



# PTSD og traumereaktioner

En indføring i diagnostikken af traumereaktioner,  
herunder PTSD, kompleks PTSD, og dissociative tilstande

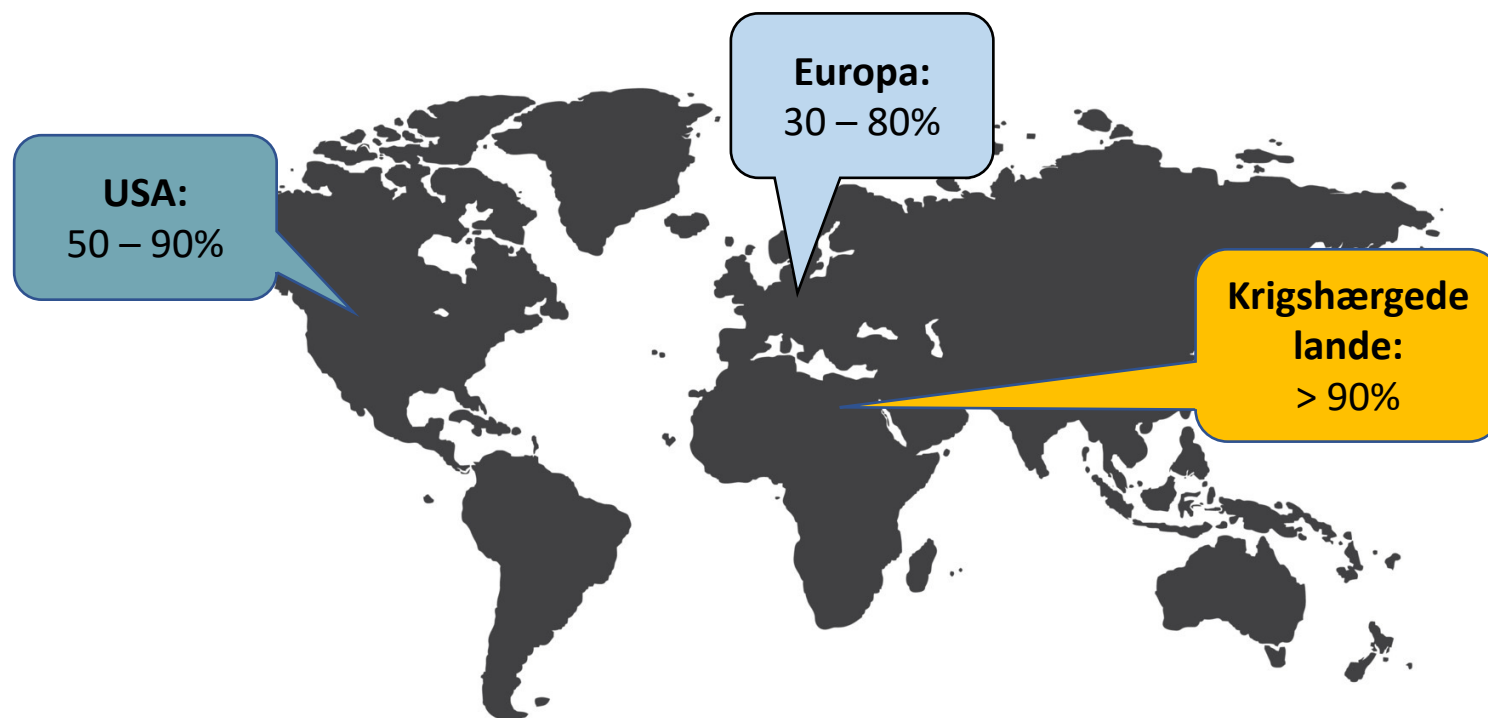
Af Cæcilie Böck Buhmann, speciallæge i psykiatri

# 1. DEL

Forekomsten af traumer

# HVOR MANGE HAR TRAUMER?

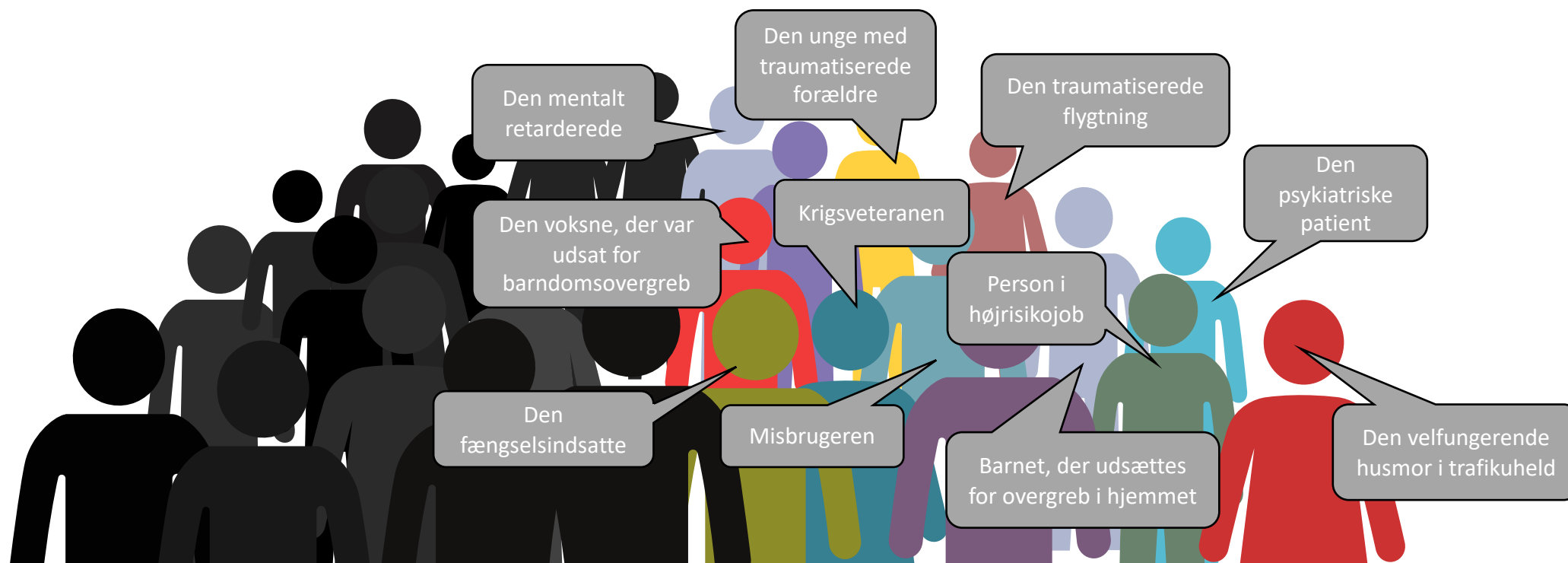
---



Ikke nemt at fastslå, da det afhænger af målemetode og befolkningen der undersøges

# HVEM OPLEVER TRAUMER

- Ca. halvdelen af befolkningen i Danmark har oplevet traumer



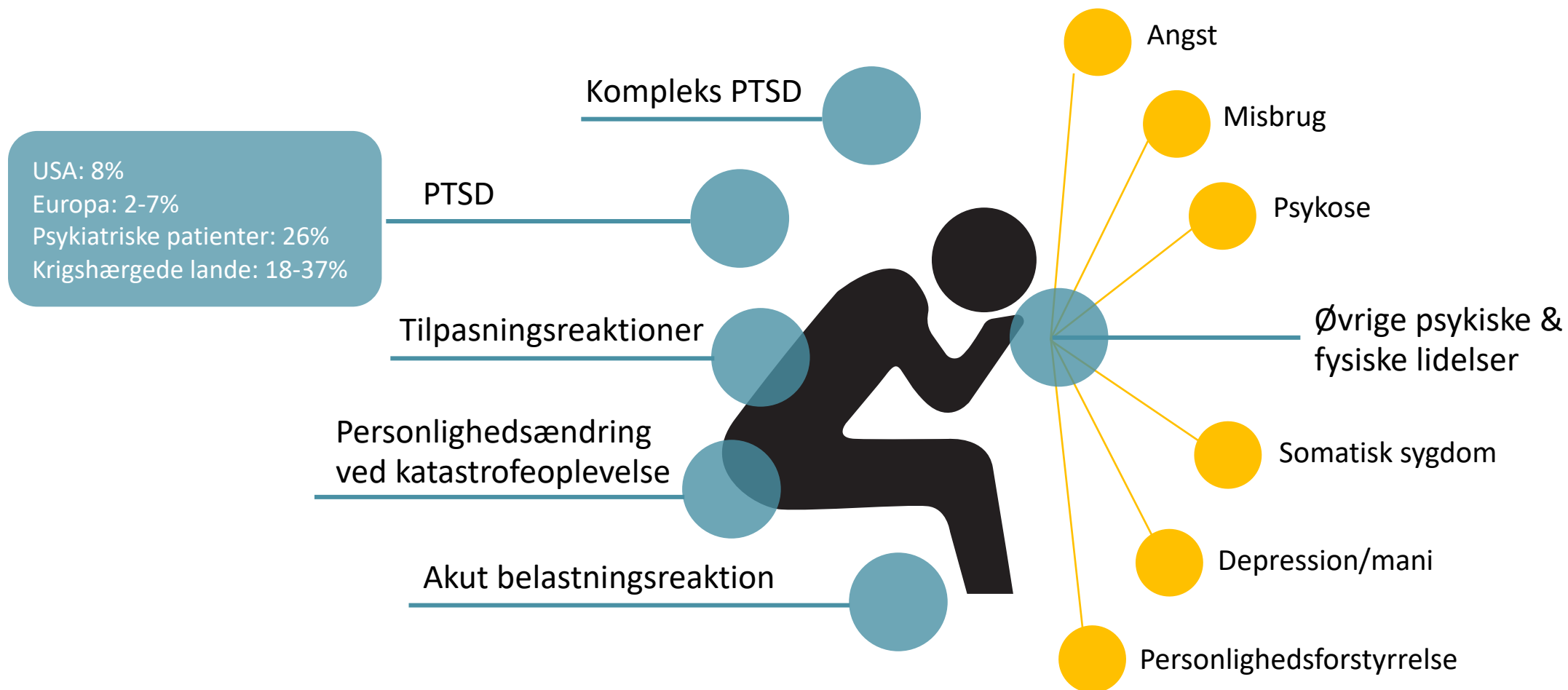
Data fra DanFund 2019

# RISIKOFAKTORER

Faktorer af betydning for udvikling af PTSD

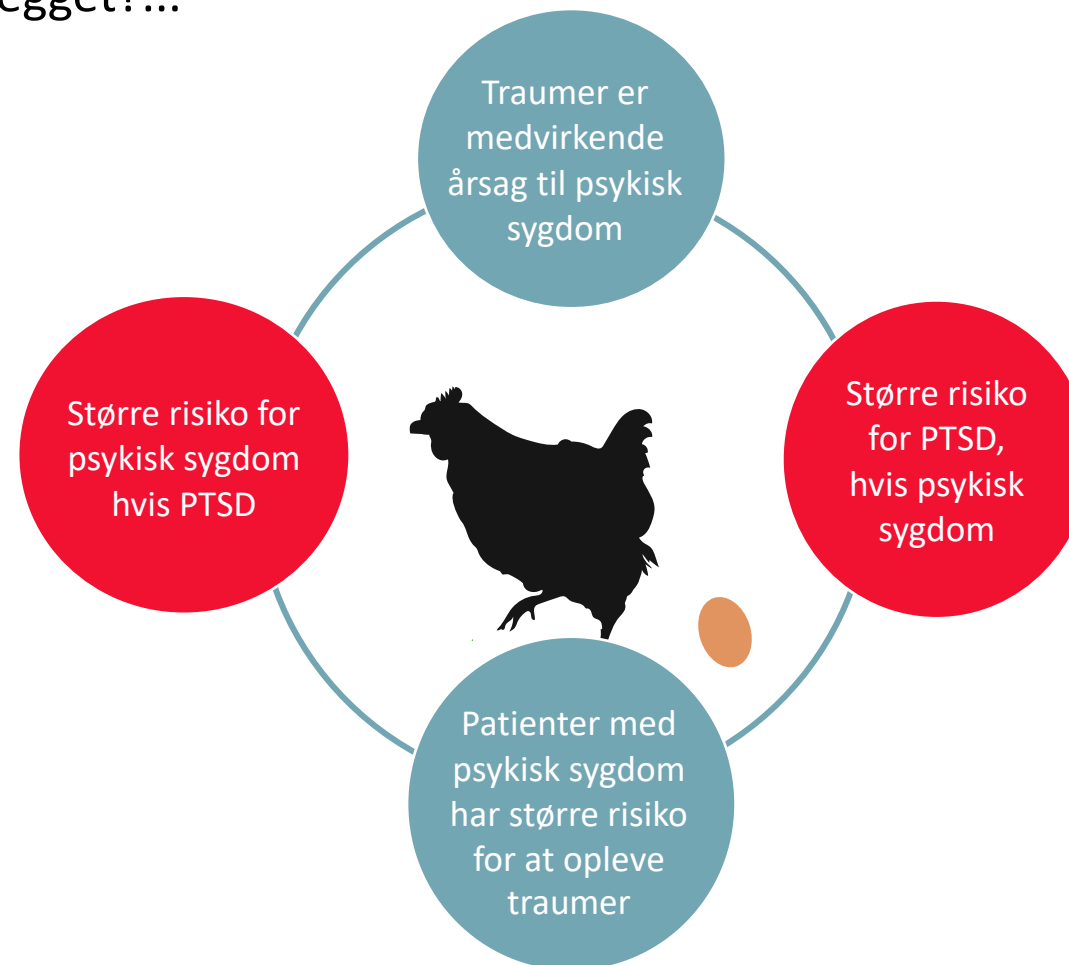


# KONSEKVENSER AF TRAUMER



# TRAUMER, PSYKISK SYGDOM OG PTSD


Hvad er hønen og ægget?...



## VIDEN OM TRAUMER

---

Hvad ved vi om forekomsten af traumer og PTSD hos psykiatriske patienter...?



I amerikanske studier anslås det, at 49-100% af patienter med svær psykiatrisk lidelse har været udsat for traumer (men studierne er af ældre dato).

Det anslås at PTSD-prævalensen er op til 50% blandt patienter med svær psykiatrisk lidelse.

- Mere komplicerede sygdomsforløb
- Mindre effekt af behandling
- Større risiko for udadreagerende adfærd
- Større brug af sundhedsydelser
- Højere forekomst af misbrug og selvdestruktiv adfærd



## REFLEKTIONSØVELSE

---

*Der vil undervejs i kurset være indlagt spørgsmål og refleksionsøvelser. Hvis du har mulighed for at drøfte disse med en kollega, vil det øge dit udbytte. Brug ellers tiden på at skrive ned på et papir inden du går videre med kurset, da øvelserne hjælper med at omsætte stoffet i praksis og derfor er en væsentlig del af din læring.*

*Til nogle af øvelserne, vil det være en fordel, at du har en konkret patient i tankerne. Brug et par minutter på nu, at tænke på en patient, som har oplevet traumer og har en psykisk reaktion (fx PTSD) herpå.*

## REFLEKTIONSØVELSE

---

- Hvor mange patienter i din praksis har oplevet traumer?
- Ved du det eller gætter du?
- Har du selv traumer med i bagagen, og hvordan påvirker de (potentielt) din kliniske praksis?

# 2. DEL

## Traumereaktionen

# PSYKOPATOLOGIEN

---



## ICD-10

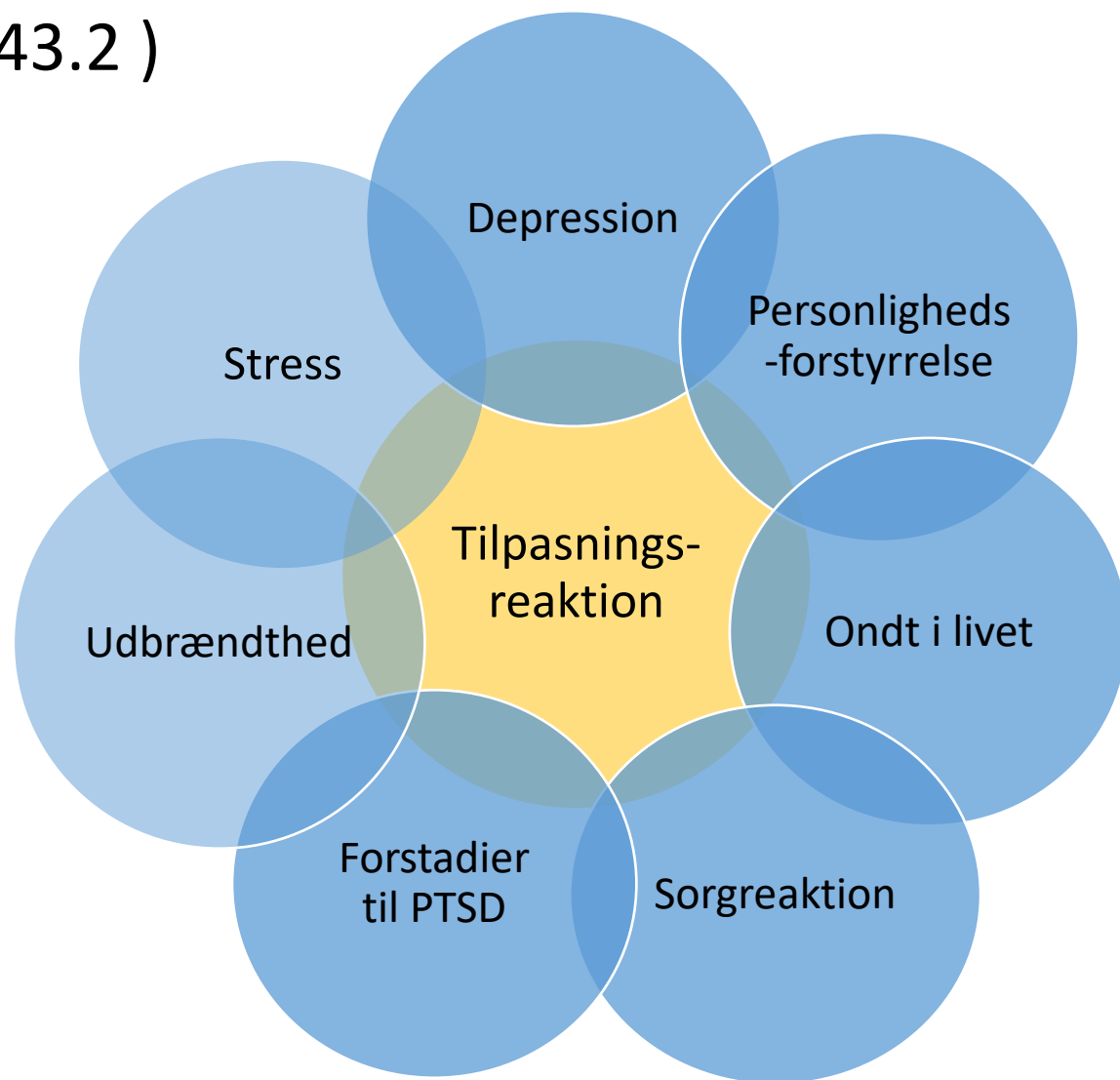
- PTSD
- Belastningsreaktion
- Tilpasningsreaktion
- Varig personlighedsændring efter katastrofeoplevelse
- Dissociative lidelser

## Andre

- Kompleks PTSD
- Psykotisk PTSD
- Dissociativ PTSD

## TILPASNINGSREAKTION (F 43.2 )

- Traume eller belastning der ikke er af katastrofekarakter - inden for en måned
  - Emotionelle og adfærdsmæssige symptomer
  - Opfylder ikke kriterier for anden lidelse
- Dækker meget bred vifte af problemstillinger
- I tiltagende grad kronisk og årsag til erhvervsevnetab



## 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 mindst to af følgende:
  - ind- el. gennemsovningsbesvær
  - irritabilitet el. vredesudbrud
  - koncentrationsbesvær
  - Øget vagtsomhed
  - tilbøjelighed til sammenfaren

E. Optræder inden for 6 måneder efter den traumatiske oplevelse

---

# GENOLEVELSER

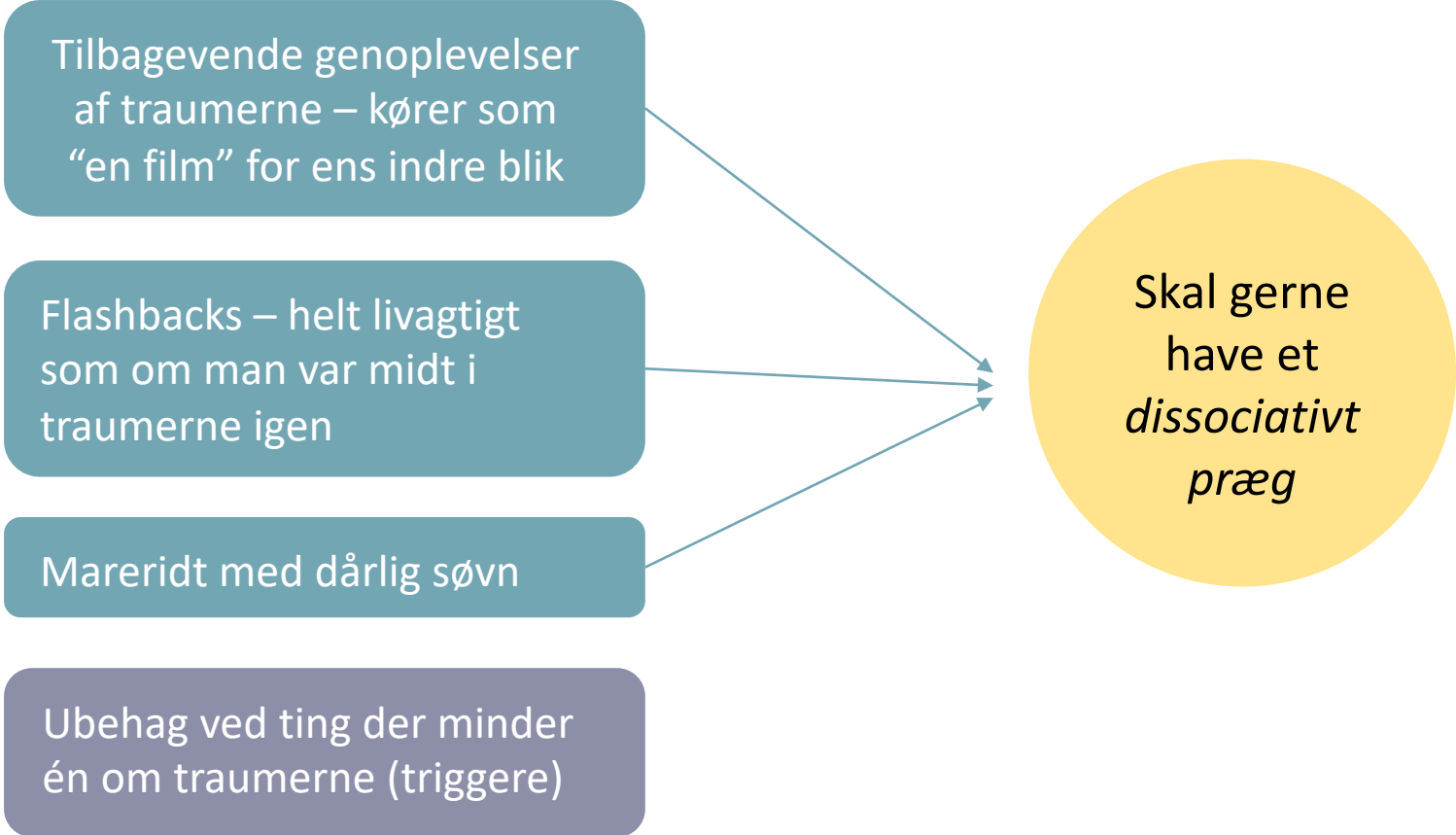
---

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

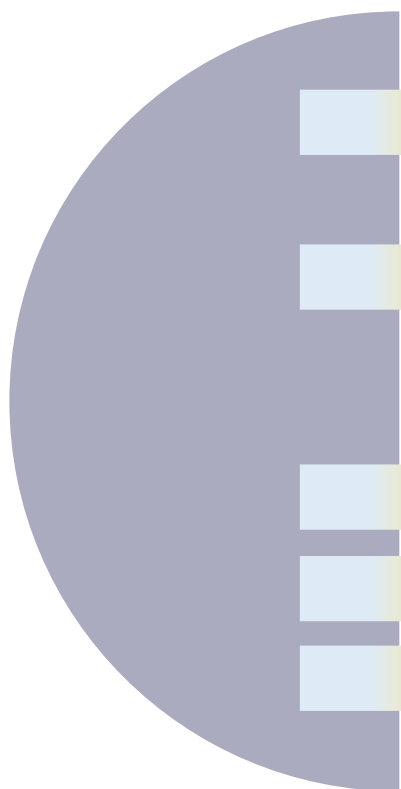
Ubehag ved ting der minder  
én om traumerne (triggere)



Skal gerne  
have et  
*dissociativt*  
*præg*

# UNDGÅELESADFÆRD

---



- Forsøg på at undgå alt hvad der kan minde én om traumerne – indre og ydre triggere
- Undgår for mange sansestimuli: Situationer, steder, personer, aktiviteter, kropstillinger, følelser, tanker
- Isolationstendens
- Følelsesmæssigt “lukke sig inde” i sig selv
- Hæmmer funktionsniveau



## 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

# HÅNDTERING AF ALARMBEREDSKAB

---

...i det terapeutiske rum

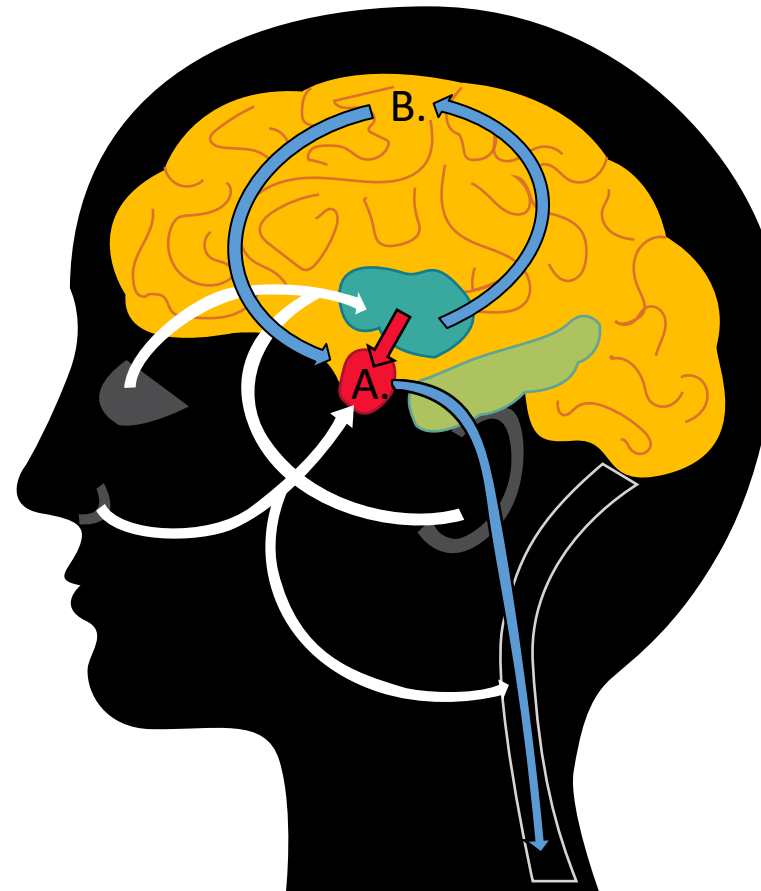
- Tænk over hvordan det terapeutiske rum er indrettet
- Tjek med patienten om han/hun har behov for tilpasning af de fysiske rammer for at føle sig tryk
- Hvordan sidder patienten i lokalet? Typisk er det en dårlig ide at sidde med ryggen til døren
- Undgå fysisk berøring fx hånden på skulderen
- Overvej hvordan alarmberedskabet er i spil inden terapi

# THE “HIGH” ROAD & THE “LOW” ROAD

Joseph LeDoux: The Emotional Brain



- A. “The low road”
- B. “The high road”



- Cortex  
“Storehjernen”
- Hypothalamus
- Amygdala
- Hippocampus

## TIDS- OG TRAUMEKRITERIERNE

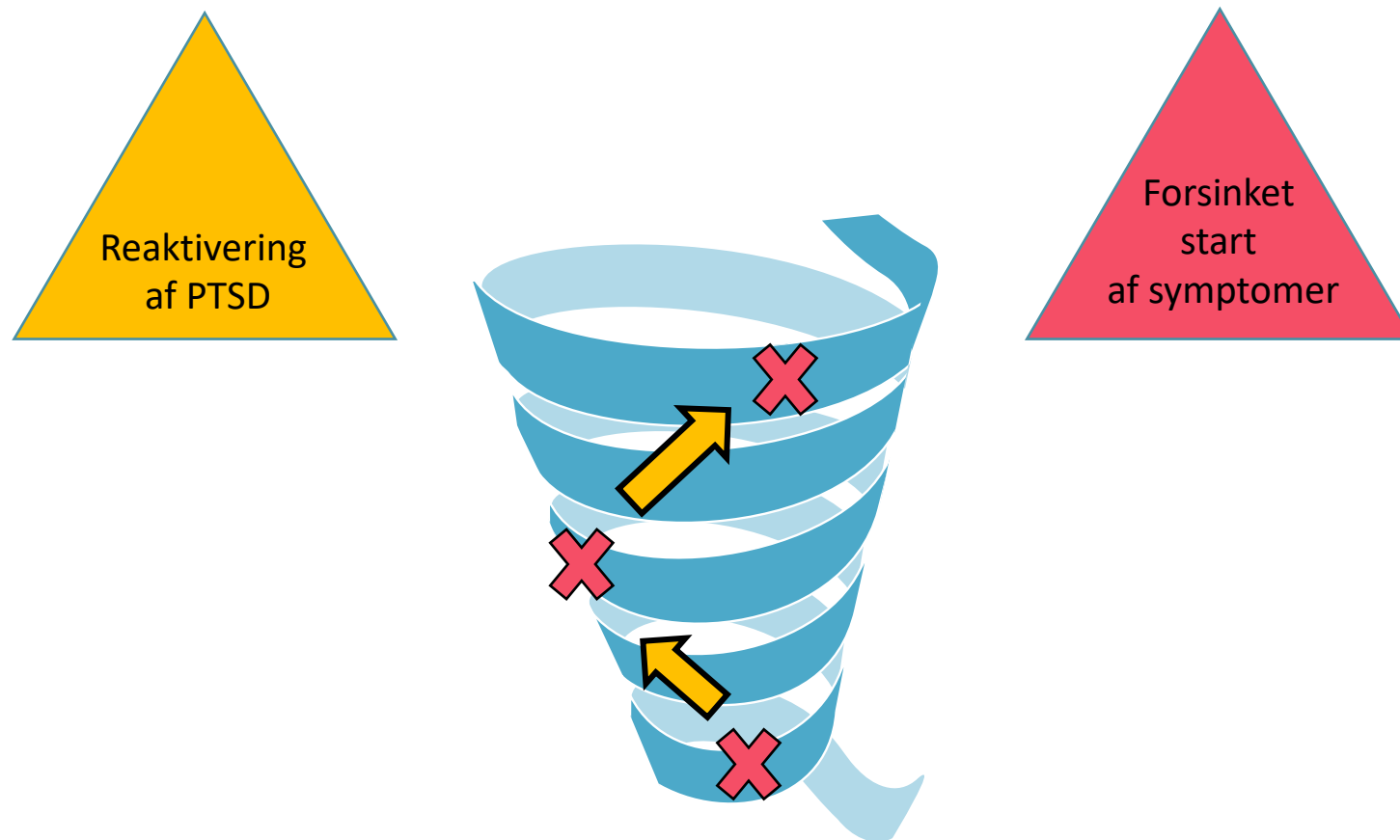
---

- 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

# TRAUMESPIRALEN

---

Sammenhængen mellem gamle og nye traumer



# 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**
- Patienten kan ikke skelne den aktuelle situation (negativ livsbegivenhed eller mindre belastning) fra livsfare associeret med oprindeligt traume

# TENDENSER I PSYKOPATOLOGISK FORSTÅELSE

---

- DSM-5 og ICD-11 i to forskellige retninger
- Forståelse af traumet
- Kunne skelne fra andre tilstande
- Samles i gruppe for sig (adskilt fra angstlidelser)
- Diagnoser for komplekse reaktioner (DESNOS, kompleks PTSD...)
- Opmærksomhed på dissociation (dissociativ type i DSM-5)
- Diskussion af om der kan forekomme psykotiske symptomer
- Ny diagnose for komplekse sorgreaktioner
- Akut belastningsreaktion udtryk for forstadie eller normalt tilstand?
- Hvordan kan tilpasningsreaktion ophøre med at være "skraldespandsdiagnose"
- Betydningen af funktionsniveau

# UDFORDRINGER

---

... som følge af diagnostisk udvikling

- Samlere (ICD-11) og spredere (DSM-5)
  - Identificere det unikke ved tilstanden eller mindske co-morbiditet
- Mere end 600.000 kombinationer af DSM-5 kriterierne
- Relativt stor forskel mellem ICD-10, ICD-11, DSM-IV og DSM-5, når appliceret på samme population
- Stor udfordring i forhold til forskning og rating
- Hvad skal vi vælge i Danmark?



# PTSD – DSM-5

---

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

Direkte

Vidne

Høre om fra andre

”First responders”

## 2. Invaderende symptomer (1)

Erindringer

Flashbacks (dissociativ)

Mareridt

Ubehag ved stimuli ved påmindelser

Fysiologisk reaktion ved påmindelser

## 3. Undgåelsessymptomer (1)

Undgåelse af indre stimuli som tanker og følelser

Undgåelse af ydre stimuli som mennesker og steder og aktiviteter

## 4. Negative ændringer i kognition (2)

Amnesi for traumet

Negative antagelser om selv og verden

Negative følelser som frygt, vrede, skyld og skam relateret til traumet

Social isolation

Fremmedgjorthed

Forvrænget traumeforståelse

Vedvarende glædesløshed

## 5. Ændringer i reaktivitet (2)

Søvn

Irritabilitet

Selvdestruktivitet

Vagtsomhed

Sammenfaren

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.

## 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

---

## 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 paranoid skizofreni
- Massivt behandlet med antipsykotika x flere, antidepressiva, benzodiazepiner og stemningsstabiliserende
- F20-diagnosen frafaldes 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
- Har symptomer på PTSD med hyperarousal, flashbacks og mareridt
- Væsentlig bedring efter opstart af psykoterapi, seponering af medicin og ændring af diagnose
- Fået egen lejlighed og afsluttes i behandling efter forholdsvis kort traumeterapeutisk forløb efter eget ønske

## CASE – KOMPLEKS PTSD

---

- 31-årig kvinde vokset op i hjem præget af vold, seksuelle overgreb og omsorgssvigt
- Forlod hjemmet som 12-årig og kom ind i miljø med hashmisbrug
- Første gang indlagt som 15-årig og fik efter nogle år stillet skizofrenidiagnose
- Mange og langvarige indlæggelser i psykiatrisk regi de næste 15 år og ophold på socialpsykiatriske bosteder
- Massivt behandlet med antipsykotika fx flere antidepressiva, benzodiazepiner og stemningsstabiliserende
- Efter skift til voksenpsykiatri ændres diagnosen til emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse
- Diagnose ændres til kompleks PTSD da hun er 30. Hun sættes i behandling herfor og stopper medicin. Kan bo i egen bolig og har en kæreste
- Fortsætter med at have nogle PTSD symptomer og perioder med selvskade og selvmordsadfærd som kræver indlæggelse, men disse er væsentlig færre

## CASE – fortsat

ITQ Rating for kompleks PTSD (skala fra 0-4)

Hvor godt passer det på dig?	Rating		
Jeg reagerer stærkt på ting, som ikke synes at påvirke andre særligt meget.	4	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
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
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 synes det er hårdt at være følelsesmæssigt tæt på andre.	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?



## REFLEKTIONSØVELSER

---

*Reflekter over følgende inden du går videre med kurset:*

- Genkender du PTSD symptomerne hos dine patienter? Hvilke? Er der nogen patienter, hvor du kunne have overset PTSD?
- Kan du genkende nogen af symptomerne på kompleks PTSD eller varig personlighedsforstyrrelse efter katastrofeoplevelse hos dine patienter? Kan du skelne de to hos patienterne?
- Hvis to – øv jer i at udspørge hinanden om PTSD-symptomer. Brug evt. spørgsmålene på næste slide.

# SPØRGSMÅL

---

- til afklaring af PTSD symptomer

- Har du nogensinde været udsat for alvorlige traumer som fx vold, seksuelle overgreb eller alvorlige ulykker?
- Genoplever du traumerne enten i dine drømme eller når du er vågen, ved fx at se hændelserne igen og igen for dit indre blik?
- Er der ting du undgår, fordi det minder dig om traumerne, fx steder, mennesker, TV-udsendelser eller bestemte aktiviteter?
- Prøver du at lade være med at tænke på traumerne?
- Er der dele af dit liv eller af de traumatiske hændelser, som du ikke husker så godt?
- Oplever du, at du hele tiden er på vagt og skanner dine omgivelser?
- Har du en tendens til nemt at blive forskrækket eller fare sammen fx ved en pludselig lyd eller bevægelse?
- Kan du blive vred eller voldelig, når du bliver forskrækket?

# 3. DEL

Dissociation

# DISSOCIATIVE LIDELSER

---

- De fleste med PTSD har dissociative symptomer
- Mange med PTSD dissocierer i kontakten
- Prævalensen af dissociative lidelser (ICD-10) er ukendt
- Nogle eksperter mener der altid vil være traumerelation (men umuligt at verificere)
- USA: primært multipel personlighedsforstyrrelse
- Tidligere barndomstraumer kan pege på dissociation
- En del patienter henvender sig i somatikken og liaison-psykiatrien med dissociative bevægelsesforstyrrelser og kramper uden at huske traume
- Kan med fordel behandles som den somatiske pendant (genoptræning etc.)

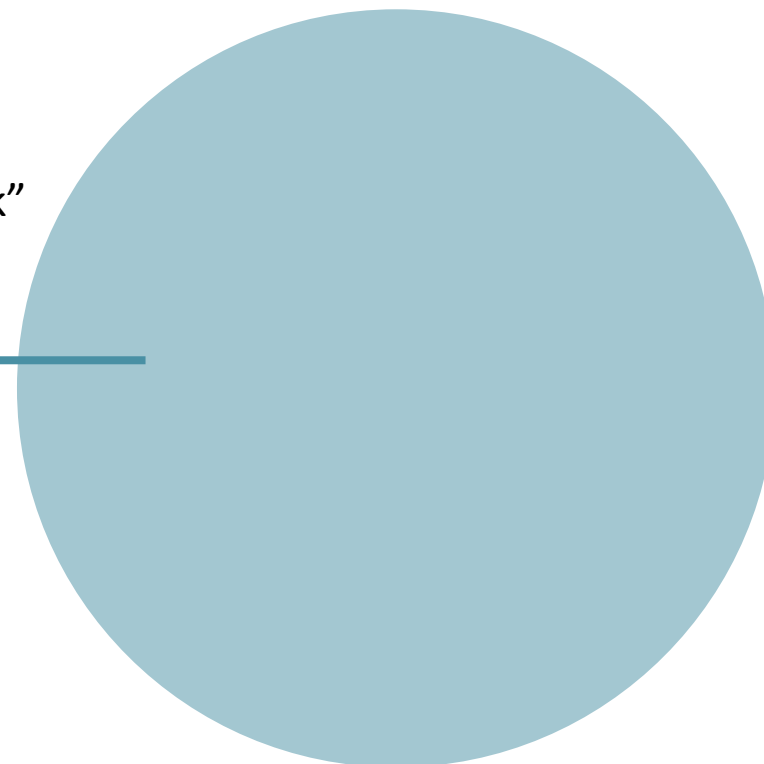
# DEFINITION AF DISSOCIATION

---

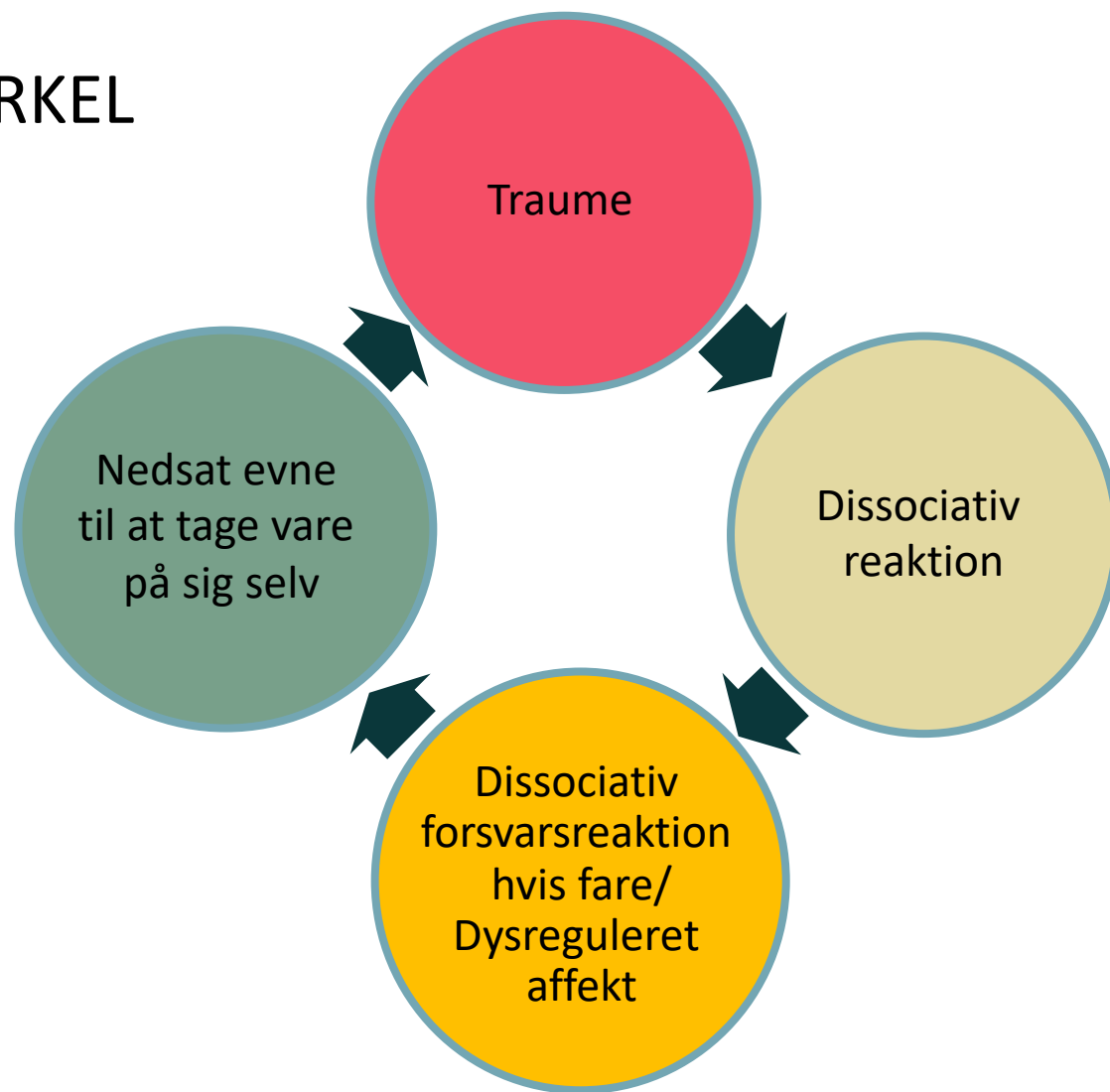
”Delvist eller fuldstændigt tab af den normale integration mellem erindring, identitetsbevidsthed, umiddelbare sanseoplevelser og beherskelsen af den legemlige motorik”  
*ICD-10*

---

- Et symptom
- En gruppe af lidelser
- En forsvarsmekanisme

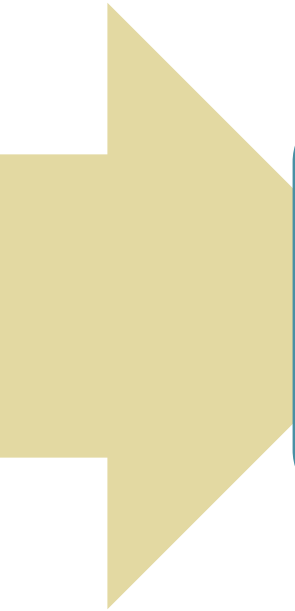


# EN OND CIRKEL



# DISSOCIATION

... og afledte symptomer



Dissociation  
ved traumatisk  
hændelse

Dissociation  
ved ubehagelige  
følelser og  
kropslige  
reaktioner

Dissociation  
ved følelser og  
kropssansninger

Manglende  
evne til at  
mærke krop  
og følelser

PNES,  
Selvskade,  
Spiseforstyrrelse

# 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



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

## DISSOCIATIVE LIDELSER (ICD-10 F44)

---

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)

---

## 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

## REFLEKTIONSØVELSE

---

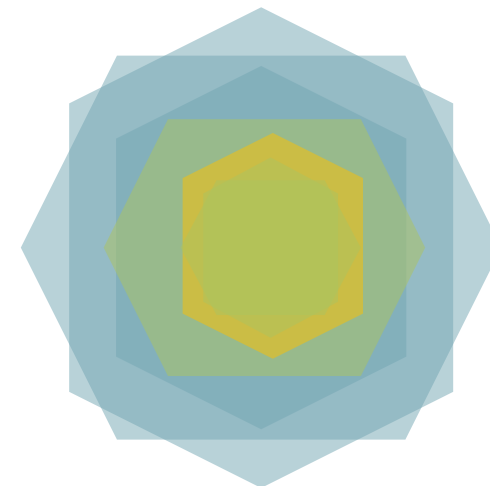
*Reflekter over følgende inden du går videre med kurset:*

- Genkender du typen af patienter?
- Kan du tænke på en konkret? Hvad tror du de/den patient fejler?
- Hvilke tegn er der på dissociation?

## CASE

---

- 41 årig kvinde, alene med datter på 5 år
- Barndom præget af fysisk og psykisk vold samt meget voldelige seksuelle overgreb. Er flere gange truet med kniv eller jagtgevær 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



# SPØRGSMÅL

---

*Stop videoen og reflekter over spørgsmålene. Det kan fx være en god ide, at skrive dine svar ned inden du går videre med kurset. Spørgsmålene hjælper med at omsætte stoffet i praksis og er derfor en væsentlig del af din læring.*

- Vil du gerne have yderligere information – hvilken?
- Hvad fejler hun?
- Hvilke differentialdiagnoser kunne du overveje?

## SVAR

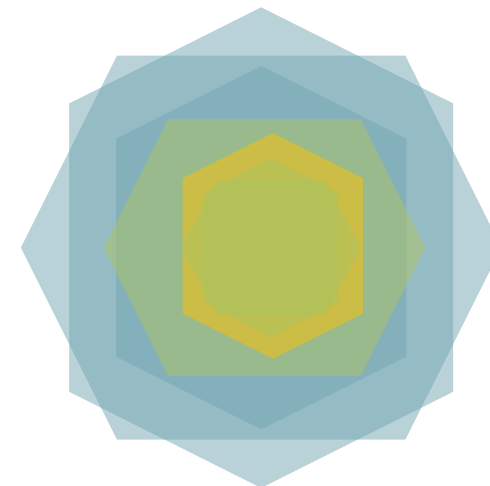
---

- Der mangler i casen oplysninger om undgåelsesadfærd, og tillige kunne man være interesseret i informationer om dysregulering af affekt, nedsat selvværd og interpersonelle udfordringer, da man ud fra traumehistorik og tendensen til dissociation kunne mistænke kompleks PTSD.
- I fald patienten har ovenstående symptomer, er der tale om kompleks PTSD med udtalte dissociative symptomer.
- Man kan overveje om patienten, i tillæg hertil, har en dissociativ (F44) diagnose fx dissociativ fugue.

## CASE

---

- 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





# SPØRGSMÅL

---

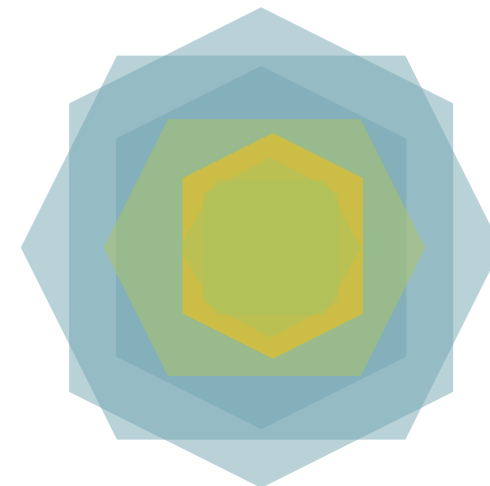
*Stop videoen og reflekter over spørgsmålene. Det kan fx være en god ide, at skrive dine svar ned inden du går videre med kurset. Spørgsmålene hjælper med at omsætte stoffet i praksis og er derfor en væsentlig del af din læring.*

- Er det er traumatiseret patient?
- Skal man “lede” efter traumer? Hvilke metoder vil du bruge for at hjælpe denne patient?

## CASE

---

- 19-årig mand af irakisk herkomst ses på tilsyn på brandsårsafdelingen efter at have sat ild til sig selv
- Har ikke tidligere haft kontakt til psykiatrien
- Beskriver at have en person inden i ham, der styrer ham, som hedder "Jan"
- "Jan" har sat ild til ham og har ved en tidligere lejlighed bundet ham med tape til togskinnerne på den lokale station
- Han husker ikke selve hændelserne, da han gør skade på sig selv
- Beskriver ikke hallucinationer og kan ikke føre samtale med "jan". Han selv og "jan" er til stede på forskellige tidspunkter



# SPØRGSMÅL

---

*Stop videoen og reflekter over spørgsmålene. Det kan fx være en god ide, at skrive dine svar ned inden du går videre med kurset. Spørgsmålene hjælper med at omsætte stoffet i praksis og er derfor en væsentlig del af din læring.*

- Har patienten multipel personlighedsforstyrrelse eller er det en psykose?
- Hvad lægger du vægt på i din vurdering af ovenstående?
- Mangler du informationer?

## 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...?

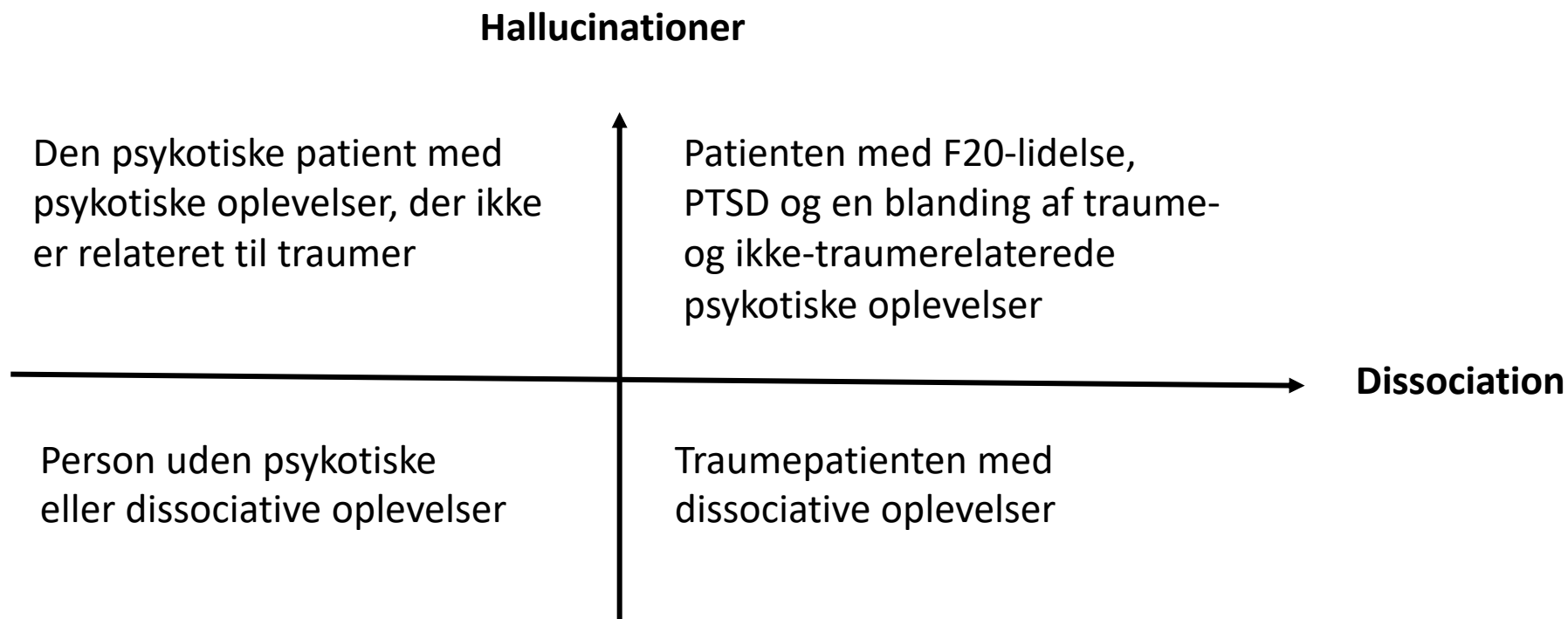
**Et spektrum:**



# HALLUCINATION / DISSOCIATION

---

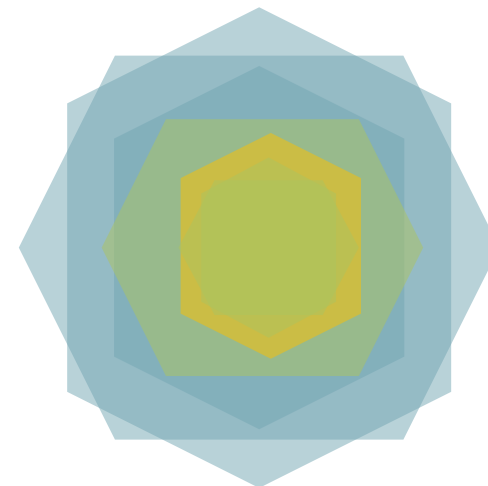
Kan patienter med psykose dissociere?



## CASE

---

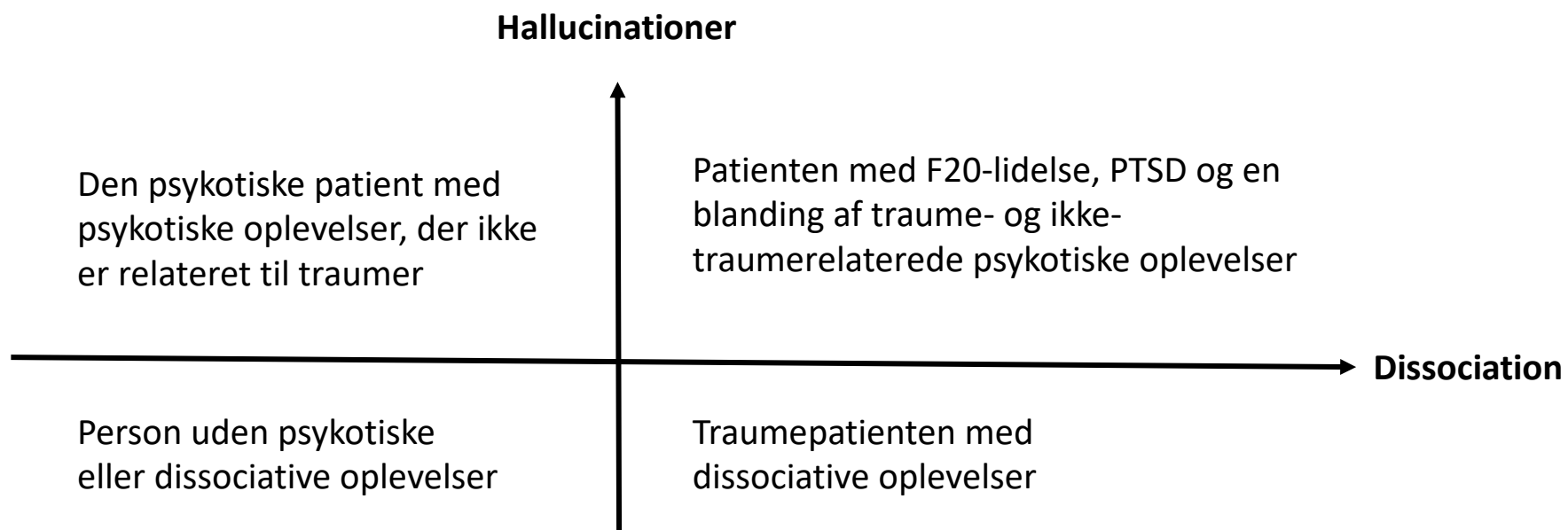
- 24-årig kvinde kendt med paranoid skizofreni. Begyndte at høre stemmer i 14-års alderen
- Historie med seksuelle overgreb – første gang som 13-årig
- Har symptomer på PTSD, der især knytter sig til voldtægt som 23-årig
- Oplever at kunne lugte mandeparfume, ser mænd hun kender fx far og hans venner, mener mændene efterstræber hende, tror hun er blevet voldtaget. Ser blod og insekter
- Responderer ikke på medicinsk behandling. Kun nogen effekt af ECT.
- Er for psykotisk til at kunne tage imod decideret traumefokuseret terapi



# SPØRGSMÅL

---

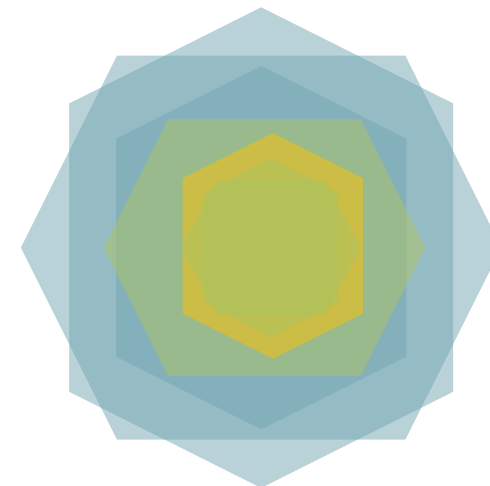
- Hvilke symptomer er genoplevelser og hvilke er psykotiske oplevelse?
- Prøv at placere symptomerne på koordinatsystemet



## CASE

---

- 34-årig palæstinenser, der primært er vokset op i flygtningelejr i Libanon
- Har oplevet multiple traumer som barn
- Debuterer med skizofreni som 21-årig efter ankomst til Danmark
- Taler godt dansk og er velintegreret
- Tror bl.a. han kan stoppe togene med hænderne og står i psykotisk tilstand på togskeer. Dette i sig selv opleves som en traumatisk hændelse
- Har symptomer på PTSD relateret til krigstraumer
- Oplever bandekriminalitet i Danmark og oplever sig i den sammenhæng efterstræbt





# SPØRGSMÅL

---

- Hvilke symptomer er psykotiske og hvilke er led i PTSD?
- Er det en vrangforestilling, at han er efterstræbt, eller er det faktisk reelt? Prøv at placere ham på nedenstående figur

**Et spektrum:**



## SVAR

---

- De beskrevne oplevelser er alle psykotiske og ikke direkte relateret til traumerne. Dette udelukker dog ikke, at han kan have yderligere psykotiske oplevelser, der er traumerelateret.
- Det er svært at vide om det er en vrangforestilling eller en reel trussel, at han er efterstræbt. Mange psykotiske patienter, er overbevist om at de forfølges af bander, kommunen eller PET. I dette tilfælde, har patienten dog et tilhørsforhold til kriminelle bander, og derved er det ikke urealistisk, at han reelt kan være i fare. Derfor ville man nok placere ham på linien et sted imellem mistillid og vrangforestilling, alt efter ens evaluering af trusselsbilledet.

## REFLEKTIONSØVELSE

---

*Reflekter over følgende inden du går videre med kurset:*

- ❑ Genkender du typen af patienter?
- ❑ Hvilke symptomer er psykotiske? Og hvilke er dissociative?
- ❑ Hvor vil du placere dem på spektrum og koordinatsystem slide 51?

# 4. DEL

Comorbiditet og uhensigtsmæssig coping

# UHENSIGTSMÆSSIG COPING

---



- En adfærd tillært for at mindske psykisk smerte
- Er skadelig eller farlig for patienten
- Risiko for at den øges i takt med at terapi øger kontakt med traumeminder og følelser
- Skal ikke nødvendigvis være fraværende for at behandling er mulig, men skal kunne drøftes og monitoreres

## **Eksempelvis:**

- Selvskade
- Misbrug af psykoaktive stoffer
- Spiseforstyrrelse
- Tvangshandlinger
- Overmotionering
- Forbrug af smertestillende (som respons på fysiske smerter)

# FIND ALTERNATIVE MESTRINGSSTRATEGIER

---

...til uhensigtsmæssig coping



Identificer 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.

# COMORBIDITET

---

- og differentialdiagnoser

Depression	ADHD
Dissociative tilstande	Skizotypi og skizofreni
Personlighedsforstyrrelse	Angstlidelse (social, panik, generaliseret)
Paranoid psykose	Bipolar affektiv sindslidelse
Spiseforstyrrelse	Autisme-spektrum lidelse
OCD og sygdomsangst	Mental retardering
Misbrug	Smerter og fysisk lidelse

# DEPRESSION

---

- **Traditionelt stor comorbiditet 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





# HAMILTONS DEPRESSIONSSKALA (HAM-D)

---

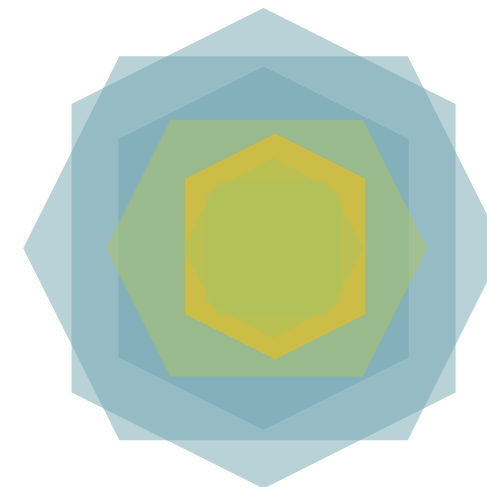
	Symptom	Score
1*	Nedsat stemningsleje	0-4
2*	Skyldfølelse og selvbebrejdelser	0-4
3	Suicidale impulser	0-4
4	Indsovningsbesvær	0-2
5	Afbrudt søvn	0-2
6	Tidlig morgenvågning	0-2
7*	Problemer vedr. arbejde og interesser	0-4
8*	Psykomotorisk hæmning	0-4

9	Psykomotorisk agitation	0-4
10*	Angst, psykiske komponenter	0-4
11	Angst, somatiske komponenter	0-4
12	Gastrointestinale symptomer	0-2
13*	Somatiske symptomer, generelt	0-2
14	Seksuelle forstyrrelser	0-2
15	Hypokondri	0-4
16	Manglende sygdomsindsigt	0-2
17	Vægttab	0-2
*HAM-D <sub>6</sub>	Total score (HAM-D17) 0-52	0-52
*HAM-D <sub>6</sub>	Total score (HAM-D6)	0-22

## CASE

---

- 27-årig kvinde, der har været udsat seksuelle overgreb i barndommen
- Har symptomer i form af flashbacks, undgåelse og højt alarmberedskab
- I tillæg hertil håbløshed, tendens til magtesløshed, nedsat selvværd, udtalt skamfølelse, søvnbesvær, uro, føler sig træt og sjældent udhvilet, koncentrations- og hukommelsesbesvær og har tidvise selvmordstanker. Dertil isolationstendens og tendens til at dissociere. Har ikke haft en kæreste



# SPØRGSMÅL

---

*Stop videoen og reflekter over spørgsmålene. Det kan fx være en god ide, at skrive dine svar ned inden du går videre med kurset. Spørgsmålene hjælper med at omsætte stoffet i praksis og er derfor en væsentlig del af din læring.*

- Hvilke diagnose(r) har patienten?
- Er der nogle informationer der kunne være en god ide at få?

## SVAR

---

- Patienten har symptomer på PTSD. I tillæg hertil kan man mistænke depression.
- De symptomer, der er beskrevet, kan både ses ved PTSD og depression, så for at kunne skelne, skal vi vide om patienten:
  - Er energiløs
  - Har globalt forsænket stemningsleje
  - Har mistet lyst og interesse
  - Hvor længe tilstanden har stået på og om den svinger

# PERSONLIGHEDSFORSTYRRELSE

---

- Mange patienter med Emotionel Ustabil Personlighedsforstyrrelse (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

---

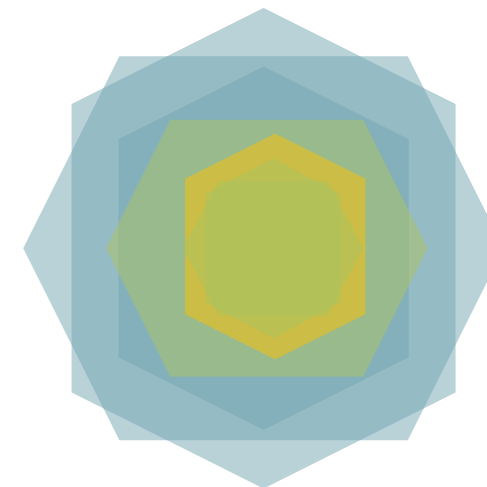


- Det kan i nogle sammenhænge være utroligt svært at vurdere om patientens frygt er reel (fx forfulgte flygtninge og bandemedlemmer)
- Så længe en aktuel fare ikke kan afkræftes kan traumebehandling ikke gennemføres (evt. lidt adfærdsterapi i forhold til undgåelse)
- **Hvis der er tale om paranoid psykose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

## CASE

---

- 42-årig mand henvises til behandling af PTSD
- Har været chikaneret af rockerbande, der kræver dummebøder. Har været kontaktet på sin adresse og det har hans voksne datter også
- Er flyttet i campingvogn i Region Sjælland
- Undgår al færden på Nørrebro af frygt for rockerne
- Har øget alarmberedskab og mareridt. Ingen flashbacks
- Isolerer sig i høj grad og beskriver sig selv som begyndende sær. Har begrænset kontakt til sin familie og har ingen venner tilbage
- Er trist og håbløs



# SPØRGSMÅL

---

- Hvilke diagnoser har patienten?
- Hvilke differentialdiagnostiske overvejelser har du?



# SKIZOTYPI

---

## *Skizotypisk sindslidelse (& F20-spektrum)*

- Relativt mange patienter med skizotypisk sindslidelse og symptomer på PTSD
- Der er sandsynligvis mange flere inden for F20-spektrum, der ikke opdages
- Øget prævalens af traumer ætiologisk og som følge af livsstil / sårbarhed
- **Opmærksomhed på tænkningen, selv-forstyrrelser og disorganisering er vigtigt i diagnostik**
- Kan godt få traumebehandling, hvis F20-lidelse er stabil og velbehandlet
- Stiller særlige krav til håndtering af behandling (og under indlæggelse)

## OCD – OG SYDDOMSANGST

---

- Der er relativt mange patienter med PTSD, der også udvikler OCD eller sygdomsangst.
- Der er en del patienter med sygdomsangst, der har traumer i opvæksten
- **Der er sammenfald af kognitive skemata og adfærd mellem PTSD og tvangslidelserne:**
  - Kontrol og tjekkebehov
  - Fokus på sikkerhed og egen svaghed/fejlbarlighed
- Er vigtigt at opdage, da det ellers kan nedsætte behandlingsrespons for begge såvel PTSD som tvangslidelse

## BIPOLAR AFFEKTIV LIDELSE

---

- **En del patienter i behandling med F31-lidelse i PTSD pakkeforløb**
- Ætiologisk vides det, at traumer kan medvirke til bipolar affektiv sindslidelse
- Vigtigt at den affektive lidelse er velreguleret
- Komplicerer behandling af PTSD, da denne ikke kan behandles medicinsk
- Der kan være differentialdiagnostiske overvejelser i forhold til patienter med kompleks PTSD
- Hvis traumet trigges, kan det udløse udsving i bipolar lidelse

# ADHD

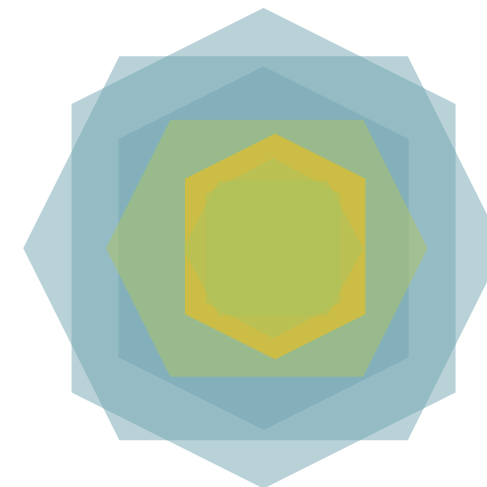
---

- Det er vigtigt at få diagnosticeret ADHD korrekt med DIVA, sikre symptomer i barndommen og gerne høre fra pårørende
- ADHD bør ikke diagnosticeres samtidig med væsentlig anden comorbiditet (fx PTSD)
- **ADHD og PTSD kan være en eksplosiv cocktail, da tendens til affekt-eksplosivitet, impulsivitet og øget alarmberedskab øger risiko for vold**
- Mange har *ikke* ADHD
- Hvis patienten har ADHD skal denne være velmedicineret før traumebehandling kan iværksættes

## CASE

---

- 24-årig kvinde henvist til behandling af PTSD efter voldeligt overfald
- Oplyser at have kendt ADHD
- Har været involveret i flere voldsepisoder (hvor hun også har været krænker)
- Har været i gang med utallige behandlingsforløb, men afsluttet alle præmaturlt. Følges nu af mentor
- Har svært ved at koncentrere sig til hele gruppe-sessionen
- Afbryder hyppigt terapeut og kommer med forslag til hvad der skal tales om
- Fortæller om episode, hvor hun på togstation bliver bange for en mand og derpå råber af ham og kaster en flaske efter ham



# SPØRGSMÅL

---

- Har du behov for yderligere oplysninger?
- Hvilken diagnose har patienten?
- Hvilke differentialdiagnostiske overvejelser gør du dig?

# 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 (TBI) (uro, irritabilitet, tristhed, angst, søvnforstyrrelser, koncentrations- og hukommelsesbesvær)**
- Øget prævalens af somatiske lidelser generelt

# 5. DEL

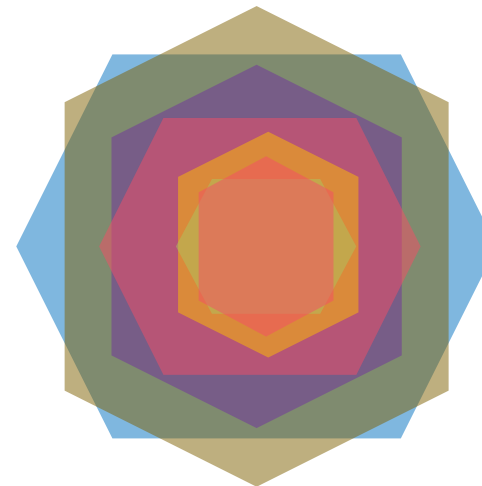
Specielle patientgrupper



# DEN TRANSKULTURELLE PATIENT

---

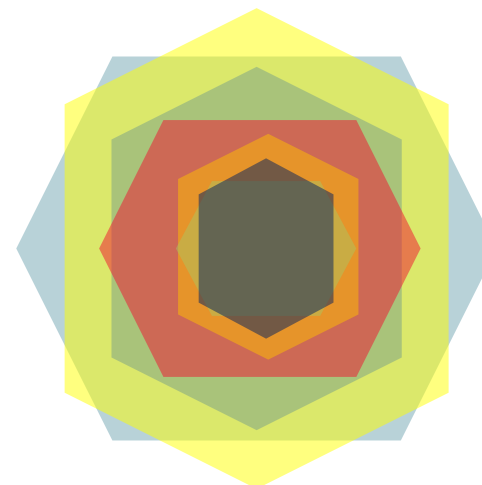
- Høj comorbiditet
- Andet kulturelt udtryk
- Behov for tolkning
- Akkumulerede traumer
- Immigrationsudfordringer
- Sociale problemstillinger
- Stigende problemstilling i DK
- Ikke alle af anden etnisk baggrund har traumer relateret til flygtningestatus
- Kompetencecenter for transkulturel psykiatri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



# INCEST-OVERLEVER

---

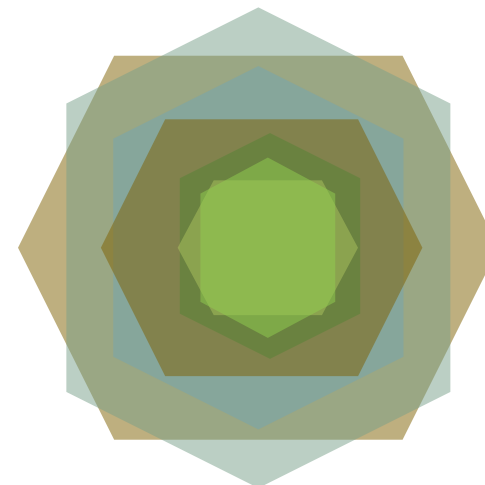
- Større hyppighed af komplekse traumereaktioner, dissociation, personlighedsforstyrrelse, misbrug, selvskade, spiseforstyrrelse m.m.
- Vigtig med trans-diagnostisk indsats hvis muligt
- Opmærksomhed på tendens til genopblussen af symptomer ved nyere belastninger og perioder uden PTSD
- Kan blive henvist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



# 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
- Militærpsykiatrisk enhed/ Veterancenteret



# 6. DEL

Behandling

# EVIDENS

---

## En række internationale guidelines og sammenlignende studier:

- SST
- NICE
- Cochrane x flere

## Kategorier af behandling:

- Debriefing / krisesamtaler
- Psykofarmakologisk behandling
- Psykoterapi
- Kombinationsbehandling

## Forskning primært på:

- Krigsveteraner
- Seksuelle overgreb i barndommen
- Ulykker og voldtægter

# BEHANDLINGSMULIGHEDER

---

- **Primære behandling er psykoterapi**

Desuden:

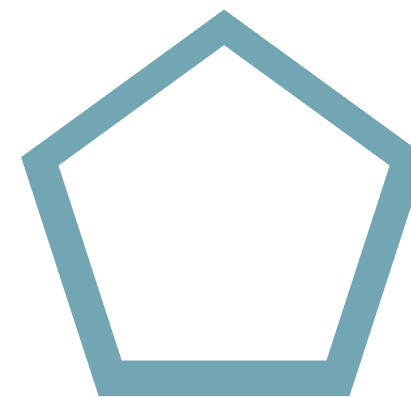
- Psykofarmakologisk behandling
  - Andre behandlingsmetoder
  - Miljøterapeutiske interventioner (i forbindelse med indlæggelse)
- 
- Krisesamtaler
  - Håndtering i tvangssituationer / "Traume-Bevidst Tilgang"
  - Social støtte
  - Psykoedukation
  - Håndtering af comorbiditet
  - Udredning og behandling af somatisk lidelse

# PSYKOTERAPI

---

- hvilken er der (især) evidens for?

- Individuel Traumefokuseret Kognitiv Adfærdsterapi (TF-KAT)
- Prolonged Exposure (PE)
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
- Cognitive Processing Therapy (CPT)
- Narrativ Eksponeringsterapi (NET)

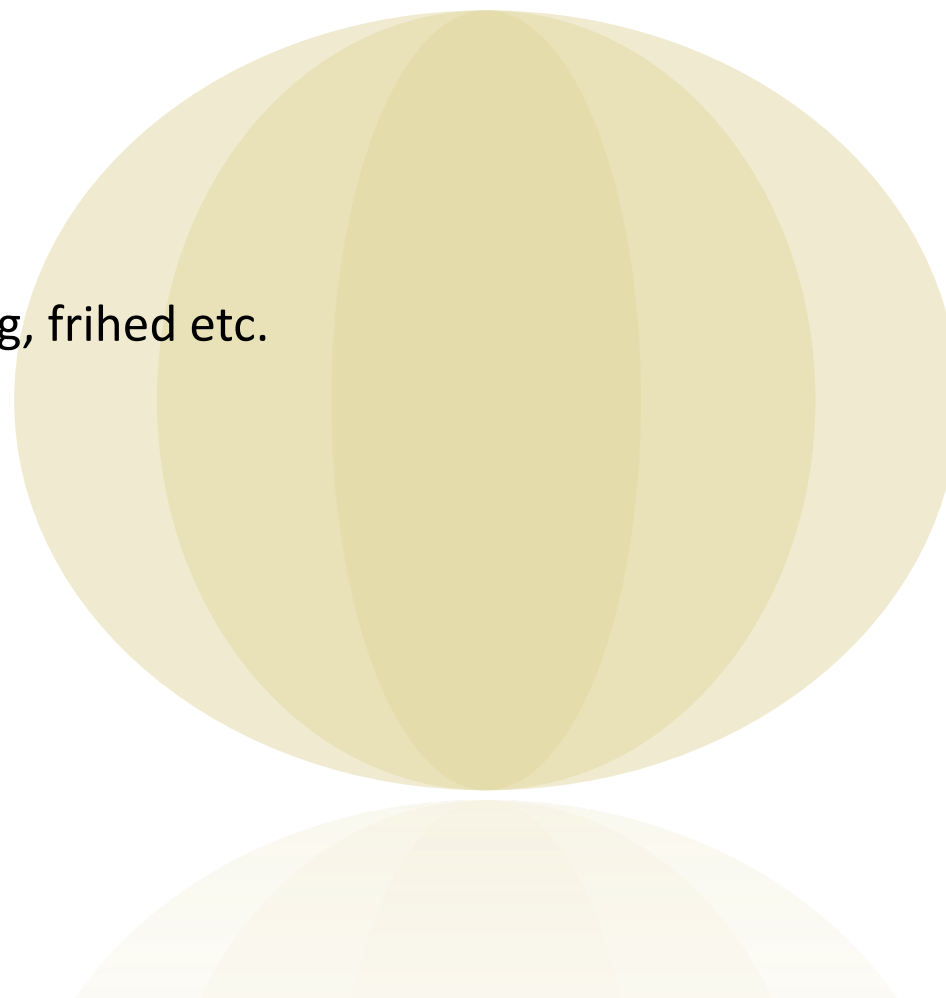


Konvention om at inkludere traumeeksponering, men nu muligvis tegn på forandring...?

# HOVEDELEMENTER I TRAUMEBEHANDLING

---

- Selvberoligelse
- Håndtering af dissociation
- Viden om effekten af traumer
- Bearbejdelse af traumer
- Eksistentielle dilemmaer – død, mening, frihed etc.
- Relationelle udfordringer
- Undgåelsesadfærd
- Tillid
- Håndtering af vrede - affektregulering
- Skam og skyldfølelse
- Smertehåndtering





# TRAUMEBEARBEJDNING

---

**ISTSS** anbefaler en eller anden form for traumebearbejdning

## Metoder:

Genfortælle (KAT)

Skrive (CTP)

Traumet i livsforløbet (NET)

Gennem kroppen (SE)

Digte lykkelig slutning til fortællingen

(Skematerapi / Arntz)

- Fortsat stor tvivl internationalt om traumebearbejdning kan foregå i gruppe
- Vigtigt at patienten ikke er dissocieret og er nærværende – ellers re-traumatisering
- Vigtigt at overveje hvordan der udspørges som led i udredning for ikke at risikere at patienten triggeres

# PSYKOFARMAKOLOGISK BEHANDLING

Hvornår  
bruge  
medicinsk  
behandling?

- Udtalt angst
- Udtalte flashbacks
- Søvnproblemer

1. Paroxetin 20-60 mg
2. Sertralin 25-200 mg
3. Venlafaxin 75-375 mg
4. Andre SSRI
5. Nortriptylin

- Begrænset evidens for virkning af antipsykotika
- Mindske brugen af benzodiazepiner

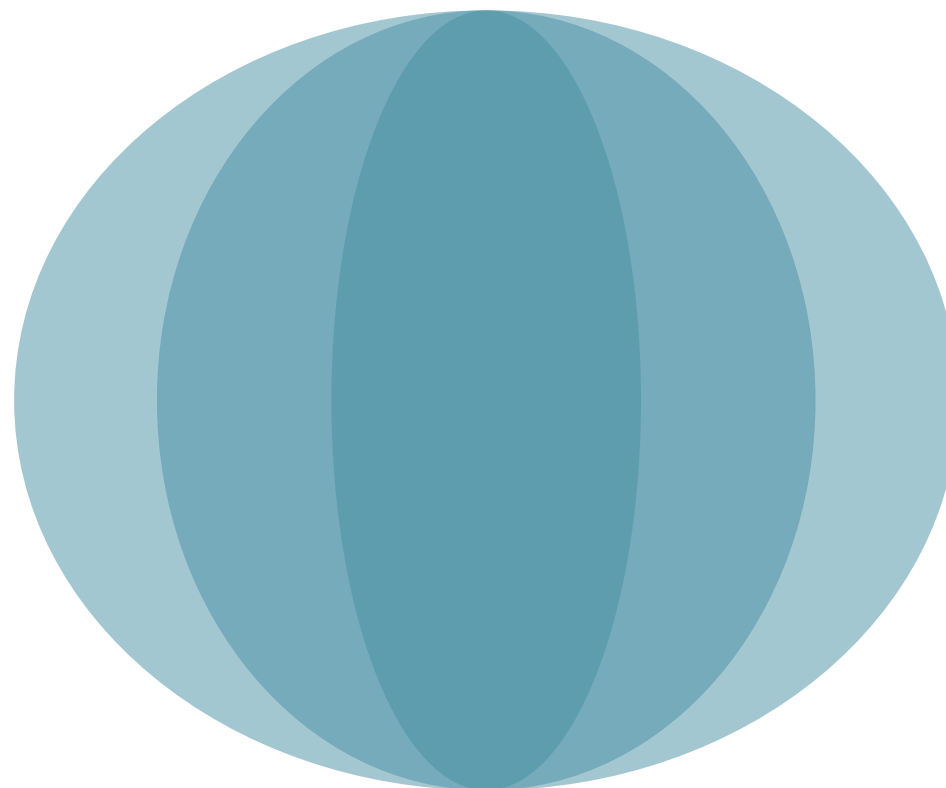
## Ved søvnproblemer forsøg:

- Primært at behandle PTSD
- Prazosin / doxazosin
- Mianserin & Mirtazepin
- Seroquel & Olazapin
- Melatonin (kun meget følsomme)
- *Antihistaminer & benzodiazepin frarådes*

## ANDRE BEHANDLINGSFORMER

---

- Mindfulness
- Yoga
- Transkraniell Magnetisk Stimulation
- Neuro-feedback
- MDMA & Psilocybinsvampen
- Body Awareness Therapy (BBAT)



# KRISESAMTALE

---

- Normalisere
- Psykoedukation om krisereaktioner
- Ikke være alene
- Faretegn
- Søvn (benzodiazepin evt. forebyggende effekt)
- Dæmpe alarmberedskab (propranolol)
- Opretholde struktur og møde basale fysiske behov
- Ikke traumbearbejde tidligt
- Afledning
- Sikkerhed
- Være hjemme i sig selv som behandler / ro
- Info om muligheder for behandling ved behov

## BEHANDLING AF DISSOCIATION

---

- 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

## LÆR 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, ryste, stampe eller gnide sig på ben
- Lytte til lyde
- Tale om neutralt emne

## UNDER INDLÆGGELSE (Traumebevidst tilgang)

---

- Patienter med alle diagnoser kan have traumer
- Der er særlige forhold der gør sig gældende for traumatiserede i samtaler og ved fx tvangssituationer
- For en traumatiseret kan mange sanseindtryk være overvældende og udløse flashbacks
- Patienter med seksuelle overgreb har behov for at føle sig beskyttede (obs. Sove på gangen)
- Kugledyner og ball-stick kan være meget hjælpsomt og beroligende
- I tvangssituationer vil det være humant at støtte patienten med særlig fokus på deres traumbaggrund
- Traumatiserede får flere flashbacks hvis de ikke får sanseindtryk
- Følelsen af at være fanget eller trængt op i en krog provokeres nemmere hos traumatiseret
- Hvis muligt, så berolig patienten før vigtige informationer (se senere)
- Være tydelig og utvetydig i dine handlinger og udmeldinger. Jo mere gennemskuelig situationen er des bedre patientkontakt
- Jo mere kontrol patienten kan få med situationen des bedre

## BEHANDLINGSPAKKER DEFINERET AF SST

---

### PTSD-pakke:

- 20 timer individuel terapi eller 40 timer i gruppe
  - Mange ambulatorier tilbyder kortere behandling grundet kapacitetsproblemer
  - Udredning *ikke* del af pakken
  - Meget få lægesamtaler i pakke (1-2)
  - Det meste behandling foregår i gruppe
- 
- Regionsfunktion varierer pt men er ved at blive ensartet for hele landet



## MERE VIDEN?

[www.traumeklinikken.dk](http://www.traumeklinikken.dk)



### Gratis virtuel forelæsning kan streames:

- **Hvorfor fokus på traumer i psykiatrien og hvordan kan man arbejde traumebevidst med dem** af Overlæge, Ph.d. Cæcilie Buhmann, Psykiatrien VEST i Slagelse & psykolog, ph.d. Sofie Folke, Forsvarets Veterancenter
- **Behovet for traumebevidsthed i psykiatrien fra et brugerperspektiv** af Helle Cleo Borrowman, Landsforeningen Spor – Brugerforening for voksne med senfølger af seksuelle overgreb i barndommen
- **Erfaringer med implementering af TBT på intensivt sengeafsnit i Slagelse** af Afdelingssygeplejerske Anette Bramming-Hansen og specialsygeplejerske Isabell Malm Junker
- **Erfaringer med implementering af TBT i psykiatrien i Region Syddanmark** af Mathilda Randris Andersen, Kvalitetskonsulent, Psykiatrien i Region Syddanmark
- **Det nationale arbejde med at implementere TBT i psykiatrien** af Sygeplejerske, Ph.d. Jesper Bak, Sygeplejerske, Ph.d. Jacob Hvidhjelm og Sygeplejerske, Ph.d. Lene Lauge Berring initiativtagere til det Nationale TBT Center