



Bearbeiding

Grunnkurs Traumebehandling med voksne for kommunene i ReCoN prosjektet. Zoom 26-27.april 2021
Spesialrådgiver Hilde Pentzen, RVTS Øst

Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging
www.rvtst.no



1

Generelt om bearbeiding



2

Fellesfaktorer i PTSD behandling

- Psykoedukasjon
- Mestringsferdigheter
- Regulering
- Eksponering
- Kognitiv prosessering, restrukturering og / eller meningskaping
- Emosjoner
- Hukommelsesprosesser

Psychotherapies for PTSD: what do they have in common? Ulrich, Schryder et al (2015); Anke Ehlers, "Holger Ehlers", "Erika B. Foa", "Edmund F. F. Cascardi", "Patrick A. Resick", "Friedone Skidmore", and "Maylene Mittle", "Eur J Psychotraumatol", 2015; 6



3

Hva er bearbeiding – kort fortalt

Fokus på selve traumehendelsen for å endre hvordan den lever videre i pasienten:

- Sette sammen biter; fra fragmenter til helhet og sammenheng
 - **Dvs arbeide med integrasjon!**
 - Integrere alle elementer som har blitt lagret fragmentert i hukommelsen med formål å lage et sammenhengende narrativ!
- Forstå det som har skjedd
 - Knytte og endre/lage mening til hendelsene
- Sette ord på det usagte
- Dele det som har skjedd- ha et vitne



4

Bearbeiding kan skje spontant

- **Den naturlige helingsprosessen**
 - Fragmenter integreres av seg selv hvis forholdene ligger til rette for det
- **Spontan bearbeiding kan skje på alle arenaer i vanlig liv:**
 - Samvær med venner / kollegaer / ukjente
 - Barneoppdragelse
 - Lytte til musikk, kunst
 - Fritidsaktiviteter



Eller:
På venterommet i DPS, omsorgsboligen, krisesenteret, NAV



5

Ulike metoder for strukturert bearbeiding

- EMDR
- CT PTSD
- IRRT
- NET



Og mange andre....



6

Er pasienten klar for strukturert bearbeiding?

Individuell vurdering basert på:

Indikasjoner:

- Traumedynamikk / traumesymptomer / traumerelatert diagnose
- Motivasjon for behandling

Mulige kontraindikasjoner:

- Atferd med risiko for alvorlig skade
- Psykoseproblematikk
- Utrygge omgivelser
- Ustabil livssituasjon



7

Dobbel oppmerksomhet

Samtidig oppmerksomhet på:

- **her og nå** – den trygge relasjonen til terapeuten
- **der og da** – den traumatiske hendelsen



8

Introdusere rasjonale for traumbearbeiding

Metaforer/analogier

- "skrubbsår"
- "rydde i klesskapet/arkivskapet"
- Skrive bok, lage film, fortelle historie



9

Oppgave - refleksjon

Tenk deg om i noen minutter:
Hvordan pleier du å introdusere bearbeiding?
Hvilke metaforer bruker du?

10



Eksponering –
Fokus på selve traumeminnet

11



Læringsmål

- Kjenne til hva eksponering er og hvorfor vi gjør det
- Kjenne til viktige prinsipper for eksponering
- Kjenne til hvordan en kan aktivere handling, tanke, følelse og kroppslige sensasjoner i traumeminnet

12



Eksponering – hva er det og hvorfor gjør vi det?

- Gjennomgang av den traumatiske hendelsen i trygge og kontrollerte rammer



- **Virkemiddel for å aktivere alle komponenter ved traumeminnet med formål å integrere og rekonstruere:**
 - Skape et sammenhengende narrativ
 - Endre problemskapende tanker.
 - Arbeide med overveldende følelser

 RVTSI

13

Hvilket minne velger vi? Hva skal vi fokusere på?

Muligheter:

- Starte med enklere opplevelser og gradvis gå videre til mer vanskelige
- Det verste
- Det mest representative
- Hendelser som gjenoppleves gjennom flashbacks



 RVTSI

14

Hvordan gjør vi det?

- In vivo eksponering
 - Oppsøke stedet det skjedde, situasjoner som likner
- Imaginær eksponering
 - Forestille seg hendelsen



 RVTSI

15

Eks på fremgangsmåte ved gjennomgang av hendelsen

- Hvilken situasjon var personen i før det vonde begynte å skje
- Få tak i historien slik den fremkommer mest mulig spontant
- **Utvid historien:** mest mulig detaljer, som om det skjer i nåtid. Inkludert:

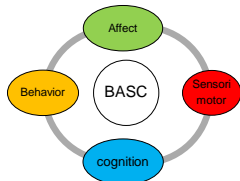
Komponent	Fasiliterende spørsmål
Handlinger (atferd) (B)	Hva gjør du?
Følelser (A)	Hva føler du?
Kroppslige reaksjoner (S)	Hva kjenner du i kroppen?
Tanker (C)	Hva tenker du?

- Gå igjennom hele historien til personen er ute av traumesituasjonen og kjenner noen grad av trygghet igjen



16

NB: Alt må aktiveres for å bli integrert



17

To huskereglar:

- Dobbel oppmerksomhet!
- Innenfor toleransevinduet, men i ytterkant!



18

Stabiliserende intervensjoner

Reguleringsteknikker:	Andre ressurser:
<ul style="list-style-type: none"> • Bruke sansene <ul style="list-style-type: none"> • Berøring • Smak • Lukt • Syn • Hørsel • Grunne • Bruke kroppen • Puste 	<ul style="list-style-type: none"> • Trygt sted – fra virkeligheten eller imaginært • Avslapningsøvelser • Forestillinger av selv-omsorg • Anker til nåtiden: et objekt, en situasjon og lignende • Indre forestilling av betydningsfulle personer • Styrke daglig fungering



19

Oppgave - refleksjon

Tenk på casen du har forberedt til i dag.

- Har du drevet eksponeringsarbeid med din pasient?
- Kanskje du har kalt det noe annet eller at det ikke var planlagt, men finner du elementer av eksponering i arbeidet ditt?
- Hva gjorde du og pasienten, hvordan responderte pasienten, hva er erfaringene dine?



20

Kognitiv prosessering og restrukturering –
Endre tanker og skape mening



21

Læringsmål

- Vite hvorfor vi jobber med kognitiv restrukturering
- Kjenne til den kognitive modellen for PTSD
- Kjenne til hvordan en kan arbeide med å utfordre dysfunksjonelle tanker
- Kjenne til hvordan en kan arbeide med å utfordre uhensiktsmessig mestringsatferd

22



Mål med kognitiv restrukturering

• Endre tanker og skape mening:

- Endre negative oppfatning av det som skjedde og søg selv:

- **Fra ikkeadaptiv** – feks «Det er min skyld, det skjedde fordi jeg er skitten og verdiløs»

- **Til mer adaptiv** – feks «Jeg gjorde så godt jeg kunne, jeg var et barn som fortjente trygghet og omsorg»



23



Den kognitive modellen for PTSD (Ehlers & Clark, 1999)

- PTSD-symptomer er vanlige reaksjoner etter traumatiske hendelser. Mange blir friske etter noen måneder.
- Vedvarende PTSD kommer av at personen prosesserer den traumatiske hendelsen slik at det leder til opplevelse av alvorlig nåværende trussel. Dette skjer pga:
 - **Forstyrrelse i den autobiografiske hukommelsen**
 - **Overdrevene negative fortolkninger** av traumehendelse og/eller av symptomer og konsekvenser i ettertid: Alt eller intet, katastrofetenkning, emosjonell resonnering, tankelesing, overgeneralisering osv.
- Endring i negativ prosessering hindres av dysfunksjonelle mestringsstrategier som opprettholder PTSD symptomer

24



Vanlige kognitive traumesymptomer

- Selvbekreidelser knyttet til ansvar, forutseelse og unngåelse av hendelsen
 - Det var min skyld, jeg skulle ha skjont hva som var i ferd med å skje, jeg burde ikke blitt med ham
- Negative tanker om seg selv som "rettferdiggjør" den traumatiske hendelsen
 - Jeg er en forferdelig person og fortjente det
- Generalisering av erfaringer
 - Overvurdering av fare
 - Jordskjelv kan skje når som helst
 - Mangel på tillit til andre
 - Ingen er til å stole på, mennesker er onde



25

Hvordan finne de dysfunksjonelle tankene / problematiske fortolkningene?

- Fremkommer:
 - i kartlegging?
 - i beskrivelsen av traumehendelsen?
 - ved direkte spørring?
 - rapportert fra andre?
- Ellers: fokuser på det verste øyeblikket av hendelsen (hot spot) – hvilke tanker fremkommer der?



26

Kognitiv bearbeiding av traumeminner

- **Identifisere:** Hvilke tanker er problematiske?
- **Utforske:** Hva kan være en alternative forståelse?
- **Så tvil / utfordre:** Kanskje det ikke er sånn allikvel?
- **Endre:** Nå tenker jeg annerledes om dette!



27

Utfordre tanker med kognitive teknikker

- Gode spørsmål:
 - Har du i ettertid fått annen info som kan indikere noe annet enn du tenkte da?
 - Hvordan kunne dette se ut fra en annens ståsted?
 - Hva ville din beste venn tenkt om hun / han så det som skjedde?
 - Hva hendte etter det verste øyeblikket?
 - Har du noen gang oppdatert eller endret syn på det som skjedde?
- Etter oppnådd nyansering og endring av tankene gjennomgår en hendelsen på nytt og baker den nye innsikten inn som en del av historien



28

Oppgave - refleksjon

Tenk på casen du har forberedt til i dag.

- Har du jobbet med kognitiv prosessering med pasienten din?
- Hvordan gjorde dere det?
- Hvordan responderte pasienten, hva er erfaringene dine?



29

Sammenhengen mellom dysfunksjonelle tanker / fortolkninger og dysfunksjonelle mestringsstrategier / sikkerhetsatferd

Fortolkninger	Sikkerhetsatferd
Hvis jeg tenker på den traumatiske hendelsen: Vi jeg bli gal Miste kontroll og skade noen	Prøver hardt å ikke tenke på hendelsen, kontrollere følelser, demper følelsene gjennom alkohol / stoffer
Hvis jeg ikke kontrollerer følelsene mine: Vi jeg ikke kunne arbeide Vi jeg bli aggressiv og skade noen	Gjøre følelser numne, unngå alt som kan forårsake negative eller positive følelser
Hvis jeg treffer venner: Vi de spørre om det som har skjedd og tenke at jeg er patetisk som fortsatt blir opprørt over det	Unngå å se venner

30

Sikkerhetsatferd gir kun følelse av mestring på kort sikt

- Hindrer en i å teste ut om negative forventninger stemmer og reduserer mulighetene til å avkrefte feilfortolkninger
 - Opprettholder symptomer
- Hindrer læring av alternative og mer hensiktsmessige mestringsstrategier
 - Opprettholder problematferd



31

Utfordring av sikkerhetsatferd

- **Identifisere:** Hvilke mestringsstrategier brukes?
- **Utforske:** Er mestringsstrategiene dysfunksjonelle? Hvordan fungerer de opprettholdende for problemet?
- **Finne alternativer:** Hva kan jeg ellers gjøre? Hvilke andre mestringsstrategier kan jeg bruke?
- **Teste:** Hvordan fungerer dette i praksis? (atferdsekspirimeter)



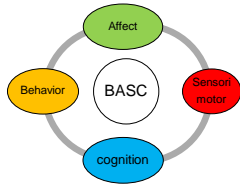
32

Affekt / Emosjoner



33

NB: Alt må aktiveres for å bli integrert



34



Affect

Emosjoner er en dypt kroppslig ting. Det finnes ingen emosjon uten kroppslig opplevelse.



35

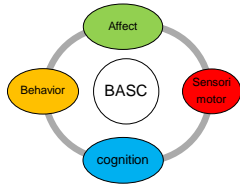


Sensorimotor / kroppen

36



NB: Alt må aktiveres for å bli integrert



37



Sensimotor – hva er nå dette?

Minner har også en

- Sensorisk
sansenintrykkene som lukt, varme/kulde, etc
 - Motorisk
bevegelsene kroppen husker, opplevelse av å være i bevegelse
- Innhold.





38

Test: Er traumene bearbeidet?

- Kan personen forholde seg til hendelsene på en overfladisk måte?
- Er de fysiologiske reaksjoner håndterbare?
- Tåler personen følelsene forbundet med traumet?
- Er hendelsene en del av en sammenhengende historie?
- Er selvfølelsen reetablert?
- Er de viktigste relasjonene gjenopprettet?
- Er det utviklet en mening og tro knyttet til det som skjedde?





39