

Å gjenkjenne og overkomme hindringer i traumebehandling

Irene Michalopoulos

Traumepoliklinikken Modum Bad i Oslo

irene.michalopoulos@modum-bad.no

Bente Jørgensen

Det er gjennom arbeid med hindringene at pasienten blir bedre og heling kan finne sted.

Mandag går barnet på skolen, selv om hun utsettes for seksuelle overgrep hjemme. Læreren spør hvordan helgen var. Hun svarer bare bra. Leker med de andre i friminuttet. Hjemme gjør hun lekser. Pappa lager middag. Mamma kjører henne på trening, men ser ikke på henne. På kvelden steller hun seg på badet. Så kommer natten igjen. Da blir pappa monsteret.

Barnet kunne ha fortalt noen om det som skjer, men truslene, skammen og redselen preger hver celle i kroppen. Barnet vet ikke at ikke alle barn opplever det samme. Det er hennes hverdag. Hun mangler ord for det som skjer. Det vonde blir borte når hun flytter seg fra rom til rom i huset, og fra hjem til skole og til fritidsaktiviteter. Hverdagen blir til år. I løpet av barneskolen er hun blitt spesialtrent i å ikke huske, ikke fortelle og ikke kjenne. Hun er vant til den strenge stemmen i hodet som sier hun må ta seg sammen. Hun har blitt god på å dunke hodet i veggen for å få bort smerten.

Barnets dilemma blir terapeutens dilemma når den voksne pasienten søker behandling for uforklarlige symptomer. Traumehistorie gir langvarig taushet, i gjennomsnitt tar det 17,2 år før pasienter forteller (Steine et al., 2017). Pasienter med komplekse traumer kan gå i terapi i mange år uten bedring, eller terapien avsluttes for tidlig (Brand et al., 2022). Terapeuten kan oppleve det som vanskelig å hjelpe. Vi må anta at det har oppstått hindringer i behandlingsforløpet.

Traumepoliklinikken Modum Bad i Oslo tar årlig imot rundt 200 pasienter, i hovedsak pasienter med kompleks dissosiativ lidelse. Klinisk erfaring har tydeliggjort typiske utfordringer i terapien, som kan hindre behandlingsprogresjon. Hindringene kan systematiseres rundt fem sentrale kjernefenomener, som vil påvirke relasjonen: mistillit, fobi for indre opplevelser, et fragmentert selv, destruktive overlevelsesstrategier og traumatisk overføring/motoverføring. Når terapeuten kjenner hindringene og har måter å håndtere dem på, legger man til rette for gode terapiforløp. Det teoretiske utgangspunktet for artikkelen er teori om strukturell dissosiasjon av personligheten og nevrobiologisk forskning om utviklingstraumer (se tekstboks).

Tilstrekkelig traumekunnskap bidrar til at terapeuten kan tilrettelegge terapisituasjonen

Barnet blir en kvinne på 35 år. Hun fungerer i jobb og har venner, men får stadige kriser. Hun overveldes av håpløshet, selvmordstanker og impuls til å skade seg. I perioder mister hun evnen til å ta vare på seg selv, blir redd og forstår ikke hva som skjer. Hun oppsøker hjelp, først legevakt, og blir lagt inn på akuttavdeling. Hun er tydelig på at hun ikke vil dø, men kan ikke gjøre rede for hvorfor det er vanskelig. Hun får spørsmål som antyder at hun selvskader for å få oppmerksomhet. Hun som er så ressurssterk, må ta seg sammen og slutte med det tullet. Hun forsøker å unngå kontakt med helsevesenet,

men det blir mange turer inn og ut av akuttavdelinger. Hun får tilbud om korte behandlingsforløp ved DPS uten ønsket effekt. Når hun kommer til Traumepoliklinikken, har hun hatt mange år i behandling.

Mistillit

Utviklingstraumer forstyrrer evnen til å gå inn i en tillitsfull relasjon (Fisher, 2014; Herman, 2001; van der Kolk, 2014). Relasjonelle forventninger kan være at psykologen ikke kan eller vil hjelpe. Å bli stilt spørsmål, eller få et vennlig blikk, kan aktivere usikkerhet og redsel for å gjøre feil. Tilstrekkelig traumekunnskap bidrar til at terapeuten kan tilrettelegge terapisisuasjonen fra første møte. Forståelse gjenspeiles i språket, spørsmålene og hvordan de stilles. Terapeuten er åpen, rolig og vennlig, og tar aktivt ansvar for samtalen. Hvis pasienten i første time unngår blikkontakt og svarer «vet ikke» på alle spørsmål, kan terapeuten si: *Det er ikke så rart at det er vanskelig å komme hit og snakke. Vi kjenner ikke hverandre ennå. Tillat deg å bruke tid, se meg litt an, og sjekk ut om jeg er en du kan tenke deg å snakke med.* Den grunnleggende holdningen er å møte det som kommer fram, med forståelse, nysgjerrighet, respekt og aksept (Ogden & Fisher, 2015).

Begreper

Utviklingstraumer eller *komplekse traumer* brukes om gjentatte og alvorlige barndomstraumer som emosjonell neglekt, psykiske, fysiske og seksuelle overgrep (Courtois & Ford, 2009; van der Kolk, 2014).

Komplekse traumelidelser henviser til et spekter av traumerelaterte lidelser, fra kompleks PTSD til den mest alvorlige diagnosen dissosiativ identitetslidelse (DID).

Kompleks dissosiativ lidelse (KDL) inkluderer diagnosene F44.81 dissosiativ identitetslidelse (DID) og annen spesifisert dissosiativ lidelse i ICD-10. Sistnevnte brukes når ikke hele klusteret av dissosiative symptomer er oppfylt (se Steele et al., 2017, for utredning av KDL).

Det tar 5–12 år før kompleks dissosiativ lidelse diagnostiseres (Spiegel et al., 2011), og i gjennomsnitt er fem andre diagnoser satt først (Brand et al., 2009).

Epidemiologiske prevalensstudier på DID antyder prevalens i psykiatrisk populasjon på 5 % (Sar, 2011).

Det er faglige kontroverser rundt DID: Eksisterer DID-diagnosen? Har splittelsen av selvet opphav i tilpasning til traumatisk oppvekst, eller er det heller et resultat av terapi? (Dalenberg et al., 2012).

Det er ulike synspunkter om traumebehandling. Traumebearbeiding dreier seg ofte om eksponering av «de tidligste og de verste» traumeminnene. Nødvendigheten av ferdighetstrening og gradvis eksponering diskuteres (Rydberg, 2017). Eksponeringsmetoder har drop-out på 49,4 % (Doran & Deviva, 2018), noe som innebærer at mange pasienter ikke «passer inn».

Teorien om strukturell dissosiasjon

Ifølge teorien antar man at dissosiative lidelser befinner seg langs et spekter av kompleksitet. Det uløselige dilemmaet barn opplever når omsorgspersonen som skal representere trygghet, samtidig utgjør en trussel, vil befestes i nervesystemets og hjernens utvikling. Det gir grunnlag

for en splittelse av selvet, der en eller flere deler husker hverdagen og andre deler husker traumeerfaringene (van der Hart et al., 2006; Schore, 2006).

Evnen til å dele opp i separate verdener hjelper barnet å opprettholde tilknytning til omsorgspersonene.

Personen vil ikke fungere som en integrert helhet, men være preget av indre konflikt mellom deler med ulike behov. Sårbare deler henviser til selvtilstander som er fastlåst i barnets umøtte behov og ubearbeidede forsvarsreaksjoner som flukt, frys og underkastelse, mens sterke deler henviser til selvtilstander som er fastlåst i kampforsvar.

Dissosiative deler kjennetegnes av en egen agens med unik forståelse av seg selv, andre og verden (van der Hart et al., 2006). Hvor avspaltet deler er, kan variere fra opplevelsen «det er meg, men det føles ikke sånn», til å kjennes helt fremmed; «det er ikke meg.»

Det er anbefalt å basere traumebehandling på en samarbeidsmodell, der terapeuten har en aktiv rolle i å lære pasienten nye ferdigheter, og der målet er å øke den integrerende kapasiteten (Nijenhuis, 2017; Steele et al., 2017).

Reorientering til trygghet

Siden relasjonen trigger, flyttes fokus til å orientere seg i rommet via de ulike sansene. Terapeuten kan si: *Hvordan er det å sitte slik vi sitter nå?* Pasient: *Jeg føler meg så dum når jeg ikke klarer å svare på spørsmålene. Jeg blir så redd.* Terapeut: *Det er mange som synes det er ubehagelig å sitte slik og se rett på meg. Om du vil, kan vi dra stolene litt lenger fra hverandre og legge merke til om det gjør noen forskjell for deg? Blir du roligere eller mer urolig?*

Å føle seg trygg er assosiert med en fysiologisk tilstand regulert av det autonome nervesystemet (Porges, 2011). Terapeuten inviterer til små eksperimenter for å regulere kroppslig aktivering (Ogden, 2015): *Vil du prøve å bevege bena litt, minne deg om at du kan gå om du vil. Bruk litt tid og se om du blir mer eller mindre til stede?*

Ogden og Fisher (2015) vektlegger at det alltid er gode grunner til et symptom. Å unngå blikkontakt kan være et forsøk på å holde seg trygg for barn som lever i vold. Vansker med å snakke kan være fysiologisk betinget. Terapeuten kan si: *Hvordan kan det ha hjulpet deg til å overleve?* Pasient: *Det føles farlig, jeg blir så redd for straff.* Terapeuten kan forklare at traumeerfaringer huskes som følelser, sans- og kroppsminner: *Det er ikke så rart at kroppen låser seg når du husker vonde ting. Så viktig at vi fikk tak i det, det er noe vi kan finne mer ut av sammen.*

Terapeuten ber om tilbakemelding for å justere tilnærming: *Hvordan ble timen for deg? Hva ble viktigst i dag?* Pasient: *Jeg er litt roligere nå. Jeg følte meg litt mindre gal da du sa det er vanlig å være redd når man møter en ny man ikke kjenner.*

Trygg nok base

Først når relasjonen blir trygg nok, er nysgjerrighet, refleksjon og læring mulig. Terapeuten undersøker hvordan terapirommet kan bli trygt, og hvordan trygghet kjennes i kroppen. Pasienten oppfordres til å prøve ut det nye mellom timene, for så å komme tilbake og reflektere over det. Tillit utvikles kun gjennom erfaring.

Det vil være en prosess før relasjonen er en trygg base. Pasienten kan streve med å tro på erfaringer der negative forventninger ikke bekreftes. Fonagy kaller det epistemisk mistillit (2015). Det vil ta tid før gode relasjonelle erfaringer tas inn. Å bli møtt med aksept for utryggheten, uten

krav om å endre den, bygger opp tillit. *Det er ok å komme hit selv om du er utrygg eller skeptisk.* Små mestringserfaringer eller «act of triumph» (van der Hart et al., 2006) fremmer endring.

Fobi mot indre liv

Unngåelse starter som tilpasning til en traumatisk oppvekst, men blir integrert i personlighetsstrukturen som evne til å koble fra kropp og følelser (Knipe, 2015). Utviklingstraumer er assosiert med manglende evne til å gjenkjenne, uttrykke og ha språk for indre opplevelser (Fisher, 2014). Når invitasjonen til terapeutisk arbeid kommer, vet ikke alltid pasienten hvordan de skal gjøre det. Terapeuten legger til rette for samarbeid, så pasienten kan lære å få kontakt med og beskrive indre opplevelser. Terapeuten blir en organiserende og regulerende annen (Steele et al., 2017).

Å legge merke til

Å miste opplevelsen av tid og sted er beskyttende når den traumatiske hendelsen pågår (Frewen & Lanius, 2015), men forstyrrer når det blir en automatisert måte å være i verden på. Kapasiteten til å legge merke til tidlige tegn på å koble fra øves opp i terapien. Terapeuten gir rasjonale for hvorfor det er nødvendig: *Du kan ikke endre noe du unngår.* Terapeuten bremser tempo for å undersøke det som skjer, og for å skape rom for refleksjon. Når pasienten får til å beskrive om synet blir tåkete, eller at bena blir numne, forutsetter det tilstedeværelse og vil være regulerende.

Terapeuten anerkjenner unngåelsen, som drives av frykt for å bli overveldet (Knipe, 2015): *Se for deg en skala fra 0 til 10. Hvor mye vil du ikke tenke på det?* Pasient: (ler) *Tror jeg er på 20, men jeg vil jo gjerne bli bedre også.* Terapeut: *Hva kan være gode grunner til å unngå?* Pasient: *Jeg havner helt tilbake ... det er så vondt.* Terapeut: *Jeg ser pusten stopper opp nå. Det er ikke rart du vil unngå når traumeminnene tar overhånd. Det er viktig å kommunisere innover at det vonde er over. Du skal ikke tilbake. Se deg rundt og minn deg om at du er akkurat her, akkurat nå med meg i terapirommet.*

Terapeuten fokuserer på å styrke evnen til dobbel oppmerksomhet (Knipe, 2015): å være til stede i rommet med terapeuten, og samtidig ta kontakt med det i seg som sitter fast i traumatisk fortid.

Unngåelsens funksjon

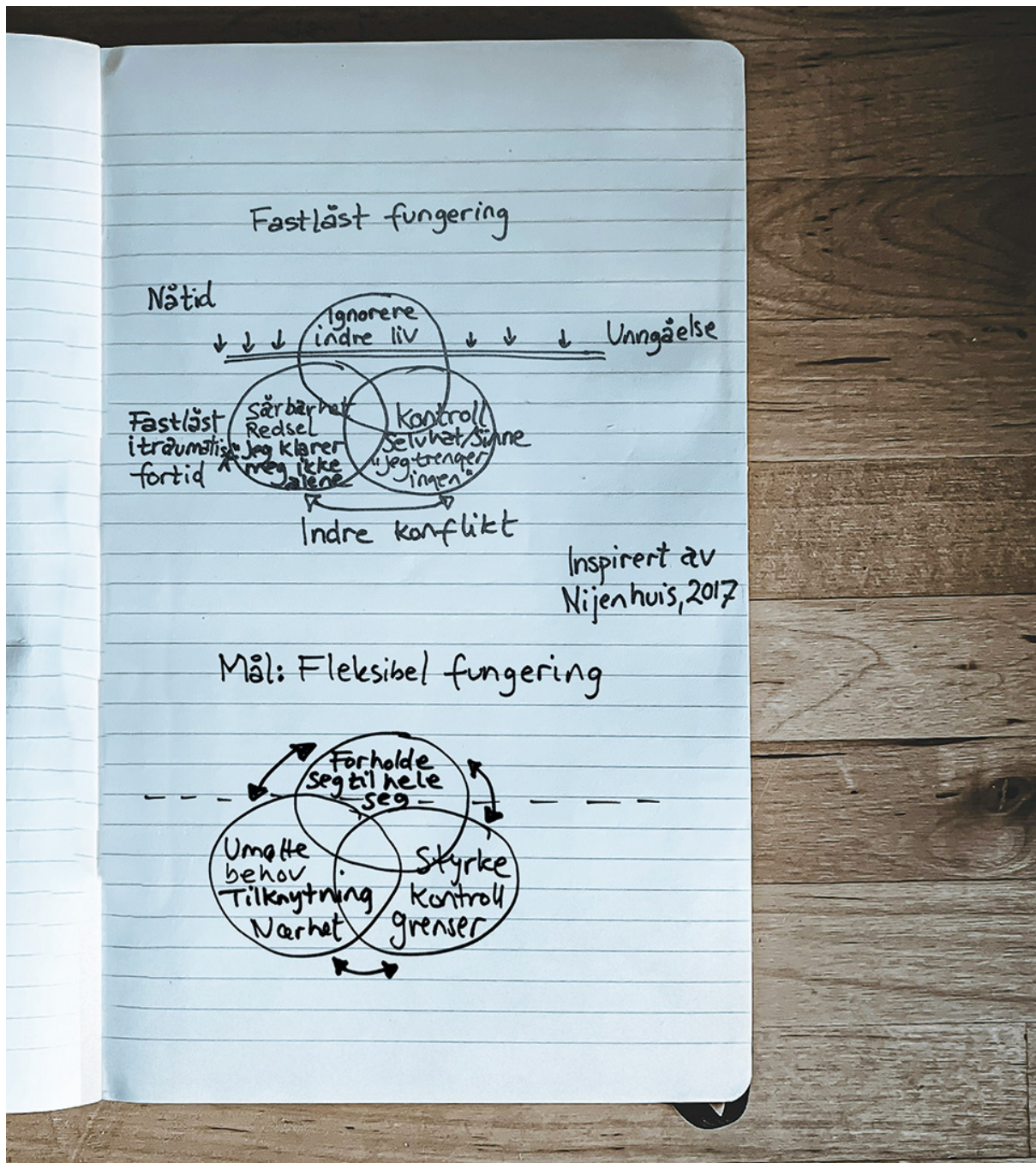
Unngåelse kan komme til uttrykk på alle tenkelige måter og skaper forvirring. Terapeuten har ansvar for å holde fokus og ikke bli med inn i unngåelsen. Terapeuten er nysgjerrig på hvordan og hva pasienten unngår. For eksempel kan det være å snakke mye uten kontakt med følelser, eller å veksle mellom tilstander – fra *jeg har ingen traumer* til total overveldelse i kriser. Terapeuten ser etter mønstre, sammenhenger og danner hypoteser som deles med pasienten. Bevisstgjøring av hvordan ytre hendelser påvirker indre opplevelser, er nødvendig. Å fortsette å ignorere det indre bidrar til at følelser og traumeminner forblir fastlåste og uregulerte. Ofte handler unngåelse om å ikke ta inn betydningen av traumehistorien, som er knyttet til redsel for å gå til grunne. Terapeuten har ansvar for å finne en trygg vei.

Gradvis eksponering

Arbeid med unngåelse innebærer å styrke kapasiteten til å forholde seg innover. Pasienten må erfare at det finnes alternativer til å holde alt unna. Det er nødvendig å øve på pendulering (Steele et al., 2017): å gå til og gå fra – nærme seg et minne eller en traumerelatert følelse, for så å flytte fokus til å være til stede med terapeuten (Knipe, 2015). Dosering er viktig for mestringen: *Er du villig til å gå til det vonde i noen sekunder (5–8 sekunder)?* Pasienten lærer å legge merke til grad av orientering: fra helt til stede

i nåtid, til helt tilbake i gjenopplevelse (Knipe, 2015). Når pasienten erfarer å hente seg inn, blir det lettere å møte smerte. Det blir en gradvis eksponering, som er en balansekunst.

Unngåelsesforsvar kan «holdes» av noe i personen (Knipe, 2015). Veksling til en selvtilstand som ikke husker eller ikke kjenner smerte, er adaptivt i en traumatisk kontekst, men forstyrrer det terapeutiske utbyttet. Terapeuten etterspør om det terapeutiske arbeidet blir med pasienten inn i hverdagen: *Hvordan gikk det å øve på å roe redsel hjemme?* Pasient: (ler) *Jeg husker ikke sist time, jeg er visst litt dement, jeg har ikke tenkt mer på det.*



Tegning som brukes med pasienten i timen, for å bli kjent med den indre verden og undersøke indre dynamikk. Inspirert av Nijenhuis, 2017 og gjengitt med tillatelse.

Et fragmentert selv

En dissosiativ lidelse synes ikke på utsiden. Det blir en hindring fordi hverken pasient eller terapeut gjenkjenner splittelsen av selvet (Brand et al., 2022). Hvordan kan terapeuten fange det opp i terapirommet? Terapeuten kan lytte etter symptomer på deling av selvet. Veksling i framtoning og behov er forvirrende for begge parter, men når det blir tydelig, kan det undersøkes.

Et språk for den indre verden

Utviklingstraumer rammer opplevelsen av å være et sammenhengende, helt og integrert menneske (Steele et al., 2017). Vanlige spørsmål som «vil du / er du ...?» er krevende å besvare hvis innsiden føles kaotisk og fragmentert. Svar vil variere etter selvtilstanden som er framme i øyeblikket. For å kunne utforske og speile motsetninger må språket tilpasses, og vi kan bruke delspråk (Fisher, 2017; Schwartz, 1995). Terapeuten kan si: *Så noe i deg vil fortelle om overgrepene, mens noe annet i deg stopper ordene?* Et annet terapeutisk grep er å snakke til personen som et system (van der Hart et al., 2006): *Det er viktig at hele deg lytter. Kroppen er voksen, du bestemmer selv. La hele deg se ut av øynene dine og erfare at du er akkurat her – akkurat nå. Rommet er lyst og fredelig.*

Terapeuten åpner for å bli kjent med de ulike selvtilstandene, samtidig som personen ses som en helhet, med indre konflikt og multiple virkeligheter som ennå ikke er eid og realisert (Kluft, i Steele et al., 2017).

Hvem i deg skal ta ansvar?

Et traumatisert selv kan forstås som et system der mangel på kontakt mellom ulike «meg» skaper diskontinuitet. Pasienten kan gjøre viktige erkennelser i en time, men være uten tilgang i neste. Pasient: *Når jeg er hjemme, blir du (terapeuten) borte for meg og også det jeg lærer her. En annen bevissthetsstrøm tar over, og jeg mister oversikt.* Pasienten opplever at «det bare skjer». Terapeuten prøver å styrke en selvtilstand som kan reflektere rundt skift i tilstand og ta ansvar for hele seg (Frewen & Lanius, 2015): *Hvem i deg gjør hva og av hvilken grunn?* (Nijenhuis, 2017). Hensikten er å fremme evnen til å forholde seg til det indre, forstå mer av hele seg og øke kontakt og fleksibilitet mellom selvtilstander. Traumebehandling innebærer å dele ny informasjon i hele systemet.

En helende indre dialog

Et terapeutisk mål er å øke evnen til å være en klok voksen for hele seg. De ulike selvtilstandene trenger å bli sett, hørt og forstått og erfare at traumatisk fortid er over. Indre dialog basert på respekt og aksept mellom «meg i nåtid» og «meg i fortid» er essensielt for å mykne fastlåst indre konflikt.

Triggere i hverdagen utløser et skred av traumereaksjoner, som ofte bidrar til at pasienten kapitulerer: *Jeg er hva jeg føler.* Selvopplevelse forutsetter affektregulering (Fisher, 2014). Et terapeutisk grep er å anta at sterke reaksjoner er kommunikasjon fra en del (Fisher, 2017). Når pasienten føler seg redd hele tiden, øves det på å skille følelse fra person.

Terapeuten kan si: *Kan du ta kontakt med redselen samtidig som du skaper litt avstand ved å minne deg om at du er voksen her med meg? Hva legger du merke til?* Pasient: *Jeg kjenner hjertebank.* Terapeut: *Kan du spørre om noe i deg vet hva det handler om?* Pasient: *Jeg får et bilde av en liten, kald og redd jente som ligger alene.* Terapeut: *Kan du spørre hva hun er redd for?* Pasient: *At noe fælt skal skje.* Terapeut: *Hva trenger hun å høre?* Pasient: *Jeg vet ikke.* Terapeut: *Hva får du lyst til å gjøre?* Pasient: *Barn skal ikke ha det sånn.* Terapeut: *Kan du si det til henne? At du ser at hun har det vondt. Nå er hun ikke lenger alene. Hvordan reagerer hun?* Pasient: *Hun er ikke vant til at noen forstår. Hun ser roligere ut.*

Pasienten lærer seg å legge merke til og reflektere rundt opplevelsen heller enn å bli ett med den: *Hva trenger et redd barn?* Når kapasiteten til å forholde seg til seg selv med respekt og aksept er styrket, kan det blandes sammen igjen: *Spør redselen i deg om å dele litt av følelsen, ikke alt på en gang, slik at den voksne deg kan ta det imot uten å bli overveldet.*

Gradvis kan pasienten eie mer av egne opplevelser, anerkjenne det som skjedde, plassere det i tid og møte det empatisk: *Den lille er meg, det skjedde med meg, men det er over nå. Et lite barn kan ikke forsvare seg.* Dette er veien mot å bli mer integrert.

Terapeut for helheten

Terapeuten holder helheten oppe og etterspør og anerkjenner motstridende reaksjoner på det som skjer. Terapeuten tar ikke side i pasientens indre konflikt. Det er en grunn til at alt er der. Terapeuten spør: *Hvordan ble det for deg at jeg måtte avlyse timen sist?* Pasient: *Det gikk fint.* Terapeut: *La du merke til noe mer?* Pasient: *Det ble litt bråk på innsiden, noe i meg tenkte at nå gir hun oss opp også. Den stemmen som alltid er der, sa at det var det jeg visste, hun er ikke til å stole på.*

Terapeutisk arbeid med en del påvirker andre deler i systemet. Håp og framgang i terapi kan aktivere destruktive overlevelsesmekanismer. Endring kan oppleves uforutsigbart og trigge en følelse av å miste kontroll. Gode erfaringer kan gi paradoksal effekt.

Sterke deler

Terapi aktiverer indre konflikt mellom sårbarhet og kontroll, og mellom avhengighet og selvstendighet. Å be om hjelp vekker redsel, skam, sinne og selvhat. Etter en god time kan det komme fram at pasienten har selvskadet. Bidrar terapien til forverring?

Steele et al. (2017) minner om at den indre dynamikken blir til i et barnesinn: «This predator of the interior is not at all what it seems. A closer look reveals an embodied survival guide written by a child ...» (s. 344). Kunnskap om overlevelsesmekanismer kan gi terapeuten økt trygghet til å undersøke destruktive krefter og indre konflikt. Terapeuten kan si: *Det virker som noe i deg jobber for å få det bedre, samtidig som noe i deg ikke tillater det?* Pasient: *Det blir så sterke reaksjoner etter timen. Hvis jeg får litt håp her, så kommer det straff etterpå. Jeg husker jeg gikk for å hente et glass vann, og så kom jeg til meg selv i en blodpøl på gulvet.*

Hull i hukommelse og skift i tilstand er skremmende og opprettholder unngåelse. Terapeutens fokus blir å undersøke grunner til at pasienten reagerer destruktivt på positiv endring. Pasient: *Ja, håp blir slått hardt ned på, det gjør det verre, det er bedre å være forberedt på at livet er dritt.* Terapeut: *Det gir mening at noe i deg prøvde å holde håpet vekk for å beskytte deg.*

Nok smerte

For barn som vokser opp med frykt og ydmykkelser som «jeg skulle ønske du aldri var født», er det å bli hard en tilpasning. Det er bedre å ikke fortjene kjærlighet enn å bli overveldet av lengsel. Motstanden mot selvomsorg er massiv – en luksus som ikke kan tillates når livet er farlig.

Deling av selvet skjer når barnet overveldes som verst. Noen deler husker redselen, andre deler vil beskytte en fra smerten. For å kjenne kontroll har sterke deler ikke tatt inn at de var maktesløse under overgrep. Det opprettholdes av en illusjon om at deler ikke har samme kropp (Steele et al., 2017).

Pasienten blir fastlåst i en repeterende sirkel av indre smerte, hvor sterke deler fortsetter å utsette sårbare deler for kritikk, straff og overgrep. Det undergraver et terapeutisk prosjekt. Terapeuten må gjenkjenne og stoppe destruktiv indre dynamikk (Brand et al., 2022; Steele et al., 2017). Selvomsorg er

kanskje ikke nødvendig for å overleve, men må læres for å få det bedre. Nye ferdigheter krever øvelse og repetisjoner.

Allianse med det sterke

Terapeuten inviterer sterke deler inn i terapirommet så tidlig som mulig i forløpet for å få dem i tale. Målet er å skape allianse med hele pasienten. En fallgrube er at terapeuten ikke fanger opp sterke delers påvirkning. Selv om pasienten uttrykker takknemlighet for relasjonen, kan sterke deler oppfatte terapeuten som en mulig fare, mistro intensjoner og lete etter tegn på svik. Det som virker bra, kan snu til noe dårlig.

Sterke deler har fobi mot svakhet. Terapeuten toner seg inn og matcher deres energinivå. Holdningen er vennlig og bestemt, stemmen er klar og tydelig. En for varm og omsorgsfull stemme vil aktivere mistillit og avsky.

Sterke deler er et ekko av overgriperen og har lært å bruke makt, kontroll, ydmykelse som strategier. I det indre systemet er de fryktet og blitt unngått, og de har selv en grunnleggende frykt for å ikke være ønsket og at terapeuten vil ha dem vekk. Når terapeuten viser empati for sterke deler og tilbyr mening og ny informasjon, kan fobien minske (Steele et al., 2017).

Overlevelsesfunksjon

Terapeuten prøver å forstå den traumerelaterte logikken bak destruktiv atferd. Basert på et føre-var-prinsipp kan det å skade kroppen ha en beskyttende funksjon og være en beskjed om å være på vakt og sørge for at ingenting fortelles. Når pasienten forstår at det er en overlevelsesstrategi, ikke ondskap, kan det bli lettere å gå det sterke i seg i møte.

Pasient: *Du sier vi skal bli kjent med det sterke i meg og at jeg ikke skal være så redd. Men hvorfor er de så slemme? Alt det stygge de sier. Hvis jeg slipper dem til, så tar de helt over.* Terapeut: *Hvordan lærte de å snakke sånn? Hva tror du de prøver å få til?*

Et sentralt prinsipp er å be sterke deler om tillatelse til å prøve noe nytt og forhandle om trygge måter å jobbe i terapi på (Steele et al., 2017). Som et alternativ til destruktiv atferd kan det avtales stopptegn for å ha kontroll.

En fleksibel fungering

Det er viktig å avklare terapeutiske mål som helheten kan enes om. Terapeuten kan forklare at terapi ikke gjør personen svak, men bidrar til økt kontroll i hverdagen. Det er betydningsfullt når sterke deler som holder evnen til å si ifra og sette grenser, blir en støtte inn i terapien. Da kan man gå fra en fryktbasert, reaktiv og rigid selvorganisering til en mer fleksibel, nyansert og stabil selvorganisering (Fisher, 2014). Økt tilgang til hele seg gjør det mulig å lytte og ta hensyn til ulike behov, som bidrar til mindre skift i tilstand og mer kontroll. Et indre samarbeid i hverdagen fremmes. Pasient: *Det som hjalp, var at du forsto at jeg var flere.*

Traumatisk overføring–motoverføring

I traumebehandling kan overføring og motoverføring få en liv-død-kvalitet (Herman, 2001). Pasienten går inn i alle relasjoner drevet av frykt. Indre arbeidsmodeller fra en traumatisk oppvekst preger terapirelasjonen fra første møte. Mye handler om å holde terapeuten under kontroll. Relasjonen kan oppleves triadisk, og den farges av nærværet av en overgriper som ser og hører alt (Herman, 2001).

Terapeutens evne til å kontinuerlig reflektere rundt motoverføringer er avgjørende

Traumatisk motoverføring (Herman, 2001) oppstår når terapeuten føler samme redsel, makteløshet eller behov for å unngå som pasienten. Modeller kan hjelpe å sortere i kaos. Herman beskriver fire posisjoner som pasient og terapeut kan oppleve at en selv og den andre er i: uinvolvert vitne, offer, overgriper eller reddende engel.

Det er vanlig at terapeuten får behov for å bagatellisere og beskytte seg. Traumehistorien er dramatisk og ikke til å tro. Har det virkelig skjedd? Eller terapeuten kan bli strengere enn vanlig og ubevisst ta posisjonen til overgriper, for eksempel kjenne impuls til å si: «Ta deg sammen.» Terapeuten kan oppleve seg som et offer, hvor det føles uutholdelig å lytte til pasientens traumehistorie, og miste troen på at det går an å gjøre noe. En annen gjenkjennelig posisjon er å gjøre mer og mer uten at det er nok, og føle seg eller bli betraktet som den eneste som kan hjelpe.

Fallgruvene er mange. Terapeuten kan alliere seg med noen selvtilstander på bekostning av andre. Arbeidspress kan gjøre det fristende å foretrekke selvtilstander med lite kontakt innover, som tidlig lærte å skjule smerten. Pasienten kan ha lært å underkaste seg eller opptre forførerisk for å bli likt. Det er lettere å gå barnlige behov i møte enn å nærme seg destruktive krefter. Men hvis terapeuten kun ser sårbarhet, og kanskje blir overinvolvert, vil det få motsvar. Økt destruktiv atferd kan være tegn på at terapeuten har mistet helheten av syne.

Terapeutens selvregulering

I møte med hindringene vil reaksjoner som utilstrekkelighet, forvirring, irritasjon eller fordømmelse dukke opp. Ubearbeidet kan det føre til at ansvaret skyves over på pasienten. Prematur avslutning blir et nytt lag som forsterker traumerelaterte mønstre: *Jeg fortjener ikke å få det bedre.*

Terapeutens evne til å kontinuerlig reflektere rundt motoverføringer er avgjørende (Steele et al., 2017). Også terapeuten kan få kroppslige reaksjoner som tåkesyn og vansker med å tenke klart. Når terapeuten er forberedt på å møte motstridende overføringer, er det lettere å være fri og stå stødig i prosessen. Pasienten vil veksle mellom å oppleve terapeuten som støtte og å oppleve at ansiktet til terapeuten sammenblandes med overgriperens. Traumatiske relasjonsforventninger leveres ut i terapirelasjonen og må gjenkjennes for å bli forstått. Da blir reparasjon og korrigerende erfaringer mulig. Å være i relasjon og bli verdsatt for den man er uten å bli misbrukt eller utnyttet, blir en ny erfaring.

Ikke stå alene

Det er vanlig at terapeuten får behov for å bagatellisere og beskytte seg

Terapeuten må opprettholde et overordnet blikk på prosessen: *Hva skjer her nå? Hva tilhører meg, og hva tilhører den andre? Hvem blir jeg for pasienten nå?* Terapeuter har «blinde flekker» til egne motoverføringer, og gjenkjenner ikke når pasienten blir dårligere (Flor, 2019). Det kreves tid og rom til veiledning for å forstå pasientens motsetningsfylte indre. Terapeuten bør ha et bevisst forhold til egne intervensjoner, tørre å dele feil og være nysgjerrig på hvordan situasjonen kan håndteres bedre neste time (Miller et al., 2020). Terapeuten har ansvar for å finne ressurser for å holde seg åpen, reflektert

og til stede. Det er grunnlaget for å få til et godt terapeutisk samarbeid med håp, humor, kreativitet og utvikling.

Anbefalt lesning

Brand, B. L., Schielke, J. H., Schiavone F. & Lanius R. A. (2022). *Finding solid ground.*

Overcoming obstacles in trauma treatment. Oxford University Press.

Fisher, J. (2017). *Healing the fragmented selves of trauma survivors. Overcoming internal self-alienation.* Routledge.

Steele, K., Boon, S. & van der Hart, O. (2017). *Treating traumarelated dissociation. A practical, integrative approach.* W.W. Norton & Company.

Oppsummering

Det er ubehagelig å innse at mange barn vokser opp under skadelige forhold. Terapeuten kan beskytte seg bak holdninger som «dissosiativ lidelse eksisterer ikke» eller «dette er for komplekst, så det jobber ikke jeg med». Det er ulike oppfatninger om hva som virker og ikke virker (Brand et al., 2009, 2022). Kontroverser og myter kan bidra negativt inn i et terapiforløp, og å bli møtt med mistro om diagnosen eller symptomene man søker hjelp for, vil bidra til forverring.

Retningslinjer for forståelse og behandling av komplekse dissosiative lidelser er basert på tilgjengelig forskning og klinisk konsensus blant eksperter på DID (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011). Behandling som tar utgangspunkt i disse prinsippene, viser lovende resultater. Det er få behandlingsstudier på komplekse dissosiative lidelser. I 2015 startet Traumepoliklinikken et prosjekt om behandlingseffekt, og den første internasjonale RCT-studien herfra (Bækkelund et al., 2022) fant bedring i funksjon, men ikke symptomendring etter 20 ukers gruppebehandling. Dybdeintervjuer fra studien analyseres nå kvalitativt for å forstå pasientenes opplevelse av gruppebehandling og endring (Holbæk, under utarbeidelse 2022–2025). Pasientene har rapportert at de følte seg mer sammenhengende og bedre i stand til å påvirke egen situasjon og forholde seg til seg selv (Holbæk, 2024). Dette tydeliggjør behovet for å finne flere måter å måle endring i behandlingsforløpene på.

Jeg ønsker å inspirere andre til å se hindringene som en forventet og meningsfull del av prosessen. Hindringene framtrer ikke som de er presentert her, en etter en. Alle er der på en gang. Når terapeuten har oversikt, gjenkjenner og holder fokus på fastlåst indre dynamikk, vil det åpne for pasientens ressurser. Det er gjennom arbeid med hindringene at heling kan skje. Utviklingstraumer er dypt forankret i hjerne, nervesystem og i organiseringen av personligheten, og det finnes ingen enkle løsninger. Traumebehandling handler om reorganisering av selvet: fra å være tilpasset en traumatisk oppvekst til orientere seg mot trygghet, fleksibilitet og mer sammenheng.

Merknad. De kliniske eksemplene er fiktive og ment å vise hvordan terapeuten kan forholde seg til utfordringene som oppstår. Forfatteren oppgir ingen interessekonflikter.

Referanser

Brand, B.L., Classen, C.C., McNary, S.W. & Zaveri, P. (2009). A Review of Dissociative Disorders Treatment Studies. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 197(9), 646–654. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181b3afaa>

- Brand, B.L., Schielke, J.H., Schiavone, F. & Lanius, R.A. (2022). *Finding solid ground. Overcoming obstacles in trauma treatment*. Oxford University Press.
- Bækkelund, H., Ulvenes, P., Boon-Langelaan, S. & Arnevik, E.A. (2022). Group treatment for complex dissociative disorders: A randomized clinical trial. *BMC Psychiatry*, 22(1), 338. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03970-8>
- Courtois, C. A & Ford, J.D. (Red.). (2009). *Treating complex traumatic stress disorders. An evidence-based guide*. Guilford Press.
- Dalenberg, C.J., Brand, B.L., Gleaves, D.H., Dorahy, M.J., Loewenstein, R.J., Cardeña, E. & Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin*, 138(3), 550–588. <https://doi.org/10.1037/a0027447>
- Doran, J.M. & Deviva, J. (2018). A naturalistic evaluation of evidence-based treatments for veterans with PTSD. *Traumatology*, 24(3), 157–167. <https://doi.org/10.1037/trm0000140>
- Fisher, J. (2017). *Healing the fragmented selves of trauma survivors. Overcoming internal self-alienation*. Routledge.
- Fisher, S.F. (2014). *Neurofeedback in the treatment of developmental trauma. Calming the fear-driven brain*. W.W. Norton & Company.
- Flor, J.A. & Ottesen Kennair, L.E. (2019). *Skadelige samtaler – myten om bivirkningsfri terapi*. Tiden.
- Fonagy, P., Luyten, P. & Allison, E. (2015). Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: A new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. *Journal of Personality Disorders*, 29(5), 575–609. <https://doi.org/10.1521/pedi.2015.29.5.575>
- Frewen, P. & Lanius, R. (2015). *Healing the traumatized self. Consciousness, neuroscience, treatment*. W.W. Norton & Company.
- Herman, J.L. (2001). *Trauma and Recovery. From domestic abuse to political terror*. Pandora Rivers Oram Press.
- Holbæk, I., Vrabel, K. & Halvorsen, M.S. (2024). «Now there are fewer of me». A qualitative study of the impact of psychoeducative groups for complex dissociative disorders. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 8(1). <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2024.100390>
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation. (2011). Guidelines for Treating Dissociative Identity Disorder in Adults, Third Revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(2), 115–187. <https://doi.org/10.1080/15299732.2011.537247>
- Knipe, J. (2015). *EMDR Toolbox. Theory and Treatment of Complex PTSD and Dissociation*. Springer Publishing Company.
- Miller, S.D., Hubble, M.A. & Chow, D. (2020). *Better results: Using Deliberate Practice to Improve Therapeutic effectiveness*. American Psychological Association.
- Nijenhuis, E.R. (2017). *The Trinity of Trauma: Ignorance, fragility and control. Volume III. Enactive Trauma Therapy*. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.
- Ogden, P. & Fisher, J. (2015). *Sensorimotor psychotherapy. Interventions for trauma and attachment*. W.W. Norton & Company.
- Porges, S.W. (2011). *The polyvagal theory. Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication and self-regulation*. W.W. Norton.
- Rydberg, J.A. (2017). Research and clinical issues in trauma and dissociation: Ethical and logical fallacies, myths, misreports, and misrepresentations. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 1(2), 89–99. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2017.03.011>
- Sar, V. (2011). Epidemiology of Dissociative Disorders: An Overview. *Epidemiology Research International*, 2011, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2011/404538>

- Schore, A.N. (2010). Relational trauma and the developing right brain. The neurobiology of broken attachment bonds. I T. Bardon (Red.), *Relational trauma in infancy: psychoanalytic and neuropsychological contributions to parent-infant attachment*. Routledge.
- Schwartz, R.C. (1995). *Internal Family System Therapy*. Guilford Press.
- Spiegel, D., Loewenstein, R.J., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., Cardena, E. & Dell, P.F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 824–852. <https://doi.org/10.1002/da.20874>
- Steele, K., Boon, S. & van der Hart, O. (2017). *Treating traumarelated dissociation. A practical, integrative approach*. W.W. Norton & Company.
- Steine, I.M., Winje, D., Krystal, J.H., Bjorvatn, B., Milde, A.M., Grønli, J., Nordhus, I.H. & Pallesen, S. (2017). Cumulative childhood maltreatment and its dose-response relation with adult symptomatology: Findings in a sample of adult survivors of sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 65, 99–111. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.008>
- van der Hart, O., Nijenhuis, E.R. S. & Steele, K. (2006). *The haunted self. Structural dissociation and the Treatment of chronic Traumatization*. W.W. Norton & Company.
- van der Kolk, B. (2014). *The Body keeps the score. Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Penguin Books.

De kliniske eksemplene er fiktive og ment å vise hvordan terapeuten kan forholde seg til utfordringene som oppstår. Forfatteren oppgir ingen interessekonflikter.