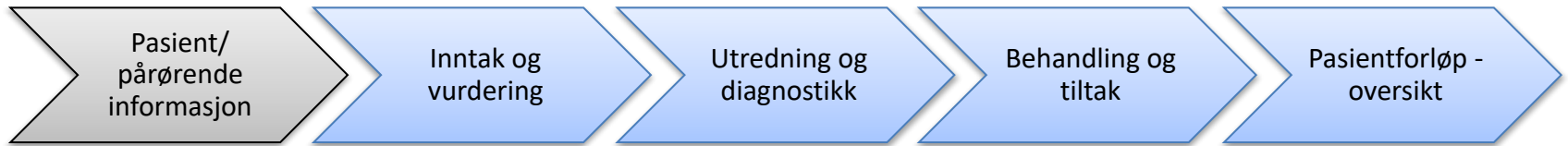


# Traumerelaterte lidelser

Pasientforløpet beskriver forventet pasientforløp for pasienter med traumerelaterte lidelser. Formålet med pasientforløpet er å skape sammenheng i tjenestene, samt oppnå bedre kvalitet og øke mulighet for brukermedvirkning





Traumerelaterte lidelser– forståelse

Type 1 traume

Type 2 traume

Samsykelighet

Kroppen og traumer I

Kroppen og traumer II

Flyktninger og asylsøkere

Linker/videoer

Litteratur for fagpersoner





## Traumerelaterte lidelser– forståelse

Type 1 traume

Type 2 traume

Samsykelighet

Kroppen og traumer I

Kroppen og traumer II

Flyktninger og asylsøkere

Linker/videoer

Litteratur for fagpersoner

Traumerelaterte lidelser, er psykiske lidelser som kan følge etter en eller flere hendelser som har forårsaket en traumatisk reaksjon. En traumatiserende hendelse, er en hendelse som har «*mulighet*» for å medføre vedvarende følger for den som blir utsatt for hendelsen. Slike hendelser har som oftest en svært **truende** eller **katastrofal** karakter. Ofte gir hendelsen sterke sanseinntrykk. Trusselen kan være rettet inn mot egen eller andres fysiske eller psykiske integritet.

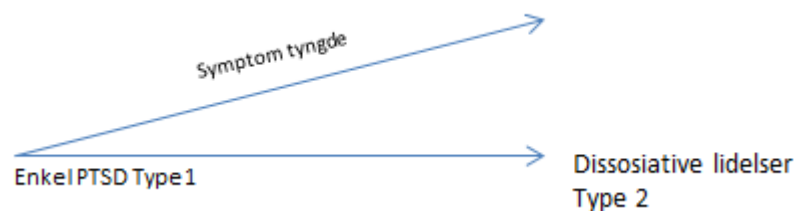
### Eksempler på hendelser som kan utløse en traumerelatert lidelse;

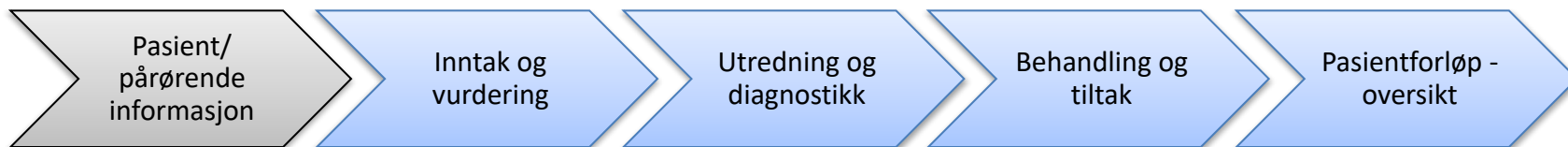
- overgrep, (fysisk eller psykisk),
- mobbing,
- krig,
- naturkatastrofer, ulykker
- emosjonell neglect

Mindre fysisk truende, psykososiale belastende livshendelser kan utløse traumesymptomer, avhengig av hvordan personen tolker og opplever situasjonen. Utløsende hendelse vil kunne variere fra person til person.

Det kan være vanskelig å skille mellom krise og traume. En opplevd krise kan være vond nok, men ofte ikke medføre vedvarende psykiske vansker i etterkant.

**Traumelidelser** kan forstås som et kontinuum fra enkel PTSD til komplekse tilstander og dissosiative lidelser.





## Traumerelaterte lidelser– forståelse

### Type 1 traume

### Type 2 traume

### Samsykelighet

### Kroppen og traumer I

### Kroppen og traumer II

### Flyktninger og asylsøkere

### Linker/videoer

### Litteratur for fagpersoner

Begrepet traume betyr sår eller skade

**Type I traumer** kan forårsakes av dramatiske og skremmende enkelthendelser som for eksempel;

- ran,
- terror,
- drapstrussel,
- voldtekt, ulykke eller alvorlig skade

Det vil som regel være enighet om at hendelser av en slik karakter er spesielt dramatiske og kritiske for den som opplever det. Mennesker reagerer ulikt på lik belastning.

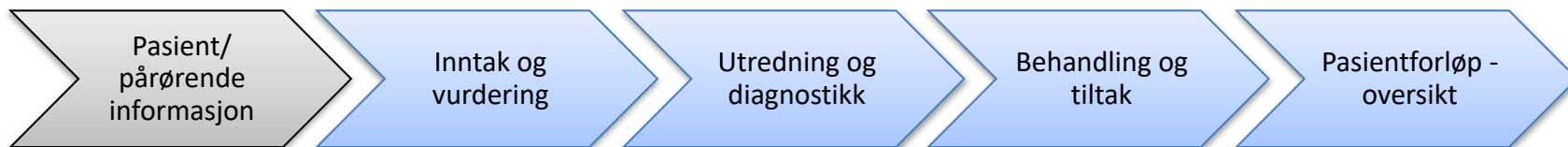
Gjenkjenner du følgende symptomer er det grunn til å anta at du kan ha utviklet en traumelidelse:

- Gjenopplevelse av den traumatiske hendelsen i form av mareritt, flashbacks og sansefølelser.
- Vedvarende kroppslig uro, økt vaksomhet, irritabilitet, kroppslige spenninger
- Unngåelse av aktiviteter assosiert med traumehendelsen, sosial angst, depresjon er hyppige symptom.

Disse tre symptomområdene beskriver PTSD. I den første tiden etter en kritisk hendelse kalles dette for en akutt stresstilstand, og er normale, forbigående tegn på at kroppen prøver å bearbeide og fordøye det som har hendt. Dersom symptomene vedvarer, kalles det en PTSD. Slike symptomer kan forverres over tid dersom man ikke får adekvat behandling.

Ved enkel PTSD er symptomene avgrenset, og utløsende hendelser oftest tydelige. Behandling kan medføre symptomlette på relativt kort tid, selv om symptomene er sterke og plagsomme.





## Traumerelaterte lidelser– forståelse

### Type 1 traume

### Type 2 traume

### Samsykelighet

### Kroppen og traumer I

### Kroppen og traumer II

### Flyktninger og asylsøkere

### Linker/videoer

### Litteratur for fagpersoner

Type II traumer skyldes alvorlig traumatisering av vedvarende karakter og/eller gjentatte hendelser, ofte i barndom og oppvekst. Når det er traumer som er påført av omsorgspersoner/autoriteter, bruker vi begrepet relasjonstraumer. Tortur, vold og overgrep i nære relasjoner i voksen alder sorteres også under type 2 traumer. Det har mye til felles med relasjonstraumer i det offeret er prisgitt et annet menneske som angriper dets menneskeverd og tiltro i en relasjon.

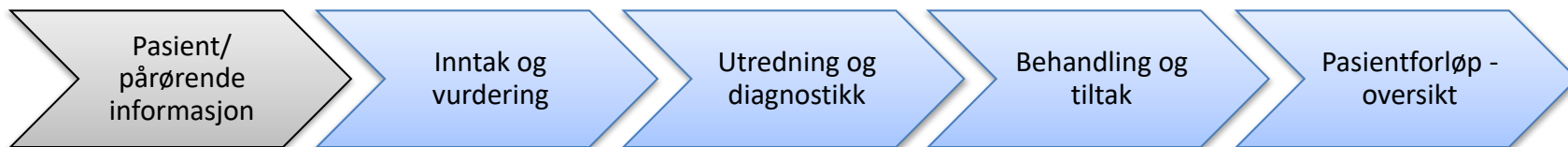
#### Eksempler på type II traumer er:

- gjentatt traumatisering over tid, ofte i barndom eller ung alder.
- seksuelle overgrep (i oppvekst eller som voksen)
- mishandling,
- alvorlig omsorgssvikt/tiknytningssvikt,
- tortur
- neglect (det å ikke bli sett/gitt respons, virker disorganiserende for barnets selvutvikling).

Pasienter med type 2 traumer framviser et bredere spekter av symptomer. I tillegg til [PTSD-symptomer](#), kommer gjerne relasjonsvansker, vansker med følelsesregulering, selvfølelsesproblemer, manglende/dårlig kroppskontakt, manglende realitetsorientering, [dissosiasjon](#), angst/depressive symptomer, vansker med mat, søvn og rus. Kompleks traumatisering påvirker hele personligheten på en mer gjennomgripende måte. Dette som følge av at utviklingen har skjedd i en pågående ramme av dårlig omsorg og traumatisering. Derfor kan personlighetsforstyrrelser ofte være en mer fremtredende del av lidelsen enn PTSD.

Psykiske vansker som følge av denne type traumer, er blitt kalt **kompleks PTSD**. Det er uenighet i fagfeltet når det kommer til denne betegnelsen. Diagnosesystemet mangler i dag en god kategori som samsvarer med problematikken ved type 2 traumer. Mange diagnoser brukes i dag sammen for komme nærmere en beskrivelse av det diagnostiske bildet.





## Traumerelaterte lidelser– forståelse

Type 1 traume

Type 2 traume

Samsykelighet

Kroppen og traumer I

Kroppen og traumer II

Flyktninger og asylsøkere

Linker/videoer

Litteratur for fagpersoner

Hvis barndommen har vært preget av grov omsorgssvikt og traumatisering gir dette seg utslag i et spekter av problemer og medfører at pasienten vil oppfylle diagnostiske kriterier for en rekke psykiske lidelser. Ved traumerelaterte lidelser er det vanlig at personlighetsutviklingen er påvirket og har ført til forstyrrede måter å tenke, reagere og samhandle med andre på. Forskning har vist at det er **høy grad av personlighetsproblematikk og personlighetsforstyrrelser** i gruppen alvorlig traumatiserte.

Ved alvorlig personlighetsproblematikk vil dette være så dominerende at behandling først og fremst må planlegges ut fra dette. Samtidig vil god behandling for personlighetsforstyrrelser også bygge på kunnskap om traumatisering og hvordan hjernen og kroppen fungerer etter traumatiserende opplevelser.

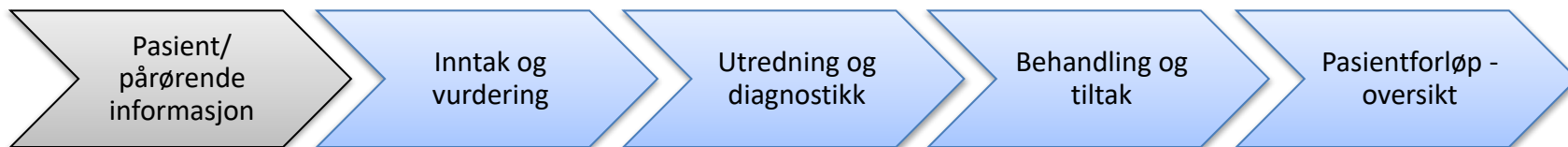
### Vanlige tilleggs diagnoser er;

- depressive lidelser,
- generalisert angst
- bipolar lidelse
- sosial fobi
- spesifikk fobi/tvang
- panikklidelser
- spiseforstyrrelser
- personlighetsforstyrrelser (hele spekteret)
- selvmordstanker og ofte alvorlig selvskading
- rusavhengighet
- psykoselidelser.

Hvilken diagnose som vil ha forrang i en diagnostisk vurdering følger differensialdiagnostiske retningslinjer i ICD 10. Vurderinger gjøres på individuell basis og vil variere.

- I tillegg bør man diagnostisere i henhold til kapittel Y og Z (eks Y 06.1 neglect/mishandling av foreldre, tortur Y07 eller for eksempel Z 65.4 Torturoffer)





## Traumerelaterte lidelser– forståelse

Type 1 traume

Type 2 traume

Samsykelighet

Kroppen og traumer I

Kroppen og traumer II

Flyktninger og asylsøkere

Linker/videoer

Litteratur for fagpersoner

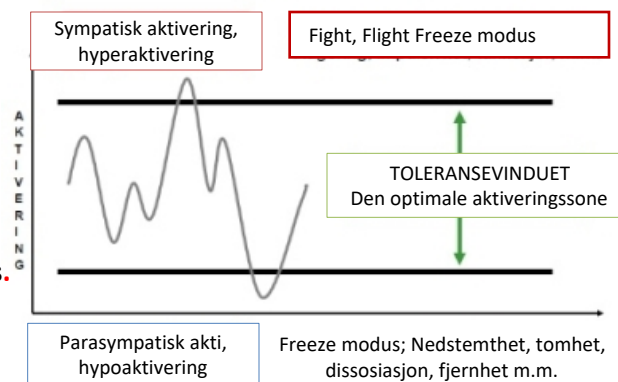
Toleransevinduet er et begrep som benyttes i terapi for å øke bevissthet rundt pasientens aktiveringsnivå.

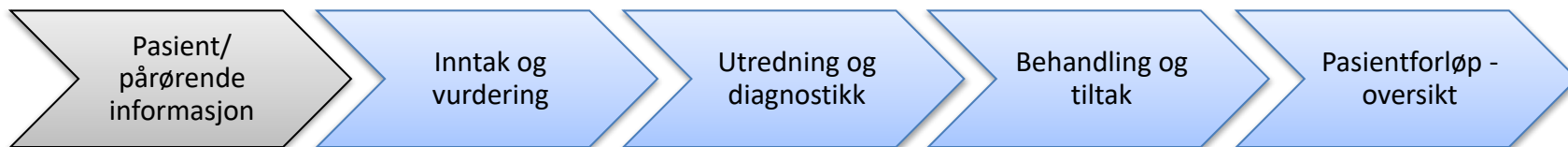
Når pasienten samtaler om sine traumer, kan aktiveringen erfart i kroppen under de opprinnelige hendelser, bli reaktivert. Dersom en blir overaktivert, oppleves stressreaksjoner som «*fight*» eller «*flight*», det vil si sloss eller flykte. Det finnes også en overaktivert frys-reaksjon, med muskeltonus, som innebærer en låsing av påbegynt fight/flight reaksjon, der man stivner til og ikke klarer å bevege seg. En underaktivering innebærer at en blir nummen kroppslig/mentalt, og kan oppleve «overgivelse» og handlingslammelse, en «*frys*» reaksjon (uten muskeltonus). Slik aktivering bidrar ikke til terapeutisk bearbeidelse.

Når man er i toleransevinduet, kan man være sosialt påkople. Vidden på vinduet tilsier hvor mye aktiveringen man tolererer. Dette varierer fra person til person. Personer med traumelidelser har ofte et smalt toleransevindu. I praksis betyr dette at så lenge aktiveringen befinner seg innenfor toleransevinduet, vil man både kunne fortelle og tenke om sine traumatiske erfaringer. Man har da et godt et grunnlag for å kunne integrere både tanker, følelser og kroppslige reaksjoner knyttet til den traumatiske erfaringen

–**mentalisering muliggjøres.**

### Toleransevinduet, et nyttig verktøy





## Traumerelaterte lidelser– forståelse

Type 1 traume

Type 2 traume

Samsykelighet

Kroppen og traumer I

Kroppen og traumer II

Flyktninger og asylsøkere

Linker/videoer

Litteratur for fagpersoner

Forskning viser at traumer setter dype kroppslige spor. Ved traumatisering vil stress og angstnivå kunne bli så høyt, at kroppens overlevelsesforsvar utløses og “låses”. Da skjer et sammenbrudd i informasjonsbearbeiding, en deling av bevissthet, nærmest som et skille mellom hode og kropp. Deler av opplevelsen lever videre i kroppen som “rå” og ubearbejdede følelser, sanseminner og kroppslige fornemmelser, som personen kan trigges inn i ved erfaringer i nåtid som har sansemessig likhet med noe i traumet.

Slike reaksjoner har gjerne karakter av “**for mye**”:

- flashbacks/mareritt, hjertebank, intense ubehagelige følelser, kramper/smerter, eller “**for lite**”
- nummenhet, fjernhet, lammelse, osv.

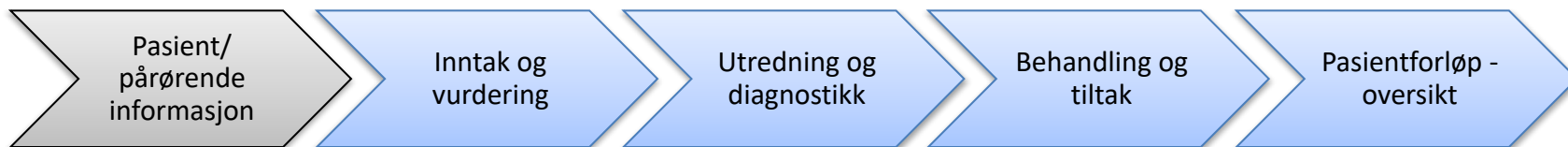
Også våre tidlige tilknytningserfaringer (førspråklige) bærer vi med oss som kroppslige spor. Hvordan vi ble speilet i våre tidlige relasjoner, vil ha betydning for hvilke deler av oss selv vi har kunnet få mulighet til å oppleve som “jeg”. Barn som blir neglisjert følelsesmessig eller traumatisert av omsorgspersonene har ofte ikke annen mulighet enn å spalte av sider av seg selv, for å kunne bevare den livsviktige tilknytningen til omsorgspersonen. Disse kroppsliggjorte erfaringene av væremåter i verden vil det være viktig å arbeide med å bringe fra et ubevisst til et bevisst nivå.

Personer med gjentatte negative barndomserfaringer har mangedoblet risiko for et en rekke fysiske og psykiske helseplager og sykdommer i voksen alder, og for tidlig død. Mekanismen er at vedvarende stress som ikke blir regulert ned, såkalt toksisk stress, gir forandringer i HPA aksene, som også står i nær forbindelse med hormonsystemet, immunsystemet og nervesystemet.

I behandlingen av komplekse traumelidelser er det derfor viktig å se psyke og kropp i sammenheng, ha forståelse for underliggende sykdomsfremmende mekanismer og å inkludere kroppen i terapien.







## Traumerelaterte lidelser– forståelse

Type 1 traume

Type 2 traume

Samsykelighet

Kroppen og traumer I

Kroppen og traumer II

Flyktninger og asylsøkere

Linker/videoer

Litteratur for fagpersoner

I løpet av 2015 kom det ca 30.000 asylsøkere til Norge. Mange har behov for sammensatte og tverrfaglig behandling/oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Utfordringene i dette arbeidet krever kunnskap om traumer, migrasjon og **kultursensitivitet**.

**Kultursensitivitet** handler ikke om detaljkunnskap om hvert land, men å ha en respektfull nysgjerrighet på det man ikke vet og en åpenhet for å forstå det som fremstår annerledes og ukjent. Ved å vite noe om hva som skiller kulturelle forståelsesmåter, kan vi øve oss på å skifte stil i møte med hjelpesøkende flyktninger. Vår psykologiske kunnskap og metode, er betinget vår kultur. Dette må tilpasses i møte med pasienter med en ikke vestlig bakgrunn.

*Å være tilgjengelig for terapi, kan være vanskelig med en uavklart asylsøkerstatus.*

### Rettigheter

Asylsøkere skal vurderes og tildeles rett til helsehjelp i henhold til prioriteringsveilederen for psykisk helsevern. Rettigheten gjelder så lenge en flyktning er registrert som asylsøker og ikke har fått endelig avslag. Asylsøkere er i en uavklart situasjon med hensyn til opphold, og i en pågående prosess med å søke om opphold. Denne statusen må redegjøres for ved henvendelse til spesialisthelsetjenesten.

**Flyktningstatus** gis når man har fått innvilget rett til opphold, eller er kvote-flyktning eller overføringsflyktning, som betyr at man har fått rett til beskyttelse fra FN. Asylsøkere som har fått avslag, men blir boende i på mottak grunnet vansker med tilbakevending, utgjør en betydelig gruppe, og er i en særskilt krevende psykisk situasjon.

***Rett til akutt hjelp har alle, uavhengig av status, også de som har fått endelig avslag og venter på utreise.***





Traumerelaterte lidelser– forståelse

Type 1 traume

Type 2 traume

Samsykelighet

Kroppen og traumer I

Kroppen og traumer II

Flyktninger og asylsøkere

Linker/videoer

Litteratur for fagpersoner

## Linker og videoer

[Stø kurs, traumeforståelse og behandling](#) – kurs for behandlere og pasienter om traumeforståelse og behandling i regi av Helsekompetanse.no

[RVTS Sør](#) - en nettside med generell informasjon om traume og traumeforståelse. Her ligger det mange nyttige linker og artikler for å øke forståelse om traumer.

[Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress](#)  
[Senter for krisepsykologi](#)  
[Nettportal for psykisk helse, hjelp til hjelp](#)  
[Helsenorge.no](#)

[Norsk psykologforening – Hva er traumer:](#)  
[Artikler, fagstoff og videoer – Fasett m/ RVTS Sør](#)  
[Artikler på Janina Fisher hjemmeside:](#)

## Videoer

[Hvorfor får vi panikkanfall](#)  
[Hjernen og traumer](#)  
[Toleransevindu](#)  
[Hva er traumer og traumebehandling](#)

[Traumenett:](#)

[Dag Nordanger på Cactus](#)

[Video: Heidi om triggere:](#)





Traumerelaterte lidelser– forståelse

Type 1 traume

Type 2 traume

Samsykelighet

Kroppen og traumer I

Kroppen og traumer II

Flyktninger og asylsøkere

Linker/videoer

Litteratur for fagpersoner

#### [Stø Kurs – for helsepersonell](#)

Odgen, P. & Fischer, J. (2015) **Sensorimotor Psychotherapy: Interventions for Trauma and Attachment (Norton Series on Interpersonal Neurobiology)**

Foa, E. & Hembree, E. (2007) **Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences (Treatments That Work)**

Bromberg, P. (2011). *The Shadow of the Tsunami – and the Growth of the Relational Mind*. Routledge.

Bromberg, P. (2006) *Awakening the Dreamer: Clinical Journeys*. Routledge New York

Dutra, L., Bureau, J. F., Holmes, B., Lyubchik, A., Lyons Ruth, K. (2009). Quality of early care and childhood trauma. A prospective study of developmental pathways to dissociation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 383-390.

Fonagy, P., Gergeley, G., Jurist, E. J., Target, M. I. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press

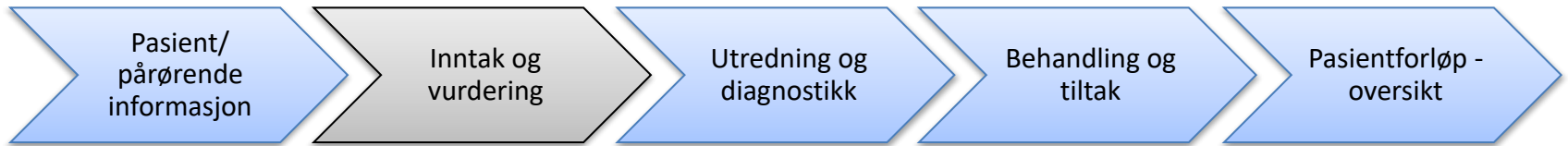
Gullestad, S. E. (2005), Who is who in dissociation? - A plea for psychodynamics in a time of trauma. *Int J Psychoanal* 2005;86:639–56

Putnam, F. W. (1992). Discussion: Are alter personalities fragments or figments? *Psychoanalytic Inquiry*, 12, 95-111.

#### [Nijenhuis, Steel, Van der Hart](#)

[Norske bøker! Komplekse Traumer Anstorp og Benestad](#)  
[Relasjonstraumer og ..... Marianne... \(red.\)](#)  
[Mindfulness med komplekst traumatiserte, Kathinka Salvesen](#)  
[Stabiliseringsarbeid – her og nå \(Modum, husker ikke forfatter\)](#)



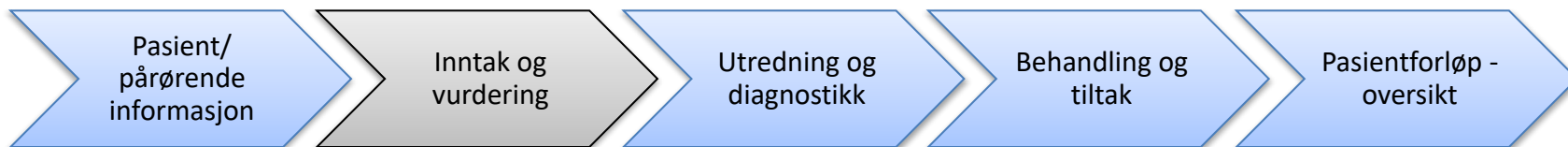


Inntak og vurdering

Spesialisert Poliklinikk for  
psykosomatikk og traumer

Oversiktbilde – vurderinger og  
rettigheter





## Inntak og vurdering

Spesialisert Poliklinikk for psykosomatikk og traumer

Oversiktbilde – vurderinger og rettigheter

Henvising sendt til Klinikk for psykisk helse skal vurderes av inntaksteam/vurderingsteam i den kliniske enhet som pasienten sorterer inn under.

Det vil si at henvising vurderes av et tverrfagligteam bestående av minst en psykologspesialist og psykiater.

Vurderinger gjøres med utgangspunkt i Prioriteringsforskriften §§ 2 og 2a. Med bakgrunn i dette tildeles enten **rett til helsehjelp**, jmf. Pasient og brukerrettighetsloven § 2-1. Eller man vurderer at det **ikke foreligger behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten**. Vurdering med tilbakemelding til pasient skal gjøres innen 10 dager.

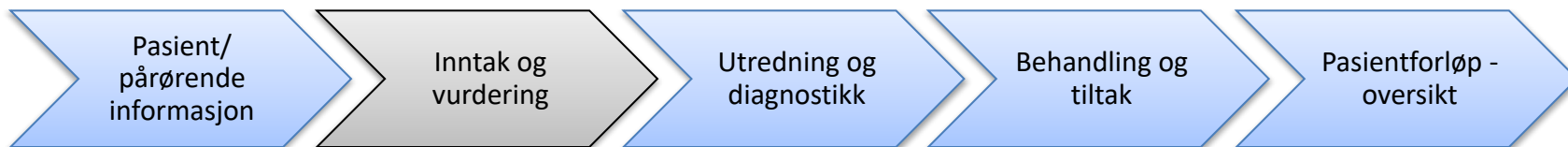
To punkter skal vurderes når rett til helsehjelp tildeles;

- Nytte av helsehjelpen
- Det skal være et rimelig forhold mellom kostnader og nytte

Der det innvilges rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, kan dette være enten **rett til utredning** eller **rett til behandling**. Rett til behandling gis der man er sikker på pasientforløp. Rett til utredning når det er mer uavklarte forhold, og usikkerhet rundt antatt diagnose og problemstilling.

Frist for oppstart skal settes. Fristen avhenger av vurderingen som gjøres av graden av alvorlighet.





Inntak og vurdering

Spesialisert Poliklinikk for  
psykosomatikk og traumer

Oversiktbilde – vurderinger og  
rettigheter

SPST er en avdeling i Klinikk for psykisk helse (KPH) som skal bidra til at kompetanse innen traumer, migrasjon og psykosomatiske tilstander økes i systemet. Dette gjøres gjennom undervisning, veiledning og samarbeid med ulike avdelinger og DPS. SPST har også en klinikk, hvor pasienter, der det er spesifikke utfordringer knyttet til utredning, forståelse og/eller behandling, kan henvises fra andre avdelinger.

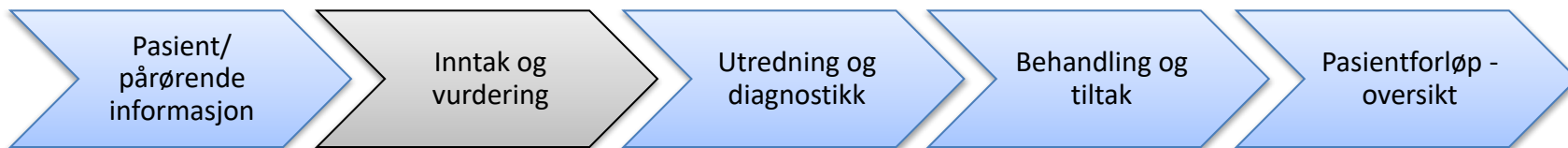
SPST skal ikke ta alle med traumelidelser i behandling, og et fåtall vil derfor gis et behandlingstilbud fra SPST.

Alle henvisninger rettighetsvurderes i DPS, jmf. [vurdering av henvisning i KPH](#). Frist settes ved lokalt DPS. Det skal ved alle DPS være kompetanse på behandling av traumerelaterte lidelser. Det kan sendes en sekundærhenvisning til SPST der det er kompliserte forløp eller annet tilsier at DPS ønsker vurdering av pasienten. Dette gjøres i samsvar med gjeldende retningslinje.

Inntaksteamet ved SPST vurderer om de kan tilby behandling/utredning innenfor frist. Dersom SPST ikke har anledning, meldes dette tilbake til DPS. SPST kan gi tilbud etter frist (behandling/veiledning) eller avvise søknaden. DPS avklarer om pasienten ønsker å avvente tilbud ved SPST, eller få et tilbud ved DPS. DPS eier et ev. fristbrudd.

**SPST kan avvise sekundærhenvisninger på bakgrunn av kapasitet.**

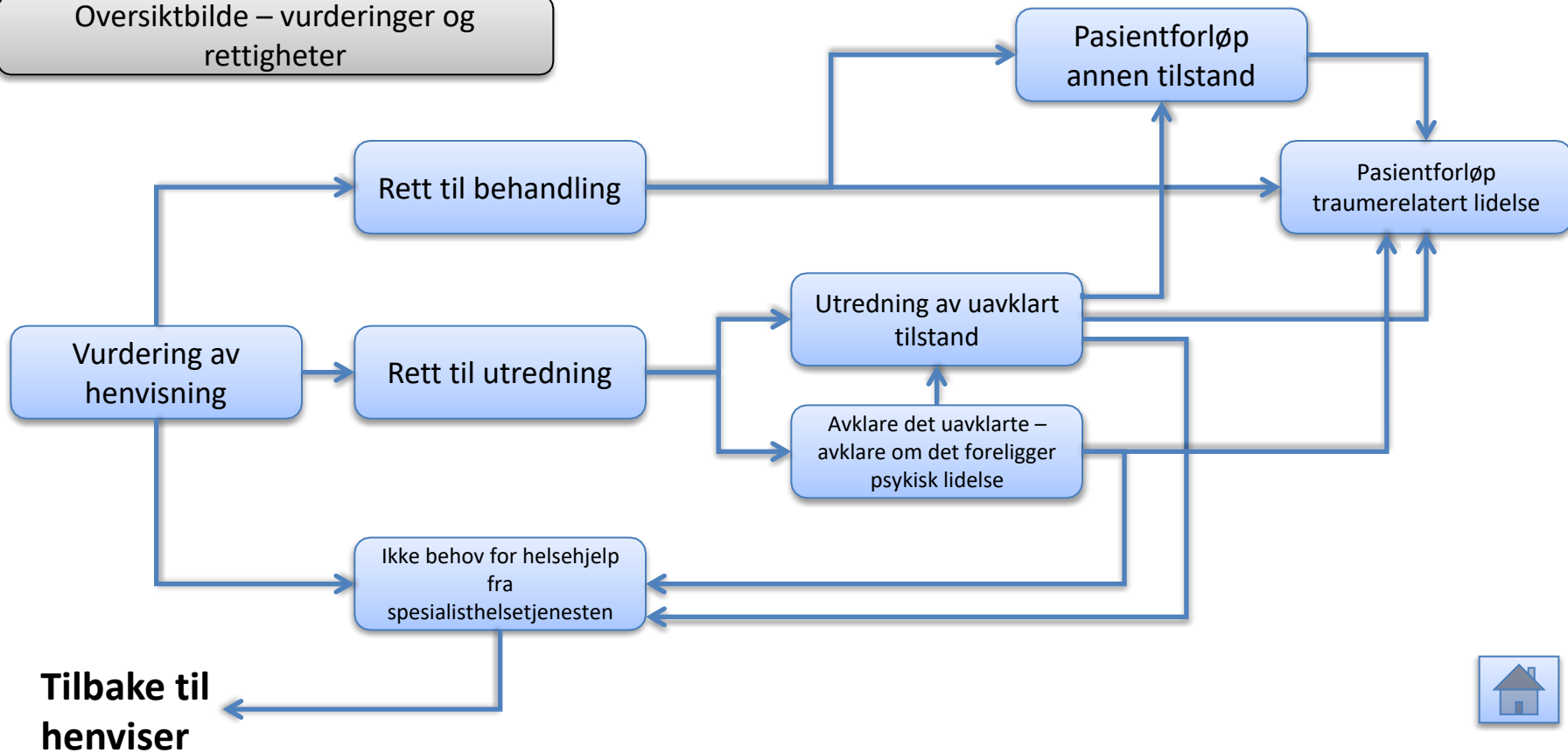


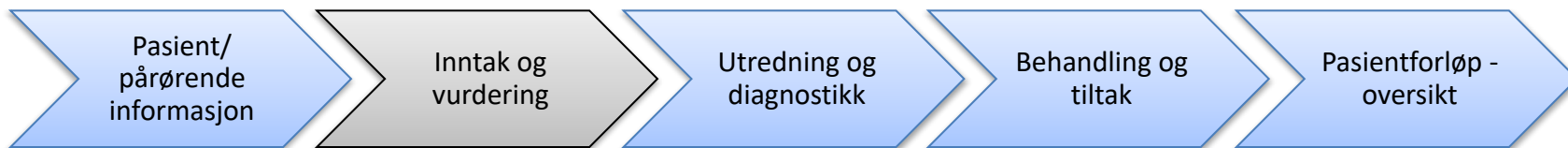


Inntak og vurdering

Spesialisert Poliklinikk for  
psykosomatikk og traumer

Oversiktbilde – vurderinger og  
rettigheter

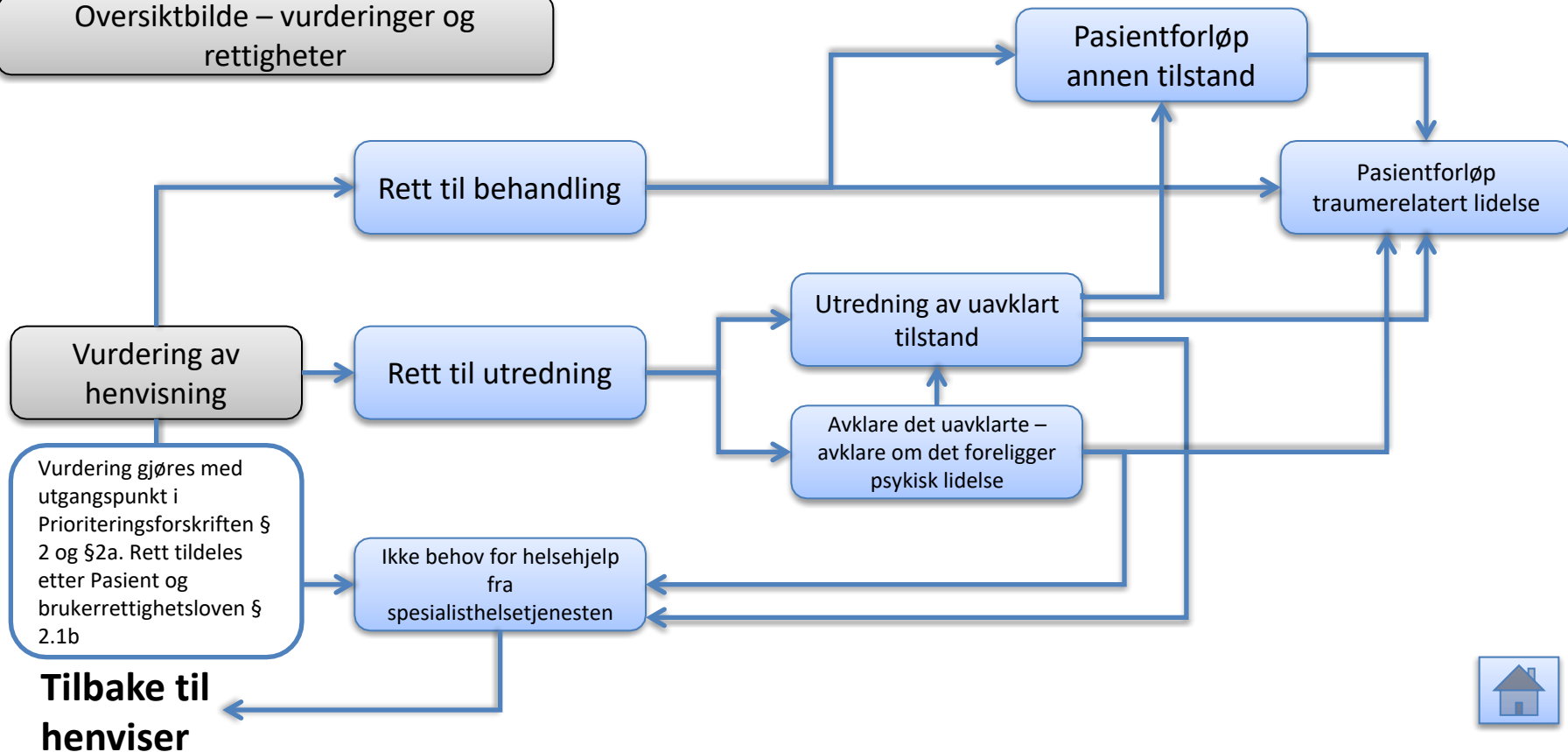




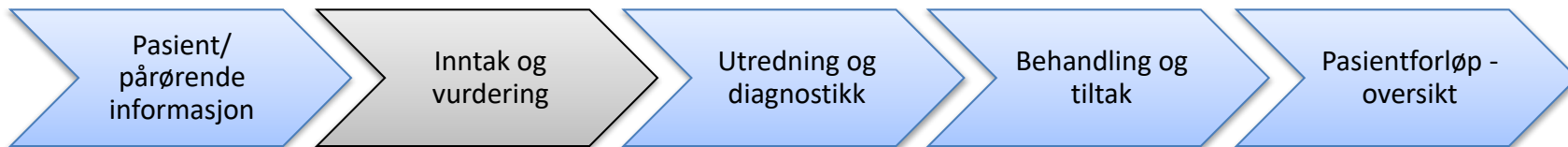
Inntak og vurdering

Spesialisert Poliklinikk for psykosomatikk og traumer

Oversiktbilde – vurderinger og rettigheter



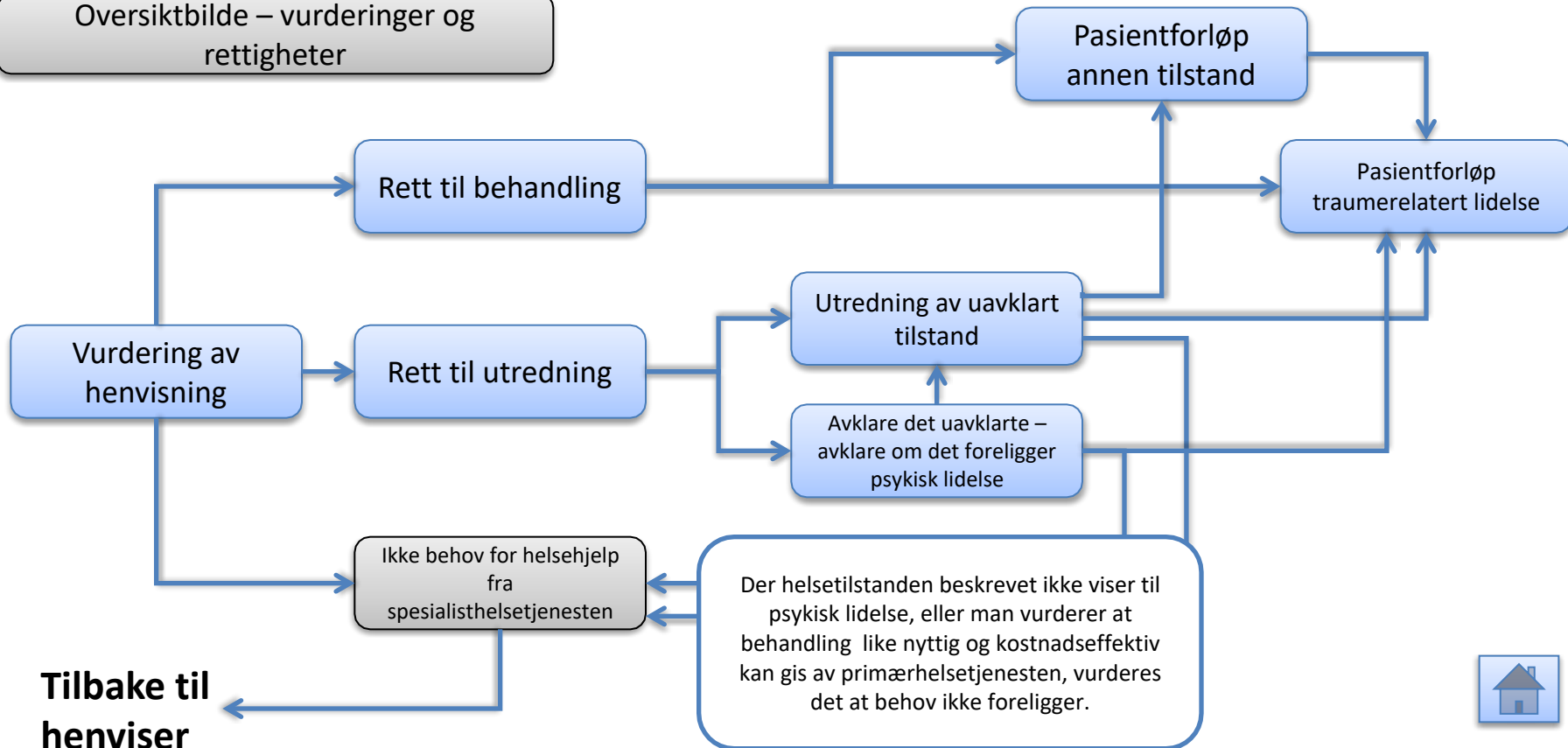


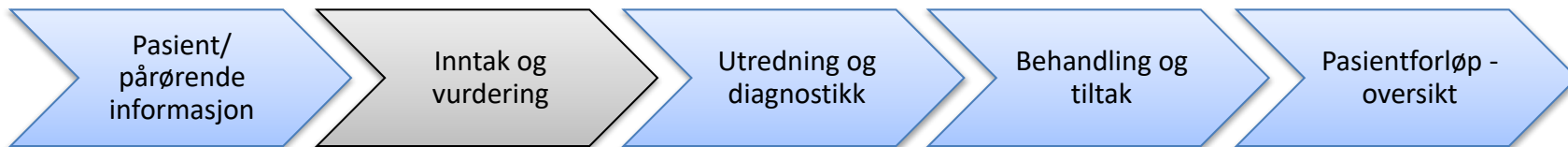


Inntak og vurdering

Spesialisert Poliklinikk for psykosomatikk og traumer

Oversiktbilde – vurderinger og rettigheter

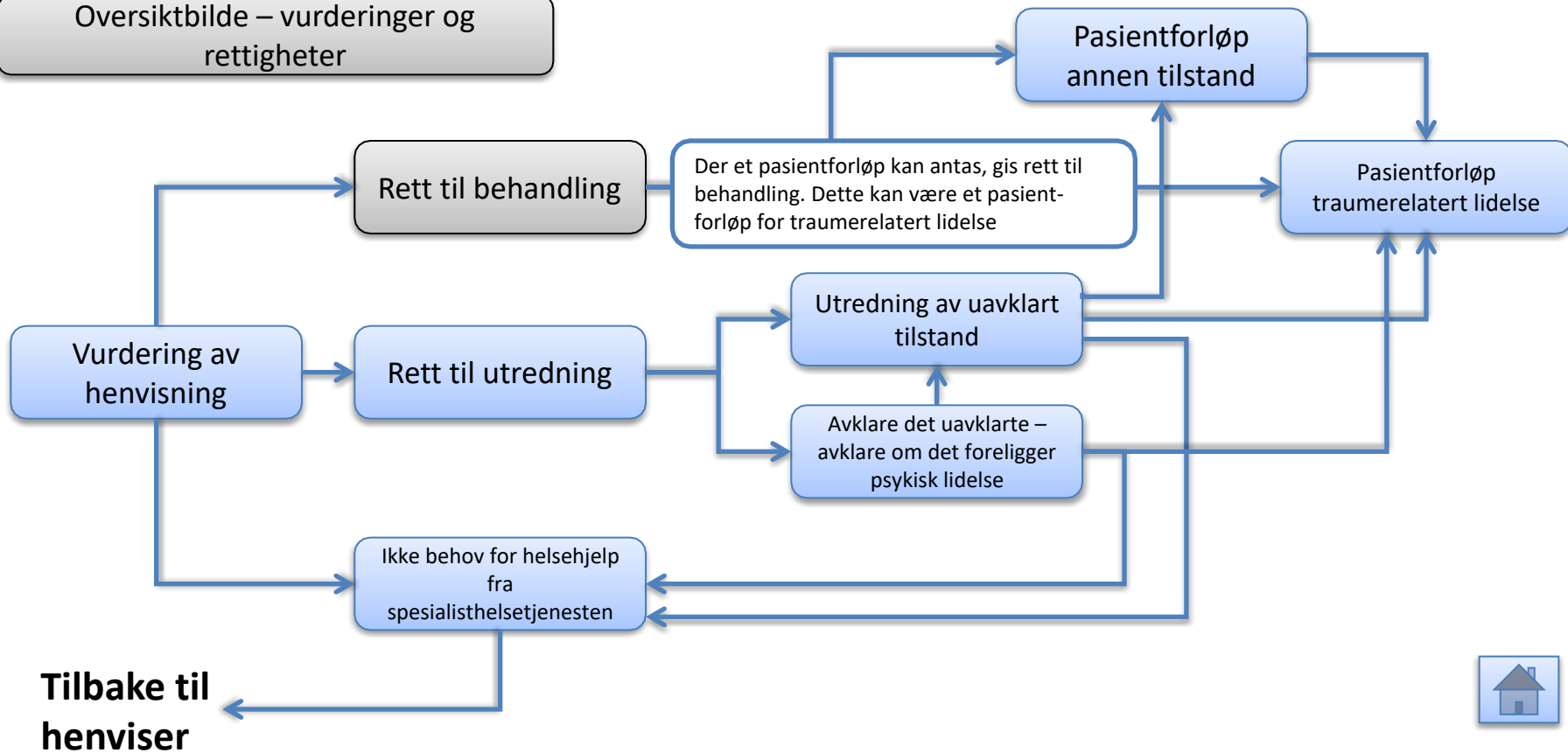


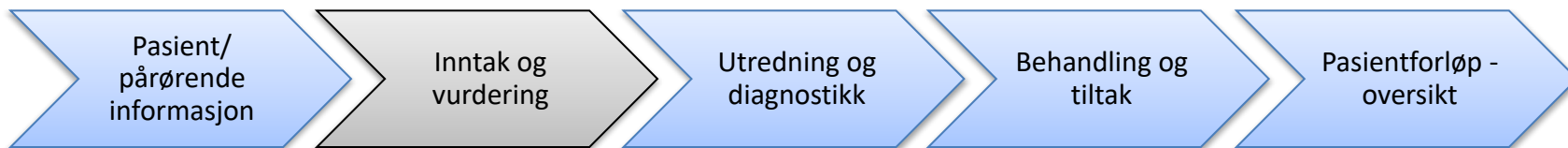


Inntak og vurdering

Spesialisert Poliklinikk for  
psykosomatikk og traumer

Oversiktbilde – vurderinger og  
rettigheter



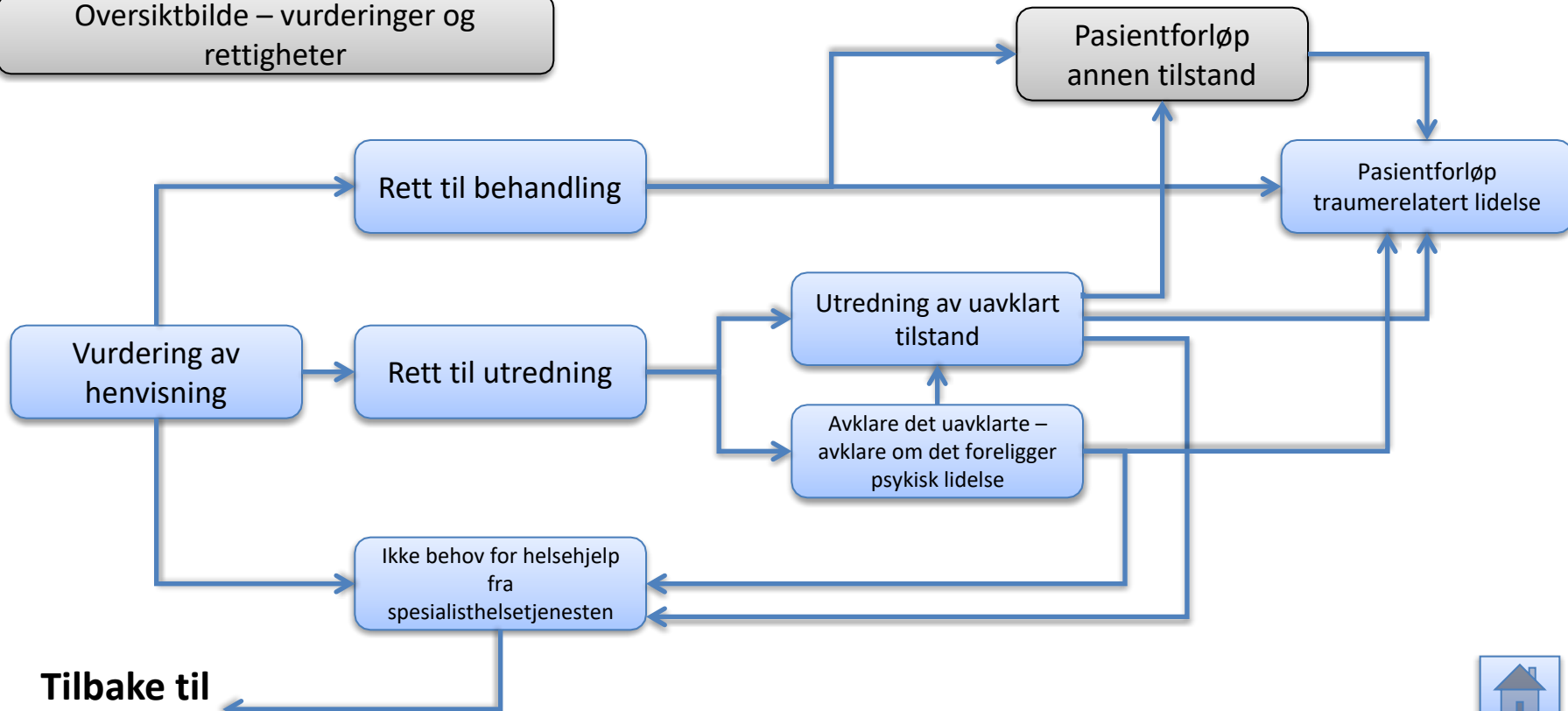


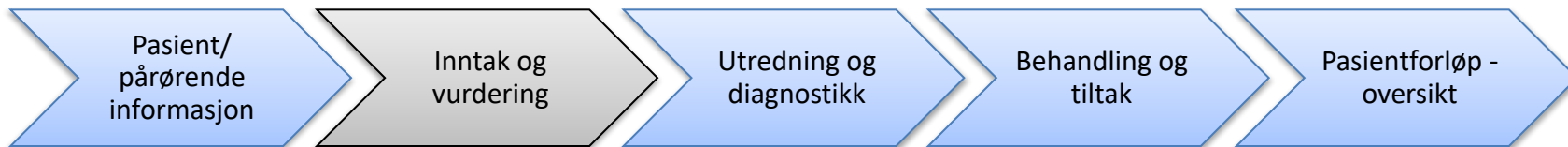
Inntak og vurdering

Spesialisert Poliklinikk for  
psykosomatikk og traumer

Oversiktbilde – vurderinger og  
rettigheter

Under utredning i pasientforløp  
for annen tilstand, kan antagelse  
om en traumerelatert lidelse  
oppstå. Kliniker vil da nyttegjøre  
seg av pasientforløp for  
traumerelaterte lidelser

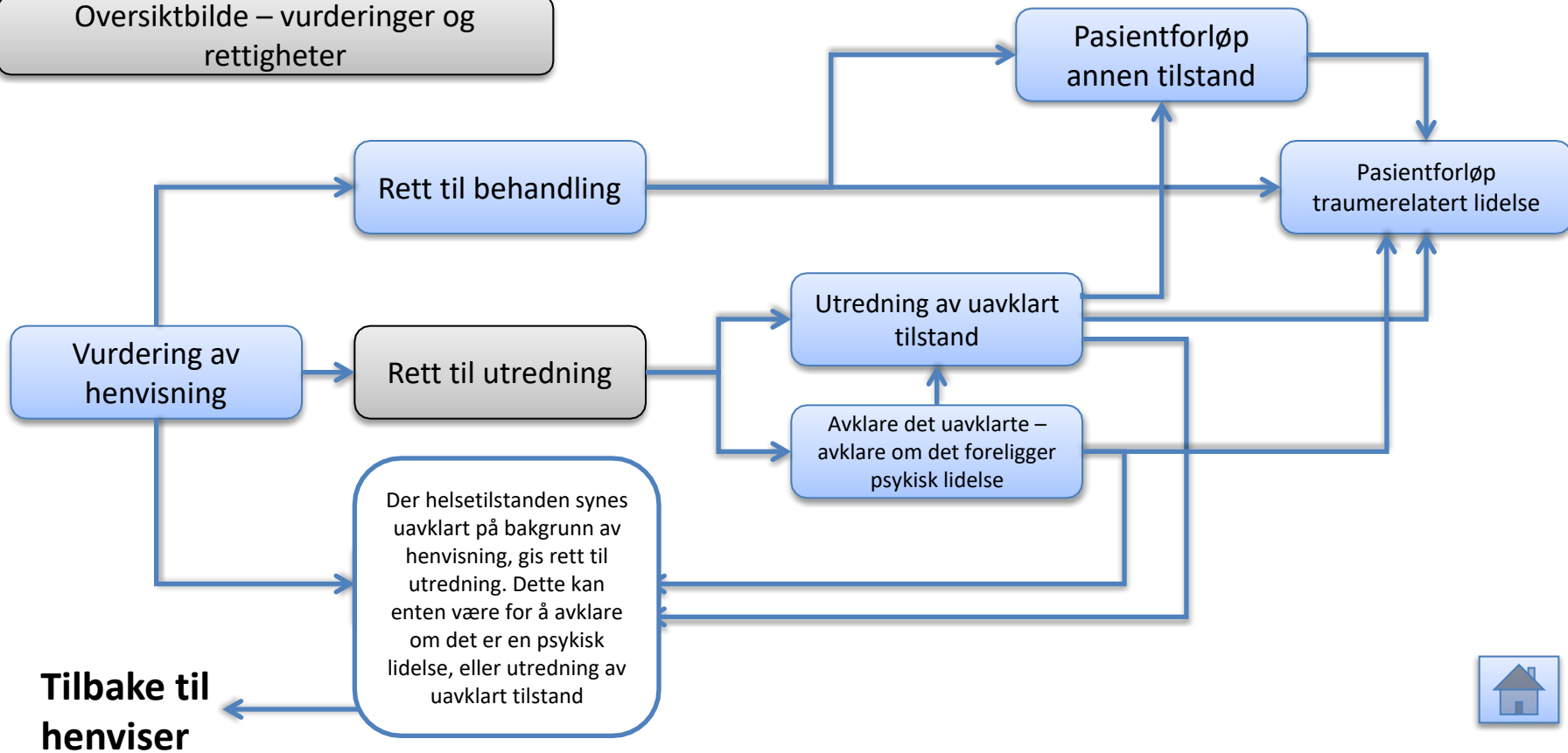


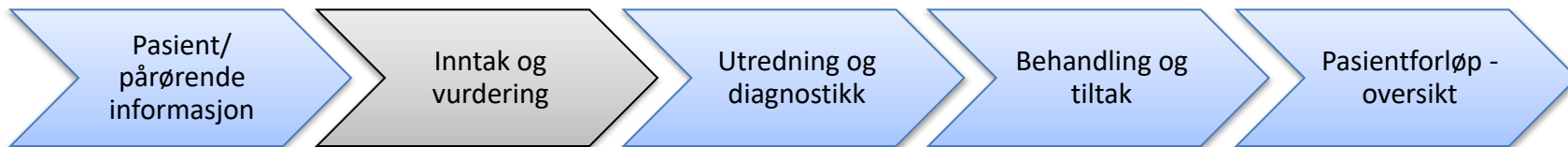


Inntak og vurdering

Spesialisert Poliklinikk for  
psykosomatikk og traumer

Oversiktbilde – vurderinger og  
rettigheter

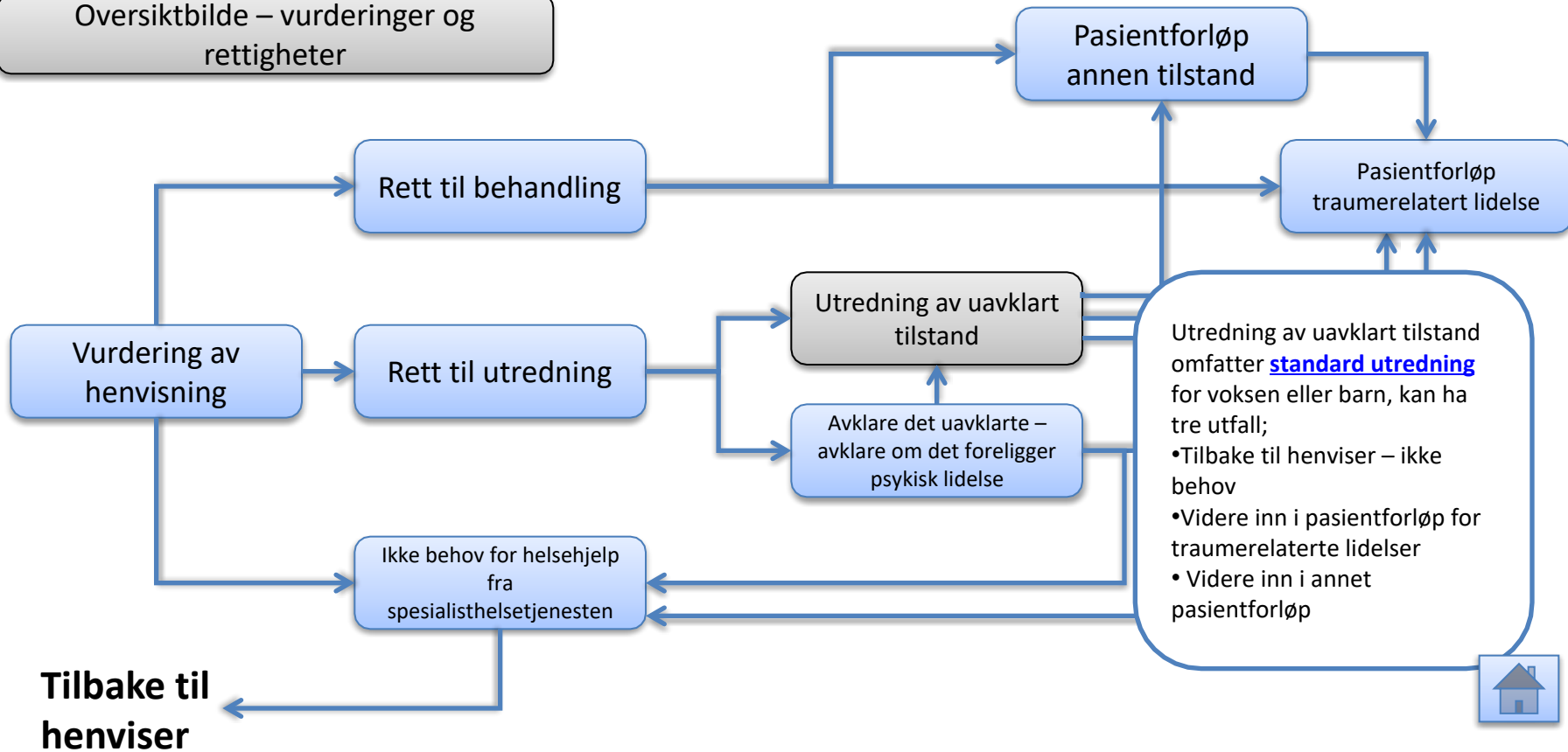


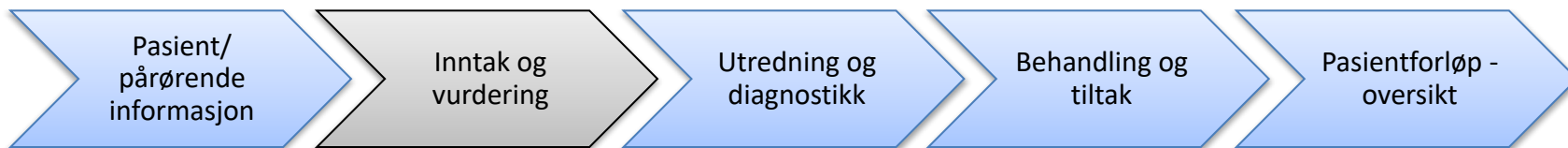


Inntak og vurdering

Spesialisert Poliklinikk for  
psykosomatikk og traumer

Oversiktbilde – vurderinger og  
rettigheter

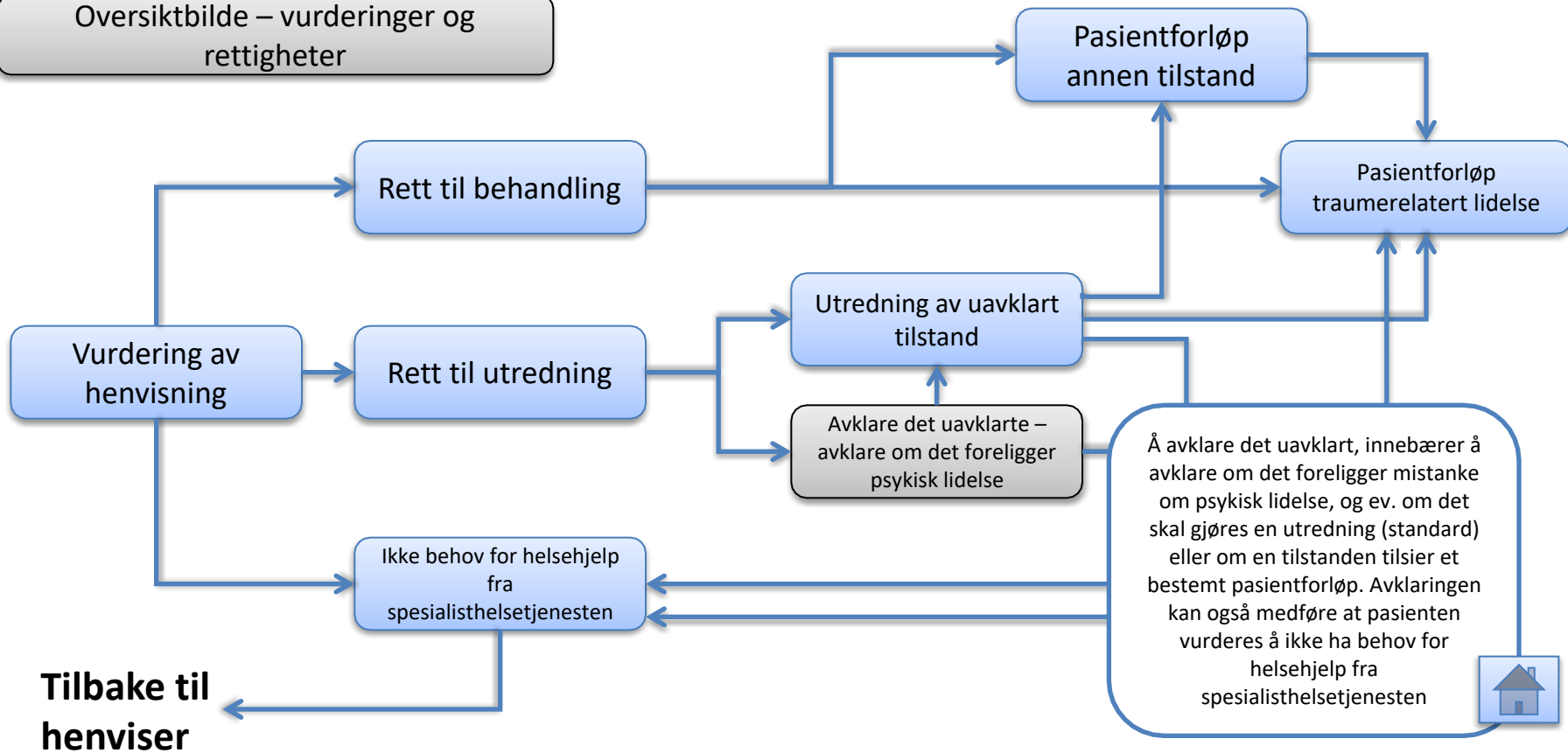




Inntak og vurdering

Spesialisert Poliklinikk for  
psykosomatikk og traumer

Oversiktbilde – vurderinger og  
rettigheter





Utredning

Diagnostikk

Flyktninger

Selvmondsrisikovurdering/ Vurdering av risiko for voldelig atferd

Tolk benyttet i utredning





Utredning

Diagnostikk

Flyktninger

Selvmondsrisikovurdering/ Vurdering av risiko for voldelig atferd

Tolk benyttet i utredning

### Innledende utredning;

Utredningen tar sikte på å avklare pasientens symptombilde og utviklingshistorie og sette disse i en meningsbærende sammenheng med hverandre. I tillegg til anamneseopptak og [standard utredning](#) kan følgende utredningsverktøy være til hjelp i utredningsfasen

Anamnese

MINI pluss

GAF F/S

### Traumerelatert utredning

Traume historie

PTSS 16

IES

TEC

SCID II

SCID - D

SDQ 20

DES II







Utredning

Diagnostikk

Flyktninger

Selvmondsrisikovurdering/ Vurdering av risiko for voldelig atferd

Tolk benyttet i utredning

**Diagnostisk vurdering** gjøres på bakgrunn av kunnskap om pasienten tilegnet gjennom utredningen

Det er helt avgjørende at all utredning innebærer en utforskning av traumehistorie, og at symptomer forstås i en helhetlig kontekst. Avgrensede diagnoser som ikke tar høyde for kultur, bakgrunn, erfaringer, relasjoner og oppvekst vil i realiteten kunne føre til mangelfull eller feil behandling, dårligere prognose og kronifisering av tilstanden.

**Diagnostisk vurdering skrives med følgende momenter;**

- Vurderingsgrunnlag
- Relevant anamnestisk informasjon
- Problembeskrivelse
- Differensialdiagnostiske vurderinger

Kjente differensialdiagnostiske problemstillinger er:

- Personlighetsforstyrrelser ( hele spekteret)
- Depressive lidelser
- Angstlidelser av ulik art/fobier
- Spiseforstyrrelser
- Rusavhengighet
- Psykoselidelser

**Diagnostisk konklusjon:**

Hvilken diagnose som vil ha forrang i en diagnostisk vurdering følger differensialdiagnostiske retningslinjer i ICD 10. Den gjøres på individuell basis på bakgrunn av innhentet kunnskap om pasient, sammen med traumehistorien og gjennomgang av relevante utfall fra aktuelle utredningsverktøy. Kultursensitivitet må tas med i den diagnostiske konklusjonen der dette er aktuelt.





Utredning

Diagnostikk

Flyktninger

Selvmondsrisikovurdering/ Vurdering av risiko for voldelig atferd

Tolk benyttet i utredning

Generelt ved utredning, må man være oppmerksom på at ikke alle utredningsverktøy er kulturnøytrale. Dette gjelder særskilt verktøy som måler ferdigheter og intelligens, men også psykologiske tester. Bruk av slike tester uten tilstrekkelig kultursensitivitet kan medføre feilaktige konklusjoner med alvorlige konsekvenser for pasienten. For å bedre den transkulturelle diagnostikken er det utgitt et [kulturformulerings intervju](#).

**Dette har følgende rammeverk;**

- kulturell identitet
- kulturbetingede forklaringer på sykdom
- kulturelle faktorer relatert til psykososialt miljø og funksjonsnivå
- kulturelle faktorer i relasjonen mellom pasient og kliniker
- en generell kulturell vurdering med henblikk på diagnostikk og behandling

**Kulturen påvirker hvordan psykisk lidelse;** formes, uttrykkes og kommuniseres. Gjennom bruk av kulturformulerings intervjuet tar man høyde for at psykisk lidelse eksisterer i en kulturell kontekst.

**Utredning av flyktninger må ta hensyn til kulturelle faktorer.**

I tillegg til kulturformuleringsintervjuet anbefales bruk av tilpassede utredningsverktøy, oversatt til pasientens språk. Ofte gjøres utredning ut fra anamnese og samtale med pasienten, ettersom skjemaer ikke alltid vil la seg bruke på en adekvat og god måte.

I utredning av flyktninger må man ha kunnskap om migrasjon, flytteprosesser og normale tilpasningsreaksjoner ved kulturskifte. Kultursjokk og stress knyttet til flytting kan være av et slikt omfang at det kan ses som depresjon, akutt stresslidelse og andre psykiske symptombilder. For å gi adekvat behandling er det viktig at behandler er i stand til å gjøre en helhetlig vurdering av hvilke faktorer som påvirker psykisk og fysisk helsetilstand.

Det er særskilt viktig med en normalpsykologisk tilnærming til flyktninger, som også kan se sterke psykologiske reaksjoner som uttrykk for normale prosesser, og gi adekvat psykoedukasjon, støtte og veiledning på det de går gjennom.

Ofte vil behandling av flyktninger bestå både av psykologisk hjelp til å forstå egne normalreaksjoner, kultursjokk og tilpasningsstress og deretter av traumespesifikke tilnærminger til minner og traumereaksjoner.





Utredning

Diagnostikk

Flyktninger

Selvmondsrisikovurdering/ Vurdering av risiko for voldelig atferd

Tolk benyttet i utredning

Selvmondstanker er vanlig forekommende blant pasienter med alvorlige traumelidelser. Dette søkes avklart under utredningsfasen og vil være et vedvarende fokus i behandlingen der dette er aktuelt.

Erfaringer av vold og overgrep øker sannsynligheten for at man selv utsetter andre for det samme. Dette søkes avklart i utredningsfasen og vil være et vedvarende fokus i behandlingen der dette er aktuelt.

Selvskading er vanlig forekommende affektreguleringsstrategi blant traumatiserte pasienter. Det må skilles fra skade påført i suicidal hensikt.

Pasienter med alvorlig dissosiative lidelser og personlighetsforstyrrelser har ofte et diagnostisk bilde preget av kroniske tilstedeværelse av selvmordstanker og samtidig impulsiv selvskadende adferd.

Ofte kan tiltak man setter inn ved akutt selvmordsfare være uhensiktsmessig for pasienter med kronisk selvmordsfare. Dette kan f.eks gjelde rutiner for innleggelse på døgnpast. Ved kronisk selvmordsfare er det klinisk og forskningsmessig belegg for å anta at pasienter kan bli dårligere på sikt av akutt innleggelse ved forhøyet selvmordsrisiko. Dette er **krevente faglige avveininger** som må gjøres i hvert enkelt tilfelle av ansvarlig behandler, i samarbeid med døgnpast.

Selvmonds risikovurdering

Vurdering av risiko for voldelig atferd

Vurderinger gjøres i henhold til aktuell retningslinje ved KPH.





Utredning

Diagnostikk

Flyktninger

Selvmordsrisikovurdering/ Vurdering av risiko for voldelig atferd

Tolk benyttet i utredning

## Tolk i utredning

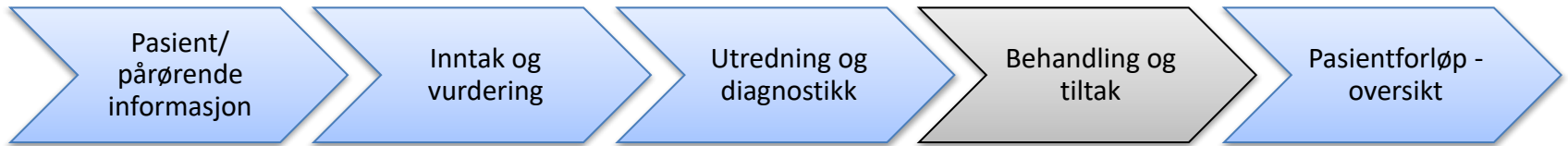
Tolk kan være nødvendig i utredning av pasienter med annen kulturell bakgrunn. Det er viktig å avklare faktisk språklig forståelse, før utredning igangsettes.

Der pasienten har vansker med å forstå eller formidle seg på norsk – **skal** tolk benyttes. Familie og venner skal ikke være tolk. Det er ulovlig å bruke barn som tolk. Det foreligger egen retningslinje for [Tolketjenester ved SSHF](#).

### Ved bruk av tolk;

- Avklar innhold og målsetting for samtalen med tolk.
- Sikre at tolken har forståelse av hva tolkingen innebærer.
  - *Ved bruk av utredningsverktøy er det viktig at tolken ikke «går utover» det som blir sagt, for å bedre pasientens forståelse*
- Unngå fortolkninger i regi av tolken.
- Sikre tolk med riktig språklig forståelse og kunnskap
- Benytt tolk som både behandler og pasient er trygg på.
- Respekter eventuelle kulturelle forskjeller og historiske turbulens mellom folkegrupper der tolk benyttes.





Behandling

Faseorienterte og traumebevisste  
tilnærminger

CBT – kognitiv atferdsterapi

EMDR

Sensorimotorisk psykoterapi

Psykodynamisk terapi

Medikamentell behandling

Samhandling

Tilpasninger; flyktninger, asylsøkere,  
veteraner





## Behandling

Faseorienterte og traumebevisste tilnærminger

CBT – kognitiv atferdsterapi

EMDR

Sensorimotorisk psykoterapi

Psykodynamisk terapi

Medikamentell behandling

Samhandling

Tilpasninger; flyktninger, asylsøkere, veteraner

### **Behandling av type I traume (enkle traumer, PTSD)**

Det er i dag to traumefokuserte metoder som har likestilt anbefaling fra NICE guidelines for enkel PTSD: CBT og EMDR .

**Behandling av type II traumer, (komplekse traumer, personlighetsforstyrrelser og dissosiative lidelser) følgende behandlingstilnærminger kan anbefales:**

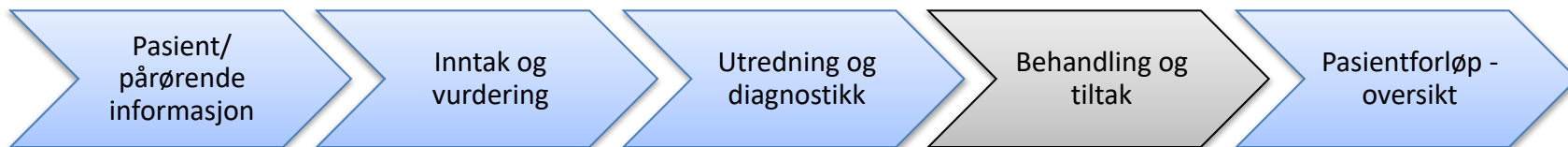
- [Kognitiv atferdsterapi](#)
- [EMDR](#)
- [Psykodynamisk terapi](#)
- [Sensorimotorisk psykoterapi](#)

Felles for disse er vektlegging av en varm og tilstedeværende terapeut som styrer behandlingen ut fra en tydelig systematisk tilnærming og forståelse.

Behandlingen krever tilleggskompetanse i behandlingsplanlegging, terapeutisk arbeid med krevende relasjonelle utfordringer, fortløpende krisehåndtering, samt endringsarbeid med symptomer som ellers ville blitt oversett og ikke forstått. Det er vanligvis ikke tilstrekkelig med grunnutdanning eller enkelte terapeutiske tilleggskurs, som EMDR og kognitiv terapi. Jo større grad av kompleksitet/ komorbiditet, jo mindre kan man snakke om spesifikk traumebehandling, men en helhetlig psykoterapeutisk tilnærming. Veiledning av terapeut er her viktig.

Ved god traumekompetanse er det vanlig å benytte flere ulike metoder i behandlingen. De ulike tilnærmingene kan integrere traumefokuserte metoder som CBT, EMDR eller kropporienterte tilnærminger, for å arbeide med de ulike reaksjonene som pasienten strever med, tilpasset til pasientens spesifikke behov. Felles for alle disse tilnærmingene er kunnskapen om kontinuitet i terapeut-relasjon over tid. Behandling for slike alvorlige tilstander kan kreve behandling over flere år i ukentlig behandling, med anslagsvis 200-300 timer.





Behandling

Faseorienterte og traumebevisste tilnærminger

CBT – kognitiv atferdsterapi

EMDR

Sensorimotorisk psykoterapi

Psykodynamisk terapi

Medikamentell behandling

Samhandling

Tilpasninger; flyktninger, asylsøkere, veteraner

## Faseorientert og traumebevisste tilnærminger

Dersom utredning antyder at symptombildet er komplekst, og at dette kan relateres til traumatiske erfaringer, bør behandling ta utgangspunkt i metoder som bygger på forståelse av traumatisering. Disse er kjennetegnet av en faseorientert tilnærming, i betydning at man fortløpende vurderer hva pasienten trenger av stabiliserende arbeid før man utfordrer dem på aktiv tilnærming til smertefulle traumeminner som aktiverer mye følelser og ubehag.

”Faseorientert traumebehandling” eller traume-informerte behandlingstilnærminger er godt beskrevet flere steder. Ofte beskrives fasene med følgende begreper:

1. [Stabilisering](#)
2. [Traumebearbeiding](#)
3. [Integrasjon og ferdigheter](#)

Faser i behandling innebærer en veksling frem og tilbake mellom stabilisering og traumearbeid for å sikre at pasienten er tilstrekkelig trygg og har gode nok ferdigheter til å orke konfrontasjon med sine minner.

I utredning og oppstart er det derfor viktig å vurdere pasientens tidligere belastninger, affektoleranse, tilgjengelige indre og ytre ressurser og omfang av dissosiasjonssymptomer. Her under inngår vurdering av rus og behov for russtabiliserende behandling. Jvf tidligere nevnt avsnitt om rus og traumebehandling. Dette er avgjørende vurderinger for å igangsette aktivt traumebearbeidende behandling

**Støttesamtaler med ensidig vekt på å lytte og bekrefte symptomer vil ikke være tilstrekkelig eller faglig forsvarlig behandling ved traumerelaterte**





Behandling

Faseorienterte og traumebevisste tilnærminger

CBT – kognitiv atferdsterapi

EMDR

Sensorimotorisk psykoterapi

Psykodynamisk terapi

Medikamentell behandling

Samhandling

Tilpasninger; flyktninger, asylsøkere, veteraner

## TF – CBT

Ved kognitiv terapi for PTSD er en god allianse med pasienten, aktiv psykoedukasjon og normalisering av pasientens symptomer som "normale reaksjoner på unormale hendelser", viktige fokus innledningsvis.

Rasjonalet for behandlingen, som for mange er svært angstprovoserende, må forklares nøye i forkant, for å sikre at pasienten følger opp behandlingen, og holder ut.

### Det er tre hovedelementer i behandlingen:

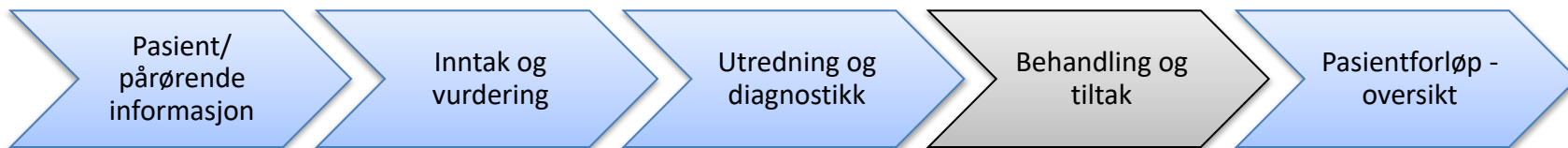
- Gjentatt eksponering for (minnet av) traumehendelsen.
- Endring av overdrevne negative tanker knyttet til hendelsen, og mestring i tiden etterpå.
- Utfordring og endring av dysfunksjonelle mestringsstrategier som er med på å opprettholde plagene.

Traumefokusert CBT finnes **manualisert** og tilgjengelig som for eksempel Edna Foa sin protokoll for "prolonged exposure". I denne manualen brukes video-opptak av pasientens fortelling av egen traumehistorie som "eksponeringsmateriale".

Behandlingen er gjerne tidsbegrenset til 12-15 timer, men må selvfølgelig tilpasses individuelt.







Behandling

Faseorienterte og traumebevisste tilnærminger

CBT – kognitiv atferdsterapi

EMDR

Sensorimotorisk psykoterapi

Psykodynamisk terapi

Medikamentell behandling

Samhandling

Tilpasninger; flyktninger, asylsøkere, veteraner

## EMDR

EMDR er en psykotераpeutisk retning som bygger på en informasjonsprosesseringsmodell. Reprosessering sees som en dannelse av adaptive assosiasjoner mellom informasjonsnettverk i hjernen.

EMDR er rettet mot opplevelser som bidrar til psykiske plager og helseproblemer, og er ikke utelukkende for PTSD behandling.

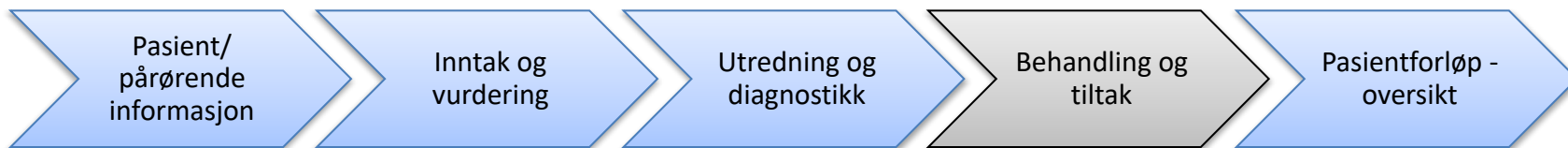
For behandling ved enkel PTSD anslås 5-10 timer å være tilstrekkelig for symptomreduksjon.

EMDR er en tilnærming i 8 faser som kombinerer aspekter ved andre sentrale behandlingsretningslinjer, og krever særskilt opplæring for å kunne brukes forsvarlig.

### Følgende 8 faser inngår i EMDR:

- 1-2 Anamnese og utredning** med tanke på affekttoleranse, egostyrke og dissosiasjon.
- 3. Strukturert oppsett for traumbearbeiding** få frem minnebilde (Target) – og assosiert negativ kognisjon, ønsket alternativ positiv kognisjon, emosjonell reaksjon og fysisk fornemmelse
- 4. Desensivering** ved hjelp av bilateral stimulering
- 5. Installering:** Reprosessering og styrking av assosiasjoner til positive kognitive nettverk.
- 6. Reprosessering av fysiske/somatiske manifestasjoner** av minnet
- 7. Avslutning og stabilisering:** lære stabilisering og selvregulering mellom timene, sette reprosessering i kontekst ved å "debriefe" timen.
- 8. Reevaluering:** vurdere endring, fortsatt ubehag og behov for videre arbeid.





Behandling

Faseorienterte og traumebevisste tilnærminger

CBT – kognitiv atferdsterapi

EMDR

Sensorimotorisk psykoterapi

Psykodynamisk terapi

Medikamentell behandling

Samhandling

Tilpasninger; flyktninger, asylsøkere, veteraner

## Sensorimotorisk psykoterapi

Ved en traumatisering, opplever man en kroppslig reaksjon. Sensorimotorisk psykoterapi er en terapiform som anerkjenner kroppens betydning ved et traume og hvordan kroppen kan reagere uavhengig av tanker og følelser. Behandlingen kan sies å være kropporientert behandling som inkluderer en psykodynamisk tilnærming.

Behandlingen integrerer, det vil si setter sammen, følgende opplevelser etter et traume;

- kroppslige
- følelser
- tanker

I terapien lærer man ulike teknikker for å sette sammen opplevelsene og skape en helhet, slik at man kan bearbeide traumene.

Behandlingen anerkjenner de kroppslige opplevelsene som følger av et traume og at kroppen av og til låses i et reaksjonsmønster. Tilnærmingen krever ikke at pasienten gjennomgår traumet, verbalt. Prosessering av minner inkluderer bruk av ulike terapeutiske teknikker, hvor det det arbeides med kroppens dysregulerte «arousal» og frykt for traumeminner. Det jobbes med ulike sanseprosesser for å endre og «låse opp» kroppens fastlåste reaksjonsmønster. Dette gjøres gjennom øvelser, som ikke krever berøring. I tillegg vil fokus være på somatiske ressurser, det vil si kroppens rolle i arbeidet med symptomreduksjon og hvordan erstatte uhensiktsmessige somatiske reaksjoner med nye.

Behandlingen er særlig anbefalt ved dissosiative tilstander, tilknytningsproblematikk og kompleks traumeerfaring.





Behandling

Faseorienterte og traumebevisste tilnærminger

CBT – kognitiv atferdsterapi

EMDR

Sensorimotorisk psykoterapi

Psykodynamisk terapi

Medikamentell behandling

Samhandling

Tilpasninger; flyktninger, asylsøkere, veteraner

## Psykodynamisk terapi

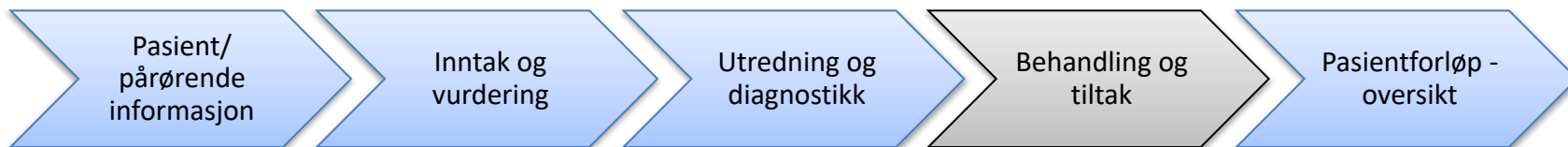
Innen den relasjonelle psykoanalysen vektlegges samspillet mellom terapeut og pasient. Man utforsker det relasjonelle feltet hvor begge parters tilknytningserfaringer aktualiseres.

Et sentralt fokus er bevisstgjøring av ubevisste forventninger, følelser, opplevelser og dissosierte selvtilstander. Ubevisste / dissosierte aspekter søkes integrert gjennom aktiv utforskning av ”her og nå interaksjonen» mellom terapeut og pasient. Sentrale mål er bevisstgjøring, integrasjon og større grad av relasjonell frihet i den terapeutiske kontakten.

De psykodynamiske videreutdanningene, ved henholdsvis institutt for psykoterapi, karakteranalytisk institutt og psykoanalytisk institutt er særlig nyttige med tanke på arbeid med komplekse traumelidelser. Deres krav om egenerapi bidrar til bevisstgjøring av terapeutens egne tilknytningserfaringer, relasjonstilbøyeligheter etc., som gjør det lettere å manøvrere i det utfordrende feltet man blir dratt inn i. Terapeutens villighet til å bringe inn egne bidrag til ”låsninger” i terapirelasjonen har vist seg avgjørende for positivt utfall hos pasienter med alvorlige traumelidelser / personlighetsforstyrrelser. En forutsetning er da at man forstår, erkjenner og evner å nyttiggjøre sine bidrag på en terapeutisk nyttig måte.

Med sitt fokus på nonverbale og relasjonelle aspekter ved det terapeutiske arbeidet er den karakteranalytiske utdanningen særlig godt innrettet med tanke på arbeid med komplekse traumetilstander. Kjennskap til traumespesifikke metoder kombinert med en videreutdanning innen psykodynamisk psykoterapi danner et godt utgangspunkt for jobbing med traumerelaterte lidelser.





Behandling

Faseorienterte og traumebevisste tilnærminger

CBT – kognitiv atferdsterapi

EMDR

Sensorimotorisk psykoterapi

Psykodynamisk terapi

Medikamentell behandling

Samhandling

Tilpasninger; flyktninger, asylsøkere, veteraner

## Medisinering ved traumelidelser

**Medikamentell behandling anses som andre valg ved behandling av PTSD.**

SSRI (**Sertralin/Paroxetin**) er førstevalg ved behov for medikamentell behandling. Det er viktig å begynne med lave doser.

Mange med traumelidelser har også søvnforstyrrelser. Ved søvnforstyrrelser tilrådes først søvnhygieneråd, det vil si reduksjon av kaffe, nikotin, etablere faste søvnrutiner, unngå mobil på sengen, unngå store måltider eller trening før leggetid.

Dersom dette ikke bedrer søvnen, anbefales et av følgende preparater;

**Vallergan, Remeron, Seroquel eller Surmontil.** Ved lettere søvnforstyrrelser kan **Tolvon** eller **Melatonin** forsøkes.

Ved mangelfull søvn i minst to døgn og pas. bærer klinisk preg av dette, bør det gis **Zopiklon/Zolpidem** om kvelden, i inntil tre døgn. Hvis pasienten ikke oppnår søvneffekt ved bruk av **Zopiklon/Zolpidem**, bør det gis et søvninduserende benzodiazepin, som **Apodorm**, i inntil tre døgn.

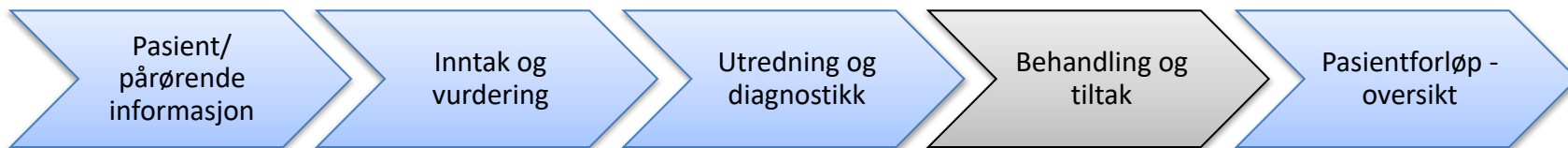
***Benzodiazepiner frarådes generelt for denne pasientgruppen.***

Ved mer komplekse traumelidelser, med stort affekttrykk og vansker med affektregulering (inkl. plagsom stemmehøring, eller nærpsykotiske opplevelser ved mareritt), vil det kunne være aktuelt med en lavere dose nyere antipsykotika, som **Seroquel/Zyprexa** (der en ønsker søvnfremmende effekt) eller **Abilify** (ikke sederende). Ved tilbakevendende depresjoner, eller uttalte stemningsvingninger, vil stemningsstabiliserende medisin som **Lamictal** kunne ha god effekt.

Hos pas. med mye hyperaktiveringssymptomer/mareritt ved PTSD, kan en også forsøke alfa- adrenerge blokkere som **Catapresan** eller **Minipress** (på registreringsfritak).

**Vær oppmerksom på forskjeller i medikament-metabolisering relatert til etnisitet**





Behandling

Faseorienterte og traumebevisste tilnærminger

CBT – kognitiv atferdsterapi

EMDR

Sensorimotorisk psykoterapi

Psykodynamisk terapi

Medikamentell behandling

Samhandling

Tilpasninger; flyktninger, asylsøkere, veteraner

## Samhandling

Samhandling med kommunen er svært viktig for å få til et best mulig behandlingstilbud. God planlegging av forebyggende tiltak er viktig ettersom saksbehandling av søknader og/eller etablering av nye tiltak kan være tidkrevende. Pasientens rettigheter og fremtidige behov kartlegges så tidlig som mulig.

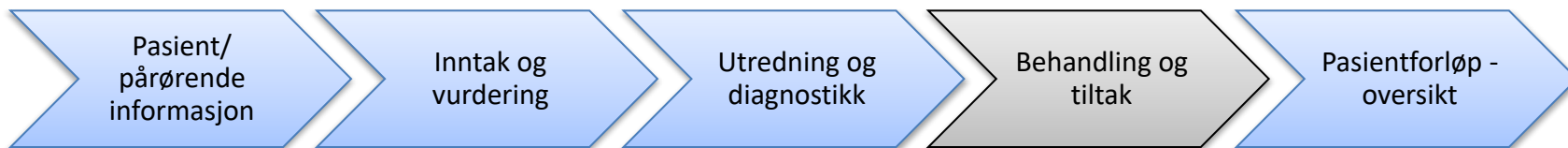
Behandling av traumerelaterte lidelser bør i henhold til prioriteringsveiledere for psykisk helsevern for voksne, ha støttende oppfølging i primærhelsetjenesten (fastlege/psykiatrisk sykepleier m.fl). Ved henvisning til spesialisthelsetjenesten bør symptomene overskride det som forventes å ligge innenfor normalreaksjoner på alvorlige livsbelastninger

I samarbeid med pasienten (evt. pårørende) vurderes det om det bør kobles på aktuelle instanser, som særlig vil kunne innbefatte områdene:

- NAV - Økonomi, arbeid, aktivitet (evt. utdanning)
- Boforhold – Endring eller etablering av botilbud
- Habilitering/rehabilitering
- Oppfølgingstjenesten
- Kommunale tjenester – Individuell plan
- Etablering av ansvarsgrupper

Samhandling er svært viktig for å sikre og etablere et godt behandlingstilbud i primærhelsetjenesten som gir et helhetlig og koordinert behandlingstilbud.





## Behandling

Faseorienterte og traumebevisste tilnærminger

CBT – kognitiv atferdsterapi

EMDR

Sensorimotorisk psykoterapi

Psykodynamisk terapi

Medikamentell behandling

Samhandling

Tilpasninger; flyktninger, asylsøkere, veteraner

### **Flyktninger/asylsøkere:**

Flyktninger/asylsøkere kommer ofte med en bred traumebelastning. Tolk benyttes etter behov. Det er viktig å være lydhør for pasientens forståelse og fortolkning av egne symptomer, og tilpasse valg av behandlingsmetode utfra dette.

Overnevnte behandlingsmetoder er like effektive i flyktning/asylsøker gruppen, men med behov for enkelte tilpasninger som følge av kulturell bakgrunn og forståelse av egne symptomer. Det kan være behov for gjennomgang av traumehistorie på et tidligere tidspunkt enn man ellers ville tilrådet, med fare for destabilisering, for å dokumentere en historie nødvendig for å sikre fremtidig beskyttelse i Norge. Oppholdstillatelse og bosetting er funnet å være positive for den psykiske helsen, og skaper en ro som kan gjøre pasienten mer tilgjengelig for videre terapeutisk behandling.

### **Veteraner:**

Veteraner er ofte i utgangspunktet høyt trene og velfungerende personer, som har tatt skade på jobb, og som følge av deltagelse i oppdrag de er trent for. De er også del av et spesielt fellesskap, der samhold, kameratskap og gjensidig avhengighet er viktige faktorer. Veteraner er soldater drillet på høy aktivering og beredskap. Denne fysiologiske tilstanden av spenning er ofte både del av et symptombylde, og samtidig en avhengighetskapende tilstand som savnes når hverdagen i sivil kommer. I arbeid med veteraners traumatisering, er det ofte andre faktorer som har utløst PTSD enn opplevd hjelpeløshet. Utløsende faktorer kan være for høy spenningsnivå over tid, uten mulighet til å «slippe opp», syn av drepte eller skadde kamerater, konkrete sanseinntrykk under oppdrag. Opplevelse av hjelpeløshet kan oppstå som vitne til sivile man ikke får beskyttet.

I motsetning til sivile, vil soldater ofte ha en trang til å fortsette soldatlivet, til tross for skadevirkninger. Betydning av kameratstøtte og fellesskap synes å være en viktig del av rehabilitering av veteraner.

Traumespesifikke metoder er nødvendig for å jobbe aktivt med fastlåste traumereaksjoner hos denne gruppen.



# Traumerelevante lidelser - Pasientforløp

## Henvising

**Problembeskrivelse;** pasient med kjent traumatisering, eventuelt med i tillegg disorganisering, dissosiative symptomer, vansker med følelsesregulering, samspill/relasjonsvansker, rus, angst og depresjon.

**Primærhelsetjenesten**

- Oppfølging av PPT (barn)
- Fastlege
- Psykiatrisk sykepleier (voksne)
- Kommunale tilbud for pasienter med psykiske lidelser – se aktuell kommune sine nettsider

## Primærhelsetjenesten

### Vurdering av henvendelse

Vurdering av helsetilstand av inntaksteam/ innledende samtale.

Flytninger og asylsøkere har samme rettigheter til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten som andre borgere i riket.

Personer som oppholder seg ulovlig i landet, har krav på akutt hjelp.

### Standard utredning

Standard utredning gjennomføres rutinemessig også der det er mistanke om type I eller type II traume. Dette være seg;

- Innkomstsamtale
- Anamnese
- MINI
- GAF F/S
- Somatisk status

### Utredning

Følgende utredning gjennomføres;

- Traumehistorie – gjennomgang
- TEC
- SDQ 20
- PTSS 16
- SCID II
- DES II
- IES
- SCID D

Det kan utøves skjønn i forhold til hvilke av overnevnte instrumenter som nyttiggjøres.

### Diagnostisering

Diagnostisering gjøres jmf. ICD 10. Enkel PTSD diagnostiseres jmf. 43. Tilpasningsforstyrrelse og reaksjon på alvorlig belastning, F 44 Dissosiativ lidelse. Andre relevante diagnoser benyttes.. I tillegg kap. Y og X (torturdiagnose og lignende).

### Behandling

Ved enkelt PTSD; EMDR og/eller CBT. Ved type II/ komplekse traumer benyttes faseorientert traumebevisst omsorg, CBT, EMDR, sensorimotorisk psykoterapi, psykodynamisk terapi, og ev. medisiner. Ved mer komplekse tilstander kan elementer fra tilnærming for emosjonell ustabil pf. benyttes

## Pasienter i behandling, annen tilstand

Pasienter i behandling/ utredning for annen tilstand hvor det fremkommer indikasjon for enkel eller kompleks traumatisering.





Traumerelaterte lidelser– forståelse

Type 1 traume

Type 2 traume

Samsykelighet

Toleransevindu

Hjernen og traumer

Flyktninger og asylsøkere

Linker/videoer

Litteratur for fagpersoner

Dissosiasjon er et fenomen som beskriver både et psykologisk forsvar og en relasjonell strategi mot overveldende angst. Det kan forstås som det motsatte av assosiasjon og betyr “oppdeling” eller manglende sammenheng.

Et sentralt symptom ved dissosiasjon er derealisering, direkte oversatt til uvirkeliggjøring. Dette er en strategi vi har tilgjengelig hvis virkeligheten utsetter oss for opplevelser som er for overveldende til å integreres i vår pågående opplevelse av oss selv i verden. Opplevelsen uvirkeliggjøres. Vi skiller mellom aktiv og passiv dissosiasjon. Putnam (1990) beskriver det som en psykologisk flukt der en fysisk flukt ikke er mulig. Opplevelseskvaliteten beskrives ofte som å forlate kroppen, som å gå i en transetilstand, som å se seg selv utenfra. Mange beskriver bevissthetsbortfall, hukommelsestap, fullstendig tap av kroppsbevissthet og smertefornemmelse under dissosiative episoder.

Det kan skilles mellom;

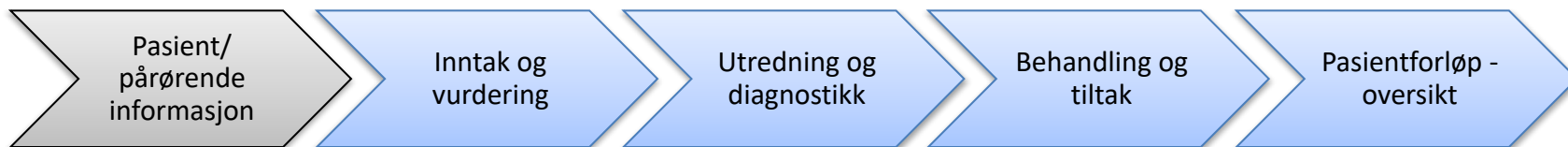
- [En «Passiv» dissosiasjon](#)
- [En «Aktiv» dissosiasjon](#)

Teorien om **Strukturell dissosiasjon** er sentral innen traumefeltet, og beskriver hvordan personligheten kan deles i flere delpersonligheter som følge av tidlig traumatisering. Dissosiative lidelser er en form for kompleks traumatisering hvor dissosiasjon har blitt det organiserende prinsipp i personlighetsutviklingen. Pasienten kan oppleve at opplevelsen av hvem en er og hvordan man oppfører seg, endres i ulike situasjoner og utfordringer. Dette kan kjennes som å ha et kaos av følelser og at man stadig veksler mellom ulike av selvtilstander . Ofte opplever pasienten å høre stemmer som motsier og påvirker hverandre.

Det overordnede målet i behandling av dissosiative lidelser er å gjenopprette sammenhenger i en fragmentert opplevelsesverden. Å hjelpe pasienten erkjennelsen av at det skjedde med meg, men det er over nå.







## Traumerelaterte lidelser– forståelse

Type 1 traume

Type 2 traume

Samsykelighet

Toleransevindu

Hjernen og traumer

Flyktninger og asylsøkere

Linker/videoer

Litteratur for fagpersoner

Dissosiasjon er et fenomen som beskriver både et psykologisk forsvar og en relasjonell strategi mot overveldende angst. Det kan forstås som det motsatte av assosiasjon og betyr “oppdeling” eller manglende sammenheng.

Et sentralt symptom ved dissosiasjon er derealisering, direkte oversatt til uvirkeliggjøring. Dette er en strategi vi har tilgjengelig hvis virkeligheten utsetter oss for opplevelser som er for overveldende til å integreres i vår pågående opplevelse av oss selv i verden. Opplevelsen uvirkeliggjøres. Vi skiller mellom aktiv og passiv dissosiasjon. Putnam (1990) beskriver det som en psykologisk flukt der en fysisk flukt ikke er mulig. Opplevelseskvaliteten beskrives ofte som å forlate kroppen, som å gå i en transestilstand, som å se seg selv utenfra. Mange beskriver bevissthetsbortfall, hukommelsestap, fullstendig tap av kroppsbevissthet og smertefornemmelse under dissosiative episoder.

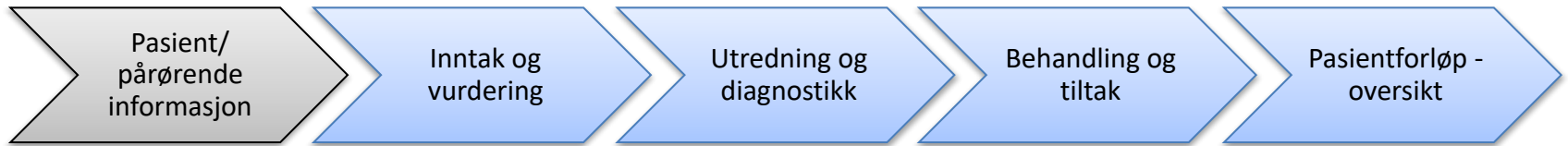
Det kan skilles mellom;

- [En «Passiv» dissosiasjon](#)
- [En «Aktiv» dissosiasjon](#)

### Passiv dissosiasjon

Den passive formen oppstår spontant under opplevelser som truer selvets integritet som voldtekt, overgrep, tortur. Man uvirkeliggjør hendelsen og så å si forlater åstedet psykologisk sett. Konsekvensen i etterkant er at hendelsen ikke blir integrert som en del av din pågående opplevelse av deg selv i verden. Den huskes ikke som et vondt minne i fortid, men gjenopplevs som posttraumatiske symptomer i nåtid.





## Traumerelaterte lidelser– forståelse

Type 1 traume

Type 2 traume

Samsykelighet

Toleransevindu

Hjernen og traumer

Flyktninger og asylsøkere

Linker/videoer

Litteratur for fagpersoner

Dissosiasjon er et fenomen som beskriver både et psykologisk forsvar og en relasjonell strategi mot overveldende angst. Det kan forstås som det motsatte av assosiasjon og betyr “oppdeling” eller manglende sammenheng.

Et sentralt symptom ved dissosiasjon er derealisering, direkte oversatt til uvirkeliggjøring. Dette er en strategi vi har tilgjengelig hvis virkeligheten utsetter oss for opplevelser som er for overveldende til å integreres i vår pågående opplevelse av oss selv i verden. Opplevelsen uvirkeliggjøres. Vi skiller mellom aktiv og passiv dissosiasjon. Putnam (1990) beskriver det som en psykologisk flukt der en fysisk flukt ikke er mulig. Opplevelseskvaliteten beskrives ofte som å forlate kroppen, som å gå i en transetilstand, som å se seg selv utenfra. Mange beskriver bevissthetsbortfall, hukommelsestap, fullstendig tap av kroppsbevissthet og smertefornemmelse under dissosiative episoder.

Det kan skilles mellom;

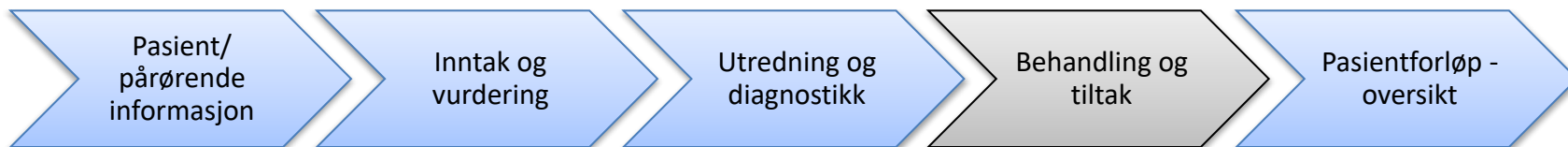
• [En «Passiv» dissosiasjon](#)

• [En «Aktiv» dissosiasjon](#)

### Aktiv dissosiasjon

Når strategien først er etablert kan dissosiasjon også anta en aktiv karakter. Man “velger” å dissosiere i situasjoner der man forventer at man kan bli overveldet. Dissosiasjon kan da bli et organiserende prinsipp for hvordan man forholder seg i møte med omgivelsene sine. Opplevelsen av å være et sammenhengende selv på tvers av situasjoner og relasjoner brytes til stadighet. I stedet for å oppleve seg som *én* opplever man seg som mange, og under alle disse, ofte som ingenting.





Behandling

Faseorienterte og traumebevisste tilnærminger

CBT – kognitiv atferdsterapi

EMDR

Sensorimotorisk psykoterapi

Psykodynamisk terapi

Medikamentell behandling

Samhandling

Tilpasninger; flyktninger, asylsøkere, veteraner

## Stabilisering (fase 1)

Stabiliseringsfasen betegner den delen av terapi som i hovedsak handler om å aktivt bygge opp indre og ytre ressurser, og klargjøre pasienten for mer aktivt traumbearbeidende arbeid. Viktige elementer i stabiliseringsfasen er;

- Etablering av tillit, relasjon og gode rammer for behandling
- Sikkerhetsarbeid; vurdere om pasienten er i fortsatt risiko for vold/overgrep
- fjerning av stressfaktorer; for flyktninger kan det handle om bistand til psykososiale faktorer som bidrar til forverring av tilstand.
- Psykoedukasjon; normalisering av symptomer og reaksjoner,
- Terapeutiske intervensjoner for å bedre symptomhåndtering

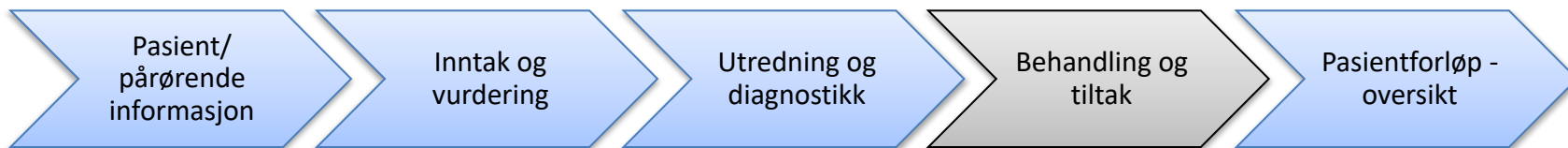
Arbeid med slike symptomer kan være jobbe med

- overaktivering** (pusteøvelser, grunning, fokusere, forestillinger og selvinstruksjon for å orientere seg her og nå)
- underaktivering** (fokusere, selvinstruksjon, sansestimulering, vekke kroppen ved bevegelser/berøring) (for mer informasjon se [www.støkurs.no](http://www.støkurs.no))

Mange pasienter har mareritt og søvnevansker. Arbeid med søvnevansker og mareritt er vanskelig, og disse symptomene synes ofte å være de siste som slipper taket. Det er likevel nyttig å arbeide med søvnhygiene, rutiner og egen ivaretagelse i forhold til søvn. Spesifikke kognitive metoder for å jobbe med mareritt er beskrevet ulike steder.

En [Krise og mestringsplan](#) bør utarbeides, for redusere behov for akutte innleggelse og øke pasientens opplevelse av kontroll og mestring.





Behandling

Faseorienterte og traumebevisste tilnærminger

CBT – kognitiv atferdsterapi

EMDR

Sensorimotorisk psykoterapi

Psykodynamisk terapi

Medikamentell behandling

Samhandling

Tilpasninger; flyktninger, asylsøkere, veteraner

## Traumebearbeiding (fase 2)

Når pasienten vurderes stabil nok til å klare konfrontasjon med traumeminner og krevende følelser, går man inn i den fasen som fokuserer på traumebearbeiding. Fokuset er på å integrere følelsesmessige, tankemessige og fysiske minner og reaksjoner.

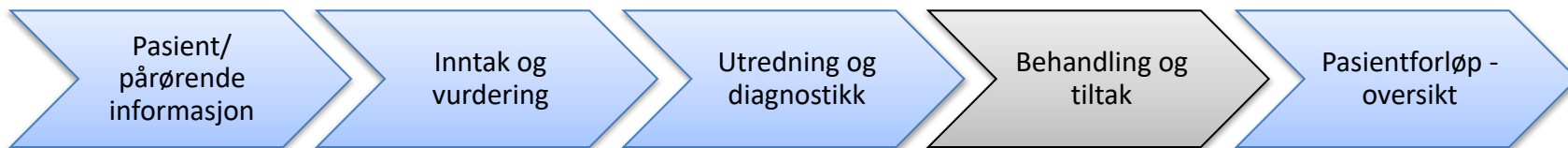
Det er i denne fasen en benytter ulike terapeutiske teknikker for å oppnå en integrering av følelser, tanker og handlinger. Blant de ulike teknikkene som kan benyttes er;

- Kognitiv atferdsterapi
- EMDR
- Sensorimotorisk psykoterapi
- Psykodynamisk psykoterapi
- Narrativ traumebehandling
- Kroppsorienterte metoder

Hvilke behandlingstilbud som tilbys avhenger av hvorvidt pasienten har et type I eller type II traume, komorbiditet og pasientens toleranse for tilnærminger.

Hvor raskt man går i gang med aktivt traumearbeid avhenger av tilstand. Enkel PTSD har oftest et kort behandlingsløp med en spesifikk metode som utgangspunkt, mens komplekse tilstander kan være langvarige integrerte tilnærminger med bruk av mange ulike metoder.





Behandling

Faseorienterte og traumebevisste tilnærminger

CBT – kognitiv atferdsterapi

EMDR

Sensorimotorisk psykoterapi

Psykodynamisk terapi

Medikamentell behandling

Samhandling

Tilpasninger; flyktninger, asylsøkere, veteraner

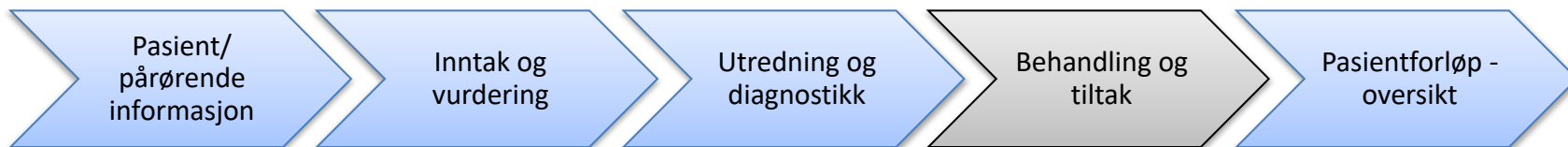
### Integrasjon og ferdigheter (fase 3)

Tredje fase handler om mye om å finne en måte å leve med sin historie på. Det handler om å forson seg og se fremover, og utvikle nye ferdigheter for å møte livet utenfor behandlingsapparatet. Traumene kan ha hindret personen i å tilegne seg vanlige erfaringer og mestring i vennskap, arbeid og fungering i hverdagen. Det handler om å utvikle en identitet, fri fra traumene. I fase 3, styrkes de egenskapene og kunnskapen som pasienten har tilegnet seg i stabiliserings- og traumbearbeidingsfasen.

Enkelte pasienter har som følge av sine traumer verken gjennomført utdanning, etablert seg med familie eller mestret arbeidslivet. Fokuset er nå på å utvikle ferdigheter til å mestre utfordringer knyttet til normallivet.

Der pasienter har opplevelser som har medført store tap i livet over tid, ser en ofte både sorg og skam knyttet til det som har vært, og en sorg over tapet. Dette må bearbeides i denne fasen.





Behandling

Faseorienterte og traumebevisste tilnærminger

CBT – kognitiv atferdsterapi

EMDR

Sensorimotorisk psykoterapi

Psykodynamisk terapi

Medikamentell behandling

Samhandling

Tilpasninger; flyktninger, asylsøkere, veteraner

## Krise og mestringsplan

Krise og mestringsplan er en plan for å forebygge eller forhindre at man kommer i en krise. Planen skal sikre mestring. Krise og mestringsplan kan med fordel utformes tidlig i behandling av traumerelaterte lidelser. Det er et verktøy som er tilgjengelig både for Iphone og androide system. **MinPlan** er en app som gir lett innføring i krise og mestringsplan. Dette kan utformes av pasient og pårørende også uavhengig av behandling.

### En krise og mestringsplan innebærer følgende;

- Identifiser de tidlige **signalene** på selvskadende/suicidal/risikoatferd. Bli bevisst faresignalene og situasjoner negative impulser
  - Tanker, bilder, følelser og lignende.
- Skriv opp mestringsstrategier – det vil si andre måter å håndtere situasjonen/følelsen/det som utløser behovet på.
  - Indre mestringsstrategier – avledning, mindfulness, for eksempel.
  - Oppsøk venner som vil avlede deg fra ønsket om å selvskading/suicidale impulser.
  - Varsle mentor/selvhjelpsgrupper/venner/familie/nettverk som kan hjelpe deg til å avstå fra å innta alkohol.

