

«Det som ikke dreper oss, gjør oss sterkere»

PSY
KOL
OGI



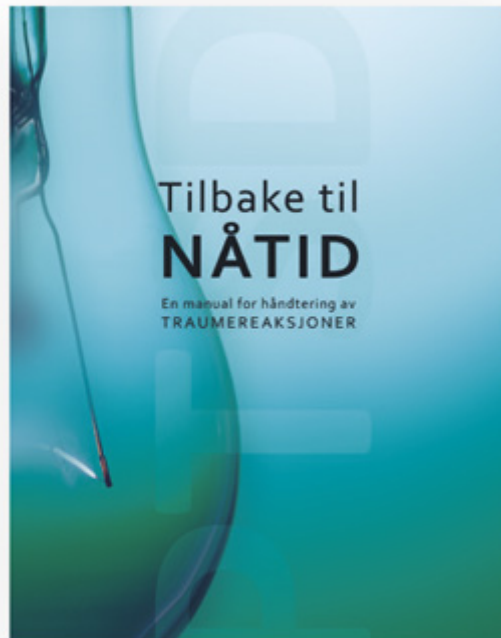
Trine Anstorp (red.), Kirsten Benum (red.) Traumebehandling. Komplekse traumelidelser og dissosiasjon, Universitetsforlaget, 2014. 392 sider

Når blir traumer så store at de trenger spesialisert behandling, forskjellig fra annen, psykologisk behandling? To bøker prøver å gi oss svar.

ANMELDT AV

Joanna Rzadkowska

PUBLISERT 2. september 2015



Traumepoliklinikken, Modum Bad
*Tilbake til nåtid. En manual for håndtering
av traumereaksjoner*, Modum Bad, 2014.
239 sider

I 2006 OPPRETTET Helsedirektoratet fem Regionale ressursentre for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS). Bakgrunnen var at man ville ruste opp behandlingen av blant annet flyktninger som kom til landet. Ny, målrettet kompetanse ble ansett som nødvendig: Hvordan kan vi hjelpe denne sårbare pasientgruppen som har så høy risiko for retraumatisering?

Den tøffe barndommen

Publikasjonen av de mer enn 50 vitenskapelige artiklene i kjølvannet av ACE Study (The Adverse Childhood Experiences Study) har satt søkelyset på hva slags konsekvenser traumatiserte barn vil kunne oppleve senere i livet. Studien, som ble satt i gang på en klinikk for overvekt i San Diego i 1985, har resultert i noen skremmende tall. Hvis man har blitt utsatt for en *adverse childhood experience* (ACE) i barndommen, øker det sannsynligheten for at man utvikler alkoholisme, blir diagnostisert med kreft eller andre alvorlige sykdommer, og hvis man har opplevd mer enn 6 ACE-er, er det tretti ganger så sannsynlig at man forsøker å ta sitt eget liv.

«Styrken til mange av
kapitelforfatterne er deres
empati og evne til innlevelse
med pasientgruppen de
beskriver»

Tilknytningsteori ble satt på agendaen. For kanskje er det ikke de materielle omstendighetene, men det emosjonelle miljøet i barndommen som bestemmer hvordan vi har det senere i livet? I Norge har Anna Luise Kirkengen forsvart dette perspektivet med boken *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (Universitetsforlaget, 2009).

Et samfunn av traumatiserte

Trine Anstorp gir en liten innføring i disse samfunnspsykologiske temaene i kapittel 1 i boken *Traumebehandling*. Hun skriver blant annet om den høye forekomsten av forskjellig type påkjenninger i befolkningen: «[T]il sammen rapporterte 33,6 % av kvinnene og 11,3 % av mennene (...) at de hadde opplevd en eller annen form for seksuelle overgrep i løpet av livet». Dette er veldig høye tall, og hvis vi tar med alle de andre formene for traumatiske opplevelser som ACE Study opererer med (blant annet psykisk lidelse i familien, skilsmisse, vold eller emosjonell forsømmelse), blir tallene for de med minst én ACE veldig høye, faktisk rundt 66 prosent i USA. Da er det viktig å skjelne mellom potensielt traumatiske hendelser (som ikke gir ettervirkninger) og traumer, slik Anstorp gjør. Et annet spørsmål som kunne Anstorp kunne tatt opp, er at den kliniske befolkningen vil ha en så høy forekomst av traumer at begrepet kan miste sin egenart og forklaringsverdi. Når alle er traumatiserte, blir det ikke bare et nytt utgangspunkt som er likt for de fleste?

Uansett tenker jeg at opplysningsprosjektet til Kirsten Benum og Trine Anstorp er særlig anvendelig på en helt bestemt pasientgruppe, de med «DID» (multippel personlighetsforstyrrelse eller dissosiativ identitetsforstyrrelse). Dette er en psykisk lidelse med flere distinkte delpersonligheter som ofte har amnesi for hverandre. Blant disse skiller man mellom de som er tilnærmet nøytrale og fungerer i hverdagen, og de som er sinte, redde eller opplever seg selv som små barn. Den antatte årsaken til oppsplittingen er alvorlig og svært tidlig traumatisering.

Undertegnede har selv vært involvert i en sak hvor pasienten presenterte over ti forskjellige delpersonligheter, og den forvirringen og maktesløsheten man kan oppleve i en lignende situasjon, ble i høy grad dempet da jeg leste *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg* (Anstorp, Benum, Jakobsen, Universitetsforlaget, 2006). Hvis vi aksepterer splittingen som en fenomenologisk realitet, er disse bøkene til enorm praktisk hjelp. For hva skjer når en sint personlighetsdel erstattes av en sintere? Skal man snakke med barnedelen, eller ikke? Mulige problemstillinger blir grepet tak i og integrert i en anvendelig, faseorientert behandlingsmetode. Så ja, takk for disse bøkene, som enkelte av oss har knuget oss til som en livredningsbøye.

I de vanskelige vurderingenes land

Situasjonen blir imidlertid mer komplisert i saker hvor dissosiasjonen er mildere. Her får poliklinikkene ofte en utfordring med å diagnostisere: Er det uspesifisert dissosiativ lidelse eller en personlighetsforstyrrelse? Den og andre problemstillinger synes jeg ikke

blir møtt like godt i bøkene til Anstorp og Benum, og kanskje i enda mindre grad i forårets utgivelse. Denne stridslinjen mellom traumemiljøet og personlighetsmiljøet hadde vært viktig å diskutere, særlig siden det virker som om antallet forskningsartikler om DID per år er fallende (Paris, J., 2012, *The Rise and Fall of Dissociative Identity Disorder*, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, 12). Det hadde vært velkomment med et forskningsbasert og granskende kapittel skrevet av noen som er kritisk til de dissosiative diagnosene.

Tvert imot er boken til Anstorp og Benum heller preget av selvgratulerende uttalelser. Eksempelvis i kapitlet «Traumesensitiv mindfulness», der Katinka Thorne Salvesen skriver setninger som: «Det er åpenbart at denne formen for arbeid er nyttig for mange» (uten referanse). Ord som åpenbart virker avskrekkende på denne leseren – vitenskap finnes nettopp fordi *lite* er åpenbart. I kapittel 20 høyner Trine Anstorp med å skrive: «Helt fra starten av fikk TT-programmet svært god respons og høstet stor anerkjennelse. (...) Deltakerne var svært begeistret». Her hadde en avveid holdning og nøktern argumentering vært å foretrekke.

Når det er sagt, er det flere kapitler som bør berømmes. Kapitlet «Tidlig traumatisering og heling i den terapeutiske relasjonen», skrevet av Kirsten Benum, er velskrevet og interessant. Hun skriver konkret, med treffende eksempler og gode råd om utfordringene ved å bygge en terapeutisk relasjon til noen med alvorlige relasjonstraumer. I tillegg anvender hun tilknytningsteori og andre teoretiske tilnærminger på en elegant, integrativ måte som gjør at det føles relevant for ens egen kliniske praksis. Les dette om du bare skal lese ett kapittel fra denne boken! Styrken til mange av kapittelforfatterne er deres empati og evne til innlevelse med pasientgruppen de beskriver. Dette blir for eksempel tydelig i kapitlet «Kultursensitiv traumebehandling», skrevet av Judith van der Weele.

Behandlingsmanualer

Behandlingsmanualen *Tilbake til nåtid* (Modum Bad, 2014) er en slags enklere versjon av *Traumerelatert dissosiasjon. Ferdighetstrening for pasienter og terapeuter*, skrevet av Suzette Boon, Kathy Steele og Otto Van Der Hart (oversatt og gitt ut av Modum Bad i 2014). En annen forskjell er at sistnevnte virker beregnet på en sykere pasientgruppe. Ellers har disse manualene mange overlappende kapitler. *Tilbake til nåtid* er likevel et velkomment bidrag til den kliniske psykologens verktøykasse. Mange psykologiske ferdigheter og begreper, for eksempel oppmerksomt nærvær, tankefeller eller affektbevissthet, blir forklart på en pedagogisk og tilgjengelig måte. For de som har lært mye om traumer, men ikke vet hvordan de skal implementere denne kunnskapen, kan denne manualen være en god støtte.

Tilbake til tittelen på anmeldelsen: Den er en løgn. Det som nesten dreper oss, gjør oss ikke sterke. Tvert imot kan det gjøre oss veldig, veldig syke, ute av stand til å jobbe og være sosiale, kanskje til og med ute av stand til å leve. Og til tross for psykologifagets mange nyanser, kontroverser og polariseringer er dette et faktum vi er nødt til å ta på alvor.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 52, nummer 9, 2015, side 825-827

ANMELDT AV

Joanna Rzadzowska, psykolog, poet og kritiker