



Veileder

Stabilisering, håndtering
og behandling av traume-
symptomer i kommunen
og spesialisthelsetjenesten
Spesielt rettet mot flyktninger

Utarbeidet av «stabilisering av flyktningers psykiske helse» (STAF) -Et samhandlingsprosjekt mellom Bærum kommune og Vestre Viken helseforetak, DPS Bærum. 2015



Liste over aktuelle samarbeidspartnere:

Avd.Migrasjonshelse, Bærum kommune	67 50 67 50
Psykisk helse ambulerende tjenester, Bærum Kommune	67 50 62 23 / 67 50 76 00
Senter for mestring og forebygging (SEMFO), Bærum Kommune	67 50 41 79
Distriktpsikiatrisk senter (DPS), Bærum	67 81 43 30
Sosialfaglige tjenester, Bærum Kommune	67 50 75 00
Legevakten Asker og Bærum	06780
Barnevernet, Bærum Kommune	67 50 68 00
Tildelingskontoret, Bærum Kommune	67 50 40 50
Asker og Bærum Krisesenter	67 50 83 83
Fastleger, finnes egen liste hos Bærum Kommune	http://www.legelisten.no/leger/Akershus/B%C3%A6rum
Rustjenesten, Bærum kommune	67 50 76 55

Innhold

Forord	4
Sammendrag	6
Bakgrunn	8
Innledning	11
Migrasjon og utfordringer	12
Kommune- og spesialisthelsetjenesten	15
Traumer	16
Triggere	21
Flashbacks	22
Unnvikelse	22
Dissosiasjon	23
Post Traumatisk Stresslidelse (PTSD)	24
Kompleks PTSD	26
Resiliens	26
Møte med bruker	27
Kartlegging	31
Stabilisering	31
Den indre veggen	34
Stabiliserende traumebehandling	35
Søvn	36
Praktiske eksempler	38
Spontane bearbeidinger – noen prinsipper for hjelper	40
12 prinsipper for gode tiltak i skole, arbeid og hverdagsliv	41
Litteratur	42
Notater	44

Forord

«Stabilisering av flyktningers psykiske helse» er et samhandlingsprosjekt mellom Bærum kommune og Vestre Viken helseforetak. Hensikten med prosjektet har vært å bidra til å sikre koordinerte og helhetlige behandlings- og tjenestetilbud til nyankomne flyktninger med alvorlige psykiske lidelser alene eller i kombinasjon med rusproblemer. I perioder vil enkelte ha behov for oppfølging i spesialisthelsetjenesten, men primært skal flyktninger få oppfølgingen i kommunen.


Et viktig delmål for prosjektet har vært å gi ansatte både i kommunen og spesialisthelsetjenesten kompetanse på, felles forståelse for og oppfølging av flyktninger med traumesymptomer.

Uten kompetanse i traumehåndtering og kulturforståelse vil typiske traumesymptomer fremstå som uforståelige og irrasjonelle. Med nødvendig kompetanse er helse- og omsorgstjenestene bedre i stand til å hjelpe denne gruppen.

Prosjektet har tydeliggjort behovet for å utarbeide en felles veileder for stabilisering, håndtering og behandling av traumesymptomer.

Flyktninger som bosettes i Bærum kommune følges opp gjennom et toårig introduksjonsprogram som skal sikre best mulig integrering i lokalsamfunnet og tilhørighet til arbeids- og samfunnslivet for øvrig. I Bærum får flyktingene også oppfølging fra helsearbeidere knyttet til avdeling Migrasjonshelse ved Flyktningkontoret.

Målsettingen er at de snarest mulig skal kunne dra nytte av kommunens allmenne tjenester, også fastlegetjenesten og den øvrige kommunale helsetjeneste.



Flyktingene har bakgrunn fra en rekke land og flere verdensdeler. Mange har tunge erfaringer og sterke opplevelser knyttet direkte til krigshandlinger eller til tiden på flukt.

Disse opplevelsene vil i ulik grad prege den enkelte flyktning. De har varierende evne til å takle og bearbeide dette, og har ulik grad av sosial støtte. Noen vil utvilsomt ha vedvarende psykiske plager med typiske traumesymptomer. Dette kan igjen forsterkes og utløses av å oppholde seg i en fremmed kultur med marginalt sosialt nettverk. Traumesymptomene kan være vanskelig å tolke og håndtere på grunn av den fremmedkulturelle sammenheng de opptrer i.

Traumesymptomene skiller seg ikke vesentlig fra de symptomer andre innbyggere med alvorlige traumatiske opplevelser sliter med. Veilederen vil være nyttig for å ivareta alle med traumesymptomer.

Ønsket med denne veilederen er at den vil bidra til å heve kompetansen til alle tjenesteytere som er i kontakt med traumeutsatte flykninger. For det første skal veilederen styrke tjenesteyterens evne til å tolke symptomene, men enda viktigere skal veilederen gi tjenestene et verktøy som setter dem i stand til å hjelpe den enkelte flyktning gjennom kompetent stabilisering og traumehåndtering.

Anne-Grethe Myklebust og Britt-Eva Halland Nesse fortjener stor takk for å ha utarbeidet denne veilederen, samt Brita Holmen og Inger Schanche med gode bidrag og innspill.

Frantz Leonard Nilsen
kommuneoverlege

Sammendrag

Bakgrunn for veilederen er et prosjekt med fokus på arbeid med stabilisering av flyktingers psykiske helse. Erfaring tilsier at mange flyktinger har psykiske vansker, men de vet ikke hvordan eller hvor man søker hjelp, eller hva det er mulig å få hjelp til. I det såkalte sømløse helsesystemet faller flyktinger ofte mellom to stoler, når det er spørsmål om hvilket nivå i helsevesenet som skal ta hånd om dem. Helsedirektoratet innvilget midler til et samhandlingsprosjekt mellom Bærum kommune og Vestre Viken helseforetak for perioden 2010-2015; «Stabilisering av flyktingers psykiske helse», STAF.

Målet for prosjektet var å gi nybosatte flyktinger med alvorlige psykiske lidelser alene eller i kombinasjon med rusproblemer, koordinerte og helhetlige behandlings- og tjenestetilbud.

Prosjektet skal også bidra til utvikling av organisatoriske forpliktende samhandlingsmodeller mellom Bærum kommune og Vestre Viken Helseforetak (HF), Distriktpsikiatriske senter (DPS) Bærum.

Formålet med veilederen er å gi de som arbeider innen psykisk helse i kommunen og helseforetaket en veileder for traumestabilisering.

Med stabilisering menes å hjelpe pasienter med traumesymptomer å finne verktøy, slik at de bedre kan klare hverdagens utfordringer og gjøremål. Det er også viktig å klargjøre hvilket nivå i helsevesenet som har ansvaret for hjelpen som skal gis. Veilederen tar for seg teori i forhold til traumestabilisering, samt eksempler for å illustrere dagligdagse situasjoner. I arbeid med flyktinger er det nyttig å ha

kjennskap til migrasjonsprosessen, kulturforskjeller og ulike symptomer på traumer. Forebyggende faktorer og viktige prinsipper i traumearbeid blir også belyst.



Resultatet er en veileder som skal kunne være et nyttig verktøy for de som jobber i kommunen og spesialisthelsetjenesten, med fokus på stabilisering og håndtering av traumesymptomer.

Vi håper veilederen skal kunne være til hjelp som oppslagsverk og som et ledd i kompetanseheving for de som jobber med traumatiserte, selv om personene ikke nødvendigvis er flyktninger.

For å kunne implementere denne kunnskapen i tjenesteapparatet slik at målgruppen i prosjektet blir ivaretatt, anbefales at tjenesteledere vektlegger viktigheten av dette. Ledere må ha kompetanseheving og samhandling mellom tjenestenivåene på dagsorden, samtidig som det må være tydelig struktur i tjenesteinndelingen.

Kommunen har et primæransvar for å håndtere traumestabilisering. For å ivareta dette ansvaret, er det viktig å ha fokus på kontinuerlig kompetanseheving innen feltet. Det trengs tett samarbeid og tydelighet opp mot spesialisthelsetjenesten, slik at det er klart når hvilket nivå har ansvar for oppfølging av pasienter. Skal sømløse tjenester fungere, kreves god kommunikasjon mellom aktuelle samarbeidspartnere.

Bakgrunn

Helsedirektoratet innvilget midler til et samhandlingsprosjekt mellom Bærum kommune og Vestre Viken helseforetak for perioden 2010-2015; «Stabilisering av flyktningers psykiske helse» (STAF).

Målet for prosjektet er å gi nybosatte flyktninger med alvorlige psykiske lidelser alene eller i kombinasjon med rusproblemer, koordinerte og helhetlige behandlings- og tjenestetilbud. Med nybosatte flyktninger menes flyktninger som har fått oppholdstillatelse og blir bosatt i Bærum kommune, og som blir fulgt opp gjennom Introduksjonsprogrammet gjennom 2 år.

Prosjektet skal også bidra til utvikling av organisatoriske forpliktende samhandlingsmodeller mellom Bærum kommune og Vestre Viken Helseforetak (HF), Distriktpsikiatrisk senter (DPS) Bærum.

Som et ledd av dette fireårige prosjektet med fokus på arbeid med stabilisering av flyktningers psykiske helse, har vi utarbeidet en veileder for traumestabilisering innen kommunalt helsearbeid.

Tilskuddsordningen skal bidra til en organisatorisk forpliktende samhandlingsmodell som har fokus på stabilisering og fremming av god psykisk helse hos nybosatte flyktninger med behov for langvarige og koordinerte tjenester, og eventuelt i kombinasjon med rusmisbruk.

Prosjekt mål

Det er behov for å utarbeide enda bedre rutiner og metoder mellom tjenestene innen det psykiske helsefeltet, samt markedsføre de tjenestene som finnes og fungerer bra, for å nå flyktningene som er en sårbar gruppe. Erfaringer fra sammenlignbare

tjenester viser at det kreves målrettet jobbing fra de ulike helsetjenestene, for å oppnå gode resultater mot spesifikke målgrupper. Prosjektets fokus har vært å:

1. Bidra til utvikling av organisatoriske forpliktende samhandlingsmodeller mellom Bærum kommune og Vestre Viken Helseforetak (HF), Distriktpsikiatrisk senter (DPS) Bærum.
2. Bidra til at målgruppen sikres et kvalitativt godt helhetlig og sammenhengende behandlings- og tjenestetilbud.
3. Sørge for at brukerperspektivet blir ivaretatt.

Kompetanseheving har vært ett av hovedtiltakene i prosjektperioden, og gjennom flere seminarer har psykologspesialist Judith van der Weele delt sin brede og gode kunnskap med samarbeidspartnere i prosjektet.

STAF ønsker å uttrykke en stor takk til Judith van der Weele, som har gitt oss et teoretisk fundament som er svært godt forankret.

Prosjektet fant det nyttig å utarbeide en egen veileder vedrørende traumestabilisering, slik at viktig og elementær kunnskap om temaet kan være lett tilgjengelig for de som arbeider med mennesker som er i behov av psykisk helsehjelp, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Prosjektet ønsker å takke alle bidragsytere som har bidratt med gode innspill i løpet av prosjektperioden, både arbeidsgruppa, styringsgruppa og referansegruppa.

Veilederens hensikt og målgruppe

Denne veilederen er ment som et arbeidsverktøy primært for ansatte i Bærum kommune og Vestre Viken helseforetak, som arbeider med personer som er i behov av psykisk helsehjelp. Veilederen skal kunne brukes som et oppslagsverk.

Målgruppen er blant annet ansatte i psykiske helse, rus- og sosialfaglig tjeneste, migrasjonshelse, fastlegene, helsesøstre, barnevernet, spesialisthelsetjenesten og tildelingskontoret.

Stabiliseringsteknikker som blir nevnt i denne veilederen kan også anvendes til andre personer enn flyktninger.

Med stabilisering menes her å hjelpe pasienter som har traumesymptomer i så stor grad at de har vansker med å mestre hverdagen, til å finne verktøy slik at de i noen eller stor grad klarer hverdagens utfordringer og gjøremål.

STAF-prosjektet ser for seg at håndboken kan brukes dersom man ønsker å forberede seg til møte med traumatiserte personer. Den kan i tillegg være nyttig å ha for kommunalt ansatte for å oppsummere et møte eller en samtale, hvor man er usikker på hva som er veien videre i oppfølgingen av personen.

Rask og effektiv behandling kan bidra til bedre helse. Dersom kompetansen om traumestabilisering i det kommunale helseapparatet er på plass, antar man at rundt 80 % av pasienter med traumesymptomer vil kunne bli stabilisert på dette helsenivået.

Pasienter med traumesymptomer er ingen ensartet gruppe. Traumer kan blant annet oppstå som følge av tap av familie eller venner, etter ulykker eller det kan oppstå etter voldsopplevelser, enten enkelthendelser eller over tid. Med stadig flere bosatte flyktninger i kommunen, vil man også møte personer som er traumatiserte som følge av blant annet krigshandlinger, forfølgelse, overgrep eller flukt.

Flyktninger har ikke spesielle behov fordi de er flyktninger, men fordi de i stor grad har en annen bakgrunn. Kulturforskjeller gir flyktningene en ekstra dimensjon. De kommer med blant annet et fremmed språk, annen kulturbakgrunn, opplevelser, verdier og tankesett. De har forholdt seg til andre normer og regler, og kan trenge lang tid på å tilpasse seg vårt norske system, kultur og verdigrunnlag.

Det er viktig å poengtere verdien av å diskutere fagspørsmål med kolleger. Vi ønsker at ansatte diskuterer og veileder hverandre under vanskelige saker, hvor det kan være nyttig å få innspill til hvordan man best kan hjelpe brukere. Det er viktig å huske at ingen person er lik, alle har hver sin historie.

Prosjektet ser det som spesielt viktig å ha med teori i veilederen. For de som jobber innen det psykiske helsefeltet, er det viktig å ha en basiskunnskap og kompetanse om traumer, traumesymptomer og håndtering av disse.

Veilederen gir også konkrete råd i håndtering av flyktninger med traumesymptomer. Det er tatt med noen gjenkjennbare eksempler på ulike situasjoner som kan oppstå.

Spørsmål vedrørende veilederen kan rettes til anne-grethe.myklebust@baerum.kommune.no

Innledning

Mange flyktninger som er i behov av psykisk helsehjelp, har ikke kjennskap til hvordan og hvor man søker hjelp og hva det er mulig å få hjelp til. Får de avslag på en henvisning til psykisk helsehjelp, tilsier erfaringen at de har større terskel for å søke hjelp på nytt.

Målet med STAF-prosjektet er nettopp økt samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten i forhold til flyktninger som er i behov av langvarig og koordinert helsehjelp fra psykisk helsetjeneste, slik at pasientene skal oppleve at sømløse tjenester virker.

En stor andel av pasientene innen psykisk helsevern i Norge rapporterer om vold og/eller traumerfaringer i sin historie. En vanlig begrunnelse for innleggelse av pasienter ved sengeposter i psykisk helsevern, er at det er behov for stabilisering.

Man tenker ofte at det vil være godt og nyttig for en person å få snakke om det vonde som har hendt for å bearbeide hendelsene. Erfaringer viser imidlertid at samtaler om traumer som ligger tilbake i tid gjerne fører til gjenopplevelser og ytterligere traumatisering heller enn bearbeiding, dersom personen ikke er godt nok stabilisert og har gode nok reguleringsferdigheter. Det er derfor viktig å bygge en «mestringsplattform» før man åpner for det mest smertefulle. Bearbeiding kommer et stykke ut i behandlingsforløpet.

Noen personer har heller ikke den psykologiske kraft som skal til for at det er forsvarlig å gå i gang med bearbeiding. Personen vil likevel ha nytte av stabilisering, med særlig fokus på å øve opp reguleringsferdigheter. Et godt stabiliseringsarbeid gir lette av symptomer og lidelse.

I følge psykologspesialist Judith van der Weele bør 80 % av traumestabilisering innen psykisk helse foregå i kommunal regi, mens de siste 20 % er i behov av kompetansen til spesialisthelsetjenesten.

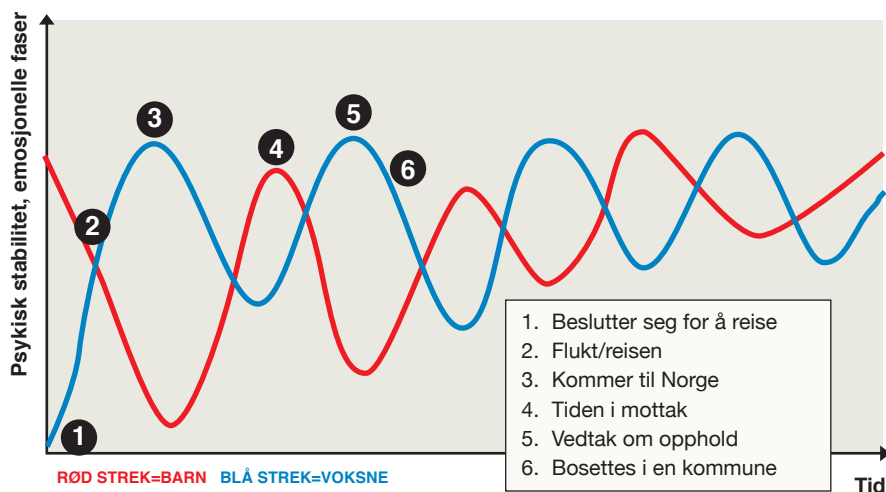
For at kommunene skal kunne håndtere traumestabilisering i størst mulig grad, er det derfor viktig at kompetansen blant kommuneansatte heves innen dette feltet.

Migrasjon og utfordringer

Flyktninger er mennesker som oppholder seg utenfor hjemlandet sitt over tid. Noen av hovedårsakene til at mennesker flykter er krig, konflikt og forfølgelse. Flyktninger som blir bosatt i Bærum gjennom Flyktningkontoret har fått opphold i Norge.

Disse har måttet forlate hjemlandet sitt av ulike grunner, og det å komme til et helt nytt og fremmed land er krevende. Migrasjon oppleves ofte bestående av ulike faser, og disse fasene kan oppleves forskjellig fra individ til individ både i lengde og intensitet.

Migrasjonsprosessen



Barn er ofte i andre eller motsatte faser enn voksne i en migrasjonsprosess. Dette krever at omsorgspersoner må være oppmerksomme på at barna kan ha andre reaksjoner enn voksne i de ulike fasene.

Eksempelvis;

- Barn er ofte beskyttet i krig eller under vanskelige forhold fordi foreldrene gjør det de kan for å beskytte dem. (Ungdommene derimot har ofte opplevd og forstått mer enn det foreldrene tror.) For barna kan det derfor være vanskelig å forstå

hvorfor familien velger å reise fra familie og venner som barna er knyttet til. Barna må forlate eksempelvis besteforeldre som kan ha vært svært nære og viktige omsorgspersoner.

- Under flukten er alt det trygge og forutsigbare borte, og barna kan ofte merke foreldrenes stress under reisen/flukten.
- Når barna kommer til Norge opplever de ofte å få nye venner og lære seg norsk raskere enn foreldrene sine, og de finner seg derfor ofte raskere til rette i Norge. Noen barn har det bedre i tiden mens de bor på mottak enn foreldrene fordi det er aktivitetstilbud for dem der.
- Dermed kan beskjeden om at de skal flytte (bosettes i en kommune) være vanskelig fordi de opplever nok et oppbrudd fra venner og et sted de har opplevd som «hjemme».
- Ved bosetting i kommune kan barna igjen oppleve å være raskere til å tilpasse seg enn foreldrene. De kan ofte språket bedre og begynner i barnehage eller i innføringsklasse. Samtidig vil de ofte påvirkes av at foreldrene sliter med å finne seg til rette.

Denne prosessen viser hvordan en flyktning kan ha gjennomgå ulike faser i en migrasjonsprosess i forhold til psykologiske prosesser og forholdet til de nærmeste. Prosessen deles inn i 5 faser;

Faser i migrasjonsprosessen	
Forberedelsesfasen	Er preget av oppstemthet, noe som er grunnet i at man har bestemt seg for å dra vekk eller at man vet at man skal til et bestemt sted.
Migrasjonsfasen	Kan være en tøff tid. Da kan her-og-nå problemene oppleves overveldende, og man får mange tapsreaksjoner. I tillegg er det en stor usikkerhet for hva man kommer til.
Overkompensasjonsfasen	Kan være en stressende, slitsom og spennende tid. Alvoret har ikke gått opp for flyktningen, samtidig som man skal prøve å få en oversikt over alt det nye.
Krise eller dekompensasjonsfase	I denne fasen kan ikke flyktningen lenger unngå virkeligheten. Mange føler en hjelpeløshet basert på uvisshet og følelsen av å ikke lenger ha styringen over sitt eget liv.
Generasjonsfaser	Som navnet sier er dette en prosess som kan ta flere generasjoner. Denne fasen representerer tilpasningen til den nye situasjonen, hvor flyktningen møter den nye kulturen og klarer å leve med den. Psykososiale problemer kan fremdeles være uløste.

Mennesker som velger å flykte fra sitt land, kan ha både positive og negative følelser til selve migrasjonen. De skal flykte fra en livssituasjon som er vanskelig, til noe som forhåpentligvis er tryggere og med forventninger om et bedre liv.

Selve reisen og flukten kan by på erfaringer man ikke hadde tenkt kunne skje, og som vil prege flyktningen i lang tid. Dette kan være tap av familie eller kjente underveis, overgrep, fengsling, frykt eller andre skremmende opplevelser.

Livet i et fremmed land byr på utfordringer av ny art, blant annet nytt språk, ulikt utseende, fremmed kultur og ukjente skikker. Mange flyktninger vil i denne prosessen oppleve andre ulike tap; tap av status (både familiært og yrkesmessig), tap av ære eller tap av økonomisk karakter.

Mange flyktninger har ikke med seg gyldige papirer fra hjemlandet som bekrefter utdanning og yrke. I Norge må de da starte på et nytt utdanningsløp på et lavere akademisk nivå enn hvor de var i hjemlandet. Mange nordmenn vil nok ubevisst undervurdere mange flyktnings kunnskapsnivå, siden flyktningene i stor grad ikke har mulighet til å bevise dette i form av arbeid og språk med en gang.

Å lære språket er nøkkelen til å få arbeid og utdanning i et nytt land. Dette kan være krevende og ta tid, spesielt hvis det er mange andre problemer flyktningene må ta tak i underveis.

Flyktninger kommer ofte fra kulturer med kollektivistisk livssyn i motsetning til det individualistiske livssyn som råder i Norge.

I et kollektivistisk samfunn er hensynet til storfamilien, landsbyen eller det sosiale nettverket viktigst. Det som særpreger et individualistisk samfunn, er at man er mer sentrert om seg selv og sin nærmeste familie. En hendelse som medfører tap av ære eller skam for en person, vil i et kollektivistisk samfunn ramme hele storfamilien, mens dette vil mest ramme enkeltmennesket i et individualistisk samfunn.

Denne forskjellen kan relateres til ulike problemer og utfordringer som kommer til uttrykk mellom flyktninger og norske innbyggere.

I storsamfunnet ellers kommer ignorering, diskriminering og rasisme til uttrykk, og dette vil kunne være en belastning for mange flyktninger.

For mange flyktninger kan faktorene som er nevnt ovenfor bidra til utvikling av psykiske helsevansker. Det at man over tid opplever en generell nedrigt, føler seg annerledes, ser annerledes ut og ikke forstår hvordan man skal oppføre seg i ulike situasjoner, kan bidra til å påvirke den psykiske helsen.

Kulturforskjeller og psykisk helse

Det er store kulturforskjeller i forhold til hvordan man forholder seg til helse og psyke. I Norge er det fortsatt en del tabuer og skam knyttet til psykiske lidelser, og det er et faktum at det å ha psykiske problemer er tabubelagt i mange innvandrere- og flyktningmiljøer.

Er man psykisk syk i enkelte kulturer, blir man betegnet som gal og skal skjermes fra resten av samfunnet.

Psykiske plager eller lidelser blant flyktninger vil kunne komme til uttrykk som somatiske plager. Dette er viktig å huske, slik at man utreder symptomer og ikke overser en sykdom.

Kommune- og spesialisthelsetjenesten

For at det skal være klart og tydelig, ønsker vi å beskrive forskjellen på disse to nivåene i helsevesenet.

Kommune- og spesialisthelsetjeneste lar seg enklest definere gjennom hvilke oppgaver de utfører og har ansvaret for.

Kommunetjenestene er ofte de tjenestene brukeren treffer først i det offentlige hjelpesystemet. Det kan være fastlegen, helsestasjonen, NAV, pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT), psykisk helsetjeneste, skole, barnehage, hjemmetjeneste, fysioterapeuter, familierådgivningskontor eller liknende. Folk skal kunne få hjelp til dagligdagse problemer der de bor. Et viktig prinsipp er derfor at kommunetjenestene skal være et lokalt og kommunalt ansvarsområde.

Spesialisthelsetjenesten kan være lokalsykehus, distrikts psykiatrisk senter (DPS), lærings- og mestringstilbud, barne – og ungdomspsykiatri (BUP), spesialskoler og hjelpemiddelsentraler. Dette er tilbud som brukerne blir henvist til, dersom kommunehelsetjenesten ikke kan yte tilstrekkelig hjelp.

Samhandlingsreformen har satt et økt fokus på samhandling både innad i kommunehelsetjenestene og mellom kommune- og spesialisthelsetjenestene.

Når har hvilket nivå ansvar for å hjelpe traumatiserte

Det er viktig at begge nivåene jobber parallelt med brukerne i den perioden de er i behov av hjelp, men hvem som er mest og tyngst inne av tjenestene vil variere avhengig av behovet.

Fokuset er **samhandling**, men det er likevel viktig å skille på noen primæroppgaver;

Kommunehelsetjenesten	Spesialisthelsetjenesten
Generell stabilisering	Behandling eller terapi
Støttesamtaler	Utredning
Depresjon, angst o.l.	Alvorlig suicidalfare
Økonomisk veiledning, videreføre til f.eks. gjeldsrådgivere	Psykososer
Hjelp til å strukturere hverdagen	
Oppfølging til ulike offentlige instanser	
Hjelp til å trygge videre relasjoner	

Traumer

Hva er et traume?

I helsevesenet snakker man om både fysiske og psykiske traumer.

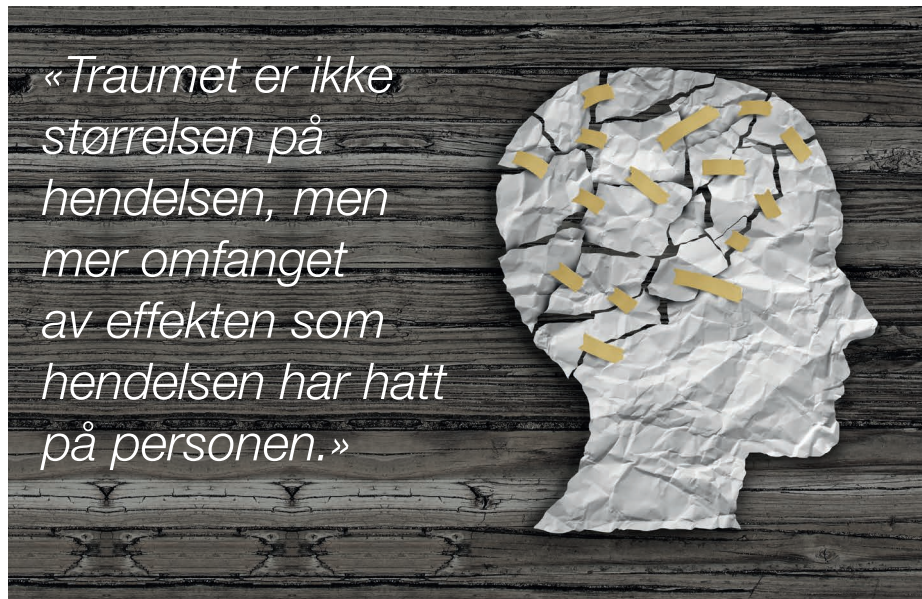
Med fysiske traumer menes ulike skader som er resultat av mekanisk berøring av kroppsdelene. Eksempler på dette kan være hodeskader etter ulykker/fall, brudd, forstuinger, kuttskader og liknende.

Psykiske traumer er et begrep som brukes både i dagligtale og innen psykisk helsevern.

Traumebegrepet benyttes om vonde og overveldende situasjoner som man tenker kan gi psykiske vansker.

Eksempler på hendelser som kan gi psykiske traumer kan være voldtekt, fysisk eller psykisk vold, overgrep, krigsopplevelser, tortur, trakassering og mobbing.

En traumatisk hendelse kan få konsekvenser og virke inn både på selvbildet og selvevaluering.



Ved et utvidet traumebegrep omfattes også tidlig-traumer eller relasjonstraumer. Disse kan handle om ulike former for omsorgssvikt, men kan også belyse type tilknytning mellom omsorgsgiver og barnet.

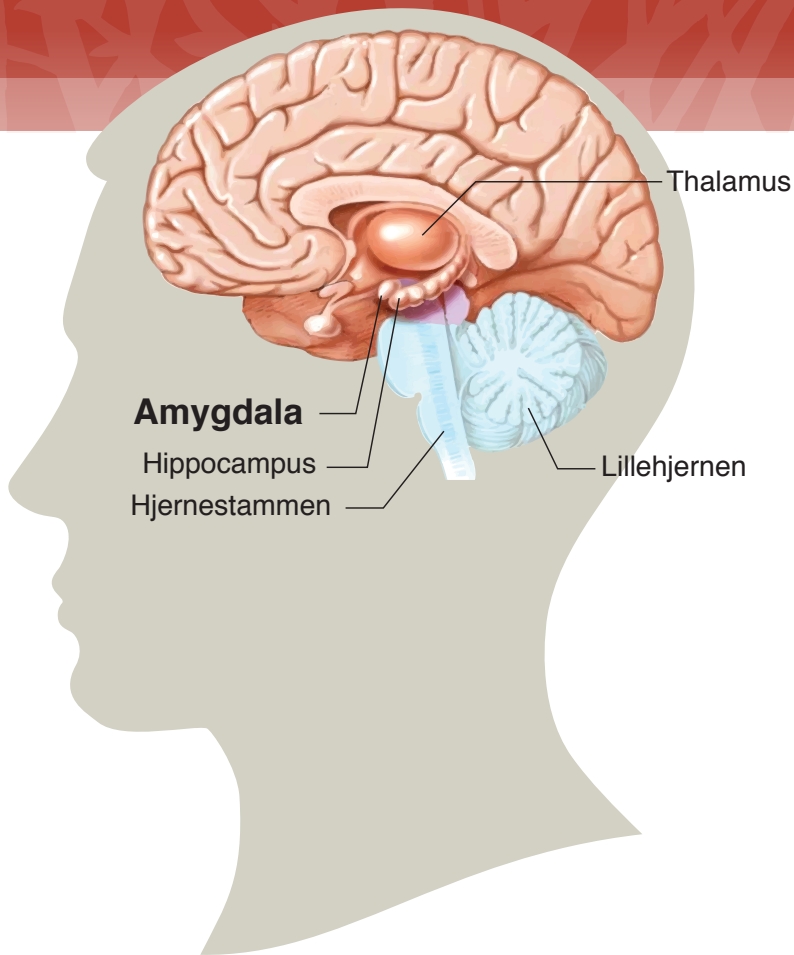
Tidlige relasjonelle erfaringer kan påvirke hvordan et individ vil håndtere fremtidige livsbelastninger. Dette kan handle om både sosialt nettverk, bruken av nettverket og evne til å søke hjelp. Effekten av et traume kan også reflektere hvor stabilt selvbilde vedkommende hadde før hendelsen.

Hva som preger den traumatiserte

Traumer affekterer personer på ulike måter, og symptomene i etterkant kan være mange. Ofte er det en forestilling om at verden er uforutsigbar og utrygg. Tapsopplevelsene kan være sterke, og depressive symptomer samt sorg er vanlig. I tillegg ser man ofte sinne, skam, skyldfølelse og selvbebreidelse i etterkant. Personen kan i noen tilfeller utvikle et rusproblem og suicidale tanker. Dette er bare noen få av en rekke symptomer en traumatisert person kan komme til å lide under.

Symptomene hører inn under flere diagnoser, som for eksempel depresjonsdiagnoser og PTSD, se senere. Symptomene kan avta naturlig med tiden, men dersom de vedvarer og en diagnose blir stilt etter opplevd traume, er det ikke nødvendigvis kun en traumediagnose.

Amygdala – hjernens alarmsentral



Amygdala er alarmsentralen og forsvarssystemet i hjernen.

Amygdala er innstilt på å oppdage farer og mye sanseinformasjon kommer gjennom denne.

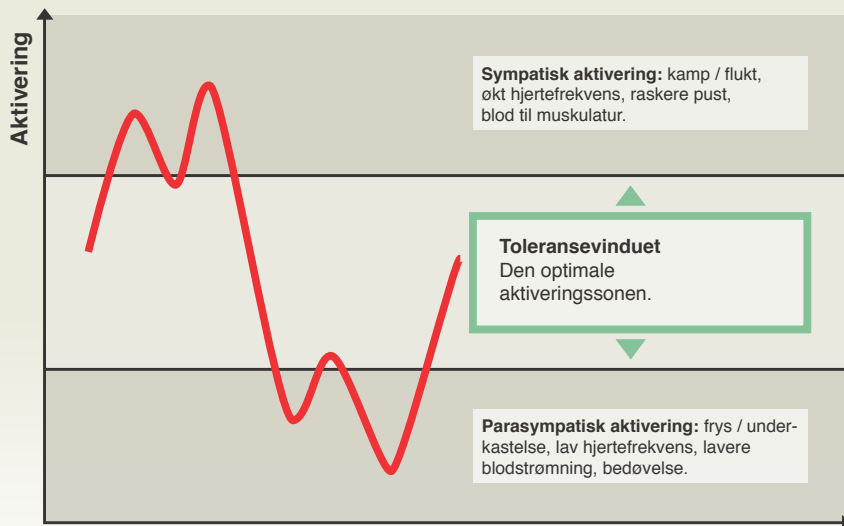
Den er observant på for eksempel plutselige og raske bevegelser.

Amygdala reagerer raskt, før informasjonen er blitt vurdert rasjonelt.

Den sender lynraskt beskjed til kroppen om at den må gjøre seg klar for å flykte, slåss eller underkaste seg (lammelse).

Toleransevinduet

Over- og underaktivering som reaksjoner på fare



Toleransevinduet visualiserer ulike reaksjoner hos mennesker. Som bildet viser, vil over- og underaktivering være reaksjon på noe den enkelte oppfatter som fare. De aller fleste befinner seg vanligvis i toleransevinduet, det vil si den optimale aktiveringssonen, hvor man evner å tenke og handle rasjonelt. Alle opplever situasjoner i livet hvor man nærmer seg yttergrensen av sitt eget toleransevindu eller går over eller under.

Forklaring på og kjennetegn ved toleransevinduet

■ **Overaktivering = Sympatisk aktivering.**

Første reaksjon på fare – flukt eller kamp.

- Fordøyelsen hemmes.
- Hjerter og pustefrekvens øker.
- Blodgjennomstrømning til armer, ben og store muskelgrupper øker.
- Økt muskeltonus.
- Fokuseret oppmerksomhet.
- Kjenner ikke etter hvordan en har det.

Let etter handlinger som nedregulerer overaktivering.

■ **Underaktivering = Parasympatisk aktivering.**

Når faren ikke kan unngås – frys og underkastelse.

- Hjerter og pustefrekvens går drastisk ned.
- Redusert muskeltonus.
- Blodgjennomstrømning til muskler og lemmer reduseres.
- Bedøvelse.

Underaktivering øker faren for senreaksjoner.

■ **Toleransevinduet – den optimale aktiveringssonen, der det er ønskelig å være.**

Viktig å holde personen i toleransevinduet.

- I denne sonen klarer man å tenke og handle rasjonelt.
- Når personen kommer tilbake til toleransevinduet, gjør det vondt.
- Personen går da ut av forsvaret sitt og inn i følelsene/tankene/virkeligheten.
- Personen lander i seg selv.

Ved fare går kroppen i en alarmberedskap, hvor biologien styrer reaksjonen på hvordan man reagerer; frys, kamp eller flukt. Dette er naturlige overlevelsesreaksjoner i kroppen, som blir sentralt styrt fra amygdala i hjernen og som man ikke kan kontrollere.

Et eksempel på «frys, kamp eller flukt» kan være en voldtekt. I en voldtektsituasjon kan offeret reagere enten med å bli apatisk og overgi seg helt uten motstand, slåss for livet imot overgriperen eller prøve å løpe/flykte fra situasjonen. Hvilken handling offeret reagerer med er en instinkt reaksjon, som det er umulig å forutsi.

Uansett hvilken reflekshandling offeret har reagert med, vil personen sannsynligvis bebreide seg selv i etterkant fordi denne ikke handlet annerledes.

Med tanke på selvregulering, er det å kjenne til sitt eget toleransevindu et godt redskap for å kunne forstå sitt reaksjonsmønster.

Kjennetegn hos traumatiserte når de er utenfor toleransevinduet:

Mange traumatiserte opplever at minner om den traumatiske hendelsen kommer igjen og igjen (flashbacks), ofte uten forvarsel.

Ulike sanseinntrykk koblet til traumet, som bilder, lyder, lukter, kroppslige og følelsesmessige fornemmelser eller inntrykk, vil kunne fungere som triggere.

Traumatiserte personer mangler ofte språk eller ord på det som har skjedd, og får i stedet kroppslige reaksjoner. Atferden kan utarte seg veldig forskjellig, så som apati, sinne, redsel, fjernhet, aggressivitet, underdanighet, mangel på mimikk eller hysteri. Den traumatiserte hjernen hindrer en i å ta inn ny informasjon. Aktivisering av nervesystemet vil influere både på oppmerksomhet, konsentrasjon, hukommelse og informasjonsbearbeiding. Dette kan medføre at personen ikke får med seg viktig informasjon. Det er derfor nødvendig å sjekke ut at informasjonen er mottatt.

Triggere

En trigger er noe som utløser en reaksjon

Triggere kan være for eksempel;

- Lukt.
- Lyd.
- Syn.
- Følelser eller fornemmelser.
- Stress.
- Relasjoner.
- Årsdag for det som skjedde (dvs. traumehendelsen).
- Mørket.
- Stedsrelatert (øde sted, folkemengder, heis).
- Hendelser i viktige relasjoner (eks. avvisning, kritikk).
- Fysisk smerte.
- Situasjonsbetinget hendelse.

Dette kan for eksempel være et smell, som kan assosieres med tidligere traumeerfaringer som skudd eller bomber. Det kan også være røyklukt, som man assosierer med brann. Utfylling eller underskrift av skjema kan være en trigger, da dette kan minne om tidligere avhørsituasjoner.

Ro-triggere:

Dette kan defineres som noe som kan være med på å skape ro.

Eksempel på dette kan være en symbolsk handling som bønn eller meditasjon.

Andre ro-triggere kan være musikk, kosedyr, frisk luft eller varm drikke. Det viktigste er å få ned stresset.

Stress er uheldig for traumatiserte fordi;

- Stress er en trigger som kan utløse en uønsket reaksjon.
- Stress fører lettere til gjennombrudd av traumatiske minner.
- Det er vanskelig å tenke klart under stress.

Flashbacks

Flashbacks kan defineres som spontant innsettende, men forbigående gjenopplevelser av følelser, tanker, sanseinntrykk, lukt og minner. I denne veilederen knytter vi flashbacks til traumatiske opplevelser. De opptrer ofte uten forvarsel, og oppleves som ubehagelige og skremmende. Flashbacks er knyttet til kroppslige symptomer som hjertebank, indre uro og angst. Flashbacks kan utløses av både indre og ytre triggere.

For eksempel kan en flyktning i et glimt gjenoppleve deler av en torturseanse, utført av tidligere hjemlandets myndigheter, idet personen møter en uniformert politimann, militær eller uniformert vakter i Norge.

Den sterke alarmberedskapen og fysiologiske aktiveringen personen opplever, kan vedvare etter hendelsen og blant annet gi søvnforstyrrelser, konsentrasjonsproblemer, affektreguleringsvansker, skvettenhet og økt vaksomhet.

Dersom personen under traumet opplevde å være i en handlingslammet forsvarstilstand, kan symptomer i etterkant være en fornemmelse av å være bedøvet, nummen i kropp eller sjel, frakoblet seg selv, følelsesmessig avflatet og gledesløs. Andre vil kunne reagere med å gå rett i en forsvarsposisjon, hvor man vil gå til angrep verbalt og/eller fysisk.

Mennesker kan for øvrig også oppleve flashbacks med begrenset varighet knyttet til sterke opplevelser. Dette kan bety at flashbacks er en del av en naturlig og spontan bearbeiding. Disse vil da inntre hyppig umiddelbart etter hendelsen og dernest forsvinne i løpet av ganske kort tid.

Noen ganger kan også mye eller alt av selve traumet være glemt.

Flashbacks er relativt vanlig ved posttraumatisk stresslidelse (PTSD).



«Det er viktig å utelukke om plager eller smerter er somatiske.»

Unnvikelse

I stedet for å fjerne seg fysisk, kan enkelte velge unnvikelse ved å trekke seg tilbake mentalt. Er man i en situasjon hvor sårbare temaer kommer opp og det er vanskelig å trekke seg fysisk bort, kan man velge å tenke på noe annet man er opptatt av eller prøve å skifte tema.

Dette kan være situasjoner hvor bruker ellers mister kontrollen over handlingskraften sin. Overaktivering kan være en unnvikelsesstrategi enkelte vil bruke. Dette kan vises i form av for eksempel overdreven vasking/skrubbing, overdreven fysisk aktivitet eller lignende.

Dissosiasjon

Dissosiasjon betegnes som det fenomenet at hjernen splitter opp sanseinntrykkene når personer opplever ekstreme hendelser som truer eksistensen deres, for å fjerne oppmerksomheten fra det som er farlig, slik at de blir i stand til å takle angsten som følger med.

Dissosiative symptomer kan være både mentale og kroppslige.

Mentale dissosiative symptomer kan være angst, flashbacks, mareritt, hukommelsestap, fjernhet eller humørsvingninger. Dette kan i gitte situasjoner medføre at brukeren «faller ut» og ikke er til stede.

Kroppslige dissosiative symptomer kan være sterke emosjoner, sanseforstyrrelser, smerte, besvimelser, kramper, apati, nummenhet eller lammelser.

Symptomene sier ifra at inntrykkene blir for sterke.

Ved gjentatt, alvorlig traumatisering kan minnefragmentene være større og mer utbroderte. De kan da inneholde mer hukommelse, flere følelser og sansefølelser for det som skjedde, samt ha en større form for selvbevissthet.

Det traumatiske minnet lagres ikke sammenhengende, men fragmentert. De ulike minnefragmentene inneholder elementer av hendelsen slik den var da den pågikk. Innholdet blekner ikke i styrke over tid på samme måte som vanlige helhetlige minner gjør, men inneholder deler av historien slik den opplevdes da hendelsen skjedde.

Ved de mest alvorlige dissosiative tilstandene kan personen være lite orientert for tid og sted, hvem de er eller hvordan de forflyttet seg. Man kan oppleve en person som er forvirret. Dette kan være fra første stund i samtalen, eller oppstå plutselig. Vedkommende trenger hjelp til å bli orientert på tid og sted og trygghet. Å høre stemmer er mer vanlig i dissosiasjon enn i psykose.

Andre forhold og tilstander som rus, Alzheimers sykdom og liknende kan også føre til forvirring og bevissthetsendringer, det er derfor viktig ikke å trekke forhastede konklusjoner om alvorlig traumatisering ved tilstedeværelsen av slike symptomer. Som tidligere nevnt, blir det viktig med avklaring somatisk.

Post Traumatisk Stresslidelse (PTSD)

PTSD er en prototype på en dissosiasjonslidelse.

3 symptomer som er avgjørende for diagnosen er:

- Gjenopplevelse eller flashbacks.
- Økt vaksomhet.
- Unngåelse.

I diagnosenavnet ligger det en tydelig forståelse av at det personen strever med, er reaksjoner på overveldende hendelse(r) denne har vært utsatt for. Eksempler på dette kan være krigsopplevelser, alvorlige ulykker, vold eller overgrep.

Symptomene handler ofte om reaksjoner etter å ha vært i en kamp-, flukt- eller frystilstand. Nervesystemet er i ettertid dysregulert, og kan være for mye eller for lite aktivert eller svinge mellom disse tilstandene (jamfør Toleransevinduet).

Sentrale symptomer på PTSD er påtrengende minner (mentale og kroppslige) eller mareritt fra traumet, et sterkt ubehag ved påminnelsen av traumet og forsøk på å unngå alt som kan minne om det.

«Sentrale symptomer på PTSD er påtrengende minner (mentale og kroppslige) eller mareritt fra traumet, et sterkt ubehag ved påminnelsen av traumet og forsøk på å unngå alt som kan minne om det.»



Kompleks PTSD

Kompleks PTSD kan være et resultat etter flere gjentatte, sterke og langvarige påkjenninger som vold, overgrep eller psykisk belastning.

Konstante trusselsituasjoner som for eksempel i en truende krigssituasjon, gjentatte overgrep (seksuelle) over tid, omsorgssvikt med påført smerte, neglekt eller alvorlig mobbing kan føre til at utsatte personer opplever endringer i;

- Affektregulering.
- Oppmerksomhet og bevissthet.
- Selvpålevelse, ofte kronisk opplevelse av skyld og skam.
- Relasjon til andre – problemer med tillit og nære relasjoner.
- Forhold til meningsdannelse.
- Somatiseringsopplevelser og smertetilstander.

Symptomene dette kan gi tilhører en utvidet traumekategori; kompleks PTSD.

Det er vanlig å se uttalte depresjonssymptomer, selvdestruktiv adferd, skam og identitetsproblematikk samt andre problemer som muskelspenninger, smertetilstander og en rekke mer eller mindre diffuse somatiske plager uten fysiologisk årsak hos den som er komplekst traumatisert.

Påkjenninger påført av en man har en relasjon og et tillitsforhold til er spesielt skadelig.

Slike påkjenninger kan gi grunnleggende tillitsproblemer og en ambivalent adferd i relasjoner.

Den traumatiserte kan da for eksempel uttrykke ønske om og søke nærhet, samtidig som den skyver den andre bort.

Resiliens

Resiliens er et begrep som brukes om en persons evne til å håndtere stress og kriser. Resiliens defineres som psykologisk motstandskraft, de faktorer som har sammenheng med at man beholder en psykisk styrke og helse til tross for stress og påkjenninger. Det kan sammenliknes med motstandsdyktighet, tilpasningsdyktighet og fleksibilitet.

Høy grad av resiliens kan ha en sammenheng med selvtillit, grad av sosial støtte og mental holdning i form av optimisme. Forskning peker samtidig mot at mindre mengder med stressbelastning på sikt, bidrar til å styrke personen og dermed øke resiliens på lang sikt.

Det er ikke funnet biologiske faktorer som kan føre til resiliens, men ovennevnte faktorer antas å innvirke.

Personer som har blitt utsatt for den samme type motgang og vansker reagerer forskjellig.

Møte med bruker

Traumatiserte personer utvikler ofte ulike strategier for å kunne mestre hverdagen. For å slippe å bli minnet om tidligere traumatiske opplevelser, vil mange velge å unngå visse situasjoner. Noen vil unngå at andre mennesker kommer for nær, menneskemengder, offentlige plasser eller åpne plasser. Enkelte vil isolere seg, da de føler seg utrygge og i fare når de går ut. Andre vil fortrenge minner fra fortiden, for å slippe å kjenne på de følelsene dette kan framkalle.

Reaksjonen (fysisk, følelsesmessig, kognitiv) på et traume kan blant annet innebære smerte, frykt, hjelpeløshet, skrekk, overveldelse eller sinne.

Mange traumatiserte sliter med skam, skyld og lavt selvbilde. De trenger at man viser respekt, ydmykhet og forståelse for at de befinner seg i en vanskelig livssituasjon. Spørsmål, blikk eller direktehet, kan ofte være med på å gjøre situasjonen vanskeligere for den traumatiserte, da dette kan oppfattes som truende, sårende eller at de ikke blir trodd.

I alt arbeid med traumatiserte er det spesielt viktig at man har forståelse for at personen befinner seg i en vanskelig livssituasjon. Man bør møte personen med respekt og vennlighet, være tålmodig og gi personen tid til å bli trygg. Lytt til hva personen er god til, hva den er glad i, hvordan familien eller andre nære er og hva personen liker å gjøre.

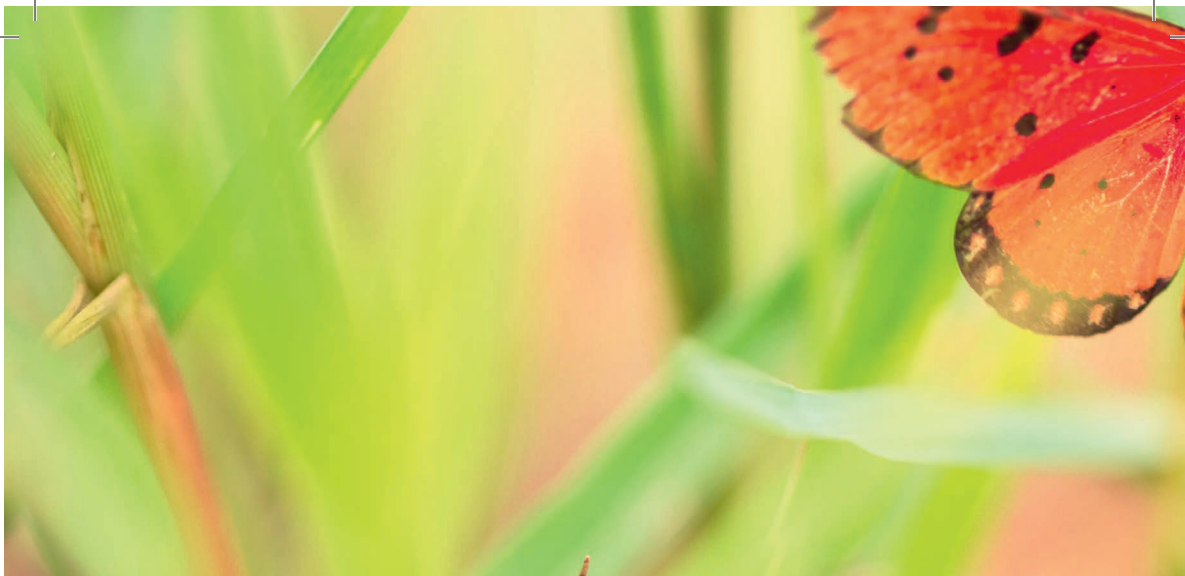
Det er avgjørende å tilby en troverdig og trygg relasjon.

Når relasjonen er god, kan den traumatiserte tåle mer av eget liv og smerte.

En hjelper må akseptere at den traumatiserte ikke ønsker å snakke om sine traumer, men samtidig bør hjelper vise at den vet om og forstår personens smerte.

Mange flyktninger og andre personer kan oppleve fagpersoner i helsetjenesten som brikker i et maktsystem.





For å nøytralisere dette, kan det være lurt å tenke gjennom hvor man møter personen til samtale. Spør gjerne hvor denne ønsker å møtes.

I stedet for å møtes på et kontor, kan det være mer hensiktsmessig å gå en tur, kjøre bil eller møtes på personens arena eller et nøytralt sted. Dersom det er naturlig å møtes på hjelpers arena, er det viktig å skape en god atmosfære der.

I møte med bruker kan hjelperen

- **Nedregulere aktivering/alarm.**
 - Eksempel; «Du er trygg nå – vi er her sammen i rommet», «Du er i Bærum, det er mandag kl.11.00, det er ikke farlig».
- **Skape håp fremover.**
 - Eksempel; «Hva ønsker du å gjøre om 2 år; hvordan skal livet ditt være da?»
- **Motvirke skam.**
 - Eksempel; «Det var ikke din skyld, du gjorde det beste du kunne ut av situasjonen. Du kunne ikke ha handlet annerledes».
- **Gi omsorg og tillit.**
- **Gi respektfulle avvísninger og grensesetting.**
 - Klare rammer i forhold til ansvar og arbeidsoppgaver.
- **God kvalitet i kontakt.**
 - Tilstedeværelse, fokus (legge bort mobiltelefon), blikk-kontakt, lytting.
- **Lage god atmosfære på sitt kontor.**
- **Veilede eller følge bruker videre i tjenesteapparatet ved behov.**



Redskaper i arbeid med traumatiserte

- **Finn et felles språk.**
 - Snakk et språk personen forstår, ikke bruk masse faguttrykk. Bruk tolk når dette trengs. Helsetjenesten er ansvarlig for at informasjonen blir mottatt og forstått.
- **Begrens stress og øk gode opplevelser.**
 - Sett av nok tid, slik at det blir ro rundt situasjonen.
- **Ha fokus på ressurser – det demper alarmen.**
 - Bekreft hva den traumatiserte mestrer, som å være en god forelder, ha evnet å komme til et trygt sted, samt klare å delta på møter.
- **Bruk grunningsteknikker – tilbake til her og nå.**
 - Det kan være å sette seg godt i stolen og kjenne at føttene er i god kontakt med gulvet. Man kan klappe seg på kroppen, slik at man kjenner at man er tilstede. Puste med magen, gode åndedrag.
- **Gi håp.**
 - Vær et fyrtårn, hjelp personen å komme på riktig vei. Ha fokus på alt personen mestrer og tenk videre mål. Vær fremtidsrettet.
- **Vekk nysgjerrigheten.**
- **Ha fokus på dagen i dag.**
- **Arbeid med søvn, mareritt og triggerer.**
 - Det er viktig å ha fokus på struktur, rutiner og forutsigbarhet i hverdagen.

Hvordan hjelpe den traumatiserte i arbeid med å håndtere triggere

Ved økt bevissthet om triggere kan den traumatiserte i større grad velge hvordan respondere. Denne økte fleksibiliteten vil tilføre økt opplevelse av kontroll.

- **Kartlegge triggere.**
 - Hva er det som skaper redsel eller uro?
 - Hvilke situasjoner unngås?
 - Hva er det verste som kan skje?
- **Forutsi triggende situasjoner og lag en plan for å takle dem.**
 - Eksempelvis besøk på politistasjonen; snakk igjennom i forkant av besøket hva som skal skje og hvordan en skal forebygge en eventuell stressreaksjon.
- **Flytt triggende objekter eller unngå situasjoner midlertidig.**
 - Utfylling av skjemaer kan virke truende på traumatiserte, da dette vekker minner fra tidligere hendelser (kan minne om avhør).
 - Plassering i rommet er en viktig faktor for mange. Unngå at de kan kjenne seg innestengt. La den traumatiserte få velge plass i rommet. Åpen dør kan være befriende for noen.
- **Nøytraliser triggere.**
 - Lag en emosjonell distanse, for eksempel ved å oppsøke et «trygt sted»
 - Virkelighetsorientering; «Dette er et smell fra sprengningsarbeid, ikke et bombeangrep».
- **Hjelp den traumatiserte til å re-orientere seg til nåtid.**
 - Eksempel; «Du er i ditt eget hjem, det er trygt her», «Se deg rundt i rommet, se at du er på mitt kontor».
- **Bevisstgjør den traumatiserte på framgangen i håndteringen av sine triggere.**
 - Oppdag forskjell på før og nå.
 - Eksempel; Før; Redd for å ta bussen. Nå; klarer å ta bussen tre holdeplasser.
- **Øv på å takle ulike stressende situasjoner.**
 - Oppdag ulike muligheter og utganger. Det øker følelsen av kontroll.
 - Gjenta en øvelse der du forestiller deg at du lykkes i å takle situasjonen.
- **Gå små steg.**
 - Ha fokus på mestring.
 - Lite er mer enn ingenting.

Kartlegging

Hos traumatiserte er det spesielt viktig å kartlegge triggere, både traumetriggere og ro-triggere.

Kartlegging er aldri et mål i seg selv, men viktig for å forebygge tilbakevendende uønskede reaksjoner.

Som hjelper er det viktig å stille følgende spørsmål;

- Hva kan jeg gjøre for å hjelpe deg?
- Hvordan kan jeg stoppe prosessen?
- Kan du fortelle om tegn på at nå kommer reaksjoner?

Hva vektlegges ved kartlegging

Enhver kartlegging bør primært fokusere på ressurser, mestring og resiliens-faktorer. Hvilke mestringsstrategier har personen allerede utviklet som fungerer og er gode? Hvilke mestringsstrategier gjør livet mer problematisk, hvor personen kan profitere på å øke bevisstheten, lage andre strategier og valgmuligheter?

- Alle spørsmål skal ha en hensikt.
- Det er sjelden nødvendig med detaljer, overskrifter er mer enn nok.
- Kartlegg hva som gjør at det låser seg, hvilke situasjoner som er utløsende.
- Kartlegg ufarlige ting.
- Det er vanlig med ubehag ved kartlegging.
- Overveldelse hos den traumatiserte betyr kursjustering- ikke full stopp i samtalen. Snakk om andre ting, skift fokus fra det som vekker sterke følelser.

Stabilisering

Med stabilisering mener vi i denne veilederen symptomhåndtering.

Stabiliseringsarbeid er hva du gjør og som hjelper den traumatiserte til å regulere seg bedre og kjenne større kontroll i livet.

Det gjelder å få ned stresset, gjenkjenne triggere, kjenne til grunningsøvelser og andre handlingsalternativer. Målet er å gjenoppta livet, det vil si å overvinne unngåelsesatferd som lever sitt eget liv etter mange gjenopplevelser.

Den traumatiserte må gjennomgå reaksjonene, eksponering, triggerhåndtering og hjelp til å få bort minnene. Traumebehandling er nedregulering av faresignalene.

Det er viktig å skille mellom aktiv unngåelse (oppretholder frykten – usunt) og skjerming (sunt). Fobibehandling er viktig for å utfordre unngåelsen og viktig for å hjelpe til med stabilisering.

Grunning

Grunning er en aktiv handling for å få personen tilbake til her og nå i situasjonen. Denne handlingen er aktuell ved flashbacks, når man opplever at den traumatiserte blir fjern, apatisk eller overveldet. Den beste metode for å nedregulere stress er gjennom kroppen.

Forskjellige typer grunning:

- Vekking – få personen tilbake til nuet, ved å fokusere på for eksempel klapping, sette bena i gulvet, sitte godt inn på stolen og puste dypt.
- Fokusering – dette kan gjøres ved å fortelle personen hvor denne er, at den er i trygghet, hvilken dag og klokkeslett det er og så videre.
- Ro og trøst – få personen til å føle seg trygg.

Eksempler på hva du kan gjøre i grunningsfasen:

- Spør om den traumatiserte kjenner deg igjen.
- Prøv å oppnå sosial kontakt.
- Minn om: Tid, sted og trygghet: «Det er torsdag. Du sitter i hjemmet ditt i Bærum. Du er trygg her.»
- Jording; Kjenn føttene i gulvet og ryggen mot stolryggen.
- Tilby en hånd å holde i.
- Telle; Gå til vinduet og tell mennesker/biler utenfor vinduet eller tell farger eller gjenstander i rommet.
- Tilby muligheten for å gå rundt i rommet.
- Skift til nøytralt tema.
- Tilby noe å drikke.

Etter at den traumatiserte er kommet tilbake til her og nå, drøft hva som var hjelpsomt. Den traumatiserte vil få økt bevissthet og kan selv øve på å komme tilbake til nåtid ved senere anledninger.

Bearbeiding

Med bearbeiding mener vi i denne veilederen en prosess hvor man i fellesskap med den traumatiserte gjør traumet håndterbart og til å leve med.

Dette kan gjøres ved for eksempel å;

- Veilede med å sette ord på historien personen ønsker å formidle.
- Veilede personen i å lage en ny slutt på historien.
- Veilede personen til å ha en aktiv tilstedeværelse i eget liv.
- Stille mirakelspørsmål (eks.; Hvis et mirakel hadde skjedd i løpet av natta, hva var det første du ville merke når du våknet?).
- Skape håp.

Gjenoppta livet

Med å gjenoppta livet menes her å fokusere på livet videre og hvordan dette best kan leves. Dette innebærer fokus på mestring og mål, samtidig som gode minner fra tidligere tider kan tas frem og nytes.

Dette kan gjøres ved for eksempel å;

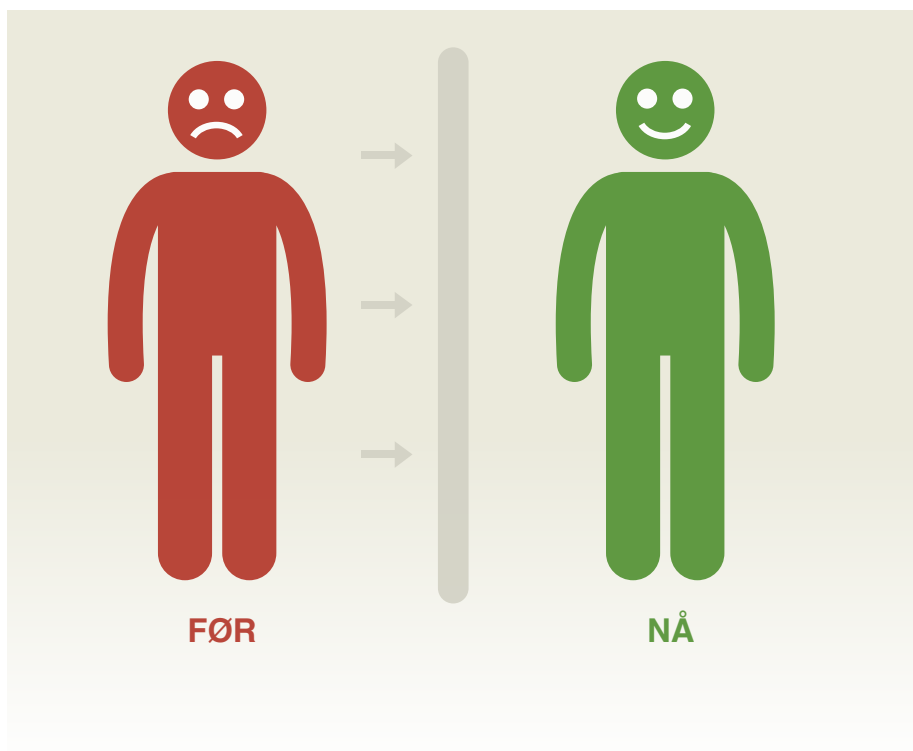
- Erkjenne at traumene har skjedd, men at man gjorde så godt man kunne.
- Erkjenne at man er trygg nå.
- Ha fokus på gode øyeblikk.
- Fortelle om gode opplevelser fra livet før traumet.

Pust

Ved aktivering av nervesystemet er pusten det første som stopper opp. Dette vil i seg selv bidra til å øke den kroppslige flukt-fare-responsen. Bevissthet om pusten og avspenningsøvelser vil kunne dempe angstreaksjoner.

Derfor er det viktig å ha fokus på pusten når du merker at den traumatiserte blir urolig, fjern eller overaktiv.

Spør den traumatiserte «hvor er pusten din nå?», da dette bevisstgjør hvor pusten er i stedet for hvordan man puster. Dette er med på å senke stressnivået i forhold til pusten.



Den indre vegg

Den indre vegg er en metafor på kraften den traumatiserte utvikler gjennom stabilisering. Denne indre vegg er den mentale kraften man utvikler til selv å bestemme når en tenker på grusomme hendelser.

Den mentale kraften er en begrenset ressurs og den trenger stadig påfyll av mestringsopplevelser. Man mister evnen til å drømme eller fantasere om gode ting når en er traumatisert.

Mens tidlig traumejobbing handler om å bygge en indre vegg, handler senere terapiarbeid om å rydde bak veggen.

Den indre vegg;

- Trenger styrke for å kunne stå i mot triggere.
- En symbolsk vegg, viser hvor mye den enkelte mestrer å holde på avstand eller forholde seg til minner.

- En godt fungerende indre vegg kan styrkes.
- Hva gjør den indre veggen tykkere?
- Ha basale ting på plass.
 - Bolig, trygghet, helse, økonomi med mere.
 - Gode rutiner i hverdagen.
 - Fokus på søvn, aktivitet, måltider og sosialt liv.
 - Mestre aktiviteter i dagliglivet.
 - Tilrettelegging på skole eller arbeid og sosialt nettverk.
 - Gjøre hyggelige ting.
 - Skape gode drømmer sammen med den traumatiserte.
 - Hjelp til med å bygge et framtidsperspektiv, selv om det kan virke uopnåelig.
 - Få ned stress.
 - Avspenningsøvelser, verktøy for regulering.
 - Lage mestringsstrategier.

Rusmidler gjør veggen tykkere en liten stund, men så tynnere igjen.

Det viktige i stabiliseringsfasen er å holde traumeminnene unna

Direkte spørsmål om traumehendelser kan være svært belastende og gjøre vondt verre. Du trenger ikke vite mye om hvilke traumer personen har blitt utsatt for, for å kunne stabilisere. Overskrifter er nok, ikke grav etter detaljer. I bearbeiding er det viktig å få frem at faren er over.

Stress er bannlyst for traumatiserte.

Ved stabilisering må en vurdere den emosjonelle alderen på den traumatiserte, ikke tenke på den faktiske alderen. Dette fordi den traumatiserte kan regregerer til et tidligere utviklingsnivå som denne var i da traumet fant sted.

Ressursfokusering er å gi personen tilgang til gode følelser og tidligere positive erfaringer. Hjelperens bidrag er å kunne fokusere, dvele ved og aktivere den traumatisertes muligheter til å leke, drømme og lengte. Økt oppmerksomhet på ressurser styrker den indre veggen. Finn ut hva som er trygt og godt for den traumatiserte.

Reparasjon er best hvis den går gjennom kropp og følelser.

Stabiliserende traumebehandling

- Styrke egenomsorg i tillegg til primære behov som mat, søvn og personlig hygiene.
- Finne meningsfulle aktiviteter i hverdagen og få balanse mellom hvile og aktivitet.

- Psykoedukasjon, få kunnskap om senfølgene av traumer. Få hjelp til å forstå egne plager og symptomer, uten å gå inn i historien.
- Oppøve evnen til å regulere aktivering. Finne gode aktiviteter som kan roe ned.
- Økt affektbevissthet og affekttoleranse. Økt evne til å kjenne på følelser, kan gjøre det lettere å kontrollere impulser.
- Jobbe med hva som kan gi økt opplevelse av trygghet. Øke evne til å ta imot og søke støtte, men også evnen til å tåle å være alene.
- Normaliser og forklar reaksjonene. Det er helt normale reaksjoner på helt unormale hendelser.
- Styrke personen i at den gjorde så godt den kunne i situasjonen.
- Styrke personen i å øke selvbildet.
- Regulering gjennom fokus på positive tanker og mestring.
- Aktiv bruk av avledning.
 - Fokuserer ved å telle.
 - Snakke om gode erfaringer.
- Tenke skrekkbildet ferdig til et rolig punkt.
- Det er viktig å lukke traumehistorien etter hver konsultasjon, og sette bruker på et konstruktivt spor før man avslutter.

Søvn

Søvnvansker

Mange traumatiserte har store søvnvansker. Dette kan uttrykke seg i form av blant annet redsel for å sove, innsovningvansker, avbrutt søvn, oppvåkninger og mareritt. Dette vil kunne føre til at mange personer snur døgnnet, slik at de er våkne på natten og sover om dagen.

Søvnvansker vil igjen føre til problemer med å utføre skolegang og arbeid, samt holde avtaler. Man vet at søvmangel over tid kan gi blant annet konsentrasjonsvansker, mindre evne til å ta i mot læring, irritabilitet, mindre impuls kontroll og emosjonelle svingninger.

Det å ta tak i søvnproblematikk er viktig med tanke på å avdekke traumer.



Marerittene er betegnelsen på en svært ubehagelig drøm. Dette innebærer at man våkner fra en urolig søvn, føler seg dårlig og blir redd.

Søvnhygiene

Det er flere mulige strategier den enkelte kan gjøre selv for å skape bedre søvn;

- Dagens innhold bestemmer natten, sørg derfor å gjøre noen hyggelige ting i løpet av dagen. Gode rutiner i hverdagen kan påvirke søvnkvaliteten positivt. Det er viktig med fysisk aktivitet, regelmessige måltider og legge seg og stå opp til samme tidspunkt.
- Innhold i kvelden påvirker søvnen. Derfor bør man unngå voldelige tv-program, nyheter fra hjemlandet, bekymring, grubling og krangling de siste timene før leggetid.
- Bekymringsbok hvor bekymringene skrives ned og lukkes tidlig på kvelden kan være til hjelp for mange.
- Positive innsøvnings tanker virker videre i natten.
- Trykke fantasier om de du er glad i.
- Ha et kosedyr eller en god pute i senga.
- En gjenstand du er trygg på og som skaper gode minner.

Tips hvis man ikke får sove:

- Stå opp, drikk litt vann.
- Les i en god bok.
- Telle sauer som hopper over et gjerde, se bevegelsen.
- Avspenningsøvelse.
- Lytt til behagelig musikk.
- Tenk positive tanker.

Marerittene vil sjelden forandre seg dersom man er i fare psykisk eller fysisk. Dagliglivets bekymringer og krav vil kunne ha en påvirkning på mareritt og søvnvanser, slik som arbeidskrav, økonomisk usikkerhet, udekkede behov.

Praktiske eksempler

Vi velger å ta med fire eksempler hvor traumesymptomene blir tydelig.

Traumene gjør vi lite med, de har skjedd. Primær oppgaven for det kommunale hjelpeapparatet er å avdekke symptomer og stabilisere. Når symptomene utløser en psykose eller stabilisering ikke er tilstrekkelig, må spesialisthelsetjenesten inn i traumebehandlingen.

Eksempel 1. Fokus på symptombilde:

En kvinne fra sentral-Afrika sitter i en samtale på et legekontor, hvor legen stiller kvinnen spørsmål og skriver på PC samtidig. Kvinnen er flyktning og har bodd i Norge i nærmere 3 år, men har vært hos denne legen kun et par ganger tidligere. Hun kommer fra et område med aktiv krigføring.

Kvinnen blir etter hvert urolig i stolen, hun svarer ikke på spørsmålene og virker ukonsentrert.

Hun er tidvis fjern i blikket.

Denne situasjonen på et legekontor kan virke skremmende for mange flyktninger, da de vil kunne assosiere hendelsen med en tidligere hendelse som for eksempel et avhør.

For å få kvinnen tilbake til her og nå, kan det være lurt å legge fra seg dokumentasjonen og henvende seg mot kvinnen. Spør henne om hun vet hvor hun er og hvorfor hun er der.

For å bryte mønsteret, kan det være lurt å spørre om hun vil ha noe å drikke og be henne gå sammen med deg til vasken eller kaffemaskinen. Da vil kroppen bli aktivert og hun vil oppleve noe ufarlig, samtidig som hun kommer seg vekk fra en mulig opplevd «avhørssituasjon». Kvinnen vil kjenne at hun er tilstede her og nå.

Vel tilbake i stolen på legekontoet kan legen be henne sette seg godt inn i stolen, kjenne at lårene og setet hviler godt mot stolen. La kvinnen kjenne at hun har bena godt ned i gulvet og at hun kjenner pusten sin. Legen må gjerne puste sammen med kvinnen.

Når kvinnen er trygg og tilstede, kan det for legen være lurt å spørre kvinnen om hun får noen forvarslar på reaksjonen.

- Kjenner hun prikking i fingrene, svimmelhet, vondt i magen eller lignende?
- Dersom hun klarer å dele dette med legen når hun kjenner at symptomene kommer,

hvordan kan hun gi tegn på dette? - Kan hun nikke eller gi et lite vink, slik at legen kan bryte situasjonen?

Hvis kvinnen klarer å dele dette, kan legen være spesielt oppmerksom på symptomer ved senere anledninger.

Det er viktig at kvinnen ikke forlater legekantoret uten at hun er trygg og tilstede her og nå.

Dette eksemplet er innenfor kommunalt ansvar, ikke grunn til å trekke inn spesialisthelsetjenesten. For mer teori, se dissosiasjon, pust m.m.

Eksempel 2. Fokus på triggerere:

En ung afghansk gutt er på skoletur med klassen, men han kjenner ikke de andre elevene eller læreren så godt ennå. De kjører buss, og er på tur til et fengsel de skal besøke i forbindelse med en skoleoppgave. Når de ankommer fengselet, blir de låst inn gjennom hovedporten, før de sluses videre inn i fengselet gjennom flere låste dører. Det er lite med vinduer inne i fengselet.

Det høres stadig slamring av tunge dører og lyden av nøkler som låser dører.

Den afghanske gutten blir etter hvert mer og mer stille, nesten apatisk. Han hører ikke når de andre snakker til han om å gå videre, men blir stående igjen helt stivnet.

Disse lydene og luktene og synet i fengselet vil kunne gjenskape minner eller flashbacks hos denne unge afghanske gutten, og han får traumesymptomer som følge av opplevelsen.

Læreren bør da gå bort til gutten og si navnet hans. Han må fortelle at det er læreren, gjerne konkretiser ved navn, som står ved siden av han. Viktig å fortelle gutten at han er i Norge og det er ikke farlig. Han er på besøk i et fengsel sammen med skoleklassen sin, og gutten er trygg sammen med læreren. Det er viktig at læreren får blikkontakt med gutten, og at gutten kan bekrefte det som læreren nettopp har sagt. La gjerne gutten få stille seg med ryggen inntil veggen og brede ben, slik at han står stødig. Læreren må gjerne stå ved siden av han, og de kan sammen kjenne på sin egen pust. «– Kjenn hvor pusten din går». Er det noen andre av elevene den afghanske gutten kjenner litt og er trygg på, må disse gjerne være i nærheten.

Læreren kan be gutten om å berøre et sted han finner sin egen puls, slik at han kan legge merke til hvor regelmessig pulsen er mens han puster. Det kan også hjelpe å be gutten presse sammen hendene, og la trykket og varmen minne han om at han er her og nå.

Når gutten er bevisst på hvem han er, hvor han er og hva han gjør der, bør læreren følge gutten ut av fengselet og være sammen med han.

Eksempelet er innenfor kommunalt ansvar, hvor han blir ivaretatt. For mer teori, se triggerere, den indre veggen, pust m.m.



Eksempel 3. Fokus på grunning, her og nå situasjonen

En palestinsk kvinne er på kino sammen med miljøarbeider. Brått og helt uventet for miljøarbeideren begynner kvinnen å hulke høyløyt under filmen. Hun klarer ikke å stoppe gråten, og miljøarbeideren følger henne ut av kinosalen.

Det kan være en scene i filmen som trigget kvinnen og utløste et traumesymptom, og som hverken miljøarbeideren eller noen andre kunne forutse. Det kunne ha vært synet av noen personer som minnet om noen, en situasjon hun hadde opplevd som traumatiserende eller filming av vann som minnet om flukt eller drukningsopplevelse. Miljøarbeideren trenger å roe kvinnen ned, og sette seg sammen med henne litt vekk fra andre. Bruk navnet hennes, si at du er sammen med henne og at dette går bra. Be kvinnen om å sette seg godt mot stolryggen og ha begge føttene ned i gulvet. Finn noe i rommet som kvinnen kan se aktivt på, be henne for eksempel telle lamper i taket eller røde stoler – slik at hun kommer tilbake til her og nå. Fortell at hun sitter i en kinofoaje sammen med deg som er miljøarbeider, og at det går bra. Be henne kjenne hvor pusten hennes er, mens hun er tilstede i rommet.

Eksempelen er innenfor kommunalt ansvar. For mer teori, se grunning, stabiliserende traumebehandling, pust, m.m.

Eksempel 4. Fokus på flashbacks

En irakisk mann er i arbeidspraksis, hvor det oppstår en liten eksplosjon (brannslukningsapparat eksploderer) og røykutvikling. Mannen kaster seg på gulvet under et bord med armene rundt hodet og skriker. Kolleger prøver å roe vedkommende ned, men det er umulig å få ordentlig kontakt med mannen. Han skriker og roper, fekte med armene og vil ikke komme ut fra tilfluktsstedet under bordet. Mannen lar seg ikke roe av noen, er tydelig redd og svært urolig. Besøk hos legevakten roer heller ikke mannen ned.

Eksempelen er spesialisthelsetjenestens sitt ansvar. For mer teori, se flashbacks.

For personer som vet at de kan få flashbacks og traumesymptomer, kan det være lurt tips å ha en gjenstand som er trygt og godt å kjenne på i lommen, for eksempel en sten eller et annet symbol. Dersom man kjenner at man begynner å få traumesymptomer, kan det stoppe reaksjonene noe hvis man har noe trygt å holde i.

Spontane bearbejninger – noen prinsipper for hjelper

- Vær sosialt påkoblet, god lytting, tilstedeværelse i kropp og pust, kanskje noe kroppskontakt som hånd på skulder eller hånd. – Vær varsom med kroppskontakt som kan mistolkes (grunnet kultur eller erfaring fra overgrep eller invitasjon).
- Hjelp personen å dra historien videre; «Hva skjedde så?».
- Dvel ved historien om protest, mestring, smarte forsøk på å lure overgriper, fokus på personen som handlende subjekt og ikke offer.
- Gi tydelige tegn på hva du mener om overgrepet (ikke vær positiv nøytral), understrek faredimensjonen.
- Ikke tørk dine egne tårer, men skjerm fra dine egne reaksjoner av skrekk og gru.
- Ta små pauser for å stabilisere.
- Vær gjerne i bevegelse (kjør bil, gå tur, lag mat).
- Dersom personen er mer i minnene enn hos deg, trenger du å stabilisere ved å hente vedkommende tilbake til her og nå situasjonen.
- Bruk tid på historien som handler om å komme i trygghet.
- Vær et fyrtårn i forhold til det tabuiserte, vis vei og trygg brukeren i forståelsen av hendelsen;
 - «Du måtte samarbeide med overgriper, ellers hadde du dødd».
 - «Man tenker bare på seg selv når man er i ekstrem fare. Det er normalt».

12 prinsipper for gode tiltak i skole, arbeid og hverdagsliv

- Begrens stress – styrk veggen.
- Aktiv er bedre enn passiv.
- Kroppen må med.
- Tillit som motorvei mot heling.
- Organiser fysiske og psykiske nødutganger.
- Ressursene dine er ditt fundament.
- Ta hensyn til søvnvansker i praksis.
- Ha tilbud for personen på gode og dårlige dager.
- Gjennomsiktighet i relasjonsstil.
- Vi vil ikke glemme, men bestemme selv når vi skal huske på det vonde. Skap gode ritualer som rammer inn smerten.
- Symptomene har en god grunn. De er en normalreaksjon på unormale hendelser. Vi er ikke skapt for å utsettes for traumer.
- Gi musikken eller annet du liker plass.



Litteratur

Anstorp, T, Van der Weele, J. *Tryggere traumeterapeuter*. RVTS-øst, Aker sykehus. Oslo.

Helsedirektoratet. «*Sammen om mestring*». Veilederutkast 30.august 2013. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne.

Helse- og omsorgsdepartementet. *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle*. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017.

Heltne, U. & Steinsvåg, P.Ø. (2011). *Barn som lever med vold i familien. Grunnlag for beskyttelse og hjelp*. Oslo, Universitetsforlaget.

Herman, J.L. *Trauma and Recovery*. (1997). Basic Books.

Horsman, J. *Too Scared To Learn: Women, Violence, and Education*. (2000). Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publirshers. NJ.

Melgård, T. & Ramm, C. *Hva er det som hjelper?* Miljøterapeutisk verktøy i møte med traumatiserte pasienter. RVTS- Øst.

RVTS- Vest *Vanlige reaksjoner i dagene eller de første 6-8 ukene etter en katastrofe/krise*.

RVTS – Øst. *Traume – ABC*.

Rådet for psykisk helse. *Psykisk helse i et flerkulturelt samfunn*.

Siegel, Daniel, *The Developing Mind* (1999), M.D., Guilford Press



van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S. & Steele, K. (2006). *The Haunted Self. Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York: W.W. Norton & co.

van der Weele, Judith (2012). *Krisehåndtering versus traumestabilisering*. Seminar i Bærum kommune 07.03.12.

van der Weele, Judith (2011). *Heling etter vold*. Seminar i Bærum kommune.

van der Weele, Judith & Larsen, Cecilie Kolflaath. *Helping families from war to peace: Trauma – stabilizing principles for helpers, parents and children*.

van der Weele, Judith. (2006). *Styrk den indre veggen. Arbeid med stabilisering og kontroll av gjenopplevelser*. I: Anstorp, T., Benum, K. & Jakobsen, M.(red.). *Disosiasjon og relasjonstraumer. Integrasjon av det splittende jeg*. Oslo: Universitetsforlaget.

Larsen, Cecilie Kolflaath (2011). *Tsjetsjenia-prosjektet - «Fra kriger til bærer av håp»*. 2009-2011. Sluttrapport – til Helse og Rehabilitering.

Websider:

www.Fritanke.no

www.sml.snl.no

www.Wikipedia.no

www.rvts.no

www.nkvts.no

www.mirasenteret.no

Spørsmål kan rettes til: anne-grethe.myklebust@baerum.kommune.no

Notater



Hjelpere skal kunne vite noe om

- Traumestabiliserende omsorg.
- Stabiliserende arbeid versus bearbeidende arbeid.
- Triggere.
- Søvnhygiene.
- Mestringsstrategier.
- Traumefokusert behandling.
- Skal ikke unngå å snakke om det vanskelige, men vite hvordan en snakker om det.