
KRISEPSYKOLOGI OG KOMPLEKS PTSD



AARHUS
UNIVERSITET

SCHOOL OF BUSINESS AND SOCIAL SCIENCES
PSYKOLOGISK INSTITUT

HELLE SPINDLER
LEKTOR

7. OKTOBER 2016

KORT OVERVIEW

Krisepsykologi og PTSD diagnosen – vejen til psykotraumatologi

Hvad er kompleks PTSD (K-PTSD)

og hvordan adskiller det sig fra PTSD ?

Hvorfor er det nødvendigt at differentiere imellem PTSD og K-PTSD ift. behandling
diagnosticering og behandling?



FRA KRISEPSYKOLOGI TIL PSYKOTRAUMATOLOGI



AARHUS
UNIVERSITET

SCHOOL OF BUSINESS AND SOCIAL SCIENCES
PSYKOLOGISK INSTITUT

HELLE SPINDLER
LEKTOR

7. OKTOBER 2016

KRISER OG TRAUMER OG PTSD

"Railway Spine", granatchok, Krigsneuroser, Vietnam, Kvindekampen, ...

→ PTSD-diagnosen (1980) – stressor(traume), invaderende symptomer, undgående symptomer, negative ændringer i kognition og humør, hyperarousal (DSM-V: APA, 2013)

→ fokus på traumer/livsbegivenheder som årsag til psykiske problemer/lidelser



ER VI NÅET I MÅL ?

Ikke alle traumereaktioner/følger er dækket af PTSD-diagnosens kriterier

3 kerneproblematikker: (Courtois & Ford, 2013; Maercker et al., 2013)

- ▶ Affektregulering
- ▶ Selvstruktur
- ▶ Relationer til andre
- ▶ + kognitive og adfærdsmæssige ændringer
- ▶ Disse symptomer kan forveksles/forstås som andre alvorlige psykiske lidelser, f.eks. Borderline
- ▶ Brug for noget andet der favner disse mennesker



KOMPLEKS PTSD



AARHUS
UNIVERSITET

SCHOOL OF BUSINESS AND SOCIAL SCIENCES
PSYKOLOGISK INSTITUT

HELLE SPINDLER
LEKTOR

7. OKTOBER 2016

UDVIKLINGSTRAUMER (DTD – V.D.KOLIK)

A: Eksponering

- ▶ Gentagne/kroniske traume (vanrøgt, misbrug, vold mv.)

B: Mønstre af gentagen dysregulering som reaktion på traume-triggere

- ▶ Affektivt, somatisk, kognitivt, relationelt, selvattribueringer

C: Vedvarende ændrede attribueringer og forventninger

- ▶ Negative selvattribueringer, mistillid til omsorgspersoner, autoritetspersoner, mv.

D: Funktionel forringelse

- ▶ Skole, familie, kammerater, juridisk, arbejdsmæssigt



DESNOS (LUXENBERG, 2001)

- I. Ændringer i affektregulering og impuls kontrol
- II. Ændringer i opmærksomhed eller bevidshed
- III. Ændringer i selvoplevelse
- IV. Ændringer i relationer til andre
- V. Somatisering
- VI. Ændringer i meningssystemer

(DSM-systemet, USA)



KOMPLEKS PTSD I ICD-11 (FORSLAG)

A disorder which arises after exposure to a stressor typically of an extreme or prolonged nature and from which escape is difficult or impossible.

- ▶ En ekstrem/vedvarende stressor, der ikke kan flygtes fra

The disorder is characterized by the core symptoms of PTSD as well as

- ▶ Opfylder kernesymptomerne for PTSD, men også

the development of persistent and pervasive impairments in affective, self and relational functioning, including difficulties in emotion regulation, beliefs about oneself as diminished, defeated or worthless, and difficulties in sustaining relationships

- ▶ Udvikle vedvarende og gennemgribende forringelser i følelsesmæssig, selv og relationel funktionsevne, inkl. Følelsesregulering, oplevelsen af selvet som minimeret, slået, besejret, værdiløs, svært ved at bevare relationer



HVORDAN ADSKILLER K-PTSD SIG FRA PTSD ?



AARHUS
UNIVERSITET

SCHOOL OF BUSINESS AND SOCIAL SCIENCES
PSYKOLOGISK INSTITUT

HELLE SPINDLER
LEKTOR

7. OKTOBER 2016

HVORFOR ER DE FORSKELLIGE

Baggrundstraumernes karakter

- ▶ Interpersonelle (misbrug i barndommen, tortur)
- ▶ Vedvarende
- ▶ Traumatet sker tidligt i livsbanen →

Påvirker barnets udvikling

- ▶ Barnets udvikling af basale evner påvirkes negativ af traumatiseringen
- ▶ Skadede eller deformede grundlæggende evner: tillid, autonomi, initiativ, kompetence, identitet, intimitet



HVORFOR ER DET NØDVENDIGT AT SKELNE



AARHUS
UNIVERSITET

SCHOOL OF BUSINESS AND SOCIAL SCIENCES
PSYKOLOGISK INSTITUT

HELLE SPINDLER
LEKTOR

7. OKTOBER 2016

BEHANDLING DER VIRKER

Behandling, der tager udgangspunkt i det rigtige symptombillede

- ▶ Hvis ikke traume-historien anerkendes, så risikeres en fejldiagnosticering, dvs. personen får hjælp, men ikke nødvendigvis oplever sig hjulpet!

”Traditionel” PTSD-behandling fokuserer på symptomer fra PTSD-diagnosen, dvs. den ikke nødvendigvis fanger kerneproblematikkerne i K-PTSD.

- ▶ Er frafaldet stort fordi behandlingen føles re-traumatiserende ?
- ▶ Overflade/symptombehandler vi ift. PTSD, men ”glemmer” de elementer vi burde inddrage fra K-PTSD ?
- ▶ 3 fase behandling: Safety, Remembrance and Mourning, Reconnection (Herman, 1992/Chu, 2011: SAFER, working through, ”reconnection)



UDFORDRINGER I DK

Manglende anerkendelse af K-PTSD (og PTSD) → Manglende behandlingstilbud

”Den norske model” – større viden, flere kompetencer, f.eks. Modum Bad

Større fokus på børnene – forebygge, fremfor at helbrede, (fokus på udviklingstraumer)

Lyspunkter: CSM – behandlingstilbud, der tager udgangspunkt i kerneproblematikken.



Tak for jeres opmærksomhed
hellesp@psy.au.dk



AARHUS
UNIVERSITET

SCHOOL OF BUSINESS AND SOCIAL SCIENCES
PSYKOLOGISK INSTITUT

HELLE SPINDLER
LEKTOR

5. OKTOBER 2016