

# Smerter fra fortiden

Minner om alvorlige overgrep og vold lever i kroppen i mange år etter hendelsene. Flashbacker i form av kroppslige gjenopplevelser krever en spesiell terapeutisk tilnærming for bearbeidelse.

## TEKST

**Eva Therese Næss**

**PUBLISERT 1. august 2008**

---

I første møte med pasienter som har opplevd alvorlige overgrep, som seksualisert vold og omsorgssvikt, presenteres vi for sterke lidelseshistorier. Disse pasientene plages gjerne av at de gjenopplever hendelsene i form av indre minnebilder og filmer (flashback). Disse minnene plager dem både i søvne og våken tilstand. Noen plages i mange år, og kommer til et punkt hvor de isolerer seg, går på attføring og har et svært begrenset sosialt liv - alt dette for å unngå situasjoner som kan vekke til live de vonde minnene. Det fører etter hvert til depresjoner, sosial angst, søvnproblemer og selvmedisinering. I tillegg til disse velkjente plagene ser vi at pasientene har sterke kroppslige smerter. De har vært inn og ut av sykehus og på legekantorene uten at noe somatisk er påvist. Når smerter uten medisinske årsaker konstateres, er min erfaring at muligheten for *kroppslige* flashbacker må vurderes.

I det videre skal jeg vise hvordan man kan arbeide med slike minnerelaterte kroppssmerter, illustrert ved en pasient jeg arbeidet med under hennes tre måneder lange opphold hos oss på Modum Bad. Lisbeth, som så mange andre pasienter med sterke smerter, måtte først utvikle en toleranse for selve smerten, før vi sammen kunne begynne å bearbeide minnene hennes.

## Enighet om veien

I begynnelsen av oppholdet ønsket Lisbeth å kunne fortelle om sine opplevelser i detalj. Hun ville stikke hull på den store hemmeligheten, men i trygge omgivelser. Gjøres dette prematurt, er vår erfaring at det snarere øker symptomene man ønsker å redusere. Dessuten, hvis vi overfokuserer på historien, vil mange pasienter føle at livet består av lite annet enn vold og overgrep. Den dype tristheten og depresjonen har da lett for å øke, og Lisbeth ble da også tiltagende deprimert, fikk flere minnebilder og større søvnproblemer. I avdelingsmiljøet merket man at hun trakk seg mer og mer inn i seg selv og distanserte seg fra medpasientene.

Lisbeth hadde lidd lenge under smertene og naturlig nok laget seg ulike strategier for å unngå dem. Ikke minst sørget hun for at ingen fikk komme borti henne, da dette ville aktivere smerten på det berørte stedet. Videre unngikk hun sosiale situasjoner av redsel

for å si gale ting. Også denne atferden var knyttet til minner om hvordan hun måtte passe på hvordan hun oppførte seg overfor overgriperen, da feil oppførsel kunne lede til slag og voldtekt. Den psykologiske triggeren disse minnene innbar, utløste i sin tur kroppssmerter på nytt.

Mange klinikere har fortalt meg at de føler seg maktesløse i møtet med symptomer som sterke kroppslige smerter og økt lidelsestrykk i form av hyppige og alvorlige minnebilder, da tradisjonelle samtaletilnærminger (fortelle hva som skjedde eller hva de tenkte og tenker i nåtid) snarere ser ut til å *øke* smerter/minnebilder enn å redusere dem. Samtidig er pasientene så preget av smertene at de ikke klarer å være nok til stede i terapien til å dra nytte av de tereputiske intervensjonene. I senere behandlingsfaser kan derimot en tradisjonell tilnærming ha god effekt. Men først må symptomene (kroppssmerter, minnebilder og sterke følelssvingninger) forstås, tåles og reduseres.

Dessverre blir maktesløsheten ofte håndtert ved å prøve nye og kanskje større doser medisiner. Erfaringen er imidlertid at medisinen ikke har den ønskede effekt (fjerne smertene/reducere minnebilder og mareritt), og man risikerer at pasienten i stedet utvikler avhengighet i tillegg til de plagene han eller hun allerede har. Heldigvis for Lisbeth nektet hun å ta medisiner og nektet å bruke alkohol.

### **Oppmerksomt nærvær i arbeid med kroppen**

Inspirasjonen til denne spesifikke metoden for arbeid med smerter er ulike oppmerksomhetsfokuserede meditasjonsteknikker (oppmerksomt nærvær), ikke minst Vipassana-meditasjonsteknikker, og klinikere som Mark Williams, John Teasdale, Zindel Segal og Jon Kabat-Zinn var bl.a. inspirert av dette i utviklingen av MBCT. I Vipassana-meditasjon trenes man opp til objektivt å observere kroppen fra isse til fotsåle. Teknikken gjør at man kan legge merke til kroppslige fornemmelser uten å feste seg ved dem, men samtidig akseptere at de er til stede, merke seg hvordan de manifesterer seg på huden/muskelen, og hvordan kroppsforfømmelsen både endrer og flytter seg. Når man har registrert en fornemmelse og observert den, endrer man sitt fokus til neste fornemmelse. Hensikten er å ikke sitte fast i en *aversjon* mot smerteopplevelsen/fornemmelsen. Kort sagt handler det altså om å øve seg opp til å bli en oppmerksom, men nøytral observatør som aksepterer enhver fornemmelse (inkludert smerte) som det det er: en kroppslig fornemmelse. I møte med pasienter med sterke minnerelaterte smerter er det nettopp denne holdningen jeg ønsker å inspirere til. Det er når de har øvet seg på å observere smertene med aksept og toleranse, at selve bearbeidelsen av de fryktelige opplevelsene som ligger til grunn for smerten, kan starte. Lisbeth så ut til å være redd smertene sine. Hun passet på at folk ikke ga henne en klem eller tok henne på skuldren. Da kunne hun hyle opp i smerteredsel. I samtalene med meg viste hun en betydelig motstand mot å gå inn i smerteobservasjon *samtidig* som hun var tilsynelatende likegyldig til dem. Motstand som dette merkes godt i den terapeutiske relasjonen. Aktivt terapeutisk arbeid for å redusere motstanden (mot å nærme seg sine kroppslige smerter) kan komme i konflikt med en terapeutisk holdning der man følger pasienten heller enn å få pasienten til å følge terapeuten. I tilfeller der

man merker motstand som dette, er det viktig å ha de terapeutiske endringsmålene i fokus: reduksjon av smertene og mindre unngåelse. Lisbeth hadde i alle år forsøkt å unngå smertene, uten at resultatet ble som hun ønsket. Det var viktig for det videre arbeidet at hun fikk forståelse for det kloke i å endre mestringsstrategiene sine, og denne forståelsen bidro videre til å øke hennes motivasjon til endringsarbeidet. Hun opplevde at jeg ikke var redd for å presse henne til å merke seg smertene, og dette bidro til at hun selv fikk økt pågangsmot.

## **Arbeid med smerter i tre trinn**

Første trinn i behandlingen er å arbeide med motstanden mot smerteobservasjon, andre trinn er å lære selve observasjonen, og tredje trinn er kartlegging av smertens plassering på kroppen. Nedenfor skal jeg eksemplifisere de ulike trinnene.

### **Trinn 1: reduksjon av motstand**

Sentrale elementer i vår tilnærming til pasientens ulike mestringsstrategier (eks. unngåelse og motstand) er å utforske *den gode grunnen* for atferden. Denne tilnærmingen bidrar til å øke pasientens forståelse for sine handlinger, samt redusere eventuell skam og selvklandring. For Lisbeth gjaldt det å utforske den gode grunnen for hennes unngåelse av smertene og hennes motstand mot å nærme seg dem. Som liten jente var det viktig for henne å holde hemmelig det hun ble utsatt for. Allerede før hun fylte 10, hadde hun tatt på seg skylden og ansvaret for å ikke føre familien ut i skam. Hun hadde mange lekekamerater på skolen og var en aktiv jente. Men hjemmefra kom hun med blåmerker og langermet genser. Dersom noen kom borti henne, ville de nylig påførte smertene få henne til å hyle opp, og kameratene ville spørre henne om hva som hadde skjedd. Å bryte denne hemmeligheten ville innebære mer vold og voldtekt. Som jente var hennes viktigste agenda å unngå situasjoner som aktiverte smertene, samt forsøke å ikke forholde seg til dem, da det ville forstyrre henne i aktivitetene med kameratene.

Det var ikke vanskelig å forstå hvorfor hun fortsatt unngikk berøring, eller hvorfor hun var så redd for å nærme seg smertene. For i smertene lå også minnene, så å unngå smertene var å unngå minnene. Hun var derfor ikke bare redd for smertene her og nå, men også for innholdet i de fryktelige minnene. Hvis hun kunne unngå å aktivere minnene, ville hun kanskje klare å sove om kvelden.

En psykoedukativ tilnærming må gi en forståelse for at det er fornuftig å unngå smertene: Vi er programmert til å unngå smerte, det sikrer vår overlevelse. Men for Lisbeth var det samtidig viktig at hun forsto at den smerten hun opplever i nåtid, faktisk *ikke* skjer i nåtid, og at unngåelse derfor er unødvendig. Rett nok resulterer minner om vold i smerteminner her og nå, men dersom hun fortsetter å unngå smerten, vil isolasjon til slutt prege livet hennes så mye at det ikke lenger oppleves meningsfullt. Slik jeg betrakter det, bruker kroppen smertene til å «fortelle» hva den har opplevd. Behandlingsmålet er på sikt å inkludere både kognitive og affektive minner i bearbeidelsen, men først måtte hun lære seg at smertene i dag ikke gir samme resultat

som da hun var barn. I dag vil konsekvensene være ivaretagelse, ikke fordømmelse og vold.

Denne tilnærmingen bidro til at Lisbeth ble motivert til å endre sine mestringsstrategier, uten at hun av den grunn trengte å skjermes over å ha tatt strategiene i bruk. Når hun skjønnte at de nåværende handlingene var en automatisk aktivering av et gammelt mønster, kunne hun begynne å nærme seg smerten med en forsiktig nysgjerrighet.

## **Trinn 2: å lære å observere**

For meg er det viktig å ikke for raskt gi slipp på intervensjonen jeg har valgt, ikke minst for å signalisere at smertene ikke er noe å være redd for. Å observere kroppsforannelser på en objektiv måte må læres. Lisbeth måtte også lære denne evnen. Jeg ønsket altså å uttrykke forståelse for hennes naturlige reaksjon på smertene, samtidig som jeg ønsket å motivere og lære nye ferdigheter. Dette forsøkte jeg ved å uttrykke meg slik:

Jeg vet at du ikke ønsker å gå nærmere inn på smerteopplevelsen akkurat nå, og du har mange vanskelige opplevelser knyttet til den, men vi skal ikke snakke om *hvorfor* smerten er der. La oss i stedet forsøke å beskrive *opplevelsen*, på huden og i muskelen. Når jeg har fått et myggstikk, kjenner jeg kløen veldig intenst. Når jeg beskriver den, kjenner jeg kløen på et lite, avgrenset område. Jeg merker irritasjonen som svie og kribling som varierer i intensitet. Skulle det skje noe annet rundt meg, som at telefonen ringer, er plutselig kløen «borte» mens jeg tar telefonen. Hvis du nå forsøker å trykke tommelen hardt mot pekefingeren, hvordan merkes det i huden? Hvordan vil du beskrive fornemmelsen? [Jeg viser Lisbeth hva jeg mener, og ber henne gjøre øvelsen sammen med meg.] Hvordan merker du bevegelsen med trykket mot fingrene i muskelen i armen generelt? Hvordan merker du at du trykker hardere eller svakere? Hvis du trykker med neglen på pekefingeren mot tommelen, hva er annerledes fra det å trykke uten neglen? Hvis du trykker 30 % hardere, hvordan merker du det? Og hvis du reduserer 20 % hvordan merkes forskjellen?

Å øve seg på å observere nøytrale (og derfor ufarlige) fornemmelser bidrar til at hun lærer teknikken før hun skal anvende den på de mer subjektive farlige fornemmelsene. Spesielt når jeg sier at vi *ikke* skal gå inn i minnene, reduseres redselen. I samtalene holder jeg henne fast i nåtiden, slik at hun erfarer at smertene er *minner* og ikke reelle smerter hun må pleie i dag.

## **Trinn 3: kartlegging av kroppens smertepunkter**

Pasienter som Lisbeth har ofte havnet i et mønster der de vender blikket innover og merker seg de fortidige bildene og filmene med tilhørende følelser og reaksjoner. Her og nå begynner derfor kroppen å reagere som om hendelsene skjer på nytt. Hjernen klarer ikke å skille mellom *minner* og virkelige hendelser, og nervesystemet aktiverer kroppen til kamp, flukt eller frys/underkastelse. For Lisbeth ble fluktresponsen aktivert. For å hjelpe henne ut av denne responsen var det nyttig å få henne til å rette blikket bort fra

sine egne kroppsreaksjoner og minner. Sterke kroppslige reaksjoner er koblet opp mot minner der slike reaksjoner var til stede og betydde fare. Når Lisbeth merket at nervesystemet var i helspenn, ble dette en trigger for minner. Denne mekanismen er selvforsterkende, og hvis den fortsatte uavbrutt, ville den lede til massive minnebilder og forsterke enten fluktpresponsen eller frysresponsen. Å hjelpe henne til å konkretisere smertepunktene er en slik metode for å hjelpe henne til å rette fokus fra sine egne indre reaksjoner.

*Smertens plassering.* Den objektive observasjonen av smertene begynner ved at jeg tegner opp kroppen på et ark. Lisbeth beskriver så hvor på kroppen smertene sitter, og størrelsen av dem. Selv om hun vegret seg, holdt jeg på intervensjonen - for så lenge jeg er klar over min intensjon (å hjelpe Lisbeths psykologiske system til å forstå at volden er over), og så lenge Lisbeth følte seg ivaretatt og møtt, kunne jeg tillate meg å holde på denne tilnærmingen. Men dersom vegringen tiltok og selve intervensjonen hadde økt de kroppslige reaksjonene, måtte jeg ha valgt en annen tilnærming, da jeg ellers ville risikere å retraumatisere henne gjennom å få henne til å gjøre noe hun ikke vil. Og dette ville ha vært en repetering av overgriperens handlemåte og føre til at hun mistet tillit til meg, ja, endog vil se meg som en potensiell overgriper.

*Smertens intensitet.* Jeg ba henne også om å angi på en skala fra 0 til 10 hvor sterk smerten var i nåtid under samtalen. Mens 0 indikerte fravær av smerte, indikerte 10 den verste smerten hun kunne huske å ha hatt. Dette gjentas i senere samtaler og bidrar til at pasienten får tak i variasjonene i smerten. Lisbeth la etter hvert selv merke til at smertene endret seg. Vurderinger av smertens intensitet bidro etter hvert til at hun merket seg at også omgivelsene triggert minner, som igjen aktiverte smerter. Erfaringen med at smerter og minner slik hang sammen, og en forståelse av at det å forholde seg til dem her og nå ikke leder til samme konsekvens som da hun var liten, er i seg selv et viktig element i minnebearbeidelse av den konkrete voldelige erfaringen hun hadde.

*Smertens struktur, avgrensning og bevegelse.* For å hjelpe Lisbeth til å bli enda mer fokusert på observasjonsoppgaven, ba jeg henne beskrive smertene sine i detalj, slik vi tidligere hadde gjort i trinn 1: øvelsen med tommelen og pekefingeren. Jeg ønsket at hun skulle beskrive hvor stor smerten var i omkrets, om den hadde klare og avgrensede kanter. Jeg utforsket om smerten beveget seg, og hvordan hun ville beskrive selve opplevelsen av smerten (om det var en brennende eller stikkende opplevelse). Jeg ønsket en så konkret og detaljert beskrivelse som mulig. Lisbeth hadde lett for å prate om andre ting enn smerten sin under slike øvelser, og kunne også lett begynne å reflektere over andre aspekter ved sine opplevelser, som å fortelle om konkrete minner smertene var et resultat av, eller sine reaksjoner over det hun hadde gjennomlevd. Selv om dette er viktige steg i minnebearbeidelsen, kommer vi tilbake til det på et senere tidspunkt i terapien, men på dette tidspunktet var det viktig at jeg hjalp henne til å holde seg fokusert. Det ble gjort ved at jeg gjentatte ganger ba henne komme tilbake til formålet med oppgaven vi holdt på med, samtidig som jeg anerkjenner at de tankene hun kommer med, er viktige, og at vi skal komme tilbake til dem senere.

Å lære seg å observere smertene på den måten som er beskrevet i trinn 3, er et viktig verktøy som hun kunne anvende også utenom samtalene og i hverdagen etter oppholdet hos oss. Jeg ba henne derfor også mellom timene å stoppe opp og legge merke til styrken på smertene (fra 0 til 10). Når hun tok dette med til samtalene, kunne vi også kartlegge hva i situasjonen og egne tankemønstre som trigget denne typen minner. Denne intervensjonen ga etter hvert Lisbeth en god følelse av kontroll med og forutsigbarhet over smerteopplevelsene.

### **Den nye veien videre**

På slutten av oppholdet merket hun at smertene ble svakere, og med nyvunne evner til å observere dem og skalavurdere smertene merket hun seg at endringene i smerteopplevelsene hang sammen med en forsiktig bearbeidelse av minnene. Dette ga henne håp om et liv der minner, både konkrete smerteminner og affektive/kognitive minner, tilhører fortiden og ikke nåtiden.

Etter hvert som Lisbeth økte sin toleransegrense og nysgjerrighet overfor smertene, begynte tidspunktet for selve bearbeidelsen av de konkrete minnene. En konkret bearbeiding kan først starte når pasienten opplever at hun kan håndtere de ulike sterke følelsene og bildene som kommer opp.

Pasienter med alvorlige traumatiske opplevelser sliter ofte med å leve det voksne livet. Minnene og tilhørende ulike reaksjoner har tatt kontrollen over livet deres, men vårt behandlingsmessige fokus hjelper dem til å ta kontrollen tilbake.

Vi har etter hvert gjort svært gode erfaringer med å arbeide med en kombinasjon av verbale og ikke-verbale terapier. Kroppen *må* med i behandlingen, da kroppen lett blir en fiende som må temmes, i stedet for å være en støttespiller i det terapeutiske lagspillet.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 45, nummer 8, 2008, side 980-982*

#### **TEKST**

**Eva Therese Næss**

KONTAKT: [eva-therese.ness@post.hfk.no](mailto:eva-therese.ness@post.hfk.no)