

PTSD & dissociation

Psykopatologi

KAT Specialistuddannelse RHP, oktober 2020

Af overlæge Cæcilie Böck Buhmann, Ph.d

Psykiatrien Vest, Slagelse

Program

PTSD og andre traumereaktioner

Co-morbiditet

Særlige patientgrupper

Håndtering af dissociation og alarmberedskab

Baggrund & PTSD

Mange forskellige patienttyper, mange traumer...

- Den velfungerende familiemor med enkeltstående traume
- Akut eller langvarig belastning
- Den personlighedsforstyrrede med overgreb i historien
- Den mentalt retarderede der har været udsat for overgreb
- Den psykotiske der har været udsat for overgreb
- Barnet der var udsat for overgreb og efterfølgende udvikler psykiatrisk lidelse
- Barnet der var udsat for overgreb og klarede sig godt indtil en traumatisk hændelse i voksenalderen
- Den traumatiserede flygtning
- Patienten der blev traumatiseret af sit møde med psykiatrien
- Krigsveteranen fra Afghanistan

Faktorer af betydning for reaktionen

- Et eller flere traumer?
- Opstået i barndom (tilknytningsvanskeligheder) eller senere?
- Typen af traume?
- Funktionsniveau?
- Graden af amnesi for traumet?
- Reaktivering af PTSD
- Modstandsdygtighed (Resilience) & Sårbarhed
 - Psykiske og sociale ressourcer
- Posttraumatisk vækst
- Subjektivt element
 - Følelse af kontrol
 - Oplevelse af fare for eget liv
- Akkumulerede mindre traumer

Psykopatologien – en blandet landhandel

- PTSD
 - Belastningsreaktion
 - Tilpasningsreaktion
 - Varig personlighedsændring
 - Dissociative lidelser
-
- Komplex PTSD
 - Psykotisk PTSD
 - Dissociativ PTSD

DF43.1 PTSD

A. Tidligere udsættelse for exceptionel svær belastning (af katastrofekarakter).

B. Genoplevelser.

- Tilbagevendende genoplevelse af traumet i "flashbacks", påtrængende erindringer el. mareridt eller
- stærkt ubehag ved udsættelse for omstændigheder, der minder om traumet.

C. Undgåelse af alt der minder om traumet.

D. Øget alarmberedskab

- delvis, evt. fuld amnesi for den traumatiske oplevelse
eller
- vedvarende symptomer på psykisk overfølsomhed el. alarmberedskab med ≥ 2 af følgende:
 - ind- el. gennemsovningsbesvær
 - irritabilitet el. vredesudbrud
 - koncentrationsbesvær
 - Øget vagtsomhed
 - tilbøjelighed til sammenfaren
- E. Optræder inden for 6 måneder efter den traumatiske oplevelse

Genoplevelser

- Tilbagevende genoplevelser af traumerne – kører som ”en film” for ens indre blik
- Flashbacks – helt livagtigt som om man var midt i traumerne igen
- Mareridt med dårlig søvn
- Ubehag ved ting der minder én om traumerne (triggere)
- Skal gerne have et dissociativt præg

Undgåelsesadfærd

- Forsøg på at undgå alt hvad der kan minde én om traumerne – indre og ydre triggere
- Undgår for mange sansestimuli
- Undgåelse af forventet fare
- Isolationstendens
- Følelsesmæssigt ”lukke sig inde” i sig selv

Psykisk overfølsomhed & alarmberedskab

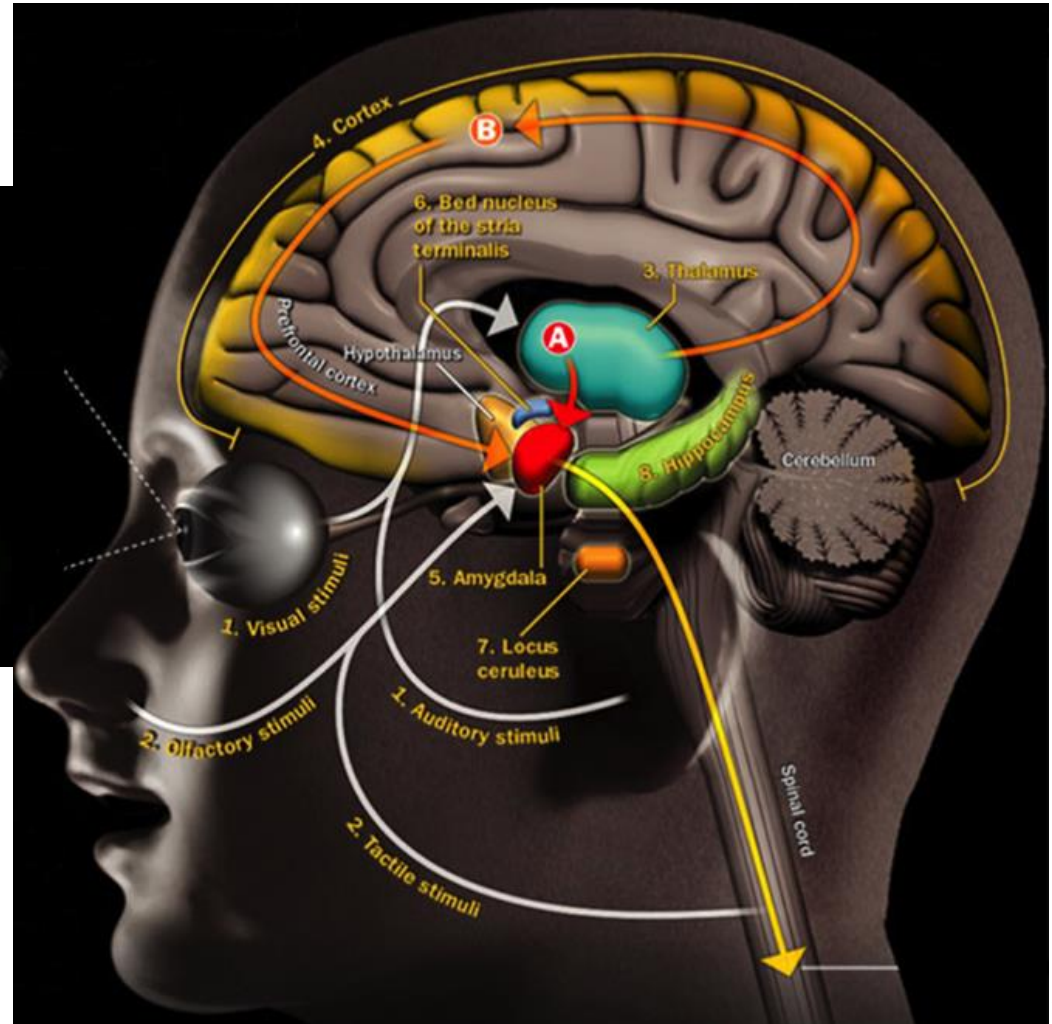
- Irritabilitet
- Vredesudbrud
- Koncentrationsbesvær
- Hukommelsesbesvær
- Kronisk anspændthed
- Følelse af at "være på vagt"
- Farer sammen ved mindste lyd

ELLER

- Hel eller delvis amnesi for det hændte

The "high road" & the "low road"

Joseph LeDoux: The Emotional Brain



- A. "The low road"
- B. "The high road"

Lidt om tids- og traumekriterierne...

- PTSD kan blive vedligeholdt ved løbende belastninger fx nye livsbegivenheder under behandling
- Negative livsbegivenheder ser ud til at have samme eller større betydning for reaktivering end traumer
- Flere studier peger på, at remission er hyppig midt i livet, hvorefter flere oplever reaktivering af PTSD i alderdommen
- Sandsynligt at overgreb og vold i barndommen disponerer for PTSD – også ved mindre belastninger
- Større risiko for reaktivering, hvis patienten havde symptomer mere end 1 år efter hændelsen (kronisk PTSD?)
- Residual-symptomer er almindelige i perioden mellem PTSD og reaktivering, men ikke udtalte nok til at skabe funktionsnedsættelse
- Risikofaktorer bl.a. kognitive symptomer tidligt i forløbet, hovedtraumer og apopleksi, pensionering, anden psykisk lidelse, misbrug, fysisk sygdom

Kliniske erfaringer med re-traumatisering

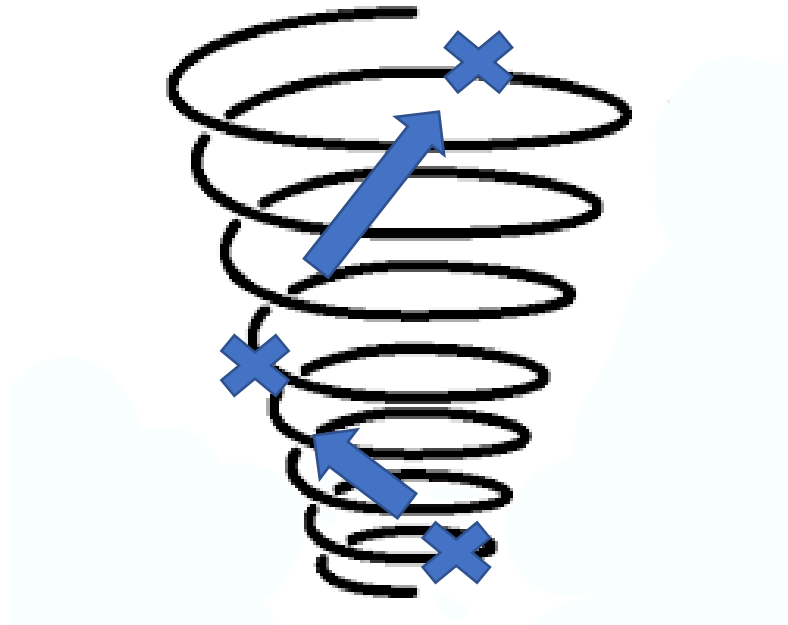
- Patienterne henvender sig ikke inden for 6 mdr. af traumet
- Mange behandlingskrævende patienter med fysiske og seksuelle overgreb i barndom
- Det er ofte belastninger og livsbegivenheder der udløser forværring
 - Pres fra kommunen
 - Tab af nærtstående
 - Fyring
 - Sygdom
 - Skilsmisse
 - Etc.
- Patienten kan ikke skelne den aktuelle situation (negativ livsbegivenhed eller mindre belastning) fra livsfare associeret med oprindeligt traume

Kliniske udfordringer ved tolkning af diagnosen

- Kan patienten huske om de havde PTSD-symptomer ved første traume?
- Hvad hvis reaktionen var kendetegnet af dissociation / amnesi?
- Reagerer børn og voksne ens på traumer?
- Kan traumer indsætte forsinket (delayed onset)
- Traumets alvor – hvad hvis indekstraumet er tidligere, men patienten ikke kobler de to ting sammen?
- Skaber udfordringer for såvel varighedskriteriet og traume-kriteriet
- Nogle af disse ting formodes ændret i ICD-11

Traumespiralen

Forbindelsen mellem aktuelle og gamle traumer



PTSD - DSM-5

1. Traumets karakter (død, alvorlig skade og seksuel vold)

1. Direkte
2. Vidne
3. Høre om fra andre
4. "First responders"

2. Invaderende symptomer (1)

1. Erindringer
2. Flashbacks (dissociativ)
3. Mareridt
4. Ubehag ved stimuli ved påmindelser
5. Fysiologisk reaktion ved påmindelser

3. Undgåelsessymptomer (1)

1. Undgåelse af indre stimuli som tanker og følelser
2. Undgåelse af ydre stimuli som mennesker og steder og aktiviteter

1. Negative ændringer i kognition (2)

1. Amnesi for traumet
2. Negative antagelser om selv og verden
3. Negative følelser som frygt, vrede, skyld og skam relateret til traumet
4. Social isolation
5. Fremmedgjorthed
6. Forvrænget traumeforståelse
7. Vedvarende glædesløshed

2. Ændringer i reaktivitet (2)

1. Søvn
2. Irritabilitet
3. Selvdestruktivitet
4. Vagtsomhed
5. Sammenfaren
6. koncentration

PTSD – ICD-11

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a disorder that may develop following exposure to an extremely threatening or horrific event or series of events. It is characterized by all of the following:

- 1) re-experiencing the traumatic event or events in the present in the form of vivid intrusive memories, flashbacks, or nightmares. These are typically accompanied by strong or overwhelming emotions, particularly fear or horror, and strong physical sensations;
- 2) avoidance of thoughts and memories of the event or events, or avoidance of activities, situations, or people reminiscent of the event or events;
- 3) persistent perceptions of heightened current threat, for example as indicated by hypervigilance or an enhanced startle reaction to stimuli such as unexpected noises.

The symptoms persist for at least several weeks and cause significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning.

- Mere specifik
- Mindre ko-morbiditet
- Nu med funktionsniveau
- Fjernet krav om at traumet skal skabe stress for næste hvem som helst
- Fokus på at genoplevelser skal være i nutiden
- Anerkender vigtigheden af undgåelsesadfærd

Komplekse traumereaktioner
m.m.

DF 62.0 Personlighedsændring efter katastrofeoplevelse

A. Eksponering for katastrofal stress (dvs. erfaring fra koncentrationslejr, tortur, katastrofe, langvarig udsættelse for livstruende situationer).

B. Personlighedsændringen skal være betydelig som angivet ved tilstedeværelsen af mindst to af følgende:

- En permanent fjendtlig eller mistroisk holdning til verden
- Social tilbagetrækning
- En konstant følelse af tomhed og/eller håbløshed
- En vedvarende følelse af “at være på kanten” eller truet uden nogen yder årsag
- En permanent følelse af at være blevet ændret eller at være forskellig fra andre (fremmedgørelse).

C. Betydelig påvirkning af funktionsniveauet

,

D. Personlighedsændringen skal have udviklet sig efter katastrofeoplevelsen

E. Personlighedsændringen skal have været til stede i mindst to år.

Kompleks PTSD

Complex post-traumatic stress disorder (Complex PTSD) is a disorder that may develop following exposure to an event or series of events of an extremely threatening or horrific nature, most commonly prolonged or repetitive events from which escape is difficult or impossible (e.g., torture, slavery, genocide campaigns, prolonged domestic violence, repeated childhood sexual or physical abuse).

All diagnostic requirements for PTSD are met.

In addition, Complex PTSD is characterized by severe and persistent

- 1) problems in affect regulation;
- 2) beliefs about oneself as diminished, defeated or worthless, accompanied by feelings of shame, guilt or failure related to the traumatic event;
- 3) difficulties in sustaining relationships and in feeling close to others.

These symptoms cause significant impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning.

- Typisk efter multiple traumer eller udviklingstraumer
- PTSD + affektregulering, selvopfattelse og relationel funktion
- Erstatte F62 (varig personlighedsændring)
- Affektregulering er både øget affekt (vrede) og nedsat affekt (affladet kontakt). Inkl. Raserianfald og selvskadende adfærd
- Selvopfattelse omfatter værdiløshed, skam og skyld
- Relationel funktion er typisk undgåelse af tætte relationer og socialt samvær
- ><BPD: skiftende selvopfattelse, frygt for at blive forladt og hyppig selvskadende adfærd
- DESNOS udeladt af DSM-V

Kompleks PTSD

PTSD symptomer

SAMT

1) Dysregulering af affekt

- Depressiv
- Vrede
- Manglende evne til at mærke og beskrive følelser
- Dissociation (depersonalisation og derealisation)

2) Nedsat selvværd

- Følelse af at være forkert, fiasko, værdiløs
- Skamfølelse
- Skyldfølelse

3) Interpersonelle problemer

- Social tilbagetrækning
- Overvældende at være tæt på andre mennesker

Case – kompleks PTSD

- 31-årig kvinde
- Barndomshjem præget af omsorgssvigt og vold
- Flere seksuelle overgreb som barn og ung
- Forlod hjemmet som 12-årig
- Hash-misbrug og misbrugsmiljø fra 12-års alderen
- Første gang indlagt som 15-årig
- Mange og langvarige indlæggelser i psykiatrisk regi de næste 15 år
- "systembruger" med indlæggelser og socialpsykiatriske bosteder
- Får som 16-årig diagnosen hebefren / paranoid skizofreni
- Massivt behandlet med antipsykotika x flere, antidepressiva, benzodiazepiner og stemningsstabiliserende
- F20-diagnosen fratages og hun får diagnosen emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse da hun er 21
- Udvikler epileptisk anfald med fråde om munden, trækninger og ukontaktbarhed
- Ændres til kompleks PTSD da hun er 30 i forbindelse med henvisning til ambulante behandling for personlighedsforstyrrelse
- Væsentlig bedring efter opstart af psykoterapi, seponering af medicin og ændring af diagnose
- Fået egen lejlighed og afsluttes i behandling foråret 2016
- Har hele tiden symptomer på PTSD med hyperarousal, flashbacks og mareridt

Case (fortsat):

Rating for kompleks PTSD (skala fra 0-4)

Hvor godt passer det på dig?	Rating		
		Når jeg er under pres eller bliver mindet om hændelsen, føler jeg, at jeg er uden for min krop eller at der er noget mærkeligt ved min krop.	3
Jeg reagerer stærkt på ting, som ikke synes at påvirke andre særligt meget.	4		
Når jeg bliver ophidset, går der lang tid før jeg falder til ro.	3	Jeg har svært ved at mærke, hvad jeg føler og ved at beskrive mine følelser.	3
Mine følelser bliver let sårede.	0	Jeg føler mig som en fiasko.	2
Jeg oplever situationer, hvor jeg ikke kan kontrollere mine følelser	0	Jeg føler mig værdiløs.	1
Jeg gør ting, som andre har fortalt mig er farlige eller uansvarlige (fx kører for stærkt).	2	Jeg skammer mig ofte også uden grund.	3
Jeg føler mig følelsesmæssigt tillukket.	2	Jeg føler ofte skyld over ting, jeg har gjort eller ikke fik gjort.	2
Jeg har som person svært ved at føle lyst eller glæde.	0	Jeg føler afstand til andre og lukket ude.	1
		Jeg synes det er hårdt at være følelsesmæssigt tæt på andre.	4
Når jeg er under pres eller bliver mindet om hændelsen, føler jeg at verden er langt væk eller virker meget anderledes (fx tiden går langsomt eller ting ser anderledes ud, end de plejer).	4	Jeg undgår forhold, fordi det ender med at være besværligt eller smertefuldt.	2

Forslag til udredning

Ratings:

PTSD observatør rating:

- CAPS (Clinician Administered PTSD Scale)
- ICD-Trauma Questionnaire (ICD-11)

PTSD selv-rating:

- PCL (PTSD Checklist)
- HTQ (Harvard Trauma Questionnaire)

Dissociation:

- DES-R (Dissociative Experience Scale)

Traumehistorie:

- LEC-5 (Life Event Checklist-5)
- THQ (Trauma History Questionnaire)

Generelt:

- Spørg til traumer
- Screen hurtigt for PTSD (evt. PTSD-8 eller spørge til de tre kernesymptomer)
- Korrekt brug af diagnoser
- Udeluk andre diagnoser – og tjek for komorbiditet (evt. med PSE eller relevante ratings)
- Hvad er det mest presserende problem?

Differentialdiagnostik og co-morbiditet

Co-morbiditet og differentialdiagnoser

- Depression
- Dissociative tilstande
- Personlighedsforstyrrelse
 - Emotionel Ustabil Personlighedsforstyrrelse (begge typer)
 - Ængstelig evasiv personlighedsforstyrrelse
- Paranoid psykose
- Spiseforstyrrelse
- OCD og sygdomsangst
- Misbrug
- ADHD
- Skizotypisk sindslidelse
- Angstlidelse (social, panik, generaliseret)
- Bipolar affektiv sindslidelse
- Skizofreni og skizoaffektiv sindslidelse
- Smerter og fysisk lidelse

Depression

- Traditionelt stor ko-morbiditet med depression, men pas på...
- De fleste med PTSD og andre traumereaktioner har affektive symptomer
- Vær særligt opmærksom på globalt forsænket stemningsleje
- Spørg til varigheden og om det svinger over dage / uger
- Pas på med at bruge Hamilton rating (brug helst HamD-6)
- Hvis patienten reelt har depression skal denne behandles før traumeterapi

Personlighedsforstyrrelse

- Mange patienter med EUP har traumer i anamnesen
- Relativt stort overlap mellem "kompleks PTSD" og EUP
- Kendetegn ved EUP: bange for at være alene / blive forladt, usikker identitetsfølelse, mange ustabile forhold og sociale "skift"
- Kendetegn ved PTSD patient: social tilbagetrækning og sikker identitetsfølelse
- Der kan ses selvskade, spiseforstyrrelse, impulsivitet, vrede og emotionel dysregulering hos begge

Paranoid psykose

- Spektrum: vagtsom – mistillid – mistro – paranoia
- Det kan i nogle sammenhænge være utroligt svært at vurdere om patientens frygt er reel (fx forfulgte flygtninge og bandemedlemmer)
- Så længe en aktuel fare ikke kan afkræftes kan traumebehandling ikke gennemføres (evt. lidt adfærdsterapi i forhold til undgåelse)
- Hvis der er tale om paranoid psykose skal denne behandles primært

Andre udfordringer ift. ko-morbiditet

- ADHD
 - Kan ligne PTSD's alarmberedskab
 - Eksplosiv cocktail
 - Pas på udredning samtidig med PTSD
- Bipolar affektiv sindslidelse
 - Risiko for at episodiske stemningssvingninger udløses når PTSD trigges
 - Vigtigt at stabilisere inden traume-terapi
- F20-lidelse
 - Flere med skizotypisk sindslidelse
 - Traumer ætiologisk og som følge af livsstil / sårbarhed
 - Opmærksomhed på tænkningen, selv-forstyrrelser og disorganisering er vigtigt i diagnostik
 - Kan nok godt få traumebehandling, men obs. tankeforstyrrelser

Smerter og fysisk lidelse

- Høj prævalens af smerter
- Kan have flere årsager
 - Senfølge af ulykker og uheld, der udløste traumet
 - Generaliserede spændinger som følge af traumet
 - Somatoform smertetilstand
- Øget risiko for overforbrug af smertestillende
- Kan komplicere smertebehandling væsentligt
- Varierer fra patientgruppe til patientgruppe (fx traumatiserede flygtninge 99% mens væsentlig lavere bland incestofre)
- Det er vigtigt at være opmærksom på risikoen for traumatisk hjerneskade efter hovedtraume (uro, irritabilitet, tristhed, angst, søvnforstyrrelser, koncentrations- og hukommelsesbesvær)
- Øget prævalens af somatiske lidelser generelt

Særlige patientgrupper

Den transkulturelle patient

- Høj Co-morbiditet
- Andet kulturelt udtryk
- Behov for tolkning
- Akkumulerede traumer
- Immigrationsudfordringer
- Sociale problemstillinger
- Stigende problemstilling i DK
- Ikke alle af anden etnisk baggrund har traumer relateret til flygtningestatus
- Kompetencecenter for transkulturel psykiatri og almen psykiatrien

Incest-overlever

- Større hyppighed af komplekse traumereaktioner, dissociation, personlighedsforstyrrelse, misbrug, selvskade, spiseforstyrrelse m.m.
- Vigtig med transdiagnostisk indsats hvis muligt
- Opmærksomhed på tendens til genopblussen af symptomer ved nyere belastninger og perioder uden PTSD
- Kan blive henvist under andre diagnoser (fx personlighedsforstyrrelse)
- Kan behandles i særlige behandlingstilbud (SOB-behandling PCSt og PCK)

Krigsveteraner

- Primært mænd – identitet, sygdomstærskel og brug af behandlingstilbud
- Har haft mulighed for at forberede sig på traumer i et vist omfang – og har selv valgt det
- Såvel akkumulerede mindre traumer (DSM-5) og meget alvorlige traumer
- Flere mindre traumer og flere udsendelser kan såvel medføre overskridelse af grænse for sygdom, som større robusthed
- Forsinket PTSD er hyppigere
- Center for Katastrofe og krisepsykiatri / Veterancenteret

Hvad skal man være opmærksom på ved udredning

- Har patienten symptomer forenelige med PTSD?
- Har patienten flere traumer?
- Har patienten tendens til at dissociere?
- Er patienten indstillet på at arbejde med traumerne (og tale om dem)?
- Har patienten søvnforstyrrelser eller så forstyrrende symptomer at medicin er indiceret?
- Er der symptomer på kompleks PTSD?
- Hvad er patientens holdning til gruppe?
- Har patienten tidligere været i traumebehandling – og hvordan gik det?

Udredningsamtale (fortsat)

- Har patienten depression?
- Har patienten anden ko-morbiditet – og er dette udredt på relevant vis?
- Har patienten somatisk lidelse eller smerter?
 - Hvis ja, er det ordentligt udredt og er der forbrug af smertestillende?
- Har patienten uhensigtsmæssig coping-adfærd (selvskade, spiseforstyrrelse, misbrug, risikofyldt adfærd etc.)?
- Hvilke sociale og psykiske ressourcer har patienten?
- Er der kognitive problemer – og kan det påvirke terapien?

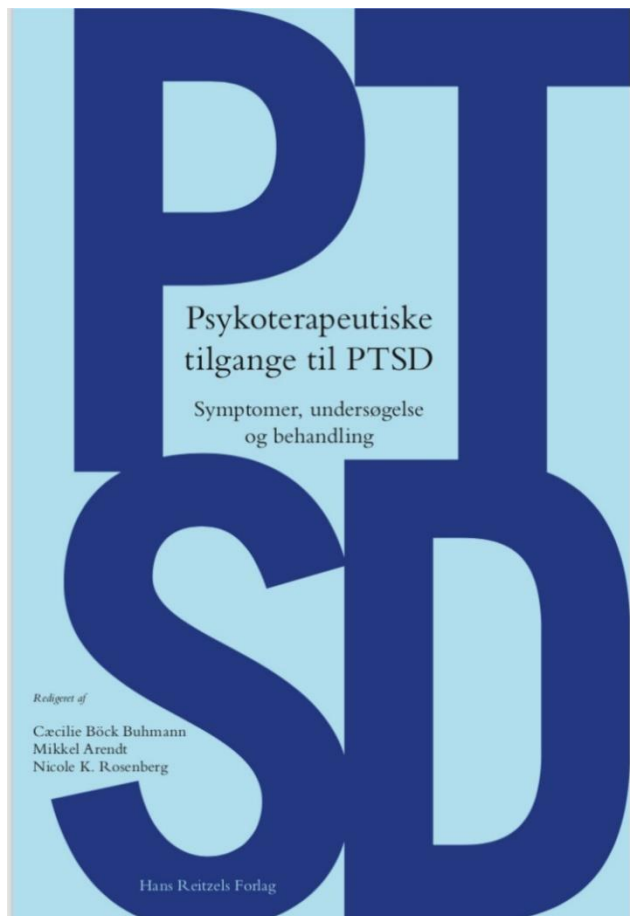
Psykopatologiske overvejelser af relevans for visitation til klinikken

- Hvis anden ko-morbiditet fylder væsentligt, bør dette behandles først
 - Moderat – svær depression
 - Bipolar affektiv sindslidelse
 - F20 lidelse og skizotypi
 - Spiseforstyrrelse
 - Emotionel Ustabil Personlighedsforstyrrelse med adfærdsforstyrrelser
 - OCD eller sygdomsangst af sværere grad
- Patienten skal være motiveret for at tale om sine traumer
- Smerter eller anden somatisk lidelse skal ikke være patientens primære klagepunkt
- Transkulturelle patienter og krigsveteraner skal primært behandles på specialklinikker
- Overvej om patienten kvalificerer til behandling i regionsfunktion på PCB

Inden for rammen af PTSD-pakkernes 20 sessioner

Hvem vil du invitere til behandling
og hvem vil du ikke?

Hvis du har mere interesse for emnet...



- Forskningsmuligheder
- Kontakt:
[caecilie.buhmann@regionh.
dk](mailto:caecilie.buhmann@regionh.dk)

Alarmeredskab og dissociation

Alarmeredskab

- Skab klare rammer og tryghed
 - Giv i det omfang det er muligt patienten indflydelse på så meget som muligt af hverdagen og rammerne omkring behandlingen
 - Start altid en samtale med at fortælle om formålet
 - Tjek med patienten om han har behov for tilpasning af de fysiske rammer for at føle sig tryk
- Arbejd med vejrtrækningen
- Beroligelse af kroppen
- Afledningsøvelser

Vejrtrækning

- Vores vejrtrækning er meget vigtig
- Vejrtrækningen er med til at "grounde", skabe nærvær og få kontakt med krop og følelser
- Når man bliver forskrækket, holder man vejret og får en vejrtrækning, hvor maven trækkes ind på indånding, eller vejret trækkes helt overfladisk i brystkassen
- En sund vejrtrækning indebærer, at maven bevæger sig ud på indåndingen og tilbage på udånding
- Indåndingen aktiverer det sympatiske (stress) nervesystem. Udånding aktiverer det parasympatiske system og hjælper kroppen til at slappe af

Vejrtrækningsøvelse

- Læg hånden på maven
- Træk vejret ”ned i maven”, således at hånden bevæger sig ud på indåndingen
- Tæl til 4 på indånding og 5-6 på udånding
- Sid sådan i 2 minutter med fokus på ind- og udåndingen
- Hvad bemærker du?
- Tab ikke modet, hvis det er svært – kroppen ved godt, hvad den skal, men skal lige mindes om det

Vejrtrækningsøvelse i ”firkant”

- Tegn en firkant (for dit indre blik)
- Start øverst til venstre: Træk vejret ind tæl til 4, mens du bevæger dig over til hjørnet øverst til højre
- Øverst til højre: Pust ud og tæl til 5, mens du bevæger dig ned til nederst til højre
- Nederst til højre: Træk vejret ind og bevæg dig til hjørnet nederst til venstre, mens du tæller til 4.
- Nederst til venstre: Pust ud og tæl til 5, mens du bevæger dig op til øverst til venstre.
- Start forfra

Søvn og Mareridt

- Almindelig god søvnhygiejne
 - Ikke kaffe og koffein efter kl 16
 - Køligt og mørkt lokale
 - Sluk for elektriske apparater
 - Drik varm mælk eller sløvende thé
- Særlige traumerelateret håndtering
 - Tænd lyset når du vågner efter mareridt
 - Skift stilling
 - Brug afledningsøvelser og øvelser mod dissociation
 - Dæmp alarmberedskab mest muligt inden søvn
- "Imagery rescripting"
 - At gendigte en anden slutning på de typiske mareridt
- Evt. medicinsk behandling men IKKE benzodiazepiner

Dissociation og dissociative lidelser

Definition af dissociation

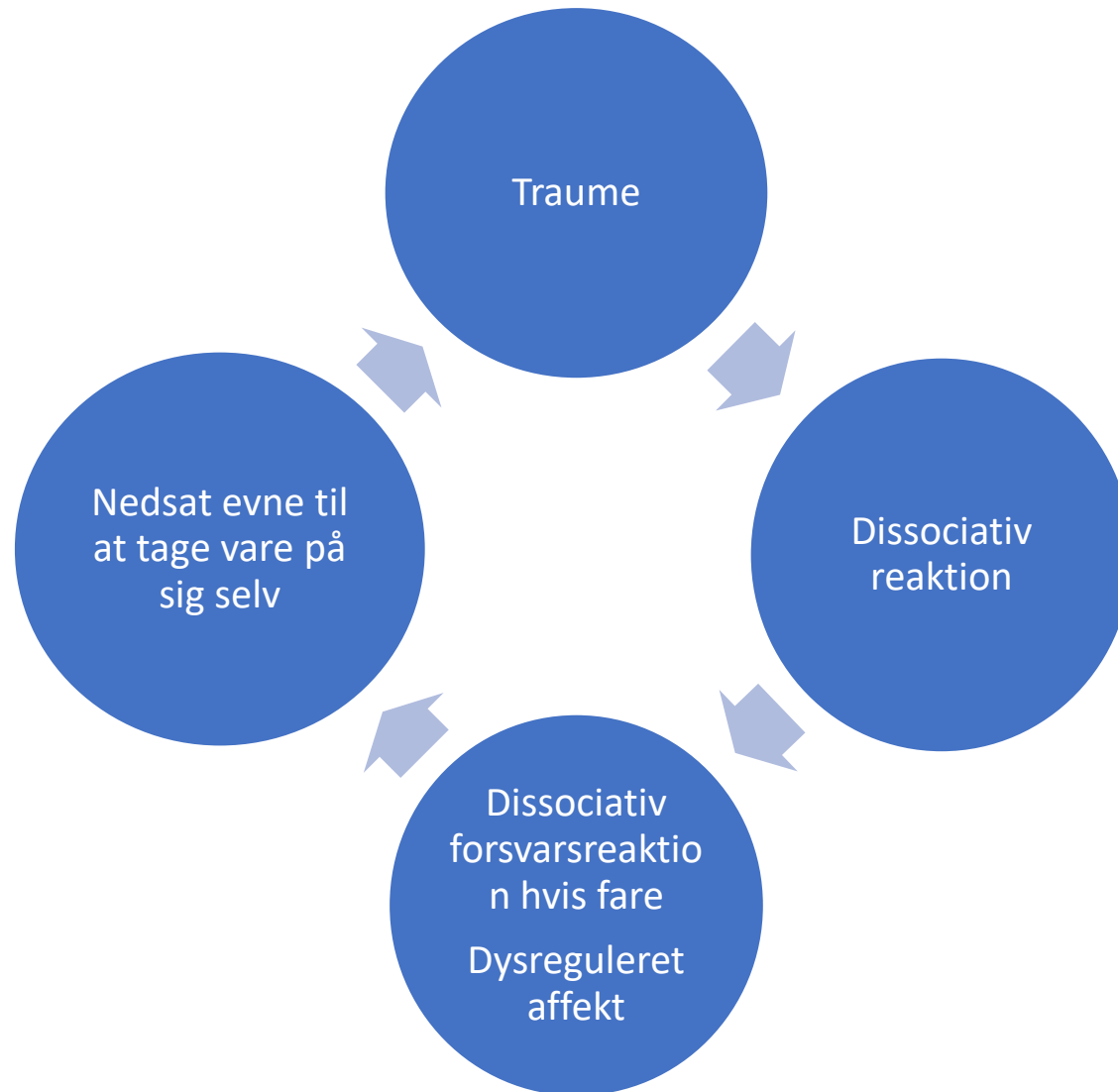
”Delvist eller fuldstændigt tab af den normale integration mellem erindring, identitetsbevidsthed, umiddelbare sanseoplevelser og beherskelsen af den legemlige motorik”

ICD-10

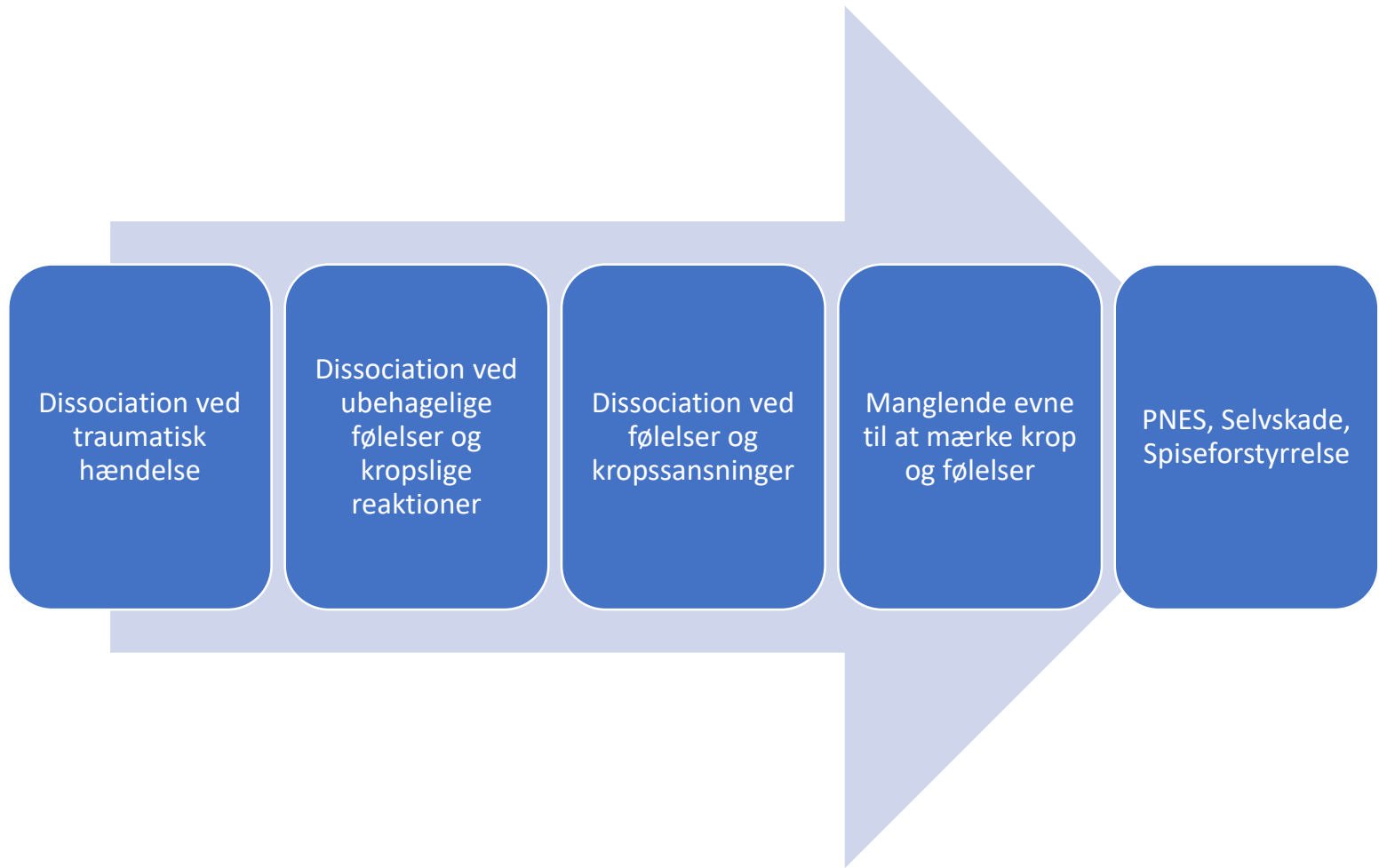
Dissociation er mange ting...

- Et symptom
- En gruppe af lidelser
- En forsvarsmekanisme

En ond cirkel



Dissociation og deraf afledte symptomer



Dissociative symptomer

- **Psykoforme**

- *Negative:*

- Amnesi
- Depersonalisation
- Emotionel anæstesi

- *Positive:*

- Flashbacks på alle sansemodaliteter
- Genoplevelse af traume: affektive og kognitive komponenter

- **Somatoforme**

- *Negative:*

- Analgesi
- Somatisk anæstesi
- Motorisk hæmning

- *Positive:*

- Lokaliseret smerte
- Genoplevelse af traume: kropslige komponenter

Tegn på dissociation i klinikken

- Uvirkelighedsfornemmelse
- Ser ting udefra
- Kan ikke huske detaljer
- Kan ikke mærke noget
- Svimmel
- Kvalme
- "Mental"
- Fryser
- Fraværende
- "Spaced out"

Dissociative lidelser

- Dissociativ amnesi
- Dissociativ fugue
- Dissociativ stupor
- Dissociative trance- og besættelsestilstande
- Dissociative bevægelsesforstyrrelser
- Dissociative kramper (PNES = psykogen non-epileptiske kramper)
- Dissociative sanseforstyrrelser
- Blandede dissociative tilstande
- Multipel personlighed
- Gansers syndrom ("Pseudodemens": Svarer forkert)

Dissociation eller psykose?

- Nogle traumepatienter har flashbacks på andre sansemodaliteter end synet
- Hårfin grænse mellem dissociativt symptom og en hallucination
- Spektrum fra vagtsomhed over mistillid og mistro til paranoia (psykotisk)
- 10% af traumatiserede flygtninge behandlet for PTSD har traumerelaterede hallucinationer (eller er det dissociation?)
- Kan PTSD være dissociativ (DSM-5) ...eller psykotisk...?

Falske minder...?

- Dissociativ komponent
- Forskning bekræfter at patienter med såvel barndoms- som voksentraumer kan have delvis eller hel amnesi for hændelserne
- Alle minder er et narrativ (en fortælling / en konstrueret virkelighed)
- Træd varsomt
- Der er ofte ”noget om det”
- Kun hvad patientens system er klar til
- Vær påpasselig med OCD-patienter

Case 1

- 41 årig kvinde, alene med datter på 5.
- Barndom præget af fysisk og psykisk vold samt meget voldelige seksuelle overgreb. Er flere gange truet med kniv eller jagt gevær ifm overgreb. Krænket af far. Mor har et par gange overværet volden og overgrebene.
- PTSD med regelmæssige flashbacks og mareridt. Sover meget dårligt. Koncentrations- og hukommelsesproblemer.
- Udtalt dissociationstendens. "Ud af kroppen"-oplevelser. Mærker ikke kroppen. Mærker ikke følelser. Ved ofte ikke hvordan hun er kommet fra A til B.
- Motorisk meget urolig. Piller ved sit tøj eller andre ting. "Skjuler sig/ beskytter sig" bag sin jakke, der ligger på skødet.
- Har ikke klaret at gennemføre uddannelse pga. koncentrationsproblemer.

Case 2

- 52-årig kvinde henvender sig med paræstesier og bevægeforstyrrelser i den ene overekstremitet
- Husker ingen traumer
- Er opvokset i dysfunktionel familie præget af alkoholmisbrug
- Har tendens til dissociation i samtalen
- Husker ikke sin barndom i starten af terapien
- Arbejder i terapien med flere traumerelaterede temaer (at være fanget, mistillid, kontrol, sikkerhed etc.)
- Har tendens til øget alarmberedskab og undgåelse
- Er patienten traumatiseret?

Overordnede behandlingsprincipper

- At lære patienten at genkende dissociation
- At lære patienten at blive i nuet, når tendens til dissociation opstår
- At lære patienten at tolerere fysisk og psykisk ubehag
- At bearbejde traumet ved genfortælling
- At finde alternative løsningsstrategier som er mindre skadende for patient end fx selvskade og spiseforstyrrelser

At lære patienten at genkende dissociation

- Psykoedukation
- Normalisering
- Opfordre patienten til at være nysgerrig overfor egne reaktioner

At lære patienten at blive i nuet

- Dæmpe forhøjet alarmberedskab
 - Vejrtrækning
 - Beskrive noget man ser
 - Tælle mursten
 - Tælle andet
 - Tænde lyset ved mareridt
 - Øvelser med kroppen som at klappe sig eller ryste eller stampe eller gnide sig på ben
 - Lytte til lyde
 - Tale om neutralt emne
- Øvelse

At lære patienten at tolerere fysisk og psykisk ubehag

- DAT metoder eller Skills Training in Affect regulation and Interpersonal Relationships (STAIR)
- Eksponering for triggere og øvelse i diskrimination
- Eksponering for fysiske og psykiske reaktioner

Uhensigtsmæssig coping

- Misbrug (inkl. beroligende og smertestillende)
- Tvangshandlinger
- Spiseforstyrrelser
- Selvskade
- Overmotionering
- Risikofyldt adfærd inkl. pågående fare

At finde alternative løsningsstrategier på uhensigtsmæssig adfærd

- Identificere årsagen til uhensigtsmæssig adfærd
- Der er forskellige grunde til adfærden
 - Kan ikke mærke det og opdager det dermed ikke
 - Gør det for at kunne mærke noget
 - Straffende grundet dysfunktionelle tanker om sig selv
- Ud fra kendskab til årsagen kan der findes alternativer, som er mindre skadelige fx knuge en sten, bevæge sig, faste måltider etc.