

Betydningen av å være trygg

2. Et polyvagalt perspektiv på psykoterapi med utviklingstraumatiserte barn

Å gå en tur i parken, se film eller spise sammen er aktiviteter som i beste fall har blitt sett på som utgangspunkt for terapi. Ifølge den polyvagale teorien kan slike aktiviteter også *utgjøre* selve terapien.

TEKST

Nils Eide-Midtsand

PUBLISERT 5. oktober 2017

ABSTRACT:

The importance of being safe: 2. A polyvagal perspective on psychotherapy with developmentally traumatized children

Informed by the therapeutic process of a young boy, the article seeks to demonstrate the great heuristic value of polyvagal theory to clinical work with traumatized children. To provide a setting that feels safe is not only a prerequisite for therapeutic work; it is an integral part of therapy itself. When feeling safe and free to express themselves many of the children spontaneously begin to explore and experiment with enhancing their capacity for parasympathetic immobilisation without fear as well as for joyful sympathetic mobilisation. Often this is accomplished through the medium of play rather than with words. Polyvagal theory provides the field with new perspectives and organising principles that have the potential of both increasing our understanding of our patients' behaviour as well as stimulating our imagination of how to provide the child with a safe environment for his/hers explorations.

Key words: polyvagal theory, child psychotherapy, developmental trauma, rough-and-tumble play

EMNER

Polyvagale teori

psykoterapi

utviklingstraumer

Trygg

I den første artikkelen om den polyvagale teorien (Eide-Midtsand & Nordanger, dette nummer) ble teorien nærmere beskrevet og de viktigste nøkkelbegrepene gjennomgått: 'vagusbremsen', 'det sosiale engasjement-systemet', 'nevrosepsjon' og 'det autonome responshierarkiet'. Teorien forutsettes kjent i det følgende, der jeg ved hjelp av et terapiforløp ønsker å belyse hvordan den kan bidra i det terapeutiske arbeidet med

utviklingstraumatiserte barn. Terapi utledet av denne teorien går i korthet ut på å gjøre pasienten trygg slik at nervenetverket for sosialt engasjement styrkes og blir styrende for atferden i stadig flere situasjoner og sammenhenger. Jeg vil først vise hvordan teorien kan fungere som rettesnor i etableringen av et trygt terapeutisk rom. Deretter skal jeg beskrive hvordan lek framstår som et velegnet medium til å styrke nervenetverket for sosialt engasjement gjennom å utvide toleransen for både sympatisk aktivering og parasympatisk (under)aktivering.

Den polyvagale teorien stimulerer til utvikling av terapeutiske innfallsvinkler, som kan utgjøre et alternativ til kognitive og atferdsfokuserede terapiformer for tidlig traumatiserte barn. Så langt jeg har kunnet bringe på det rene, er det ikke tidligere skrevet noe spesifikt om den heuristiske nytten av Porges' teori i en slik sammenheng.

Metodisk tilnærming

Artikkelen er en retrospektiv studie i den forstand at den er basert på løpende refleksjonsnotater uten at materialet i utgangspunktet ble systematisert for publisering. Den polyvagale teorien var en av flere teoretiske rammer som terapirommets hendelser fortløpende ble forsøkt forstått ut ifra. Samspillene som beskrives, går etter min erfaring ofte igjen i terapien til utviklingstraumatiserte gutter, og er gjengitt slik de faktisk utspilte seg. Sterkt identifiserbare hendelser er utelatt eller, i ett tilfelle, skrevet noe om av anonymitetshensyn. Av samme grunn er informasjon om ytre omstendigheter holdt på et minimum.

«Målet med behandling er å legge forholdene til rette slik at pasienten gjenvinner sine iboende ressurser for selvleging»

I den terapeutiske prosessen som beskrives i denne artikkelen, var det barnet selv som valgte retning og uttrykksmidler, med fryden som veiviser. Panksepp (1998) mener at positive følelser som fryd og behag hjelper oss å manøvrere mot slikt som er biologisk nyttig for oss. I tråd med C.G. Jungs (1966) vektlegging av menneskets selvhelende egenskaper mener også Peter Levine (1997, 2010) at mennesket, i likhet med andre pattedyr, har en iboende evne til selvleging etter overveldende opplevelser. Det er bare når vi tidlig i livet har manglet tilstrekkelig støtte i omgivelsene våre, at vi mister denne medfødte evnen. Målet med behandling er å legge forholdene til rette slik at pasienten gjenvinner sine iboende ressurser for selvleging.

Min erfaring er at når barn føler seg tilstrekkelig trygge og frie, vil de spontant og instinktivt finne fram til akkurat den type stimulering og samspill de behøver. Det er ikke alltid nødvendig med omfattende kartleggingsverktøy à la Bruce Perrys (2006) «Neurosequential Model of Therapeutics». Det er fascinerende å oppleve hvordan utviklingstraumatiserte barn ofte finner fram til de samme typer samspill og

stimulering som Perry beskriver i sin modell for hva ulike deler av hjernen trenger, samspill som også trekkes fram som viktige i den polyvagale teorien.

Bakgrunn

Dinu var nærmere ni da han fikk tilbud om en ukentlig time individuell psykoterapi. Lite var kjent om de første leveårene hans, annet enn at de hadde vært preget av grov omsorgssvikt, rusmisbruk og vold. Da terapien ble påbegynt, var det allerede etablert omfattende tiltak rundt ham, med veiledning til fosterforeldre og lærere og et godt samarbeid med barnevernet. Fosterforeldrene hadde fått opplæring i «Trygghetssirkelen» (Marvin, Cooper, Hoffman & Powell, 2002) og viste stor forståelse for guttens behov. Han var nettopp blitt flyttet over fra en skole der lærerne virket mest opptatt av å få en ADHD-diagnose slik at uroen hans kunne medisineres bort, til en skole der lærerne var sterkt engasjert både i Dinu og i traumebevisst pedagogikk (Norheim, 2014). Forutsetningene for å kunne hjelpe ham virket optimale.

Dinu hadde gjort store framskritt i løpet av det siste året, men han vekslet fortsatt mellom å være rastløs, mistenksom, krenkbar og sint og å være fjern, apatisk og vanskelig å få etablert kontakt med. Man visste aldri om han hørte eller ikke hørte, om det han sa var sant eller løgn. I pressede situasjoner kunne han reagere med intense «raseriutbrudd» som mer framsto som kaosangrep, og som kunne ende med at han besvimte eller gikk inn i et epilepsilignende krampeanfall. Anfallet ble gjerne innledet med at han ble tiltagende hektisk og begynte å løpe formålsløst omkring. Som regel var det på skolen at dette utspant seg.

Stimulering av nervenetverket for sosialt engasjement

Å føle seg trygg sammen med terapeuten er en viktig forutsetning for alt terapeutisk arbeid. For barn som har opplevd store påkjenninger i samspillet med de tidligste omsorgspersonene, er det å føle seg trygg ikke bare en forutsetning for behandling, det er selve behandlingen – «en nevralt øvelse» med store ringvirkninger (Porges & Buczynski, 2013).

I det første møtet med Dinu og fosterforeldrene var Dinu nokså ukritisk i kontakten, han satte seg straks på fanget på en litt aggressiv måte som etter hvert føltes ubehagelig og invaderende. Ved de neste møtene var han mer tilbakeholden. Han møtte ikke blikket, skvatt til ved den minste berøring eller hvis jeg beveget meg for brått.

Ansiktsmimikk og stemme virket avflatet, og han hadde en merkelig, stakkato måte å bevege seg på. Jeg merket ingen oppmykning i løpet av de første terapitimene. Dinu reagerte ikke på spørsmål og forholdt seg sjelden til det jeg sa, men snudde seg av og til bort når jeg forsøkte å etablere kontakt. Andre ganger var jeg usikker på om han i det hele tatt hørte, eller om han bare overhørte meg. Innimellom sank han liksom sammen og ble sittende ubevegelig med et undrende, litt trist ansiktsuttrykk.

Tilrettelegging av fysiske rammebetingelser

Vi er tilbøyelige til å feste motiver til atferd, og spesielt til atferd som vekker vanskelige følelser i oss selv, som å tolke Dinus væremåte som avvisning i dette tilfellet. Å oppleve seg avvist vil i neste omgang lett utløse motavvisning, som signaliseres enten man er seg det bevisst eller ikke. Den polyvagale teorien betoner at omgivelsene hele tiden sender ut signaler som oppfattes ubevisst, og hensetter oss i en bestemt fysiologisk tilstand, for eksempel alarmberedskap, som i neste instans er koblet sammen med bestemte måter å reagere på. Det gjelder ikke bare det vi vanligvis betrakter som utrygge rammebetingelser (Eide-Midtsand, 1987, 2002a), men også trekk ved omgivelsene som bakgrunnsstøy, innredning, lukter eller folks måter å snakke og bevege seg på. Slike faktorer i omgivelsene våre, mer enn bevisste motiver, styrer mye av atferden vår.

Det ble fort klart at Dinu ikke kunne falle til ro i det store og litt uoversiktlige barneterapirommet, der jeg av gammel vane slo meg ned på sandkassekanten, mens Dinu plasserte seg i sofaen litt lenger inne i rommet. Langt senere betrodde Dinu meg at han ble kvalm hvis noen satte seg mellom ham og utgangsdøra; han var redd han ville besvime og ikke komme seg ut. En annen ting han hadde opplevd som skummelt, og som jeg ikke hadde ofret en tanke, var at lyset i rommet slo seg automatisk på idet vi kom inn. Dinu hadde sittet og ventet anspent på at det ville slå seg av igjen slik at vi ble sittende i stummende mørke. Foreløpig forsto jeg bare at han kjente seg utrygg, og foreslo at vi flyttet oss over til det mindre kontoret i stedet.

Venterommet er det første som møter klienten når han eller hun kommer til behandling, og det første som signaliserer om klinikken er et trygt eller utrygt sted å være. Dinus terapi ble påbegynt i en periode da ventesonen ble benyttet til forskjellige kulturelle evenementer, som innebar mye støy og at klienter risikerte å komme til et annerledes innredet venterom fra gang til gang. I tillegg falt Dinus time sammen med personalets lunsjpause, med dårlig skjerming mot latter, høylytte samtaler og påtrengende lukter av mat og matlaging. Glade stemmer og duften av nystekte bakervarer signaliserer for de fleste av oss at vi er kommet til et trygt og godt sted. For Dinu, derimot, ble det nok en påminnelse om at livets goder var for alle andre, bare ikke for ham. Sammen med bakgrunnsstøyen, alt det potensielt farlige som skjedde utenfor synsfeltet hans, hensatte det ham i en fysiologisk tilstand der sosiale samspill og dermed terapi ikke er mulig. Han visste ikke hvor han skulle gjøre av seg i ventesonen, oppførte seg hver gang som om han aldri hadde sett meg før, og kunne kveppe kraftig til når jeg gikk i retning mot ham. Vi ble enige om å flytte den ukentlige timen hans til et tidspunkt etter ordinær arbeidstid, når venteroommet vanligvis er roligere.

Et første lite glimt av noe relasjonelt kom noen uker senere da Dinu utbrøt da jeg kom for å hente ham i ventesonen: «Jeg så at det var *du* som kom ned trappa!» Gjenkjennelse er selve forutsetningen for å kunne tilnærme seg en annen. Mennesker vi ikke kjenner, aktiverer automatisk en viss alarmberedskap i oss, sterk eller svak alt etter forhistorie og situasjon. Fullstendig avslappet og fortrolige er vi bare med mennesker vi kjenner godt og føler oss trygge sammen med. Dinu og jeg var på langt nær der ennå, men jeg var i ferd med å forvandle meg fra å være en ukjent til å bli en kjenning av ham.

Gryende samspill med stemme og blikk

Å flytte timen til et roligere tidspunkt på dagen og til et mindre og mer oversiktlig rom var bare to av faktorene som dempet Dinus opplevelse av å være i fare. Alt annet måtte også tilrettelegges med trygghet som formål – for å aktivere nervenettverket for sosialt engasjement. Jeg merket for eksempel at Dinu i likhet med mange andre utviklingstraumatiserte barn ble urolig dersom jeg spurte hva han følte eller tenkte, og lot følgelig være å bli for «nysgjerrig», som han uttrykte det. I stedet snakket vi hverdagslig om ting han var interessert i og opptatt av. Ifølge den polyvagale teorien er innholdet i det som sies, ikke så viktig. Viktigere enn *hva* som sies, er *måten* det sies på; små signaler båret fram av en stemmefarge, tonehøyde, intensitet, volum, rytme og lignende, som er ment å frambringe en fysiologisk og mental trygghetsfølelse. Det er slik vi naturlig snakker til småbarn og til kjæledyrene våre.

Men også her må man tone seg inn på det enkelte barnets emosjonelle ansiktsuttrykk og kroppsspråk. Noen traumatiserte barn hensettes tvert imot i autonomt stressmodus hvis de blir snakket til på denne måten. Det kan for eksempel være tilfellet der hvor overgrep er blitt innledet med en slik prosodi. Dinu ble irritert av toneleier som var ment å formidle forståelse og empati, så jeg fant etter hvert fram til en lavmælt, mumlende og nokså nøytral vokal modus, som lot til å gjøre kommentarer og innspill utholdelige.

Heller ikke blikkontakt, som vanligvis framheves som selve kjernepunktet i god sosial kontakt, er en enkel og liketil sak i samspill med barn som Dinu. Porges (2011) minner om at direkte øyekontakt med noen man ikke er tilstrekkelig trygg på, hensetter alle pattedyr i forsvarsmodus. Så selv om det føles naturlig å søke blikket til den en vil bli kjent med, måtte jeg aktivt jobbe med å legge bånd på meg overfor Dinu. Han stivnet til eller snudde seg bort dersom jeg kastet mer enn et lite øyekast i hans retning. Det gjorde også stor forskjell på kroppsspråket hans hvor jeg plasserte meg i rommet: ikke rett overfor ham, ikke mellom ham og døra og ikke bak ham der han satt på kontorpulten foran PC-en. Dinu falt mer til ro etter at vi flyttet tastaturet slik at han kunne sitte på sofaen med ryggen mot veggen. Ifølge Porges (2011) vil alle pattedyr, inklusive mennesket, kjenne seg mer urolige med åpent rom bak seg. Han tolererte også at jeg satte meg ved siden av ham i sofaen, bare det ikke ble for nær.

Samspill foran dataskjermen

En stor del av det første halvåret i terapi ble benyttet til internettrelaterte aktiviteter: videoklipp fra YouTube og dataspill. Igjen var det overordnede målet å gjøre Dinu trygg – gjøre ham bedre i stand til å regulere den fysiologiske tilstanden sin, styrke vagusbremsen – framfor å bibringe innsikt eller å bearbeide følelser etter tradisjonell psykodynamisk modell. Å åpne opp for aktiviteter som det individuelle barnet er trygg på og føler seg vel med, gir etter min erfaring det beste utgangspunktet for å nå inn til barn som har opplevd tidlige relasjonelle traumer. Det kan være musikk eller fotballsparking eller, i Dinus tilfelle, dataspill.

Å dele oppmerksomhet om noe tredje er en effektiv måte å knytte bånd mellom mennesker på, men er noe som mange overaktiverte barn sliter med (Hüther & Bonney, 2013). Internett kan være et positivt terapeutisk medium i en slik sammenheng, og da ikke internett i seg selv, men de samspillene som oppstår, og den kontakten som skapes. Da jeg valgte å følge Dinus interesse for spill og videosnutter, kommentere handlinger og tone meg inn på følelser i den virtuelle verden, begynte det å utvikle seg en relasjon mellom oss. Oppmerksomheten på figurene i dataspill og videoklipp kunne smått om senn suppleres med eksplisitt oppmerksomhet og inntoning på Dinus *opplevelser* knyttet til det som skjedde på skjermen; for eksempel triumfen ved å lykkes og frustrasjonen ved å mislykkes. Parallelt med dette kunne også den fysiske avstanden mellom oss reduseres.

Det var viktig å respektere Dinus behov for å styre tilnæringsprosessen gjennom spørsmål som: Jeg lurer på om det er greit for deg at jeg setter meg ved siden av deg? Er det greit at jeg flytter meg litt nærmere? Slike spørsmål ble som regel besvart med et nikk eller et smil. Dersom jeg derimot ble så oppslukt av hendelsene på skjermen at jeg kom litt for nær uten å ha avklart det med ham først, stivnet han straks til og ble utilgjengelig igjen. Det kom til et brudd mellom oss, som imidlertid lot seg lege gjennom at jeg unnskyldte meg og tonet meg inn på hans behov for å regulere avstanden mellom oss. Slike reparasjoner utgjør kanskje noen av de mest betydningsfulle øyeblikk i en terapiprosess: De gir barnet en konkret opplevelse av at ubehag er forbigående, at man kan snu om til positivt modus igjen ved hjelp av en annen. Ubegag blir dermed mindre farlig, og styrker både selvreguleringsevnen og evnen til å la seg regulere gjennom sosiale samspill (Schore, 2012; Eide-Midtsand, 2014).

Forløsende samspill omkring mat

Dinu var uvanlig vår for lyder. I en av timene gjorde bråket fra en gressklipper ham så anspent at vi ble enige om å flytte oss til sykehusets kafé. I flere måneder framover gikk vi til kaféen og startet timen der. Jeg har tidligere påpekt at mat kan utgjøre en viktig del av psykoterapi med tidlig traumatiserte barn (Eide-Midtsand, 2002b). Porges' teori belyser hvorfor det er slik. Ifølge teorien inngår svelge- og tyggemuskelatur, spyttsekresjon og enkelte smaksfibre i nervenetverket for sosialt engasjement, og stimulering av én del av systemet (f.eks. å smake, tygge og svelge) vil ha ringvirkninger i systemet som helhet (øyekontakt, mimikk, puls osv.). Det å spise sammen har til alle tider skapt sosialt engasjement, roet ned den fysiologiske beredskapen og gjort fysisk og psykisk tilnærming mulig (Porges & Buczynski, 2011).

Det skjedde en forbløffende endring med Dinu mens vi spiste: Ansiktsmimikken ble livligere, han var mer spontan og direkte, bøyde seg ivrig fram mot meg over bordet, søkte blikkontakt, modulerte stemmen tydeligere og tok imot mine innspill på en helt annen måte enn når vi var på kontoret. Og når vi gikk til og fra mellom kafé og klinikk, beveget han seg friere, mindre forknytt. Imidlertid var heller ikke dette noen enkel og liketil prosess. Dinu kunne plutselig stenge helt av igjen og bli utilnærmelig, midt i et frydefullt samspill. Toleransen var åpenbart lav også for følelser og fornemmelser som

de fleste opplever som positive. Det var tydelig at også toleransevinduet for positive følelser og speilinger måtte utvides svært forsiktig.

Trening av vagusbremsen gjennom lek

Som tidligere nevnt, består en av grunnpilarene i den polyvagale teorien i oppdagelsen av hvordan trekk i omgivelsene, fysiske så vel som relasjonelle, forårsaker automatiske skifter i fysiologisk modus med tilknyttede affektive og atferdsmessige endringer. Hjernen er naturlig rigget for å sikre vår overlevelse, det vil si at vi går automatisk i forsvarsmodus i nye, ukjente situasjoner. For at sosial tilnærming, hengivenhet og intimitet skal være mulig, må disse modiene slås aktivt av, noe pattedyr oppnår ved hjelp av det nye, myeliniserte parasympatiske systemet, vagusbremsen, som aktiveres når vi føler oss trygge, og som mobiliserer resten av det sosiale nervenetverket. Barn som tidlig i livet har erfart at verden er farlig, har større problemer enn folk flest med å slå av forsvarssystemene sine (se også Eide-Midtsand & Nordanger, dette nr.).

«For barn som har opplevd store påkjenninger i samspillet med de tidligste omsorgspersonene, er det å føle seg trygg ikke bare en forutsetning for behandling, det er selve behandlingen»

I forrige hovedavsnitt beskrev jeg hvordan nervenetverket for sosialt engasjement gradvis ble aktivert og styrket hos Dinu gjennom nøye regulerte samspill som hadde som formål å gjøre ham trygg. En klar indikasjon på økende trygghet kom etter et halvt års tid, da Dinu ville tilbake til det store barneterapirommet igjen. Lysten og nysgjerrigheten styrte ham naturlig mot lek, som er et effektivt medium til å trene opp motstandskraft mot å gå i forsvarsmodus.

Porges (2009; Porges & Buczynski, 2011, 2015) understreker at en godt utviklet vagusbremse kan modifisere de to autonome systemene som vanligvis benyttes til forsvar: sympatisk mobilisering og parasympatisk immobilisering. Han trekker spesielt fram lek som en god arena til å trene på sympatisk mobilisering uten å gå inn i kamp- eller fluktmodus. Etter min erfaring er lek et like viktig medium til å øke toleransen for parasympatisk underaktivering – det Porges (2001) kaller «immobilisering uten frykt». I barneterapirommet henga Dinu seg til begge deler – til å pendle mellom å være i trygghetssonen sin og å foreta små ekspedisjoner ut mot grenseområdenes skrekkblandete fryd.

For oversiktens skyld skal jeg beskrive utforskningen av sympatisk mobilisering og parasympatisk immobilisering hver for seg, som separate faser. I virkeligheten foregikk utforskningen av de to grensesonene ofte parallelt, vekselvis eller flettet sammen i en og samme aktivitet. Jeg har også valgt ut én av de mange lekeaktivitetene som i Dinus tilfelle befordret denne utforskningen, nemlig forfølgelseslek. I lekemodus kunne han i

sitt eget tempo og i sin egen rytme – *med støtte fra en trygg voksen og i trygge omgivelser* – gjenskape fortidens påkjenninger i porsjoner som var til å utholde og håndtere.

Første fase i forfølgelsesleken: frydefull mobilisering

Barn som tidlig i livet har opplevd for sterk og ubehagelig sympatisk mobilisering, kan etter hvert utvikle lav toleranse for sympatisk aktivering generelt, både positiv og negativ. Dette kan for eksempel skyldes at de fysiologiske signalene (hjerterbank, økt oksygenbehov o.l.) er blitt så sterkt assosiert med sterke, uhåndterlige affekter (raseri, skrekk) at disse affektene siden utløses automatisk bare pulsslagene blir kraftige nok. Dinu havnet ofte i vansker fordi lekeslåssingen med andre barn plutselig slo om til ekte aggresjon og vold. På sin gamle skole ble han også betraktet som lat og bortskjemt fordi han stakk av fra undervisning som krevde fysisk anstrengelse.

I terapien gjaldt det å koble de fysiologiske og de affektive responsene fra hverandre igjen, slik at han ikke automatisk fikk panikk eller ble rasende når oksygenbehov og puls økte på grunn av harmløs fysisk utfoldelse. Forfølgelseslek og lekeslåssing er de to aktivitetene jeg erfarer at spesielt gutter spontant dras mot ved behov for å eksperimentere med sympatisk mobilisering.

Forfølgelsesleken startet som regel med et «prøv å ta meg!»; hvorpå Dinu satte av gårde i skrekkblandet fryd med meg i hælene. I denne første fasen av leken var det selvfølgelig umulig å få tak i ham ettersom store deler av rommet ble definert som friområder, eller Dinu ble «usynlig» dersom jeg kom for nær. Dette til tross ble spenningen forbundet med selve det å løpe fra meg av og til i overkant av hva han kunne tåle, og vi måtte avbryte. Jeg lærte meg etter hvert å stanse opp før han ble overaktivert. Hvis ikke kunne latter og frydefulle hyl plutselig stanse opp og Dinu gå over til å skjelle meg ut eller motsatt, synke sammen – andpusten, skjelven og klynkende.

I slike øyeblikk var det om å gjøre å endre nevrosepsjonen av fare og forankre ham i det trygge terapirommet; først og fremst gjennom at jeg selv forholdt meg rolig og småsnakket til ham med beroligende, følelsesnære ord; ved å peke på forskjellige gjenstander i rommet og få ham med på å vende seg mot dem: «Der er vasken, der vi lekte med vannhjulet forrige gang. Der er sandkassen, og der er dartsdiven der du vant over meg i stad. Der er skapet med supermanddrakten», og så videre. Selv om blikkontakt ikke lenger var et problem for Dinu når han var avslappet, måtte jeg i slike øyeblikk, mens han var i stressmodus, igjen unngå å se direkte på ham. Først når pusten stabiliserte seg og vagusbremsen begynte å virke, kunne jeg ta sjansen på å gripe hånda hans, stryke ham over ryggen eller legge en arm rundt skuldrene hans.

Van der Kolk (2014; Van der Kolk & Buczynski, 2015) betoner betydningen av beroligende fysisk kontakt i terapi med traumatiserte personer, og mener slik kontakt virker direkte inn på strukturer i det limbiske system. Det var fascinerende å se hvordan Dinu gradvis våknet opp fra slike tilstander, hvordan ansiktsmimikken ble mykere og stemmen mer melodios etter hvert som blikkontakt ble gjenopprettet mellom oss.

Et godt stetoskop har vist seg å være et utmerket hjelpemiddel for å koble affektive og fysiologiske responser fra hverandre. Jeg oppfordret Dinu til å lytte på hjerteslagene sine mens vi satt sammen i sofaen – hvilket i seg selv var urovekkende nok til å begynne med. Etter hvert foreslo jeg at han skulle reise seg opp og høre om hjerteslagene endret seg; deretter tok han på eget initiativ noen skritt og begynte å bevege seg omkring i rommet i forskjellig tempo. Hvis dette gjøres nennsomt og med tålmodighet, gir det etter hvert barna en konkret opplevelse av at de selv kan være med på å kontrollere hjerterytmen sin – øke den ved å sette opp farten og senke den igjen ved å slappe av.

Dinu utforsket dette i flere terapitimer framover, og var så frydefullt oppslukt av sine oppdagelser at han ikke «husket på å være redd», som han uttrykte det. Angst og panikk ble drevet bort av *søken* – en av Jaak Panksepps kjerneaffekter, som kontrolleres av dopaminnettverket i den subkortikale hjernen, og som manifesterer seg som nysgjerrighet, vitebegjær og spent forventning. Så lenge fryd og forventning dominerer, er det ikke rom for negative følelser (Panksepp, 2009; Panksepp & Biven, 2012).

Dinu fikk selv idéen om å ta stetoskopet med seg i forfølgelsesleken, der han slapp meg nærmere og nærmere mens han selv kunne løpe stadig raskere uten å gå inn i stressmodus. Mens vi løp omkring, kastet han rett som det var et blick tilbake på meg for å etablere øyekontakt. Vi opprettholdt også kontakt gjennom latter og gjensidige «fornærmelser». Porges (2009) beskriver lek som en øvelse i å bruke det sosiale engasjementsystemet til å regulere flukt-/kamp-responser. Bevegelsesleken jeg nettopp har referert, forutsetter at det sympatiske nervesystemet mobiliseres, men mobiliseringen må veksle med nedregulering av den sympatiske eksitasjonen gjennom sosial interaksjon ansikt til ansikt. Hvis ikke blir forfølgelse en skremmende opplevelse. Slike nedregulerende lekesignaler er beskrevet mer utførlig annetsteds (Eide-Midtsand, 2015).

Andre fase: immobilisering uten frykt

Både lekenhet og hengivenhet er viktige dimensjoner i nære forhold, og barn vil spontant utforske begge deler gjennom lek. Immobilisering uten frykt (Porges, 2001; 2009) er nødvendig for å kunne hengi seg til, gjøre seg sårbar overfor og være intim med et annet menneske.

Etter hvert som jeg ble bedre kjent med Dinu, framsto angsten for å miste seg selv i en parasympatisk panikktilstand som selve kjernen i problematferden hans. Å miste evnen til å bevege seg, å bli kvalm, svimmel og ikke få puste mens bevisstheten svinner hen, er en svært ubehagelig tilstand å være i. Det er den mest primitive fysiologiske forsvarsstrategien, som pattedyr automatisk går inn i når alt håp er ute.

I terapirommet inntraff denne tilstanden noen få ganger, første gang etter at Dinu fikk flis i fingeren mens vi bygget «verdens høyeste tårn» av treklosser. Han ble blek og slapp og ville styrte på dør. Men bena bar ham ikke, og han sank gråtende sammen på gulvet. Han ynket seg om at han sikkert kom til å miste fingeren, at alt blodet ville renne ut av ham. Han kaldsvettet og så ut til å være på nippet til å besvime mens jeg trakk ut flisen

og fikk satt på plaster. Han hadde åpenbart også mistet kontrollen med blære- og tarmfunksjon.

I et lite glimt ser vi her det autonome forsvarshierarkiet utspille seg. Dinu var trygt forankret i nettverket for sosialt engasjement mens han bygget tårnet sitt.

Vagusbremsen dempet den sympatiske innerveringen av sinusknuten, han slappet av og var i frydefullt samspill med meg om hvor umåtelig høyt dette tårnet skulle bli. En liten flis i fingeren, som de fleste barn ville tatt med fatning, endret Dinus fysiologiske tilstand totalt: Han gikk først inn i sympatisk forsvarsmodus; kroppen ble mobilisert til handling og han la på sprang. Han skjønnte imidlertid raskt at dette ikke ville hjelpe mot flisen, panikken økte, og han gikk som siste utvei inn i en parasympatisk immobiliseringstilstand.

Dette skjedde på et tidspunkt da Dinu var mer fortrolig med fysisk kontakt, så jeg la armene rundt ham og rullet rolig fram og tilbake. Ord ville ikke nå inn til ham før han kom ut av denne tilstanden – forvirret, skamfull og lei seg. I stedet fikk han en konkret opplevelse av at slike ubehagelige tilstander ikke varer evig, at man kan komme ut av dem ved hjelp av en annen.

I hverdagen prøvde Dinu sannsynligvis å holde slike panikkladede opplevelser fra livet ved å være i konstant bevegelse, oppsøke konflikter og krenkelser, krangle og tenne på alle pluggen: Så lenge han var sympatisk mobilisert, kunne han ikke samtidig være parasympatisk frakoblet. Men aktiveringen gjorde at han heller ikke var i stand til å slappe av sammen med andre. Og med raseri og fysisk anstrengelse følger uunngåelig hjertebank og andre fysiologiske responser som automatisk utløste panikk hos Dinu. Dermed drev han seg selv om og om igjen inn i den tilstanden som han mest av alt prøvde å unngå.

Da Dinu omsider ble trygg nok til ikke bare å bli forfulgt av meg, men også til å la seg fange, ble forfølgelseslek også et viktig medium for å eksperimentere med den «nedre», parasympatiske grensen av toleransevinduet. Å bli holdt fast var fortsatt belagt med så mye ubehag at vi avtalte at han skulle si «stopp» når han ville at jeg skulle slippe. I begynnelsen kom stoppesignalene nokså umiddelbart, men etter hvert lot han seg fange i lengre og lengre perioder av gangen. Jeg kunne kjenne hvordan hjertet hans roet seg, og hvordan han gradvis slappet av i hele kroppen. Ofte skrudde han det hele ned enda et hakk – fra å være avslappet til å bli helt lealaus, men nå av egen fri vilje og med hyppig ansiktskontakt og mange humoristiske replikkvekslinger underveis. Han eksperimenterte også med å la seg immobilisere, gi frivillig avkall på all muskeltonus, mens jeg bar ham omkring i rommet, eller mens han instruerte meg om å støtte ham og holde ham oppreist. Det begynte å føles trygt å hengi seg, å slappe fullstendig av sammen med et annet menneske.

Utviklingstraumatiserte barn ser ut til å drives instinktivt mot slike måter å utforske parasympatisk immobilisering på; de samme aktiviteten går igjen fra barn til barn. Andre måter er å leke pasient i full narkose, å la seg rulle stramt inn i gymnastikkmatter (Eide-Midtsand, 2002a), eller å be om å bli begravd under et berg av puter, tepper og

møbler. Alt sammen kan ses som øvelser i å la seg immobilisere uten frykt, der immobilisering via den vegetative vagus veksler med oppregulering gjennom sosial interaksjon ansikt til ansikt.

Tredje fase: legende bevegelser

Følelsen av å kunne bevege seg fritt og fleksibelt mot det som behager, og bort ifra det som skaper smerte og ubehag, er en grunnleggende forutsetning for trygghet. Å hjelpe traumatiserte barn med å gjenvinne sin bevegelse blir dermed en sentral dimensjon i terapien. Etter hvert som fysisk utfoldelse ble befridd for den tette sammenknyttingen med defensiv mobilisering, benyttet Dinu nok en gang forfølgelseslek som springbrett, da han i tillegg til å bli forfulgt og fanget også ville kjempe seg løs med egne krefter. Han insisterte på at jeg skulle gjøre så godt jeg kunne, og bebreidet meg ofte for ikke å holde ham hardt nok fast. Etter hvert utviklet det seg til temmelig intens lekeslåssing, der ansiktskontakt, stemmekvalitet og tilfeldige klemmer signaliserte gode intensjoner og hindret at det utviklet seg til ekte aggresjon. I en variant av temaet ba Dinu meg om å binde ham med et hoppetau, hvorefter han skulle prøve å komme seg løs uten hjelp.

Den frydefulle triumfen han viste når han endelig var fri og kunne løpe fra meg, viste utvetydig at leken var sterkt meningsbærende for Dinu. Van der Kolk har beskrevet den legende virkningen av å kunne fullføre bevegelser som ble påbegynt og stanset, eller bare fantasert om da traumat ble påført (van der Kolk, 2002; Ogden, Minton & Pain, 2006). Den gang var overmakten for stor og en selv for liten og svak til å yte motstand eller flykte unna. Nå, derimot, i det trygge terapirommet og med støtte fra en person som vil en vel, kan slike angstladede situasjoner fra fortiden oppsøkes på nytt – eksplisitt eller symbolsk – og den befriende bevegelsen kan endelig gjennomføres helt ut. For Dinus del handlet det først og fremst om å flykte. For andre barn kan det å dytte vekk eller å bekjempe være den forløsende handlingen de trenger å fullføre.

**«Jeg kunne kjenne hvordan
hjertet hans roet seg, og hvordan
han gradvis slappet av i hele
kroppen»**

Hjerneforskeren Joseph LeDoux har vist hvor viktig bevegelse kan være for å oppløse nevralt traumespor i hjernen. LeDoux forsker på rotter, og i ett forsøk ble rotter utsatt for ubehagelige, men ufarlige elektriske støt fra nettinggulvet i burene uten muligheter til å komme unna. Etter noen få forsøk viste rottene en typisk immobiliseringsrespons når signalet om støt ble gitt. I neste fase av forsøket ble buret utstyrt med en rømningsvei. Det som nå skjedde, var selvfølgelig at rottene stakk så fort signalet om støt ble gitt. Og det skulle ikke mange vellykkede fluktopplevelser til før «immobilitetssporet» i rottenes hjerne var fullstendig utvisket og erstattet med et «kompetansespor». Rottene var ikke traumatiserte lenger, de var igjen rotter som taklet tilværelsen (LeDoux & Gorman, 2001).

Selv om bildet er mer sammensatt hos barn som er blitt utsatt for uhåndterlige opplevelser gjennom tidlig barndom, kan frydefull bevegelse vise seg å være en underkjent terapeutisk ressurs også for dem. Dette gjelder for så vidt alle aktiviteter som genererer fryd og andre positive tilstander – som fyller blodet med antistresshormoner og utløser vekstfaktorer i hjernen (Panksepp, 1998; Panksepp & Biven, 2012). For Dinu markerte triumfhandlingene – å kjempe seg løs, unnsnippe, løpe fra meg – et tydelig skifte i terapiprosessen. Han begynte å utforske aktiviteter som han tidligere hadde skydd, men som han nå så ut til å nyte, og som etter hvert utviklet seg til dramalek.

Dinu hadde fortsatt utfordringer i hverdagen, men lekeaktivitetene hadde trolig bidratt til at nervenetverket for sosialt engasjement var blitt styrket. Dermed oppsto det flere situasjoner han kunne bevege seg mot med nysgjerrighet og fryd, og færre situasjoner der han automatisk gikk inn i rigide forsvarsmønstre som flukt, kamp eller overgivelse. De største utfordringene framover besto i å øve seg på å takle det mer uoversiktlige og uforutsigbare livet utenfor terapirommet, noe gode omsorgsbetingelser og en godt tilrettelagt skolehverdag best kunne hjelpe ham med. Samtidig fortsatte Dinu i terapi i enda et par år, inntil han selv følte at behovet ikke lenger var til stede. I terapirommet tok han nå vanskelige opplevelser fra både fortid og nåtid med seg inn i dramaleken, der han kunne utforske dem i håndterlige porsjoner i en sammenheng der han følte seg trygg. Da han omsider kjente seg klar for avslutning, var det fortsatt mye som utløste forsvarsrespons hos ham. Fjortenåringen Dinu var imidlertid innstilt på å takle disse utfordringene på egen hånd og med støtte fra trygge voksne i sitt nærmiljø.

Avslutning

Som nevnt innledningsvis var den polyvagale teorien en av flere teoretiske rammer som Dinus terapiprosess ble forsøkt forstått ut ifra. De lekaktivitetene som oppsto, er aktiviteter som traumatiserte barn spontant har igangsatt i terapirommet også før Porges' teori var kjent. Imidlertid knytter teorien de enkelte aktivitetene sammen på en meningsfull og forståelig måte, og gir oss nye alternative måter å fortolke aktivitetene på. Inntil det foreligger mer kontrollerte studier av teorien og dens verdi som utgangspunkt for terapi, må implikasjonene som trekkes i denne artikkelen, imidlertid anses som tentative.

**«Det kom til et brudd mellom
oss, som imidlertid lot seg lege
gjennom at jeg unnskyldte meg
og tonet meg inn på hans behov
for å regulere avstanden mellom
OSS»**

Teorien synes uansett å ha stor praktisk nytteverdi i det kliniske arbeidet med utviklingstraumatiserte barn, og føyer seg inn i rekken av nye, optimistiske

innfallsvinkler til behandling. Det sosiale nervenettverket antas å eksistere i oss alle; det ligger klart til bruk, og ved å stimulere det gjennom gode, tryggende samspill begynner det også å fungere. Å gå en tur i parken, spille fotball, se på videoklipp eller spise sammen er aktiviteter som i beste fall har blitt sett på som et utgangspunkt for terapi. Ifølge den polyvagale teorien kan slike aktiviteter også *utgjøre* selve terapien. Winnicott (1971) beskriver terapi som overlapping av to lekefelt, pasientens og terapeutens. Og hvis pasienten ikke kan leke, går terapi ut på å gjøre ham eller henne i stand til det. Med de utviklingstraumatiserte barna går terapi i første rekke ut på å kunne slappe av sammen. Og dersom de er ute av stand til å slappe av, må terapien bestå i å gjøre dem i stand til det.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 55, nummer 10, 2017, side 927-935

TEKST

Nils Eide-Midtsand, Avdeling for barn og ungers psykiske helse, Sørlandet sykehus HF, Kristiansand

KONTAKT: nmidtsa@gmail.com

+ [Vis referanser](#)

Referanser

- Eide-Midtsand, N. (1987). Den gode beholder: Noen tanker omkring det terapeutiske kontaktforholdet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 24, 427-435.
- Eide-Midtsand, N. (2002a). Den barneterapeutiske dialogen. I. Formidling gjennom handling og tilrettelegging. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 39, 595-603.
- Eide-Midtsand, N. (2002b). Den barneterapeutiske dialogen. II. Induktiv formidling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 39, 707-714.
- Eide-Midtsand, N. (2014). Utfordringer knyttet til skam og skyld i terapien til en tolv år gammel gutt. I Søftestad, S. & Andersen, I. L. (red.). *Seksuelle overgrep mot barn: traumebevisst tilnærming* (s. 162-175). Oslo: Universitetsforlaget.
- Eide-Midtsand, N. (2015). Boltrelek og lekeslåsning: Større rom i barnehagen og småskolen. Oslo: Kommuneforlaget.
- Eide-Midtsand, N. & Nordanger, D.Ø. (2017). Betydningen av å være trygg. I. Utviklingstraumatiserte barns affektreguleringsvansker forstått i lys av Stephen Porges polyvagale teori. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, dette nummer.
- Hüther, G. & Bonney, H. (2013). *Neues vom Zappelphilipp: ADS verstehen, vorbeugen und behandeln*. Weinheim: Verlagsgruppe Beltz.
- Jung, C.G. (1966). *The practice of psychotherapy*, Coll.wks. 16. London: Routledge & Kegan Paul.
- LeDoux, J.E. & Gorman, J.M. (2001). A call to action: overcoming anxiety through active coping. *American journal of Psychiatry*, 158, 1953-1955.
- Levine, P.A. (1997). *Waking the tiger: Healing trauma*. Berkeley: North Atlantic Books.
- Levine, P.A. (2010). *In an unspoken voice: How the body releases trauma and restores goodness*. Berkeley: North Atlantic Books.
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K. & Powell, B. (2002). The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver - pre-school child dyads. *Attachment & Human Development*, 4,

107-124.

Norheim, H.S. (2014). Traumebevisst arbeid i skolen. Utfordringer og muligheter. I Søftestad, S. & Andersen, I. L. (red). Seksuelle overgrep mot barn: traumebevisst tilnærming. (s. 176-187). Oslo: Universitetsforlaget.

Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy. New York: Norton

Panksepp, J. (1998). Affective neuroscience: The foundation of human and animal emotions. Oxford, N.Y.: Oxford University Press.

Panksepp, J. (2009). Brain emotional systems and qualities of mental life: From animal models of affect to implications for psychotherapeutics. I Fosha, D., Siegel, D.J. & Solomon, M.F. (red). The healing power of emotions: affective neuroscience, development and clinical practice (s. 1-26). New York: Norton.

Panksepp, J. & Biven, L. (2012). The archaeology of mind: Neuroevolutionary origins of human emotions. New York: Norton.

Perry, B. (2006). Applying principles of neurodevelopment to clinical work with maltreated and traumatized children: The neurosequential model of therapeutics. I Webb, N.B. (red.). Working with traumatized youth in child welfare. (s. 27-52). New York: The Guilford Press.

Porges, S.W. (2001). The polyvagal theory: phylogenetic substrates of the social nervous system. *Journal of Psychophysiology*, 42, 123-146.

Porges, S.W. (2009). Reciprocal influences between body and brain in the perception and expression of affect: A polyvagal perspective. I Fosha, D., Siegel, D.J. & Solomon, M.F. (red). The healing power of emotions: affective neuroscience, development and clinical practice (s. 27-54). New York: Norton.

Porges, S.W. (2011). Clinical implications of polyvagal theory. Rhythms of the body: Foredrag av S. W. Porges, S. Carter & A. Gray. Kristiansand, 19.-20. mai.

Porges, S.W. & Buczynski, R. (2011). The polyvagal theory for treating trauma. New treatment for trauma teleseminar series. The National Institute for the Clinical Application of Behavioral Medicine (NICABM)

Porges, S.W. & Buczynski, R. (2013). Beyond the brain: Using polyvagal theory to help patients «reset» the nervous system after trauma. Rethinking trauma webinar series. NICABM.

Porges, S.W. & Buczynski, R. (2015). Body, brain, behavior: How polyvagal theory expands our healing paradigm. Brain-smart webinar series. NICABM.

Schore, A.N. (2012). The science of the art of psychotherapy. New York: W.W. Norton

Van der Kolk, B. (2002). Beyond the talking cure: Somatic experience and subcortical imprints in the treatment of trauma. I F. Shapiro (red.), EMDR as an integrative psychotherapy approach: experts of diverse orientations explore the paradigm prism. (s.57-84). Washington DC: APA Press.

Van der Kolk, B. (2014). The body keeps the score: Mind, brain and body in the transformation of trauma. London: Allen Lane.

Van der Kolk, B. & Buczynski, R. (2015). How to help patients rewire a traumatized brain. Brain-smart webinar series. NICABM.

Winnicott, D. (1971). Playing and reality. London: Routledge and Kegan Paul.