

## POSTTRAUMATISK STRESS – ET BIO-PSYKO-SOCIALT PERSPEKTIV

Af Priscilla Oehlenschläger & Anja Ida Hansen

*Emnet for denne artikel er at opnå en forståelse af posttraumatisk stress ved hjælp af et bio-psyko-socialt perspektiv. Posttraumatisk stress har talrige konsekvenser, som fremlægges og diskuteres. Dernæst undersøger vi, hvilke faktorer der kan ligge til grund for, at mennesker udvikler resiliens eller sårbarhed over for at udvikle længerevarende symptomer. Slutteligt undersøger vi mulighederne for at anvende det bio-psyko-sociale perspektiv i forhold til behandlingen af mennesker med posttraumatisk stress.*

### 1. Indledning

Posttraumatisk stress er forbundet med en traumatisk begivenhed, der overstiger individets ressourcer på det pågældende tidspunkt. Det, som overvælder individet, kan både være enkeltstående traumatiske hændelser eller akkumuleret kontinuerlig stress. Man kan ikke per definition afgøre, hvilke begivenheder eller hændelser der vil udløse posttraumatiske reaktioner hos det enkelte individ, da posttraumatisk stress er under indflydelse af forskellige faktorer, herunder især resiliens eller sårbarhed over for stress, mestingsstrategier, personlighed og livsomstændigheder. For eksempel har det betydning, om man tidligere har oplevet ekstrem stress, og om man efter traumeoplevelsen har tilgængelig social støtte. Vi vil her udfolde og diskutere udvalgte temaer inden for henholdsvis biologiske, psykologiske og sociale aspekter ved traumer og traumers indflydelse på den enkeltes liv som helhed.

Vi har valgt at anvende 'posttraumatisk stress' (PTS) som nøglebegreb. Der anvendes i traumelitteraturen mange forskellige begreber, såsom akut stressreaktion', 'PTS' og 'PTSD'. Akut stressreaktion er en betegnelse, der bruges om den akutte fase, der følger en traumatisk hændelse, hvor symptomerne aftager inden for et afgrænset tidsrum (48 timer ifølge ICD-10, 2002). PTSD er en psykiatrisk diagnose, som dækker over alvorlige og langvarige symptomer. Posttraumatisk stress dækker over langvarig lidelse, hvor krite-

---

Priscilla Oehlenschläger. Cand.psych. Psykolog ved Karlsvognen Behandlingsskole, et tilbud til børn med flere samtidige neuropsykiatriske diagnoser.

Anja Ida Hansen. Cand.psych. med særlig erfaring inden for neurohabilitering.

rierne for PTSD dog ikke er opfyldt, hvilket bedst afspejler vores målsætning om at undersøge posttraumatiske reaktioner i et bredere perspektiv.

I vores research til denne artikel har vi læst mange forskellige kilder, som havde en enten biologisk, psykologisk eller social tilgang til PTS, men vi har ikke fundet en samlet bio-psyko-social fremlægning af posttraumatisk stress. De forskellige faggrupper, der beskæftiger sig med traumer, har generelt en tendens til at placere sig inden for et enkelt eller højst to af perspektiverne. For eksempel er det almindeligt som psykolog primært at beskæftige sig med de psykosociale aspekter ved traumer og som læge at beskæftige sig primært med de biologisk-medicinske aspekter. Vi opdagede, at de biologiske, psykologiske og sociale niveauer i forhold til traumer er i dynamisk samspil, og at man ikke kan betragte traumer ud fra et eller to af disse niveauer uden at miste en stor del af forståelsen for traumernes natur. Vi vil i denne artikel integrere de tre aspekter i en samlet bio-psyko-social tilgang til belysning af fænomenet posttraumatisk stress.

Der er ikke en absolut, kausal sammenhæng imellem en traumatisk begivenhed og udviklingen af posttraumatisk stress. Derfor undersøger vi faktorer, der ligger forud for traumets opståen, særligt resiliens- eller sårbarhedsfaktorer, samt hvordan den posttraumatiske stress opstår, og hvilke konsekvenser den har for det enkelte menneske. Disse temaer danner grundlag for at undersøge, hvordan man kan behandle posttraumatisk stress. De tre hovedtemaer konsekvenser ved PTS, resiliensfaktorer forud for PTS og behandling af PTS vil vi undersøge ud fra den førnævnte bio-psyko-sociale tilgang ved i første omgang at adskille de tre niveauer for derefter at tydeliggøre, hvilken betydning det har for forståelsen af PTS som helhed at integrere de forskellige tilgange.

Når et menneske udsættes for en traumatisk hændelse, har dette nogle konsekvenser i personens liv. Disse konsekvenser kan betragtes ud fra et biologisk, et psykologisk og et socialt perspektiv. Det biologiske perspektiv har fokus på, hvilke virkninger det har kropsligt og neurologisk, når et menneske udvikler posttraumatisk stress. I et psykologisk perspektiv ses der på, hvilke psykiske reaktioner et menneske kan opleve efter et traume. I et socialt perspektiv har et traume både interpersonelle og samfundsmæssige konsekvenser, hvilket vi uddyber til sidst i dette afsnit.

## **2. Posttraumatisk stress**

### **2.1. Biologiske konsekvenser ved posttraumatisk stress**

Ved oplevet stress igangsættes komplekse biologiske systemer med det formål at reagere hensigtsmæssigt i den givne situation. Vi vil her beskrive og diskutere disse med fokus på udvalgte temaer.

Et centralt område i hjernen i forbindelse med stress er det limbiske system. Det er placeret midt i hjernen mellem hjernestammen og den cere-

brale cortex, og det regulerer overlevelsesadfærd og emotionelle udtryk og påvirker hjernens behandling af erindringer. Ved stressfremkaldende oplevelser formidler det limbiske system kroppens arousal via to medierende limbiske strukturer, hippocampus og amygdala. Disse strukturer er centrale for bearbejdning og lagring af erfaringer og oplevelser i hukommelsen. Amygdala er aktiv i forbindelse med indkodning og genkaldelse af ubevidste, automatiske procedurer af sensorisk emotionel og kropslig karakter. Hippocampus er aktiv i forbindelse med indkodning og genkaldelse af bevidst information som sammenhængende og meningsgivende narrative enheder i hukommelsen.

Det limbiske system opfanger og vurderer den konstante strøm af stimuli og sender på baggrund heraf signaler til det autonome nervesystem (ANS), som består af to grene: det sympatiske nervesystem (SNS) og det parasympatiske nervesystem (PNS). Sympatisk aktivering forbereder kroppen på at bevæge sig hurtigt med synlige tegn som hurtig vejtrækning, hurtigere puls og højere blodtryk. Parasympatisk aktivering forbereder kroppens hviletilstand med synlige kropslige og biologiske tegn såsom langsommere vejtrækning, langsommere puls og faldende blodtryk. Det sympatiske nervesystem aktiveres ved stresstilstande, og det parasympatiske nervesystem aktiveres ved tilstande af hvile og afslapning. SNS og PNS står under normale omstændigheder hele tiden i et komplementært forhold til hinanden. De opretholder en indbyrdes balance i den forstand, at når det ene system aktiveres, undertrykkes det andet. Faresignaler opfanges således af det limbiske system, som så medierer kroppens arousal ved at sende besked til kroppen om, at den skal være forsvarsberedt. Konkret sendes alarmsignalet via hypothalamus videre til SNS, der igangsætter forskellige processer med henblik på at mobilisere kroppen til at flygte eller kæmpe. Binyrerne udsondrer hormonerne adrenalin og noradrenalin som forstærkning af kamp-flugt-beredskabet, og sideløbende hermed udsondrer de hormonet cortisol, hvis funktion er at indstille alarmreaktionen, når situationen ikke længere udgør en trussel (Rotschild, 2009).

Alarmsystemet er af særlig interesse for traumeforskningen, fordi der tilsyneladende er noget i systemet, der slår fejl ved posttraumatisk stress. Kendetegnende for PTS og PTSD er, at kroppens alarmberedskab ikke indstilles, således at alarmreaktionen i form af hyperarousal i det autonome nervesystem opretholdes som kronisk tilstand, og hjernen bliver ved med at reagere, som om den oplever et traume. Amygdala modtager altså fortsat signaler om fare og fortsætter med at sende besked til kroppen om, at den skal være forsvarsberedt. Når vi konstant er udsat for stress, får kroppen ikke tid til at falde tilbage til normalsituationen, og der opstår kronisk høje niveauer af stresshormoner i blodet. Hippocampus, som er det område af hjernen, der skal regulere og indstille cortisoludskillelsen, hæmmes af den vedvarende udskillelse af stresshormonerne adrenalin og cortisol. Flere undersøgelser viser, at mennesker med PTSD har mindre hippocampi end mennesker uden

PTSD (Van der Kolk, 2007a). Der er brug for yderligere forskning for at få en afklaring på, om det er PTSD, der forårsager, at hippocampus skrumper, eller om de, der udvikler PTSD, er født med mindre hippocampi. Nogle forskningsresultater peger på en mulig sammenhæng mellem manglende indstilling af hyperarousal og udskillelse af utilstrækkelige mængder af hormonet cortisol (Rothschild, 2004). Der er dog fortsat usikkerhed om, hvad der er den udløsende faktor i forbindelse med manglende indstilling af alarmsignalet.

Ved ekstrem stress, som kendetegner traumatiske oplevelser, aktiveres alarmsystemet for at forberede kroppen på at kæmpe eller flygte. Når det hverken ser ud til at være muligt at kæmpe eller flygte, kan det limbiske system fremprovokere en forøgelse af den parasympatiske del af det centrale nervesystem (CNS), samtidig med at aktiviteten i det sympatiske nervesystem opretholdes. Den samtidige aktivering af de to systemer skaber reaktionen tonisk immobilitet, der indebærer kropslig slaphed eller stivhed (Levine, 2001; Rothschild, 2004). Det sympatiske og det parasympatiske system spænder så at sige ben for hinanden ved begge at være aktiveret, hvorved de ikke kan afbalancere sig indbyrdes. En betegnelse for en lignende neurobiologisk mekanisme er dissociation. Fænomenet forstås som en måde at organisere information på, der gør sig gældende, når individet konfronteres med stimuli, der opleves så intenst og komplekst, at hjernen er ude af stand til at forholde sig til oplevelsen som helhed. På denne måde fragmenteres den traumatiske oplevelse og afskæres fra den almindelige hukommelsesproces af sammenligning og indkodning (van der Kolk, 2007a). Rothschild (2004) beskriver, hvorledes der endnu ikke er sikker viden om, hvordan den dissociative tilstand opstår, selvom der er mange teorier om det. En af disse er, at det er hjernens forsøg på at flygte, når flugt ikke længere er mulig. Dissociation og tonisk immobilitet er i første omgang hensigtsmæssige biologiske reaktioner i forbindelse med traumatiske oplevelser forbundet med ekstrem stress, da reaktionen beskytter mod smerte og psykisk uudholdelige indtryk. På længere sigt har et menneske, der en gang har oplevet tonisk immobilitet eller dissociation, øget risiko for at opleve det igen, og det kan øge sårbarheden over for at udvikle PTSD (Diseth, 2005; van der Kolk, 2007b).

Det neurologiske område er komplekst i forhold til forståelsen af, hvordan posttraumatisk stress opstår, men der er en høj grad af konsensus om, at posttraumatisk stress er kendetegnet ved vedvarende overarousal. Kroppens kronisk ophidsede tilstand manifesterer sig i form af somatiske symptomer såsom søvnproblemer, svedeture, kraftsløshed, udmattelse og muskelspændinger. De fysiske symptomer danner grundlag for psykologiske reaktioner som angst, panik, mareridt og koncentrationsbesvær. Vi vil komme nærmere ind på dette under diskussionen af de psykologiske konsekvenser ved posttraumatisk stress.

Et kendetegn ved posttraumatisk stress er, at traumeoplevelsen ikke integreres som en afsluttet helhed i hukommelsen, men forbliver en fragmenteret og sansebaseret oplevelse. Oplevelsen synes ikke at kunne placeres i hukommelsen som en fortidig hændelse, men flyder rundt uden for tid og rum, hvilket bevirker, at den ofte trænger sig på, som om traumet sker her og nu (van der Kolk, 2007a).

En voksende mængde forskningsresultater peger på, at de to forbundne områder i det limbiske system, amygdala og hippocampus, er centrale for indkodning, lagring og genkaldelse af traumatiske begivenheder (Rothschild, 2004). Man ved, at amygdala aktiveres ved følelsesladede erindringer, herunder traumatiske hændelser. Hippocampus er involveret i placeringen af oplevelser i tid og rum og dermed i integrationen af disse i vores livsforløb. Når oplevelser bearbejdes i hippocampus, tilføres de en begyndelse, en midte og en slutning. Som nævnt er PTS kendetegnet ved en fornemmelse af, at traumet endnu ikke er overstået. Hippocampus bliver ofte hæmmet i situationer med ekstrem stress, således at dens informationsbehandling og lagringsfunktion ikke er tilgængelig (van der Kolk, 2007a; Rothschild, 2004). Dette betyder, at den traumatiske begivenhed ikke lader sig placere i personens fortid, men bliver ved med at invadere nutiden. Amygdala forbliver aktiv, og hippocampus, som er følsom for den høje grad af stresshormoner, forbliver hæmmet, hvilket sandsynligvis er medvirkende til det fortsat forhøjede arousalniveau ved PTS. Fornemmelsen af, at begivenheden er overstået, og at man har overlevet, mangler. Oplevelserne låses fast i nuet som påtrængende kropslige fornemmelser af fare, og disse er ikke umiddelbart tilgængelige for bevidst bearbejdning og kan derfor ikke lagres i langtidshukommelsen som fortid.

Hukommelsen er en vigtig funktion for menneskets eksistens, da bearbejdning af oplevelser gør det muligt for os at forstå det, vi oplever, og at forudsige og planlægge. Hukommelsesprocessen indeholder i korte træk tre aspekter: indkodning, lagring og genkaldelse (Eysenck & Keane, 1998). Den information, der kommer gennem sanserne, bearbejdes af korttidshukommelsen og lagres derefter i langtidshukommelsen. De lagrede informationer genkaldes og anvendes som retningslinjer for, hvordan vi kan forstå og agere i verden omkring os. Amygdala og hippocampus er aktive i overførslen af information mellem korttids- og langtidshukommelsen. Langtidshukommelsen indeholder i hovedtræk to kategorier: eksplicit og implicit hukommelse. Den implicitte hukommelse rummer procedurer, der er automatiske (altså uden for bevidst opmærksomhed), emotionelle og sprogløse (for eksempel farver, lyde, lugte). Den eksplicitte hukommelse rummer viden, som vi er bevidste om og har sprog for, og gør det muligt at placere oplevelser som nutid, fortid eller fremtid. Den implicitte hukommelse er forbundet med amygdala, mens den eksplicitte hukommelse er forbundet med hippocampus. Den eksplicitte og implicitte hukommelse eller opmærksomhed står under normale omstændigheder i et komplementært forhold til

hinanden. I overensstemmelse med teorien om at samarbejdet mellem amygdala og hippocampus påvirkes negativt ved traumatiske begivenheder, kan samarbejdet mellem den implicitte og den eksplicitte hukommelse bryde sammen ved bearbejdning, lagring og genkaldelse af oplevelser forbundet med ekstrem stress, således at informationerne fra de to hukommelsessystemer ikke integreres.

Den implicitte hukommelse, som er forbundet med amygdala, indeholder fortsat information om, at der er fare på færde (hvilket opretholder kroppens alarmberedskab), mens den eksplicitte hukommelse, som er forbundet med hippocampus, indeholder viden om, at faren er overstået. Den implicitte hukommelse er dominerende ved posttraumatisk stress, hvilket betyder, at den traumeramte fortsætter med at opfatte fare – uden at den eksplicitte viden om, at faren er forbi, kan eliminere opfattelsen. Den traumeramte fortsætter med at være i samme alarmberedte tilstand som under traumatet, selv om han/hun rationelt godt ved, at traumehændelsen er overstået. Dette kan medføre en oplevelse af kontroltab og hjælpeløshed. Den manglende integration forekommer på baggrund af, at amygdala modtager sensorisk input fra den implicitte hukommelse, før den modtager information fra den eksplicitte hukommelse via hippocampus, og at de ekstreme sensoriske indtryk forbundet med den implicitte hukommelse blokerer aktiviteten i den eksplicitte hukommelse. Stress opfanges altså i første omgang som et kropsligt sansindtryk, der forekommer uden for bevidst opmærksomhed (Ledoux, 1996).

Den rationelle opmærksomhed, der formidles via aktivitet i hippocampus, blokeres af amygdalas fortsatte aktivitet, fordi hippocampus ikke kan tåle stresshormoner, og dens aktivitet hæmmes herved. På baggrund af klinisk erfaring ved man, at traumatiske oplevelser er lagret i hukommelsen som fragmenter af sensoriske komponenter af begivenheden (van der Kolk, 2007a). Amygdala kommer ud af kontrol, da dens aktivitet ellers reguleres af hippocampus. Idet amygdala er styrende, er de somatiske minder ikke tilgængelige på det sproglige og dermed eksplicitte plan. Den traumatiske oplevelse svæver rundt som løsrevne og usammenhængende bidder af non-verbal oplevelse, der viser sig i form af somatiske symptomer såsom lamelse, søvnbesvær, mareridt, flashbacks og uvirkeligheds-fornemmelse.

PTS er således kendetegnet ved, at den traumeramte mangler ord for sin oplevelse. Forskningsresultater dokumenterer, at aktivitet i Brocas område, der er den struktur i venstre side af cortex, som er ansvarlig for taleproduktion, bliver undertrykt under den traumatiske hændelse (van der Kolk, 2007a). Personer med PTSD, der forsøger at genfortælle det oplevede traume, mangler således ord for de minder, der trænger sig på. Men ofte nøjes de ikke med at fortælle om de sensoriske brudstykker i minderne, men udfylder hullerne i hukommelsen, således at et sammenhængende og meningsfuldt narrativ bliver til. De synes på denne måde at ville gå på kompromis med reelle erindringer til fordel for oplevelsen af meningsgivende erindringer.

ger og opfinder gerne en sammenhængende forklaring i et forsøg på at få ro (van der Kolk, 2007b).

På baggrund af det faktum, at posttraumatisk stress er lagret i den implicite hukommelse som kropslige og nonverbale minder, der ikke kan gøres til genstand for den bevidste opmærksomhed, vil associationer ufrivilligt kunne igangsætte hyperarousal i kroppen. Da kroppen i forvejen er i kronisk alarmberedskab, vil tilkomne stressoplevelser øge kroppens stresstilstand, således at hyperarousal gør sig gældende. Rothschild (2004) belyser i denne sammenhæng fænomenet 'tilstandsafhængig genkaldelse', som betyder, at et traume kan bringes tilbage til bevidstheden af en indre tilstand i form af vejtrækning, puls, følelsesmæssige stemninger og kropslige fornemmelser. Eksempelvis kan fysisk anstrengende aktiviteter såsom sex og motion fremkalde pinefulde erindringer. Når denne ubevidste læring først har fundet sted og er indkodet i den implicite hukommelse, er den svær at afkode igen, fordi information i den implicite hukommelse ikke er tilgængelig i den eksplicite hukommelse. Den traumeramte kan sjældent identificere, at det er den pågældende trigger, der forårsager arousal. Der er sket en forandring af reaktionen reguleret af det autonome nervesystem. Forsøget på at undgå perceptioner, der fremkalder traumatiske minder, kan medføre, at traumatiserede mennesker mere eller mindre bevidst indretter deres liv med det mål at undgå mulige triggers.

## 2.2. Psykologiske konsekvenser ved posttraumatisk stress

Ved psykologiske konsekvenser forstår vi det enkelte menneskes personlige oplevelse af de forskellige indvirkninger og konsekvenser af traumat. En mulig psykologisk følgerkning ved posttraumatisk stress er udvikling af andre psykiske lidelser, der har et symptombillede, der minder om PTSD. Traumatiske oplevelser og diagnosen PTSD er almindeligt optrædende i forbindelse med alvorlige psykiske lidelser, men hvorvidt de komorbide lidelser går forud for udviklingen af PTSD, eller hvorvidt de udløses af den posttraumatiske stress, kan være svært at udrede. Under alle omstændigheder vil tilstedeværelsen af flere forskellige diagnoser, hvoraf PTSD er den ene, have stor betydning for det enkelte menneskes symptomudvikling. Følgende psykiske lidelser kan ses i forbindelse med PTSD: skizofreni, bipolar forstyrrelse, svær depression, angst, borderline personlighedsforstyrrelse, fobier, spiseforstyrrelser, ADHD og dissociative identitetsforstyrrelser (Bolton, Muser, & Rosenberg, 2006; van der Kolk, McFarlane & van der Hart, 2007c). Det er vanskeligt at pege entydigt på, hvilke omstændigheder der skal være til stede, for at der udvikles komorbide lidelser til PTSD. Dog er der noget, der tyder på, at jo flere traumer man oplever, jo større er følgerkningerne. Eksempelvis ses det, at kvinder, der har oplevet både seksuelt misbrug i barndommen og voldtægt som voksne, vil have større risiko for



PTSD og depression, samt at deres symptomer for PTSD vil være alvorligere (Schumm, Briggs-Phillips & Hopfoll, 2006). Derudover ses det, at risikoen for at blive offer for endnu et traume er større, når man har oplevet det første traume. Kvinder, der er blevet seksuelt misbrugt i barndommen, har 2,5-4 gange højere risiko for at blive udsat for yderligere seksuelle traumer som voksne sammenlignet med kvinder, der ikke har oplevet misbrug (Schumm et al., 2006). Således kan man argumentere for, at et traume – særligt i barndommen – vil medføre langt højere risiko for endnu et traume samt for udviklingen af PTSD og komorbide lidelser såsom depression. Meget tyder på, at akkumulerede traumer har betydning for udviklingen af komorbide lidelser.

Tidspunktet for, hvornår traumet indtræffer, har betydning for, hvor stor påvirkning det har på individet. Jo tidligere i livet man er udsat for traumet, desto større er sandsynligheden for, at man udvikler langvarige problemer og PTSD (Van der Kolk, 2007d).

### **2.3. Sociale konsekvenser ved posttraumatisk stress**

De sociale konsekvenser ved posttraumatisk stress omfatter konsekvenser for den traumeramtes nære sociale relationer samt konsekvenser for den traumeramtes position i samfundet og konsekvenser på et samfundsmæssigt plan, som hvis et helt samfund rammes af katastrofer eller krig.

Generelt medfører traumer en forstyrrelse i menneskers tillid til andre, hvilket kan have store konsekvenser for personens forhold til sine nærmeste. De biologiske og psykologiske symptomer, som er følgevirkninger af den posttraumatiske stress, kan medføre en ændring i den traumeramtes personlighed og adfærd. Ligeledes har reaktionerne fra familie og venner stor betydning for bedringen efter traumet. Et traume kan være vanskeligt at håndtere for traumeofret, men også for de mennesker, der er tæt på, idet de oplever, at et menneske, de holder af, lider og måske forandrer sig markant. Reaktionerne på traumet fra de nærmeste er meget betydningsfulde for den traumeramtes videre udvikling. En eventuel manglende tro på traumets rigtighed kan yderligere traumatisere ofret og stille vedkommende i et dilemma. Ifølge Herman (1995) sker dette eksempelvis ofte ved voldtægt, hvor ofrene kan komme i den situation, at de skal vælge mellem at fastholde deres eget synspunkt eller bevare tilknytningen til andre. Den voldtagne kvinde kan ifølge Herman opleve en rystende diskrepans mellem sin egen oplevelse og den sociale konstruktion af virkeligheden. Hun bliver måske mistænkt for at være gået med til det frivilligt eller oplever, at det er hende, der skal føle sig skyldig og have dårlig samvittighed i stedet for gerningsmanden. Dette kan have stor betydning for hendes sociale relationer og kan betyde, at kvinden trækker sig tilbage fra sine omgivelser og derfor mister sin sociale støtte. Da det har stor betydning at have mulighed for at tale om sit traume med



en af sine nærmeste, og det desuden kan reducere risikoen for depression (Joseph, Williams, & Yule, 1997), er det at miste sin sociale støtte alvorligt for et menneske med posttraumatisk stress.

Der kan være forskel på traumets karakter og muligheden for at dele det med andre, men ofte vil mennesker med traumer opleve, at det er vanskeligt at fortælle om traumet og dele oplevelsen med andre. Den værste del af traumet kan være så hæslig og skamfuld, at man ikke kan fortælle om det. En krigsveteran forklarede eksempelvis, at man ikke går hjem og fortæller sin kone, at man ved en fejl har skudt 5 børn, da man var under fjendtlig beskydning. I stedet kører oplevelsen som en film for det indre øje, mens man sidder og taler om ligestyldigheder, fortæller han (Horisont, DR1, 13. august, 2007). Dette gør sig også gældende for andre typer af traumer og kan medføre, at traumeoffer trækker sig tilbage fra omgivelserne. Ofte vil traumet betyde problemer i ægteskabet, og mænd med PTSD er mindre tilbøjelige til at gifte sig og mere tilbøjelige til at have problemer med forældrerollen og til at blive skilt (Herman, 1995). Forskning viser, at nære sociale relationer har en beskyttende effekt over for bl.a. selvmord og psykiske sygdomme, og at mangel på sociale relationer betyder stor risiko for helbredet (House, Landis, & Umberson, 2003).

Der kan være andre årsager til, at et traumeoffer trækker sig fra sine omgivelser. For eksempel kan det være, at han eller hun oplever manglende selvregulering og affektregulering fremkaldt af traumet, som viser sig som vrede, aggression og angst. Jo tidligere personen er udsat for traumet, des værre vil den selvskadende adfærd være, og hvis den traumeramte ikke har haft en følelse af at være elsket som barn, vil personen have langt sværere ved at modtage interpersonelle ressourcer som en del af behandlingen (van der Kolk, 2007d). Mens der er tendens til, at kvinder ofte retter aggressionerne indad, reagerer mænd oftere udad, dvs. retter deres aggressioner mod andre, f.eks. i form af vold, trusler og andre ulovlige handlinger (Herman, 1995). Den nedsatte evne til selvregulering kan resultere i selvdestruktiv opførsel som et forsøg på selvregulering såsom selvskadende adfærd, spiseforstyrrelser og misbrug af alkohol eller narkotiske stoffer. Selvskadende adfærd menes at være forbundet med udpræget dissociation, og man formoder, at det er et forsøg på at undgå den udtalte følelsesløshed, som følger dissociation (van der Kolk, 2007d). Misbrug af narkotika eller alkohol kan være et forsøg på selvmedicinering. Både selvskadende adfærd og misbrug kan siges at være forsøg på at opretholde den selvregulering, som er blevet forstyrret af traumet, men på en sådan måde at den traumatiserede person skader sig selv.

Også hele samfund kan kollektivt rammes af et traume, hvilket for eksempel ses ved store naturkatastrofer eller i områder med krig. De kulturelle værdier i et samfund holder normalt individers følelser og adfærd under kontrol via vaner og ritualer i forhold til, hvordan man skal håndtere vanskelige situationer. Eksempelvis er der i alle samfund ritualer, når et menneske

dør, som hjælper de pårørende igennem sorgen. Når kulturen opløses, for eksempel pga. krig, har det store konsekvenser for den enkelte og dermed også for samfundet i sin helhed (McFarlane & Yehuda, 2007). Reaktionen fra samfundet er betydningsfulde i forhold til et specifikt traume. Den traumatiske begivenhed, med alt hvad det indebærer af fysiske, psykologiske og sociale konsekvenser, har ofte betydning for menneskers mulige udvikling og position i samfundet, idet det enkelte menneskes position og muligheder i samfundet bliver væsentligt forringet, når personen har oplevet posttraumatisk stress. Således ses det, at 25 % af overleverne fra en koncentrationslejr havde dårligere uddannelser og dårligere betalte job i sammenligning med 4 % af kontrolgruppen (McFarlane & Yehuda, 2007). Meget tyder desuden på, at PTSD i nogle tilfælde kan medføre hjemløshed, idet et studie har vist, at PTSD var den mest almindelige psykiatriske lidelse hos hjemløse, og at denne kom før hjemløsheden og ikke som en konsekvens af denne (McFarlane & Yehuda, 2007).

### **3. Resiliens over for posttraumatisk stress**

Hvordan et menneske reagerer på en traumatisk hændelse, og hvilke konsekvenser traumatet har – eller ikke har – på lang sigt, afhænger blandt andet af, hvor resiliens det er i forhold til stress. Viden om resiliens er hensigtsmæssig i forhold til forståelse og behandling af PTS som helhed og det enkelte menneskes specifikke reaktioner. Vi vil her diskutere, hvordan affektregulering, mestring og social støtte kan have betydning for resiliens eller sårbarhed over for at udvikle længerevarende posttraumatiske stresssymptomer.

#### **3.1. Biologisk tilgang til resiliens**

Menneskets hjerne udvikler cirka 70 % af sit indhold og potentiale efter fødslen, og omsorgspersonerne spiller derfor en væsentlig rolle i forhold til barnets hjernes opbygning og funktioner. Et menneske kan fødes med et mere eller mindre sårbart nervesystem, og der kan være forskellige årsager til dette. Mange faktorer kan påvirke fostret både positivt og negativt, allerede inden det bliver født, og efter fødslen kan meningsfuldt samvær med en omsorgsperson medvirke til, om barnet kan lære at regulere sine affekter. Affektive interaktioner er vigtige for hjernens og nervesystemets udvikling (Hart, 2003). Tilpasningen mellem omsorgsperson og barn er afhængig af komplekse neurale sammenhænge i hjerne og nervesystem, som barnet er disponeret for lige fra fødslen, hvor 'spejlneuroner' er væsentlige for forståelsen af samspillets opbygning. Når et menneske observerer andres handlinger og sindsstemninger, aktiveres deres neuroner, som om det er dem selv, der udfører handlingen. Den voksne spejler automatisk barnets sindsstem-

ninger og handlinger, og dette er udgangspunktet for afstemning. Hvis den voksne bliver opslugt af følelserne, handler afstemningen ikke længere om barnet, hvilket er negativt for barnets mulighed for selvregulering (Hart, 2006a). Barnet får hjælp af den voksne omsorgsperson til at regulere sig selv, og ved det tilstrækkeligt gode samspil ændrer reguleringen sig fra en ekstern regulering til at blive til nervesystemets selvregulering. Den gode afstemning kan udruste mennesket med gode forudsætninger for at relatere til andre personer. Samspillet giver nervesystemet mulighed for langsomt at tilpasse sig tiltagende mængder af stress. Fejlafstemning opstår, når en af parterne ikke er i stand til nøjagtigt at forstå betydningen af den andens emotionelle udtryk og ikke reagerer hensigtsmæssigt. Fejlafstemning er uundgåelig, da ingen forældre er perfekte, og i de rette mængder er de udviklende for barnets håndtering af stressfyldte situationer. Hjernens plasticitet betyder desuden, at mindre alvorlige skader kan repareres ved gode samspilserfaringer (Hart, 2006b). Nervesystemet og hjernen påvirkes således af miljømæssige faktorer både før og efter fødslen, men der er ikke kausal sammenhæng imellem miljømæssige påvirkninger og resiliens over for posttraumatisk stress.

### **3.2. Psykologisk tilgang til resiliens**

PTS er blandt andet kendetegnet ved, at et menneske oplever sig emotionelt overvældet og ude af stand til at håndtere oplevelsen. Derudover peger forskning på, at affektregulering kan have afgørende betydning for et menneskes trivsel og forhold til omgivelserne (van der Kolk, 2007d). På baggrund af dette kan man forstå manglende affektregulering som et af de vigtigste og mest invaliderende symptomer ved PTS. I starten er det, som nævnt ovenfor, omsorgsgivende voksne, der regulerer barnets emotioner, hvorved barnet gradvis lærer, hvordan det selv kan forstå og regulere sine emotionelle oplevelser. Omsorgspersoner er ifølge Stern (2000) de regulerende parter i barnets oplevelser, når de er i stand til at aflæse barnets behov for regulering af affektiv arousal. Omsorgspersoner udgør da en sikker base, som barnet kan søge hen til, når det overvældes af affektive fornemmelser i det sympatiske nervesystem. Hvis omsorgspersoner i barnets omgivelser ikke formår at regulere barnets affekter, vil barnet ikke lære at regulere sine egne affekter (Fonagy, Schore & Stern, 2007).

Samspillet med omsorgspersoner påvirker specifikt den erfaringsbetingede modning af højre hjernehalvdel. Denne er forbundet med både det limbiske system (amygdala) og med henholdsvis de sympatiske og de parasympatiske grene af det autonome nervesystem, som er ansvarlige for de somatiske udtryk ved alle emotionelle tilstande. Derfor er højre hjernehalvdel dominerende for vores fornemmelse af et kropsligt og emotionelt selv. Højre hjernehalvdel lagrer en intern arbejdsmodel på baggrund af samspil-

serfaringer og indkoder strategier for affektregulering i den implicitte hukommelse. Strategierne er dynamiske og forandrer sig ved tilførslen af nye affektive samspilserfaringer. De affektive erfaringer og strategier beskytter ikke mod traumatiske oplevelser, men antages at være forbundet med en øget grad af modstandsdygtighed i forbindelse med traumets indvirkning på kortere og længere sigt (Fonagy et al., 2007). Det må fortsat undersøges, i hvor høj grad og på hvilken måde tidlige affektive samspil har betydning for udviklingen af posttraumatisk stress, men det er klarlagt, at erfaringer med effektiv affektregulering forud for traumet har positiv betydning for måden, hvorpå en person møder en potentielt traumatiserende situation.

På trods af vores påvisning af, at de tidlige relationer og påvirkninger har betydning for håndteringen af traumatiske oplevelser, kan man dog ikke konkludere, at der er en kausal sammenhæng mellem barndomsoplevelser og en senere udvikling af posttraumatisk stress, idet megen forskning understøtter en teori om, at virkningen af en tidlig oplevelse er foranderlig under bestemte omstændigheder (Kryger, 2004). Den tidlige interpersonelle udvikling har betydning for udviklingen af modstandsdygtighed, men er ikke absolut determinerende.

Mestring er et relevant begreb at se på i forhold til resiliens, da den måde, hvorpå individet håndterer en traumatisk oplevelse, har betydning for traumets indvirkning på den traumeramtes fortsatte hverdagsliv. Det er vigtigt, at den, der oplever traumet, er i stand til at mestre den traumatiske oplevelse på en sådan måde, at traumet ikke hindrer den traumeramtes funktionsevne og livsglæde på længere sigt. Der er ikke tale om rigtige eller forkerte måder at mestre på, da hensigtsmæssig mestring er situationsspecifik. Flexibilitet, forstået som evnen til aktivt at afprøve skiftende strategier til at mestre en traumatisk oplevelse, er af stor betydning for måden, et traume har effekt på den traumeramtes liv. For eksempel er det formålstjenligt, at et menneske, der har været udsat for en bilulykke, fortsat er i aktiv proces med at overvinde den angst, som ulykken har bevirket, i stedet for at indlade sig på undgåelse af trafikken, da undgåelsesstrategier er selvforstærkende og oprettholder en fornemmelse af kontroltab.

Stress er hos Lazarus og Folkman (1984) produkt af individets kognitive evaluering af oplevelser. Ofte fremstilles kognitiv vurdering som en bevidst, rationel og velovervejet proces, men individet kan være uvidende om alle eller enkelte elementer i vurderingen. Det betyder, at individet kan vurdere en situation som værende truende uden at overveje, hvilke vurderinger der ligger til grund for denne oplevelse af begivenheden. Således kan stress opleves som en følelse i kroppen. Ved en traumatisk oplevelse reagerer den traumeramte i første omgang på et førbevidst og instinktivt plan. Denne fase er præget af en emotionel fornemmelse af trussel og kontroltab, hvilket kan sammenstilles med det biologiske perspektiv, hvor det limbiske system opfatter en fare og automatisk iværksætter kroppens alarmberedskab til flugt eller kamp.

Mestringsfunktionen tjener to overordnede formål, nemlig håndtering af problemet og regulering af den emotionelle respons på problemet (Lazarus & Folkman, 1984). Den problemfokuserede mestring er rettet mod at ændre eller klare selve problemet, mens den emotionsfokuserede mestring er rettet mod regulering af de følelser, som begivenheden vækker hos individet. De emotionsfokuserede og problemfokuserede mestringsstrategier optræder ofte på samme tid og overlapper hinanden i praksis. Posttraumatisk stress kan ses som en reaktion, der er domineret af emotionsorienteret mestring og som en reaktion, der potentielt blokerer for problemorienteret mestring – idet alarmsystemets høje niveau af stresshormoner hæmmer hippocampus' rationelle aktivitet. De overvældende følelser og kropsfornemmelser mestres i første omgang ved hjælp af primitive forsvarsmekanismer. Som eksempel kan nævnes dissociation, der er en mental opsplittning, som bevirker, at traumat fragmenteres, så oplevelsen ikke skal rummes i sin uudholdelige helhed. Forskning har vist, at der, når man føler sig truet, sker en indsnævring af bevidstheden, således at opmærksomheden rettes mod sensoriske fragmenter. Denne mestringsstrategi kan være nødvendig for overlevelse, da den traumatiske oplevelse i sin helhed ellers kunne have fatale følger (van der Kolk, 2007a og d).

Emotionel mestring kan rumme nyttige forsvarsmekanismer, der kan omforme det ellers uudholdelige til udholdelige indtryk. De nævnte forsvarsmekanismer har dog negative konsekvenser, hvis de ikke efterhånden suppleres af rationelle og problemorienterede strategier. Det er u hensigtsmæssigt, hvis emotionsfokuserede mestringsstrategier fortsætter med at være dominerende i det lange løb. Eksempelvis nævner Shalev (2007) to empiriske undersøgelser, som fandt en signifikant sammenhæng mellem emotionsfokuseret mestring, herunder neddæmpende strategier og psykiatriske symptomer på længere sigt. Resultaterne indikerede, at problemfokuseret mestring kunne moderere den skadelige effekt på den mentale sundhed på længere sigt. Ligeledes påpeger van der Kolk (2007a), at den ønskede effekt af mestring af et traume er, at oplevelsen integreres i hukommelsen som fortid. Dette forudsætter samarbejde mellem emotions- og problemorienterede mestringsstrategier. En dissociativ mestringsstrategi kan være hensigtsmæssig ved en traumatisk oplevelse, men øger også sandsynligheden for at udvikle PTSD, da forsvarsmekanismen blokerer bearbejdning af oplevelsen.

I forbindelse med en traumatisk oplevelse fordrer hensigtsmæssig mestring således et dynamisk samarbejde mellem problemfokuserede og emotionsfokuserede mestringsstrategier, mellem hippocampus og amygdala og mellem implicit og eksplicit hukommelse, således at den traumatiske oplevelse kan placeres i tid og rum. Den traumeramte vil så have mulighed for at forholde sig til traumat som et tab, anerkende og sørge over de tab, der måtte være, således at vedkommende ikke længere overvældes af traumat somatisk og emotionelt. På den måde kan individet genvinde en fornemmelse af kontrol og blive i stand til at engagere sig i verden omkring sig. En

fleksibel mestringsproces kan således anskues som en vigtig resiliensfaktor med hensyn til forebyggelse af traumers kroniske og invaliderende konsekvenser.

### **3.3. Social tilgang til resiliens**

Social støtte fremhæves af Lazarus og Folkman (1984) som en afgørende faktor for vellykket mestringsproces af et traume. De fremhæver det væsentlige i, at traumeofferet har tillid til, at social støtte er til rådighed, og evner at anvende deres sociale netværk. Manglen på netværk eller mangel på evne til at modtage hjælp fra netværket kan være betydningsfuldt for håndteringen af den traumatiske oplevelse. Et af problemerne ved posttraumatisk stress er, at der kan være tale om en oplevelse af så voldsom karakter, at offeret mister tilliden til sig selv og andre og derfor ikke kan anvende sine sociale ressourcer (McFarlane & Bookless, 2001).

Vi har tidligere fremhævet muligheden for, at de interpersonelle relationer kan medvirke til affektregulering i en situation, hvor individet på grund af symptomerne ved den posttraumatiske stress selv har meget vanskeligt ved at regulere sine affekter. Social støtte kan hjælpe til at regulere de emotioner, som kropslig arousal er forbundet med. Dette er en af årsagerne til, at den sociale støtte er så væsentlig for et menneske i krise. En posttraumatisk reaktion medfører ofte, som nævnt i det tidligere afsnit, at den traumeramtes interpersonelle relationer bliver forstyrret. De biologiske konsekvenser ved traumatet kan medføre eksempelvis irritabilitet, emotionel følelseløshed og anhedoni, en kombination af symptomer, som tilsyneladende er modstridende og derfor kan være ekstra vanskelige for de nærmeste at forstå og håndtere. Koncentrationsvanskeligheder kan yderligere forværre interaktionen mellem den traumeramte og det sociale netværk, da simple ting såsom at deltage i en samtale vanskeliggøres af symptomet. McFarlane og Bookless (2001) beskriver, hvordan tilknytningen til andre bliver brudt, hvilket er alvorligt, da det er et grundlæggende menneskeligt behov at have tilknytning til andre. De posttraumatiske symptomer kan altså medføre forstyrrelse i tilknytningen til andre, således at den traumeramte mister sin sociale støtte. Tabet eller forringelsen i den sociale støtte kan igen medføre forlængelse af symptomerne ved den posttraumatiske stress, og den onde cirkel er en realitet.

Adskillige undersøgelser har dokumenteret, at social støtte er en af de væsentligste faktorer i forhold til, om individet udvikler PTSD eller ej, samt hvor voldsomt symptomerne udvikler sig. Holeva, Tarrier og Wells (2001) viser i deres undersøgelse, at det er særdeles væsentligt for en traumeramt, at støtten kontinuerligt er til rådighed, dvs. at omgivelserne bliver ved med at lytte til den traumeramte og er til stede, når der er behov for det. Hvis støtten forsvinder, har personen større risiko for at udvikle PTSD, selvom støtten har været der i starten.

Omgivelsernes feedback i forhold til den traumeramte er meget betydningsfuld for den traumeramtes mulighed for at få det bedre og dermed undgå at udvikle PTSD (Herman, 1995). Negativ feedback fra de nærmeste kan medføre, at et traumeramt menneske responderer dårligere på behandling af PTSD (Andrews, Brewin, & Rose, 2003). Som beskrevet i afsnittet omkring sociale konsekvenser ved posttraumatisk stress er der sammenhæng mellem traumets karakter og den modtagne sociale støtte, både fra samfundet og fra de nærmeste. Den negative støtte er en væsentlig faktor i forhold til udviklingen af PTSD. I flere undersøgelser skelner man mellem den sociale støtte, som personen reelt har til rådighed, og oplevelsen af muligheden for social støtte. Hvis individet har et tilgængeligt netværk, men ikke selv oplever netværket som tilgængeligt, så har vedkommende større risiko for negative konsekvenser af traumat (Haden, Scarpa, Jones, & Ollendick, 2007; Andrews et al., 2003).

Samlet kan man konkludere, at social støtte er en vigtig faktor, som kan medvirke til øget resiliens over for stress ved traumatiske begivenheder, og dermed kan social støtte have afgørende betydning for, om et individ på længere sigt udvikler posttraumatisk stress. Ud over ovenstående faktorer er der andre forhold, der kan have indflydelse på resiliensen i forhold til traumatiske begivenheder såsom uddannelsesgrad, køn, socioøkonomiske forhold og social status. Resiliens er et begreb for et ikke-målbart fænomen, som kan have afgørende betydning for forebyggelse af udvikling af PTS.

#### **4. Behandling af posttraumatisk stress**

I dag eksisterer talrige behandlingsformer, metoder, teorier og retninger i behandling af PTS. De bygger på en forståelse af de biologiske, psykologiske og sociale niveauer, men vægter disse forskelligt.

##### **4.1. Biologisk tilgang til behandling af traumatisk stress**

Den biologiske tilgang rummer den medicinske behandling og den kropsorienterede behandling. Den medicinske behandling fokuserer på neurologien og biologien ved symptomerne og søger at reducere disse ved hjælp af medicinske præparater. Den kropsorienterede behandling fokuserer på måden, hvorpå den posttraumatiske stress kommer somatisk til udtryk.

Ofte vil symptomerne være så svære, at psykoterapi er vanskeliggjort, eksempelvis fordi arousalniveauet er for højt, koncentrationsniveauet er for lavt, eller fordi klienten dissocierer. I de tilfælde kan det være fordelagtigt eller endda nødvendigt at medicinere således, at psykoterapi muliggøres. PTSD-patienter har en høj forekomst af selvmedicinering, idet 60-80 % af de behandlingssøgende har et alkohol- eller stofmisbrug. Davidson & van



der Kolk (2007) anbefaler medicinsk behandling i forhold til at lette depressive tilstande og følelsesløshed, reducere andre symptomer såsom hyperarousal, undgåelsesadfærd, hallucinationer samt dissociation og impulsiv aggression imod sig selv eller andre. Det kan endvidere være nødvendigt at behandle komorbide tilstande sideløbende med eller forud for behandlingen af den posttraumatiske stress.

En anden måde at behandle PTS på er kropsorienteret behandling. Rothschild (2004) arbejder med kropsfornemmelser, fordi det er gennem disse, at den traumeramte kan lære at kontrollere sin arousal og undgå at blive hyperarouset. Klientens krop og kropsfornemmelser er centrum for behandlingen, og terapeuten fungerer som affekt-regulerende mediator. Klienten skal med tiden selv lære at kontrollere sin arousal og dermed genvinde kontrollen over sin egen krop. Hvis klienten bliver hyperarouset, undertrykkes hippocampus, og det bliver umuligt at arbejde med traumet, før arousaltilstanden igen er under kontrol og hippocampus ikke hæmmet. Rothschild arbejder med at integrere de kropslige fornemmelser og den rationelle sans, da amygdala, som kontinuerligt signalerer alarm, skal have besked af hippocampus og neocortex om, at alarmerne er afblæst.

Tegn på hyperarousal hos klienten såsom ændring i vejrtrækning og ansigtsfarve kan være indikation på, at terapien skrider for hurtigt frem, hvilket øger risikoen for retraumatisering. Det er derfor vigtigt, at terapeuten holder øje med disse og andre tegn på arousal. Hvis klienten viser tegn på arousal, kan terapeuten anvende 'bremser' i behandlingen. En bremse kan eksempelvis være et 'anker', som terapeuten hjælper klienten med at finde. Dette anker kan være et særligt sted, en person, et kæledyr eller andet, som giver klienten ro, og som terapeuten kan trække ind i samtalen, hvis klienten begynder at få symptomer på arousal. Inddragelsen af ankeret kan få klientens arousal til at klinge af, således at han eller hun undgår hyperarousal, og hjælper klienten med at adskille den traumatiske begivenhed fra den aktuelle situation. Ankeret kan ydermere anvendes, hvis terapeuten får fornemmelsen af, at klienten er ved at dissociere. Alternativt kan terapeuten bede klienten om at beskrive noget i den nuværende situation såsom rummet eller terapeuten for at opnå en lignende effekt (Rothschild, 2004).

Hippocampus og amygdala kan som tidligere nævnt spænde ben for hinanden i en traumatisk situation, da amygdala er immun over for påvirkning af hormoner i forbindelse med alarmreaktion, hvorimod hippocampus er yderst sårbar og kan undertrykkes af det høje hormonniveau. I behandling af posttraumatisk stress må man sørge for, at hippocampus ikke bliver hæmmet, således at man kan arbejde med at placere traumet i rette tid og sted. For at blive i stand til at leve i nuet igen må patienten placere traumet som en historisk begivenhed, der tilhører fortiden.

Kontrol er også et tema i 'Acceptance and Commitment Therapy' (ACT), men med omvendt fortegn. ACT er en terapiform, som blandt andet baserer sig på mindfulness, dvs. det at være fuldt ud til stede i nuet. Inden for ACT

hævder man, at den traumeramtes undgåelsesadfærd er det mest invaliderende symptom ved PTSD og det symptom, som primært står i vejen for, at den traumatiserede person kan leve sit liv på den måde, som vedkommende ønsker (Walser & Westrup, 2007). Undgåelse af symptomprovokerende ydre og indre oplevelser og stimuli kan ofte være virksom på kortere sigt, men det vil ikke få symptomerne til at forsvinde på længere sigt. Klienten har dog fået oplevelsen af en kortvarig virkning, og derfor tror vedkommende, at han/hun bare skal prøve endnu hårdere at kontrollere den posttraumatiske stress og symptomerne, så forsvinder de. Dette fører til yderligere undgåelsesadfærd, og den traumeramte får hurtigt brug for hjælp, ikke bare til at afhjælpe PTS, men nu også til at afhjælpe undgåelsesadfærden.

Udgangspunktet for ACT er derfor at arbejde med undgåelsesadfærden. Klienterne arbejder ofte hårdt for at kontrollere, undgå eller omforme uudholdelige følelser og tanker, og ACT handler om det modsatte, nemlig at acceptere og tillade alle slags tanker og følelser uden at forsøge at manipulere med dem. Tankegangen i ACT er, at man faktisk er i lige så meget kontakt med de svære følelser og tanker, når man konstant og aktivt forsøger at undgå dem, som når man tillader dem at være der. Målet for behandlingen er, at klienten indser, at han eller hun kan bære traumets byrde uden at blive overvældet, og at man kan leve det liv, man ønsker, på trods af traumet. Terapeuten og klienten arbejder med mindfulness-øvelser i hver terapisesession, og klienten får hjemmeopgaver for med mindfulness. Disse øvelser har til formål at lære klienten at kunne mærke sin krop og kropsfølelserne og at acceptere følelser og tanker, som kommer og går, uden at manipulere med dem (Walser & Westrup, 2007).

PTS fører ofte til, at den ramte vil føle sig fremmedgjort over for sin krop, hvilket inddragelse af kroppen i behandlingen kan være med til at ændre i positiv retning. Det er dog også vigtigt at være opmærksom på, at det ikke nødvendigvis er hensigtsmæssigt for alle traumeofre, at kroppen inddrages i behandlingen, og at det kræver forsigtighed, så man undgår retraumatisering.

## **4.2. Psykologisk tilgang til behandling af posttraumatisk stress**

Som modvægt til den biologiske og den sociale tilgang er fokus her på behandling af de psykiske reaktioner på traumet, der ved posttraumatisk stress fortsat hindrer den traumatiserede i at fungere i hverdagen. Kendetegnene for traumatiserede personer er, at de låses fast i traumet i den forstand, at de bliver ved med at genopleve den i tanker, følelser, handlinger og billeder. Traumet genopleves som påtrængende og usammenhængende fragmenter, der vækker angst og hjælpeløshed (van der Kolk, McFarlane, & van der Hart, 2007e). I mangel på oplevelsen af at være i kontrol og at kunne håndtere mindet om traumet forsøger den traumatiserede at genvinde kontrol for

eksempel ved at undgå alle de stimuli, der associeres med traumet. Undgåelsesadfærden forstærker angsten, således at en ond og akkumulerende cirkel er sat i værk. Den forhøjede angst og det invaliderende forsøg på at undgå angsten skaber ramme om målet for behandlingen, nemlig at det traumatiserede individ oplever at genvinde kontrollen over sin angst og udvikler mestringsstrategier i forhold til stressfremkaldende oplevelser og påtrængende minder, således at traumet kan placeres i fortiden og hverdagsfunktionen genvindes bio-psyko-socialt. Traumatiserede personer kæmper i deres hverdag, fordi traumesymptomerne og den deraf følgende adfærd forhindrer dem i at trives.

Der findes en bred variation af psykoterapeutiske behandlingstilbud, der kan støtte den traumatiserede i processen med at genvinde kontrollen over sit liv og øge trivselen i hverdagslivet. Vi nævner nogle hovedretninger inden for psykologisk behandling og påpeger, at der findes et stadig voksende antal afskygninger inden for og på tværs af disse områder.

Inden for den psykodynamiske tilgang søger man ved hjælp af samtaleterapi i hovedtræk at arbejde med den traumeramtes nedbrudte jeg-strukturer med det formål at forsøge at genetablere jeget. Kognitiv terapi har sit fokus på dysfunktionelle tankemønstre såsom angst og undgåelsesadfærd med det mål at afbetinge angsten og omstrukturere tankemønstre. Kognitiv adfærdsterapi er en aflejring af den kognitive tilgang, men inddrager adfærd såvel som tankemønstre. For eksempel fokuserer Basoglu, Salcioglu, Livanou, Kalender, & Acar (2005) og Pennebaker, Kiecolt-Glaser, & Glaser (2004) på henholdsvis adfærdsterapi og dagbøger som mulige måder at lindre symptomer ved traumer. De dokumenterer, at konfrontering af traumet henholdsvis ved adfærdsregulering og gennem dagbogsskrivning kan lindre symptomerne ved et traume og dermed give en bedre psykisk tilstand.

Narrativ terapi er stilet mod den traumatiseredes livsfortælling som helhed og har sit fokus på dannelsen af sammenhængende og meningsfulde narrativer. Mennesket skaber mening i tilværelsen via de historier, vi fortæller os selv og andre. Narrativ terapi kan ses som en proces, hvor klienten fortæller sine problemfyldte historier til terapeuten, og målet er at gendigte historierne, så det traumatiske ikke længere dominerer klientens liv. Den narrative tilgang er inspireret af den systemiske tilgang, hvor mennesket ses i sin helhed som konstant værende en del af systemer samt et system i sig selv. Terapien i denne tilgang fokuserer oftest på relationer (systemer) og muligheden for ændring ved hjælp af de tilgængelige ressourcer hos det enkelte menneske.

ACT, som vi tidligere har nævnt, er en anden mulighed for at arbejde med traumatiserede mennesker. Her er målet, at klienten skal acceptere sine svære følelser og tanker for derved at opnå større livskvalitet og livsmuligheder.

De forskellige metoder har individ- eller gruppeorienteret præg og har dermed forskelligartede økonomiske omkostninger og kan nå ud til få eller mange mennesker på én gang. Dette kan være værd at overveje, når man

skal beslutte, hvilken metode der er anvendelig i forskellige samfund, kulturer og settings. Vi mener, at man ved alle metoderne bevidst kan implementere det bio-psyko-sociale perspektiv for at opnå større forståelse for de bagvedliggende konsekvenser af traumet og dermed optimere behandlingen. I flere behandlingsformer har man efter vores mening allerede implicit et bio-psyko-socialt udgangspunkt, men både terapeuter og klienter ville profitere af eksplicit at inddrage det bio-psyko-sociale blik for det hele menneske.

### **4.3. Social tilgang til behandling af posttraumatisk stress**

Vi har tidligere belyst, hvordan en traumatisk oplevelse kan ryste individets tillid til andre mennesker og til sig selv. Et centralt mål i forbindelse med behandling af PTS er genoprettelse af denne tillid, og dette kan ske på to niveauer, henholdsvis et interpersonelt og et samfundsmæssigt.

Et traume er en sansebaseret erfaring, der kan medføre ændret adfærd og social isolation. Symptomer såsom koncentrationsbesvær, flashbacks, mareridt, arousal, skam- og skyldfølelser kan medføre, at den traumatiserede føler sig fremmedgjort over for sig selv og over for sine nærmeste. Hvis den traumatiserede oplever at få flashbacks, kan dette virke skræmmende på andre mennesker og kan medvirke til social afvisning, der øger den traumatiseredes oplevelse af isolation. Den traumeramtes forsøg på at håndtere og undgå angstvækkende arousaltilstande kan medføre forskellige former for misbrug, der øger afstanden til andre. Ligeledes vil den traumeramte ofte undgå emotionel nærhed, da emotionelle oplevelser kan blive associeret med traumet. Herman (1995) påpeger, at personer i patientens sociale netværk er en vigtig målgruppe for interventionen, således at de magter at have omsorg for den traumeramte.

Et centralt aspekt ved behandling af posttraumatisk stress er genopbygning af tilliden til andre. At arbejde med traumerne i en gruppe skaber mulighed for at genetablere det relationelle aspekt. Når et traumeramt menneske via gruppebaseret behandling møder andre traumeramte, kan der ske en normalisering af symptomerne, hvilke kan medføre, at den traumeramtes sociale isolation brydes. Gruppen giver mulighed for spejling, hvilket kan åbne op for refleksion over egne reaktioner og symptomer. Som tidligere nævnt vil den traumeramte meget ofte føle skyld i forbindelse med den traumatiske hændelse, hvilket kan have alvorlige konsekvenser for selvværdet. Den traumeramte kan opleve ikke at være til nytte for nogen eller noget. Medlemmerne i gruppen hjælper hinanden med at sætte ord på oplevelserne og til at få idéer til at løse eventuelle problemer – både med symptomer og med interpersonelle relationer. Det enkelte gruppemedlem kan erfare, at hans/hendes oplevelser og råd kan bruges af andre, hvilket kan trække vedkommende ud af følelsen af social isolation og give en oplevelse af at være til gavn (Berliner, 2010; van der Kolk, 1987).

Det er dog også vigtigt at være opmærksom på, at der kan være begrænsninger ved gruppebehandling, idet et fælles narrativ potentielt kan omdanne den individuelle oplevelse af isolation til en oplevelse af fælles isolation. Det fælles narrativ kan medføre en fælles offerrolle som det primære fokus, hvilket ekskluderer personer, som ikke er en del af gruppen, og det kan forstyrre udviklingen af andre relationer uden om gruppen i den traumeramtes liv. Dette kan betragtes som endnu en undgåelsesadfærd i forhold til at konfrontere nogle af symptomerne ved traumet, såsom hjælpeløshed og skyldfølelse.

Vi har indtil nu beskrevet behandling af PTS ud fra den traumeramtes nære miljø og vil nu se på et bredere og mere overordnet socialt niveau, samfundsniveauet, da det er betydningsfuldt at inddrage den kontekst, som de traumeramte lever i – med dens specifikke politiske, økonomiske og institutionelle systemer. Samfundsorienterede rehabiliteringer udbygger og anvender ressourcer, der allerede er til stede i pågældende kontekst som sociale støtteforanstaltninger. Der fokuseres på at give muligheder for aktiv, social deltagelse på tre områder, nemlig genoprettelse af socialt støttende strukturer, bemyndigelse i beslutningsprocesser og økonomisk og social udvikling (Berliner & Mikkelsen, 2006). Målet er at skabe varige forandringer på socialt og individuelt niveau, således at en fælles indsats og fælles ressourcer tilvejebringer nye måder at tale og handle på med både helende og forebyggende effekt, hvilket sikrer en fremtidsrettet forandring. Van der Kolk et al. (2007e) fremhæver, at det ikke er tilstrækkeligt at tale om sin traumatiske oplevelse, men at traumeoverleve har brug for at handle på måder, der symboliserer sejr over hjælpeløshed og afmagt. Til dette er den samfundsbaseerede tilgang også anvendelig. Her er fokus på, at lokalsamfundet som helhed (og dermed også det enkelte individ) aktivt deltager i processen af genoprettelse, bemyndigelse og udvikling (Berliner, Larsen, & De Casas Soberón, 2011; Anckermann et al., 2005). Den samfundsbaseerede tilgang har afsæt i forskning udført i krigshærgede lande, men kan også anvendes i forhold til danske og vestlige forhold, både på krisecentre, asylcentre og i lokalområder, hvor grupper af traumatiserede mennesker kan inkluderes gennem sociale processer, der ikke retter sig specifikt mod dem alene, men mod hele fællesskabets muligheder for at øge inklusion for alle. Ved fælles ansvar og deltagelse opløses offerrollen til fordel for en kompetent deltager i samfundet.

## **5. Afslutning**

Vi har i denne artikel haft fokus på at samle den eksisterende viden om traumer i en holistisk bio-psyko-social helhed ud fra en grundantagelse om, at hvert af aspekterne rummer viden, der styrkes af integrationen med viden fra de andre aspekter. Tiden forud for traumet og tiden efter traumet har betyd-

ning for traumets indflydelse, og traumatiske oplevelser har bio-psyko-soziale konsekvenser i den traumeramtes liv, som påvirker denne persons trivsel i større eller mindre grad. Det har betydning, om man tidligere har oplevet ekstrem stress, og om man efter traumeoplevelsen har tilgængelig social støtte. Der er dog ikke tale om kausale sammenhænge, da posttraumatisk stress er kompleks, og det har været vores intention at kaste lys over kompleksiteten forbundet med PTS. Vi har peget på udvalgte temaer inden for henholdsvis biologiske, psykologiske og sociale aspekter ved traumer og traumers indflydelse på den enkeltes liv som helhed i en tidshorisont, der inkluderer tiden før og tiden efter traumeoplevelsen. Slutteligt har vi vist det hensigtsmæssige i at have et bio-psyko-socialt afsæt i behandlingen af posttraumatisk stress.

## LITTERATUR

- ANCKERMANN, S., DOMINIGUEZ, M., SOTO, N., KJAERULF, F., BERLINER, P., MIKKELSEN, E. N., et al. (2005). Psycho-social support to large numbers of traumatized people in post-conflict societies: an approach to community development in Guatemala. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 15, 136-152.
- ANDREWS, B., BREWIN, C. R., & ROSE, S. (2003). Gender, social support, and PTSD in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, 16 (4), 421-427.
- BASOGLU, M., SALCIOGLU, E., LIVANOU, M., KALENDER, D., & ACAR, G. (2005). Single-session behavioral treatment of earthquake-related post-traumatic stress disorder: a randomized waiting list controlled trial. *Journal of traumatic stress*, 18 (1), 1-11.
- BERK, L. (2000). *Child Development*. Boston: Allyn & Bacon.
- BERLINER, P., LARSEN, L. N., & DE CASAS SOBERÓN (2011). Breaking the Silence – shared development as community resilience. In T. Hansen, & K. Jensen de Lopez (Eds.), *Development of Self in Culture in Mind*. Aalborg: Aalborg University Press.
- BERLINER, P. (2010). *Rapport om familierettet psykoedukation for traumatiserede flygtninge*. København: Institut for Læring, Aarhus Universitet.
- BERLINER, P., & MIKKELSEN, E. N. (2006). Serving the psychosocial needs of survivors of torture and organized violence. In G. Reyes, & G. A. Jacobs (Eds.), *Handbook of international disaster psychology. Interventions with special needs populations*, 4, 77-98.
- BOLTON, E. E., MUESER, K. T., & ROSENBERG, S. D. (2006). Symptom correlates of posttraumatic stress disorder in clients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 357-361.
- COOK, A., SPINAZZOLA, J., FORD, J., LANKTREE, C., BLAUSTEIN, M., SPRAGUE, C., et al. (2007). Complex trauma in children and adolescents. *Focal Point*, 21 (1), 4-8.
- DAMASIO, A. (2001). *Descartes fejltagelse*. København: Hans Reitzels Forlag.
- DAVIDSON, J. R. T., & VAN DER KOLK, BESSEL, A. (2007). The psychopharmacological treatment of posttraumatic stress disorder. In B. A. Van der Kolk, A. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress*. New York: Guilford Press.



- DISETH, T.H. (2005). Dissociation in children and adolescents as reaction to trauma – an overview of conceptual issues and neurobiological factors. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59 (2), 79-91.
- EYSENCK, M., & KEANE, M. (1998). *Cognitive Psychology*, A Student's Handbook. 27 Church Road UK: Psychology Press Ltd.: Publishers.
- FONAGY, P., SCHORE, A., & STERN, D. (2007). In J. Hardy Sørensen (Ed.), *Affektregulering i udvikling og psykoterapi*. København: Hans Reitzels Forlag.
- GREEN, B. L., KRUPNICK, J. L., CHUNG, J., SIDDIQUE, J., KRAUSE, E. D., REVICKIE, D., et al. (2006). Impact of PTSD comorbidity on one-year outcomes in a depression trial. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 815-835.
- HADEN, S. C., SCARPA, A., JONES, R. T. & OLLENDICK, T. H. (2007). Posttraumatic stress disorder symptoms and injury. The moderating role of perceived social support and coping for young adults. *Personality and Individual Differences*, 42, 1187-1198.
- HAPKE, U., SCHUMANN, A., RUMPF, H-J., JOHN, U., & MEYER, C. (2006). Posttraumatic stress disorder – the role of trauma, pre-existing psychiatric disorders, and gender. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 299-306.
- HART, S. (2003). Fra sjæl til hjerne. *Psykolog Nyt*, 4, 20-24.
- HART, S. (2006a). *Betydningen af samhørighed. Om neuroaffektiv udviklingspsykologi*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Hart, S. (2006b). *Hjerne, samhørighed, personlighed*. København: Hans Reitzels Forlag.
- HAUCK, S., SCHESTATSKY, S., TERRA, L., KRUEL, L., & CEITLIN, L. (2007). Parental bonding and emotional response to trauma. A study of rape victims. *Psychotherapy Research*, 17, (1), 83-90.
- HERMAN, J. (1995). *I voldens kølvand*. København: Hans Reitzels Forlag.
- HOLEVA, V., TARRIER, N., & WELLS, A. (2001). Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents. Thought control strategies and social support. *Behavior Therapy*, 32, 65-83.
- HOUSE, J., LANDIS, K. L., & UMBERSON, D. (2003). Social relationships and health. In P. Salovey, & A. J. Rothman (Eds.), *Social psychology of health – key readings* (pp. 218-226). New York: Psychology Press.
- JOSEPH, S., WILLIAMS, R., & YULE, W. (1997). *Understanding post-traumatic stress – a psychosocial perspective on PTSD and treatment*. Chichester: Wiley.
- KRYGER, L. K. (2004). Om tilknytning til andre mennesker. *Psykolog Nyt*, 18, 32-43.
- LAZARUS, R., & FOLKMAN, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- LEDOUX, J. (1996). *The Emotional Brain – The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. Phoenix: A Division of Orion Books, Ltd, London.
- LEVINE, P. (2001). *Væk tigreren – helbredelse af traumer*. København: Borgen.
- McALISTER, B. (2007). Early intervention as prevention: addressing trauma in young children. *Focal Point*, 21, 16-18.
- McFARLANE, A., & BOOKLESS, C. (2001). The effect of PTSD on interpersonal relationships. Issues for emergency service workers. *Sexual and Relationship Therapy* 16 (3), 261-267.
- McFARLANE, A., & VAN DER KOLK, BESSEL. A. (2007). Trauma and its challenge to society. In B. A. van der Kolk, A. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress*. New York: Guilford Press.
- McFARLANE, A., & YEHUDA, R. (2007). Resilience, vulnerability, and the course of posttraumatic reactions. In B. A. van der Kolk, A. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress*. New York: Guilford Press.
- PENNEBAKER, J., KIECOLT-GLASER, J.K., & GLASER, R. (2004). Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. In R. M. KOW-



- ALSKI, & M. R. LEARY (Eds.), *The interface of social and clinical psychology*. New York: Psychology Press.
- ROTHSCHILD, B. (2004). *Kroppen husker*. Om krop og psyke i traumebehandling. Århus: Klim.
- SCHUMM, J.A., BRIGGS-PHILLIPS, M., & HOPFOLL, S. E. (2006). Cumulative interpersonal traumas and social support as risk and resiliency factors in predicting PTSD and depression among inner-city women. *Journal of Traumatic Stress, 19*, (6), 825-836.
- SERVAN-SCHREIBER, D. (2004). *Behandling af stress, angst og depression uden medicin eller terapi*. København: Gyldendal.
- SHALEV, A. (2007). Stress versus traumatic stress: from acute homeostatic reactions to chronic psychopathology. In B. A. van der Kolk, A. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress*. New York: Guilford Press.
- STERN, D. (2000). *Spædbarnets interpersonelle univers*. København: Hans Reitzels Forlag.
- TAWFIK, B., HERMANN, F., HAMMER, K., NIELSEN, L. & HANSEN, T. H. (2008). *HPA-aksens dynamik – fra biologi til matematik*. RUC: Det naturvidenskabelige bachelorstudie.
- TURNER, J. (1999). Some current issues in research on social identity and self-categorization theories. In N. Ellmers, R. Spears, & B. Doosje (Eds.), *Social identity*. Blackwell Publishers.
- VAN DER KOLK, B. A. (1987). *Psychological trauma*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- VAN DER KOLK, B. A. (2007a). Trauma and memory. In: VAN DER KOLK, B.A.; McFARLANE, A. & WEISAETH, L. (Eds.) (2007): *Traumatic stress*. New York: Guilford Press.
- VAN DER KOLK, B. A. (2007b). The body keeps the score: approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder. In: B. A. van der Kolk, A. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress*. New York: Guilford Press.
- VAN DER KOLK, B. A., McFARLANE, A., & VAN DER HART, O. (2007c). Dissociation and information Processing in Posttraumatic Stress Disorder. In B. A. van der Kolk, A. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress*. New York: Guilford Press.
- VAN DER KOLK, B. A. (2007d). The complexity of adaption to trauma, self-regulation, stimulus discrimination and characterological development. In B. A. van der Kolk, A. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress*. New York: Guilford Press.
- VAN DER KOLK, B. A., McFARLANE, A., & VAN DER HART, O. (2007e). A General Approach to Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. In B. A. van der Kolk, A. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress*. New York: Guilford Press.
- VAN DER KOLK, B. A. et al. (2005). Attachment, self-regulation, and competency, a comprehensive intervention framework for children with complex trauma. *Psychiatric Annals, 35* (5),424-430.
- WALSER, R.D., & WESTRUP, D. (2007). *Acceptance & commitment therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder & trauma-related problems*. Oakland: Raincoast Books.
- WHO ICD-10 (2002). *Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser*. Klassifikation og diagnostiske kriterier. København: Munksgaard.