

Hva er det som hjelper?

Miljøterapeutiske verktøy i møte med traumatiserte pasienter

av

Torhild Melgård – psykolog, spesialist i klinisk psykologi

Cathrine Ramm – fysioterapeut, spesialist i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi



INNHOOLD

1.	INNLEDNING: STABILISERING – KJERNEN I ALT TRAUMEARBEID	2
2.	TEORIEN OM STRUKTURELL DISSOSIASJON – ET NYTTIG REDSKAP I TRAUMEFORSTÅELSE	3
	2.1 Forsvarsreaksjoner	6
	2.2 Toleransevindu	6
	2.3 Hvordan styrke her-og-nå opplevelsen? Praktiske eksempler/øvelser	7
3.	PASIENTENS TILKNYTNINGSPROBLEMATIKK OG AVSPALTNING – KONSEKVENSER FOR ARBEIDET I EN DØGNENHET	9
	3.1 Symptomer og atferd som kommunikasjon	10
	3.2 Fokus på voksendelen – samtidig aksept for andre deler	11
	3.3 Motoverføring	12
4.	FLERE SENTRALE BEGREPER I TRAUMEBEHANDLING	12
	4.1 Grenser, nærhet og avstand	12
	4.2 Forskjellige deler kan ha ulik tilgang til hukommelsen	14
	4.3 Håp og motløshet	15
	4.4 Forutsigbarhet og kontroll	16
5.	SELVSKADING, SUICIDALTANKER OG -ATFERD	16
6.	GJENOPPLEVELSER OG TRIGGERE	17
	6.1 Gjenopplevelser	17
	6.2 Den indre veggen	18
	6.3 Triggere	19
7.	SØVN	20
	7.1 Mareritt	22
8.	MAT	22
9.	PERSONLIG HYGIENE	24
10.	OPPSUMMERING OG AVSLUTNING	26
	Litteratur:	27

1. INNLEDNING: STABILISERING – KJERNEN I ALT TRAUMEARBEID

Det er kjent at ca 70 % av pasientene i psykisk helsevern rapporterer om vold og/eller traumeerfaringer i sin historie. En vanlig begrunnelse for innleggelse av pasienter ved sengeposter i psykisk helsevern, er at det er behov for stabilisering. Denne veilederen har som hovedfokus å gi et konkret innhold til begrepet stabilisering. Den retter seg særskilt mot arbeid med pasientgrupper med traumbakgrunn, men mye av tenkningen og konkrete øvelser vil være nyttige også for engstelige og urolige pasienter uten kjent traumbakgrunn.

Når man som profesjonell hjelper får vite at en pasient har vært utsatt for traumatiske påkjenninger, kan det være nærliggende å tenke at det vil være godt og nyttig for pasienten å få snakke om det vonde som har hendt, for å bearbeide hendelsene. Erfaring fra fagfeltet viser imidlertid at samtaler om traumer som ligger tilbake i tid, gjerne fører til gjenopplevelser og retraumatisering heller enn bearbeiding, dersom pasienten ikke er godt nok stabilisert og har gode nok reguleringsferdigheter. Bearbeiding er dermed noe som kommer et stykke ut i et behandlingsforløp, og helst i individualterapi av noe tids varighet. Noen pasienter har heller ikke den psykologiske kraft og spenst som skal til for at det skal være faglig forsvarlig å gå i gang med en bearbeiding. Likevel vil en slik pasient ha nytte av stabilisering, med et særskilt fokus på å øve opp reguleringsferdigheter, med det lette i symptomer og lidelse et godt stabiliseringsarbeid faktisk gir. Derfor er stabiliserende traumebehandling det vi skal beskrive i denne veilederen.

Med stabiliserende traumebehandling mener vi følgende hovedområder:

- Styrket egenomsorg i forhold til primære behov som mat, søvn og personlig hygiene.
- Finne meningsfulle aktiviteter i hverdagen, og få balanse mellom hvile og aktivitet.
- Psykoedukasjon, dvs. få kunnskap om senfølgene av traumer. Få hjelp til å forstå egne plager og symptomer, uten å gå inn i historien.
- Oppøve evnen til å regulere aktivering. Gjenkjenne når aktiveringen øker, og finne gode avledende aktiviteter som kan roe den.
- Økt affektbevissthet og affekttoleranse. Økt evne til å kjenne på følelser, kan gjøre det lettere å kontrollere impulser. Impulsen vil ofte være å reagere automatisk på sin gamle måte, f.eks. gjennom destruktive handlinger.
- Jobbe med hva som kan gi litt økt opplevelse av trygghet. Øke evnen til å ta imot og søke støtte, men også øke evnen til å tåle og være alene.

Alle disse punktene egner seg godt å jobbe med i en døgnpost.

I traumebehandling handler stabiliseringsarbeid også om å få økt kontroll over ulike former for gjenopplevelser.

Den første delen av denne veilederen presenterer forståelsen av teorien om strukturell dissosiasjon i et kortfattet sammendrag. Deretter følger mer konkrete og praktiske kapitler. Her er det eksempler med forslag til hvordan man kan forstå og håndtere noen vanlige

situasjoner, samt forslag til øvelser. Det er viktig at personalet prøver ut øvelsene på seg selv, alene og i grupper, før øvelsene læres videre til pasienter. Vi hjelpere kan ikke lære pasienter noe nytt, på en trygg måte, dersom vi ikke selv er trygge på det vi vil lære bort.

Veilederen bygger på vår kliniske erfaring, kurs og videreutdanninger vi har gått på, samt litteratur vi har lest. For å gjøre veilederen mest mulig leservennlig, har vi ikke referanser i teksten. Teorien det redegjøres for, kan leses i mer utfyllende og detaljert form i litteraturen det henvises til bakerst i veilederen.

2. TEORIEN OM STRUKTURELL DISSOSIASJON – ET NYTTIG REDSKAP I TRAUMEFORSTÅElsen

Kunnskap om traumatiske hendelser og hvordan de innvirker på menneskers helse, er en kunnskap som samfunn og kultur ofte ikke vil ha. Det har vært mange ulike måter å forstå og forklare symptomene på. Kanskje har vi ikke orket forholde oss til at en del av traumene er påført av mennesker, f. eks. incest og vold. Traumer og dissosiasjon ble lansert som vesentlige årsaker til psykiske lidelser allerede på slutten av 1800-tallet. Traumeteori har ikke stått så sentralt innenfor psykologi- og psykiatrifagene, men den har fått en renesanse de siste par tiårene. Det har i løpet av de senere år også vært en økende forskning på traumer og dissosiasjon. Dette har ledet til en videreutvikling av en teoretisk forståelsesmodell som søker å tydeliggjøre fenomenet strukturell dissosiasjon, samt å gi retningslinjer for det kliniske arbeidet med traumepasienter.

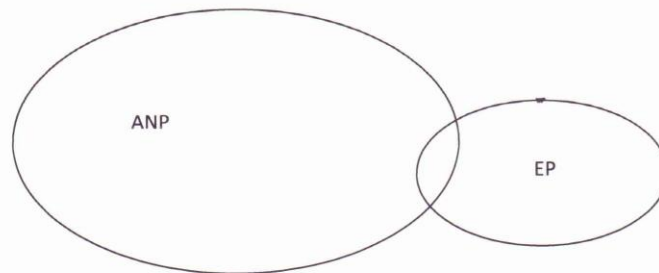
Denne teoretiske forståelsen av hvordan alvorlige traumer kan føre til dissosiasjonsproblematikk hos den utsatte, har blitt utviklet på bakgrunn av kombinasjonen klinisk arbeid og forskning. Her vil vi presentere noen nøkkelbegreper innenfor fagfeltet.

Det sentrale i traumeforståelsen er at det er den manglende integreringen mellom det som har skjedd og reaksjonene på dette, som skaper problemer for den det gjelder. Det har bokstavelig talt blitt for mye for personen, og det som har skjedd ble ikke integrert på vanlig måte i hukommelsen, som et minne man kan tenke og reagere på.

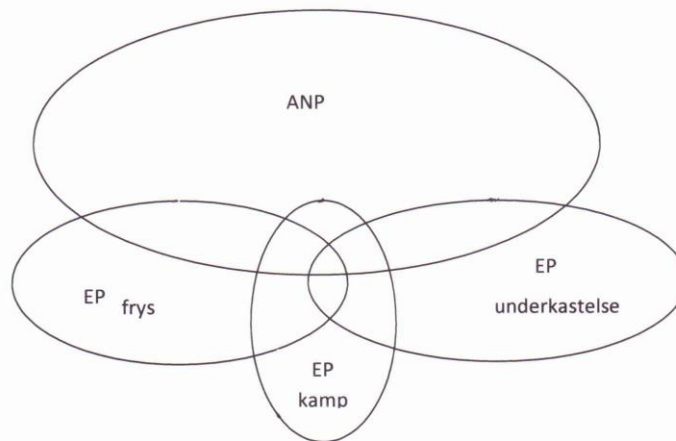
Ved all form for traumatisering vil det oppstå en avspaltning av ulike handlingssystemer i personligheten. På fagspråket kaller vi denne avspaltningen for dissosiasjon. Graden av dissosiasjon vil avhenge av alder på den som rammes, og omfanget av traumatisering. Vi vet at gjentatte traumer i småbarnsalder, utøvet av de som skulle være omsorgspersoner, leder til de mest alvorlige dissosiative symptomene. Diagnostisk deler vi det inn i følgende tre nivåer av dissosiasjon:

- Primær dissosiasjon: Splitting av hukommelsen
- Sekundær dissosiasjon: Splitting av følelsene og forsvaret
- Tertiær dissosiasjon: Splitting av identiteten

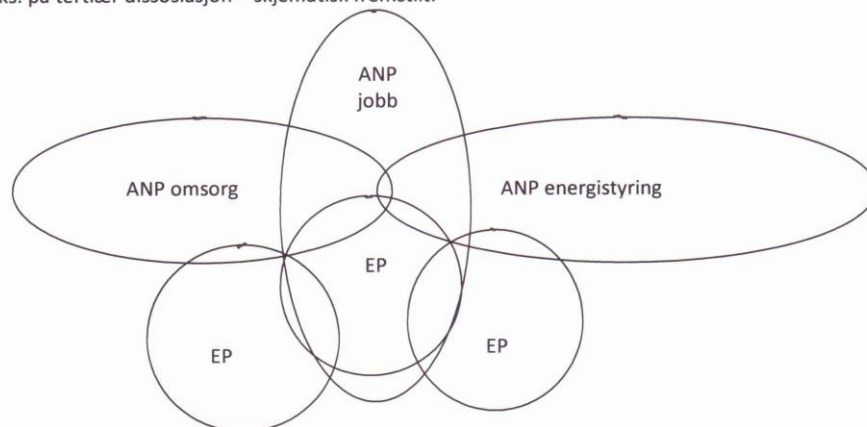
Eks. på primær dissosiasjon – skjematisk fremstilt:



Eks. på sekundær dissosiasjon – skjematisk fremstilt:



Eks. på tertiær dissosiasjon – skjematisk fremstilt:



Primær dissosiasjon kan for eksempel oppstå dersom et voksent menneske utsettes for en betydelig påkjenning, eksempelvis en voldtekt. Typisk vil en ubearbeidet voldtektsopplevelse kunne utvikles til en posttraumatisk stresslidelse (PTSD), en annen angstlidelse og /eller depresjon.

Dette er en skjematisk fremstilling, med de begrensninger det gir. Selv om man sier at primær dissosiasjon først og fremst handler om en spaltning av hukommelsen (den utsatte husker ikke hva som skjedde), vil spaltningen ha utgangspunkt i en traumatisk hendelse som ble følelsesmessig overveldende. Vi vil derfor påpeke at modellen dermed blir noe utilstrekkelig, fordi følelser også er avspaltet ved primær dissosiasjon. Imidlertid vil ikke den følelsesmessige avspaltningen ved primær dissosiasjon være så omfattende som ved sekundær og tertiær dissosiasjon.

Ved sekundær og tertiær dissosiasjon vil pasienten utvikle helt eller delvis avspaltede såkalte ”emosjonelle” deler av personligheten (EP, Emotional Parts of the Personality). De er bærere av traumeminner og følelser som pasienten ikke makter å forholde seg til. Likevel kan pasienten ofte fremstå relativt vanlig i det daglige, så lenge man ikke kommer tett på personen. Dette skyldes en god fungering hos en såkalt ”tilsynelatende normal” del av personligheten (ANP, Apparently Normal part of the Personality). Denne delen av personligheten består av handlingssystemer som bidrar til at pasienten utfører dagligdagse aktiviteter som å kle på seg, gå på jobb, husarbeid, ta seg av barn etc.

Det er viktig å forstå at selv om dissosiasjon omtales som en oppsplitting av personligheten i delpersonligheter, så er det hele tiden likevel snakk om én person. Det er personens hukommelse, følelser og/eller identitet som er avspaltet. Ved tertiær dissosiasjon har pasienten i tillegg til å ha flere såkalte EP’er (traumerelaterte deler), også to eller flere ANP’er (voksendeler).

Dissosiative symptomer kan deles inn i to hovedkategorier:

- Psykogen dissosiasjon: Hukommelse, bevissthet og identitet
- Somatoform dissosiasjon: Bevegelse, sansning og persepsjon

Både psykogene og somatoforme dissosiative symptomer kan være såkalt positive (representerer noe som er tilstede), eller negative (representerer noe som er fraværende), avhengig av om de tilfører eller fjerner noe i her og nå situasjonen. Gjenopplevelser er et eksempel på en positiv psykogen og/eller somatoform dissosiasjon. Hukommelsestap er et eksempel på en negativ psykogen dissosiasjon. Smerter eller krampeanfoll kan være et uttrykk for positiv somatoform dissosiasjon. Tap av følelse i en kroppsdel kan være en form for negativ somatoform dissosiasjon. Vi kan si at gjenopplevelser og uro er symptomer som gjerne forbindes med traumereaksjoner, men symptomene kan like gjerne være lammelser og hukommelsestap. Typisk er en kombinasjon av de ulike formene for dissosiative symptomer.

Ut fra modellen om strukturell dissosiasjon, er det vanlig å dele behandlingen inn i følgende tre faser:

1. Stabilisering og kontroll over gjenopplevelser
2. Bearbeiding av traumeminner
3. Integrasjon av personligheten og (re)habilitering til et vanlig liv

Behandlingen av alvorlige dissosiative lidelser vil ta flere år. I et langvarig behandlingsforløp vil det oftest være glidende overganger mellom de tre fasene. Ikke alle pasienter har nødvendig psykologisk kraft og spenst til å bearbeide traumeminner. Likevel vil disse pasientene ha stor nytte av godt stabiliseringsarbeid.

2.1 Forsvarsreaksjoner

Hvis vi mennesker møter en bjørn i skogen, vil vi raskt, og til dels ubevisst, avhengig av hvor redde vi blir, velge hvilken strategi vi skal bruke. Forsvarstrategier vil være å løpe vår vei (flukt), sloss (kamp), eller spille død (immobilisering/underkastelse). Hvis vi er relativt langt unna bjørnen, vil vi ha mer mulighet til bevisst å velge strategi, fordi vi ikke er så redde. Vi er da innenfor toleransevinduet (se neste avsnitt). Dess nærmere vi er når vi oppdager bjørnen, jo reddere vil man bli. Stor grad av redsel/aktivering vil medføre mer ubevisst og automatisert valg av strategi. Da blir det dypere lag av hjernen, dvs. ANS (det autonome nervesystem) som helt automatisk velger strategi ut fra angstnivå. Reaksjonsmønsteret vil påvirkes av tidligere reaksjonsmønstre i traumatiske situasjoner med liknende angstnivå/opplevd trusselnivå.

2.2 Toleransevindu

Toleransevinduet er en metafor som brukes om den ideelle aktiveringstilstanden av det autonome nervesystem (stressaktivering), der pasienten har høy nok aktivering og bevissthet til å kunne holde seg våken, og forholde seg til det terapeutiske arbeidet (eller en dagligdags hendelse). Dersom pasienten blir så årvåken og aktiveringen blir så høy, at de betingede (fobiske) responsene aktiveres, vil dette kunne føre til overveldelse og dissosiasjon. I alt traumearbeid, uavhengig av hvilken fase i traumearbeidet pasienten befinner seg i, bør hjelperen tilstrebe å legge til rette for at pasientens aktivering er innenfor toleransevinduet. Innenfor vinduet er behandlingen innenfor rammen av pasientens følelsesmessige toleranse og integrative kapasitet, og pasienten har tilgang til mentale og kognitive funksjoner. Der blir pasienten ikke for overveldet, og heller ikke for lite stimulert og aktivert. Pasienter med liten evne til affektregulering vil ha et smalere vindu, dvs. det skal ikke så mye til før de blir overveldet.

Før høy aktivering:

Kamp- eller fluktforsvaret aktiveres
Frontallappene avstenges
Høy puls, blodtrykk, hjerterytme og stoffskifte
Motorisk urolig, strestet, ukonsentrert

Innenfor toleransevinduet:

Optimal aktivering
Tilgang til kognitive funksjoner

Før lav aktivering:

Immobilisering-/underkastelsesforsvaret aktiveres
Nedsatt kognitiv fungering
Lav puls, blodtrykk, hjerterytme og stoffskifte
Nummen, slapp/stiv, ”tom i hodet”, sliten

Når vi mennesker blir reddet, vil vi først prøve å bruke sosiale evner, f. eks. snakke oss ut av situasjonen, dersom vi står overfor truende personer. Da er vi innenfor toleransevinduet. Fungerer ikke denne strategien, aktiveres kamp- eller fluktforsvaret. Dersom vi skjønner at heller ikke det nytter, velger vi underkastelse/spille død. Hvis vi gang på gang har vært utsatt for overgrep, og erfart at verken snakke seg ut, kamp eller flukt nyttet, er sannsynligheten for at kroppen reagerer med underkastelse stor. En situasjon kan ha elementer som minner om noe gammelt traumerelatert, og således trigge oss slik at vi aktiveres, som om faren var like stor som den gang, uavhengig om den faktisk er det. Vi vil da reagere med forsvarsstrategien fra den gang, f.eks. kamp som i eksempelet om Siv på side 14.

2.3 Hvordan styrke her-og-nå-opplevelsen?

Praktiske eksempler og øvelser

Mange hjelpere ønsker seg fasit på hva de skal gjøre når pasienten har det vanskelig. Kroppslige øvelser kan være til nytte for mange. Problemet, eller utfordringen, er at ingen øvelse eller teknikk hjelper for alle. Det som hjelper én, kan trigge en annen. En øvelse får også forskjellig virkning, avhengig av hvordan den doseres. Dette gjør det utfordrende for profesjonelle hjelpere. Pasienten har ofte dårlig kontakt med kroppens signaler, fordi de så ofte reagerer som om de er i en farlig situasjon, selv om de ikke er det. Varslingssystemet fungerer ikke slik det skal, nemlig varsle fare når det er en reell fare. Det varsler fare på grunnlag av gamle ubearbeidede erfaringer, og refleksstyrte mønstre som følge av det. Mange har også opplevd at de ikke blir hørt om de sier fra at noe er ugreit, vondt, vanskelig eller skremmende, og tenker derfor at det ikke er noen vits i å si fra. Andre har erfart å bli straffet hvis de sier fra, så de våger ikke av frykt for ny avstraffelse. En del har også koblet fra kontakten med kroppen, helt eller delvis, og er mer eller mindre fobiske for alt som har med kropp å gjøre. Dette gjør at hjelperen må oppfordre og trygge pasientene i forhold til å si fra, ta små steg, observere deres kroppsspråk, og oppøve egen evne til å speile kroppssansninger. Hjelperen må heller ikke overtolke det hjelperen ser og sanser. Hva skal hjelperen da gjøre?

For det første må hjelperen selv ha jobbet med de fysiske øvelsene, og kjent på hva de gjør med en. Det betyr også å kjenne på ulik dosering av øvelsen, og hvilken forskjell det gjør. Dosering kan gå på hvor mye kraft man bruker, hvor mange repetisjoner, hvor stor eller liten bevegelse man gjør. For noen kan lite kraft og liten bevegelse trigge mer enn motsatt. Hjelperen må orke å kjenne på egne reaksjoner, og erfare at en kan reagere ulikt avhengig av dagsform. Hjelperen må også huske at andre kan reagere annerledes. Når hjelperen skal instruere en pasient, skal hjelperen gjøre øvelsen sammen med pasienten, slik at denne ikke føler seg beglodd og dum. Ved selv å gjøre øvelsen, vil hjelperen også bli mer på plass i egen kropp. Hjelperen vil dermed lettere fange opp det som skjer hos pasienten, og kunne hjelpe pasienten til å dosere. Det handler om å velge når man bruker hvilken øvelse (timing), hvordan man bruker den, hvorfor, dosering og justering etter pasientens reaksjon. Mer trening av hjelpers kroppsbevissthet, vil øke muligheten for å hjelpe pasienten å dosere passe, samt gjøre hjelper mer kreative med hensyn til å justere og finne individuelle tilpasninger av øvelser.

Her er noen eksempler på kroppslige øvelser som er mulige å gjennomføre i vanlige situasjoner i en avdeling, i en samtale eller lignende. Husk at i alle øvelsene doseres antall repetisjoner etter pasientens tilbakemeldinger, hva hjelper observerer og etter hva hjelper speiler i egen kropp. Av og til kan det nok oppleves vanskelig å få pasienten til å prøve en øvelse. Dette kan handle om forskjellige ting; alt fra liten tro på at noe så lite og rart kan hjelpe, til det å våge og gjøre noe som pasienten opplever at gjør henne mer synlig, noe som er skremmende for mange. Det er viktig at hjelper ikke lar seg avfeie ved første nei. Hjelper kan si (H): *Joda, vi prøver.* Og så bare begynne å gjøre øvelsen, da kommer pasienten ofte etter. Eller H: *Har du selv noen forslag til noe som kan hjelpe?* Pasienten (P): *Nei, ikke noe hjelper.* H: *Ok, men da kan det vel ikke skade å prøve. Jeg vet mange som har sagt som deg, men som er blitt overrasket over effekten når de har forsøkt.* Eller H: *Har du noen gang gjort noe som gjorde uroen/angsten verre?* Her vil de fleste kunne gi eksempler på dette. H: *Ok, da kan det kanskje være mulig at noe kan gjøre det bedre også? La oss prøve.* Hjelper må ikke gi opp selv om man ikke klarer motivere pasienten i én situasjon. Våg å prøve en annen dag. Dersom ikke pasienten opplever effekt ved første forsøk, kan det hende effekten kommer etter flere forsøk, eller ved endret dosering. Det er viktig å øve mer på en øvelse mens pasienten er relativt rolig. Da vil pasienten kunne være mer mottakelig for læring, og ha mer mulighet for å justere øvelsen slik at den passer. Dette øker sjansen for at pasienten i større grad klarer å bruke øvelsen når hun har det vanskelig.

Krølle og strekke tærne er noe vi kan gjøre når vi står, sitter eller ligger. Forslag til instruksjon: "Se om du kan flytte fokus til føttene. Krøll tærne, bruk så mye kraft som føles ok akkurat nå. Hold litt og så strekk tærne rolig opp mot taket, hold litt der og så krøll dem igjen. Hold litt og slipp ut. Hvordan var det"? Eventuelt si: "Kan du kjenne tærne? Kjenne at du bruker noen muskler? Får du lyst til å prøve litt mer eller litt mindre kraft når du gjør øvelsen? Kjennes det ut som tærne er myke eller stive? Kjennes de varme eller kalde"?

Kommentar: Øvelsen kan senke aktivering og være en hjelp til økt fokus her og nå. Det er viktig at den som instruerer er rolig, og selv gjør øvelsen rolig, slik at pasienten også kan få hjelp av vår ro. Oppmerksomheten flyttes vekk fra det pasienten tenkte på, over til noe konkret her og nå. For noen er bare det å instruere om krølle og strekke nok, mange spørsmål kan bli forstyrrende. For andre kan spørsmål f.eks. åpne for nysgjerrighet og litt økt kontakt med kroppen.

Presse føttene i bakken. Dette kan gjøres sittende, stående eller om pasienten sitter på gulvet med knær i bøy og føttene i bakken. Forslag til instruksjon i stående: "Se om du kan flytte fokus til føttene. Bøy bittelitt i knærne og press føttene litt i bakken, og slipp så rolig opp. Hvordan var det"?

Kommentar: Øvelsen kan øke aktiveringen dersom den i utgangspunktet er lav. Ofte kan det være nok å be pasienten nesten bare tenke seg at hun presser føttene i bakken. For mye kraft kan i noen tilfeller forsterke følelsen av å ha lite krefter, og således forsterke den lave

aktiveringen. Øvelsen kan også virke samlende/sentrerende, og også få fokus til noe konkret her og nå.

Børste kroppen. Øvelsen gjøres som oftest i stående, men kan også gjøres sittende. Forslag til instruksjon i stående: "Tenk deg at du nå skal børste av deg alle bekymringstankene du kjente du nettopp hadde, slik at du kan lage plass til hyggeligere ting. Bruk så mye kraft som føles ok, kanskje er det godt å være litt bestemt. Hvis det er ubehagelig å børste på kroppen, kan du børste i luften, nesten inntil. Start med å børste ansiktet og hodet. Fortsett så med nakken og skuldrene, armene, brystet og ryggen. Børst av baken, lårene, leggene og føttene".

Kommentar: Øvelsen kan gi en følelse av å våkne, bli oppfrisket, få børstet av seg tanker eller følelser pasienten ikke ønsker å ha fokus på akkurat nå. Dvs. det kan bli en hjelp til å flytte fokus f.eks. fra noe traumerelatert som hørte til i fortiden, til her og nå. I sittende kan man f.eks. børste ansikt, hode og skuldre for å børste vekk tanker. Noen kan klare å gjøre øvelsen om man lar være å benevne f.eks. mave, rygg og lår. Hjelper kan f.eks. si: Børst av ansikt og hode, nakke og skuldre, og så resten av kroppen og bena samtidig som pasienten ser at hjelper børster av hele sin kropp. Personalet kan bruke øvelsen før de går hjem fra vakt for å "børste" av seg følelser, tanker og opplevelser fra vekten. Et slikt rituale kan hjelpe en å legge fra seg jobben før man går hjem.

Slike øvelser kan bidra til å gi pasienten en opplevelse av noe nytt, en liten endring. Øvelsene må gjentas og justeres mange ganger.

3. PASIENTENS TILKNYTNINGSPROBLEMATIKK OG AVSPALTNING – KONSEKVENSER FOR ARBEIDET I EN DØGNENHET

Ved døgnavdelinger vil det være mest aktuelt å hjelpe traumatiserte pasienter med god stabilisering, særlig i form av å øke deres reguleringsferdigheter. Bearbeiding av traumeminner er oftest ikke aktuelt under innleggelse. Arbeid med reguleringsferdigheter vil ofte medføre relasjonsarbeid.

Relasjonstraumer og tilknytningsvanskeligheter er et resultat av gjentatte påkjenninger og omsorgssvikt i pasientens oppvekst. Pasienter som sliter med regulering av egen affekt, og med regulering av avstand og nærhet i relasjoner, både fysisk og mentalt, vil naturlig nok lett bli overveldet av alle menneskene det forventes at man skal forholde seg til i en døgnenhet. Reguleringsvansker og indre konflikter vil komme frem i atferd og kommunikasjon med personalet og medpasienter. Personalet og medpasienter vil igjen ha med seg sine egne sårbare temaer inn i samspillet, og til sammen kan det medføre store utfordringer for personalgruppen å sortere alle overføringene og alt som utspiller seg. Et vanlig råd ift. relasjonsskadede pasienter er å gjøre innleggelser kortvarige og målrettede, slik at ikke for mye av tilknytningsproblematikken blir aktivert. Det er mer oversiktlig å arbeide med tilknytningsproblematikken i individualterapi. Men noen vil trenge innleggelse, også over

lang tid. Hvordan kan man så forstå og forholde seg til relasjonstraumene i en døgnenhet, slik at det kan bli spennende og lettere å jobbe med og hjelpe disse pasientene?

3.1 Symptomer og atferd som kommunikasjon

Ved å tenke på symptomer og atferd som kommunikasjon, og så være nysgjerrig på å forstå denne kommunikasjonen, kan det bli lettere å møte det som skjer. Det er stort sett gode grunner til pasientenes symptomer, handlinger og utsagn. Vi vil nå ta for oss noen vanlige situasjoner/eksempler. Rundt hver av problemstillingene vil det i praksis kunne være mange ulike varianter, relatert til hver enkelt pasients historie. Derfor finnes det ingen fasit. Hver pasient er som et komplekst puslespill, der brikkene og fargene varierer fra person til person. Grunnleggende forståelse og kunnskap om hvordan mennesker kan reagere på traumer, kan styrke hjelperen i arbeidet med å hjelpe pasienten med å sette sammen brikkene til et helt bilde. Hjelperen vil lettere kunne fange opp hva som er viktig for hver enkelt.

Ved sekundær dissosiasjon (f. eks. kompleks PTSD) eller tertiær dissosiasjon (dissosiativ identitetsforstyrrelse), handler mye av det terapeutiske arbeidet om å få til en gradvis integrering av de ulike delene av personligheten. Selv om mye av dette arbeidet gjøres i individualterapi, vil det være av stor betydning om personalet i døgnenheter kan støtte opp om dette arbeidet. Da er det nyttig å vite noe om hvordan man kan forholde seg til ulike deler/sider av pasienten. Det skjer mye integrasjon bl.a. gjennom å få økt trygghet i hverdagen og gode relasjonelle opplevelser.

I følge teorien om strukturell dissosiasjon vil det vi kaller voksendelen i pasienten (ANP), ha ulike psykobiologiske handlingssystemer som har som oppgave å sørge for overlevelse i hverdagen, samt å søke glede og nytelse. Disse systemene er altså atferdsmessig drevet av å søke belønning, f. eks. mat, sosial kontakt og andre goder og gleder. I ANP tilstand kan pasienten også kjenne og vise følelser, men de er gjerne preget av nummenhet og avflatning. Forsvaret (EP'er) kan forstås som psykobiologiske handlingssystemer som er rettet inn mot forsvar mot fare. Atferden her er drevet av å unngå det som oppfattes som skremmende. EP'er kan kjenne og vise sterke følelser (sint, redd, lei seg m.m), og/eller sterke fysiske reaksjoner som krampetilstander og lammelser. De er gjerne preget av refleksmessig atferd. De følelsesmessige eller atferdsmessige reaksjonene blir ofte sterkere og sterkere, dersom pasienten ikke får hjelp til å komme ut av en EP-drevet følelsestilstand.

Den beskrevne avspaltningen hos den dissosierte personen, mellom handlingssystemer som er rettet mot overlevelse og goder i hverdagen, versus handlingssystemer som handler om forsvar, er forklaringen på hvorfor pasienten som har vært utsatt for mangelfull omsorg og traumer i tidlig alder, ofte sliter i nære relasjoner. Noen deler av pasienten ønsker og trenger godt vanlig sosialt samspill, og noen trenger trøst og omsorg. Så snart pasienten får noe av dette gode, trer gjerne forsvaret inn (f. eks. den sinte EP'en), og pasienten blir avvisende og/eller aggressiv. Dermed får man i døgnenheten den variasjonen i relasjonell atferd som lett blir kalt for manipulering eller splitting. En økt faglig forståelse av at dette er et samspillsmønster pasienten har utviklet av gode grunner, og ikke styrer selv, er helt

grunnleggende for å kunne hjelpe pasienten. Pasienten har lært seg å frykte og forsvare seg når det tilbys omsorg eller noe annet godt, fordi pasienten har erfart at overgrep har blitt utøvet av omsorgspersoner.

3.2 Fokus på voksendelen – samtidig aksept for andre deler

I klinisk praksis med traumeutsatte har det vist seg mest hensiktsmessig at behandlere begynner med dialog med pasientens voksendel (ANP), samt sint traumerelatert del (EP). Dette fordi sint(e) EP'er representerer forsvaret i stor grad. Dersom man er for mye i kommunikasjon og annen samhandling med pasientens redde og små EP'er for tidlig, kan dette medføre at pasienten får økt indre konflikt med påfølgende økt aggresjon, både mot seg selv og omgivelsene. Kommunikasjon med deler bør helst foregå indirekte via voksendelen (ANP). Dette for å støtte opp om integreringsarbeidet, slik at voksendelens (ANP's) fobi mot traumeminner og relaterte følelser som EP'ene er bærere av, gradvis minskes. Dersom hjelpere snakker for mye direkte med deler, uten at voksendelen (ANP) er mentalt til stede, vil for mye av det terapeutiske arbeidet overlates til de profesjonelle hjelperne, og pasienten kan utvikle en hjelpeløs binding/avhengighet til hjelpere/behandlere.

Konkret kan en som behandler også i miljøet, spørre pasienten om hvordan den sinte inni reagerer, når hjelperen i samtalen snakker om å ta vare på seg selv, om hva som kan være godt for pasienten og lignende. Det er viktig å anerkjenne og kreditere pasientens sinte EP. Gi ros og støtte for at den har gjort, og gjør, en viktig jobb med å passe på andre sider av pasienten. En god formulering kan være å si at *”det må være gode grunner for å være så sint”*. Videre kan det være hensiktsmessig å spørre om den sinte EP'en kan tenke seg noen form for avlastning, eller om den er interessert i å høre om andre måter å handle på, for å passe på pasienten nå. Vi bruker ikke begrepene EP og ANP når vi kommuniserer med pasienten, men snakker om ulike sider eller deler av pasienten. EP og ANP brukes i en skjematisk forklaringsmodell.

Etter hvert vil tiden bli moden for å komme mer i kontakt med pasientens redde og små EP'er. Da er det viktig å huske på at hjelpere/behandlere skal hjelpe pasienten til å kunne ta i mot omsorg, men også til å gi omsorg til seg selv. Det er viktig med en god balanse her. Og som hjelper/behandler skal vi søke å unngå å gi pasienten mer omsorg enn pasientens sinte EP tillater, og heller ikke mer enn at pasientens voksendel (ANP) tåler å være tilstede. Hensikten med dialog med deler, er å skape et rom der alle deler får snakke, men én av gangen. Det første kan være å hjelpe pasienten å forstå at oppsplittingen handler om motstridende behov og ambivalens, slik at pasienten først må finne løsninger som ivaretar funksjonen til alle personens indre deler. Målet er at de ulike delene skal bli gradvis mer klar over hverandre, og etter hvert kunne snakke sammen og erkjenne at de er én person som lever her og nå. Dette er integrering av det som tidligere har vært splittet, og umulig å forholde seg til for pasienten.

3.3 Motoverføring

Veiledning og god og åpen dialog på posten om det som utspiller seg, er alltid viktig, og særdeles viktig når man arbeider med relasjonsskadede pasienter. Dette fordi det da oppstår ekstra mye motoverføringer hos personalet. Personalet må i størst mulig grad kunne skille hva som er deres egne følsomme temaer, og hva som er pasientens. Nyttige spørsmål å stille seg kan være: ”Er det noe i meg som gjør at jeg reagerer med å oppleve pasienten som slitsom og utprøvende, mens min kollega synes det er helt topp å jobbe med vedkommende? Vekker denne pasienten noe i meg som er relatert til min historie”? Det er lett å legge skylden for det ubehagelige på pasienten, og spille det tilbake. En nyttig tanke kan være at pasienten viser sine symptomer og atferd av gode grunner, og at pasienten har blitt skadet, kanskje i relasjoner som egentlig burde vært gode og trygge. Ulike hjelpere kan vekke forskjellige sider i pasienten, noe som medvirker til at pasienten kan variere i oppførsel avhengig av hvem som er på jobb. Det er således et kontinuerlig samspill med overføringer og motoverføringer frem og tilbake, og det er vi som fagpersoner som har ansvar for å håndtere dette slik at det blir konstruktivt. Ved å ha en åpenhet i avdelingen om at disse overføringene skjer, og en nysgjerrighet på hvorfor, kan det bli et godt sted å være for personale og pasienter. Hvis klimaet mellom ansatte er preget av uttrykk, går man lett i forsvar, og det blir vanskelig å håndtere overføringene på en konstruktiv måte.

Eksempel

En pasient på døgnposten blir sengeliggende og vil ikke stå opp, heller ikke til måltidene. Noen i personalgruppen ser det som et uttrykk for behov for omsorg hos en som fikk lite omsorg som barn. De tenker at man kan servere henne mat på rommet, og tematisere behovet for omsorg. Snakke om hva det er at hun fikk lite omsorg som barn har gjort med henne, og hvordan det merkes når hun nå får det. Og så i neste runde hjelpe henne til å gi omsorg til seg selv, etter å ha forklart henne at uansett hvor mye omsorg vi gir henne, kan ikke det lege hele hennes ”barndomssår”. Det er hun selv som må lege sårene, ved å gi seg selv omsorg. Andre i personalgruppen kan se det at pasienten ligger, som latskap, eller et spill om oppmerksomhet, og mene at hun må ta seg sammen. Dermed kan de la være å servere pasienten mat på rommet, og det kan oppstå en splittelse i personalgruppen. Og pasienten vil rimeligvis oppleve noen av helperne som greiere enn andre.

Kommentar: Personalgruppen blir satt ut av spill ift. å kunne gi god hjelp, og pasienten blir definert som vanskelig og manipulerende og mister mulighet til god hjelp.

4. FLERE SENTRALE BEGREPER I TRAUMEBEHANDLING

4.1 Grenser, nærhet og avstand

Når noen trækker over dine grenser, blir det et ”hull i gjerdet”. Slik er det gjerne for traumepasienter. Traumepasienter kan derfor ha store vanskeligheter med å kjenne, vise og holde sine grenser. Noen har dårlig kontakt med ”normal” avstand, og kommer fysisk veldig tett på. Andre har behov for veldig lang avstand, for å klare og holde kontakt med seg selv,

samtidig som de er i relasjon med en annen. Hvis hjelpere kommer for nær, må pasienten ha ”antennene” ute og fokus på den andre, og mister da fokus på seg selv. Dette kan f. eks. medføre at pasienten ikke får med seg det som sies i samtalen. Dagsform og situasjon kan gjøre at behov for nærhet og avstand varierer.

En vanlig situasjon er at pasienten kanskje sier til en miljøkontakt: ”Ingen andre har vært så greie mot meg som du. Jeg har aldri fortalt noen om hva som skjedde med meg, men jeg vil gjøre det til deg nå”. Da er det veldig lett å føle seg ”utvalgt”, bli nysgjerrig på hva pasienten har å fortelle, få aktivert et ønske om å gi omsorg, samt kanskje kjenne seg litt beæret ved å være den første pasienten forteller om sine traumatiske opplevelser til. Dette er naturlige reaksjoner. Her er det imidlertid viktig å hjelpe pasienten med grenser. Hjelperen må anerkjenne pasientens behov for å fortelle sin historie, og opplevelsen og følelsen av å kunne våge det. Det går også an å si at ”det må ha vært vondt og ensomt å bære på historien alene”. Videre vil en mulighet være å si: ”Det er ikke det at jeg ikke vil høre historien din, men jeg tror det er viktig at du forteller den til behandler, og i små porsjoner av gangen. Det kan være lurt å ta ut litt og litt luft av ballongen, i stedet for å sprekke hele på en gang”. En god måte å nyansere dette for oss hjelpere på, kan være å tenke at vi skal være avgrenset, men ikke avvisende. Hvis mulig kan miljøkontakten pasienten har blitt trygg på, være med i behandlingstimen.

Eksempel

Sykepleier Eva hadde kveldsvakt. Pasient Maren ga uttrykk for at hun ønsket å sitte på fanget til Eva, og bli holdt rundt. Eva er en varm og omsorgsfull kvinne og, morsinstinkt ble vekket. Imidlertid hadde hun gått på kurs og lært om hvordan hun skulle forholde seg. Hun satte seg ned på en stol med litt avstand til Maren, og anerkjente hennes behov for nærhet og tematiserte det. Så spurte hun om Maren fortsatt kjente behov for å sitte på fanget. Det gjorde Maren. Eva spurte da om Maren ville at hun skulle sette stolen sin litt nærmere Marens stol, og i så fall på hvilken side. Maren ventet litt, før hun sa venstre side. Eva flyttet stolen sin nærmere venstre side av Marens stol, og satte seg. Hun spurte så hvordan Maren syntes det var. Samtidig observerte hun om det ble noen endring i Marens pusterytme eller kroppsspråk, noe som kan gi informasjon om endring i aktivering. Maren syntes det var ok. Eva spurte om det var passe, eller om hun skulle sette stolen enda nærmere. Maren ønsket det, men da Eva flyttet stolen helt inntil Marens, ble Maren flakkende i blikket og satt urolig på stolen. Eva trakk da stolen sin litt unna igjen, og spurte så Maren hva hun hadde kjent på når hun kom så nær. Maren sa hun hadde kjent hun ble urolig, men at det kjentes ok igjen nå. Eva la så sin hånd på sitt armlene med håndflaten opp, og sa at hvis Maren ville, kunne hun holde henne i hånden. Maren ventet litt, løftet sin hånd, men tok den til seg igjen. Hun sa hun kanskje ville holde den etterpå. Dette sa Eva var helt greit, og lot hånden bli liggende hvilende på armlenet mens de pratet videre. Etter en kort stund pep Evas calling, slik at hun brått måtte forlate samtalen. Rett etterpå kom ekstravakt Petter inn til Maren med beskjed om at det var kveldsmat. Maren satt helt stiv, reagerte ikke på det Petter sa, og virket helt fjern. Han kom helt bort og ba henne svare. Maren begynte da å hyperventilere, gjorde bevegelser som om hun

prøvet å dytte noe vekk, og så vettskremt ut. Petter skjønnte ikke noe, snakket høyere og tok Maren på skulderen, for å få henne til å stoppe og gi respons. Maren ropte da "nei", og krøp inn i et hjørne.

Kommentar: Mange traumepasienter har erfart at nærhet og tilknytning også er forbundet med fare og traumer. Dette kan lett medføre både et behov for nærhet til hjelpere, og et behov for å skyve hjelpere unna. Pasientene kan ha en ambivalens inni seg, der en del av dem ønsker nærhet og omsorg, og en annen del avskyr det, nettopp fordi det er forbundet med fare. Vi som hjelpere kan vekke ulike sider i pasienten. Eva møtte Marens behov for nærhet ved å anerkjenne det. Fordi hun visste at det som oftest er en ambivalens til nærhet, doserte hun som hun gjorde. Hun kom nærmere, men registrerte når det ble for nær, og trakk seg da unna. Eva tilbød en hånd, men på en avgrenset, tydelig og forutsigbar måte for Maren. Det er forskjell på om hjelper tar pasientens hånd, eller om hun sier at pasienten kan gripe hjelperens hånd om hun ønsker det. Maren tok ikke hånden, for når Eva hadde satt seg nærmere, hadde Maren kjent det skummelt å skulle ta hånden i tillegg. Dvs. det var godt å få Eva litt nærmere, men å ta hånden ble skummelt. Det tyder på at Eva hjalp Maren å dosere passe grad av nærhet. For Maren ble det truende at Eva gikk så brått, og at det så kom en mann hun ikke kjente. Skiftet i situasjon ble en så kraftig trigger, at Maren dissosierte og trodde at Petter var overgriper. Maren gjenopplevde en overgrepssituasjon. Da Petter kom nærmere, og brukte høyere stemme, ble Maren mer og mer redd. Petter ble som en del av det gamle traumat. I den dissosierte tilstanden hun var i, hadde hun ikke tilgang til informasjon om at Petter var en ansatt. Når Petter etterpå fikk høre dette, forsto han Marens reaksjon.

4.2 Forskjellige deler kan ha ulik tilgang til hukommelsen

Eksempel

Siv hadde hatt møte med behandler og primærkontakter. Hun virket tilsynelatende til stede og konsentrert, og hadde vært helt enig i at hvis hun var i en kjent tilstand av uro og tristhet, skulle hun ikke gå ut på tur, men heller spille en runde bordtennis. Dette for å unngå at hun kunne komme til å stikke av for å skade seg. Noen dager etterpå var Siv i den tilstanden, og personalet minnet henne på avtalen, og sa at det derfor ikke ble tur. Siv ble sint, og sa at dette hadde ikke hun vært med på å bestemme. Hun dyttet til noen stoler og var høylytt. Personalet som var der mente Siv bare ville teste grensene, nå som primærkontaktene ikke var på jobb. Personalet som var til stede, opplevde Siv som vanskelig og til dels truende. De sa at hun bare måtte slutte å late som hun ikke visste om avtalen, og videre at: "Da blir det ikke bordtennis heller, når du ikke kan oppføre deg".

I slike situasjoner er det fort gjort å tolke pasientens atferd som vanskelig, og så "lukke". Men hvis vi prøver å tolke atferden som kommunikasjon, og se om det kan være en god grunn, så åpner det for forståelse og muligheter. Her kunne det være slik at den delen av Siv som var fremme i situasjonen med uro og tristhet, ikke hadde tilgang til den delen av hukommelsen som inneholdt det de hadde vært enige om på møtet. Den uvitende delen følte da tap av

kontroll, og ble enda reddere enn den allerede var. Sivs kampforsvar ble ytterligere aktivert, og hun ble enda mer aggressiv. Dermed ble den tilstanden Siv var i forsterket, i stedet for at hun fikk roet seg, og hentet seg tilbake her og nå. Tap av kontroll er angstskapende og aktiverer forsvaret. Det kan derfor være viktig å lage skriftlig referat fra møter, eller lage skriftlige avtaler som pasienten kan ha på rommet, og repetere innholdet med pasienten. Forståelse og respekt for at pasienten faktisk kanskje ikke har tilgang til hele hukommelsen, vil påvirke hjelpers eget bidrag til samspillet, når han møter pasienten i en lignende situasjon som beskrevet ovenfor. Vi har erfart at noen traumepasienter kan være så avspaltet i sin hukommelse, at de i enkelte dissosiative tilstander opplever ikke å kjenne igjen sitt eget barn.

4.3 Håp og motløshet

Pasientens følelse av motløshet kan være relatert til situasjonen her og nå, i form av nok en gang å være så dårlig at innleggelse må til, en tanke om at ”jeg blir jo aldri bra”. Motløsheten kan også, eller i tillegg, være relatert til traumet. Dvs. en ”gammel” motløshet knyttet til følelsen pasienten satt med den gang traumet/traumene skjedde. Personalet i en døgnpost speiler ofte følelsen av motløshet. Det kan gjøre at en føler seg sliten av å jobbe med en bestmt pasienten, og dermed gi et ønske om å slippe akkurat den pasienten. Et annet reaksjonsmønster kan være at hjelperen blir veldig handlingsorientert, og dermed initierer mange aktiviteter. For pasienten kan det siste forsterke følelsen av å være håpløs. Pasienten kan oppleve det som et press til å gjøre noe som kjennes uoppnåelig. Her er det viktig først å tematisere håp og motløshet. Hjelperen må gi aksept til at pasienten kjenner motløsheten. Vi som hjelpere må orke å være i det motløse sammen med pasienten, men dog i korte stunder og på en avgrenset måte. Vi kan ikke hjelpe konstruktivt, om vi selv lar oss overvelde. Hjelperen trenger å balansere mellom å gi aksept til følelsen og opplevelsen av motløshet, og det å finne konstruktive veier ut av det tunge og mørke. Både for pasient og hjelper kan det gi håp å se, tydeliggjøre og forstørre små fremskritt. Så handler det om å prøve å finne noe meningsfullt pasienten kan mestre. Det kan f. eks. være å få til bedre nattesøvn, eller ha noen flere måter å avlede seg på når pasienten får det vanskelig. God egenomsorg og godt kollegafelleskap for personalet, er også en viktig måte å forebygge at hjelpere overveldes og ”drukner” sammen med pasienten.

Eksempel

Pasient (P): Jeg får det aldri bra.

Hjelper (H): Kjennes det sånn ut?

P: Ja.

H: Det må være tungt.

P: Tenker du ofte at du aldri får det bra?

P: Ja.

H: Handler tanken om situasjonen her og nå eller er det en gammel tanke du kan huske å ha hatt lenge?

P: Jeg tror begge deler.

H: Det er mange som kan kjenne det slik. Kan du tenke deg at du kan dele tanken i to deler, en gammel del som hørte til noe for lenge siden, og en del som hører til her og nå?

P: Ok.

H: Hvis vi så sier til den gamle tanken at "den gang trodde jeg aldri jeg kunne få det bra" så gir vi den tanken en aksept. Så legger vi den tanken varsomt til side (bruk gjerne hendene til å visualisere at man varsomt flytter noe fra et sted til et annet), og sier til den at vi skal se mer på den når du er blitt sterkere. Hvordan kjennes det?

P: Det var litt rart, men det føltes på en måte ok også.

H: Fint. Hvis vi nå snakker om den delen av motløsheten som hører til i dag, så er det sant at du har det vanskelig nå. Det ikke er så rart at du tenker "jeg blir aldri bra".

Men er det noe vi kunne gjøre akkurat nå som kunne gjøre en forskjell den neste timen, som kunne gjøre det litt bedre enn bare å sitte her og kjenne på det? F.eks. gå en tur eller lage en kopp te? Kunne det lindre litt og tilføre her og nå noe som kunne endre litt på opplevelsen av at du aldri får det bra?

Kommentar: Her handler det om å skille gammel og ny følelse og tanke. Det kan være litt lettere å endre tanken og følelsen som handler om her og nå, enn tanker og følelser som handler om noe gammelt. Den gamle tanken/følelsen kan roe seg noe ved å få en aksept for at "sånn var det den gang", og ved å bli lagt varsomt til side i stedet for å skyves brutalt, fordi pasienten ofte vil bli kvitt det gamle.

4.4 Forutsigbarhet og kontroll

Grad av opplevd kontroll og forutsigbarhet påvirker angstnivået hos traumepasienter. På en døgnavdeling er det personalet som bestemmer mye, og pasienten er på mange måter prisgitt personalet. For eksempel er det personalet som har nøklene, dersom det er låste dører. Dette kan trigge tidligere opplevelser av eksempelvis at overgriper låste pasienten inne. Ved å gi pasienten mulighet til å kjenne at hun kan påvirke noe, kan det styrke opplevelsen av kontroll, og således kanskje dempe angstnivået. Valg av stol, og hvor i rommet pasienten ønsker å sitte på et møte, kan være viktig for mange. Hvis stressnivået er lavere, kan pasienten bedre få med seg innholdet i samtalen (se avsnitt om toleransevindu s.6). Plassering av sengen i rommet kan gjøre noe med trygghet på natten. Det å lage en plan sammen med personalet om hva som roer i ulike situasjoner, og så oppleve at personalet følger dette, gjør det mer forutsigbart og tryggere. For pasienter som jevnlig trenger innleggelse, er det fint om de kan komme til samme post, og at man ved neste innleggelse raskt kan finne planen fra sist. Da kan man gå gjennom, og eventuelt endre eller føye til punkter, i stedet for å måtte starte helt på nytt. Dette vil kunne virke trygghetsskapende, og medføre at pasientene raskere stabiliseres.

5. SELVSKADING, SUICIDALTANKER OG -ATFERD

For de fleste hjelpere som arbeider med traumatiserte og dissosierte pasienter, er det gjerne selvskadning og suicidal tanker eller -handlinger som oppleves mest skremmende og

belastende. Det kan kjennes som om vi har stort ansvar og liten ”tabbekvote” når pasienten stadig snakker om selvmord, skader seg og/eller gjør alvorlige selvmordsforsøk. Det blir da viktig at vi som hjelpere finner mer ut av hva som skjer inni pasienten, når disse tankene og/eller handlingene kommer. Det kan hjelpe oss til å forstå når selvmordstanker og/eller -handlinger betyr livsfare, og når det er mer uttrykk som kan oppfattes som regulering av psykisk smerte, smerteskrisk eller tretthet. Alle formene bør adresseres og tas på alvor, men som hjelpere behøver vi ikke bli like aktivert av alt.

Modellen og teorien om strukturell dissosiasjon kan også her være et veldig nyttig og konkret hjelpemiddel, for å kartlegge og forstå mer hva som foregår inni pasienten når selvskading og selvmord er et tema. I samtale og ved observasjon i miljøet, kan hjelperen danne seg et bilde av hvem i pasienten det er som vil skade seg eller dø. Er det hele pasienten som vil bort fra smerte, eller er det mest en liten og redd side? Er hele pasienten bare sint på seg selv og andre, eller er det en del av pasienten som er så sint at den vil skade pasienten så blodet spruter, og kanskje så pasienten kan dø av det? Kan det være at den delen av pasienten som strever med å opprettholde den daglige fungeringen (ANP), er så sliten at selvmord virker som eneste mulige utvei? Dersom hjelperen får mer oversikt over hva som skjer inni pasienten når selvmordstanker eller -handlinger kommer til uttrykk, kan det være til stor hjelp i arbeidet med å lære pasienten andre måter å regulere på, når smerten eller slitenheten er overveldende. Det er viktig at miljøpersonalet arbeider tett med individualbehandler om disse temaene. Det kan være til stor hjelp for pasienten, dersom miljøpersonalet får til en god dialog og er gode støttespillere for hverandre, i dette krevende arbeidet.

Eksempler på hva man kan si (for den som er hjelper):

- *Hva handler det egentlig om når du (P.) sier du vil dø?*
- *Ønsker du virkelig å dø, eller er det en trøstetanke? Er det en trøstetanke du har hatt siden du var liten? Er det andre måter du kan trøste deg selv på i dag, enn den gang du var barn?*
- *Er det hele deg som vil dø, eller er det noen deler av deg?*
- *Er følelsen knyttet til her og nå, eller er det en gammel følelse knyttet til en situasjon for lenge siden?*
- *Ønsker du virkelig å dø, eller der det mer det å komme bort fra den indre smerten du kjenner?*
- *Kan du lage en avtale med (alle deler av) deg selv, om at det mest voksne i deg må være med på å bestemme noe så stort som hvorvidt du skal leve eller dø?*

6. GJENOPPLEVELSER OG TRIGGERE

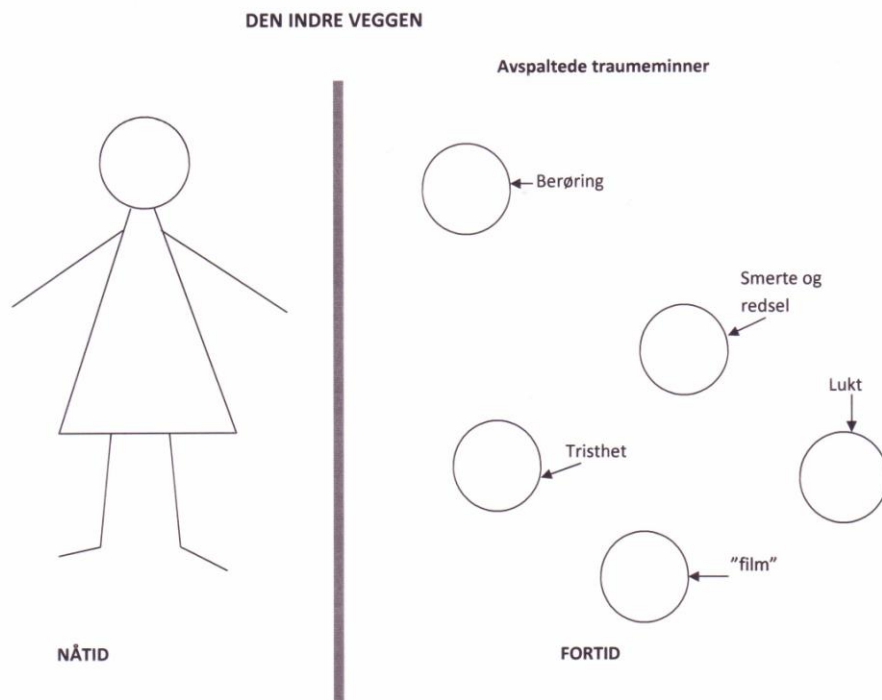
6.1 Gjenopplevelser

En gjenopplevelse handler om at man ufrivillig gjenopplever hele, eller fragmenter av det som skjedde, under traumet. Gjenopplevelsen kan variere i styrke fra et vagt ubehag, til å føles som om det skjer her og nå. Et hvilket som helst element fra en traumatisk hendelse kan dissosieres, inklusive alle slags sanseinntrykk. Gjenopplevelsen kan således arte seg som

eksempelvis et bilde, en lyd, en lukt, en følelse, en smerte, en lammelse eller en berøring. Det kan være ett eller flere sanseinntrykk som kommer frem av gangen. Når gjenopplevelsen kun er en følelse, kan det være vanskelig å fange opp at det er en gjenopplevelse, og ikke slik pasienten føler seg her og nå. Det kan være vanskelig å skille hvorvidt følelsen (f. eks. tristhet eller angst), er relatert til her og nå, og/eller til noe gammelt. Vanlige minnefragmenter er bleke avtrykk av en virkelig opplevelse. Traumeminner er ofte kraftigere, og føles mer som om de skjer på nytt.

6.2 Den indre veggen

Hjernen vår kan dytte bort vonde opplevelser for en tid. Det koster mye krefter, men er mulig. Da ligger disse levende minnefragmentene som ”bak en indre vegg”. De kommer til pasienten når hun minnes om det vonde. Noen ganger, f. eks. om natten når man sover, er denne ”veggen” tynnere. Derfor er det i alle fall ikke lurt å snakke om vanskelige temaer på kveld/natt. Å snakke om det vonde er ofte det motsatte av det pasienten ønsker. Helst vil traumeutsatte bare glemme. Inntil man er sterk nok til å snakke om det eller på annen måte forholde seg til det, vil det være viktig å ha en god vegg som holder minnene på plass.



Når veggen er god, holder minnene seg bak den. Dvs. vi får færre ufrivillige gjenopplevelser.

6.3 Triggere

En trigger er noe som kan fremkalle en gjenopplevelse. Triggeren inneholder noe som minner en på det som skjedde. Triggere er ”smittsomme”, ofte får man flere og flere ting man må unngå. Først kan det f. eks. være slik at det å se overgriper trigger frem en gjenopplevelse. Etter hvert kan det utvikle seg til at menn som likner overgriper blir en trigger, og til slutt kan alle menn bli en trigger for traumeminnene. Det kan være viktig å avdekke triggere, og i perioder trenger man å unngå det som trigger. Men på sikt er det viktig å jobbe med at triggere ikke skal fortsette å styre pasientens liv, da blir rommet for livsutfoldelse for trangt.

Eksempel

H: Ut fra din historie, er det ikke rart at noe i deg er redd menn. Det har vi snakket om at henger sammen med gamle ting du har opplevd. Nå erfarer du at redselen for menn begynner å styre livet ditt så mye at det hindrer deg i å gjøre ting du liker. Kunne du derfor tenke deg å forsøke å ta kontrollen tilbake, slik at du, og ikke fortiden din, styrer nåtiden? En måte å gjøre dette er på, er å skille fortid og nåtid. Har det vært noen menn du har oppfattet som ok?

P: Ja, mannen til min venninne er egentlig ok. I alle fall vet jeg at han ikke har gjort meg noe vondt, og at min venninne er veldig glad i han. Hun sier han bare er snill, og jeg kjenner hun snakker sant.

H: Si til den gamle tanken at ”som barn trodde jeg at alle menn var slemme, men som voksen vet jeg med hodet at det ikke stemmer”. For at du skal få noen erfaringer på dette, kan vi jobbe med å finne en mann som jobber her på avdelingen, som du opplever som litt mindre truende enn de andre. Hvem kan det være? Er det en aktivitet han, du og jeg kunne gjøre sammen?

Kommentar: Pasienten har sjelden lyst til dette. Hvis hjelpere tvinger henne, vil det være fare for at hun er utenfor toleransevinduet under eksponeringen, og da har det ingen hensikt. Da blir det retraumatiserende. Hjelpere må derfor først motivere og trygge via psykoedukasjon relatert til den enkeltes situasjon, til pasienten våger å forsøke.

En gjenopplevelse mister sin makt når pasienten er klar for å ta inn over seg at det virkelig skjedde med henne, og når pasienten forstår at det vonde er over, forstår at det er fortid. For å plassere minnet tidsmessig der det hører hjemme, må puslespillet med minnefragmenter limes sammen, og pasienten må ha bearbeidet og integrert det som skjedde både mentalt, kroppslig og emosjonelt. Da trenger ikke hjernen ”veggen” på samme måte lenger, og minnene vil begynne å blekne. Dette kan ta tid, men de fleste vil kunne oppleve at de kan få noe kontroll over de vonde minnene, selv om man ikke klarer å bli helt kvitt gjenopplevelser.

Miljøpersonalet kan kartlegge triggere sammen med pasienten. Eks. (delvis hentet fra ”Sommerfuglkvinnen”, se litteraturlisten):

1. Hva fremkaller gjenopplevelser hos pasienten? (eksempler på triggere)
2. Er det noe mønster pasienten gjenkjenner for når og hvorfor gjenopplevelsene kommer?
3. Hva gjør det verre?

4. Hva gjør at det blir mindre?

Veggen blir tynn:

- Ved redusert søvnmengde og -kvalitet
- Stress
- Alkohol/rus
- Sykdom
- Leve i fare
- Stimulusdeprivasjon (få eller ingen inntrykk)
- Ved å løse opp stram muskulatur

Veggen blir tykk:

- Ved å komme seg i sikkerhet, bort fra pågående overgrep
- Gjør gode ting for seg selv
- Sove
- Spise godt
- Leve sunt
- Ha mål som fullføres
- Når man er til stede i her og nå
- Ikke ha for mye stress i livet
- Ha trygge steder inni seg og rundt seg

Flere faser i å mestre gjenopplevelser:

1. Pasienten blir kjent med hva slags gjenopplevelser han/hun har.
Vite at det er normalt.
2. Oppdage hva som vekker minner (triggere).
3. Arbeide med å nøytralisere eller fjerne triggere.
Finne måter å håndtere triggere på.
Orienter seg for tid og sted.

7. SØVN

Søvn er vanskelig etter traumatiske hendelser av mange grunner. Noen er redd for mareritt om vonde hendelser. Andre forbinder natten og sengen med vonde minner. Når man har levd i fare, tar det tid før man kan hvile om natten. Deler av pasienten vet ikke at den ikke lenger trenger å være på vakt. Den vet ikke f. eks. at overgriper er død. Noen strever med å sovne, andre sover veldig lett, og noen sover veldig kort.

I arbeidet med traumatiserte pasienter, er erfaringen at man i perioder må fravike vanlige retningslinjer for god søvnhygiene. For noen kan det være lettere å sove når det er lyst ute. Vi

har erfart at søvn når det er lyst, kan være eneste måten å få til søvn på i perioder. For en del er det også slik at noe søvn på dagtid, medfører at de ikke er så slitne når kvelden kommer. Dermed er ”den indre veggen” tykkere, og de har mer krefter å møte det vanskelige med. For mange vil det være til hjelp å ha et lite lys tent i rommet de skal sove i. Det gjør det lettere å orientere seg. Dersom pasienten knytter overgrep til seng, kan en del få til bedre søvn ved å sove på sofaen en periode.

Det kan være klokt å skille mellom hvorvidt pasienten er i fase som er spesielt krevende, og om det begynner å gå litt bedre. Dersom pasienten synes noe stabilisert, vil det på være klokt å arbeide mot en vanlig døgnrytme. Dette for å gi mulighet til sosialt liv og aktivitet på dagtid.

Noen traumepasienter kan ha nytte av å sove med kuledyne, som er tyngre enn vanlige dyner. Dette gir en opplevelse av å være mer innpakket og omsluttet, noe som kan virke trygt for noen. For andre passer ikke dette, fordi de kan kjenne seg fanget. Individuell vurdering og tilpasning er dermed veldig viktig.

Det er viktig å identifisere triggere knyttet til omgivelsene pasienten skal sove i. Under et døgnopphold der man kommer frem til noe som er til hjelp for pasientens nattesøvn, er det av stor betydning at det også fokuseres på hvordan det som er til hjelp i avdelingen, kan overføres eller tilrettelegges i pasientens hjem.

Eksempel

For Sara er det best om hun kan se døren fra sengen når hun ligger i den. Jevnere måltider har også bidratt til at hun sover bedre. Hun har jobbet med å se for seg av et ”trygt sted” med sin behandler. De har også jobbet med å finne et sted der de delene av henne som er redde natten, kan være når hun skal sove. Dette for å forebygge mareritt. Sara har et bilde av bestemors hytte på rommet. Sara var ofte alene der med bestemor i sommerferiene, og da følte hun seg trygg. Hun likte ekstra godt å leke med bestemor i dukkestuen. Før hun legger seg nå, så ser hun på bildet av hytta og sier til de små redde inni seg: ”Nå kan dere leke med bestemor i dukkestuen mens jeg sover. Ha det fint”. Behandleren har lest inn visualiseringen av trygt sted på mobilen til Sara. Hver kveld lytter hun til det mens hun lukter på en eterisk olje med appelsinlukt. Dette gjør at Sara kjenner seg roligere. Sammen med primærkontakten har hun kjøpt seg noen sengesett hun synes er pene og av en behagelig kvalitet. Disse skal hun ha hjemme.

Kommentar: Natten og sengen var skremmende triggere for Sara. Ved å koble noen gode opplevelser sammen med natt og søvn, får hun brutt den gamle automatiserte koblingen mellom at natt og seng var lik overgrep. De dissosierte delene av henne (EP’ene) vil ikke være klar over at overgrepene er over, men den voksne Sara (ANP) kan jobbe med å bevisstgjøre dette. Visualiseringen av ”trygt sted” regulerer Saras aktivering, som før ble høy kun ved at hun visste at det nærmet seg leggetid. Ved å visualisere at EP’ene får være på et godt sted når hun skal sove, vil det i alle fall i noen tilfeller kunne gi ANP en roligere natt.

7.1 Mareritt

En dårlig drøm kan ha elementer fra dagliglivet i seg. Dårlige drømmer kan også si noe om tanker mennesker har om seg selv og sitt liv. Mareritt lyver. Det kan fortelle at pasienten vil dø, at hun ikke vil klare det som er vanskelig, at hun er et dårlig menneske. Mareritt kan forekomme i alle søvnfaser, men man husker ikke alltid hva man har drømt. En kan våkne veldig sliten etter mareritt, eller helt stiv så man ikke kan bevege seg. Mareritt er svært vanlig i lang tid hos mennesker som har vært utsatt for alvorlig traumatisering. Når et menneske sover, kan det ikke avlede seg selv fra vonde tanker. Det er også mer ubeskyttet fra de vanskelige sidene av sitt liv og sin historie.

Marerittet kan sees som psykens forsøk på å skape mening i det vonde som har skjedd et menneske. Noen kulturer mener at det er djevelen eller onde ånder som kommer med mareritt. Andre mener at drømmene er noe som kommer til å skje i virkeligheten. Dette kan være med på å gjøre mareritt enda mer skremmende. Gode muligheter for å orientere seg raskt i tid og rom, når en våkner i, eller etter et mareritt, kan være til god hjelp for mange. Konkret kan dette være litt lys i rommet og noen gode ting å se og/eller ta på, og som hører nåtiden til.

Eksempel

Selv om det nye søvnritualet har gjort at Sara er litt mindre redd for å sove, og nå sover noe bedre, har hun fortsatt netter med mareritt. Det er viktig for henne å kunne orientere seg raskt mht. tid og sted når hun våkner av mareritt. Hun har funnet frem til noen ting som hjelper henne med dette. Et lite nattlys gjør at hun raskere kan se hvor hun er. På nattbordet har hun bilde av hesten sin. Hun er rolig når hun er sammen med hesten, og hun klarer å hente frem litt av den roen når hun ser på bildet. Sara har også mobilen liggende på nattbordet slik at hun kan lytte til visualiseringen "trygt sted" som behandler har lest inn, samt lukte på appelsindriften. Hjemme har hun fjernet en bamse hun hadde liggende ved sengen, fordi hun hadde hatt bamsen i sengen da overgrepene skjedde. Riktignok hadde den vært en trøst den gangen, men når hun våknet av mareritt og så den, var det vanskeligere å orientere seg mht. tid og sted.

Kommentar: Både hesten og mobilen minner henne om at hun er voksen, og hvilket årstall hun lever i nå. De inneholder også elementer som hjelper henne å bli tryggere.

8. MAT

For en del pasienter kan ulike matsorter være en trigger. Noen kan trigges av matens konsistens, form og/eller lukt. Det kan f.eks. være den sansemessige opplevelsen av berøringen fra spesielle matsorter som trigger gjenopplevelse av orale seksuelle overgrep. For andre kan det være slik at bestemte typer mat har vært laget eller spist før, under eller etter overgrep eller annen form for traumatisering, og dermed kan lukten, synet eller smaken av denne maten bli en trigger.

Alle mennesker må ha mat for å leve. Dersom mat er en trigger generelt, er det dermed helt nødvendig å arbeide direkte med dette. Finne frem til om det er noen typer mat det er lettere å spise. Arbeid sammen med pasienten med å finne forskjeller mellom maten her og nå, og det vonde som skjedde. For noen vil det beste være at de, i alle fall for en periode, fokuserer på noe annet mens de spiser. Andre kan tåle mer utforsking av triggeren, kjenne mer etter på lukt, smak og konsistens. Kanskje få erfare at det vonde trigges, men at effekten av triggeren avtar igjen, og at de dermed kan fokusere på det de sanser her og nå.

Eksempel

Line har slitt med kvalme og gjenopplevelser i forbindelse med mat. Mat var blitt en trigger. Både mat med konsistens og temperatur som ga assosiasjon til sæd trigget, og mat med samme lukt, smak og konsistens som middagen hun fikk etter første overgrep. For henne ble mat lik kvalme og gjenopplevelser, og det hindret henne i å spise. Hun fikk bevisstgjort at kvalmen hun kjente ikke var koblet til her og nå, men til den kvalmen hun fikk under overgrepene og under den bestemte middagen. Line merket også at når hun fikk i seg mat, ble den "indre veggen" sterkere. Mat gjorde og at hun sov bedre, noe som også styrker den "indre veggen". Dette ble motivasjonsfaktorer for å klare å få i seg mat. Blant annet ved å spise ute på verandaen sammen med et personale og snakke om ridning og hest, klarte hun etter hvert å få i seg mat.

Kommentar: Psykoedukasjon hjalp Line å motivere seg til å forstå at det ville gagne henne å finne måter å klare og spise på. Selv om det var triggende i starten, fikk hun gradvis færre gjenopplevelser, fordi den "indre veggen" ble styrket. Line fokuserte også på at det hun kjente ikke var relatert til her og nå, men til noe i fortiden. Det brøt mønsteret med at gjenopplevelsene styrte at hun ikke spiste, hun tok tilbake kontrollen.

Mange traumepasienter strever også med forholdet til mat på mer indirekte måter enn at maten oppleves som en trigger. Det er en stor forekomst av spiseforstyrrelser hos mennesker med traumerelaterte symptomer. Både overspising og å sulte seg er utbredte måter å forsøke og kontrollere plagsomme symptomer på.

Gro forteller at når hun spiser lite og trener mye, kan hun holde følelsen av å være skitten på avstand. Hun er sliten av at mat og trening tar nesten alle hennes tanker og oppmerksomhet. Samtidig slipper hun å tenke på vonde minner, og opplever en slags kontroll og mestring, når planene for mat og trening er fulgt. Gro blir veldig redd og urolig, hvis hun ikke følger sitt program for mat og trening.

Kari kan spise mye uten egentlig å være klar over hva hun gjør. Hun har lite kontakt med egen kropp, og kjenner ikke forskjell på om hun er sulten eller mett. Noe godt å spise kan hun likevel merke at gir litt trøst, og at det gjør henne roligere. Ofte blir det lett noe desperat over spisingen.

Ola forteller at når han spiser mye kaloririk mat, kjenner han ikke lenger angst eller uro. Han kjenner heller ikke andre følelser, og blir døsig. I en slik tilstand er det mulig

for han å slappe av. Ellers er han rastløs og urolig, og han vet ingen annen måte å roe seg på enn overspising. Tidligere brukte han alkohol i stedet for mat. Nå vil han gjerne arbeide med å lære andre måter å roe seg på.

Når maten brukes for å regulere vonde følelser og/eller overveldende traumeminner, er det et møysommelig terapeutisk arbeide å lære seg andre måter å regulere følelser på. En døgnenhet kan gi nyttige bidrag til dette arbeidet i form av å gi pasienten mulighet til å erfare hvordan f.eks. passe doser fysisk aktivitet, kontakt med andre, praktiske gjøremål, øvelser som regulerer tilstedeværelse og aktivering etc, påvirker følelser. Konkret arbeid med å identifisere triggere generelt, vil bidra til at pasienten får mindre overveldende gjenopplevelser, og dermed også mindre overveldende følelser som må reguleres. Dette blir å angripe pasientens vanskeligheter med affektoleranse og affektregulering fra to sider. På den ene siden fokuseres det på å redusere voldsomme affekter ved å redusere forekomsten av gjenopplevelser. På den andre siden eksponeres pasienten gradvis for mer passe doser av affekt, for eksempel ved en planlagt, avtalt eksponering for en trigger, for deretter å gjøre noe som regulerer aktivering hos pasienten.

9. PERSONLIG HYGIENE

Traumatiserte pasienter kan streve med personlig hygiene på ulike måter. Noen kan streve med at de kjenner seg skitne, og tvangsmessig dusjer og vasker seg, uten at det hjelper ordentlig på følelsen av å være skitten. Dersom pasienten holder mye på med handlinger som hun pleide å gjøre etter overgrep, kan dette medføre at pasienten, eller deler av pasienten, opplever det som om det nylig har skjedd overgrep. Da vil det ofte være nyttig å arbeide sammen med pasienten for å lære øvelser som hjelper til med her og nå orientering.

Eksempel

Paula slet med følelsen av å være skitten og dusjet periodevis flere ganger om dagen. Hun fikk hjelp til et "mantra" hun kunne si til seg selv hver gang hun fikk følelsen av å være skitten og følte trang til å dusje. Mantraet hadde hun skrevet ned og hengt opp på døren til dusjkabinettet. "Den gang da overgrepene skjedde, følte jeg meg skitten. Følelsen den gang var for stor til at jeg kunne kjenne på den, og jeg fikk derfor ikke lagret den ordentlig. Når den kommer nå, så vet jeg at det er en gammel følelse. Det var slik jeg følte det den gang. Nå er det 2010 og jeg vet at jeg har dusjet i dag og derfor er ren".

Kommentar: Her hjelper Paula seg selv med å skille fortid og nåtid. Hun får og plassert den dissosierte følelsen av å være skitten i fortid. Følelsen av å være skitten er ofte koblet sammen med skyld og skam, noe som gjør den ekstra sterk. En kan derfor eventuelt prøve å legge til noen ord om dette på den ene setningen over: "Når den kommer nå, vet jeg at det er en gammel følelse og at det som skjedde ikke var min skyld". Dette kan være mulig dersom voksendelen har begynt å skjønne at "det ikke var min skyld", og at det ikke trigger den sinte

delen for mye. En lapp på dusjdøren minnet Paula på mantraet, dersom hun ikke allerede hadde klart å stoppe seg selv.

Noen traumatiserte kan streve med å forholde seg til at de har en kropp. Dermed kan det å kle av seg og få vann på hele kroppen bli vanskelig. Enkelte kan oppleve det som om de går i oppløsning av å dusje. Dette kan være tegn på at pasienten er sårbar for psykoseutvikling, samt at opplevelsen av å ha et fysisk selv er meget skjør.

For å styrke en pasient som fremstår så skjør hva gjelder identitet og realitetstesting, vil det også være til hjelp å arbeide med bevisst tilstedeværelse her og nå. Imidlertid må vi være ekstra sensitive mht. dosering og individuell tilpasning av øvelser for så sårbare pasienter. Noen kan være så fobiske for egen kropp, at man i begynnelsen kun kan arbeide med tilstedeværelse ved å fokusere på objekter utenfor kroppen.

Eksempler

Anne blir veldig redd, og dissosierer bare hun hører ordet kropp. Sammen med individualterapeuten sin har hun funnet frem til at hun kan hente seg tilbake til her og nå, ved å fokusere på objekter utenfor kroppen. Hver gang Anne eller terapeuten merker at hun blir fjern og døsig i timene, pleier de begge å reise seg for å se ut av vinduet i terapeutens kontor. Sammen pleier de å telle antall mennesker de ser utenfor. Terapeuten er meget bevisst på ikke å stå for nær Anne, når de gjør dette. Anne går på spanskkurs. Hun pleier å ha med seg et spansk ukeblad å lese i på venterommet. Etter hvert finner hun ut at ukebladet også er fint å bruke i terapitimene, når hun er i ferd med å bli overveldet, og lett kunne glidd inn i en nummen dissosiativ tilstand.

Mari har hyppige innleggelsler i døgnenhet. Her observeres det at hun har store problemer med å dusje. Mari forteller at hun da blir overveldet, og deretter fjern og nummen. Det kjennes som hun går i oppløsning og renner med vannet ned i sluket. Mari, individualbehandler og primærkontakter i døgnenheten, har et møte der de sammen finner frem til noen konkrete måter å hjelpe Mari på når det gjelder personlig hygiene. På dårlige dager vasker Mari seg med klut, og hun kler kun av en kroppsdel av gangen. På bedre dager dusjer Mari med en tynn nattskjorte eller nattkjole på seg. Utenfor dusjen ligger det klart et stort og varmt håndkle. Dette pakker Mari rundt seg, før hun tar av seg det våte nattøyet under håndkleet. Denne tilpasningen fører til at Mari får stelt seg, uten å bli så psykisk dårlig av det.

Arbeider dere med en liknende pasient på din arbeidsplass, må tilpasningen gjøres helt individuelt for deres pasient. Forsøk å få pasienten til å formidle hvordan hun kan klare å gi tilbakemeldinger, dersom noe kjennes overveldende. ”Jeg forstår at det kan være vanskelig for deg å kjenne etter og si fra med ord at det ble vanskelig nå. For noen kan det være lettere å gi et tegn, f.eks. en håndbevegelse. Hvordan ville det være tror du? Hva slags tegn kunne du gi”?

10. OPPSUMMERING OG AVSLUTNING

I denne veilederen har vi ønsket å gi en kortfattet innføring i teorien om strukturell dissosiasjon, med vekt på hvordan denne forståelsen kan omsettes i det miljøterapeutiske arbeidet med traumepasienter. Vi håper at vi har lykket med å fremføre faglig gode begrunnelser for å gjøre grundig stabiliseringsarbeid med denne pasientgruppa, der fokus er å øke reguleringsferdigheter, før det er tid for eventuell bearbeiding. Vårt ønske har vært å gi stabiliseringsarbeidet med traumepasienter et konkret innhold, samtidig som vi har vektlagt betydningen av dosering og individuell tilpasning. Vi håper vi har oppnådd å gi stabiliseringsarbeidet den oppgraderingen og faglige status som det etter vår mening fortjener.

Vi har videre sett det som særlig viktig å formidle god faglig tenkning når dere som hjelpere kjenner at dere er i ferd med å bli splittet i avdelingsmiljøet, når dere arbeider med splittede pasienter.

I veilederen har vi kommet med eksempler på hvordan noen vanlige problemstillinger kan løses. Ingen forslag passer for alle, men kanskje kan bedre forståelse og våre eksempler inspirere kreativiteten i forhold til å finne individuelle tilpasninger, sammen med de pasienter som dere som er hjelpere møter i arbeidet deres.

Vi ønsker lykke til videre i det utfordrende, krevende, - men også svært givende arbeidet med traumepasienter!

Litteratur

Anstorp, T., Benum, K., Jakobsen, M. (Red.) (2006): *Dissosiasjon og relasjonstraumer: Integrering av det splittede jeg*. Universitetsforlaget, Oslo.

Levine, P. A. (1997, 1998 dansk utgave): *Væk tigeren: Helbredelse af traumer*. Borgen, København.

Ogden, P., Minton, K., Pain, C. (2006): *Trauma and the body. A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. W.W. Norton & Company, New York, London.

Rothschild, B. (2000, 2004 dansk utgave): *Kroppen husker: Om krop og psyke i traumebehandling*. Klim, Århus.

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

Van der Weele, J. og With, A. (2008). *Sommerfulgkvinnen: Kurshefte for kvinner som lever vanskelige liv*. ATV- Stiftelsen, Oslo. Bestilles på sommerfulgkvinnen@yahoo.no.

Se også:

RVTS nettsider om anbefalt litteratur (www.rvts.no)

Psykiatrisk opplysningsfond Stavanger, bl.a. diverse hefter, www.psykopp.no