

Um greiningu og meðferð áfallastreitu

Ágrip

Guðfinnur P. Sigurfinnsson¹,

Kristinn Tómasson²

Geðraskanir tengdar alvarlegri vá voru teknar upp sem sérstakur flokkur í greiningarlyklum læknisfræðinnar fyrir um 20 árum. Markmið þessarar greinar er að lækna í dreifðum byggðum landsins öðlist grundvallarskilning á áfallastreitu, átti sig á hverjir eru í áhættu og hvernig eigi að bregðast við.

Til að ná þessu er rakin saga greiningarinnar og hvernig hugmyndir lækna hafa þróast um eðli áfallastreitu, meðferð og fyrirbyggjandi aðgerðir. Einkennum áfallastreitu er lýst og jafnframt er bent á áhættuþætti svo sem ýmsa veikleika fólks, aðstæður og samhengi ýmissa þátta, sem geta skipt meiru um langtímavanda fólks en eðli og styrkur áfallsins. Raktar eru efasemdir um gildi viðrunar tilfinninga (debriefing) í áfallahjálp, en jafnframt bent á aðra kosti í meðferð, sem heimilislæknar ættu að kunna skil á.

Inngangur

Íslenska þjóðin hefur búið við ýmiss konar harðræði í landi sínu. Náttúruöflin eru, þrátt fyrir ógn við líf og heilsu, ekki ill í eðli sínu. Höfuðskepnurnar hafa ekkert markmið í þá veru að valda okkur skaða og fjörtjóni. Þótt mönnum hafi um margt verið ljós hætta sem af slíku stafar eins og rakið er hér á eftir er það ekki fyrr en 1980 að áfallastreita kemst fyrst inn í greiningarlykla geðlæknisfræðinnar (1).

Þrátt fyrir þetta hafa verið gerðar nokkrar rannsóknir á Íslandi á áfallastreitu. Rannsókn hefur verið gerð á áhrifum sjóslysa á geðheilbrigði, vinnufærni og þróun áfallastreitu verið metin löngu eftir að slíkir atburðir áttu sér stað (2). Önnur íslensk rannsókn hefur beinst að áfallastreitu íbúa tveggja þorpa í kjölfar snjóflóða á nýliðnum árum (3).

Menn hafa lengi hugleitt áhrif hörmulegrar lífsreynslu og harðræðis á fólk. Stór hluti mannkyns hefur ávallt búið við slíkt og meirihluti fólks sýnt nær óskiljanlega hæfileika til að lifa af án þess að guggna (4). Oft virðist sem raunir fólks hafi orðið sú deigla, sem mótaði það til frekari þroska og framfara.

Á mynd 1 er minnt á álagssvalda, samhengi upplifunar og túlkunar, styrk einstaklinga og varnarhætti. Þá er rakið þegar viðbrögð eru hagstæð og atburðirnir verða reynslusjóður virkra og ábyrga einstaklinga. Á hinn bóginn er fylgt leið, þegar illa tekst til og upplifunin kallar fram tilfinningalegt ójafnvægi, stjórnleysi og ábyrgðarleysi. Í stað ávinnings reynslunnar bíður fólk heilsutjón í líki letjandi og skaðlegra streituvíðbragða og vansældar.

ENGLISH SUMMARY

Sigurfinnsson GP, Tómasson K

Posttraumatic stress disorder

Læknablaðið 2001; 87: 285-91

Post traumatic stress disorder (PTSD) and post-traumatic therapeutic intervention are relatively new concepts, and in fact it was only recently that psychiatric disorders connected with disastrous events were accepted as a separate category in the medical nomenclature. An attempt will be made here to shed some light on these concepts, principally in the hope that it may be of use to doctors in rural areas.

Both old and recent papers, have been reviewed concerning the immediate as well as the long-term effects on individuals and groups who have been exposed to stressful experiences such as life-threatening situations. In addition to describing the symptoms of PTSD, risk factors are discussed such as individual vulnerability, particular circumstances, and the interaction of factors more conducive to chronic problems than the nature or intensity of the stressor.

Then the term post-traumatic therapeutic intervention is evaluated. The view that emotional processing is the essence of treatment of the disorder is widely questioned. More comprehensive ideas about methods, and aid to people suffering from PTSD, are considered.

Key words: *stressor, vulnerability, reexperience, post traumatic stress disorder.*

Correspondence: Guðfinnur P. Sigurfinnsson. E-mail: gudfinno@landspitali.is

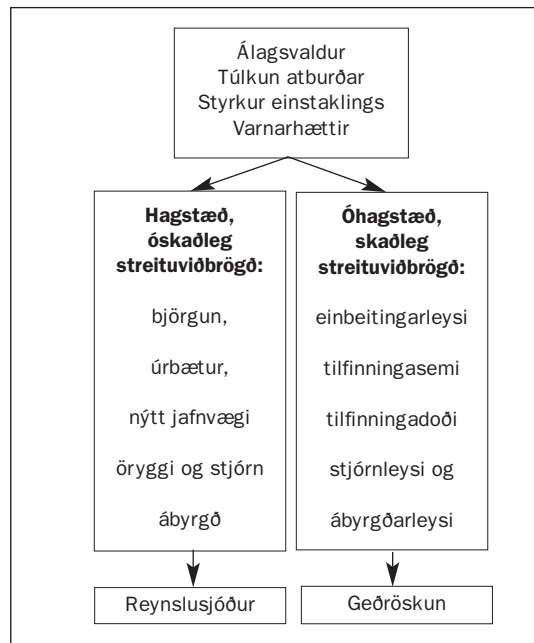
Sögulegt yfirlit

Til þess að átta sig á áfallastreitu, eins hún er skilgreind núna, er nauðsynlegt að skilja hvernig umræða og hugsun um afleiðingar stóráfalla á geðheilsu hefur þróast.

Fyrstu skrif sem greinarhöfundar þekkja til eru skrif Johns Eric Erichsens frá árinu 1866, en hann ritaði um afleiðingar járnbrautarslysa; minnkaða virkni, svefntruflanir, kvíða og líkamleg einkenni. Erichsen lýsti hálsþykksáverkum en yfirsást hins vegar mikilvægi tilfinningalegra áhrifa slysfaranna (5,6). Nokkru síðar birti DaCosta rannsókn sína á sálvefrænum einkennum og óvirkni 200 bandarískra hermanna í borgarastyrjöldinni (7). Í 38,5% tilvika virtist harðræði herþjónustunnar orsök hjartsláttartruflana auk annarra einkenna, einkum höfuðverkja, svima, svefntruflana og martraða. DaCosta veitti

¹Geðdeild Landspítala Hringbraut, 101 Reykjavík, ²Vinnueftirlit ríkisins, Bíldshöfða 16, 112 Reykjavík. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Guðfinnur P. Sigurfinnsson, Bjarmalandi 8, 108 Reykjavík. Netfang: gudfinno@landspitali.is

Lykilord: *álagssvaldur, auðsæranleiki, endurupplifun, áfallastreita.*



Mynd 1. Einfaldur uppdráttur af þróun tvenns konar ferla í lífi einstaklinga sem verða fyrir yfirþyrmandi álagi. Þessu yfirliti er ætlað að minna á að mikill hluti manna lifir áfram virku lífi þrátt fyrir lífsreynslu, sem ætla mætti að kippti undan þeim fótunum.

athygli einstaklingsbundnum áhættuþáttum. Þannig var heilsuveilum og illa þjálfuðum hermönnum mun hættara en öðrum við að fá slík sjúkdómseinkenni (7). Næsta skref í sögu greinarinnar var að benda á þátt hryllings og skelfingar í þróun andlegrar vanheilsu (8), en það gerði Edouard Stierlin í rannsóknum á námuslysum og jarðskjálftum.

Það var hins vegar ekki fyrr en í fyrri heimsstyrjöldinni sem hugsun manna um tilfinningalegar afleiðingar hörmunga og viðbrögð við þeim skerptist verulega. Charles Samuel Myers kom á framfæri hugtakinu sprengjulos (shell shock) (9) í þeirri trú að sprengingar yllu smágerðum heilaáverkum. Hann komst hins vegar fljótlega að þeirri niðurstöðu að um sálrænar truflanir væri að ræða (9). Um þetta leyti hófu breskir og franskir lækna að sinna kvíðnum og taugaveikluðum hermönnum með stuttri hvíld frá vígvellinum í sérstökum æfingabúðum (9).

Russel rannsakaði hermenn, sem tóku þátt í fyrri heimsstyrjöldinni og lýsti erfiðleikum við greiningu á taugasjúkdómum annars vegar og hugbrigðaröskun (conversion), sefasýki (hysteria) og uppgerð (malinger) hins vegar (10). Honum virtist sem óttablandin upplifun og hryllileg lífsreynsla hafi tært andlegt þrek hermanna, þeir hafi misst stjórn og gripið til frumstæðra varnarháttá og lamast. Á orrustuvellinum reyni mjög á eðlishvatir mannsins sem höfundur nefnir sjálfsbjargarhvöt (selfpreservation) og lífshvöt (procreation).

Óttaviðbrögð af ýmsu tagi, flótti og felur, séu eðlileg viðbrögð. Líkamleg einkenni undir þessum kringumstæðum, ásamt lélegu sjálfsmati, geri einstaklinginn áhrifagjarnan og næman fyrir hvers kyns sefjun. Sjúklingshlutverkið dregur úr óttanum og kvíðanum, sem er hinn eðlislægi þáttur sjálfsbjargarhvatarinnar. Auk líkamlegra einkenna lýsir Russel óvirkni, lélegu sjálfsmati, bjargarleysi og frumkvæðisleysi. Einstaklingsbundnir áhættuþættir varðandi uppgjöf af þessu tagi voru geðsjúkdómar, greindarskerðing, almennur lasleiki, hungur og svefnleysi. Þeir sem voru hins vegar vel þjálfaðir, höfðu sjálfsvirðingu og nægilega greind (dómgreind) áttu betur með að berjast áfram og stóðu sig mjög lengi þrátt fyrir ógnir eldlínunnar.

Russel lagði áherslu á að meðferðin væri mannúðleg, benti á mikilvægi þess að ávinna sér traust sjúklinganna, útskýra fyrir þeim eðli hins tilfinningalega áfalls og orsakir einkenna þeirra (vitræn meðferð). Ennfremur þyrfti að byggja upp sjálfsvirðingu, agað lífverni og stjórn á eigin lífi (atferlismeðferð). Gæta þyrfti þess að ýta ekki undir uppgerð. Dýpri sálkönnun (þar með talin tilfinningaleg úrvinnsla) þótti ónaúðsynleg (10).

Það er síðan þegar komið er fram í seinni heimsstyrjöldina að Abraham Kardiner skýrði frá reynslu sinni af athugun og meðferð bandarískra hermanna úr fyrri heimsstyrjöldinni (11). Hann lýsti afar nákvæmlega einkennum sjúklinga sinna og til hans má rekja flest þau skilmerki, sem þarf til greiningar áfallastreitu. Hann gerði sér grein fyrir hvernig sjúklingar hans læstust eða ánetjuðust áfallastreitu, stríddu við sífelldar martraðir, ofurviðbrigðni, lítið álagspól og hömlulausa árásgirni. Kardiner gerði sér grein fyrir gildi sállækninga en einnig hugsanlegum skaðlegum áhrifum þess að ræða um reynslu áfallsins. Hann hafði miklar efasemdir um hvaða meðferð ætti við og hvort það þjónaði hagsmunum sjúklinganna að stuðla að upprifjun hryllilegrar reynslu í stað afneitunar, óraunveruleikakennar og margháttæðra líkamlegra einkenna (11).

Næstu framfaraspor urðu á Norðurlöndunum. Hellvig og samstarfsmenn hans rannsökuðu 1282 Dani er lifðu af vist í útrýmingarbúðum í Þýskalandi (12). Þeir lýstu sérkennandi einkennum andlegrar hnignunar þessara manna (K-Z heilkenni). Í framhaldinu, árið 1957, vakti Norska Krigsinvalidforbundet athygli á síðkominni vanheilsu og ófærni fyrrum stríðsfanga þar í landi. Við háskólann í Osló var skipaður samstarfshópur lækna undir forystu Axels Ströms prófessors, ásamt Eitinger, Lönnnum og fleiri læknum (13). Metnaðarfull vísindaleg rannsókn var framkvæmd, er náði til 100 fyrrum fanga í útrýmingarbúðum Þýskalands, sem höfðu verið lagðir inn á taugalækningadeild Ríkissjúkrahúsins í

Osló. Einkenni er þóttu sértæk fyrir fyrrum fanga útrýmingarbúða voru 11 og fimm til sjö voru viðmiðun greiningarinnar: 1. þrekleysi, 2. skert minni, 3. vanlíðan, 4. óstöðug geðbrigði, 5. truflun á svefni, 6. vanmáttarkennd, 7. framtaksleysi, 8. óöryggi, ókyrrð og pirringur, 9. svimi, 10. iðjuleysi og 11. höfuðverkur.

Leo Eitinger, sem var í hópi 3% norskra gyðinga sem lifðu af dvöl í Auschwitz, rannsakaði K-Z heilkenni og komst að þeirri niðurstöðu að líffræðilegir heilaskaðar, orsakaðir af veikindum, hungri og öðru harðræði væru meginorsök þessa heilkennis, þar sem einkennin komu fram óháð fyrri geðsögu og félagslegu umhverfi eftir stríð (14).

Þá fann hann meira af ofsóknarhugmyndum og hugbrigðaröskun hjá geðsjúku flóttafólki seinni heimsstyrjaldarinnar en öðrum geðsjúklingum sem að líkindum mætti rekja til yfirþyrmandi öryggis-leysistilfinningar tengda lífeyrslu þeirra (15).

Í kjölfar afleiðinga Víetnamstríðsins komu síðan út fyrstu formlegu greiningarlyklar fyrir áfallastreitu (1) sem verða grunnur að fjölmörgum rannsóknum.

Hin síðari ár hefur áhugi jafnframt beinst að afleiðingum ýmissa annarra hörmunga en stríðum. Til að mynda var á árunum milli 1980 og 1990 gerðar vel undirbúnar og skipulagðar rannsóknir á iðnaðarslysum í Noregi, þar sem kortlögð voru nákvæmlega viðbrögð björgunarmanna strax í kjölfar slyssanna og síðar. Áhersla er lögð á að sérhvert líkan sem nota skuli til að skýra áfallastreitu verði að vera fjölþætt og meta einstaklingsbundinn breytileika ekki síður en mismunandi eðli og styrk ógnar (16). Þekking sem þannig hefur skapast hefur síðan orðið grunnur að greiningarskilmerkjum áfallastreitu í dag.

Greiningarskilmerki

Í ljósi þess sem hér hefur verið skýrt frá á undan hafa menn komið sér saman um ákveðna skilgreiningu á áfallastreitu.

Greining áfallastreitu tengist mjög hugmyndum um eðli og styrk ógnar, sem er nánast utan hins venjulega reynsluheims (17). Þá er greiningin byggð á áhrifum ógnarinnar (impact) á einstaklinga, sem fyrir slíkri reynslu verða:

Álagsvaldar: Náttúruhamfarir (jarðskjálftar, eldgos, flóð), alvarleg slys (húsbrunnar, sjóslys, umferðarslys, flugslys) ógn í samskiptum manna (hernaður, heimilisofbeldi).

Áhrif ógnar: Fólk upplifir ákafan ótta, vanmátt eða hrylling. Ytra og innra öryggi brestur.

Eðli ógnarinnar og styrkur hefur vissulega mismikil skaðleg áhrif:

a. Einstakar náttúruhamfarir sem eyðilegging og dauði fylgja eru líklegar til að valda öryggisleysi, vanmáttarkennd, kvíða og öllu litrófi áfallastreitu,

Tafla 1. Einkenni áfallastreitu (17). Einkenni standa skemur en einn mánuð: bráð áfallastreita. Einkenni vara einn til þrjá mánuði: síðkomin áfallastreita. Einkenni vara þrjá mánuði eða lengur: langvinn áfallastreita.

Endurnýjun reynslunnar

- Óvelkomnar endurminningar
- Skýrar upplifanir
- Martraðir
- Óviðeigandi tilfinningaleg og líkamleg viðbrögð gagnvart áreitum sem minna á ógnvekjandi fyrri atburði

Að forðast

- Verkefni, umhverfi, hugsanir, tilfinningar eða samræður tengdar lífsreynslu

Dofi

- Áhugaleysi
- Skeytningarleysi
- Tilfinningakuldi

Viðbrigðni

- Svefntruflanir
- Pirringur/reiðiköst
- Einbeitingarerfiðleikar
- Ofurárvekni
- Ofurviðbrögð

Fylgikvillar

- Misnotkun vímuefna eða fíkn
- Alvarlegt þunglyndi
- Ofsakvíði, víðáttufælni
- Almenn kvíðaröskun
- Þráhyggja-áráttahegðun
- Félagsfælni
- Geðhvarfasjúkdómur

sér í lagi hjá þeim sem illa eru undir slíkt búinir.

b. Einstök slys, hvort heldur er í umferðinni á vegum, lofti eða legi, auk heldur brunni í íbúðarhúsum og verksmiðjum, reyna meir á mannlega þætti í viðbrögðum, hugleiðingar um óvarkárni, mistök og mannlegan ófullkomleika. Ýmislegt bendir einnig til að slíkir atburðir skilji eftir sig slóð fleiri einstaklinga sem bugast og ná ekki upp fyrri færni og sjálfsmati.

c. Mannleg átök, stríðsrekstur, fangabúðir og hvers konar ofbeldi virðast enn skaðlegri og líklegri til að brjóta einstaklinga niður í varanlega vansæld, óvirkni og bjargarleysi. Í öllu ofbeldi virðist skaðinn líklegur til að verða mestur, þegar sá er brýtur rétt á fórnarlambinu stendur því nærri til dæmis náinn vinur eða einhver úr sömu fjölskyldu.

Almennt mat á hver styrkur ógnarinnar þyrfti að vera til að réttlæta greininguna áfallastreitu hefur ekki staðist vel. Styrkur og áhrif áfallastreitu eru ávallt háð samhengi innri og ytri þátta, sem hefur afgerandi þýðingu fyrir það hvernig einstaklingurinn túlkar reynslu sína. Hversu alvarlegar afleiðingarnar verða er ekki heldur einungis háð því hve skelfileg reynsla atburðurinn er fyrir einstaklinginn. Þar skiptir einnig máli tilhneiging, auðsæranleiki, félagslegur stuðningur og aðlögunarhæfni (18).

Ýmis bitur reynsla mannlífsins, svo sem skilnaður, atvinnumissir, fall á prófi eða dauði vinar, getur

hrundið af stað einstaklingsbundnum geðsveiflum og jafnvel skerðingu á félagslegri færni og óvirkni í vinnu. Þessi viðbrögð flokkast þó yfirleitt undir aðlögunarröskun (adjustment disorder) í stað áfallastreitu.

Í töflu I er gerð grein fyrir greiningarskilmerkjum á heilkennum áfallastreitu. Flest þessara skilmerkja hafa verið rakin til Abrahams Kardiners (11).

Flokkun streituvíðbragða

Streituvíðbrögð má flokka enn nánar þannig að þau ná yfir:

1. bráð áfallavíðbrögð (acute stress response),
2. bráða áfallastreitu (acute stress disorder(ASD)),
3. síðkomna áfallastreitu (posttraumatic stress disorder (PTSD)) og
4. fjölþætta áfallastreitu, þar með taldar langvinnar persónuleikabreytingar eftir hrikalega lífsreynslu.

Bráð áfallavíðbrögð (19) eiga við skammvinna geðröskun fyrstu tvo dagana eftir ógnvænlega lífsreynslu. Þetta tímabil er oft hlaðið einkennum kvíða og óraunveruleikakenndar. Ýmsar tilfinningar bera fólk ofurliði eins og reiði, örvænting, tilfinningadofi, sinnuleysi, yfirþyrmandi sorgarviðbrögð og stjórnleysi.

Bráð áfallastreita (20) er að minnsta kosti tveggja sólarhringa tímabil vanlíðunar sem truflar félagslega virkni og starfshæfni einstaklingsins. Miklar sveiflur geta verið í einkennum sem eru helst þessi: óvelkomnar hugsanir eða endurupplifanir, afneitun og doði, kvíði, ofurárvekni og hugrænn flótti frá raunveruleikanum.

Nokkur áherslumunur er á einkennum í *Greiningar og tölfræðihandbók Ameríska geðlæknafélagsins, fjórðu útgáfa* (DSM-IV) og *Alþjóðlegu tölfræðiflokkun sjúkdóma og skyldra heilbrigðisvandamála, tíundu útgáfu* (ICD-10) og erfitt getur verið að meta forspárgildi einkenna. Hugsanlegt er að líta á bráð einkenni sem jákvæða varnarhætti fyrstu dagana eftir áfall, sem geti síðar orðið neikvæð læsing. Nánari athugun einkenna þegar svo er komið gefur þá nánari vísbendingar um horfur.

Síðkomna áfallastreita (19,20) á við einkenni, sem haldast lengur en mánuð ellegar koma fram mánuði eða síðar eftir áfall. Fjari einkenni ekki út á þremur mánuðum er hætta á varanlegum veikindum meiri og búast má við auknum fylgikvillum. Bráð áfallastreita er ekki ávallt undanfari síðkominnar áfallastreitu. Einstaklingar sem ráða við aðstæður að því er virðist býsna vel á meðan áfallið dynur yfir geta fest í minni skynjun ógnar og hryllings og þannig fengið síðkomna áfallastreitu síðar (21). Erfiðlega hefur gengið að meta batahorfur út frá hinum ýmsu einkennum.

Fjölþætt áfallastreita (19): Skilmerki síðkominnar áfallastreitu, samanber að ofan, lýsa ekki á fullnægjandi hátt ýmsum afleiðingum reynslu. Því er notað hugtakið fjölþætt áfallastreita (complex PTSD

eða disorders of extreme stress, DES) um afleiðingar langtíma harðræðis, sem fylgir gíslatöku, misþyrmingum, lífi stríðsfanga og fólks í útrýmingarþúðum, ennfremur reynslu barna og fullorðinna, sem búa við heimilisofbeldi, barsmíðar eða kynferðislegt ofbeldi.

Hér virðist smáinn, óraunveruleikakenndin og afneitun sektarkenndar leiða til aukinnar hættu á að endurtaka og halda í sársaukafulla reynslu, líkt og einstaklingarnir hafi ánætjast kvölum tilfinningalega (22). Þetta birtist í lélegri stjórn á geðslagi, sjálfskaðandi hegðun og endurtekningum á sársaukafullri reynslu. Hugsanlega er fyrir hendi einhver ómeðvituð óraunsæ hvöt til stjórnunar en einstaklingnum hættir til að velkjast áfram á milli hlutskiptis fórnarlamb og árársarmanns.

Aukin hætta er hér á öðrum geðsjúkdómum, svo sem kvíðaröskunum, þunglyndissjúkdómum, líkamlegri einkennaheild og vímuefnamisnotkun.

Þessi einkenni hafa um margt á sér yfirbragð persónuleikaröskunar (19).

Það sem helst greinir síðkomna áfallastreitu frá öðrum geðröskunum er að einkennin eru nátengd yfirþyrmandi lífsreynslu. Það sem helst einkennir áfallastreitu eru endurupplifanir og óvelkomnar minningar, kvíðaköst og martraðir. Slíkt bendir til að einstaklingarnir hafi tekið inn á sig allar hugsanir og tilfinningar tengdar ógninni, sem virðist leiða til geðröskunar. Aðrar síðkomnar afleiðingar eru ekki síður mikilvægar svo sem persónuleikabreytingar, pirringur og hnignun á félagslegri færni (23).

Gangur sjúkdómsins, áhættuþættir

Víðbrögð fólks við áföllum eru óendanlega margbreytileg. Flestum tekst að standa af sér erfiða og ógnvænlega reynslu og sigrast á vanlíðan og óvirkni, sem gjarnan heltekur fólk fyrsta kastið eftir alvarlega ógnandi lífsreynslu. Þetta getur gefið vísbendingar um hvernig bregðast skuli við og hvernig meðferð þeirra sem bugast eftir áföll verður best við komið.

Mikilvægi samhjálp, lífsgilda og þess að hafa stjórn á eigin lífi eru þýðingarmestu þættir í að ráða við og standast ógnvænlega lífsreynslu. Góð geðheilsa og þjálfun við erfiðar aðstæður minnka ennfremur hættu á áfallastreitu (16,24).

Við áhættumat skiptir yfirleitt máli að horfa á auðsæranleika einstaklinganna en ekki einvörðungu eðli ógnarinnar. Við afbrigðilegustu aðstæður skiptir styrkur einstaklinganna þó ekki ávallt sköpum.

Það sem einkum hefur áhrif á auðsæranleika og líkur á þróun langvinnrar áfallastreitu eru: geðsjúkdómar í ætt og einstaklingsbundnir veikleikar eins og skert aðlögunarhæfni í bernsku, hegðunartruflanir á unglingsárum, persónuleikaraskanir og önnur vanheilsa á geði. Reynsla barna og kvenna af ofbeldi eykur líkur á áfallastreitu í kjölfar erfiðrar lífsreynslu síðar. Hvort þessir áhættuþættir eru sértækir varðandi áfallastreitu eða hafi forspárgildi gagnvart geðsjúk-

dómum almennt er ekki ljóst (25). Þótt áfallastreita og sér í lagi langvinn áfallastreita þróist hjá minnihluta þeirra sem reyna hörmulega atburði er fjöldi þjáðra mikill. Geðræn röskun eftir áföll rýrir lífsgæði og getur leitt til alvarlegrar og langvinnrar skerðingar á almennri virkni, vinnugetu og færni í mannlegum samskiptum. Í mörgum tilvikum ná einstaklingar góðum tímabilum en ýmsar vísbendingar eru um að menn geti orðið fyrir varanlegum andlegum og líf-fræðilegum skaða sem minnki mótstöðu þeirra gegn ýmsum öðrum geðkvillum. Sér í lagi virðist hætta á endurteknum skeiðum ofurkvíðaröskunar, þunglyndis og fælniraskana (26).

Sjúklingum með viðvarandi áfallastreitu vegnar misvel og ræður þar mestu aðlögunarhæfni þeirra og þol gagnvart veikindunum. Ekki er sjálfgefið að allir endurheimti félagslega færni og aðra virkni þótt verulega dragi úr helstu einkennum og vanlíðan (21). Á hinn bóginn geta aðrir haft þann styrk að viðhalda vinnufærni og félagslegri virkni, þrátt fyrir þjáningar.

Meðferð

Fyrsta hjálp: Hjálparstarf og aðhlyning í kjölfar ógnvænlegra atburða miðast almennt við að ná stjórn á óreiðunni, koma fólki í öryggi og sporna gegn meiri vá. Þá er fólki mikils virði að eiga þess kost að blanda geði við aðra, sem eru í svipuðum sporum og ná auk þess sambandi við vini og ættingja. Mikilvert er að umgangast fólkið, sem í hlut á, með rósemi og æðruleysi og forðast allt tilfinningalegt rót og yfirheyrslur (27).

Þegar um hópslys er að ræða skiptir örugg og markviss stjórn forsvarsmanna á staðnum miklu máli til að veita íbúum þá öryggis-tilfinningu og framsýni sem nauðsynleg er. Allir, sem vettlingi geta valdið, þurfa að fá hlutverk, sem stuðlar að eigin velferð og öryggi, auk þess að hefja endurreisn samfélagsins og styðja meðbræður og -systur. Þennan lærdóm má ekki síst draga af reynslu þeirra sem við hrikalegar aðstæður fangabúða gátu fundið sér hlutverk til að létta byrðar samfanga sinna. Sérfræðingar geta helst orðið að liði með því að styðja forráðamenn samfélagsins í skipulagningu, stjórnun og hvatningu til endurreisnar. Áætlanir verða að vera raunhæfar, trúverðugar og öruggar til að heildin fái tækifæri til að grafa hið liðna og hefja nýtt líf þrátt fyrir sorg og þjáningar. Þá getur skipt máli að ljúka rannsókn máls á fullnægjandi hátt til að forðast sársaukafulla eftirmála, vangaveltur og bakþanka löngu síðar.

Athugun og meðferðarúræði heilbrigðisstarfsmanna: Ógætíleg nálgun heilbrigðisstarfsfólks, strax í kjölfar áfalls, einkum sú leið er nefnd hefur verið tilfinningaleg viðrun (debriefing), getur hugsanlega valdið fórnarlambi áfalla þjáningu. Ýmsir þeir varnarhættir sem fólk grípur til geta verið nauðsynlegir og óvarlegt að trufla þá með offorsi. Athugun ætti að beinast að virkni, líðan og sjálfsmati fórnar-

lambanna og hvort einstaklingarnir eru færir um að endurskipuleggja sitt daglega líf og framtíð.

Á liðnum árum hefur verið lögð nokkur áhersla á að bjóða einstaklingum, sem verða fyrir alvarlegu álagi, svokallaða áfallahjálp strax í kjölfar atburðanna. Þessi meðferð hefur byggst á þeirri trú að einstaklingum létti við að fá útrás fyrir geðshræringu sína og færa í orð tilfinningalega upplifun atburða. Ýmsir hafa á síðustu árum reynt að meta gildi þessa.

Viðrun tilfinninga innan 24-48 klukkustunda frá atburði:

- rifja upp og endurmeta ógnvænlega reynslu,
- hvetja fólk til að tjá og túlka tilfinningar sínar,
- hvetja fólk til að vinna með reynslu sína af skynsemi,
- gefa ráð og upplýsingar um venjuleg tilfinningaleg viðbrögð, gildi þess að tala um reynslu sína og
- hverfa aftur í skrefum til venjulegra lífshátta.

Áður en ákveðið verður að nota aðferðina almennt í stórum stíl þarf að bíða ítarlegri rannsókn, sem gefa okkur svör um hvernig, hvar og hvenær eigi að vinna á þennan hátt. Þá hafa komið fram vísbendingar um að viðrun tilfinninga geti verið skaðleg, ef hún fer ekki fram af kunnáttusemi og með mikilli gát (28-30).

Lyf geta komið að gagni til að draga úr einkennum. Þau geta dregið úr kvíðaeinkennum, auk þess geta þau dugað vel við hvers konar fylgi-geðkvillum. Huga þarf sérstaklega að fólki sem hættir til misnotkunar lyfja og vímuefna. Helstu lyf sem reynd hafa verið eru SSRI lyf, þríhringlaga geðdeyfðarlyf, jafnlyndislyf og kvíðastillandi lyf. Þegar takast þarf á við síðkomna áfallastreitu er lyfjum almennt beitt samhliða annarri meðferð svo sem kvíðastjórn og hugrænni atferlismeðferð.

Svo virðist sem hugræn atferlismeðferð eða áþekkar aðferðir eigi rétt á sér fram yfir aðrar aðferðir til að minnka líkur á langvinnri áfallastreitu. Slík aðferð kann ennfremur að minnka verulega hættu á þunglyndi síðar því svo virðist sem þunglyndi fylgi gjarnan í kjölfar yfirþyrmandi áfallastreitu-heilkenna (31). Markmið meðferðarinnar er að létta vanlíðan og losna úr viðjum fortíðar og einnig að bæta almennt sjálfstraust, virkni og ná stjórn á mannlegum samskiptum. Reynt er að fá fólk til að takast á við lífið og þjálfa sig í félagslegri færni (32).

Hugræn atferlismeðferð er kjarni þeirrar meðferðartækni, sem mælt er með og sýnist geta skilað árangri. Markmið meðferðarinnar eru eftirfarandi:

- að fræðast,
- takast á við áreiti,
- ná stjórn á viðbrögðum sínum undir hæfilegu álagi og
- endurmeta tengsl milli sársaukafullrar reynslu og áreita nútímans (33).

Lögð er áhersla á að upplýsa fólk um eðli áfallastreitu og skýra hvernig ýmiss konar viðbrögð og vanlíðan megi rekja til lífsreynslu fortíðarinnar. Bent

er á hve tilfinningalegt ójafnvægi er skaðlegt ekki síst í mannlegum samskiptum. Þá er mikilvægt að sjúklingurinn geri sér grein fyrir þeim áreitum sem vekja upp óviðeigandi viðbrögð. Reynt er að stuðla að bættu sjálfsmati og sjálfsstjórn með því að hjálpa sjúklingi að horfast í augu við vanmátt sinn og smán, sigrast á áfallatengdum ótta, læra að ná stjórn á óhóflegum tilfinningalegum viðbrögðum og sjúklegum varnarháttum.

Þessu er hægt að ná með því að kenna sjúklingum að ná stjórn á kvíða, mynda traust meðferðarsamband og takast á við áreiti. Hér er átt við nokkurs konar afnæmis meðferð þar sem fólk tekst á við hæfileg áreiti í huganum eða á vettvangi og reynir að ná valdi á upprifjunum og kvíðaviðbrögðum. Listin er að sjúklingar þurfi ekki að endurupplifa áfallið af fullum styrk en heldur ekki einangra minningarnar í einhverjum afkima sem opnast af minnsta tilefni. Undirbúningur felst í að auka skilning á að þrátt fyrir áreiti eigi kvíðaviðbrögð og önnur óhagstæð viðbrögð ekki við. Með þessum æfingum er stefnt að því að auka þol gagnvart minningum og tilfinningum.

Pannig lærir sjúklingur að stjórna viðbrögðum og athöfnum sínum þannig að minningarnar missi vald sitt, þær virkist ekki af áreitum dagsins og valdi geðbrigðum og athöfnum, sem eru úr takt við nútíðina. Leitast er við að fá fólk til að takast á við verkefni sem það ræður við og veitir því hamingju-tilfinningu, til dæmis að rækta garðinn sinn, líkamsrækt, líknarstörf og fleira. Markmið þessarar meðferðar er ekki einungis að sefa ýmsa vanlíðan heldur ekki síður að bæta almennt sjálfstraust, virkni og ná tökum á mannlegum samskiptum.

Kvíðastjórn næst með slökun og öndunaræfingum, jákvæðum hugsunum í stað neikvæðra og með því að bægra frá sér óvelkomnum hugsunum ásamt æfingu í tjáningu óska, skoðana og tilfinninga.

Eins og í öðrum lækningum vegur þyngst traust samband sjúklings og hjálparmanns hans. Slíkt traust er forsenda þess að komið verði við meðferð, sem líkleg sé að skila árangri. Sá sem veitir meðferð þarf að gæta sín á þeirri tilfinningu, sem sjúklingurinn kemur inn hjá honum, að ástandið sé vonlaust. Sá er hjálpar er ekki einungis að taka við því, sem sjúklingurinn segir og gefur til kynna, heldur sá er skilar til baka jákvæðum skilaboðum til að örva uppbyggingu í stað niðurrifs. Tengsl við lækningarnar er mikilvægur liður meðferðarinnar, sem getur orðið græðandi og gjöful lind, sem sjúklingur lærir að nýta sér undir ýmsum kringumstæðum lífsins til að lagfæra óviðeigandi og eyðileggjandi venjur í sínu daglega lífi (33).

Áhugaleysi og lélegt sjálfsmat minnka líkur á að fólk geti tileinkað sér meðferð af þessu tagi. Vanhæfni að þekkja og tjá tilfinningar getur verið ófyrstíganlegur þröskuldur. Mikil hætta er á gagnúð og andúð í

meðferð. Almenn hnignun í hegðun og hvatastjórn reynir mjög á meðferðarsamband. Pannig getur virst að sjúklingurinn vilji viðhalda óbreyttu ástandi, varpi af sér allri ábyrgð og láti skeika að sköpuðu hverjar afleiðingar hegðunar hans verða. Þá virðist fólk með áfallaröskun oft eiga í miklum vandræðum með kvíðastjórn og vera ófærir um að stunda nokkra slökun að gagni (34).

Umræða

Hér hefur verið vakin athygli á að langt er síðan menn fóru að velta fyrir sér afleiðingum harðræðis og skelfilegrar lífsreynslu á geðheilsu og færni. Rétt er að benda á, að í fyrri heimsstyrjöldinni var þegar fyrir hendi mikil þekking um áfallsstreitu samanber skrif Russels (10). Hann áttaði sig ekki einvörðungu á afleiðingum hermennskunnar, heldur gerði hann sér einnig ljósa grein fyrir ýmsum veikleikum og samhengi, sem skipta máli fyrir það, hvort menn gefast upp. Hann benti ennfremur á mikilvægi styrkleika einstaklinga og þjálfunar þeirra. Þá dró hann í efa gildi ýmissa hugmynda um meðferð, sem höfðu verið að ryðja sér til rúms, meðal annars ýmsar tegundir sállækninga, en skildi vel mikilvægi trausta meðferðarsambands ekki síður en þekkingar læknisins.

Eitinger (14,15) lagði með rannsóknnum sínum eftir síðari heimsstyrjöldina grunn að líffræðilegri skýringu á þróun áfallastreitu. Hann gerði sér ljósa grein fyrir afleiðingum langvinnrar áfallastreitu, skerðingu verklegrar og félagslegrar færni og truflun lífsgæða.

Síðari tíma rannsóknir byggja á og staðfesta margt af niðurstöðum þessara frumkvöðla. Pannig hefur áhersla verið lögð á líffræðilega þætti í leit að skýringu á áfallastreitu. Niðurstöður þeirra rannsókna eru ekki raktar hér en ættu að vera áhugasömum auðfundnar. Auðsæranleiki er mjög mikilvægt rannsóknarefni til að velja úr þá sem eru í hættu varðandi óheillavænlega sjúkdómsþróun. Hjálpar þarf að skipuleggja út frá þörfum hvers og eins en ekki sem staðlaða aðgerð fyrir alla.

Þrátt fyrir mikla áherslu á ýmiss konar meðferðarúræði er langt í frá ljóst, hvernig meðferð verður best hagað. Engin meðferð er þekkt, sem hægt er að líta á sem fullnægjandi úrræði varðandi áfallastreitu. Margir rannsakendur hafa varað við að kafa of langt niður í sálarlíf fólks í þeim tilgangi að rifja upp minningar og tilfinningar löngu liðinnar lífsreynslu. Bent hefur verið á vanhæfni þessara sjúklunga að gera sér grein fyrir og orða tilfinningar sínar. Tilfinningaleg viðrun getur leitt til versnunar sállíkamlegra einkenna sjúklunga með áfallastreitu (34) en sumir höfundar sem skrifað hafa yfirlit um efnið hafa beinlínis mælt gegn kerfisbundinni notkun slíkrar meðferðar í kjölfara áfalla (35). Hins vegar er ljóst að gildi meðferðar, eins og hugrænnar atferlismeðferðar,

er verulegt í meðferð áfallastreitu, en þetta meðferðarform hefur viðamikil notagildi í meðferð vægari kvíðaraskana (36) og ætti því í grunnatriðum að vera á þekkingarsviði heimilislækna.

Í þessari grein hefur lítið verið fjallað um lyf og kann það að vekja upp spurningar lesenda. Margt hefur verið ritað um einkennamiðaða lyfjameðferð hjá sjúklingum með áfallastreitu. Þar hefur einkum verið miðað við þarfir þeirra sjúklinga, sem þrátt fyrir öll venjuleg bjargráð, hafa ekki náð bata og þurft á meðferð geðlækna að halda.

Enn eru margvíslegar efasemdir um gildi greiningarinnar áfallastreita og eins víst að skilmerki eigi eftir að breytast. Mörgum spurningum er enn ósvarað, þar má meðal annars nefna:

Er einhver einkennaheild sem með vissu er hægt að tengja áföllum?

Er nokkur sá sem ekki á í lífi sínu geymslusjóð erfiðrar lífsreynslu, sem alltaf má tengja geðröskunum af ýmsu tagi síðar, með réttu eða röngu?

Er ekki hugsanlegt í sumum tilvikum að erfðir persónuleikabættir fólks eigi ekki síður þátt í að það lendir í alls kyns áföllum heldur en að áföllin sem slík móti persónuleikann?

Er ekki hugsanlegt einnig að aðrar geðraskanir geri menn sérlega næma fyrir hörmulegri reynslu og um leið óheyrilega næma fyrir versnandi geðheilsu í kjölfar áfalla?

Af þessum spurningum má ráða að enn er mikið efni til rannsókna á þessu litrófi mannglegra þjáninga.

Þakkir

Sérstakar þakkir til dr. Lars Weisæths prófessors við Katastrofecentret við háskólasjúkrahúsið í Osló fyrir lestur greinarinnar og góðar ábendingar, einkum er varðar sögu greiningarinnar, meðferð og val heimilda. Þá viljum við ekki síður þakka dr. Tómasi Helgasoni, fyrrum prófessor geðdeildar Landspítalans, fyrir þá alúð, sem hann hefur lagt í yfirlestur greinarinnar. Ábendingar hans um efni og stílbrögð hafa reynst okkur afar gagnlegar.

Heimildir

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1980.
- Líndal E, Stefánsson JG. A national study of longtime effects of accidents at sea on health and social well-being of seamen. Section Symposium from Epidemiology to Clinical Practice [abstract]. Turku: University of Turku; 1999: 106.
- Ásmundsson G, Oddsson Á. Áfallaröskun eftir snjóflóðin á Vestfjörðum. Sálfræðiritið 2000; 6: 9-26.
- Solomon SD, Davidson RT. Trauma: Prevalence, Impairment, Service Use, and Cost. J Clin Psychiatry 1997; 58/Suppl 9: 3-11.
- Erichsen JE. On concussion of the spine, nervous shock and other obscure injuries to the nervous system in their clinical and medicolegal aspects. New York: William Wood; 1866. Cited in: van der Kolk BA, et al (6).
- van der Kolk BA, McFarlane AC, van der Hart O. History of Trauma in Psychiatry. In: van der Kolk, McFarlane AC, Weisæth L, eds. Traumatic Stress. New York, London: The Guilford Press; 1996: 48-59.
- Da Costa JM. On Irritable heart. Am J Med Sci 1871 (Jan): 2-52.
- Stierlin E. Nervöse und psychische Störungen nach Katastrophen. Dtsch Med Wochenschr 1911; 37: 2028-35. Cited in: van der Kolk BA, et al (6).
- Myers CS. A contribution to the study of shell shock. Lancet 1915: 316-20. Cited in: van der Kolk BA, et al (6).
- Russel CK. War Neuroses, some views on diagnosis and treatment. Arch Neurol Psychiatry 1919: 25-38.
- Kardiner A. The traumatic neuroses of war. New York: Hoeber; 1941. Cited in: van der Kolk BA, et al (6).
- Helweg L, Hoffmeyer H, Kieler J, Thaysen EH, Thaysen JH, Thygesen P, et al. Famine disease in German Concentration Camps Complications and Sequels. Acta Psychiatr Neurol Scand 1952; 69/Suppl 83: 235-50.
- Malt UF, Weisæth L. Disaster psychiatry and traumatic stress studies in Norway. Acta Psychiatr Scand 1989; 355/Suppl 80: 7-12.
- Eitinger L. Pathology of the Concentration Camp Syndrome. Arch Gen Psychiatry 1961; 5: 79-87.
- Eitinger L. The Symptomatology of Mental Disease among Refugees in Norway. J Mental Sci 1960; 106: 947-66.
- Weisæth L. A study of behavioral responses to an industrial disaster. Acta Psychiatr Scand 1989; 355/Suppl 80: 13-24.
- Foa EB, Davidson JRT, Frances A. Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. Guidelines. J Clin Psychiatry 1999; 60/Suppl 16: 6-11.
- Weisæth L. PTSD: The stressor response relationship. Baillière's Clin Psychiatry 1996; 2: 191-217.
- The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Geneva: World Health Organization; 1992: 145-153.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994: 424-32.
- McFarlane AC, Yehuda R. Resilience, Vulnerability, and the Course of Posttraumatic Reactions. In: van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisæth L, eds. Traumatic Stress. New York, London: The Guilford Press; 1996: 169-72.
- van der Kolk BA. The Complexity of Adaptation to Trauma. In: van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisæth L, eds. Traumatic Stress. New York, London: The Guilford Press; 1996: 199-205.
- Weisæth L. The stressors and the post-traumatic stress syndrome after an industrial disaster. Acta Psychiatr Scand 1989; 355/ Suppl 80: 25-37.
- Ersland S, Weisæth L, Sund A. The stress upon rescuers involved in an oil rig disaster. "Alexander L. Kielland" 1980. Acta Psychiatr Scand 1980; 355/Suppl 80: 38-49.
- Weisæth L. PTSD; vulnerability and protective factors. Baillière's Clin Psychiatry 1996; 2: 217-28.
- McFarlane A. The longitudinal course of trauma. Baillière's Clin Psychiatry 1996; 2: 353-67.
- Tómason K. Áfallastreita. Geðvernd 1992; 23: 15-9.
- Bisson JI, Jenkins PL, Alexander J, Bannister C. Randomized controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. Br J Psychiatry 1997; 171: 78-81.
- Hobbs M, Mayou R, Harrison B, Worlock P. A randomized controlled trial of psychological debriefing for victims of road traffic accidents. Br Med J 1966; 313: 1438-9.
- Solomon SD. Intervention for acute trauma response. Curr Op Psychiatry 1999; 12: 175-80.
- Bryant RA, Harvey AG, Dang ST, Sackville T, Basten C. Treatment of Acute Stress Disorder: A Comparison of Cognitive-Behavioral Therapy and Supportive Counseling. J Consult Clin Psychol 1998; 66: 862-6.
- van der Kolk BA, McFarlane AC, van der Hart O. A General Approach to Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. In: van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisæth L, eds. Traumatic Stress. New York London: The Guilford Press; 1996: 417-34.
- Roth S, DeRosa RR, Turner K. Cognitive-behavioral interventions for PTSD. Baillière's Clin Psychiatry. 1996; 2: 281-96.
- Gabbard GO. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice: Am Psych Press 1994; 37: 273-8.
- Wessely S, Rose S, Bisson J. Brief psychological interventions ("debriefing") for trauma-related symptoms and the prevention of post traumatic stress disorder. Cochrane Database Syst Rev 2000; (2): CD000560.
- Andrews G, Crino R, Hunt, Lampe L, Page A. The treatment of anxiety disorders. New York: Cambridge University Press; 1994.