

FOKUS PÅ TRAUMER

Forståelse og behandling av PTSD og komplekse traumer

Prosjektbeskrivelse

Gran, J., Hellen, M.G., Hogstad, T., Hoxmark, E., Jepsen, I. og Pettersen, G., Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging i Midt-Norge (RVTS-Midt)

Innledning

Svært mange av de som henvises til spesialisthelsetjenesten for behandling og hjelp av psykiske lidelser har vært utsatt for traumatiske belastninger. Traumatiske belastninger kan dreie seg om for eksempel naturkatastrofer, trafikkulykker, brann, krigsopplevelser og tortur til overgrep i form av psykisk og fysisk vold eller seksuelle overgrep.

Tilknytningspsykologi, utviklingspsykologi, nevrobiologisk forskning og hjerneforskning har gitt mye kunnskap om skadelige erfaringer for et menneske. Når i livet traumatiske hendelser skjer, vil få betydning for graden av konsekvenser for den enkeltes utvikling videre, og tidspunktet for traumatisering vil igjen få konsekvenser for hva slags behandling en person trenger. Det er godt dokumentert at jo tidligere barn er utsatt for overgrep, og jo mer alvorlig og omfattende overgrepene har vært, desto mer omfattende er de psykologiske problemene i voksen alder.

I faglitteraturen skiller man ofte mellom Type I og Type II traumer. Type I traumer er enkelthendelser i ellers trygge liv, og kan føre til diagnosen posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Type II traumer er gjentatte traumatiske hendelser over tid, ofte i barndom, og kan føre til mer komplekse tilstander, ofte benevnt som komplekse traumer.

Traumer kan gi seg uttrykk gjennom post-traumatiske symptomer. Traumatiske opplevelser ligger også ofte bak lidelser som for eksempel angst, depresjon, oppmerksomhetsforstyrrelse, hyperaktivitet, personlighetsforstyrrelser, somatiseringslidelse, dissosiative lidelser og psykoselidelser. Disse diagnosene kan være så framtrødende at de avleder behandlingsapparatets oppmerksomhet fra pasientens traumeproblematikk (van der Kolk, McFarlane & Weisæth, 1996). Det drives mye god behandling i psykisk helsevern, men ofte

er traumebehandling i for stor grad symptomfokuserert mens selve traumet forblir ubehandlet. Støtteterapi og rådgivning har vist seg lite effektivt for å redusere posttraumatiske lidelser. Det er av stor betydning å foreta grundig kartlegging og utredning av traumeopplevelser og konsekvenser for den enkelte pasient for å kunne vurdere og planlegge adekvat behandling.

RVTS-Øst har flere års erfaring med å tilby 1-årig fagutvikling for ansatte i psykisk helsevern i Helse Sør-Øst. Fagutviklingsprogrammet kalles "Tryggere Traumeterapeuter". Som bakgrunn for programmet skriver de: *"I kortversjon er adekvat og god traumebehandling... aktivt og helt konkret å hjelpe pasienten til å tåle sine egne erfaringer og de følelser som følger med. Til dette trenger den profesjonelle hjelperen særlig kunnskap om stabiliseringsmetoder"*

og videre

"Traumebehandling er planmessig og fasepreget, med strukturerte vurderinger av hva man gjør når. I varighet kan behandlingen ta fra noen få timer og opp til mange år, først og fremst avhengig av hvor store relasjonskader pasienten har."

I tillegg til god forståelse trenger behandleren gode tilnærminger, metoder eller verktøy som setter han/henne i stand til å hjelpe den traumatiserte på best mulig måte i forskjellige faser av behandlingen. Det er grunn til å anta at jo flere som besitter denne kompetansen, desto bedre vil prognosen for de traumatiserte pasientene være.

Mangel på kompetanse på traumer i helsevesenet

Før oppstarten av kompetansehevingsprogrammet "Tryggere traumeterapeuter" gjennomførte RVTS-Øst en kartlegging av traumekompetanse blant behandlere i to DPS (N = 87). De fant at nærmere halvparten av de som svarte i liten grad kartla vold og overgrepserfaringer hos sine pasienter, og at over halvparten av de spurte opplevde at de hadde lite traumekompetanse. Under en fjerdedel av de spurte hadde kompetanse på spesifikke metoder for traumebehandling.

Kompetanse på traumer i psykisk helsevern Midt-Norge

Det foreligger ingen fullstendig oversikt over kompetanse på traumer og behandling av traumatiserte pasienter i psykisk helsevern i region Midt-Norge. Det finnes ett spesialisert behandlingstilbud i institusjon i regionen, ved traumeenheten ved Lukasstiftelsen, Betania Malvik. Betania er en privat stiftelse som tilbyr behandling til pasienter i Helse Midt-Norge som har opplevd seksuelle overgrep, i tillegg til at institusjonen tar imot gjestepasienter. Betania tilbyr døgnopphold i 10 uker med ulike behandlingstilnærminger. Det er mulighet for forlengelse av behandlingen med flere opphold.

Oppdraget fra Helse Midt-Norge

I mars 2010 ga styret i Helse Midt-Norge St. Olavs Hospital v/ Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging i Midt-Norge (RVTS-Midt) oppdraget å utvikle, etablere og drifte et kompetanseutviklingsprogram som hadde som målsetting å heve kompetansen innen spesialisthelsetjenesten i regionen i forhold til behandling av personer som har vært utsatt for seksuelle overgrep og/eller andre relasjonspregede traumer.

Kompetansehevingsprogrammet var en del av en større satsning på bedret behandlingstilbud til traumatiserte i Helse Midt-Norge. Denne satsningen besto i tillegg av en spesialpoliklinikk ved Psykisk Helsevern, Østmarka sykehus, St. Olavs Hospital, og et forskningsprosjekt som skulle se på ulike former for traumebehandling. Utgangspunktet for satsningen var at styret så at behandlere, i tillegg til god forståelse, trenger gode tilnærminger, metoder og verktøy som setter ham/henne i stand til å hjelpe traumatiserte pasienter på best mulig måte i forskjellige faser av behandlingen. I 2010 ble spesialpoliklinikken for traumer etablert ved Østmarka sykehus. Poliklinikken skal gi et tilbud til pasienter fra hele helseregionen. Kognitiv eksponeringsbehandling og metakognitiv behandling er sentrale metoder i behandlingen, og det er etablert et forskningsprosjekt som ser på effekt av disse metodene. Spesialpoliklinikken er knyttet til miljøet ved Psykologisk Institutt ved NTNU.

Styret ba om at kompetansehevingsprogrammet "Tryggere Traumeterapeuter" utviklet av RVTS-Øst, ble brukt som grunnlag for programmet, med nødvendige tilpasninger og eventuelle videreutviklinger.

Oppdraget ble organisert som et selvstendig prosjekt med egen organisering og rapportering. Prosjekteier er Helse Midt-Norge. Det ble opprettet en styringsgruppe som skulle fatte overordnede beslutninger i prosjektet. I styringsgruppa sitter representanter fra Helse Midt-Norge, alle HF innen psykisk helsevern (inkludert VOP, BUP og Rusbehandling Midt-Norge), regionalt brukerutvalg og Betania Malvik. Styringsgruppen ledes av St. Olavs Hospital og møtes to - tre ganger i året. Det ble opprettet en arbeidsgruppe bestående av medarbeidere ved RVTS Midt-Norge som har det daglige ansvaret for utforming og gjennomføring av programmet.

Helse Midt-Norge satte en økonomisk ramme på 1 million kroner pr. år som skulle dekke kostnader til utvikling og administrasjon av prosjektet. Det ble forutsatt at kostnadene knyttet til den enkelte fagpersons deltagelse i kompetansehevingsprogrammet skal dekkes av helseforetaket fagpersonen tilhører. For 2010 ble utgifter refundert på bakgrunn av faktura. I mai 2011 ble det klart fra Helse Midt-Norge at kompetansehevingsprosjektet fikk en varighet på tre år fra 1.1.11., med budsjett på 1 million kroner pr. år.

Tenkningen bak Fokus på Traumer

Traume betyr sår eller skade. Nyere traumeteorier kombinerer forskning og erfaring fra felt som utviklingspsykologi, tilknytningspsykologi, nevrobiologisk forskning og hjerneforskning. Disse fagområdene gir både hver for seg og til sammen viktige bidrag til forståelsen av hvordan og hvorfor traumer er skadelige for oss mennesker. Programmet "Fokus på Traumer" baserer seg på denne kunnskapen. Traumer som vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt påvirker en persons helhetlige utvikling og fungering både somatisk, psykologisk og sosialt. Vi vet også at de mest skadelige erfaringene er de som skjer i relasjoner (Herman, 1992). Hvis skadelige erfaringer i tillegg skjer tidlig i livet og blir gjentatt gjennom personens utvikling vil dette føre til komplekse traumereaksjoner som oftest vil skape sammensatte og langvarige hjelpebehov. En vet at det i Psykisk Helsevern i dag gjøres mye godt arbeid, også med traumatiserte pasienter. Likevel mangler ofte en helhetlig forståelse og dermed muligheten til å gi et mer helhetlig behandlingstilbud. En stor andel av pasientene som oppsøker Psykisk Helsevern har traumeerfaringer. Mange av disse pasientene har store hjelpebehov, ofte over mange år, og mye ressurser brukes på å gi behandling. Implementering av vesentlig kunnskap om hva som er best behandling for traumatiserte er dermed svært viktig. Ved å gi tidlig og

riktig behandling til disse pasientene kan en spare både pasienten, hjelpeapparatet og samfunnet for unødig ressursbruk.

Hovedområder som dekkes gjennom programmet er:

- Komplekse traumer: Forståelse, kartlegging og screeningverktøy
- Hjerneforskning
- Faseorientert behandling
- Sekundærtraumatisering

Komplekse traumer: Forståelse, kartlegging og screeningverktøy

Programmet "Fokus på Traumer" retter seg i all hovedsak mot å gi god forståelse og konkrete arbeidsmodeller og verktøy i arbeidet med pasientgruppen med komplekse traumer (Type II-traumer). Men også verktøy for å arbeide med enkle traumer (Type I) blir gjennomgått.

Hjerneforskning

Psykologiske traumer påvirker både hjernen og kroppen. For å forstå reaksjonene på traumer og symptomene som kan følge traumatiske opplevelser, må vi også forstå hjernens oppbygning og fungering. Hjernen er plastisk, og spesielt i de tidlige årene er hjernens utvikling svært sensitiv for miljømessig påvirkning (Blindheim, 2011). Hjernen til en person som vokser opp i et miljø preget av vold, overgrep og frykt vil tilpasse seg og formes, slik at personen i størst mulig grad kan beskytte seg mot farer. Dette innebærer at en blir god til å være på vakt, reagere raskt på noe som kan tolkes som truende, holde avstand til mennesker, etc. (Perry, 2001). Hjernen har en vertikal og hierarkisk oppbygning. Hjernestammen er nederst. Den er også omtalt som reptilhjernen, og styrer grunnfunksjoner som reflekser, motorikk, autonom aktivering og sanser. Neste nivå er det limbiske system (thalamus, amygdala, hippocampus) som styrer bl.a. sensorisk informasjon, alarmfunksjon mht. overlevelse og hukommelse. Øverste nivå er cortex (neocortex). Denne delen av hjernen styrer vår evne til tenkning, språk og problemløsning. Kunnskap om hjernen er av betydning for å forstå hvordan og hvorfor traumatiserte reagerer som de gjør.

En vanlig måte å snakke om traumatiserte på er at de kun har symptomer og ikke minner. Når det oppstår en farlig situasjon aktiveres det limbiske system, og særlig amygdala, raskt. Denne reaksjonen fører til en svekket fungering i frontal cortex. Resultatet er at evnen til refleksjon,

og muligheten til å ta aktivt kontroll over egne reaksjoner, svekkes. De deler av hjernen som jevnlig stimuleres vil lettere aktiveres igjen. Hvis en person gjennom oppveksten regelmessig blir utsatt for fare, vil særlig amygdala lett aktiveres. Også når det ikke er reell fare tilstede vil personen kunne oppleve at han eller hun er i konstant beredskap. Hjernen "feiltolker" signaler som trusler; kroppen er i kampberedskap, og signalene fra amygdala fører til økt produksjon av stresshormoner i hjernen, bl.a. kortisol. Totalt skaper dette en ubalanse i hjerne-kropp-systemet. Denne ubalansen fører til at pasientene blir dysregulerte i sin fungering, og ikke kan nyttiggjøre seg sine kognitive ressurser tilstrekkelig.

Ved reell fare eller trussel mot eget liv eller integritet, vil stress- og angstnivået kunne bli så høyt at hjernen overveldes. Konsekvensen av dette er at hendelsene ikke blir bearbeidet i cortex, og derved at sanseinntrykk, følelser og kroppslige reaksjoner lagres dysfunksjonelt og fragmentert.

Når hendelsen og reaksjonen på hendelsen koples fra hverandre oppstår dissosiasjon. Hendelsen blir ikke integrert som en del av personens autobiografiske og bevisste minne. Ved langvarig og gjentakende traumatisering skjer det en skjevutvikling hos personer ved at en eller flere deler av personligheten ikke blir integrert som en del av personens identitet. Dette omtales som strukturell dissosiasjon av personligheten. Strukturell dissosiasjon er definert som en deling av personligheten i en eller flere subsystemer som normal skulle vært integrert (Steele, 2009).

Faseorientert behandling

Teorien om strukturell dissosiasjon ble først omtalt av Pierre Janet (1907). Siden har modellen og teoriene rundt behandlingen blitt videreutviklet av Boon (1997), Nijenhuis (2004), van der Hart, Nijenhuis & Steele (2006), van der Kolk, McFarlane & Meisæth (1996), Fisher (upublisert manus) og flere. Modellen forholder seg til at pasientene har en fragmentert og ustabil psykisk fungering som følge av påførte traumer. Graden av dissosiasjon har sammenheng med omfang og grad av traumatisering: Primær strukturell dissosiasjon (PTSD), sekundær strukturell dissosiasjon (Kompleks PTSD, mer sammensatte psykiske vansker som vises gjennom mange ulike diagnoser) og tertiær strukturell dissosiasjon (Dissosiativ Identitetesforstyrrelse/ DID). Symptomene og grad av funksjonsnedsettelse øker ved graden av de dissosiative plagene. Jo større del av personligheten som er påvirket av traumene, desto

flere deler i personen kan være splittet eller dissosiert bort i forsøk på beskyttelse. Det er på dette erfaringsgrunnlaget modellen for faseorientert behandling er utviklet.

Fase 1: Symptomreduksjon og stabilisering

En stor del av programmet "Fokus på Traumer" er viet opplæring av behandlere til å hjelpe pasienter i å bedre forstå og dermed regulere egne symptomer. Sentrale tema er: psykoedukasjon om sammenhenger mellom traumer og symptomer; gi forklaring på og mening til symptomene; konkrete metoder for å mestre selvskading, rusvansker, søvnvansker, mareritt, hyper/hypoaktivering; og stressmestring i dagliglivet ved hjelp av oppmerksomhetstrening. Hovedfokus i arbeidet i den første fasen vil være å hjelpe pasienten til å få en mer stabil tilværelse, der pasienten opplever økt grad av kontroll over sine symptomer og plager (van der Weele, 2006). Ved å få stadig mer kontakt med det indre livet vil pasienten oppleve mer kontroll og økt mental kraft. Dette vil gjøre at pasienten igjen gradvis kan utvide sin opplevelse av tilstedeværelse i eget liv, og etter hvert ha mindre behov for å dissosiere eller reagere på andre måter som kan være skadelige, destruktive og gi dårlig livskvalitet. Å lære pasienten å regulere seg innenfor sitt eget toleransevindu, samt å bygge opp pasientens ressurser, er sentralt i stabiliseringsarbeidet.

Fase 2: Behandling av traumeminner

Hovedfokuset i terapi vil være å hjelpe pasientene til å få bedre regulering både kroppslig, følelsesmessig, kognitivt og interpersonlig (Courtois & Ford, 2009). Gjennom godt stabiliseringsarbeid vil samtidig integreringen av avspaltede og dissosierte minner skje gradvis. Pasienten vil bli styrket til å begynne å sette ord på vonde hendelser og erfaringer, og det indre livet vil oppleves som mer oversiktlig. Ulike metoder kan benyttes i bearbeidingsfasen for å hjelpe både pasient og behandler til å strukturere arbeidet med bearbeiding; bl.a. IRRT (Smucker & Dancu, 1999), EMDR, ulike narrative metoder (bl.a. Narrativ Eksponeringsterapi/NET), Sensorimotorisk Psykoterapi (Ogden, Minton & Pain, 2006). Flere av disse metodene vil bli gjennomgått i programmet.

Fase 3: Integrering av personligheten og rehabilitering

Fasene i behandling er ikke delt med klare skiller, men går mer i spiralform mellom de ulike fasene gjennom hele terapiprosessen (van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006). Terapi med dissosierte pasienter tar tid, ofte flere år. Mange tema og situasjoner skal gjennomarbeides, og nye stressende livssituasjoner kan oppstå som man må hjelpe pasienten gjennom.

Tilstedeværelse i eget liv er for mange pasienter utfordrende. Siste fase har fokus på at dagliglivet skal fungere i størst mulig grad for pasienten. Planlegging av jobb eller skolegang kan være en del av dette, i tillegg til å få familierelasjoner til å fungere best mulig. Sorg over det tapte er et stort tema for mange. Redsel for dagliglivets krav kan være skremmende, og for pasienter som store deler av livet har fungert fragmentert vil læring av ny atferd være del av den krevende, men nødvendige, helingsprosessen.

Sekundærtraumatisering

Når en arbeider med traumer er tema sekundærtraumatisering sentralt (Bang, 2003). Hjelpeløshetsfølelse og fortvilelse er følelser som er ”smittsomme” i terapirommet, og som behandler verken kan eller skal man være uberørt av pasienters historier. Det å jobbe med dissosierte pasienter kan også oppleves forvirrende, da pasientens fragmenterte fungering kan være vanskelig å forholde seg til. Ikke minst er det smertefullt å ta inn over seg historier med grov mishandling fysisk og seksuelt, voksne som har vært alvorlig sviktet som barn og andre vonde livserfaringer. Samtidig viser både klinisk erfaring og forskning at det å ha gode verktøy er et viktig forebyggende element. Det å gi behandlere i Psykisk Helsevern en god forståelse og gode verktøy i arbeidet er de beste forbyggende faktorer fra å bli sekundærtraumatisert og også utbrent. Men også egen ivaretagelse av oss selv som terapeuter er viktig. Her kan bruken av sentrale terapi-elementer i traumearbeid også brukes av oss som terapeuter (Lund, 2006).

Kompetansehevingsprogrammet

Programmet bygger på kompetansehevingsprogrammet ”Tryggere Traumeterapeuter” som er utviklet av RVTS-Øst. Programmet går over ett år i ett fylke av gangen. Det består av fire fellessamlinger over en - tre dager. I tillegg gis det veiledning i gruppe mellom samlingene; seks ganger à fire timer. Gruppene består av 8 – 10 deltagere, møtes lokalt, og veiledes av to faste veiledere.

”Fokus på Traumer” startet opp på Sunnmøre (i Ålesund) våren 2011, og avsluttes der våren 2012. Det neste ”Fokus på Traumer”-programmet gjennomføres på Nordmøre med oppstart i mai 2012. Deretter går programmet videre til Trondheim våren 2013 og Nord-Trøndelag våren 2014. P.g.a. antallet aktuelle fagfolk i Trondheimsregionen er det et uttrykt ønske fra

fagfeltet her om å gjenta programmet i Trondheim etter at det har vært i Nord-Trøndelag (dvs. våren 2015).

Det lokale helseforetak bekoster lokale, bevertning, og reise og opphold for sine deltagere. RVTS dekker utgifter til foredragsholdere, veiledere og interne utgifter til planlegging og gjennomføring av programmet. I 2012 er RVTS' utgifter til å drifte programmet stipulert til drøyt 1 500 000, hvorav 1 000 000 dekkes av Helse Midt-Norge.

Kompetansehevingsprogrammet søkes godkjent som tellende kurs hos Norsk ergoterapeutforbund, Norsk sykepleierforbund, Den norske lægeforening, Norsk psykologforening, og Fellesforbundet.

Program for fellessamlingene og veiledningene

1. samling: Forståelse av strukturell dissosiasjonsteori og implikasjoner for klinisk traumebehandlingspraksis – fokus på stabilisering.

2 dager

Veiledning. To ganger mellom samling 1 og 2.

2. samling: Kartlegging og diagnostisering. Traumelidelser og medisinerer. Bearbeiding.

2 dager

Veiledning. To ganger mellom samling 2 og 3.

3. samling: Healing Broken Bonds: Attachment, Trauma and the Body.

2 ½ dag.

Veiledning. En gang mellom samling 3 og 4.

4. samling: Sekundær-traumatisering.

1 dag

Veiledning. En gang etter samling 4.

Referanser

- Bang, S. (2003). *Rørt, rammet og rystet. Faglig vekst gjennom veiledning*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Blindheim (2011). Kronisk traumatiserte barn. I Heltne, U. & Steinsvåg P.Ø. (Red.), *Barn som lever med vold i familien*. (74-80). Oslo: Universitetsforlaget.
- Boon, S (1997). The treatment of traumatic memories in DID: Indications and contra-indications. *Dissociation*, 10(2), 65-79.
- Courtois, C. A. & Ford, J. D. (2009). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders*. New York: The Guildford Press.
- Fisher, J. (upublisert manus). *Self-harm and suicidality*. Paper presented at the Trauma Center Lecture Series, Boston, Mass.
- Herman (1992). *Trauma and Recovery The Aftermath of Violence - from Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books.
- Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria*. Fifteen lectures given in the medical school of Harvard University.
- Lund, E. C. (2006). Terapeuters reaksjoner i møte med sterkt traumatiserte klienter. I: Anstorp, T., Benum, K. & Jakobsen, M. (Red.) *Dissosiasjon og relasjonstraumer* (247-261). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nijenhuis, E. R. S. (2004). *Somatoform dissociation: phenomena, measurement, and theoretical issues*. New York: W.W. Norton.
- Ogden, P, Minton, K. & Pain, C. (2006). *Trauma and the Body Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York: W.W. Norton.
- Perry, B. D. (1998). Incubated in terror: neurodevelopmental factors in the "cycle of violence". I J. D. Osofsky (Red.), *Children in a violent society* (124-149). New York: The Guilford Press.
- Perry, B. D. (2001). The neuroarcheology of childhood maltreatment: The neurodevelopmental costs of adverse childhood events. I K. Franey, R. Geffner & R. Falconer (Red.), *The cost of child maltreatment: Who pays? We all do*. San Diego: The Family Violence & Sexual Assault Institute.
- Perry, B.D. (2001). The neurodevelopmental impact of violence in childhood. I Schetky D & Benedek, E. (Red.), *Textbook of child and adolescent forensic psychiatry* (221-238). Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- Smucker, M.R. & Dancu, C. V. (1999). *Cognitive-Behavioral Treatment for Adult Survivors of Childhood Trauma Imagery Rescripting and Reprocessing*. Northvale, N.J. : J. Aronson.

Steele, K., van der Hart, O. & Nijenhuis, E.R.S. (2009). The theory of trauma-related structural dissociation of the personality. I: Dell, P.F. & O'Neil, J.A. (Red.), *Dissociation and the dissociative disorders. DSM-IV and beyond* (239-258). New York: Routledge.

Steele, K., van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S. (2001). Dependency in the treatment of complex Posttraumatic Stress Disorder and dissociative disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(4), 79–116.

van der Hart, O. Nijenhuis, E.R.S. & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatisation*. New York: Norton.

van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., & Weisaeth, L. (Red.). (1996). *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*. New York: The Guildford Press.

Van der Weele, J. (2006). Styrk den indre veggen. Arbeid med stabilisering og kontroll av gjenopplevelser. I: Anstorp, T., Benum, K. & Jakobsen, M. (Red.) *Dissosiasjon og relasjonstraumer* (138-153). Oslo: Universitetsforlaget.