

Traumer og posttraumatisk stresslidelse (PTSD)

hos personer med demens på sykehjem

Signe Veia Tretteteig



Aldring og helse
Nasjonalt senter

© Forlaget aldring og helse, 2026

ISBN: 978-82-8470-249-0 (PDF)

Forfatter: Signe Vea Tretteteig

Redaksjonskomité i Aldring og helse har bestått av:

Anne Marie Mork Rokstad, *fagsjef kognisjon og demens*

Trine Nordby Skjellestad, *fag- og utviklingsleder*

Marit Mjørud, *forsker og spesialrådgiver*

Janne Røsvik, *forsker og spesialrådgiver*

Ane Stavrum, *jurist*

Illustrasjoner: Headspin AS

Innhold

Psykologiske traumer som sårbarhetsfaktor	3
Traumer øker risikoen for kognitiv svikt	3
Traumer og økt stressrespons	4
Demens svekker evnen til å bearbeide og regulere minner om traumer	5
Traumer øker risikoen for APSD	6
Ukritisk seksuell atferd	7
PTSD og triggere	7
Situasjoner som kan trigge en stressrespons	7
Warning signal-hypotesen og utfordrende atferd ved demens	8
Omsorg for personer med demens og PTSD	9
Omsorg for personer med demens og traumeerfaringer	10
Ivaretagelse av personalet	11
Oppsummering	12
Referanser	13

Kunnskap om traumer og PTSD hos personer med demens kan gi helse- og omsorgspersonell bedre forståelse av sammenhenger mellom traumeerfaringer og demens. Dette hefte vil gi en innføring i temaet og gi noen råd om hvordan helse- og omsorgspersonell kan gi god omsorg til personer med demens som har traumeerfaringer.

Psykologiske traumer som sårbarhetsfaktor

Traumer øker risikoen for kognitiv svikt

Traumatiserende hendelser, som vold eller misbruk tidlig i livet, kan øke risikoen for kognitiv svikt og demens når man blir gammel (1–5). Traumer kan føre til posttraumatisk stresslidelse (PTSD), som kan øke, ja, faktisk doble risikoen for demens og kognitive utfordringer i alderdommen (5–7). Dette betyr at mange personer med demens kan ha traumer som en del av sin livshistorie.

Et traume er en skade eller en belastning, og betegnelsen brukes både om fysiske og psykiske hendelser. I denne teksten brukes traume om en psykisk eller fysisk reaksjon på sjokkerende, farlige eller svært belastende hendelser. En traumatisk hendelse kan påvirke hvordan en person tenker, føler og reagerer senere.

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) kan oppstå etter at en person har vært utsatt for eller vitne til én eller flere hendelser som oppleves som ekstremt truende eller skremmende (8). PTSD kjennetegnes av flashbacks (en plutselig og intens gjenopplevelse av en tidligere traumatisk hendelse), mareritt og unngåelsesatferd. PTSD kan også gi symptomer som søvnproblemer, en opplevelse av indre uro og økt irritabilitet.

Traumer og økt stressrespons

Traumer kan føre til økt stressrespons. Stressrespons kan forstås som kroppens «indre alarmsystem». Dette systemet slår seg automatisk på når hjernen tolker en situasjon som krevende eller truende, og gjør kroppen klar til å møte fare. Når stressresponsen aktiveres, kan personen få økt puls og raskere respirasjon, sansene skjerpes, og blodet omdirigeres til musklene. Stressresponsen kan utløses når personen kommer i en situasjon som, ofte ubevisst, minner om tidligere traumatiske opplevelser.

Hos personer med PTSD og samtidig demens kan dette bli særlig utfordrende. Demens kan gi redusert evne til å tolke og forstå det som skjer i omgivelsene. Det kan føre til at mange situasjoner kan oppleves som farlige, selv om de i utgangspunktet er dagligdagse og ufarlige. Når stressresponsen aktiveres, kan det være vanskelig å regulere følelser som sinne, redsel og aggresjon. Personen kan for eksempel slå eller sparke for å beskytte seg selv eller komme seg unna (5, 9).

Laura (82 år) har demens og bor på sykehjem. Hun blir beskrevet som veldig skvetten og reagerer ofte på høye lyder. Da kan hun bli urolig og sint, og hun slår hvis noen prøver å roe henne ned. Personalet forstår ikke hvorfor hun reagerer som hun gjør, men sønnen hennes har fortalt at Laura hadde en tøff barndom på barnehjem, og at hun aldri ville snakke om det hun opplevde der.

Kartlegging av livshistorie

Nasjonalt senter for aldring og helse har laget samtaleguiden «Min livshistorie. Hvem er jeg?». Samtaleguiden kan hjelpe helse- og omsorgspersonale med å kartlegge en persons livshistorie, verdier, interesser og nettverk. Guiden er laget for bruk i samtaler med personer som har demens eller kognitiv svikt, men den kan også brukes med andre som trenger støtte til å fortelle om seg selv.

Samtaleguiden finner du på aldringoghelse.no
(søk samtaleguiden Hvem er jeg?)

Demens svekker evnen til å bearbeide og regulere minner om traumer

Eldre med PTSD kan ha lavere kognitiv funksjon, dårligere hukommelse og større oppmerksomhetsvansker enn eldre uten PTSD (7). I tillegg til økt risiko for kognitiv svikt kan PTSD også gi en raskere utvikling av svikten. Demens kan ytterligere svekke hjernens evne til å regulere og bearbeide traumeminner. Hukommelsessvikt og redusert eksekutiv funksjon, det vil si nedsatt evne til å planlegge, tilpasse seg endringer og kontrollere impulser, kan føre til at tidligere traumer lettere reaktiveres. Traumeminnene kan da mistolkes som om hendelsen skjer i nåtid (10). Personen kan oppleve å «være i situasjoner» som skjedde for lenge siden. Dette kan utløse sterke følelsesmessige og atferdsmessige reaksjoner. Slike reaksjoner blir ofte tolket som atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD), men kan i realiteten være uttrykk for gjenopplevelse eller intens frykt (11, 12).

Trond (79 år) var tidligere soldat i FNs fredsbevarende styrker i Libanon. Under et bakholdsangrep opplevde han at flere medsoldater ble drept. Etter utført oppdrag slet Trond med angst og flashbacks og fikk diagnosen PTSD og depresjon. Etter at han fikk demens, har angsten økt i omfang og styrke. Det meste av døgnet er Trond urolig og redd og har episoder med flashbacks der han opplever å være tilbake i Libanon og i livsfare. Han kan da kaste gjenstander mot alle som nærmer seg, og har ved en anledning tatt kvelertak på personalet. Personalet på sykehjemmet synes det er vanskelig å vite hvordan de skal forebygge og dempe Tronds angst og uro fordi den er mer eller mindre konstant og ikke knyttet til noen spesielle situasjoner. De er også redde for å bli skadet.



Traumer øker risikoen for APSD

APSD er trolig de mest belastende symptomene ved demens, både for personen selv, pårørende og helse- og omsorgspersonalet. APSD er ikke-kognitive symptomer og inkluderer apati, agitasjon, aggresjon, angst, hallusinasjoner og vrangforestillinger. APSD kan forstås som kommunikasjon. Fysisk aggresjon, ukritisk seksuell atferd, roping eller sosial tilbaketrekning kan være uttrykk for personens frustrasjon, udekkede behov eller forsøk på å mestre ubehag eller for høye krav fra omgivelsene (13–15).

Personer med demens som har opplevd traumer som vold, overgrep, krig og flukt, får oftere og mer alvorlige atferdsmessige og psykologiske symptomer enn andre med demens (16, 17). En forklaring på dette er at det finnes neurologiske likheter mellom hvordan hjernen endrer seg hos personer med Alzheimers sykdom og personer med PTSD. Disse endringene påvirker viktige funksjoner i hjernen, som hukommelse, evnen til å planlegge og organisere (eksekutive funksjoner) og evnen til å lære nye ting.

Personer med PTSD har også økt risiko for depresjon, angst og rusproblemer. Disse tilstandene kan i seg selv øke risikoen for både demens og APSD (5). Mange beboere på sykehjem har alvorlig grad av demens, og APSD er vanlig i denne gruppa. Derfor er det viktig at helse- og omsorgspersonalet kjenner til pasientenes traumeerfaringer, forstår hvorfor dette øker risikoen for APSD, og vet hvordan de kan gi god omsorg til disse pasientene.

Personen kan oppleve flashbacks som gjør at han prøver å unngå situasjonen, for eksempel ved å trekke seg unna, protestere eller bli aggressiv (11, 18). Slike flashbacks kan oppfattes som hallusinasjoner eller at personen er overdrevet mistenksom. Hvis helse- og omsorgspersonalet ikke har kjennskap til personens traumehistorie og mulige triggere, kan personen få feil behandling, for eksempel unødvendig bruk av legemidler (10).

Ukritisk seksuell atferd

Ukritisk seksuell atferd og vold hos personer med demens har ofte sammensatte årsaker, der tidligere traumer kan spille en rolle (15, 19). Ukritisk seksuell atferd kan være knyttet til tidligere seksuelle overgrep, der voldelig atferd kan være en kamp- eller fluktreaksjon på triggere i miljøet (14). Helse- og omsorgspersonale har rapportert at slike situasjoner er belastende og vanskelige å håndtere (20).

***Hanne** (65 år) har en lett utviklingshemming. Som ungdom ble hun seksuelt utnyttet av eldre gutter mot godteri og penger. Denne kontakten gjorde at hun følte seg populær, og hun skjønnte ikke at hun ble utnyttet, før hun ble voksen. Som voksen hadde hun flere forhold med voldelige partnere. Hanne fikk Alzheimers sykdom som 62-åring og flyttet etter hvert på sykehjem. Der utviklet hun en ukritisk seksuell atferd. Hun blottet seg i fellesarealet og hadde et veldig seksualisert språk. Ved et par anledninger kledde hun seg naken og krøp opp i senga til medbeboere. Hun ble sint når personalet prøvde å stoppe henne i denne atferden.*

PTSD og triggere

Situasjoner som kan trigge en stressrespons

Vanlige omsorgs- og pleiesituasjoner kan fungere som «triggere» for personer som har opplevd traumer. En trigger kan være et sanseintrykk, en stemme, en situasjon eller en følelse som ubevisst utløser et sterkt minne som fører til angst eller en annen følelsesmessig reaksjon. Stell, nakenhet, fysisk berøring, høye lyder og autoritetspersoner kan minne personen om tidligere overgrep eller vold (11, 20).

For personer som har opplevd krig eller har migrasjonstraumer, kan personens språkproblemer og kulturelle misforståelser trigge og utløse sterke reaksjoner (21). Eksempler på migrasjonstraumer kan være bombing, tortur, vold og overgrep i forbindelse med flukt.

Slike triggerer kan føre til at personen får en kamp-, flukt- eller frysreaksjon. Det betyr at kroppen reagerer fysisk som om den er i fare, selv om situasjonen egentlig er trygg. Kroppen forbereder seg på å forsvare seg mot eller rømme fra en fare. Personen kan da for eksempel bli urolig, sint, vise motstand mot nærhet og stell, rope eller oppleve kroppen sin som fremmed eller vanskelig å kontrollere.

Bahar (69 år) er kurder fra Tyrkia og kom til Norge som flyktning. Hun opplevde seksuelle overgrep fra soldater under flukten. Etter at hun fikk demens, forstår ikke Bahar at hun er på sykehjemmet, og hun har vanskelig for å skille mellom nåtid og fortid. Når det mannlige personalet skal hjelpe henne på toalettet, får hun ofte panikk. Da stritter hun imot, roper høyt og slår. Etter at de forsto at hennes reaksjoner hadde sammenheng med tidligere traumeopplevelser, og at mannlig personale fungerer som triggerer, hjelper alltid kvinnelig personale henne på toalettet og i stellet.

Warning signal-hypotesen og utfordrende atferd ved demens

Betegnelsen *trigger* kommer fra Warning signal-hypotesen, som er sentral for traumeforståelse. Hypotesen bygger på en teori om at mennesker ofte husker øyeblikkene rett før sterke emosjonelle hendelser svært godt, særlig gjelder det traumatiske opplevelser. Det kan være at personen hørte en bestemt lyd eller kjente en lukt før den eller de traumatiske opplevelsene. Da kan den samme lyden eller lukten trigge en kamp-/fluktrespons eller frysrespons. For dem som står rundt personen, kan triggerne virke ubetydelige og ufarlige, men de kan utløse sterke reaksjoner eller flashbacks hos personen (22, 23).

Hans (85 år) er vokst opp med en voldelig far som slo han. Dette skjedde ofte når faren kom hjem etter å ha vært på byen og drukket alkohol. Hans lå da i senga og var redd. Når ytterdøra smalt igjen, visste han at faren snart kom inn på rommet hans for å slå ham. Lyden av ytterdører som slår igjen, minner fortsatt Hans om disse situasjonene. Han kan da bli redd og kjenne at hjertet slår, og kroppen stivner av skrekk.

En forklaring på warning signal-hypotesen er at slike triggere kan være en «evolusjonær mekanisme», det vil si en psykologisk mekanisme som skal varsle om liknende farer og dermed øke muligheten for å overleve dem. Studier har vist at slike warning signals ikke bare er knyttet til følelser eller sanseinntrykk, men at også dialoger, handlinger og tanker kan fungere som triggere (24, 25).

Warning signal-hypotesen kan hjelpe helse- og omsorgspersonalet med å forstå hva som utløser APSD hos personer med traumer eller PTSD. Selv om personen kan ha svekket hukommelse og ikke klarer å forstå eller forklare hva som skjer, er følelsene ekte. Warning signal-hypotesen kan hjelpe oss med å forstå at det som skjer rett før en hendelse, ofte er det som utløser atferden – ikke selve hendelsen.

Warning signals handler ikke bare om traumer, men kan også være knyttet til positive eller nøytrale hendelser (26). For eksempel kan en tidligere sykepleier med demens bli urolig av å være omgitt av personer i helseuniformer. Når lyset dempes i avdelingen, kan personen tro at hun er på nattevakt, og hun vil gå sine vante runder inn på pasientrommene. Hun blir sint når personalet stopper henne i dette, og ønsker ikke å legge seg. Det er derfor viktig at helse- og omsorgspersonalet ikke alltid tolker pasienters triggerreaksjoner som tegn på at de har opplevd noe vondt og traumatisk.

Omsorg for personer med demens og PTSD

Omsorgen til personer med demens og PTSD bør være personsentrert og tilpasset den enkelte (27, 28). Som en del av livshistoriekartleggingen er det viktig å avdekke mulige traumeerfaringer og utløsende faktorer (triggere) og å dokumentere disse. Det er også viktig at teamet rundt personen jevnlig reflekterer sammen for å utvikle en felles forståelse av atferden og drøfte hvilke tiltak som kan være hensiktsmessige (29, 30). Pasienten bør ha en tydelig og individuelt tilpasset tiltaksplan. Denne bør bidra til å forebygge eksponering for triggere og sikre at personalet møter personen på en forutsigbar og trygg måte.

Pårørendes rolle

Dersom pårørende har kjennskap til personens traumer, kan de bidra med informasjon som gir helse- og omsorgspersonalet bedre forståelse av atferden og hvilke tiltak som kan redusere frykt.

Selv om helse- og omsorgspersonalet har taushetsplikt, har de alltid lyttfrihet. Det innebærer at de kan motta informasjon fra pårørende uten å bli hindret av taushetsplikten.

Traumeerfaringer kan være knyttet til skyld og skam. Helse- og omsorgspersonalet bør derfor kartlegge slike erfaringer på en respektfull og varsom måte.

Omsorg for personer med demens og traumeerfaringer

Demens kan forsterke symptomene hos personer med PTSD eller traumatiske erfaringer. Selv om evnen til å huske nyere hendelser ofte svekkes, kan traumeminner være mer «motstandsdyktige». De forsvinner ikke like lett og kan få en dominerende plass i personens opplevelse av virkeligheten (5). Hos noen kan slike minner overskygge andre erfaringer, slik at personen i praksis «lever» i tidligere hendelser. Dette kan gi sterke reaksjoner preget av frykt, uro eller aggresjon. Personsentrert omsorg er et grunnleggende utgangspunkt også her, men personer med traumeerfaringer har særlige behov som må ivaretas. Reaksjonene kan ofte være knyttet til gjenopplevelse av tidligere hendelser og bør derfor forstås i lys av dette.

Modeller som *VIPS praksismodell* (31) og *TID* (32) gir et godt rammeverk for systematisk arbeid. Ved traumeerfaringer er det nødvendig å supplere med en *traumeinformert tilnærming*. Det innebærer å bruke kunnskap om personens livshistorie og mulige triggere aktivt for å forebygge stressreaksjoner og skape trygghet (33).

Traumeinformert omsorg handler særlig om

- å skape trygghet, forutsigbarhet og kontroll
- å gi tydelig informasjon om hva som skal skje, og hvorfor
- å gi personen valgmuligheter for å styrke opplevelsen av kontroll
- å møte følelser med støtte og anerkjennelse
- å tilpasse miljø og tiltak ut fra hva som kan trigge eller roe personen

Det er viktig å være oppmerksom på at aggresjon, uro eller motstand kan være tegn på at pasienten gjenopplever situasjonen som truende. For personer med traumatiske erfaringer kan for eksempel bestemte stemmer, klær eller situasjoner utløse sterke reaksjoner. Omsorgen må derfor legge særlig vekt på å redusere opplevelse av maktesløshet og sikre mest mulig selvbestemmelse (34, 35). Arbeidet krever systematikk, samarbeid og en felles forståelse i personalgruppa (36).

Etter at personalgruppa lærte om hvordan traumer kan føre til eller forsterke APSD hos personer med demens, har de alltid med seg dette perspektivet i møte med pasienter med utfordrende atferd. Når de kartlegger mulige årsaker til APSD, har de alltid en samtale med pasienten og/eller pårørende for å undersøke om pasienten har traumeerfaringer.

Noen personer med demens kan ha nytte av skånsom og tilpasset traumebehandling, som forsiktig eksponering, men dette gjelder bare tidlig i sykdomsforløpet og må utføres av fagpersoner med riktig kompetanse, for eksempel en psykolog eller en spesialsykepleier innen psykisk helse (5, 18).

Ivaretagelse av personalet

Fysisk aggresjon, ukritisk seksuell atferd og annen utfordrende atferd kan være traumatiserende for helse- og omsorgspersonalet. Atferden kan påvirke relasjonen til pasienten og kvaliteten på omsorgen (37). Tydelig lederskap, opplæring, veiledning og tid til refleksjon og debriefing bidrar til at helse- og omsorgspersonalet kan håndtere de utfordrende situasjonene over tid (19, 33, 38).

Oppsummering

Personer som har opplevd traumer eller har PTSD, har større risiko for å utvikle demens og for å få APSD. Hos disse pasientene kan APSD også bli mer alvorlig. Traumeminner kan bli værende i hukommelsen mye lenger enn andre minner og kan dominere tilværelsen til personer med alvorlig grad av demens. Samtidig reduseres personens evne til å huske nye opplevelser, og tidsoppfatningen kan bli svekket. Dette kan gjøre at pasienten opplever traumat som om det skjer nå, og han kan leve i en konstant følelse av frykt eller utrygghet.

Traumeminner kan bli trigget av forhold i miljøet, for eksempel lyder, lukter, bestemte stemmer, måten noen snakker på, eller personer som virker autoritære. Når slike triggere oppstår, kan kroppen reagere med kamp-, flukt- eller frysreaksjoner. Det betyr at pasienten kan prøve å forsvare seg, komme seg unna eller bli helt passiv. Dette kan igjen føre til fysisk utagering.

Traumeinformert omsorg kan bidra til å redusere APSD hos personer med PTSD. Det handler om å skape trygghet gjennom rolig og tydelig kommunikasjon, gjøre situasjoner forutsigbare ved å forklare hva som skal skje, identifisere hva som trigger pasienten, og tilpasse miljøet og tiltakene individuelt.



Referanser

1. Abouelmagd ME, AdelMeseh M, Elrosasy A, Eldeeb HA, Nabil Y. Adverse childhood experiences and risk of late-life dementia: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2025;60(5):1087–98. DOI: [10.1007/s00127-024-02676-4](https://doi.org/10.1007/s00127-024-02676-4).
2. Baez S, Nabil Y, Ibanez A. Childhood adversities and the exposome in dementia risk and brain health. *Curr Opin Psychiatry.* 2026;39(2):136–50. DOI: [10.1097/YCO.0000000000001057](https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000001057).
3. Kim A, et al. Associations between adverse childhood experiences and subjective cognitive decline: A scoping review. *Arch Gerontol Geriatr.* 2025;131:105773. DOI: [10.1016/j.archger.2025.105773](https://doi.org/10.1016/j.archger.2025.105773)
4. Wang XC, Huang ZP. Adverse childhood experiences and subsequent impact on adulthood cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry.* 2025;16:1751619. DOI: [10.3389/fpsy.2025.1751619](https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1751619)
5. Metso FJ. När kriget är allt du minns. Att lindra PTDS hos äldre. In: Fagerström B, editor. Stockholm: Gothia Kompetens; 2018.
6. Greenberg MS, Tanev K, Marin M-F, Pitman RK. Stress, PTSD, and dementia. *Alzheimers Dement.* 2014;10(3 Suppl):155–65. DOI: [10.1016/j.jalz.2014.04.008](https://doi.org/10.1016/j.jalz.2014.04.008).
7. van Rossum JE, den Camp SO, Uiterwijk R, Decers VO, Gulpers BJA, Sobczak S. PTSD and cognition in older adults: A systematic literature review. *J Anxiety Disord.* 2025;114:103047. DOI: [10.1016/j.janxdis.2025.103047](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2025.103047).
8. Helsedirektoratet. Posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Oslo: Helsenorge.no; 2025 [cited 2026 Jul 20]. Available from: <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/angst/posttraumatisk-stresslidelse/>
9. Cook JM, Simiola V. Trauma and aging. *Curr Psychiatry Rep.* 2018;20(10):93. DOI: [10.1007/s11920-018-0943-6](https://doi.org/10.1007/s11920-018-0943-6).
10. van Dongen DHE, et al. A first insight into the clinical manifestation of posttraumatic stress disorder in dementia: A systematic literature review. *Psychogeriatrics.* 2022;22(4):509–20. DOI: [10.1111/psyg.12830](https://doi.org/10.1111/psyg.12830).
11. Bruneau MA, Desmarais P, Pokrzywko K. Post-traumatic stress disorder mistaken for behavioural and psychological symptoms of dementia: Case series and recommendations of care. *Psychogeriatrics.* 2020;20(5):754–9. DOI: [10.1111/psyg.12549](https://doi.org/10.1111/psyg.12549).
12. Johnston N, et al. Re-living trauma near death: An integrative review using grounded theory narrative analysis. *Palliat Care Soc Pract.* 2024;18:26323524241277851. DOI: [10.1177/26323524241277851](https://doi.org/10.1177/26323524241277851).

13. Cipriani G, et al. Dangerous passion: Othello syndrome and dementia. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2012;66(6):467–73. DOI: [10.1111/j.1440-1819.2012.02386.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2012.02386.x).
14. Cipriani G, Lucetti C, Danti S, Carlesi C, Nuti A. Violent and criminal manifestations in dementia patients. *Geriatr Gerontol Int*. 2016;16(5):541–9. DOI: [10.1111/ggi.12608](https://doi.org/10.1111/ggi.12608).
15. Rosen T, Lachs MS, Pillemer K. Sexual aggression between residents in nursing homes: Literature synthesis of an underrecognized problem. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(10):1970–9. DOI: [10.1111/j.1532-5415.2010.03064.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03064.x).
16. Cations M, Atee M, Morris T, Whiting D. Neuropsychiatric symptoms of dementia in those with and without a recorded history of psychological trauma: A comparative study from an Australian Dementia Support Service. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2024;39(1):1–10. DOI: [10.1002/gps.6054](https://doi.org/10.1002/gps.6054).
17. Fang B, Yan E. Abuse of older persons with dementia: A review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. 2018;19(2):127–47. DOI: [10.1177/1524838016650185](https://doi.org/10.1177/1524838016650185).
18. Ruisch JE, Nederstigt AHM, van der Vorst A, Boersma N, Vink MT, Hoeboer CM, et al. Treatment of post-traumatic stress disorder in people with dementia: A structured literature review. *Psychogeriatrics*. 2023;23(3):523–34. DOI: [10.1111/psyg.12951](https://doi.org/10.1111/psyg.12951)
19. Sourdeau A. Inappropriate sexual behavior in the context of dementia and neurodegenerative disorders: A review of the literature. *Psychiatr Danub*. 2025;37(1):120–4.
20. Scott A, Ryan A, James I, Mitchell EA. Perceptions and implications of violence from care home residents with dementia: A review and commentary. *Int J Older People Nurs*. 2011;6(2):110–22. DOI: [10.1111/j.1748-3743.2010.00226.x](https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00226.x).
21. Sun M, Tran D, Bach A, Ngo U, Tran T, Do T, et al. Impact of war and resettlement on Vietnamese families facing dementia: A qualitative study. *Clin Gerontol*. 2022;45(4):798–807. DOI: [10.1080/07317115.2022.2071661](https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2071661).
22. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*. 2000;38(4):319–45. DOI: [10.1016/s0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00123-0).
23. Ehlers A, Hackmann A, Steil R, Clohessy S, Wenninger K, Winter H. The nature of intrusive memories after trauma: The warning signal hypothesis. *Behav Res Ther*. 2002;40(9):995–1002. DOI: [10.1016/s0005-7967\(01\)00077-8](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(01)00077-8).
24. Blix I, Glad AK, Birkeland SM, Rustand AN, Thoresen S. Warning signals? An explorative study of distant recollections of the moments before a disaster. *Eur J Psychotraumatol*. 2023;14(1):2180947. DOI: [10.1080/20008066.2023.2180947](https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2180947).
25. Hackmann A, Ehlers A, Speckens A, Clark DM. Characteristics and content of intrusive memories in PTSD and their changes with treatment. *J Trauma Stress*. 2004;17(3):231–40. DOI: [10.1023/B:JOTS.0000029266.88369.f0](https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000029266.88369.f0).

26. Andrea R, Brennen T, Wentzel-Larsen T, Solberg Ø, Blix I. Autobiographical memory for emotional events: A test of the 'warning signal' hypothesis. *Appl Cogn Psychol*. 2025;39(4). DOI: [org/10.1002/acp.70106](https://doi.org/10.1002/acp.70106).
27. Kitwood T. Towards a theory of dementia care: The interpersonal process. *Ageing Soc*. 1993;13(1):51–67. DOI: [10.1017/s0144686x0000502x](https://doi.org/10.1017/s0144686x0000502x).
28. Helsedirektoratet. Demens. Nasjonal faglig retningslinje. Oslo: Helsedirektoratet; 2026 [cited 2026 Jul 20]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
29. Backhouse T, Camino J, Mioshi E. What do we know about behavioral crises in dementia? A systematic review. *J Alzheimers Dis*. 2018;62(1):99–113. DOI: [10.3233/JAD-170679](https://doi.org/10.3233/JAD-170679).
30. Delineau V, Ferraira AR, Passos L, Fernandes L. The impact of behavioral and psychological symptoms of dementia on individual's autonomy: a scoping review. *Arch Clin Neuropsychol*. 2025;40(3):351–62. DOI: [10.1093/arclin/aca097](https://doi.org/10.1093/arclin/aca097).
31. Røsvik J, Brooker D, Mjørud M, Kirkevold Ø. What is person-centred care in dementia? Clinical reviews into practice: The development of the VIPS practice model. *Rev Clin Gerontol*. 2013;23(2):155–63. DOI: [10.1017/S0959259813000014](https://doi.org/10.1017/S0959259813000014).
32. Lichtwarck B, Selbaek G, Kirkevold Ø, Rokstad AM, Benth JS, Lindstrøm JC, et al. Targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms: A cluster randomized controlled trial. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2018;26(1):25–38. DOI: [10.1016/j.jagp.2017.05.015](https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.05.015).
33. Goldstein E, Chokshi B, Melendez-Torres GJ, Rios A, Jelley M, Lewis-O' Connor A. Effectiveness of trauma-informed care implementation in health care settings: Systematic review of reviews and realist synthesis. *Perm J*. 2024;6(1):135–50. DOI: [10.7812/TPP/23.127](https://doi.org/10.7812/TPP/23.127).
34. Driessen S, Ronds R, van Alphen SPJ, Nederstigt A, Deckers K, Sobczak S. Treating symptoms of posttraumatic stress in people with dementia: Expert consensus using the Delphi method. *Clin Gerontol*. 2025;48(1):95–109. DOI: [10.1080/07317115.2023.2170842](https://doi.org/10.1080/07317115.2023.2170842).
35. Lasrado R, Szulewska K, Dixon J, Maharani A, Robinson C, Cooper M, et al. Understanding safeguarding for people living with dementia: A realist review of conceptualization and practice. *Trauma Violence Abuse*. 2025. DOI: [10.1177/1524838025137548](https://doi.org/10.1177/1524838025137548).
36. de la Perrelle L. Trauma-informed care for people living with dementia. *Aust J Dement Care*. 2024;13(3):21–3. DOI: [10.17605/OSF.IO/KGWZ9](https://doi.org/10.17605/OSF.IO/KGWZ9).
37. Isham L, Hewison A, Bradbury-Jones C. When older people are violent or abusive toward their family caregiver: A review of mixed-methods research. *Trauma Violence Abuse*. 2019;20(5):626–37. DOI: [10.1177/1524838017726425](https://doi.org/10.1177/1524838017726425).
38. Mintál D, Matupi E, Wilson D. Trauma awareness in dementia care: Staff training delivery and evaluation. *FPOP Bull Psychol Older People*. 2025;1(172):55–61. DOI: [10.53841/bpsfpop.2025.1.172.55](https://doi.org/10.53841/bpsfpop.2025.1.172.55).



Personer som har opplevd traumer eller har posttraumatisk stresslidelse (PTSD), har økt risiko for å utvikle demens. De har også større risiko for å utvikle atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens.

Kunnskap om traumer og PTSD, samt om hva som kan utløse kamp-, flukt- eller frysreaksjoner hos personer med traumeerfaringer, kan gi en bedre forståelse av hvorfor slike reaksjoner oppstår og hvordan de kan forebygges og behandles.

Dette heftet gir en kort innføring i kunnskapen på området og beskriver hvordan traumeinformert omsorg kan bidra til at personer med demens kan få et liv med mindre angst, uro og utagerende atferd.

Hefte er skrevet for helse- og omsorgspersonell som jobber med personer med demens.



Signe Veia Tretteteig

Tretteteig er geriatrisk sykepleier med doktorgrad innen demens. Hun jobber som spesialrådgiver og opplæringskoordinator ved Nasjonalt senter for aldring og helse. Hun har vært forfatter og redaktør på en rekke publiksjoner, og har bl.a. vært redaktør for lærebøkene Demensboka og Psykiske sykdommer hos eldre, utgitt av Forlaget aldring og helse.



Aldring og helse
Nasjonalt senter