

# Stabilisering - det viktigste leddet i traumebehandling?

## Manualbasert psykoedukativ behandling for pasienter med komplekse traumelidelser

Ifølge nyere traumeteori påvirker komplekse traumer individets utvikling på en rekke områder. Et sentralt spørsmål er om vi i psykoterapi krever noe som pasienten ikke har forutsetninger til å være med på.

TEKST

Irene Michalopoulos

PUBLISERT 5. juli 2012

EMNER

Stabilisering

Traumebehandling

Toleransevindu

Dissosiasjon

Selvregulering

*Takk til Aina Holmen og Johan Sigveland ved forskningsavdelingen ved Ahus, for tilrettelegging og veiledning, og til mine kollegaer ved gruppeterapienheten og Marianne Klouman ved enhet for gruppeterapi, Nedre Romerike DPS, for gode innspill.*

Forståelse av og behandling av traumerelaterte lidelser har utviklet seg vesentlig i de siste årene. Langvarig og gjentatt traumatisering, som fysiske, psykiske og seksuelle overgrep gjennom barneår, påvirker individets utvikling på en rekke områder.

Integrering av kunnskap fra ulike felt, som nyere hjerneforskning, utviklingspsykologi, tilknytningsteori, nevrofysiologi, evolusjonspsykologi, stressforskning og klinisk psykoterapi, kan belyse hvor komplekst feltet er.

«Psykoedukasjon og ferdighetstrening er det viktigste leddet i traumebehandling. Først når pasienten er stabilisert, vil annen psykoterapi kunne nyttiggjøres»

Det skilles i traumelitteraturen mellom traumatiske enkelthendelser som er avgrenset i tid (type 1) og langvarig og gjentatt traumatisering (type 2), ofte referert til som komplekse traumer (Ford & Courtois, 2009) eller kronisk traumatisering (van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006). Forskning på behandling av posttraumatisk stresslidelse

(PTSD) har i hovedsak fokusert på pasienter som har vært utsatt for enkelttraumer i voksen alder og generelt utelatt pasienter med komplekse traumer (Brand, Classen, McNary & Zaveri, 2009, Boon, Steele & van der Hart, 2011). Denne artikkelen vil fokusere på og heretter bruke begrepet komplekse traumer.

Undersøkelser viser at spesialisthelsetjenesten underdiagnostiserer traumerelaterte lidelser, slik som PTSD og dissosiative lidelser (Fosse & Dersyd, 2007). Dette kan bety at behandlere ikke gjenkjenner traumesymptomer når de presenteres i terapirommet. Samtidig vet vi at kompleks traumatisering forekommer hyppig. Fosse og Dersyd (2007) oppsummerer at norske tall spriker, men at minst 28–41 % av pasienter i spesialisthelsetjenesten har vært utsatt for fysiske overgrep og 22–35 % har vært utsatt for seksuelt misbruk i barneår. Undersøkelser viser også at denne pasientgruppen ofte har flere mislykkede terapiforløp bak seg, utvikler kroniske tilstander, og de blir stemplet som ikke mottakelige for behandling (van der Hart et al, 2006; Brand et al, 2009).

Alna distriktpsikiatriske senter (DPS) har siden 2007 jobbet systematisk med å øke kompetansen hos behandlerne på dette feltet. I samarbeid med regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS Øst) ble det igangsatt et toårig opplæringsprogram, «Tryggere Traumeterapeuter» (Anstorp, van der Weele & Araldsen, 2008). Målet var at alle behandlerne skulle bli i stand til å gjenkjenne, forstå og behandle komplekse traumelidelser.

Min arbeidsplass, gruppeterapienheten ved Alna DPS, er tilknyttet dagbehandlingsnettverket og jobber vanligvis med personlighetsproblematikk i intensive gruppeterapiprogram (Karterud, Wiberg & Urnes, 2010). Behandlingen består av kombinert gruppe- og individualterapi, med fokus på økt selvforståelse og relasjonell fungering. Personlighetsforstyrrelser antas å ha høy komorbiditet med kompleks PTSD og dissosiative lidelser (Breslau, 2001, i Dorrepaal et al., 2010), og vi ble opptatt av om nyere traumeteori kunne tilføre gruppeterapibehandlingen noe nytt.

I denne artikkelen presenterer jeg først det nye behandlingstilbudet som inkluderer nye rutiner for utredning, og gir så et kort innblikk i nyere traumeforståelse og sentrale begreper som ligger til grunn for endringene vi gjorde. Jeg bruker deretter utsnitt fra evalueringer gjort av våre pasienter, for å gi et bilde av hvordan de opplever behandlingen. Jeg drøfter til slutt viktigheten av (a) å gjenkjenne og forstå komplekse traumereaksjoner og (b) at behandlingen fokuserer på et dysregulert nervesystem som en av de sentrale underliggende mekanismene ved kompleks traumatisering.

## **Behandlingsmetode**

I samarbeid med Modum Bad fikk Alna DPS mulighet til å tilby stabiliserings- og ferdighetstreningkurs for komplekse traumelidelser mens det fortsatt var under utvikling (Boon, Steele & Van der Hart, 2011). Kurset er basert på teorien om strukturell dissosiasjon og anbefalingen om faseorientert behandling (van der Hart et al. 2006, International Society for Study of Dissociation, 2005). Kurset sees som første fase i behandlingen.

Vi har gjennomført tre pilotkurs med kortere varighet for å trene terapeutene, evaluere erfaringene og tilpasse kurset til vår DPS hverdag. Siden 2009 har vi gjennomført tre fullstendige kurs på 27 ganger. Vi har tatt inn pasienter fra gruppeterapienheten og fra poliklinikkene ved Alna DPS, samt pasienter utenfra på fritt sykehusvalg. Pågangen til kurset har vært god. Til sammen har 36 pasienter fullført behandlingen. Hvert kurs har i oppstartsfasen hatt 2–3 drop-outs.

*Utredning/screening.* I tillegg til standard klinisk utredning utviklet vi nye rutiner for traumescreening. I anamnesen ble det vektlagt «å tørre å spørre» etter tidligere traumatiske erfaringer, uten å gå inn i traumeminnene. Prinsippet er å «surfe på overflaten, heller enn å dypdykke» (van der Weele, 2006). Vi innførte selvutfyllingsskjemaene DES (the Dissociative Experiences Scale, Carlson & Putnam, 1993), som er et anerkjent mål for dissosiative erfaringer, IES-R (Impact of Event Scale, Weiss & Marmar, 1997) for å måle grad av PTSD-symptomer og SDQ-20 (The somatoform Dissociation Questionnaire, Nijenhuis et al., 1996) for å måle somatisk dissosiasjon.

I klinisk arbeid er det utfordrende at vi per i dag ikke har et dekkende diagnosesystem for traumerelaterte lidelser. Den klassiske definisjonen av PTSD i ICD-10, er utilstrekkelig for å beskrive symptomer etter komplekse traumer (Courtois, 2004). I vår praksis valgte vi å forholde oss til klusteret av traumerelaterte symptomer beskrevet som kompleks PTSD; (1) vansker med affektregulering, (2) endring i oppmerksomhet, hukommelse og bevissthet (dissosiasjon), (3) endring i selvoppfattelse, (4) evne til å ha tillit i relasjoner, (5) integrering av overgriperens meningssystem, (6) somatisering/medisinske problemer og (7) holdningsendringer (Herman, 1992, Courtois, 2004). I tillegg var vi opptatt av å kartlegge kjernesymptomer på dissosiative lidelser; depersonalisering og derealisasjonssymptomer, amnesi/tidstap, identitetsfragmentering/forvirring og somatiske symptomer.

*Stabiliserings- og ferdighetstreningskurset.* Med hensikt kalles behandlingen «kurs», for å skille den fra tradisjonell gruppeterapi. Kurset baseres på tre søyler: informasjon/psykoedukasjon, øvelser og hjemmeoppgaver. Forutsetning for inntak er at pasientene parallelt går i individualterapi, hvor de kan fortsette å jobbe med temaene fra kurset. Kurset inkluderer et informasjonsmøte med pasientenes viktige støttepersoner, og et møte med deres individualterapeuter.

Stabiliseringskurset har to formål: å tilby informasjon om traumerelaterte problemer, og å tilby ferdigheter som kan bedre evnen til å håndtere symptomene i hverdagen. Kurset går over 27 ganger, og hvert møte varer i to timer med pause. Det er to kursledere og åtte kursdeltakere. Det er høy grad av struktur og forutsigbarhet, og målet er å skape en trygg arena for å lære. Deltakerne sitter rundt et bord, og alt materiale er skriftlig. Hver kursgang gjennomgås et traumerelatert tema, eksempelvis «hva er dissosiasjon?» eller «hva er triggerer?», som leses høyt. Kurslederen bruker tavle aktivt, hvor sentrale illustrasjoner tegnes opp/visualiseres. Tanken er at bruk av alle sansene kan fremme tilstedeværelse og minimere dissosiasjon.

I øvelser og hjemmeoppgaver er det integrert forståelse fra ulike felt, f.eks. teknikker fra mindfulness (Kabat-Zinn, 1990), kropporienterte teknikker (Ogden, Minton & Pain, 2006) og teknikker fra kognitiv atferdsterapi (Linehan, 1993).

## **Teoretisk bakgrunn**

Nyere traumeteori og begrepene jeg nå skal presentere, ligger som rasjonale bak utformingen av stabiliseringskurset, brukes i undervisningen vi tilbyr pasientene, og er argumenter for hvorfor vi endret vårt behandlingstilbud.

*Toleransevinduet – den optimale sone for aktivering.* En av kjernemekanismene i kompleks PTSD tenkes å være et dysregulert nervesystem (Ford, Courtois, Steele, van der Hart & Nijenhuis, 2005; Porges, 2006). Ogden et al., (2006) beskriver hvordan mennesker med traumelidelser er sårbare for overaktivering og underaktivering, samt ufrivillige svingninger mellom disse ekstremer. I begge tilstander påvirkes personens våkenhet og bevissthet, og mental kapasitet er utilstrekkelig til at nye erfaringer og læring kan bli integrert. Siegel (1999) kaller den optimale sonen for fysiologisk aktivering for toleransevindu», hvor personen effektivt kan tenke og snakke om egne opplevelser og samtidig føle seg som et sammenhengende selv (i Ogden et al., 2006). Typisk for traumelidelser er et tofasemønster, med veksling mellom gjenopplevelser/overveldelse og frakobling/unngåelse av alt som kan minne om traumat, som resulterer i at pasienten ikke er mentalt tilstede i nåtid (van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2005).

«Overlevelshjernen» versus «læringshjernen». Pendlingen i kroppslig aktivering, relateres til menneskets to evolusjonsmessige gitte psykobiologiske handlingssystemer (Panksepp, 1998, i van der Hart et al., 2006). Det ene kontrollerer funksjoner i dagliglivet, som utforsking, energiforvaltning, tilknytning og reproduksjon. Det andre aktiveres når personen opplever overveldende emosjonell eller fysisk trussel, og utløser handlingsresponsen som flukt, kamp, frys eller underkastelse. Putnam (1997) beskriver dissosiasjon som siste mulige forsvarsstrategi og som mental flukt når ingen fysisk flukt er mulig (i Shore, 2006). Personen kan låse seg i slike overlevelsesresponsen, og det som sikret overlevelse i fortid blir uhensiktsmessig i nåtid. Ford (2009) bruker begrepene hjernen i «læringsmodus» og hjernen i «overlevelsesmodus». Traumatiske tilknytningserfaringer lærer barnet å holde fokus på fare og overlevelse heller enn på tillit og læring. Overlevelshjernen blir fiksert i automatisk, ubevisst skanning for fare og unngåelse av trussel/fare og hindrer utviklingen av refleksiv selvbevissthet (læringshjernen). Viktige psykologiske prosesser endres og resulterer i både fysiologisk, følelsesmessig og kognitiv dysregulering. Slike mønstre tenkes motstandsdyktige i forhold til endring, og det er påvist endrede strukturer i flere hjerneområder, blant annet redusert volum på hippokampus, og økt aktivering i amygdala (Ford, 2009), redusert aktivitet i prefrontal korteks (Shore, 2006), spesielt i områder som er nødvendige for å kommunisere tanker og følelser (van der Kolk, 2006). Samtidig viser klinisk forskning at hjernen er plastisk og kan endres/omorganiseres gjennom terapi (van der Kolk, 2006).

*Traumatiske minner og dissosiasjon.* Brewin (2003) vektlegger at traumatiske minner lagres forskjellig fra andre minner, de aktiveres ufrivillig av triggere og er situasjonsavhengige heller enn verbalt og bevisst tilgjengelige. Personen forsøker å fortsette hverdagslivet, men utvikler fobi mot kroppen og traumeminner og kan være relativt ubevisst på traumene og deres konsekvenser. Traumer i barneår, da hjernen er under utvikling, øker risikoen for dissosiative symptomer, for fragmentering av psyke og kropp, og av personligheten. Dissosiasjon defineres som «forstyrrelse i den normale integrasjonen av en opplevelse og de integrerende funksjoner som bevissthet, hukommelse, identitet eller persepsjon» (van der Hart et al., 2006). Traumatiske hendelser reduserer den mentale integrative kapasiteten, samtidig som bearbeiding av traumer krever høy integrativ kapasitet. Mangel på integrering vektlegges som en sentral kjernemekanisme og som selve motoren i traumelidelser. Teorien om strukturell dissosiasjon (Van der Hart et al., 2006) tilbyr en ny forståelse og gir klare retningslinjer for behandling av mennesker som har opplevd komplekse traumer.

*Implikasjoner for behandling.* Shore (2006) beskriver nervesystemet som den glemte faktor i psykoterapi, og dissosiasjon som den største hindring for effektiv behandling av traumelidelser. Dissosiasjon forstås som overlevelsesorientert enpersonspsykologi, hvor personen ikke klarer å bruke relasjonen som hjelp til å regulere seg, noe som blir til hinder for å nyttiggjøre seg den terapeutiske relasjonen.

Konsekvensene av traumatiske tilknytningserfaringer på hjernens og nervesystemets utvikling har også bidratt til å sette spørsmålsteget ved tradisjonell psykoterapi og hvilke nivåer terapeutiske intervensjoner rettes mot (Perry, 2011). Traumatiske erfaringer aktiverer stressresponssystemet, som springer ut fra hjernestammenivå, og om disse systemene er dårlig regulert, vil de forstyrre og dysregulere høyere deler av hjernen. Gjenfortelling av traumatiske erfaringer i terapi vil aktivere autonom dysregulering (Ogden et al., 2006) og forstyrre evnen til integrering og refleksjon. Perry (2011) hevder at behandling rettet mot hjernens øvre del eller prefrontal korteks uten først å regulere dypere strukturer som hjernestammen vil være ineffektiv. Behandling bør derfor først rettes mot regulering av kroppslig aktivering, affektregulering og hvordan kroppen skal bli trygg nok i nåtid (Perry, 2011; Ogden et al., 2006). Når behandlingen foregår innenfor pasientens toleransevidu, vil han/hun kjenne mestring, og mental kapasitet vil øke.

## **Resultat**

Vi har systematisk evaluert stabiliseringskursene ved hjelp av et enkelt evalueringsskjema. Jeg har valgt å presentere tilbakemeldingene fra pasientene i fire kategorier. Disse beskriver grunnleggende ferdigheter som stabiliseringskurset tar sikte på å lære pasientene, og som belyser hvilke temaer pasientene opplever de får hjelp med: (a) økt bevissthet rundt egne symptomer, (b) økt evne til selvregulering og tilstedeværelse, (c) tilgang på nye ferdigheter og mestringsstrategier og (d) fra refleks til refleksjon.

### **Økt bevissthet rundt egne symptomer**

Pasientene uttrykker at informasjonen om normale reaksjoner etter unormale hendelser hjelper for å forstå seg selv og sine egne reaksjoner bedre. Beskrivelsene av symptomene treffer, de føler seg tatt på alvor og uttrykker gjenkjennelse og interesse; «det er som å lese om meg selv». Den gir bekreftelse på at både psykiske og fysiske symptomer er der for en god grunn: «Jeg er ikke gal/unormal.» De opplever det godt «å være i samme båt» som andre med lik problematikk. De blir mindre redde sine egne symptomer og utvikler en mer nysgjerrig holdning til symptomene. Flere uttrykker at «kunnskap er makt»; de føler seg styrket, mer verdige og kan lettere akseptere seg selv. Mange pasienter opplever at det skriftlige manuset gjør det mer «sant» og «virkelig» og reduserer tvil og uvirkelighetsfølelse rundt deres egne opplevelser. En pasient sier: «Jeg har lært å skille hva som er meg og hva som er symptomene på det jeg har opplevd, jeg har fått mindre skam og skyld og kan gå med hodet hevet».

### **«Mange pasienter underrapporterer traumer. Først etter lang tid i behandling har de tillit nok til at traumehistorier kommer opp»**

Mange pasienter sier de oppdager «huller» i sin utvikling som de tidligere aldri har reflektert over. Gjennom oppveksten har det ikke vært «lov å ha følelser», de har ikke lært å romme følelser og beskriver en automatisk tendens til å «logge av» og bli numne for å ikke føle. «Kroppen gjør bare det hodet sier den skal gjøre». Det å sette spørsmålsteget ved «gamle sannheter» (leveregler) og reaksjonsmønstre oppfattes skremmende, men nyttig. Mange sier at automatiske negative tanker som «jeg har ikke verdi», «jeg er ødelagt» eller «*jeg skal ikke synes*» aktiveres på kurset, men at de etter hvert klarer å erstatte dem med mer konstruktive tanker.

Bevisstgjøringen oppleves også smertefull, da konsekvensene av deres egen historie kommer nærmere: «kurset er beintøft». Mange blir overveldet og uttrykker behov for å distansere seg og ta inn litt om gangen. Derfor er det nyttig at kursmaterialet er skriftlig, slik at de kan gå tilbake til det og lese flere ganger.

### **Økt evne til selvregulering og tilstedeværelse**

Pasientene beskriver hvordan de i løpet av kurset får «et større toleransevindu» som omhandler både evne til selvregulering og også interpersonlig regulering. «Jeg er mer til stede» og «jeg kommer meg raskere inn i toleransevinduet». Flere overraskes ved å oppdage at de er lite tilstede i sin egen hverdag og ofte «går på autopilot» hvor de er fysisk, men ikke mentalt til stede. «Jeg føler meg alltid nummen.» Vanskene med tilstedeværelse, hukommelse og konsentrasjon har ofte ført til tanker om at de er dumme og utilstrekkelige. Gjennom kurset lærer de å registrere sin egen tilstedeværelse og sin egen fysiologisk aktivering, og å gjenkjenne tegn på under- og overaktivering. Mange rapporterer 20–30 % tilstedeværelse, mens terapien ikke tenkes nyttig hvis en

rapporterer mindre enn 60 % tilstedeværelse (Fisher, 1999). Fokus er på å eksperimentere med hvordan en kan øke graden av tilstedeværelse, ved hjelp av de ulike sansene (syn, lukt, hørsel, smak, berøring). Mange beskriver det som at de gradvis begynner å registrere kroppen, opplever å bli mer oppmerksomme og tilstede i øyeblikket og lærer å «komme tilbake» når de faller ut/dissosierer. Enkle teknikker som «hvor er pusten nå?» eller «hvor tilstede føler du deg i kroppen akkurat nå?», beskrives som svært virkningsfulle.

### **Tilgang på nye ferdigheter og mestringsstrategier**

Pasientene uttrykker at de gjennom kurset lærer nye ferdigheter/verktøy for å hjelpe seg selv. De sier at de får økt evne til å ta tak i og håndtere, heller enn å unngå, indre så vel som ytre opplevelser. «Jeg klarer bedre å takle hverdagen», «jeg føler jeg har fått en plattform å stå på». Grunningsøvelsen som brukes hver kursgang, hjelper dem til å være tilstede og bedre skille fortid fra nåtid, og den generaliseres til ulike situasjoner i hverdagslivet. Fokuset på at hjernen er plastisk og at repetisjon skaper «nye spor» i hjernen, trekkes fram som et bilde som gir håp. Pasientene trekker fram ulike øvelser, og det varierer hvilke sanser de har mest utbytte av å bruke. «Jeg har alltid nøkkelknippet med meg, så jeg kan klemme på det – det hjelper» eller «jeg har bildet av datteren min med meg – da klarer jeg å være her». De lærer handlingsalternativer for å kunne roe kroppen ved overveldelse, og måter å «vekke kroppen» på når den føles nummen og avskrudd. Andre ferdigheter som trekkes fram som nyttige, er hvordan de kan forutse triggere og håndtere dem bedre og å finne måter å beskytte seg på, f.eks. gjennom å forestille seg beskyttelse i sårbare situasjoner. En pasient sier: «Jeg har en glassvegg, hvor jeg lar det negative prelle av – føler meg mindre sårbar.»

De blir klar over hva de allerede gjør for å hjelpe seg selv, hva som fungerer, og hva som ikke fungerer. Evne til dissosiasjon kan brukes konstruktivt gjennom etablering av trygge steder og gode minner, noe som igjen påvirker den kroppslige opplevelsen.

Flere sier at de forvirrer seg selv og sine omgivelser ved at de kan ha ressurser som de plutselig mister tilgangen til. Gjennom kurset beskrives økt tilgang til egne ressurser og bedring av det kognitive apparatet. «Jeg har frigjort hjernekapasitet til å gjøre andre ting.» Endringene kan også sees, mange blomstrer opp, og kursdeltakerne påpeker dette hos hverandre, noe som igjen gir håp.

### **Fra refleks til refleksjon, fra alarmberedskap til hverdagsfungering**

Mange oppdager at de er i kontinuerlig alarmberedskap og ikke vet hva trygghet innebærer. «Jeg har aldri vært i hverdagsmodus» eller «jeg trekker meg inn i hiet mitt, det er bare i senga mi jeg føler meg trygg». De opplever også hvor lett traumerelaterte responser som flukt, kamp, frys eller underkastelse aktiveres i situasjoner som objektivt sett ikke er farlige. De blir seg bevisst at de i hverdagen stadig trigges uten å være klar over det. Eksempelvis kan tonefall eller blikk utløse automatiske responser som fysisk/mental tilbaketrekning eller å låse seg i underkastelse. De blir seg bevisst hvor automatisert dissosiativ fungering og pendlingen mellom overveldelse og unngåelse er.

De begynner gradvis å avbryte slik implisitt læring, men sier også hvor utfordrende det er: «Det er vanskelig å endre grunnloven» eller «jeg bruker mye energi på å framstå normal». Mange trekker fram nytten av å lære om mekanismene bak traumatisering: hva som skjer i hjernen, med nervesystemet, og hvordan personligheten kan oppleves splittet og fragmentert. Illustrasjonen «røykvarsleren» beskriver hvordan amygdala «fyrer» i gang det autonome nervesystemet og utløser reflekshandlinger som kamp, flukt eller frys. Nervebanene i hjernen er «godt opptråkket, som E6», og målet er å stoppe den automatiske responsen og «koble på tenkeboksen», slik at en kan vurdere den aktuelle situasjonen. Illustrasjonene blir nyttige «knagger» de stadig referer til; «jeg havnet på E6 igjen, men fikk hentet meg inn» eller «jeg klarte å koble på tenkeboksen». Når pasientene beskriver ulike erfaringer hvor de har klart en ny aktiv handling framfor en automatisk traumerespons som hjelpeløshet, handlingslammelse eller underkastelse, vises stolthet og mestring. I teorien kalles det «act of triumph» (van der Hart et al., 2006), som tenkes endringsfremmende.

### **«En åpenbar fare ved ikke å gjenkjenne traumereaksjoner er at vi tilbyr feilbehandling»**

Kurset har hele tiden fokus på fysisk og psykisk trygghet, egenomsorg og hva en kan gjøre for å hjelpe seg selv. Mange trekker frem at rammene for kurset med fokus på struktur og forutsigbarhet bidrar til at trygghet og tillit kommer fortere. Mange uttrykker stor takknemlighet til kurset. «Jeg deler livet i før og etter kurset. Jeg forstår meg selv nå, det gjorde jeg ikke før».

### **Diskusjon**

Gjennom implementeringsfasen som gruppeterapienheten var igjennom, hadde vi mange viktige diskusjoner om hvordan vi best kan forstå pasientens problematikk. Teamet har stadig diskutert spørsmål som «hva er en traumepasient?», «hva er personlighetsforstyrrelse versus traumelidelse?», og «er alt traumer»? Kan nye «traumebriller» medføre overdiagnostisering? Er det hensiktsmessig å legge om behandlingen? Hvis vi nå vender tilbake til problemstillingene fra innledningen:

### **Viktigheten av å gjenkjenne og forstå komplekse traumesymptomer**

Vår erfaring er at denne pasientgruppen trenger noe annet og noe mer i første fase av behandlingen. Tanken om fasebehandling, hvor en først jobber med stabilisering og ferdighetstrening med det målet å øke den mentale kapasiteten, før en eventuelt går videre til bearbeiding av traumer, er fremdeles ikke integrert i de fleste terapeuters bevissthet. Det er ikke uvanlig å gå direkte inn i bearbeidingsfasen og ta for gitt at pasienten har forutsetninger for å ha utbytte av «å snakke om det». En åpenbar fare ved ikke å gjenkjenne traumereaksjoner er at vi tilbyr feilbehandling. Hvis pasienten ikke er mentalt tilstede og fortsetter å være i implisitte traumerelaterte mønstre uten at verken pasient eller terapeut er seg det bevisst, vil progresjon utebli, eller det vil i verste fall



føre til forverring av tilstanden. Forvirring og håpløshet kan prege både terapeut og pasient og resultere i prematur avslutning. Vi har erfart dette i våre prosessorienterte samtalegrupper og i etterkant tenkt at slike grupper blir for ustrukturerte, utrygge og uforsikbare for denne pasientgruppen. Traumeteorien indikerer at den utviklingsmessige alderen kan være mye lavere enn den kronologiske alderen når det kommer til selvregulering og interpersonlig regulering. Et spørsmål er om vi ofte i psykoterapi krever noe av pasienten, som han/hun ikke har forutsetninger til å være med på. Noen av våre pasienter fikk tilbud om stabiliseringskurs, hvor de opplevde å få verktøy de manglet. De rapporterte i etterkant at de i samtalegruppen aldri var innenfor «toleransevinduet», men hele tiden følte seg utrygge, på vakt og fastlåst i «frys» uten at de selv eller terapeut forsto. Flere ble så trigget av hendelser i gruppen at de husker lite av behandlingen og opplevde minimalt utbytte.

Samtidig er vår erfaring at mange pasienter underrapporter, og at de først etter lang tid i behandling har tillit nok til at traumehistorier kommer opp. Ofte vet de ikke at plagene de har, er symptomer, fordi «det alltid har vært sånn», eller de tør ikke si det høyt, fordi deres egne reaksjoner er så skremmende. Ved at vi har hatt økt fokus på og gjenkjent traumesymptomer, har muligheten til å arbeide med plagene blitt større og behandlingen blitt mer målrettet og effektiv.

### **Fokus i behandlingen på et dysregulert nervesystem**

Kunnskapen om at pasienten kan være låst i en dysregulert tilstand, og dermed ikke er tilgjengelig for utforskning og læring, har vært nyttig for oss i oppstarten av behandling. Porges (2006) beskriver hvordan nervesystemet kan sabotere evnen til å relatere; «don't talk to me now, I'm scanning for danger». Vi har vært oss bevisst redselen pasientene ofte kommer med, både for seg selv, for sine egne reaksjoner og for andre mennesker. Hvordan kan behandlingen hjelpe kroppen fra alarmberedskap til hverdagsmodus, slik at pasienten kan oppleve seg trygg nok sammen med andre? Når vi har sett at pasienten er på vei «ut av vinduet», har fokus vært på å undersøke og legge merke til kroppens reaksjoner uten å dømme, heller enn på det verbale. Vår erfaring er at når pasientene opplever at de kan påvirke sin egen kropp og kjenne forskjell i øyeblikket, gir det en følelse av mestring og øker motivasjonen til behandlingen.

Stabiliseringskurset holder hele tiden fokus på kroppslig regulering og hvordan toleransevinduet kan utvides, både ved å lære pasienten å roe ned og/eller stimulere nervesystemet. Modellen innehar en optimisme og tro på at ferdigheter kan læres. Vår erfaring er at når terapeuten tror på at symptomene kan jobbes med, smitter det over på pasientene, og bidrar til at de går fra opplevelsen av å være et offer til å være en aktiv agent i sitt eget liv. Pasientene gjenkjenner og forstår teorien på kurset raskt, noe som kan bety at den favner noen av de sentrale mekanismene bak traumatisering. Fokuset på ufrivillige svingninger i kroppslig aktivering og toleransevinduet oppleves som svært nyttig og blir en viktig knagg gjennom behandlingen. Pasientene har tidligere ikke sett sammenhengen mellom sine egne plager og triggere i nåtid som aktiverer traumeminner. Vår erfaring er at undervisningen skaper distanse mellom personen og

symptomene, noe som bidrar til økt selvbevissthet, slik at handlingsrommet utvides. Fra å oppleve at reflekshandlinger som flukt, kamp, underkastelse «bare skjer», eller at dysreguleringen «tar grunnen vekk under dem», kan de begynne å stoppe opp, kjenne etter, og etter hvert klare å avbryte de traumerelaterte mønstrene. Når evnen til regulering øker, erfarer de at det er trygt å ha følelser og kroppslige reaksjoner. Gjennom kurset har vi erfart at mange pasienter klarer å reetablere kapasiteten til å stå opp for seg selv, forsvare seg, ta vare på seg selv og føle kontroll og mestring. Det gir et godt utgangspunkt for videre terapi.

Mange av poengene som vektlegges, kan virke grunnleggende enkle og nesten banale, som fokuset på regulering og tilstedeværelse. Men et legitimt spørsmål er om det er så grunnleggende at terapeuter ofte hopper over disse aspektene i terapi og dermed skyter over mål. Ved å spørre pasientene om hva de opplevde som mest nyttig gjennom behandlingen, kan en overraskes av svaret: «Jeg tar med meg terapeutens stemme som sier: husk å puste.»

Det er viktig å understreke at ikke alle pasientene klarer å nyttiggjøre seg kurset og heller bør få stabilisering individuelt. Undervisningen og/eller det å være sammen med andre i en gruppe kan bli for stor grad av eksponering. Vi har erfart at noen forblir låst i refleksresponsen som flukt eller kamp og dropper ut og ikke klarer å anvende teorien på seg selv. For noen er det for krevende å ta innover seg at det en har opplevd i fortiden, har så store konsekvenser i nåtiden. Pasientene beskriver en todelt opplevelse; det er godt å få informasjon og bekreftelse, samtidig som det er smertefullt og de trenger å fortsette å holde avstand til traumeminnene.

En annen viktig erfaring er at noen pasienter ikke oppnår tilstrekkelig regulering til å gå over i en bearbeidende fase, men trenger å fortsette med stabiliserende behandling inntil hverdagsfungeringen er tilstrekkelig bedret. Det er viktig å vektlegge at stabilisering handler om repetisjon over tid. Traumebehandling for komplekse traumer er per definisjon langtidsbehandling, og utfordrer både terapeutenes utholdenhet og rammene for varigheten på behandlingen i spesialisthelsetjenesten.

Denne artikkelen har belyst noen psykoedukative grep som vi mener er avgjørende i arbeidet med komplekse traumer. Strukturert og spesifikk opplæring i stabilisering, og aktive terapeuter som holder fokus på kroppslig aktivering og toleransevinduet, står i motsetning til hvordan vi tidligere har drevet gruppene våre. Vår erfaring er at dette er elementer det er vel verdt å se nærmere på, la seg inspirere av og forske videre på.

## **Konklusjon**

Nyere traumeteori kan sees som en metateori og som et nyttig kart for å forstå underliggende mekanismer bak komplekse traumer, uavhengig av hvilken terapeutisk retning en vanligvis jobber etter. Jeg har argumentert for at den gir et vesentlig bidrag til forståelse og behandling av pasienter som har blitt oppfattet som behandlingsresistente. Erfaringene med et nytt behandlingstilbud ved gruppeterapienheten på Alna DPS er at psykoedukasjon og ferdighetstrening, er det

viktigste leddet i traumebehandling. Først når pasienten er stabilisert, vil annen psykoterapi kunne nyttiggjøres.

## ABSTRACT

Stabilization – the most important phase in trauma processing?

Clinical knowledge and treatment of traumarelated disorders have evolved considerably during recent years. Prolonged and recurrent physical, emotional and sexual abuse during early childhood can severely disrupt the development of an individual's personality, brain and nervous system; interfere with the development of a person's sense of self, and the ability to form secure and healthy relationships. The most recent knowledge regarding complex trauma offers insights into the mechanisms that may cause traumatization, and pinpoint implications for further treatment. This article seeks to share some important experiences in implementing a new manualbased treatment for patients with complex traumarelated disorders in our grouptherapy unit at Alna DPS. The author highlights the importance of phaseoriented treatment, the necessity of a psychoeducative approach and discusses how the theory of trauma can be helpful in guiding patients and the therapists during the course of therapy.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 49, nummer 7, 2012, side 652-657*

## TEKST

**Irene Michalopoulos**

KONTAKT: irinimic@gmail.com

+ **Vis referanser**

## Referanser

- Anstorp, T., van der Weele, J. & Araldsen, T. (2008). «Tryggere traumeterapeuter» – 1 årig fagutvikling for DPS. Oppsummering med forslag til videreføring. Aker Universitetssykehus HF: Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, Region Øst.
- Boon, S., Steele, K. & Van Der Hart, O. (2011). Coping with Trauma-related Dissociation – Skills Training for Patients and Therapists. New York: W. W. Norton & Company.
- Brand, B. L., Classen, C. C., McNary, S. W. & Zaveri, P. (2009). A review of dissociative disorders treatment studies. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(9), 646–654.
- Brewin, C. R. (2003). Posttraumatic stress disorder: Malay or myth? New Haven, CT: Yale University Press.
- Carlson, B. E. & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experience Scale. *Dissociation*, 1, 16–27.
- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 412–425.
- Dorrepaal, E., Thomaes, K., Smit, J. H., van Balkom, A., van Dyck, R., Veltman, D. J. & Draijer, N. (2010). Stabilizing group treatment for complex posttraumatic stress disorder related to childhood

abuse based om psychoeducation and cognitive behavioral therapy: A pilot study. *Child Abuse & Neglect*, 34, 284-288.

Fisher, J. (1999). *The Work of Stabilization in Trauma Treatment*. Upublisert manuskript.

Ford, J. D. (2009). Neurobiological and developmental research: Clinical implications. I Courtois, C. A. & Ford, J. D. (red.), *Treating Complex Traumatic Stress Disorder. An evidence-based guide*. New York: The Guilford Press.

Ford, J. D. & Courtois, C. A. (2009). Defining and understanding complex trauma and complex traumatic stress disorders. I Courtois, C. A. & Ford, J. D. (red.), *Treating Complex Traumatic Stress Disorder. An evidence-based guide*. New York: The Guilford Press.

Ford, J. D., Courtois, C. A., Steele, K., Van der Hart, O. & Nijenhuis, E. R. S. (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 437-447.

Fosse, R. & Dersyd, A. K. (2007). Forekomst av traumeutsatte pasienter ved distriktspsykiatriske sentre i spesialisthelsetjenesten. Aker Universitetssykehus: Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, Region Øst.

Herman, J. L. (1992). *Trauma and Recovery. From domestic abuse to political terror*. London: Pandora. An Imprint of Rivers Oram Publishers.

International Society for Study of Dissociation (2005). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(4). Tilgjengelig på <http://www.haworthpress.com/web/JTDdoi:10.1300/J229v06n04-05>

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living. Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Bantam Doubleday Dell Publishing Group.

Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2010). *Personlighetspsykiatri*. Gyldendal Akademisk.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.

Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., Van Dyck, Van der Hart, O. & Vanderlinden, J. (1996). The development and the psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 688-694.

Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Trauma and the Body. Sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Company.

Perry, B. D. (2011). Anvendelse av neurologiske utviklingsprinsipper i det kliniske arbeide med mishandlede og traumatiserte barn. I Hart, S. (red.), *Neuroaffektiv psykoterapi med barn* (s. 365-390). København: Hans Reitzels Forlag.

Porges, S. (2006). «Don` t talk to me now, I` m scanning for danger». How your nervous system sabotages your ability to relate. *Nexus*, 30-35 (intervju).

Schore, A. N. (2006). Landevindinger i neuropsykoanalyse, tilknytningsteori og traumeforskning: Implikasjoner for selvpsykologien. I Sørensen, J. H. (red.), Fonagy, Schore & Stern: *Affektregulering i utvikling og psykoterapi*. København: Hans Reitzels Forlag.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. & Steele, K. (2006). *The Haunted Self. Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York: W. W. Norton & Company.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. & Steele, K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 5, 413-423.

Van der Kolk, B. A. (2006). Clinical implications of neuroscience research in PTSD. *Annals New York Academy of Sciences*, 1071, 277-293.

Weiss, D. S. & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale: Revised. I J. P. Wilson & T. M. Keane (red), *Assessing psychological trauma and PTSD: A practitioner`s handbook* (s. 399-411). New York: Guilford Press.

Weele, J. (2006). Styrk den indre veggen. I Anstorp, T. Benum, K. & Jakobsen. (red), *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg* (s. 138-153). Oslo: Universitetsforlaget.

