses vara relaterat till balansen mellan dennes riskfaktorer och skyddande faktorer (Weems & Overstreet, 2008; ref. Mohay & Forbes, 2009).

Forskning föreslår att barn och ungdomars reaktioner till katastrofer och terrorism samt deras medföljande behov följer en utvecklingsbana över tid som är beroende av balansen mellan riskfaktorer och skyddande faktorer. Det kan handla om barnets inblandning, ålder och utvecklingsnivå, personliga egenskaper som påverkar motståndskraft, tillgänglighet av socialt stöd samt i vilken grad barnets livsvärld har störts (Williams m.fl., 2008). Bland de faktorer som positivt relateras till skyddsfaktorer eller motståndskraft återfinns bland annat kognitiva färdigheter; hälsosamma anknytningsrelationer (särskilt med föräldrarna); motivation och förmåga till inlärning och engagemang i omgivningen; samt förmågan att reglera emotioner och beteenden (Center for the Study on Social Policy, 2012; ref. Dowd, 2013).

Bedömning och screening

Från ett kliniskt perspektiv är det viktigt att bedöma barnets eller ungdomens reaktion till den allvarliga händelsen. Bedömningen bör inte enbart fokusera på nuvarande symtom utan borde även se till personens historia. Bedömning kan betraktas som en process med en akut fas och en mer långsiktig fas. När hälso- och sjukvårdspersonal arbetar i den akuta krisfasen är det viktigt att komma ihåg att många av de stressreaktioner barn, ungdomar och deras familjer uppvisar är normala reaktioner på mycket ovanliga omständigheter. Dessa kommer sannolikt att avta över tid (Plum & Veenema, 2003; ref. Murray, 2006). Känslor av chock och emotionell turbulens behöver adresseras för att minska mer allvarliga och långdragna psykologiska svårigheter. Med tillräckligt stöd från familj och den närmste gemenskapen kommer de flesta barn att återhämta sig spontant (Hobfoll m.fl. 2007; ref. Mohay & Forbes, 2009).

Det kommer dock finnas vissa som kommer att uppleva ihållande psykologiska svårigheter. För dessa barn och ungdomar är en tidig upptäckt och tillgång till behandling av stor vikt. Vernberg m.fl. (2008; ref. Mohay & Forbes) trycker på behovet av att identifiera de med störst risk för att utveckla PTSD eller andra psykologiska störningar. Deras välbefinnande kan då övervakas mer noggrant. När de barn och ungdomar med signifikant psykopatologi har identifierats så finns det ett ansvar hos hälso- och sjukvård att tillhandahålla dessa med lämplig vård inom ramen för de resurser som finns tillgängliga. Ett bedömningsförfarande bör alltså inte sluta med att personen enbart får en diagnos (Belfer, 2006).

Det finns ett antal olika screeningformulär för att identifiera barn, ungdomar och vuxna som kan behöva behandling på grund av traumarelaterade besvär (Brewin, 2001; ref. Hedrenius & Johansson, 2013). Screening är särskilt viktigt då alla drabbade inte söker akut hjälp, alternativt söker stöd först en tid efter den allvarliga händelsen (Hedrenius & Johansson, 2013). NCCMH (2005) konstaterar att det finns mer kunskap om screening, bedömning och diagnos gällande barn över 7 års ålder. Detta då många barn i denna ålder själva kan läsa och fylla i självskattningsskalor. NCCMH (2005) skriver att några av de mest använda självskattningsskalorna i såväl forskning som kliniska sammanhang för barn över 7 år är *Children's Impact of Event Scale*, *Child Post Traumatic Stress Reaction Index* och *Child PTSD Symptom Scale*. För den som är intresserad av en relativt ny granskning av dessa självskattningsskalor, se Ohan m.fl. (2002; ref. NCCMH, 2005). Strukturerade intervjuer för barn anses inte vara särskilt välutvecklade. NCCMH (2005) menar att de vanligaste instrumenten är *ClinicianAdministered PTSD Scale for Children and Adolescents for DSM-IV* (vilken bygger på vuxenversionen av CAPS och anses utgöra gyllene standard för att diagnosticera PTSD utifrån DSM-IV hos barn), *Anxiety Disorders Interview Schedule for Children for DSM-IV* (vilken kan användas för att diagnosticera en rad olika ångeststörningar, och som har en specifik modul för PTSD-symtom), samt *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children* (vilken kan användas för att mäta en rad olika ångeststörningar och är kompletterad med specifika frågor avsedda att mäta symtom på PTSD. Både förälder och barn intervjuas). Det råder ingen konsensus vad gäller bedömning och diagnostik för barn under 7 år. NCCMH (2005) nämner dock ett antal relativt aktuella skalor som använts för

att mäta beteendemässig problematik, exempelvis *Child Behaviour Checklist (CBCL)* och *Child Sexual Behaviour Inventory (CSBI)* som har använts för barn som har blivit utsatta för sexuella övergrepp. Någon konsensus kring vilka mått som ska användas för att mäta PTSD-symtom hos barn har inte uppnåtts (NCCMH, 2005).

Det finns även svenska screeninginstrument. Några exempel som kan användas för barn vilka varit med om allvarliga händelser är *Acute Stress Checklist for Children (ASC-K)* samt *Impact of event scale (IES-R)*, vilken finns i en vuxenversion som även kan användas för ungdomar, samt en version för barn (Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri i Uppsala, personlig kommunikation, 10 april, 2014). Den intresserade läsaren refereras vidare till boken *Psykotraumatologi* (Michel, 2010).

Det skulle kunna vara betydelsefullt att använda sig av standardiserade kliniska intervjuer med både barn och vuxna. Dessa tar dock avsevärt mer tid i anspråk och är således mycket dyrare att administrera. Erfarenhet talar även för en vanligt förekommande svårighet i form av att barn inte pratar om den allvarliga händelsen eller deras reaktioner på det som inträffat på grund av att de inte vill göra sina föräldrar än mer upprörda. Detta skulle kunna vara en av anledningarna till varför föräldrar tenderar att grova underskattningar av barns stressreaktioner. Det blir således problematiskt att enbart lita till föräldrarapporteringar vid bedömning och diagnostisering (NCCMH, 2005). Hedrenius och Johansson (2013) har några rekommendationer avseende samtal med barn och ungdomar. De talar för att viktig information kan utebli vid samtal med yngre personer till följd av svårigheter med att berätta. Genom att ha grundläggande information nedskriven och tillgänglig kan felbedömningar motverkas, dessutom slipper barnet eller ungdomen att återberätta flera gånger. Det betonas att samtal med barnet eller ungdomen, separat från vårdnadshavare, kan vara betydelsefullt. Detta så att även yngre personer ges tillfälle att själva få uttrycka sig gällande upplevelser, reaktioner och eventuella rädslor.

Mohay & Forbes (2009) skriver att det i dagsläget inte finns någon standardiserad checklista för att hitta de barn som löper risk för att utveckla psykologiska störningar efter en katastrof. Förhållandevis lite kunskap finns om sambanden mellan olika riskfaktorer och efterföljande psykopatologi. Som nämnt ovan, det finns fortfarande stora luckor i litteraturen kring vår förmåga att identifiera de barn och ungdomar som drabbats hårdast av katastrofen (La Greca m.fl., 2013). Det argumenteras således för att mer forskning krävs för att skapa och validera screeninginstrument. Det kan möjliggöra bedömning och lämpliga interventioner för de barn och ungdomar som löper störst risk att utveckla psykopatologi. En medvetenhet om de riskfaktorer som Mohay och Forbes (2009) beskriver skulle emellertid kunna ligga till grund för en initial bedömning av psykologiska svårigheter hos barn och ungdomar efter en allvarlig händelse samt efterföljande interventioner. Författarna lyfter dock att det inte finns några tydliga indikationer på att någon riskfaktor skulle vara mer inflytelserik än andra eller att riskfaktorernas sammanlagda inverkan kan anses vara avgörande. Vissa talar dock för att ett dosförhållande har visat sig, där de som utsatts för mer riskfaktorer löper större risk för att utveckla mentala störningar efter en allvarlig händelse (Green m.fl., 1991; ref. Mohay & Forbes, 2009).

Psykosocialt krisstöd och interventioner för barn och ungdomar

Förvånansvärt få evidensbaserade krisinterventioner finns tillgängliga för barn och ungdomar som exponerats för naturkatastrofer eller terrordåd. De få välkontrollerade studierna som finns har fokuserat på barn med ihållande PTSD, ett eller fler år efter händelsen, vilka i sin tur föreslår att exponeringsbaserad KBT verkar lovande. Man vet betydligt mindre om interventioner för de omedelbara efterdyningarna av en katastrof (La Greca & Silverman, 2009). World Health Organization (WHO) (2013) menar att framsteg krävs inom flera områden som berör krisstöd efter katastrofer och allvarliga händelser. De talar för att tjänster för barn och ungdomar saknas. Det anses således vara ett viktigt utvecklingsområde inför framtiden, där frågan om mental hälsa kräver mer uppmärksamhet redan inom hälso- och sjukvårdspersonals universitetsutbildningar. WHO (2013) menar att barn och ungdomspsykiatriska tjänster saknas ur ett globalt perspektiv, exempelvis i krisdrabbade länder såsom Irak och Jordan.

Givet de oändligt många scenarier som kan utspela sig vid en allvarlig händelse, bland annat variationer i exempelvis typ av händelse, grad av exponering för händelsen, personlig upplevelse, tidpunkt och miljö för de interventioner som erbjuds, är antalet studier som berör dessa olika omständigheter otillräckliga för att kunna ge definitiva slutsatser kring vilka interventioner som rekommenderas eller bör prioriteras. Svårigheterna i att bedriva forskning i faktiska katastrofmiljöer har även begränsat utbudet av tillgängliga studier. Området antas dock ha utvecklats så pass mycket att vissa riktlinjer börjar urskilja sig avseende interventioners lämplighet och potentiella fördelar för barn och ungdomar som utsatts för katastrofer eller allvarliga händelser (Pfefferbaum, Newman, & Nelson, 2014). En viktig princip är självklart att hälso- och sjukvårdspersonal inte ska göra någon skada. Tyvärr förblir detta en utmaning på grund av flera faktorer, däribland bristande kunskap kring lämplig vård för barn och ungdomar, vårdplanering som inte anpassas till barns behov, vilka inte möter det specifika i barnens kliniska status, vilket i sin tur kan innebära potentiellt skadliga interventioner (Belfer, 2006). Tidiga interventioner skulle vara eftersträvansvärt om det fanns stöd för att dessa förhindrar senare utveckling av PTSD eller andra psykiska störningar. Bristen på psykosociala krisinterventioner för barn och ungdomar beror inte på att forskare presenterar motsägelsefulla resultat, utan härrör snarare ur bristen av kontrollerade studier (NCCMH, 2005).

Det akuta krisstödet består i att bemöta och hantera psykosociala konsekvenser av en katastrof med målet att minska den allvarliga händelsens kortsiktiga och långsiktiga påverkan på individen (Plum & Veenema, 2003; ref. Murray, 2006). Det rekommenderas att hälso- och sjukvårdspersonal arbetar proaktivt, det vill säga att de bör söka upp barn, ungdomar och familjer som drabbats av händelsen för att informera dem om tillgängligt stöd. Erfaren hälso- och sjukvårdspersonal kan hjälpa barn och föräldrar i att förstå och hantera tankar, känslor och beteenden som uppstår genom att tillhandahålla dem med konstruktiva sätt att hantera händelsens svårhanterade inverkan (Murray, 2006). Men att tillhandahålla psykosocialt krisstöd vid katastrofer är i sig självt komplicerat av flera anledningar. Katastrofer tar sig många olika former, de är oförutsägbara och oberäknliga,

de skapar kaos och de kan förstöra samhällets infrastruktur. På samma sätt kan barn och ungdomars reaktioner variera i mycket stor utsträckning. Således är det viktigt att utveckla, studera och tillhandahålla kris- och katastrofinterventioner som tar dessa varierande omständigheter i beaktning och ser till den aktuella populationens specifika behov (Pfefferbaum m.fl., 2014).

Skyndsam, effektiv och lämplig katastrofhjälp kan vara avgörande i att minska stressen hos de människor som utsatts för en katastrof. När hjälpen försenas eller bedöms olämplig känner sig människor övergivna, icke-omhändertagna och hjälplösa, vilket sannolikt ökar det psykologiska lidandet (Pina m.fl., 2008; ref. Mohay & Forbes, 2009). Flera studier har identifierat vikten av skolbaserade interventioner i att stödja barns återhämtning efter allvarliga händelser (Hobfoll m.fl., 2007; Salloum & Overstreet, 2008; ref. Mohay & Forbes, 2009).

Specifika interventioner/metoder

Psykosociala interventioner som tillhandahålls i de omedelbara efterdyningarna av till några veckor efter en allvarlig händelse bör vara korta och fokuserade på nuet. Dessa interventioner bör huvudsakligen syfta till att minska eller förebygga långsiktiga psykologiska svårigheter (La Greca, 2008). Interventioner som betraktas som aktuella i de omedelbara efterdyningarna av en allvarlig händelse inkluderar *Psykologisk första hjälp*, en interventionsmanual som har fått en hel del uppmärksamhet, och psykoedukation. Debriefing nämns i denna rapport, men rekommenderas inte längre som lämpligt krisstöd (Pfefferbaum m.fl., 2014).

Psykologisk första hjälpen

Riktlinjer från WHO (2010) rekommenderar att basalt psykologiskt stöd eller *Psykologisk första hjälp* skall ges vid akuta stresstillstånd efter traumatiska händelser. Detta innebär att lyssna utan att pressa personen till att prata, bedöma personens psykosociala behov och oro, se till personens fysiska behov, samt tillhandahålla och mobilisera socialt stöd och skydd från ytterligare skada. *Psykologisk första hjälp* beskrivs som ett "evidence informed" tillvägagångssätt att hjälpa barn, tonåringar, vuxna och familjer efter katastrofer eller allvarliga händelser. Det innebär att metoden vilar på vetenskaplig grund, men att helheten ännu inte har testats vetenskapligt (Brolin m.fl., 2011). Pfefferbaum m.fl. (2014) lyfter detta som ett problem med metoden. Brolin, Calleberg och Westrell (2011) menar dock att det bara är ett akademiskt problem eftersom erfarenheter av *Psykologisk första hjälp* är goda.

Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri (KcKP) har gjort en svensk översättning av den amerikanska manualen *Psychological First Aid: Field Operations Guide 2nd Edition* som utformats av National Child Traumatic Stress Network och National Center for PTSD (2006). Nedan följer en kort beskrivning av manualens kapitel samt dess innehåll. För mer utförlig information samt arbetsmaterial refereras läsare vidare till den svenska manualen som finns på hemsidan för Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri (<http://www.katastrofpsykiatri.uu.se/>).

De principer och tekniker som återfinns i manualen beskrivs bygga på fyra hörnstenar: (1) överensstämmelse med evidensbaserad forskning när det gäller riskfaktorer och återhämtningsförmåga efter allvarliga händelser; (2) praktiskt användbart på fältet; (3) anpassningsbart till alla ålderskategorier; och (4) kulturellt anpassningsbart och kan förmedlas på ett flexibelt sätt. Manualen utgår ifrån att olika individer utvecklar olika reaktioner på allvarliga händelser och i den finns en medvetenhet om att alla drabbade inte kommer att uppleva svårigheter med återhämtning över tid eller utveckla svårare psykiska problem. En annan utgångspunkt är att en engagerad stödperson kan underlätta återhämtningen för personer som utvecklat reaktioner som undergräver anpassning och bemästring.

Psykologisk första hjälp är framtagen för att förmedlas av psykologiskt/psykiatriskt skolad personal alternativt annan särskilt utbildad personal med uppgift att ge akut organiserat stöd efter en allvarlig händelse. Det kan exempelvis röra sig om personal från olika samhälleliga insatsenheter såsom psykiatriska akutteam, PKL-enheter, POSOM-grupper, inrättade stödcenter, enheter från Räddningsverket, Polisen eller Försvarsmakten; enheter från olika trossamfund; samt frivilliga katastrofinsatsenheter från t ex Röda korset eller Rädda Barnen. Manualen för *Psykologisk första hjälp* förser användaren med riktlinjer att använda i direkt anslutning till allvarlig händelse upp till de första veckorna av en allvarlig händelse och att den kan användas i flera olika sammanhang. I manualen får användaren en beskrivning av syfte och styrkor med manualen, riktlinjer vid förmedlande av *Psykologisk första hjälp* (samt vad som bör undvikas), vikten av förberedelser och planering, huvuddelarna i *Psykologisk första hjälp*, information om självhjälp för stödpersoner samt flera användbara arbetsformulär lämpliga vid krisstöd.

Manualen är utformad för att underlätta snabba prioriteringar samt för att ge metoder vilka kan användas för att få en översikt över omedelbara behov och problem. Hedrenius och Johansson (2013) beskriver att manualen för *Psykologisk första hjälp* fokuserar på: omedelbara praktiska behov/problem som de drabbade har - fokus ligger inte på emotionell bearbetning - stödjande av positiva hanteringsstrategier som drabbade individer redan använder sig av, på att göra de drabbade delaktiga och aktiva, samt en betoning av betydelsen av att göra allt som går att göra för att föra samman människor och stärka deras relationer. Nedan återfinns en sammanfattning av huvuddelarna i manualen samt delarnas mål.

- Kontakt och åtagande: att möta kontaktsökande drabbade individer och att skapa kontakt på ett icke-inträngande, medkännande och hjälpfyllt sätt.
- Säkerhet och trygghet: att kontinuerligt förmedla säkerhet samt fysisk och känslomässig trygghet
- Stabilisering: att vid behov lugna och förankra drabbade som är känslomässigt överväldigade, upprörda eller desorienterade.
- Behovsinventering: att identifiera omedelbara behov och problem, samla ytterligare information och planera förmedling av *Psykologisk första hjälp*. Inkluderar

praktiskt stöd och hjälp till drabbade genom att engagera sig i de omedelbara behoven och problemen.

- Socialt stöd: att hjälpa till att etablera kontakt med andra stödpersoner, inkluderat familjemedlemmar, vänner och samhällets andra hjälpinstanser.
- Information om bemästring: att förmedla information om stressreaktioner och bemästringsstrategier för att minska känslan av bedrövelse och understödja anpassningsförmågan.
- Fortsatt stöd: att hjälpa drabbade att komma i kontakt med de samhällstjänster de behöver och att informera om möjligheterna att få tillgång till andra tjänster de kan behöva framöver.

Debriefing

Debriefing för barn och ungdomar har fått avsevärt mindre uppmärksamhet än debriefing för vuxna (Pfefferbaum m.fl., 2014). Psykologisk debriefing har använts i stor utsträckning i den vuxna populationen, men har inte studerats särskilt mycket bland barn. Debriefing är avsedd att användas tidigt efter exponering för en allvarlig händelse och inbegriper en individual- eller en gruppssession där offren ombedes beskriva sina upplevelser och känslor, rekonstruera händelsen och diskutera bemästringsstrategier (Litz & Maguen, 2007; ref. Pfefferbaum m.fl., 2014).

Debriefing har dock kommit att ifrågasättas som lämpligt krisstöd, trots dess inledningsvis stora genomslagskraft. Brolin m.fl. (2011) menar att det kan ha flera möjliga förklaringar. Dels att metoden från början är utvecklad för sekundärt drabbade, d.v.s. personer som i sin yrkesutövning utsätts för traumatisk stress. För denna grupp skulle debriefing kunna vara en lämplig intervention, då den ger arbetsgruppen möjlighet att forma en gemensam bild av ett händelseförlopp, öka förståelsen för andras agerande och främja gruppssammanhållningen och det kollegiala stödet. Kritikerna har i detta påpekat den stora skillnaden mellan primärt och sekundärt drabbade, då yrkesutövarna i regel har fått en briefing (kallat pre-briefing) innan, vilket innebär att de är mer eller mindre förberedda på vad deras arbete kan komma att innebära. Detsamma kan inte sägas gälla för primärt drabbade. Debriefing kan således vara en alltför kraftfull metod för primärt drabbade, vilket kan innebära en risk för återupprepning av den traumatiska händelsen snarare än en möjlighet till bearbetning.

Vad gäller debriefing finns idag en tydlig internationell konsensus om att debriefing inte bör användas i det akuta skedet för personer som utsatts för svåra händelser (Hedrenius & Johansson, 2013). Forskning har visat att debriefing inte är verksamt och dessutom kan öka risken för PTSD (Hobfoll m.fl., 2007; McNally, 2003; Wessely & Deahl, 2003; ref. Hedrenius & Johansson, 2013). Kontrollerade studier med vuxna har visat att debriefing är ineffektivt eller rentav farligt (Foa m.fl., 2005; ref. Pfefferbaum m.fl., 2014). Av dessa orsaker rekommenderas inte debriefing som intervention i det akuta skedet av svåra händelser (Bisson m.fl., 2009; Friedman m.fl., 2008; Hobfoll m.fl., 2007, NICE, 2005; WHO, 2011; ref. Hedrenius & Johansson, 2013). Trots att det kan finnas enskilda individer som upplever debriefing som hjälpsamt bör resultaten på gruppnivå

anses vara det mest centrala (Hedrenius & Johansson, 2013). För mer om orsakerna bakom denna rekommendation se Hedrenius & Johansson (2013).

Pfefferbaum m.fl. (2014) talar dock för att forskningen inte kan ge några klara bevis kring eventuella fördelar eller nackdelar med psykologisk debriefing, då benämningen ”debriefing” är problematisk i flera studier. Det är inte tydligt definierat i vilken utsträckning interventionerna som erbjudits har legat i linje med den traditionella eller ursprungliga konceptualiseringen av debriefing. Det skapar i sin tur förvirring kring vad som utgör psykologisk debriefing och således tvetydigheter kring huruvida det är effektivt eller inte. Också Brolin m.fl. (2011) beskriver att en del i kritiken mot debriefing bottnar i att metoden har använts fel och riktats mot fel grupper. Återigen, metoden är inte utvecklad för primärt drabbade, utan för personer som utsätts för traumatisk stress i sin yrkesutövning.

Psykoedukation

Psykoedukation, vilket innebär information kring trauman och katastrofer, potentiella kortsiktiga och långsiktiga reaktioner, bemästringsstrategier, samt stöd och tillgångar, inkorporeras ofta i interventionsprogram och används genomgående i alla av katastrofens faser. Det har observerats att psykoedukation används både som enskild intervention och som komponent i många andra typer av krisstöd. Trots att flera interventioner använder sig av någon form av psykoedukation, finns det i dagsläget få studier som fokuserar specifikt på informationsinslaget och dess psykosociala effekter (Pfefferbaum m.fl., 2014).

Psykoedukation kring vanliga symtom har rekommenderats i riktlinjer för behandling av traumatiserade individer (NICE, 2005). Interventionen syftar således till att minska de psykologiska konsekvenserna av katastrofer eller terrordåd. Känslor av chock och emotionell turbulens behöver adresseras för att minska mer allvarliga och långdragna psykologiska svårigheter (Hobfoll m.fl. 2007; ref. Mohay & Forbes, 2009). Det finns dock de som har ifrågasatt interventionen och talat för en potentiell fara med psykoedukation (Wessely m.fl., 2008; ref. Pfefferbaum m.fl., 2014). Särskilt oroande är att materialet kan agera triggnande eller skapa förväntningar om svåra reaktioner (Sahin m.fl., 2011; ref. Pfefferbaum m.fl., 2014).

Förutseende planering

Praktiskt taget alla riktlinjer betonar behovet av planering (Belfer, 2006). Flera författare förespråkar behovet av att integrera barn- och ungdomsperspektivet i kris- och katastrofberedningsplaner (Underwood, Kalafat & Spinazzola, 2007; Madrid m.fl., 2006; Gurwitsch m.fl., 2004; Winston, Kassam-Adams & Garcia-Espana, 2003; ref. Williams m.fl., 2008). Författare pekar även på kunskap om barn och ungdomar som en förutsättning för att kunna möta den yngre populationens psykosociala behov efter en allvarlig händelse (Murray, 2006). Av avgörande betydelse är att det i katastrofsituationer finns väl förberedd och utbildad vårdpersonal (Weine m.fl., 2002; ref. Belfer, 2006).

Internationell erfarenhet av olika katastrofer och terrordåd förespråkar att interventioner för barn och ungdomar ska integreras i katastrofberedskap och återhämtningsplaner. Williams m.fl. (2008) menar att sådana planer bör förespråka arbete med familjer snarare än enskilda barn, identifiering av professionella som specialiserat sig i att svara på katastrofer och som har erfarenhet av att arbeta med barn och ungdomar, samt resurser på att öka insatspersonalens förmåga att uppmärksamma och ge stöd till barn och ungdomar utifrån vanligt förekommande reaktioner vid kris och trauma.

Barn kan i viss utsträckning skyddas från exponering för katastrofer med välutvecklade katastrofplaner. Det är dock inte alltid effektivt, utan det finns även behov av att skapa program för att öka barn och ungdomars motståndskraft och förmåga att hantera händelsen – både omedelbart efteråt, men också inför framtida stressfyllda situationer. Som del av program som syftar till ökad motståndskraft bör man finna interventioner som inriktar sig på att stärka familjens funktion, främja social tillhörighet och socialt stöd, samt positiva bemästringsstrategier (Mohay & Forbes, 2009).

Övrigt krisstöd och lämpliga interventioner

De flesta barn och ungdomar kommer att befinna sig i kris eller ett stresstillstånd i anslutning till en katastrof eller allvarlig händelse, men antas återfå en känsla av säkerhet från vuxna, förutsägbara rutiner och bestående stödsystem (Williams m.fl., 2008). Efter en förödande katastrof eller ett terrordåd handlar offrens oro om personlig säkerhet och fysiska behov (såsom mat och härbärge) (Vogel & Vernberg, 1993; ref. La Greca & Silverman, 2009). När situationen är kaotisk och allt runtomkring har förändrats, behöver barn återfå en känsla av trygghet, normalitet och regelbundenhet (Carr, 2004; ref. Mohay & Forbes, 2009). Barn upplever trygghet genom upprätthållande av rutiner samt genom att få vara med sin familj och bekanta institutioner, exempelvis sin skola. Belfer (2006) talar för en prioritering där återförening med familjen, uppbyggnaden av skolor och återupprättande av normala rutiner anses vara av särskild vikt. Därtill beskriver Mohay och Forbes (2009) att social samhörighet, positiv familjefunktion samt effektiva bemästringsstrategier antas öka barnets motståndskraft vid allvarliga händelser.

En hel del slutsatser har dragits utifrån anekdotiskt material kring barns reaktioner på orkanen Katrina (Madrid m.fl., 2006; ref. Williams m.fl., 2008). Författarna föreslår att motståndskraften hos barn och deras familjer kan främjas genom att: öka deras känsla av kontroll, empowerment och normalitet, återförening familjer så snabbt som möjligt, stödja familjen i att uppmärksamma och använda sina styrkor och tillgångar, uppmuntra handlingar som syftar till att hantera förlust eller förändring, tillhandahålla lättillgängligt stöd för att möta människors basala behov, behandla barn och ungdomar med respekt och värdighet, samt bemöta människor med speciella behov på ett lämpligt sätt. Författarna rekommenderar att interventionerna, direkt efter eller i anslutning till en katastrof eller allvarlig händelse, bör vara praktiska och känsliga för människornas konkreta behov. Williams m.fl. (2008) skriver att dessa rekommendationer inte nödvändigtvis är banbrytande, dock har senare erfarenheter bekräftat tidigare förslag och råd kring rimliga interventioner och psykosocialt krisstöd.

Familjemedlemmar som separerats behöver förenas så snart som möjligt för att minska osäkerhet, oro och ångest kring deras säkerhet (Hobfoll m.fl., 2007; Vernberg m.fl., 2008; ref. Mohay & Forbes, 2009). När banden till en förälder skadas upplever barn känslor av förlust och övergivenhet (Hagan, 2005; ref. Mohay & Forbes, 2009). I de fall då en familjemedlem avlidit eller skadats så kan det vara bättre att känna till detta och inleda en sorgeprocess, än att låta personen leva i ovisshet (Mohay & Forbes, 2009). Av praktiska och lagliga skäl kräver barn uppsikt efter en allvarlig händelse. Sjukhus behöver därför planera för uppsikt eller övervakning, samt återförening av familjer i den troliga händelsen att familjer separeras vid eller efter en katastrof. Det finns ett behov av strategier för att minimera separation av föräldrar och barn, samt metoder för att återföra barn till sina familjer. Det kan vara särskilt svårt om barnen är preverbala och varken kan säga sitt eget namn eller föräldrarnas namn (Burke m.fl., 2010).

Åldersspecifika interventioner

Murray (2006) menar att interventioner bör anpassas till barn och ungdomar och beskriver i anslutning till detta riktlinjer för bemötande krisstöd utifrån barnets ålder.

Bland de viktigaste interventionerna för spädbarn återfinns arbete utifrån barnets basala behov, såsom fysisk komfort, att rutiner upprätthålls samt att bekanta vårdare finns tillgängliga för barnen. Genom att också adressera föräldrarnas behov främjas dennes förmåga att ta hand om barnet. För småbarn finns det inget viktigare än att återskapa och upprätthålla förutsägbara rutiner för aktiviteter, såsom mat, lek och sömn. Dessa interventioner syftar till att återskapa en känsla av trygghet och normalitet, även för familjer som eventuellt tvingats flytta.

Med förskolebarn bör föräldrar finnas tillgängliga för att minska onödig separationsrädsla. Yngre barn förstår inte nödvändigtvis vad som har hänt, inte heller förstår de alltid konsekvenserna. Dessa barn bör ges mycket uppmuntran och tröst, vilket får dem att känna sig trygga och skyddade. Genom att tillåta barnet att regrediera till beteenden som det tidigare vuxit ifrån kan hjälpa barnet i att hantera en stressfylld situation. Icke-verbal aktivitet, såsom lek, kan också minimera stressen och skapa en kanal för att dela med sig av tankar och känslor.

Till följd av sin kognitiva utveckling kan skolbarn ibland känna att de är ansvariga för katastrofen och de svårigheter familjen möter. Tröst och en möjlighet att uttrycka tankar och känslor är viktigt för barn i denna ålder. Flera barn kanske inte känner sig redo att prata om händelsen. Lek, teckningar eller dockor kan då utgöra en expressiv kanal genom vilken barnet kan uttrycka sig. Om barn kan förstå vad som hänt och se att de inte är ensamma så är de bättre utrustade för att hantera konsekvenserna av en allvarlig händelse.

Ungdomar bör också ges tillfälle att dela med sig av sin historia, det bedöms vara viktigt med öppna och tillgängliga kanaler för kommunikation. Genom att ge ungdomen ålderslämpligt socialt stöd och erbjuda sociala aktiviteter, en roll i återbyggandet, samt andra ansvarsområden, skapas tillfällen för tonåringen att dela med sig av tankar och känslor. Det kan även få dem att känna sig som en viktig del i återhämtningen efter en katastrof.

Social tillhörighet och socialt stöd

Cohen (2004; ref. Mohay & Forbes) skriver att upplevd tillgänglighet av socialt stöd och hjälp från andra ger individen psykologiska resurser som krävs för att hantera konsekvenserna av en allvarlig händelse. Det är en indikation på att andra är medvetna om och känner empati med de som lider i efterdyningarna av en katastrof. Socialt stöd antas således agera som en stressbuffer. Scarpa m.fl. (2006; ref. Mohay & Forbes, 2009) skriver att andras omsorg är minst lika viktigt som deras förmåga att erbjuda praktisk hjälp.

Familjer och omvårdnadspersonal bör se till att vuxna spenderar mycket tid med barnen. Detta för att möta barnen i deras behov att bli och vara mer beroende av vuxna. Vikten av socialt stöd kan inte understrykas tillräckligt när det kommer till barn som befinner sig under stor stress (Murray, 2000; ref. Murray 2006). Barn och vuxna behöver kunna prata om vad som hänt och det är ofta lättare att göra det med människor som genomlevt samma händelse (La Greca m.fl., 1995; ref. Mohay & Forbes, 2009). Plum och Veenema (2003; ref. Murray, 2006) talar för att sociala nätverk, inklusive familj, vänner, präster, hälso- och sjukvårdspersonal samt volontärer, kan vara en av de mest inflytelserika faktorerna i efterdyningarna av en katastrof.

I en artikel av Murtonen m.fl. (2012) beskrivs krisstödet då en student sköt åtta personer och sedan sig själv i en skola i Finland, år 2007. Direkt efter händelsen började multidisciplinära krisarbetare att tillhandahålla psykosocialt stöd och vård i evakueringscentrum i en närliggande skola och kyrka. Psykologer från finska Röda Korset erbjöd krishjälp och psykoedukation för skolpersonal, studenter och sörjande familjer. Utifrån graden av exponering valdes studenter ut för stödgrupper som anordnades inom en vecka efter händelsen. Krispsykologer förberedde studenterna och skolpersonal inför deras återgång till skolan cirka en vecka efter händelsen. De fanns även tillgängliga under studenternas första dag i skolan. Elevhälsan stärktes av kommunen genom att anställa två psykologer, en socionom och en sjuksköterska. En ungdomspsykiatriker, en psykoterapeut och en konstterapeut anställdes också. Insatserna beskrivs genom en figur i artikeln, där tre huvudområden kan urskiljas: *omedelbart krisstöd efter händelsen* (team bestående av professionella och frivilliga i Jokelas kyrka, ungdomsledare på en fritidsgård); *krisarbete inom en vecka efter händelsen* (professionella krisarbetare ger krisstöd för studenter i skolan och på ungdomsgårdar), samt *eftervård och annat psykosocialt stöd* (koordination av krisarbete bland professionella, ungdomsledare, hälso- och sjukvårdspersonal, socialt stöd från familj, släktingar och vänner, samt lärare)

Studien av Murtonen m.fl. (2012) undersöker ungdomars upplevelse av psykosocialt stöd efter skolskjutningen, de faktorer som uppvisar samband med att blir erbjuden psykosocialt stöd samt den upplevda effekten av det sociala stödet som erbjöds. Resultaten baseras på en enkät som delades ut fyra månader efter händelsen, med 231 deltagare mellan 13-19 år. Resultaten visar att omedelbart krisstöd erbjöds till över två tredjedelar av studenterna, det var mer sannolikt att kvinnliga studenter erbjöds stöd. Det var vanligare för studenter med svårare exponering för händelsen att få krisstöd, jämfört med dem med lindrigare exponering. Över hälften av studenterna rapporterar att de fick

krisstöd inom en vecka efter händelsen, varav hälften av dessa betraktar det som hjälpsamt. En större andel av de med svårare exponering för händelsen fick stöd från en krisarbetare inom en vecka efter händelsen, jämfört med de som exponerats i mindre utsträckning. Cirka 60% upplevde att det kontinuerliga krisarbetet under efterföljande vecka var hjälpsamt, oberoende av exponeringsgrad.

Studien visar att de flesta av studenterna rapporterar stöd från familj, där också en större andel upplever detta som hjälpsamt och betydelsefullt. Över tre fjärdedelar av studenterna med hög grad av exponering upplevde att det omedelbara krisstödet i anslutning till händelsen hjälpte. Bland studenterna med posttraumatisk stress och psykiatrisk störning upplevde färre att det omedelbara krisstödet och krisarbetet en vecka efter händelsen hade hjälpte. Författarna resonerar kring huruvida det kan vara så att vissa av studenterna inte var kapabla till att dra nytta av det erbjudna stödet, och därmed upplevde det som mindre hjälpsamt än de mindre stresspåverkade studenterna. Det verkar således viktigt att tillhandahålla professionell hjälp och uppföljning för de med mindre stödjande familjenätverk och för dem med signifikanta traumarelaterade symtom. Murtonen m.fl. (2012) summerar sina fynd i fyra nyckelpunkter:

- Det är viktigt att tillhandahålla professionellt stöd så snart som möjligt efter en allvarlig händelse, särskilt för dem med mindre stöttande familjenätverk
- Familj och vänner betraktas som hjälpsamma källor till stöd
- Svårt exponerade studenter fick oftare professionellt stöd
- Uppföljning bör ges till alla som exponerats för en traumatisk händelse.

Stöd till föräldrarna och att se till familjens behov

Rädda barn behöver tröst och en känsla av säkerhet och trygghet. Genom att informera föräldrarna kring hur de kan hjälpa sina barn efter en katastrof kan barnens återhämtning främjas i mycket stor utsträckning (AACAP, 2008; ref. Mohay & Forbes, 2009). Hedrenius och Johansson (2013) skriver att stöd till barn till stor del handlar om att stödja föräldrar i sin föräldraroll. Föräldrar kan ha en reducerad lyhördhet och ork att ta hand om sina barn, eftersom de själva befinner sig under stor stress. Samtidigt upplever barn omgivningen och världen genom sina föräldrar. När föräldrar inte kan vara inkännande eller ge förklaringar blir barn i kris särskilt utlämnade. Under dessa förutsättningar kan det vara viktigt att andra vuxna i barnets närhet, såsom lärare, släkt eller vänner till familjen, tar på sig rollen av att bemöta barnets rädslor och underlätta en positiv anpassning (Carr, 2004; ref. Mohay & Forbes, 2009). Den mentala hälsan hos föräldrar anses vara nära sammankopplad med barnens hälsa, vilket innebär att psykologiska störningar hos föräldrarna sannolikt kommer att drabba också barnen (Scheeringa & Zeanah, 2008; ref. Mohay & Forbes, 2009). Arbete för att minska risken för psykopatologi hos barn bör således fokusera på föräldrarnas mentala hälsa. Det är betydelsefullt att inte bara se till barnen eller familjens stressreaktioner, utan även deras styrkor, dessa kan underlätta en positiv anpassning och känslor av hanterbarhet och hopp inför framtiden (Vernberg m.fl., 2008; ref. Mohay & Forbes, 2009).

Det är av yttersta vikt att tillhandahålla föräldrarna med emotionellt stöd i syfte att hjälpa dem att vara mer omhändertagande och tillgängliga för sina barn. Psykoedukation, exempelvis genom att berätta om vanligt förekommande reaktioner och beteenden hos barn och ungdomar, kan vara en viktig del i att hjälpa föräldrar eller vårdnadshavare (Murray, 2006). Det finns starkt vetenskapligt stöd för att assistera familjen i efterdyningarna av en katastrof genom att agera stödjande och tillhandahålla psykoedukation, vilket syftar till att främja familjens motståndskraft (Balaban, 2005; Underwood m.fl., 2007; ref. Williams m.fl., 2008).

Mycket av litteraturen som beskriver konsekvenserna av terrordåd betonar vikten av att se till hela familjens behov. Medan barn, ungdomar och familjer kan uppleva påtagliga förändringar i hur de fungerar efter en allvarlig händelse, utgör deras motståndskraft normen snarare än ett undantag (Underwood m.fl., 2007; Bonanno, 2004; ref. Williams m.fl., 2008). Implikationen är således att interventionerna bör fokusera på att främja motståndskraft, samt uppmärksamma och adressera familjens kris, stress och sorg på ett icke-patologiskt sätt. Författarna (Balaban, 2005; Underwood m.fl., 2007; ref. Williams m.fl., 2008) rekommenderar även en vaksamhet inför den minoritet av barn och ungdomar som senare kan utveckla psykiska störningar och därmed kräver andra mer långsiktiga interventioner.

Media

Barn är särskilt mottagliga för meddelanden och bilder som syns i media (Wooding & Raphael, 2004; ref. Belfer, 2006). Vid terrordåden den 11 september visade det sig att det var barnen som befann sig längst ifrån Ground Zero som uttryckte mest oro (Lengua, Long, Smith, & Metlzoff, 2005; ref. Belfer, 2006). Utfallet ansågs bero på den upprepade exponeringen av den traumatiska händelsen utan det stöd som erbjöds de som var närmare katastrofen. Media kan ha en kraftfull och positiv inverkan i att sprida utbildande material och minska missuppfattningar, men har också en inneboende risk i att öka oron hos barn och ungdomar (Belfer, 2006).

När barn upplevt en katastrof, bör deras exponering för efterföljande media begränsas eftersom det sannolikt kommer att återaktivera deras rädsla (Shaw m.fl., 1995; ref. Mohay & Forbes, 2009). Även barn som inte varit direkt involverade i händelsen kan bli stressade av bildmaterialet från en katastrof (Lengua m.fl., 2005; ref. Mohay & Forbes, 2009).

Socialstyrelsen (2008) beskriver även att mötet med media kan vara känsligt. Det kan vara i situationer där medierna vill intervjua någon av de drabbade. Den som ingår i krisstödet kan då bli tvungen att avgöra huruvida det är lämpligt eller inte.

Vad önskar de drabbade själva?

Det är inte särskilt ofta som utvärderingar görs av vad som efterfrågas och hur hjälpinsatser upplevs vid svåra händelser. Hedrenius och Johansson (2013) sammanställer i sin bok en del punkter som ändå har framkommit. Dessa punkter gäller inte specifikt för barn och ungdomar.

- Forskning från Norge visar att drabbade generellt önskar minskad uppdelning och ett antingen-eller-förhållande mellan professionell hjälp och socialt stöd från vänner och familj, de upplever att båda behövs (Dyregrov & Dyregrov, 2008; ref. Hedrenius & Johansson, 2013).
- Många önskar tidigt och proaktivt (uppsökande) stöd samt att erbjudandet ska ges upprepade gånger. Det är önskvärt att fråga om behovet av hjälp flera gånger. Denna punkt gäller både professionellt stöd och stöd från det sociala nätverket.
- Det finns en önskan om att inte behöva slussas vidare och att själv behöva ta alltför mycket initiativ då professionellt stöd behövs. Det kan av en del drabbade upplevas som omöjligt att bedöma och välja vilken typ av stöd som är det rätta.
- Det finns en önskan om praktiskt stöd och psykoedukation. Det efterfrågas information om vanliga reaktioner hos såväl vuxna som barn samt råd om hur dessa reaktioner kan hanteras. Särskilt efterfrågas hur barn kan reagera och hur detta kan bemötas. Många betonar att en ökad förståelse för sorgereaktioner och kunskap om den tid det tar att återhämta sig skulle underlätta deras sociala relationer.
- En del önskar information om tillgängligt stöd samt i rättighetsfrågor, t ex försäkringsfrågor.
- Vissa upplever ett behov av att prata med andra och utbyta erfarenheter med någon som har varit med om samma sak som de själva.
- Det kan finnas en önskan om att få prata om förlorade anhöriga i vardagen.
- En vanlig önskan är att få samtala om existentiella frågor (Dyregrov & Dyregrov, 2008; ref. Hedrenius & Johansson, 2013)
- En del upplever att det kan vara hjälpsamt att få befinna sig i meningsfulla sammanhang. Detta kan innebära t ex att spela musik, utöva yoga, vara ute i naturen eller något annat sammanhang som upplevs som meningsfullt (Gillispie, Hedrenius & Persson, 2007; ref. Hedrenius & Johansson, 2013).

Professionellt stöd i det långa loppet

La Greca och Silverman (2009) betonar att det sannolikt är så att barn och ungdomar som utsatts för katastrofer eller terrordåd i det långa loppet kommer att behöva fler interventioner än de som uteslutande fokuserar på PTSD-reaktioner. Deras reaktioner är oftast mer komplexa och mer mångfacetterade och kan inkludera andra svårigheter (såsom depression, sorg och ångestproblematik). För familjer med barn eller ungdomar som kräver fortsatt psykologisk hjälp krävs remittering till lämplig vård (Murray, 2006).

Psykologiska interventioner vid PTSD är generellt effektiva vid behandling av vuxna, evidensbasen för barn och unga personer/tonåringar är dock mycket begränsad (Cohen m.fl., 2000; ref. NCCMH, 2005). NCCMH (2005) rekommenderar traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (TF-KBT) för äldre barn med svår PTSD eller svåra posttraumatiska symtom inom den första månaden för den traumatiska händelsen. Det bör dock betonas att rekommendationen bygger på evidens som baseras på forskning kring barn som varit utsatta för sexuella övergrepp (Ramchandani & Jones, 2003; ref.

NCCMH, 2005) och att evidensbasen för PTSD orsakat av andra typer av trauman är svagare. Vad gäller barn under 7 år som utvecklat PTSD finns det i princip inga formella randomiserade kontrollerade studier över lämpliga psykologiska behandlingar. De icke-kontrollerade studier som finns föreslår att KBT och EMDR är effektiva behandlingar, dessa interventioner behöver dock även testas formellt i randomiserade kontrollerade studier (Cohen m.fl., 2000; ref. NCMH, 2005).

Sammanfattning

En allvarlig händelse kommer oundvikligen att påverka människor oberoende av ålder och utvecklingsnivå (Murray, 2006). Barn och ungdomar anses vara en av de mest sårbara grupperna vid en allvarlig händelse. Forskning och erfarenhet talar för att människor uppvisar stor variation i sina krisreaktioner, reaktioner vilka skiljer sig något mellan den yngre och äldre populationen. Medan ungdomar uppvisar reaktioner och symtom som mer liknar vuxna, kan kris och efterföljande symtom på psykopatologi yttra sig något annorlunda hos barn, vilket ökar risken för att dessa inte uppmärksammas (Mohay & Forbes, 2009). Värt att betona är att krisreaktioner inte bör patologiseras eller ses som indikativt för begynnande psykopatologi - det är normala reaktioner på onormala händelser (Bryant, 2006; ref. Belfer, 2006).

Forskning visar att majoriteten av barn och ungdomar är motståndskraftiga och återhämtar sig utan specifika interventioner (Morgan m.fl., 2003; ref. NCCMH, 2005). En signifikant andel kommer dock att uppleva bestående svårigheter, där framförallt posttraumatisk stressyndrom (PTSD) har fått mycket uppmärksamhet i forskning. Komorbida tillstånd betraktas som vanligt, exempelvis vad gäller PTSD och depression. Richards m.fl. (2011) menar att gruppen med samsjuklighet kan utgöra en högriskgrupp efter allvarliga händelser. Det anses betydelsefullt att tidigt identifiera och erbjuda lämplig behandling för denna grupp. Interventioner för yngre barn framhålls av Wang m.fl. (2013) som särskilt viktigt, flera studier visar en frånvaro av spontan återhämtning eller symtomminskning hos barn under 14 år. Yngre barn anses särskilt sårbara på grund av deras beroendeställning och att deras välbefinnande är starkt sammankopplat med andra människors hälsa (Mohay & Forbes, 2009; Burke m.fl., 2010).

Generellt sett har forskningsområdet nästan uteslutande fokuserat på negativa effekter av allvarliga händelser. Först på senare år har intresset för positiva utfall och motståndskraft ökat, där forskning har funnit att majoriteten av barn och ungdomar kan anses vara motståndskraftiga i det långa loppet. Utvecklingsbanan efter en allvarlig händelse anses vara beroende av balansen mellan personens riskfaktorer och skyddsfaktorer (Williams m.fl., 2008). Flera författare beskriver hur interventioner bör syfta till att främja barnets, ungdomens eller familjens motståndskraft och positiva anpassning efter en allvarlig händelse. Det kan således fylla en funktion att se bortom all förstörelse, allt som är negativt, och fokusera på styrkor och positiva bemästringsstrategier i ett försök att främja det friska hos gruppen eller individen.

Det finns en del screeningformulär för att identifiera barn, ungdomar och vuxna som kan tänkas behöva behandling på grund av traumarelaterade besvär efter en allvarlig

händelse (Brewin, 2001; ref. Hedrenius & Johansson, 2013). Mohay och Forbes (2009) argumenterar dock för behovet av att skapa och validera screeningsinstrument för barn och ungdomar. Författarna beskriver stora luckor i vår förmåga att identifiera de barn och ungdomar som drabbats hårdast, vilket i förlängningen får konsekvenser för möjligheten att hjälpa denna grupp.

I det akuta skedet efter en allvarlig händelse rekommenderas "avvaktande väntan" vilket innebär att vänta tills situationen har stabiliserats för att se vilka individer som har kvarstående besvär (NICE, 2005; ref. Hedrenius & Johansson, 2013). Väntan bör dock vara proaktiv, d.v.s. tid för uppföljning bör bokas in inom en månad så att en bedömning kan göras över vilka besvär som kvarstår och vilka problem som fortfarande behöver hanteras (NCCMH, 2005). Drabbade rekommenderas att söka hjälp om denna har kvarstående reaktioner från det inträffade, reaktioner som inte avtagit eller som är svåra att hantera (Friedman, Keane & Resick, 2007; NICE, 2005; TENTS, 2009; ref. Hedrenius & Johansson, 2013). Hedrenius och Johansson (2013) har sammanställt listor av rekommendationer för när vuxna respektive barn bör söka professionell hjälp.

Flera författare framhåller i dagsläget vikten av förutseende planering som en viktig framgångsfaktor vad gäller krisstöd och krisberedskap (Belfer, 2006). Det gäller dels krisberedskapsplaner som inkluderar ett barn och ungdomsperspektiv, men också övningar med pediatrika offer (Burke m.fl., 2010). I dagsläget finns i övrigt relativt lite forskningsunderlag för att psykologiska interventioner i de omedelbara efterdyningarna av en allvarlig händelse skulle vara effektiva i att minska kort- och långsiktig stress. Författare konstaterar att flera interventioner verkar lovande, men att de flesta kräver mer uppmärksamhet och fler forskningsstudier. Manualen *Psykologisk första hjälpen* består av ett antal enskilt beprövade interventioner men behöver exempelvis testas i sin helhet. Erfarenheterna av denna manual är dock goda varför en del anser att bristen på evidens enbart är ett akademiskt problem (Brolin m.fl., 2011). Underlaget för psykoedukation betraktas som otillräckligt, då de flesta studier inte har undersökt informationsutbyte som enskild komponent. Pfefferbaum m.fl. (2014) talar för att den befintliga forskningen kring psykologisk debriefing inte kan göra en rättvis bedömning av interventionens effektivitet på grund av dess inkonsekventa definition och implementering. Internationellt sett råder konsensus kring att debriefing inte bör användas som akut krisstöd. Brolin m.fl. (2011) understryker i anslutning till detta att metoden är utvecklad för sekundärt drabbade, vilket inte gör den lämplig för primärt drabbade vid en allvarlig händelse.

Utöver debatten kring vilka tillvägagångssätt som är mer fördelaktiga än andra, väcks frågan kring huruvida interventioner delar en gemensam faktor som är källan till positiv utveckling. Givet att många interventioner är eklektiska och använder sig av en uppsättning tekniker, är det oklart vilka komponenter som är ansvarig för den eventuella förbättringen. En brist på konsistens eller enhetlighet mellan de olika interventionerna väcker även frågor kring vikten av faktorer såsom antal och längd på sessioner samt huruvida det finns en optimal tidpunkt och plats för att tillhandahålla en given intervention (Pfefferbaum m.fl., 2014).

Det är i dagsläget oklart huruvida interventionerna bör riktas mot barn och ungdomar eller om det vore mer gynnsamt att rikta in sig på föräldrarna, lärare eller skolkuratorer, vilka i sin tur kan hjälpa barnen (La Greca & Silverman, 2009). La Greca och Silverman (2009) samt La Greca (2008) talar för att ”best practice” utifrån det aktuella forskningsläget är att vårdande vuxna (föräldrar, lärare och sjukvårdspersonal) ska lugna barnen, uppmuntra (men inte pressa) dem att uttrycka sina känslor, tillhandahålla information och normalisera krisreaktioner, adressera deras rädslor, oro och säkerhetsfrågor då dessa uppstår, samt hjälpa dem att återfå sina normala roller och rutiner. Det är även viktigt att hjälpa föräldrar och lärare att identifiera barn och ungdomars akuta stressreaktioner.

Sammanfattningsvis är det av stor vikt att lyfta det faktum att många tycker att barn och ungdomars reaktioner kan vara oerhört svårt att hantera. Det väcker ofta mycket känslor bland personerna i den direkta omgivningen (Hedrenius & Johansson, 2013). Givet svårigheterna i att möta denna patientgrupp bör krisberedningsplaner även väga in personalens psykosociala behov efter en allvarlig händelse (Brolin m.fl., 2011; Hedrenius & Johansson, 2013).

Referenser

- Belfer, M. L. (2006). Caring for children and adolescents in the aftermath of natural disasters. *International Review of Psychiatry*, 18(6), 523-528. doi:10.1080/09540260601048877
- Brolin, M., Calleberg, P., & Westrell, M. (2011) *Krishantering i arbetslivet: Nya perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Burke R., Iverson, E., Goodhue, C., Neches, R., & Upperman, J. (2010). Disaster and mass casualty events in the pediatric population. *Seminars in Pediatric Surgery*, 19(4), 265-270. doi:10.1053/j.sempedsurg.2010.06.003
- Dowd, M. D. (2013). Prevention and treatment of traumatic stress in children: Few answers, many questions. *Pediatrics*, 131(3), 591-592. doi:10.1542/peds.20124020
- Hedrenius, S., & Johansson, S. (2013). *Krisstöd vid olyckor, katastrofer och svåra händelser: att stärka människors motståndskraft*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Kronenberg, M., Cross Hansel, T., Brennan, A., Osofsky, H., Osofsky, J., & Lawrason, B. (2010). Children of Katrina: Lessons learned about postdisaster symptoms and recovery patterns. *Child Development*, 81(4), 1241-1259.
- La Greca, A. (2008). Interventions for posttraumatic stress in children and adolescents following natural disasters and acts of terrorism. I R. G. Steele, T. D. Elkin, & M. C. Roberts (red:er). *Handbook of Evidence-Based Therapies for Children and Adolescents: Bridging Science and Practice* (ss. 121-144). New York, USA: Springer Science+Business Media, LLC.
- La Greca, A., Lai, B., Llabre, M., Silverman, W., Vernberg, E., & Prinstein, M. (2013). Children's postdisaster trajectories of PTS symptoms: Predicting chronic stress. *Child Youth Care Forum*, 42, 351-369. doi:10.1007/s10566-013-9206-1
- La Greca, A., & Silverman, W. (2009). Treatment and prevention of posttraumatic stress reactions in children and adolescents exposed to disasters and terrorism: What is the evidence? *Child Development Perspectives*, 3(1), 4-10.
- Lai, B., La Greca, A., Auslander, B., & Short, M. (2013). Children's symptoms of posttraumatic stress and depression after a natural disaster: Comorbidity and risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 146, 71-78. doi:10.1016/j.jad.2012.08.041
- Michel, P-O. (red). (2010). *Psykotraumatologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Mohay, H., & Forbes, N. (2009). Reducing the risk of posttraumatic stress disorder in children following natural disasters. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 19(2), 179-195.
- Murray, J. (2006). Addressing the psychosocial needs of children following disasters. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 11(2), 133-137.
- Murtonen, K., Suomalainen, L., Haravuori, H., & Marttunen, M. (2012). Adolescents' experiences of psychosocial support after traumatising in a school shooting.

- Child and Adolescent Mental Health*, 17(1), 23-30. doi: 10.1111/j.14753588.2011.00612.x
- National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH). (2005). *Post-traumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. Hämtad 12 april, 2014, från <http://www.nccmh.org.uk/downloads/PTSD/CG026fullguideline.pdf>
- National Child Traumatic Stress Network (NCTSN). (2014, 14 april). *Age-related reactions to a traumatic event* (PDF). Hämtad 12 april, 2014, från: http://www.nctsn.org/nctsn_assets/pdfs/age_related_reactions.pdf
- National Child Traumatic Stress Network (NCTSN). (2003). *What is child traumatic stress?* (PDF). Hämtad 12 april, 2014, från: http://www.nctsn.org/sites/default/files/assets/pdfs/what_is_child_traumatic_stress_0.pdf
- National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD. (2006). *Psychological First Aid: Field Operations Guide 2nd Edition*. Hämtad 12 april, 2014, från: <http://www.katastrofpsykiatri.uu.se/forstahjalprev.pdf>
- Pfefferbaum, B., Newman, E., & Nelson, S. (2014). Mental health interventions for children exposed to disasters and terrorism. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 24(1), 24-31. doi:10.1089/cap.2013.0061
- Socialstyrelsen. (2008). *Krisstöd vid allvarlig händelse*. (Artikelnr: 2008-123-16). Stockholm.
- Wang C-W., Chan, C., & Ho, R. (2013). Prevalence and trajectory of psychopathology among child and adolescent survivors of disasters: a systematic review of epidemiological studies across 1987-2011. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 1697-1720. doi:10.1007/s00127-013-0731-x
- World Health Organization (WHO). (2013). *Building back better: Sustainable mental health care after emergencies*. WHO: Geneva. Hämtad den 12 april, 2014, från: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85377/1/9789241564571_eng.pdf?ua=1
- World Health Organization (WHO). (2010). *mhGAP: Intervention guide for mental neurological and substance use disorder in non-specialized health settings*. WHO: Geneva. Hämtad 12 april, 2014, från: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf?ua=1
- Williams, R., Alexander, D., Bolsover, D., & Bakke, F. (2008). Children, resilience and disasters: recent evidence that should influence a model of psychosocial care. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 338-344.