

Posttraumatisk stresslidelse som følge av opphold på barnehjem

Som voksen hadde pasienten fortsatt sterke traumereaksjoner etter seks år på et kommunalt barnehjem. Overskriften i terapien var «å samle bitene».

TEKST

Sidse Bugge Monsen

PUBLISERT 5. januar 2008

På bakgrunn av sterkt mediefokus på «barnehjemssakene», og med tillatelse fra min pasient som ett av barnehjemsbarna, kan det være av faglig interesse å formidle forløpet av en terapi som har strukket seg over flere år.

Mot slutten av 1990-tallet tok jeg imot «Turid», en kvinne i 50-årsalderen med sterk angst overfor andre, depresjoner, somatiske plager og opplevelser av «å falle ut av tiden». Turid hadde tidligere hatt kontakt med psykisk helsevern og fått ulike diagnoser i løpet av 1960–70-årene. Til tross for hennes skyhet lyktes det å etablere en terapeutisk allianse. Det fremkom av hennes historie at hun hadde tilbrakt seks år på et kommunalt barnehjem. Hukommelsen for disse årene var fragmentert, og når vi hadde fokus på dette, fortalte hun at hun ofte «falt ut». Turid hadde flere suicidale perioder i løpet av terapien, og hun opplevde tidvis at det som var hendt henne, var uvirkelig og kanskje ikke sant.

For meg som terapeut dannet det seg et symptom-bilde som stemte med PTSD, men også med varig personlighetsendring etter katastrofale hendelser (WHO, 1992). Det er sannsynlig at hun befant seg i en overgangsfase. «Å falle ut av tiden» er imidlertid et fenomen som ikke inngår blant kriteriene i PTSD; det nærmeste er konsentrasjonsproblemer. Turid har hatt flere episoder hvor hun opplevde «å bli borte» for så «å komme tilbake» uten å vite hvor lenge dette varte. En ekstern nevropsykologisk undersøkelse viste at det ikke var organiske årsaker til brudd i tidsopplevelse. Hun skåret dessuten godt over gjennomsnittet på WAIS.

Teoretisk forståelse

Arbeidsmodellen som har fungert i dette tilfellet, er basert på følgende teoretiske forståelse:

- Hendelser som utløser mye angst og som, særlig hos barn, ikke kan sammenlignes med tidligere erfaringer, vil lagres i hukommelsen på ulike måter, som «stilleben»,

som filmsnutt eller som mindre fragmenter. Sterke og uforståtte opplevelser vil deretter fortrennes.

- Fortrengning er kraftig nok som beskyttelse til å blokkere måneder og år med massive påkjenninger, som grov vold, seksuelle overgrep og alvorlig omsorgssvikt. Fortrengning er ikke definitiv. Triggere eller påminnere kan føre til at vonde minner trenger seg på. Triggere kan være synsinntrykk, lyd, lukt, ord som sies, en egen stemning.
- Noen minner fremstår derfor tilsynelatende plutselig i den fokuserte bevisstheten (flashbacks). De kan ikke alltid knyttes til en større sammenheng, særlig gjelder dette barn, og forbindes med mye angst. Når en person ikke kan sette ord på ekstreme hendelser, kan tidsopplevelsen også forstyrres. Det medfører at konteksten blir vanskelig å huske. Det blir dessuten vanskelig å tidfeste når overgrep er skjedd flere ganger.
- Andre minner truer med å bli bevisste, men spaltes av før de når den fokuserte bevisstheten, dvs. dissosiasjon. Tidligere ble denne avvergemekanismen benevnt «psykogen amnesi» eller «funksjonell amnesi». Den er ikke viljestyrt, som fortrengning og flashbacks heller ikke er det. Tidsopplevelsen blir forstyrret også her. Dissosiasjon er derfor forskjellig fra avvising, som når en kan bestemme at en heller vil tenke over en ubehagelig hendelse neste dag.
- Flashbacks og dissosiasjon kan være parallelle prosesser.

Praktisk anvendelse av teori

I det terapeutiske arbeidet var det viktig å kartlegge triggerne i det følelsesmessige kaos Turid levde i (Hoerl & McCormack, 2001). Det ble også viktig å sortere fortid og nåtid når psykiske og somatiske reaksjoner var vanskelige å forstå. Samtidig var kontakt med fastlege nødvendig for å utelukke somatiske sykdomstilstander. Psykomotorisk fysioterapi har vært en like nyttig som utfordrende del av behandlingen.

Kognitiv og eksistensiell psykologisk tilnærming ble hjørnesteiner i terapiprosessen (Ortony, Clore & Collins, 1990; van Deurzen, 1999; van Deurzen-Smith, 1995). Etter en tid ble vi enige om overskriften «å samle bitene» for å finne en sammenheng i det hun hadde opplevd. Det ble smertefullt – også for terapeuten – å samle de ufattelige hendelsene, med krenkelser og tillitsbrudd, inklusive seksuelle overgrep, som hadde funnet sted ved barnehjemmet. Turid og jeg ble etter hvert enige om at hun skulle prøve ut egenobservasjon utenfor terapirommet: Hvorfor er jeg redd nå? Hvordan har jeg det i kroppen min? Hva slags situasjon er dette? Hvem er her, og hvorfor? Hvordan oppfører de andre seg? Er det noe med stedet jeg befinner meg på? Ligner dette noe jeg har opplevd før? (Linehan, 2000).

Turid maktet å gjennomføre en slik prosess, og det har medført at mange situasjoner ble mindre truende. I tillegg begynte hun på eget initiativ å skrive dagbøker/nattbøker, og her vises til overmål marerittene og etter hvert flashbacks, skriftlig og ved tegninger. Det var viktig for henne at jeg leste alt og kunne reflektere rundt innholdet sammen med henne. Etter som det hun kalte «skyggene», ble satt ord på, ble det færre episoder

hvor hun «falt ut av tiden» (jf. Heidegger, 1993). Jeg tolker slike episoder som tegn på dissosiative prosesser, hvor oppmerksomheten ikke er rettet mot den ytre verden (Haslerud & Thorsen, 1999; Schachter, 1997).

Noen ganger har bruk av metaforer vært den eneste måten å kommunisere på, fordi smerten var så dyp og vi på denne måten både berørte og ikke berørte den. På et tidspunkt tegnet jeg prinsessen fra eventyret «Prinsessen på erten» for Turid. «Erten» hjelper henne til å forstå også somatiske plager, for kroppen husker (Bøhle, 1994). Erten er en slags varsellampe som gir beskjed om båndet mellom fortid og nåtid, men også at hun nå kan velge å gjøre ting annerledes (Axelsen, 1997). Med sine ressurssterke sider er hun uten tvil også en «prinsesse». Det har vært viktig å vise henne dette.

I barnehjemmet ble det forlangt full underkastelse, med grov omsorgssvikt og liten kontakt med omverdenen. Seksuelle overgrep ble stilltiende akseptert, og det var derfor umulig for Turid å verge seg (Sætre, 1997). Et vedvarende tema i terapiforløpet var å kunne sette grenser for hva andre kunne kreve av henne og hva hun selv kan kreve. Med sin følsomhet overfor andre og deres behov som overlevelsesstrategi i barnehjemmet er utfordringen å våge å ha tillit til andre og tåle skuffelser, stole på egne vurderinger og følelser, ta avgjørelser og konsekvenser i forhold til andre. Terapeuten må aldri svikte her. Det har vært utallige «tilbakereiser» (Axelsen & Bakke, 1991), som oftest over de samme temaene, og spesielt til særlig grove hendelser. Også her må terapeuten fungere som sikkerhetsnett og ta imot, men må og skal være en annen sort trigger på en ivaretakende måte. Det kreves mye av en pasient som trenger å gjennomleve vekslende letefaser og reparasjonsfaser i terapi over lang tid. Turid har hatt behov for «hvile» eller hatt ønske om å «bare være». Da har vi gledet oss over vår felles sans for kunst, vår kjærlighet til dyr og naturen og stilt oss litt undrende til hva som foregår i verden. Det er blitt en del latter av dette, og humor er en uvurderlig del av enhver terapi. Så har vi på et generelt plan orket å spørre oss hva ondskap er, fra den strukturelle, påført av samfunnet, til enkeltindividets (Svendsen, 2001; Tryti, 2002). Det kan være en hjelp å se hendelser i en større sammenheng.

For Turid var innsikten i hva som faktisk var skjedd, begynnelsen på en akseptfase med sterke sorgreaksjoner. Hun er klar over at hun alltid vil ha en sårbarhet i seg. For meg er den å ligne med mennesker som har vært utsatt for særdeles skadelige kjemikalier, og som senere utvikler overfølsomhet overfor akkurat disse: ett molekyl er nok og kan føre til sterke reaksjoner. Andre uten slik eksponering eller forgiftning reagerer ikke tilsvarende.

I kinesisk eksistensiell filosofi har *balanse* i tilværelsen vært et tema i mer enn 2000 år. Det innebærer å vite når en trenger nærhet og når en trenger avstand på ulike livsområder, når det er for mye eller for lite, og når noe mangler (Yutang, 1987). Det betyr også å gå på oppdagelsesferd og finne ting en ikke har sett før og glede seg over det, eller forkaste det. I den psykoterapeutiske prosessen som er beskrevet, godt støttet av psykomotorisk fysioterapi, er ubalansen blitt redusert. Turid er forlengst begynt på sin oppdagelsesferd.

Erstatning

I saker som dette må en være oppmerksom på at falske minner kan forekomme («False Memory Syndrome»; Schachter, 1997). Pasienten kan huske feil eller ha misforstått, eller terapeuten kan feiltolke eller plante forestillinger hos pasienten. Når det gjelder barnehjemsakene, er det imidlertid så mange tilsvarende historier at dette er lite sannsynlig. En granskningskommisjon har allerede dokumentert forholdene ved ett av barnehjemmene.

En form for erstatning kan være en unnskyldning fra samfunnets side. Når det gjelder økonomisk erstatning, viser det seg at prinsippet om foreldelsesfrist fastholdes av rettssystemet så langt. Det er et paradoks for psykologer at deres kunnskaper kan aksepteres i en rettssal uten innsigelser, ikke minst om grunner til at deres pasienter ikke var i stand til å si ifra i tide, samtidig som 20-årsfristen for klage ikke fravikes. For dem som har vært skadelidende, er dette meningsløst og krenkende. Kanskje en lovendring kan hindre at det oppstår slike konflikter mellom psykologisk kunnskap og juridiske bestemmelser i fremtiden.

Sidsel Bugge Monsen

Einerkollen 46,

5172 Loddefjord

Tlf 55 50 91 01/08

E-post sidselbm@broadpark.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 45, nummer 1, 2008, side 39-40

TEKST

Sidsel Bugge Monsen

+ Vis referanser

Referanser

Axelsen, E. D. (1997). Symptomet som ressurs. Psykiske problemer og psykoterapi. Oslo: Pax Forlag.

Axelsen, E. & Bakke, S. (1991). Tilbakereisen. Om forandring gjennom terapi. Oslo: Pax Forlag.

Bøhle, S. (1994). Når kroppen husker det du vil glemme. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Haslerud, J. & Thorsen, G.-R. B. (1999). Dissosiative lidelser. Sinnets reaksjon på ekstreme gjentatte påkjenninger. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.

Heidegger, M. (1993). Being and time (ss. 383-423). Oxford: Blackwell Publishers.

Hoerl, C. & McCormack, T. (2001). Time and memory. Issues in philosophy and psychology. Oxford: Clarendon Press.

Linehan, M. M. (2000). Dialektisk beteendeterapi. Ferdighetsträningsmanual. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.

Ortony, A., Clore, G. L. & Collins, A. (1990). *The cognitive structure of emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.

Schachter, D. L. (1997). *Sökandet efter minnet. Hjärnan, psyket och det förflutna*. Jönköping: Brain Books.

Svendsen, L. F. H. (2001). *Ondskapens filosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Sætre, M. (1997). Samfunnsproblemet som forsvant. En kritikk av tendensen til å minimalisere omfanget av seksuelle overgrep mot barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 34(Supplement nr.1), 53-61.

Tryti, E. (2002). Dagliglivets ondskap. *Tidsskriftet Samtiden*, 4, 116-124.

van Deurzen-Smith, E. (1995). *Eksistensiell samtale og terapi*. København: Hans Reitzels Forlag.

van Deurzen, E. (1999). *Eksistensielle dimensjoner i psykoterapi*. København: Hans Reitzels Forlag.

Yutang, L. (1987). *Smilende livskunst. Enken, nonnen og kurtisanen*. Oslo: Aschehoug Forlag.

WHO (1992). *Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer: ICD-10, 10. revisjon*. Statens helsetilsyn. Oslo: Aschehoug Forlag.