

# Når fortid blir nåtid etter Utøya



Andreas Espetvedt Nordstrand

Seksjon for militær mental helse, Forsvarets sanitet

Institutt for psykologi, Norges tekniske og naturvitenskapelige universitet (NTNU)

a.e.nordstrand@gmail.com

Kristin Alve Glad

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter. Pasienten ga informert samtykke til at hennes erfaringer beskrives i anonymisert form, og hun leste igjennom manuskriptet før publisering. Sitatene er lett redigert for lesbarhet og anonymisering. Silje er et fiktivt navn.

Ved posttraumatiske psykiske helseplager har skillet mellom traumepåminnere, tapspåminnere og retraumatisering klinisk betydning.

I juli er det 15 år siden terrorangrepet på Utøya. Her beskriver vi erfaringene til Silje, som overlevde terrorangrepet i 2011, mistet bestevenninnen sin i angrepet og selv fikk alvorlige skuddskader. I tiden etter angrepet utviklet hun betydelige symptomer på posttraumatisk stresslidelse (PTSD), men opplevde gradvis bedring i det påfølgende året. Nesten ti år senere gjennomgikk hun et dramatisk hastekeisersnitt. Fødselen var en ny potensielt traumatisk hendelse i seg selv. Den minnet henne også sterkt om møtet med akuttmottaket og operasjonene etter Utøya. Etter fødselen fikk Silje på nytt uttalte PTSD-symptomer.

Med utgangspunkt i Siljes historie ønsker vi å belyse avgrensningen mellom det som kalles traumepåminnere, tapspåminnere og retraumatisering, samt drøfte avgrensningens betydning for somatisk helsehjelp, og når man skal vurdere og behandle posttraumatiske reaksjoner og PTSD i klinisk praksis. Traumepåminnere er et kjernefenomen ved PTSD, og samtidig er det en viktig grenseoppgang mellom påminnere og retraumatisering. Siljes erfaringer gjør skillelinjen konkret, fordi hun både reagerer på påminnere fra tidligere traumer og beskriver en ny hendelse som i seg selv fikk traumatiserende virkning.

## Tidskollaps

Diagnosen PTSD forutsetter eksponering for en eller flere traumatiske hendelser. Slike hendelser forstås som situasjoner som innebærer faktisk død, opplevd livsfare, alvorlig skade eller seksuell vold, enten gjennom egen erfaring, som vitne, eller gjennom kunnskap om at en nærstående person har blitt utsatt for en slik hendelse (American Psychiatric Association [APA], 2022). Lidelsen kjennetegnes av påtrengende gjenopplevelser, unngåelse, vedvarende trusselberedskap og negative endringer i tanker, følelser og relasjoner (APA, 2022). I kognitive modeller forstås symptomene som uttrykk for en vedvarende opplevelse av at det foreligger en aktuell trussel, og at traumeerfaringen ikke oppleves som tilstrekkelig avsluttet og plassert i fortid (Ehlers & Clark, 2000).

## Påminnere og retraumatisering

Mennesker som har vært utsatt for en traumatisk hendelse kan, uavhengig av om de har utviklet PTSD, oppleve at traumepåminnere, også kalt triggere, utløser emosjonelt ubehag (Glad et al., 2023). Triggere er indre eller ytre stimuli som ligner på eller symboliserer aspekter ved den opprinnelige traumehendelsen (Layne et al., 2018). Alt fra sanseintrykk, situasjoner, kroppslige fornemmelser, relasjonelle samspill, tanker eller følelsetilstander kan være en påminner. Det avgjørende er ikke om stimulusen er objektivt farlig, men om den gjennom tidligere erfaring har blitt knyttet til livsfare, hjelpeløshet, tap eller intens frykt, enten bevisst eller ubevisst. Når en slik kobling siden aktiveres, kan personen reagere som om noe av den opprinnelige faren er til stede igjen. Varvin (2015) beskriver slike reaksjoner som en tidskollaps, der det som tilhører fortiden, oppleves som nåtid.

I Utøya-studien, hvor til sammen cirka 80 % av dem som overlevde terrorangrepet i 2011 deltok, har plagsomme traumepåminnere vist seg å være svært vanlige, også lenge etter den akutte fasen (Glad et al., 2016, 2017, 2023). Et stort flertall av de overlevende rapporterte plagsomme påminnere nesten et tiår etter angrepet (Glad et al., 2023), og eksponering for slike påminnere var knyttet til psykisk uhelse og redusert fungering (Glad et al., 2017, 2023). Funnene illustrerer at traumepåminnere ikke bare er et fenomen i tidlig posttraumatisk fase, men kan skape ubehag over lang tid.

Hvis en traumatisk hendelse også innebærer tapsopplevelser, oppstår det ytterligere nyanser. Layne et al. (2018) skiller mellom traumepåminnere og tapspåminnere. Tapspåminnere viser til noe i det indre eller ytre miljøet som vekker akutte sorgrelaterte reaksjoner hos personer som har mistet en nærstående (Duffy & Wild, 2023; Wild et al., 2023).

Et beslektet fenomen til traumepåminnere er retraumatisering (f.eks. Doob, 1992). Begrepet retraumatisering brukes noe ulikt i litteraturen. Vi bruker det her om en ny potensielt traumatisk hendelse med betydelig overlapp med et tidligere traume, og som derfor kan utløse eller forsterke PTSD-symptomer (f.eks. Duckworth & Follette, 2012). Traumepåminnere kan dermed forstås som en mindre gjennomgripende opplevelse enn retraumatisering; de kan være sterkt plagsomme, men utgjør ikke i seg selv en ny traumatisk erfaring.

## Traumer i somatisk helsehjelp

Differensieringen mellom traumepåminnere og retraumatisering er særlig relevant i somatisk helsehjelp, fordi situasjonelle elementer og prosedyrer i medisinsk behandling kan fungere både som traumepåminnere og inngå i en ny potensielt traumatisk hendelse. Invasive prosedyrer, kroppslig immobilisering, smerte, mangelfull informasjon, opplevd fare og tap av kontroll er alle faktorer som kan minne pasienten om tidligere traumeerfaringer. Samtidig kan slike situasjoner også bli traumatiske i seg selv. Et eksempel er intensivbehandling etter livstruende sykdom eller skade der pasienten kan være immobilisert, respiratorbehandlet, smertepåvirket eller forvirret, og i etterkant sitte igjen med fragmenterte minner om fare, avmakt og kroppslig kontrolltap (Righy et al., 2019). Dersom slike erfaringer overlapper med tidligere traumer, øker risikoen for at behandlingssituasjonen også får retraumatiserende virkning. Schippert et al. (2021) viser at retraumatiserende erfaringer i somatisk helsehjelp ofte oppstår nettopp i skjæringspunktet mellom kroppslig sårbarhet, manglende opplevelse av kontroll og tidligere traumatiske erfaringer. Fødselsomsorgen gir et tydelig eksempel på problematikken. Kompliserte fødsler, inkludert akutte inngrep, kan være traumatiske i seg selv, særlig når forløpet innebærer faktisk eller opplevd fare for mor og/eller barn. Horsch et al. (2024) beskriver derfor fødselsrelatert PTSD som en betydelig risiko etter fødsler preget av akutte intervensjoner, sterk frykt, peritraumatisk dissosiasjon og tidligere traumebelastning.



## Siljes historie



I det videre presenterer og drøfter vi utdrag fra et oppfølgingsintervju med Silje gjennomført om lag ti år etter terrorangrepet på Utøya. AEN var behandleren hennes det første året etter terrorangrepet, og tok senere kontakt for å utforske erfaringene hennes over tid og vurdere om de kunne danne grunnlag for en pasientkasuistikk. Intervjuet foregikk over tre timer på internpoliklinikken ved NTNU. I samtalen fremkom at Silje, etter flere år med relativ bedring, hadde utviklet nye PTSD-symptomer i etterkant av et dramatisk hastekeisersnitt. Siljes historie viser hvordan reaksjoner etter nye belastninger kan bestå av både gamle og nye symptomer. Noen av Siljes påminnere pekte tilbake mot Utøya, andre mot fødselen, og enkelte aktiverte både frykt for fare og sorg knyttet til tidligere tap. Kasuistikken illustrerer derfor skillet og sammenblandingen som kan oppstå mellom påminnere som aktiverer tidligere traume- og tapserfaringer, og hvordan nye hendelser, gjennom opplevd overlapp med tidligere traumer, kan få en retraumatiserende virkning. Vi bruker begrepet påminnere som en overordnet betegnelse når skillet mellom traume- og tapspåminnere ikke er avgjørende for poenget.

### Jeg ble tatt tilbake

Silje overlevde terrorangrepet, men hennes beste venninne ble drept. Selv fikk Silje flere alvorlige skuddskader og måtte gjennom mange operasjoner og en lang rehabilitering. I tiden etter Utøya utviklet hun uttalte PTSD-symptomer, blant annet angst, flashbacks, påtrengende minner, hyperårvåkenhet, unngåelsesatferd og sterke reaksjoner på traumepåminnere. Det første året etter 22. juli gikk hun i jevnlig traumefokusert terapi og opplevde gradvis bedring. Symptomene ble svakere, og hun fungerte etter hvert bedre i hverdagen.

Nesten ti år senere fødte hun sitt yngste barn ved hastekeisersnitt. Under inngrepet var hun våken med spinalbedøvelse, og opplevelsen ga sterke assosiasjoner til operasjonene hun gjennomgikk etter terrorangrepet:

Silje (S): Det gikk jo ganske fort den morgenen hun ble født, med hastekeisersnitt. Og det var ganske... jeg ble tatt tilbake da. Å ligge på et operasjonsbord, og så er det ganske kaotisk rundt meg.

Intervjuer (I): Mmm.

S: Jeg har jo hatt mange operasjoner før.

I: Mmm.

S: Jeg hadde jo spinalbedøvelse. Så jeg var jo lam herifra og ned. Det er jo noe med det å være lam. Det sliter jeg litt med. Mistet all kontroll.

Beskrivelsen peker mot at hastekeisersnittet utgjorde en retraumatiserende hendelse for Silje. Situasjonen var dramatisk, representerte fare for både Silje og barnet, og hadde samtidig betydelig overlapp med erfaringene fra 2011: operasjonsbord, kroppslig immobilisering, frykt for noen hun var glad i, kaos rundt henne og opplevelsen av å være prisgitt andre. Fødselen satte henne altså i en situasjon som emosjonelt minnet om da hun ble innlagt på akuttmottak etter terrorangrepet.

### Det gir ikke mening

I tiden etter fødselen merket Silje at tidligere PTSD-symptomer vendte tilbake, samtidig som hun utviklet nye posttraumatiske plager knyttet til fødselen. Hun ble mer skvetten, mer på vakt og reagerte sterkere på lyder enn hun hadde gjort på flere år:



S: Jeg merker at det har begynt å komme tilbake dette med lyder og sånn også i det siste.

I: Mmm. At du er skvetten.

S: Ja. Jeg skvetter mye fortere. Jeg satt og så barne-tv-greier, halvveis kikket på det og halvveis på telefonen. Det var noe sånn politijakt-greier og noe skyting. Og så måtte jeg bare slå av. Jeg klarte ikke at datteren min skulle se på det. Jeg hadde hjerteklapp resten av kvelden. Det er barne-tv, det er helt surrealistisk. Det gir ikke mening.

Lydene fra barne-tv fungerer her som en traumepåminner. De blir en nåtidig opplevelse som aktiverer det gamle alarmsystemet, uten at situasjonen i seg selv er farlig (Ehlers & Clark, 2000). Samtidig gir reaksjonen mening i lys av den dramatiske fødselen. Silje beskriver her at det sentrale ikke var frykt for seg selv knyttet til stimulusen, men at hun ikke klarte at datteren så på programmet. Reaksjonen kan dermed forstås som en sammenblanding av tidligere fare fra Utøya, ny frykt knyttet til barnets sårbarhet under fødselen og en skjerpet beskyttelsesberedskap som mor.

Situasjonen Silje beskriver, viser dermed hvordan traumepåminnere kan gi mening ut fra traumeerfaringen, men også være vanskelig for pasienten selv å forstå. Reaksjonen på traumepåminneren kommer i dette tilfellet raskt, er kroppslig og uten en semantisk forståelse av hva som skjer, men samtidig synes Silje den er surrealistisk. Reaksjonen samsvarer imidlertid med funn fra Utøya-studien, der plutselige og skarpe lyder ble rapportert som vanlige og plagsomme traumepåminnere i hverdagen til mange Utøya-overlevende (Glad et al., 2016, 2017).

## Brått og uventet er verst

Silje forteller at ikke alle skyte- eller eksplosjonslignende lyder er like vanskelige for henne. Graden av forutsigbarhet og kontroll synes å være avgjørende:

S: Jeg vet ikke om det var fordi det var uventet eller hva det var. Jeg har ikke noe problem med at mannen min spiller Counter-Strike, for eksempel. Det kunne ikke brydd meg mindre.

I: For det husker jeg jo var en ganske sterk trigger for deg.

S: Det har vært ganske greit de siste årene. Det er ikke helt den samme panikkfrykten som jeg hadde før. Det er mer sånn at om jeg har kontroll på situasjonen. Hvis det er nyttårsaften, så vet jeg at det er nyttårsaften. Da går det greit. Hvis jeg ser en actionfilm, så vet jeg at det er en actionfilm. Men det er mer hvis det kommer sånn brått og uventet, så er det verre.

Denne sekvensen viser at reaksjonen også formes av kontekst. Når lyden kommer i en ramme Silje kan forutse og forstå, blir den lettere å håndtere. Men når en traumepåminner kommer plutselig og uten forvarsel, mobiliseres alarmsystemet raskere. Det avgjørende er ikke utelukkende karakteristika ved ytre stimuli, men også hvordan eksponering skjer, og i hvor stor grad hun har fått forberedt seg mentalt i forkant.

## Jeg ble ødelagt resten av dagen

En annen viktig detalj er at eksponering for påminnere ikke bare ga Silje emosjonelt ubehag. Det kunne også føre til et tydelig funksjonsfall. Silje beskriver:



S: Så skal det ikke så veldig mye til før det blir helt sånn at det blir litt for mye. At jeg må legge meg for å sove. Sånn for noen uker siden ble jeg helt ødelagt resten av dagen etter at jeg leste Prematurposten, som vi får en gang i måneden. Det kan være keisersnitt i en film eller i en serie. Da... ja... luften går ut av meg.

Utdraget viser samtidig at den dramatiske fødselen har skapt en ny sårbarhet for påminnere knyttet til prematuritet, syke barn, keisersnitt og sykehus, i tillegg til påminnerne Silje allerede strevde med etter Utøya. Kasuistikken illustrerer dermed hvordan en retraumatiserende hendelse kan utvide påminnerlandskapet, slik at tidligere traumepåminnere får følge av nye påminnere knyttet til den senere hendelsen.

I: Så du leste Prematurposten. Husker du hva som skjedde inni deg etterpå?

S: Det gikk greit først. Da leste jeg og la den fra meg, og fortsatte med det jeg holdt på med. Det kom litt sånn snikende med at jeg ble veldig irritabel, og til slutt bikker det over med at jeg blir helt sånn utmattet og helt sånn... kjenner det i brystet. Til slutt sa jeg at jeg bare måtte sove.

Utdraget nyanserer også hvordan påminnerreaksjoner kan arte seg. De kommer ikke alltid som umiddelbare flashbacks, men kan bygge seg gradvis opp gjennom irritabilitet, kroppslig uro og utmattelse. For pasienten kan det gjøre sammenhengen mellom påminner og reaksjon vanskeligere å identifisere. I en traumefokusert kasusforståelse blir det derfor viktig å rekonstruere kjeden mellom den utløsende situasjonen, kroppslig respons, affekt og funksjonssvikt.

## Terapeuten var bare opptatt av triggere

Når Silje beskriver et tidligere terapiforløp, kommer en viktig klinisk nyanse tydelig frem: Traumepåminnere er viktige å utforske, men å ha det som hovedfokuset i terapien er ikke alltid det mest hensiktsmessige.

S: Et par år etter jeg snakket med deg, var jeg i et annet behandlingsforløp, og det var helt krise. Det var helt forferdelig. Jeg tror det var en kombinasjon av litt personlighetskrasj og det at behandleren ikke skjønnte hva jeg syntes var et problem. Det var sorgen som var verst da.

I: Mmm.

S: Men han var bare opptatt av å snakke om triggere. Skudd, uniform. Sånn der. Triggere. Så hver gang jeg følte det begynte å løsne litt, så byttet han tema.

Siljes erfaring illustrerer betydningen av å velge et relevant terapeutisk fokus: Når en pasient strever med både fryktreaksjoner og sorg etter en traumatisk erfaring, er det ikke gitt at fryktbaserte traumepåminnere er det viktigste å fokusere på. I klinisk arbeid med traumatiske tap er det vanlig at sorg, savn og frykt for nye tap er like sentrale som gjenopplevelse av fare (f.eks. Smith & Ehlers, 2021). Arbeid med traumepåminnere kan være nyttig, men dersom det skjer på bekostning av pasientens egen opplevelse av hva som er mest smertefullt, kan behandlingen miste retning. I perioden Silje beskriver her, var tapet av bestevenninnen i forgrunnen. Det harmonerer også med forskning som

viser at PTSD-symptomer og komplisert sorg etter traumatiske tap kan være tett sammenvevde, men ikke identiske fenomener (Glad et al., 2022, 2025; Smith & Ehlers, 2021).



## Vi er påminnere for hverandre

Både traume- og tapspåminnere kan i tillegg ha en tydelig interpersonlig karakter. Her forteller Silje hvor vanskelig hun synes det er å møte broren til bestevenninnen hun mistet på Utøya:

S: Jeg klarer ikke å møte broren. Jeg kan godt møte moren, men jeg kan ikke møte broren. Han ser bare trist ut.

I: Mmm ... I det at du ikke har lyst å møte ham. Ligger det i det at du gjør ham vondt da? Ved å ...?

S: Jeg tror det gjør oss begge vondt.

I: Ja ...? Dere gjør hverandre vondt?

S: Mmm. Jeg blir jo trist av å se at han er så trist. Jeg vet ikke om han ser sånn ut, eller om han blir trist av å se meg. Det vet jeg ikke ...

I: Det vekker litt den sorgen du selv kjenner ganske mye på?

S: Vi er sikkert påminnere for hverandre.

Sekvensen understreker at påminnere ikke utelukkende handler om sensorisk stimuli som brå lyder eller grafiske bilder. Interpersonlige situasjoner kan også utgjøre påminnere som aktiverer eksempelvis sorg, savn og bevissthet om at tapet er varig. I traumatiske tapsforløp kan slike tapspåminnere være mer sentralt enn klassiske triggerreaksjoner hvor frykt vekkes av lyd, lukt eller bilder, og reaksjonene har gjerne en annen karakter enn det man forbinder med PTSD i snever forstand.

## Føles ikke som det har gått ti år

Når en traumatisk hendelse innebærer tap av en nærstående, kan erfaringen noen ganger skape kompliserte sorgreaksjoner som holdes på avstand gjennom unngåelse (f.eks. Kristensen et al., 2021). Silje beskriver det slik:

S: Mmm ... Ja, hvis jeg snakker om det. Setter meg ned og tenker på det. Da føles det ikke ut som det har gått ti år ... Så da setter jeg meg ikke ned og tenker på det.

I: Nei ... men så fikk du den situasjonen med (datterens navn), som gjorde at du ikke fikk til å holde det på avstand. Det her med sorg. Følelser henger jo sammen. Sorg og frykt knyttet til en ting bringer jo med seg sorg og frykt knyttet til andre ting.

S: Jeg tror jo at jeg var redd for at det skulle skje igjen. Det er jeg fortsatt. (...) Jeg vet rett og slett ikke om jeg hadde overlevd det om jeg skulle mistet noen jeg var glad i igjen.

I: Mmm.

S: Det vet jeg ikke hvordan jeg skulle klart.

I: Hva legger du i det?

S: Sukk. Nei ... Jeg vet ikke hvordan jeg skulle klart å stå i det. (gråter)

Når Silje her unngår å tenke på tapet, handler det ikke primært om å regulere frykt, men om å holde sorg og tapsbevissthet på avstand. Reaksjonene hennes etter fødselen ser heller ikke ut til å

være knyttet utelukkende til gjenopplevd fare, men også til tidligere tap og frykten for å miste på nytt. Hastekeisersnittet aktualiserte altså både den tidligere livsfaren, en ny opplevelse av fare for henne og barnet, samt tapsopplevelsen fra Utøya. I slike tilfeller blir det mer utfordrende å skille skarpt mellom gamle og nye symptomer. Siljes historie tydeliggjør dermed igjen relevansen av å bruke tid på kasusbeskrivelser i møte med traumepasienter.



## Drøfting

Siljes erfaringer viser at både traumepåminnere og nye traumatiske erfaringer kan vekke reaksjoner fra tidligere traumer, og at det er nyttig å skille mellom disse fenomenene. I Siljes tilfelle fremstår hastekeisersnittet som en ny traumatisk hendelse. Hun beskriver frykt, kroppslig immobilisering, kaos, intens hjelpeløshet og tap av kontroll i en situasjon preget av opplevd fare for barnet. Fødselen minner om det gamle traumat fra Utøya, men er samtidig en ny belastning som setter i gang en ny posttraumatisk symptomperiode, altså en retraumatisering (Duckworth & Follette, 2012). Siljes tilfelle harmonerer med det vi vet fra litteraturen på fødselsrelatert PTSD, og da særlig knyttet til tidligere traumebelastninger (Ayers et al., 2016; Horsch et al., 2024; Olde et al., 2006). I denne litteraturen trekkes operativ forløsning, komplikasjoner, peritraumatisk dissosiasjon og opplevd tap av kontroll ofte frem som sentrale risikofaktorer.

Som vi ser i kasuistikken, er lyder fra barne-tv, vanskelige fødsler illustrert i film og serier, tekst i *Prematurposten*, møter med broren til den avdøde venninnen og tanker om tapet eksempler på stimuli og interaksjoner som vekker ubehag hos Silje fordi de er assosiert med tidligere traumatiske erfaringer. Reaksjonene er altså eksempler på traume- og tapspåminnere. De kan aktivere minner, kroppslig alarm, sorg, unngåelse og funksjonsfall, men utgjør ikke i seg selv traumatiske stressorer. Retraumatisering, i Siljes tilfelle hastekeisersnittet, viser derimot til en ny traumatisk belastning som, delvis på grunn av overlapp med tidligere traumatiske erfaringer, kan utløse en ny periode med kliniske nivåer av PTSD-symptomer (f.eks. Duckworth & Follette, 2012; Schippert et al., 2021).

## Kliniske implikasjoner

Kasuistikken viser videre at påminnere etter opplevelser som også innebærer et traumatisk tap, utløser mer enn frykt og engstelse. Triggere i slike tilfeller kan også innbefatte tapspåminnere som vekker savn, sorg og skyldfølelser (Smith & Ehlers, 2021). Når Silje sier at hun og broren til venninnen er påminnere for hverandre, beskriver hun ikke en traumepåminner, men en tapspåminner som aktiverer sorg. Skillet ble klinisk relevant i kasuistikken fordi Siljes posttraumatiske plager ikke bare handlet om den livsfaren hun selv var i på Utøya, men også om tapet av bestevenninnen i angrepet. Siljes beskrivelser illustrerer hvordan et snevert fokus på fryktresponser knyttet til traumepåminnere kan være uheldig hvis pasienten også er plaget av sammensatte følelser, som sorg og frykt for nye tap. Dette understreker viktigheten av å møte pasienten der hen er, og sette behandlingsfokus på de følelsene som er i forgrunnen (Duffy & Wild, 2023; Wild et al., 2023).

Kasuistikken har også implikasjoner for somatisk helsehjelp. Dersom helsepersonell kjenner pasientens traumehistorie, kan de i noen tilfeller redusere belastningen ved å gi bedre informasjon, øke forutsigbarheten, styrke pasientens opplevelse av valg og kontroll, og så langt som mulig begrense unødige traumepåminnere. I enkelte situasjoner kan det i tillegg være grunn til å drøfte hvordan nødvendige prosedyrer kan gjennomføres på en måte som reduserer risikoen for at pasienten igjen opplever avmakt og overveldelse. En traumeinformert tilnærming til somatisk helsehjelp innebærer nettopp å redusere unødig belastning, øke forutsigbarheten og styrke pasientens opplevelse av valg

og kontroll, og er særlig relevant i forbindelse med akutte medisinske og fødselsrelaterte forløp (Grossman et al., 2021; Horsch et al., 2024; Schippert et al., 2021).



## Oppsummering

Siljes historie illustrerer at reaksjoner knyttet til tidligere traumereaksjoner kan vekkes både av påminnere og av nye traumatiske hendelser. Traumepåminnere er nåtidige stimuli knyttet til tidligere traumeerfaringer som aktiverer minner, negativ affekt, kroppslig alarm og unngåelse. De kan skape emosjonelt ubehag og funksjonsfall også mange år etter hendelsen. Retraumatisering viser derimot til en ny potensielt traumatisk hendelse som har betydelig overlapp med et tidligere traume, og som øker risikoen for å utløse en ny posttraumatisk symptomperiode. Kasuistikken viser også at påminnere knyttet til traumatiske tap ikke bare handler om frykt. Skillet mellom fenomenene har derfor betydning både for begrepsbruk, kasusforståelse og valg av klinisk fokus. For terapeuten er implikasjonene at man må undersøke hva slags påminnere pasienten plages av, hvilken historisk referanse de peker tilbake på, og om man har å gjøre med en pågående triggerproblematikk og/eller en ny traumatisk erfaring.

## Referanser

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. utg.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S. & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, 46(6), 1121–1134. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002706>
- Doob, D. (1992). Female sexual abuse survivors as patients: Avoiding retraumatization. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6(4), 245–251. [https://doi.org/10.1016/0883-9417\(92\)90068-T](https://doi.org/10.1016/0883-9417(92)90068-T)
- Duckworth, M. P. & Follette, V. M. (Red.). (2012). *Retraumatisation: Assessment, treatment, and prevention*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203866320>
- Duffy, M. & Wild, J. (2023). Living with loss: A cognitive approach to prolonged grief disorder – incorporating complicated, enduring and traumatic grief. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 51(6), 645–658. <https://doi.org/10.1017/S1352465822000674>
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319–345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
- Glad, K. A., Dyb, G., Boelen, P. A., Wentzel-Larsen, T. & Stensland, S. (2025). Early predictors of prolonged grief among bereaved trauma survivors 8.5 years after a terrorist attack. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 17(3), 477–484. <https://doi.org/10.1037/tra0001684>
- Glad, K. A., Hafstad, G. S., Jensen, T. K. & Dyb, G. (2017). A longitudinal study of psychological distress and exposure to trauma reminders after terrorism. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(Suppl. 1), 145–152. <https://doi.org/10.1037/tra0000224>
- Glad, K. A., Jensen, T. K., Hafstad, G. S. & Dyb, G. (2016). Posttraumatic stress disorder and exposure to trauma reminders after a terrorist attack. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(4), 435–447. <https://doi.org/10.1080/15299732.2015.1126777>
- Glad, K. A., Porcheret, K. L. & Dyb, G. A. (2023). Prevalence and potency of trauma reminders 8.5 years after a terrorist attack. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(2), 2251774. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2251774>

- Glad, K. A., Stensland, S., Czajkowski, N. O., Boelen, P. A. & Dyb, G. A. (2022). The longitudinal association between symptoms of posttraumatic stress and complicated grief: A random intercepts cross-lag analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(3), 386–392. <https://doi.org/10.1037/tra0001087>
- Grossman, S., Cooper, Z., Buxton, H., Hendrickson, S., Lewis-O'Connor, A., Stevens, J., Wong, L. Y. & Bonne, S. (2021). Trauma-informed care: Recognizing and resisting re-traumatization in health care. *Trauma Surgery & Acute Care Open*, 6(1), e000815. <https://doi.org/10.1136/tsaco-2021-000815>
- Horsch, A., Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Chandra, P., Hartmann, K., Vaisbuch, E. & Lalor, J. (2024). Childbirth-related posttraumatic stress disorder: Definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(3S), S1116–S1127. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.09.089>
- Kristensen, P., Dyregrov, K. & Dyregrov, A. (Red.). (2021). *Sorg og komplisert sorg*. Fagbokforlaget.
- Layne, C. M., Warren, J. S., Saltzman, W. R., Fulton, J. B., Steinberg, A. M. & Pynoos, R. S. (2018). Contextual influences on posttraumatic adjustment: Retraumatization and the roles of revictimization, posttraumatic adversities, and distressing reminders. I S. Vargo, *Psychological Effects of Catastrophic Disasters* (1. utg., s. 235–286). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315821306-9>
- Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R. J., van Son, M. J. M. & Pop, V. J. M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 1–16. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.002>
- Righy, C., Rosa, R. G., da Silva, R. T. A., Kochhann, R., Migiliavaca, C. B., Robinson, C. C., Teche, S. P., Teixeira, C., Bozza, F. A. & Falavigna, M. (2019). Prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in adult critical care survivors: A systematic review and meta-analysis. *Critical Care*, 23(1), 213. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2489-3>
- Schippert, A. C. S. P., Grov, E. K. & Bjørnnes, A. K. (2021). Uncovering re-traumatization experiences of torture survivors in somatic health care: A qualitative systematic review. *PLoS ONE*, 16(2), e0246074. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246074>
- Smith, K. V. & Ehlers, A. (2021). Prolonged grief and posttraumatic stress disorder following the loss of a significant other: An investigation of cognitive and behavioural differences. *PLoS ONE*, 16(4), e0248852. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248852>
- Varvin, S. (2015). *Flukt og eksil: Traume, identitet og mestrings* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Wild, J., Duffy, M. & Ehlers, A. (2023). Moving forward with the loss of a loved one: Treating PTSD following traumatic bereavement with cognitive therapy. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 16, e12. <https://doi.org/10.1017/S1754470X23000041>

