



Fordypningsoppgave

VPH705 Psykisk helsearbeid

Hjertesvikt

**- Når overgrep fra omsorgsperson medfører
dissosiasjon -**

Else Helset Antvort

Totalt antall sider inkludert forsiden: 29

Molde, 02.04.2012



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 10

Veileder: Kjellaug Myklebust

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 02.04.2012

Antall ord: 8110

Sammendrag

«It is bad enough that you were robbed of your childhood—it is unacceptable to lose the present and the future.»¹

I psykiatrisk døgnpost møter jeg ofte overgrepsofre etter seksuelle overgrep. De fleste har utfordringer i samhandling med andre, noe som ofte fører til isolasjon både fra arbeid og et sosialt liv. Mange sliter med skam og skyldfølelse. De vil ofte ha problem med å skulle angi en overgriper, som til tross, også er et viktig selvobjekt. Den overgrepsutsattes mentale og relasjonelle kapasitet har over tid blitt undergravet, kapasitet en trenger for å regulere stress og affekter.

Min problemstilling er som følger: «Hvordan kan miljøterapeuten, ut i fra et psykodynamisk perspektiv, forholde seg til dissosiasjon hos overgrepsofre som er under traumebehandling? »

Teori om selvspsykologi og traumebehandling blir nyttige verktøy til analytisk tankegang når en skal forholde seg til dissosiasjon hos overgrepsutsatte, ikke etter en oppskrift men gjennom empatisk forståelse og respekt for den sårbare situasjonen pasienten er i. Ved hjelp av en narrativ historie vil jeg i denne oppgaven forsøke å drøfte balansekunsten mellom å hjelpe pasienten til å finne en ny mening og selvsammenheng uten at dette medfører for stort ubehag, dissosiasjon og objektrelasjonsvikt. Forskningen til Jeppsen et al. 2009 og de erfaringene jeg har fra observasjoner i samspill mellom pasienter som har startet opp sin traumebehandling i avdelingen, viser at vi burde prøve ut gruppeterapi for overgrepsutsatte.

¹ 13.12.2011 <http://ost.rvts.no/Images/Assets/dokumenter/ost/selfharm%20suicidality.pdf>

Innhold

1.0 Introduksjon	1
2.0 Teori	2
2.1 ICD 10 og Dissosiasjon.....	3
2.2 Selvpsykologi og selvutvikling	3
2.3 Selvobjeksvikt og dissosiasjon.....	4
2.4 Vitalitetsaffekter og inntoning fra selvobjekt	4
2.5 Overgrep fra omsorgsperson og svikt i kjerneselve	5
2.6 En manglende sammenheng mellom ”Den ytre og den indre verden”	6
2.6.1 Arbeidet med toleransevinduet og den indre veggen. “The window of tolerance” - Toleransevinduet.....	7
2.6.2 Styrk den indre veggen - Relasjonsarbeid i den tidlige stabiliseringsfasen	8
3.0 Empiri	9
4.0 Diskusjon	10
4.1 Inntoning og empati – en hjelp for å hindre dissosiering	11
4.2 Selvobjekt og selvutvikling	12
4.3 Selvpsykologi og stabiliseringsarbeid.....	16
5 Avslutning	21
6 Kilder.....	23
6.1 Internettkilder	24

1.0 Introduksjon

I psykiatrisk døgnpost møter jeg ofte overgrepsofre etter seksuelle overgrep. Mange har tilbakelagt langvarige behandlingsløp med reinnleggelser i psykiatriske og somatiske avdelinger. De fleste har utfordringer i samhandling med andre, noe som ofte fører til isolasjon både fra arbeid og et sosialt liv. Mange sliter med skam og skyldfølelse. De vil ofte ha problem med å skulle angi en overgriper, som til tross, også er et viktig selvobjekt (Anstorp, Benum og Jakobsen 2006). Forfatterne skriver at overgrep fra nære relasjoner skaper smerte og ensomhet og i tillegg undergraves utviklingen av den overgrepsutsattes mentale og relasjonelle kapasitet. Kapasitet en trenger for å regulere stress og affekter.

Dissosiasjon er et fenomen jeg ofte opplever hos denne pasientgruppen i døgnposten. Når jeg skulle lete etter aktuell forskning rundt tema seksuelle overgrep og dissosiasjon fant jeg at dissosiasjon har fått lite oppmerksomhet av forskere. Jeg finner støtte i dette hos Ellen Jepsen som forsker på emnet ved Modum bad. For tiden arbeider hun med en studie av pasienter som var innlagt i Avdeling for traumelidelser ved Modum Bad i perioden 2003-2007. Pasienter med dissosiative lidelser skal i følge Jepsen, ofte ha blitt ekskludert fra forskningsstudier. Det finnes i følge forskeren kun ni forløpsstudier på verdensplan av voksne med barndomstraumer som har vært innlagt for traumebehandling i sykehusavdeling. Bare to av dem fokuserer på seksuelle overgrep i barndommen. Blant dem viser hun til sin egen studie fra Modum Bad som undersøkte forløpet hos 34 pasienter innlagt i Traumegruppe i 2001-2003 (Jepsen et al. 2009).

Tone Skjerven 2011, leder ved Avdeling for traumebehandling og interpersonlig terapi ved Modum bad, skriver i sin artikkel "*Vi tror ikke det vi hører..*", at overgrep i dag kan ses på som et samfunnproblem. Hun bruker tall for å illustrere omfanget.

- 80 prosent av de som har vært til behandling ved Tyrilistiftelsen for rusproblem har vært utsatt for overgrep.
- Ca 30 prosent av pasientene behandlet i et visst tidsrom ved et DPS i Oslo var overgrepsofre, her var tallene for overgrep 28- 41 prosent
- Minst 30 prosent av personer med spiseforstyrrelser har vært utsatt for fysiske og seksuelle overgrep

- Seks av ti kvinnelige innsatte har vært utsatt for seksuelle overgrep, fire av ti også som barn. Alle de som var utsatt for overgrep som barn, ble også utsatt for overgrep som voksne.

I følge Skjerven 2011 vil overgrepsofre ofte utvikle rusavhengighet, selvskading, spiseforstyrrelser og alvorlige depresjoner. Hun oppmoder om tilrettelegging for både forebygging, men også behandling av senskader.

Utifra denne introduksjonen velger jeg å belyse følgende problemstilling:

«Hvordan kan miljøterapeuten, ut i fra et psykodynamisk perspektiv, forholde seg til dissosiasjon hos overgrepsofre som er under traumebehandling?»

2.0 Teori

Det ble i introduksjonsdelen vist at det er en sammenheng mellom opplevde traumer, dissosiative lidelser og dårlig selvutvikling. Dette preger denne pasientgruppen som opplever dårlig selvbylde, skam og redusert evne til affektregulering. Dissosiasjon er ofte en overlevelsesstrategi for denne gruppen pasienter som ofte blir innlagt avdelingen for stabilisering. Som hovedteori har jeg her valgt selvpsykologi der et av målene i terapien er å finne en mening i sin livshistorie slik at pasienten opplever et sammenhengende selv (Ellen Hartmann 2000). I tillegg vil jeg vektlegge bruken av miljøterapeutiske verktøy i stabiliseringsarbeidet av den overgrepsutsatte (RVTS 2011)². Dette med tanke på dynamikken i samarbeidet mellom pasient, individualterapeut og miljøterapeuter i traumearbeidet. Stabilisering er i følge RVTS kjernen i alt traumearbeid. Samtaler om traumene er viktig i behandlingen hos individualterapeuten og er med på å skape mening til det som har skjedd. Dette kan for mange bli for traumatisk. Traumene kan hos enkelte føre til gjenopplevelinger slik at de destabiliseres etter individualterapi. Stabilisering i døgposten vil da være et miljøterapeutisk tiltak som gir mening.

I tillegg til teori vil jeg i dette kapittelet også presantere en narrativ fortelling hentet fra mine erfaringer med en ung kvinne med diagnose PTSD, *post-traumatisk-stresslidelse*. Her vil jeg forsøke å skildre ulike utfordringer rundt stabiliseringen av hennes manglende

² RVTS øst: Hva er det som hjelper? En veileder av Torild Melgård, spesialist i klinisk psykologi <http://ost.rvts.no/Images/Assets/dokument/ost/veilederen1.pdf>

affektregulering, som ofte ender opp i en eller annen form for dissosiasjon. Historien er hentet fra klinisk praksis, er bearbeidet og anonymisert slik at etiske retningslinjer rundt taushetsplikt er tatt hensyn til.

2.1 ICD 10 og Dissosiasjon

I Statens helsetilsyns 10. revisjon av ICD-10³, finner vi dissosiative lidelser under nevrologiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser (F40-48). Og ICD-10 klassifiserer dissosiasjonslidelser som et tap av den normale integrasjon mellom erindringer av fortiden, identitesbevisshet og umiddelbare sanseopplevelser.

2.2 Selvspsykologi og selvutvikling

I innledningen nevner jeg at overgrep fra nære relasjoner skaper smerte og ensomhet og at utviklingen av mental og relasjonell kapasitet undergraves. Kapasitet en trenger for å regulere stress og affekter.

Evnen til kognitivt og emosjonelt å plassere seg i den andres sko, blir i teorien ofte brukt for å skildre hva terapeutens empatiske forståelse går ut på. Karterud og Monsen 1997 skriver om den anstrengelsen terapeuten må gjøre for å fordype seg i pasientens subjektive perspektiv. Det å skulle se verden med pasientens øyne vil kunne true terapeutens egen selvopplevelse og forankring. Terapeuten vil ved kritisk selvobservasjon merke hvor lett det er å flytte fokuset til sitt eget perspektiv. Vi strever alle etter å utvikle en opplevelse av å ha et sammenhengende selv. Hartmann 2000 skriver at psykiske problemer er resultat av traumatiserende livspåkjenninger og at en mangel på adekvate selvobjektoplevelser kan føre til skjevutvikling og dårlig selvutvikling. Hun skriver også at det ikke bare er det som er gjort mot et menneske som for eksempel forsømmelse, mishandling og reel traume, men også om hva som *ikke* har blitt gjort i form av reaksjoner fra et dårlig mellommenneskelige oppvekstmiljø. Dette beskrives også som en manglende inntonning fra omsorgspersoner til barnet.

Øyvind Urnes 1997 skriver om ulike følelsesmessige inntoningsvarianter:

- Manglende følelsesmessig inntonning fra omsorgspersoner: Barnet mangler opplevelse av å bli møtt på sine reaksjoner. Han nevner her: gråt, sult og mangel på trøst som eksempel på en slik inntoningsvikt fra nære omsorgspersoner. Barnet kan i følge forfatteren bygge en privat indre verden med egne regler og logikk.

³ <http://finnkode.kith.no/2011/#icd10ICD10SysDel2599506flow>

- Selektiv inntoning: Foreldre former barnet i sitt bilde. Bekrefter og applauderer enkelte følelsesopplevelser og ekskluderer andre. Barnet selv blir knyttet til andres forventninger og utvikler et falskt eller et sosialt selv. Barnet blir således offer for foreldrenes selvobjektsbehov og ender opp med tomhet og tap av identitesfølelse.
- Feilinntoning: Barnet får feil respons på sine følelsesuttrykk og vil trekke seg inn i seg selv fordi de fryter det Stern kaller et ”emosjonelt tyveri”.
- Overinntoning: Vil oppleves som invadering. I følge Urnes mener Stern at overinntoning gir grunnlag for utvikling av alvorlig personlighetsforstyrrelse.

2.3 Selvobjektsvikt og dissosiasjon

I selvpsykologien er det selvobjektene som støtter opp om individets selvopplevelse. Karterud og Monsen 1997 forklarer begrepet selvobjekt som den funksjon og betydning et annet menneske, et dyr, en ting, en kultur eller en idétradisjon kan ha for at en skal opprettholde den følelsen en har av å være i et meningsfullt og sammenhengende selv. Et barn som opplever å bli krenket seksuelt av omsorgsperson er samtidig i en avhengighetsposisjon til overgriper. Det å samtidig håndtere at omsorgspersonen er farlig, forvirrende eller sint, splittes således vekk og dissosiasjon oppstår som et svar på en uløselig konflikt (Anstorp, Benum og Jakobsen 2006). Dissosiasjonsfenomenet forklares av forfatterne som to biologiske systemer som kommer i konflikt med hverandre: systemet for tilknytning og systemet for reaksjon på fare. Barnet kan utelate å kjempe, gå inn i en frystilstand, eller opptre totalt underordnet. Slik ser vi det i dyreriket der dyret underkaster seg når overmakten blir for stor. Forfatterne skriver at barn som blir trøstet i etterkant av store påkjenninger, opplever å få hjelp til å regulere ned stresshormonene. Barnet kan da gjenoppta normal aktivitet. Men hos barn som opplever seksuelle overgrep er det sjelden snakk om trøst eller beroligelse etterpå. Disse barna opplever heller å bli straffet, isolert og påført skyld og barnet blir bare mer forvirret når alt rundt fortsetter som før, og alle andre later som om ingenting har hendt. Barnet starter sin vei for overlevelse med unngåelse og forbier mot alt som minner om overgrepene.

2.4 Vitalitetsaffekter og inntoning fra selvobjekt

I følge Schibbye 2002, er vitalitetsaffekt et begrep som hos en voksen kan kjennes som vage følelser, som det å føle seg levende, flytende eller synkende. Uten denne vage

følelsen kan en som voksen kjenne på en tomhetsfølelse som må fylles med noe annet. Schibbye skriver at vitalitetsaffekter har betydning for å oppleve et sammenhengende selv eller å føle seg hel. Utvikling av vitalitetsaffekter avhenger av at omsorgspersonene er affektinntone. Svikt i inntoning fra omsorgspersonene kan føre til manglende vitalitetsaffekter, en opplevelse av manglende selvsammenheng. Dette kan føre til dårlig selvregulering og derfor også dårligere relasjoner til andre. En kan se på affektinntoning som en bro i relasjoner, der det å ha tilgang til egne følelser er en forutsetning for å forstå andres, og dermed å kunne gå inn i følelsesmessige relasjoner med andre.

Ellen Hartmann 2000 gir oss noen eksempler som kan indikerer at pasienten har et mer styrket selv. Pasienten føler seg mer vital og viser og kjenner empati. Har økt evne til å gi og motta. Har økt evne til empati med seg selv og andre. Er mer utforskende og har mer håp.

2.5 Overgrep fra omsorgsperson og svikt i kjerneselve

Å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep vil alltid sette sine spor. Marie Farstad (2011) skriver i sin bok om skammens spor, om konsekvensene av å ha blitt utsatt for overgrep. Hun viser her til Fowler (s.70) som skriver om sårheten som oppstår når overgrepsofre mister tilgangen til sitt eget hjerte og at det slik oppstår svikt i kjerneselve. Videre hevder Fowler at hjertet representerer kjernen i selvet og den dypeste følte sannhet om det autentiske selv.

Karterud og Monsen 1998 omtaler kjerneselve, «the nuclear self», som et tripolart selv: En svikt i modningen av *det grandiose selvet* kan enten utvikles til en grandiositet som fortreges og vi tappes for energi, eller det kan gjøre seg gjeldende på en måte som vi ikke tar helt ansvaret for, eller som ikke er integrert med resten av vår personlighet. Barnet vil også utvikle et idealiserende selv, *det idealiserende selvet*. Noe forfatterne beskriver som en en følelse av å bli holdt oppe av noe større enn seg selv, av å bli holdt, oppleve tillitt og trygghet. Et godt utviklet og modent idealiserende selv vil føre til godt forankrede etiske ferdigheter. På den andre siden vil en umoden form føre til *et intens behov for å bli holdt, å kunne lene seg til noen, søkende etter ytre, verdimeslige forankringspunkter eller idealer*. På slutten av sitt forfatterskap beskriver Kohut ett tredje selv, *det tvillingsøkende selv*, Karterud og Monsen 1998. Dette betegnes også som en alter-ego-overføring. En slik overføring gjenspeiler et behov for å bli bekreftet av en tilsvarende annen med sin likhet. I

følge forfatterene kan både terapeuten, nære venninner og kjæledyr være ulike alter-ego-selvobjekt.

2.6 En manglende sammenheng mellom "Den ytre og den indre verden"

Anstorp, Benum og Jakobsen 2006 tar for seg teorier rundt dissosiasjon, om den skaden som oppstår når hjernen splittes mellom daglig fungering og håndtering av traumatiske minner. Daglig fungering sier noe om de ytre begivenheter i livet, men lite om barndom og ungdomstid. En husker lite eller ingenting av tidligere traumer.

Den ytre verden er den delen som fungerer i det sosiale livet. Eller den tilsynelatende normale del av personligheten (ANP), tilsynelatende fordi store deler av personligheten ikke er integrert.

Den indre verden inneholder forsvarsdelen til den traumatiserte. Begrepet emosjonstyrte deler av personligheten (EP) er vanlig å bruke her. Pasientene kan beskrive Ep-ene som deler av seg selv. Eksempel: den sinte, den flinke, selvskaderen, overspiseren og den mislykkede. Pasienten må få lære at delene har oppstått for å hjelpe og ikke for å være slemme. Disse følelsene sitter fast i traumeøyeblikkene og reagerer først og fremst emosjonelt og kroppslig. I følge forfatterene kan det dreie seg om en lukt, en bevegelse eller et blick, som kan utløse gjenopplevelse av traumene. Et strengt blick kan utløse panikk og senere overgivelse, et bydende blick, med kombinert seksuell adferd kan utløse automatiserte reaksjoner, som utkobling, numming eller frystilstander.⁴ Derfor er en mer utsatt for nye overgrep eller invaderende minner fra tidligere overgrep. Minnene om det vonde blir unngått og det utvikles fobier mot egen kropp. Når emosjoner som angst, skam eller sinne blir aktivert, vil dette oppleves som om dørene til traumerommet slås på vidt gap. Det er som om alt skjer igjen, med like intense følelser. Følelser som for mange ender opp i disosiasjon.

Dessverre oppdages som regel ikke seksuelle overgrep. Mange trenger hjelp i voksen alder for å ta den jobben det er å ta inn de vonde opplevelsene som har hendt en og bearbeidelsen av historien kan skje.

Ellen Hartmann 2000 er opptatt av at terapeuter har evne til aktiv, empatisk lytting og forståelse i samtalen. Dette for å gjøre pasientens tilsynelatende ubegripelige følelser og

⁴ <http://ost.rvts.no/Images/Assets/dokument/ost/im%20scanning%20for%20danger.pdf> (Stephen Porges, Ph.D)

reaksjoner, begripelige. Å skape en sammenhengende historie som gir mening. Psykolog Torhild Melgård skriver i veilederen til RVTS⁵ at selv om det er nærliggende å tenke at det vil være godt og nyttig for en pasient å få snakke om alt det vonde, er det erfaringer i fagfeltet som viser at samtaler om traumer som ligger tilbake i tid, gjerne fører til gjenopplevelser og retraumatisering, heller enn bearbeiding. Pasienten må i følge Melgård først være godt stabilisert og ha øvd opp reguleringsferdigheter før bearbeiding og rekonstrueringen av historien tar til hos individualterapeuten. Miljøterapeutenes rolle her er å støtte pasienten i stabiliseringsarbeidet.

I veilederen fra RVTS er det satt opp veiledende hovedområder for stabilisering av denne gruppen:

- Styrke egenomsorgene (mat, søvn, personlig hygiene)
- Finne meningsfulle aktiviteter i hverdagen, balanse mellom hvile og aktivitet.
- Psykoedukasjon: Kunnskap om senfølger av traumer, hjelp til å forstå egen plager/symptomer, uten å gå inn i historien.
- Oppøve evne til affektregulering. Gjenkjenne økning og finne gode aktiviteter som kan roe dem.
- Økt affektbevissthet og affektoleranse. Økt evne til å kjenne på følelser kan gjøre det lettere å kontrollere impulser. Impulser som ofte kan være å reagere automatisk på sin gamle måte gjennom ex destruktive handlinger.
- Jobbe med hva som kan gi økt opplevelse av trygghet. Øke evnen til å ta imot og søke støtte, men også øke evnen til å være alene.

2.6.1 Arbeidet med toleransevinduet og den indre veggen. "The window of tolerance" - Toleransevinduet

Forfatterne Anstorp, Benum og Jakobsen 2006 understreker viktigheten av terapeutens evne til affektregulering. Det er her viktig at terapeuten greier balansekunsten det er å fungere som pasientens affektregulator. Dette fordi pasienten trenger støtte til å lære å tåle følelser og reaksjoner uten å bli overveldet eller forsvinne. Slike reaksjoner har ofte den traumatiserte med seg fra barndom og inn i voksenlivet. Mange av disse pasientene sliter med reguleringen, og kompensere dette med heller å innta forskjellige måter å være på.

⁵ RVTS øst: Hva er det som hjelper? En veileder av Torild Melgård, spesialist i klinisk psykologi <http://ost.rvts.no/Images/Assets/dokumenter/ost/veilederen1.pdf>

Eksempel på dette kan i følge forfatterne være å bedøve seg, gå inn i en tomhetstilstand, fjerne seg fra seg selv eller motsatt – bli overveldet av følelser som ekstremt sinne, raseri, hat, tristhet og desperasjon.

Toleransevinduet er en metafor som brukes om den ideelle aktiveringstilstanden av det autonome nervesystemet, stressaktivering, der pasienten har høy nok aktivering og bevissthet til å holde seg våken og kan forholde seg til terapien. Her er pasienten innenfor rammen av sin følelsesmessige toleranse, og pasienten har tilgang til mentale og kognitive funksjoner.

For høy aktivering:

Kamp- eller fluktforsvaret aktiveres

Frontallappene avstenges

Høy puls, blodtrykk, hjerterytme og stoffskifte

Motorisk urolig, stresset og ukonsentrert.

Innenfor toleransevinduet:

Optimal aktivering

Tilgang til kognitive funksjoner

For lav aktivering:

Immobilitet og underkastelsesforsvaret

aktiveres

Nedsatt kognitiv fungering

Lav puls, blodtrykk, hjerterytme og stoffskifte

Nummen, slapp/stiv, «tom i hodet», sliten

Eksempel fra RVTS/Veileder

2.6.2 Styrk den indre veggen - Relasjonsarbeid i den tidlige stabiliseringsfasen

Å skulle hjelpe pasienter som har overlevd massive traumer kan oppleves avmektig. Forfatterne Anstorp, Benum og Jakobsen 2006 understreker viktigheten av å starte i det små, med tidligfase traumearbeid. Terapeuten hjelper slik pasienten til å få et grep om seg selv og sin situasjon og til å skape avstand til smerten gjennom å bygge en visuell toleransevegg mellom minnene og det å være her og nå. Pasienten blir forklart at det er

helt nødvendig å skape avstand til minnene, slik at en selv bestemmer når det vonde skal være fremme i bevisstheten.

Sykdom, stress, rusbruk og fare er med å gjøre toleranseveggen tynnere og gjenopplevelser av angst vil komme frem. Veggen blir styrket av god søvn og gode opplevelser. Å hjelpe pasienten med å lage realistiske mål for dagliglivet, lage gode selvintrusker og tilstedeværelsesøvelser vil styrke veggen. At terapeuten tar ansvaret i starten, formidler direkte, skaper trygghet og oversikt. Forfatterne Anstorp, Benum og Jakobsen 2006 skriver at når pasienten blir bevisst hvordan hun kan være mer tilstede i sitt eget liv øker de mentale ressursene og dissosiasjonsproblematikken kan avta med økt selvkontroll, orientering av tid og pasienten blir mer reflektert enn impulsiv.

3.0 Empiri

Empiri i denne sammenhengen vil være egne erfaringer hentet fra klinisk praksis.

Mari, en kvinne i 20-åra, ble som barn utsatt for omsorgsvikt, mobbing på skolen samt seksuelle overgrep og trusler fra overgriper, som også er en nær familiemedlem. Fra hun var 14 år har det blitt mange innleggelse i barne og ungdomspsykiatrien. Hoveddiagnosen var bipolar lidelse og depresjon, men Mari opplevde ikke at behandlingen hjalp henne. Hun fikk etter hvert diagnosen PTSD. I følge individualterapeuten husker Mari bare fragmenter av det som har skjedd og reagerer med dissosiasjon når minnene dukker opp som filmer i hodet hennes. Da ønsker hun seg bare vekk, dissosierer og ender ofte opp med selvskading.

I de første årene jeg opplevde å ha Mari som pasient behandlet vi «dissosiasjonene» med kuledyne og ball. Dette var verktøy jeg ikke hadde kjennskap til fra før og jeg husker godt følelsen jeg fikk da jeg første gangen skulle legge kuledyna over henne:

Jeg var ny på avdelingen og ville gjerne forsøke å bli bedre kjent med henne. Jeg kunne se at hun ved å dra ned genseren, prøvde å skjule arr etter selvskading på begge underarmene. Hun virket ivrig etter å bli kjent med meg også, men utpå ettermiddagen endret hun seg. Hun snakket i hurtigere tempo, ble motorisk urolig, og jeg hadde problem med å følge henne. Jeg husker godt en fornemmelse av ubehag når jeg satte meg for nær henne. Det kom etterhvert flere personer til og jeg observerte at Mari ble stille, hun reiste seg og gikk inn på rommet sitt. Jeg gikk etter og fant henne liggende i sengen. Jeg ble bekymret, det virket ikke som om jeg fikk kontakt, som sykepleier ble det naturlig for meg å

tenke «frie luftveier» og plasserte hodet hennes litt bedre tilrette og kom på rådene jeg tidligere hadde fått om kuledyne og ball. Dyna var påfallende tung og jeg kjente i det jeg løftet den at den gav meg en slags omfavnelser, «trygghet», tenkte jeg, og danderte den forsiktig over Maris kropp. Klappet den forsiktig rundt henne mens jeg fortalte hva jeg gjorde. Etter en stund rørte hun litt på seg og jeg kunne høre en liten, tynn stemme si: «rulle ball». Ballen lå på nattbordet, jeg spurte forsiktig, « hvor» og hun hvisket: « ryggen». Stemmen hennes hadde en helt annen karakter enn den jeg hadde hørt tidligere. Det virket som hun kom tilbake til meg og jeg tenkte at jeg mest sannsynlig har vært vitne til det mine medarbeidere omtalte som dissosiasjon. Det tok flere timer å få henne helt tilbake, stemmen fortsatte å være svært svak og hun satt passivt i timesvis og stirra i veggen.

4.0 Diskusjon

«Hvordan kan miljøterapeuten, ut i fra et psykodynamisk perspektiv, forholde seg til dissosiasjon hos overgrepsofre som er under traumebehandling?»

«Ja, hva er det som hjelper?»

I følge ICD-10 kan dissosiasjonsfenomenet fungere som forsvar mot utålelig smerte. Her beskrives det at de som skader seg selv tidvis opplever dissosiativ tilstand forut for handlingen, hvor man kan falle ut. I litteraturen finner jeg ofte et større fokus på selvskading enn på dissosiasjon, men som jeg tolker fra artikkelen til Skårderud og Sommerset (2009)⁶, er det i Maris situasjon viktig å forebygge selvskadingen med å forebygge dissosiasjon. En annen grunn til å forebygge dissosiasjon er faren for utvikling av psykose. Forfatterne viser til Kohut som hevdet at defekt i kjerneselve kan føre til kroniske funksjonelle psykoser og personlighetsforstyrrelser.

Ved en innleggelse for en tid tilbake, foreslo Maris individualterapeut at miljøpersonalet jobbet med stabilisering ved å unngå at Mari dissosierte. Mari, skulle gjennom oppgaver hun fikk av individualterapeuten, lære hvordan hun kunne jobbe seg inn i toleransevinduet. Nå skulle vi gjøre mer enn å rulle ball og legge over henne kuledyna,⁷ som vi hadde lært

⁶ Nr.8–16.april2009 TidsskrNorLegeforen 2009;129:754-8 doi:10.4045/tidsskr.08.0454

⁷ http://www.amajo.no/Produkter/Kuledyner/Protac_kuledyne_/3369/Brosjyre_kuledyne.pdf

skulle stimulerer sansene, og gi økt kroppsbevissthet. Kuledynas hensikt var å virke beroligende og å skape trygghet. Miljøterapeutene hadde god erfaring med bruk av kuledyna når Mari dissosierte og skulle nå også hjelpe henne med arbeidet med å holde henne i toleransevinduet og unngå at hun dissosierte. Jeg vil nå illustrere hvordan dette arbeidet har utartet seg i praksis. Samtidig vil jeg gjennom selvsykologiske briller, se etter andre måter å håndtere utfordrende situasjoner på.

4.1 Inntoning og empati – en hjelp for å hindre dissosiering

Ellen Hartmann (2000) skriver om ekthet og empati som viktige tilnæringsmetoder i selvsykologisk sammenheng. Jeg kjenner ofte på utfordringen i å skulle være empatisk og så ekte inntonet jeg kan, uten at jeg tar meg i å misste fokus.

Med Mari ser jeg nytten av å inntone meg empatisk etter hvilke behov hun har for å bli speilet. Mari veksler stadig mellom personligheter og behov for å uttrykke emosjoner. Jeg kjenner inni meg når jeg bør være spesielt på vakt, og hvor inntona jeg er, for å hjelpe henne til å holde seg så stabil som mulig i det jeg i teorikapittelet kaller *å være i toleransevinduet*.

I fortellingen om Mari illustrerer jeg en situasjon der jeg ikke helt fikk med meg hva som skjedde når hun, tilsynelatende uten forvarsel, ble stille og til slutt forlot rommet. Jeg hadde på dette tidspunkt ingen kunnskap om psykodynamisk terapi, traumebehandling, stabiliseringsarbeid eller selvsykologi. Jeg var meg ikke bevisst å virkelig kjenne på følelsen oss imellom. En kollega som er musikkterapeut sa nylig at å være dårlig inntona gir dårlig musikk og disharmoni, og jeg ser dette utsagnet kan overføres til situasjonen med Mari. Jeg oppfattet ikke hva det var, men hennes endring i væremåte viste meg en tydelig disharmoni.

Det kan være Maris oppfatning av medpasientene som førte henne inn i dissosiasjon den gangen. Medpasientene kan ha sendt blick eller snakket om ting hun assosierte med overgrepene, at den ene av dem hadde mange synlige arr etter selvskading kan også ha trigget, Anstorp, Benum og Jakobsen 2006. Hun kan også ha opplevd selvobjektsvikt fordi jeg flyttet fokus fra henne og over til de andre pasientene. Jeg for min del hadde opplevd at vi hadde en god tone før de andre kom inn i rommet. Eller var det slik at hun bare viste meg et skjult selv og at hun bare tok på seg en maske for å tilfredstille mine behov for å være flink miljøterapeut eller omsorgsperson? Om det er slik at Mari viser en ytre fasade, vil hun ikke i følge forfatterne selv være klar over denne ytre fasaden? Om jeg kommer i en lignende situasjon en gang til kan jeg forsøke med dialog og empatisk tilnærming når

jeg merker endringen i stemningen mellom oss. I historien om Mari hadde jeg kjent ubehag ved å sette meg nærme, ubehaget var det ikke først, men kom etter hvert. Om jeg for eksempel sa til henne at at jeg merket noe annerledes mellom oss og sjekket ut om hun også gjorde det, ville det kanskje få henne til å si noe om hva hun følte der og da. Jeg vil velge å si *oss*, isteden for *deg* eller *du* for å gi henne en følelse av at vi bærer noe sammen, at hun ikke får hele ansvaret. Dette er noe jeg tenker virker betryggende om hun kjenner på uro. Jeg kunne, om hun svarte at noe var ubehagelig, kanskje spørre om hun hadde opplevd slik ubehag før? Om hun således kunne bekrefte det, kunne jeg også ved å spørre videre finne ut hva som pleier å hjelpe når hun har det slik. Her kunne jeg dradd i både hennes egne mestringsstrategier og øvelser med å skulle holde seg i toleransevinduet. Jeg kunne spurt henne hva individualterapeuten og hun selv hadde kommet frem til av strategier som virker bra og hva som virker dårlig. Jeg ville da vist henne empati og rørt ved hennes vitalitetsaffekter siden jeg valgte å tone meg inn på følelsen hun viste meg. Hun ville da kunne oppleve meg som et selvobjekt hun kan stole på. Og jeg tror jeg på denne måten hadde greid å få henne med inn i toleransevinuet. Når hun er i vinduet kan vi snakke om gode selvobjektsopplevelser eller personer, dyr etc. Hun er glad i å strikke og jeg har merket meg at hun samler seg fint når jeg spør henne hvem hun strikker til. Hun er veldig flink til å strikke og lyste opp når jeg spurte om hun kunne tenke seg å lære meg. Jeg vet av erfaring at jeg da må stille opp med garn og pinner ved neste møte siden hun så lett blir motløs når noen ikke holder avtaler.

Mari har opplevd svikt i innoningen fra sine nærmeste. Det dreier seg om skam og skyld og jeg kan tenke meg at det har vært vanskelig for Mari å gjemme de vonde opplevelsene for at sannheten om overgrepene i familien ikke skulle komme ut. Hun kan således mangle opplevelse av å bli møtt på sine reaksjoner under og etter overgrepene, på grunn av manglende inntonning fra omsorgspersoner. Der hun skulle ha fått trøst har hun blitt skremt til taushet.

4.2 Selvobjekt og selvutvikling

Et barn som opplever å bli krenket seksuelt av omsorgsperson er i følge Anstorp, Benum og Jakobsen 2006 samtidig i en avhengighetsposisjon til overgriper. Ikke alle selvobjekt er gode. I følge Hartmann 2000 er foreldre og nære omsorgspersoner alltid selvobjekt for barn. Barn som opplever omsorgsvikt, vold eller andre overgrep vil gjennom behovet for å skape en mening også se opp til sine foreldre som selvobjekt i den håpløse situasjonen. Mari har så vidt begynt å fortelle sin historie til sin individualterapeut, og jeg har gjennom

å følge Mari til terapeuten fått vite at overgriper er hennes far. Jeg husker hva jeg tenkte da jeg fikk vite dette. Jeg reagerte med vantro, sikkert fordi Mari alltid har snakket positivt om far og resten av familien. Jeg vet ikke hvor mye resten av familien visste om det som foregikk, bare at de vet det nå. Men de snakker ikke om det. På meg kan det virke som om Mari sitter fast i hver ende av den grandiose polen. Hun er tydelig stolt og snakker varmt og respektfullt og beundrende om sin far, en overgriper som også har sørget for at Mari kjenner seg ensom, lite verdt og ubetydelig der hun sitter på den underkjennende delen av polen. Hun har muligens behov for speilende og idealiserte selvobjekt og jeg tenker at hun derfor tilskriver han disse gode egenskapene. Jeg sliter med å skulle være empatisk og ikkevitende nå som jeg vet han er overgriperen. Det er fristende å fortelle Mari hva jeg føler om dette, men jeg har fått beskjed fra individualterapeuten om å vente litt, til Mari er mer stabil. Det er jo en viss fare for overinntoning om jeg fra min side trekker inn mine følelser her, om det er slik at hun ikke helt ser far som den groteske overgriper. Om Mari ikke var underlagt traumebehandling, hadde det blitt naturlig å følge følelsen her, og prøvd ut hva som ville skje når hun ble spurt om hvordan hun greier å snakke så pent om en som har vært så stygg? Maris opplevelser har nok ført til at selvet ikke har fått utviklet seg og jeg kan tenke meg at Mari også kanskje har skapt en illusjon av far, som det som kan gi stabilitet og trygghet/fortutsigbarhet og at han derfor også blir idealisert. Når jeg tenker på hvordan kuledyna virker på Mari, tenker jeg den her erstatter Maris lengsel etter å bli holdt og å være i noens trygge, varme favn.

Mari har ved flere anledninger trukket frem søsteren sin som sin tidligere bestevenn og som et forbilde, samtidig som Mari også kjenner på det urettferdige av at søsteren har alt. Mann, barn hus, bil, sertifikat, eller, som Mari sier: et liv. Hun uttrykker at hun har det fint sammen med familien til søsteren, men at det blir ille etterpå, når hun sitter igjen alene. Da er kattene bra å ha. Karterud og Monsen 1998 beskriver selvobjekt av denne typen alter-ego-overføring. At en blir bekreftet av en tilsvarende annen med sin likhet. I følge forfatterene kan både terapeuten, nære venninner og kjæledyr være ulike alter-ego-selvobjekt.

Gode selvobjekt blir gode hjelpere når Mari etter hvert skal rekonstruere sin historie til en historie som gir mening, som skjedde henne, og at det var før og ikke nå. Slike selvobjekt tenker jeg er nyttige for stabiliseringsarbeidet i de periodene Mari har behov for å roe ned og samle seg mellom timene hos individuelterapeuten.

Mari opplever seg selv som et overgrepsoffer, noe som i selvspsykologien kan forklares med at hun sitter fast i den underkjennende delen av den grandiose polen, og muligens også den idealiserende polen. Hun blir mange ganger daglig påminnet de vonde hendelsene. Selv om det i det siste halvåret har vært flere tegn til håp og gode fremtidsutsikter har hun også gitt uttrykk for å ha gitt opp og livet handler om skam, sorg og ensomhet.

Jeg har i denne oppgaven ofte brukt ordet overgrepsoffer. Dette er, slik jeg ser det, en vanlig måte å se på overgrepsutsatte mennesker på. De har jo på en måte ofret selve livet. Marie Farstad 2011 skriver at det like gjerne kan brukes ordet overlever i steden for offer.

«It is bad enough that you were robbed of your childhood—it is unacceptable to lose the present and the future.»⁸

Denne setningen motiverer meg til å hjelpe Mari til stabilisering gjennom å forebygge dissosiasjon som for henne betyr det samme som å gjenoppleve traumen eller å ta i bruk tidligere, uhensiktsmessige mestringstrategier. Å hjelpe henne til å visualisere trygge steder og å bringe inn gode selvobjekt, som kattene, søsteren eller tantebarna er fine verktøy i stabiliseringsarbeidet. At jeg som miljøterapeut også kan være et selvobjekt for Mari kjenner jeg det er viktig å være klar over. Å selv delta på fellesaktivitetene i miljøet er viktig, å spise sammen, ta pauser og gjøre oppgaver sammen gir meg fine muligheter til å speile henne på. Om det er travelt i avdelingen er det viktig at jeg gjør riktige prioriteringer, at jeg ikke løper, eller sier ting som at jeg ikke rekker å gå på do eller spise. Jeg kan vise Mari at jeg tar vare på meg selv ved nettopp å sørge for disse tingene. Jeg må sørge for selv å være i harmoni med meg selv, være observant på min egen pust, mitt språk og på hvordan jeg fremstår ovenfor andre. I følge Anstorp, Benum og Jakobsen 2006 er vi, på pasientens vegne, helhetens forsvarer. Jeg forsøker derfor å tilstrebe at jeg oppfører meg på en mest mulig lik måte i møte med alle Maris ulike personlighetstrekk. Dette for at hun skal føle seg trygg på meg, at hun kan stole på at jeg står i det, uansett hvordan hun presenterer seg selv. Slik vil jeg være med å trygge henne og forebygge svingingene i personligheten. Jeg tenker ofte på at Mari er lik summen av alle personlighetstrekkene hun presenterer og at dette faktisk gjelder meg også. Bare at jeg har

⁸ 13.12.2011 <http://ost.rvts.no/Images/Assets/dokumenter/ost/selfharm%20suicidality.pdf>

en bedre evne til å regulere mine egne affekter. En av fellene jeg kan gå i ved bli ett av Maris selvobjekt er at jeg også kan misste denne rollen eller relasjonen. Om jeg blir syk eller reiser på ferie vil jeg ikke kunne være der for henne slik hun er vant til. Dette kan gjøre at hun vender ryggen til meg og jeg må jobbe for å få tilbake tillitten. Jeg tenker allikevel at slikt kan forebygges ved å gi Mari informasjon om hva som skal skje, at jeg blir borte, men at jeg er forventet å komme tilbake og at hun får vite hvem som skal være tilgjengelig for henne i denne perioden. Samtidig blir det jo et tema å ta opp med henne at personale noen ganger kan bli syke, eller må være borte fra jobben av ulike årsaker. Om Mari ser problematisk på om jeg eller andre hun knytter seg til uteblir, blir det naturlig å snakke med henne om dette, kanskje spørre henne hva søsteren gjør om hun får syke barn, høre om Mari av og til må stille opp? I selvpsykologien er man opptatt av relasjoner, og å dra hennes relasjoner til nære andre kan dreie problemstillingen over i en mer naturlig vending, om at slik er livet for oss alle, ikke bare Mari. At en også kan få Mari til å tenke seg at hun også kan være en ressurs for søsteren og tantebarna kan være med å støtte opp om hennes vitalitetsaffekter og kanskje få henne til å kjenne seg tryggere og oppleve mer selvtilitt.

Mari pleier å sjekke når jeg kommer på jobb neste gang, og vil helst ha turnusen min i veska. Jeg drøfter denne sårbarheten Mari her utviser med andre miljøterapeuter i teamet. Jeg tenker det er viktig å respektere at Mari opplever det å holde på en relasjon som vanskelig og vi passer på at flere av personalet får anledning til å være sammen med henne og bygge relasjon slik at hun ikke bare knytter seg til en av oss. Når Mari snakker negativt om et annet personale og fint om meg, er det lett for at jeg kjenner meg smigret, men jeg tenker da at jeg istedenfor å falle for smigeren heller forsøker å framsnakke mine medarbeidere slik at hele teamet får anledning til å være støttende selvobjekt for Mari. Slik unngår vi splitting i personalgruppen og et bedre miljøterapeutisk klima. Men samtidig må vi ikke glemme at vi slik står i fare for å sykeliggjøre Maris selektive interesse for personale til splitting. Hun som voksen kan, som alle oss andre, velge sine selvobjekt. En velger oftest de en opplever god inntoning fra, og kanskje også de typer selvobjektsrelasjoner som innehar det en anser at en har behov for. I en slik sammenheng er det naturlig at Mari blir litt utvelgende også.

Psykiske problemer er i følge Karterud og Monsen 1998 resultat av traumatiserende livspåkjenninger og mangel på adekvate selvobjektoplevelser. De forteller om det

tragiske med personer med alvorlig personlighetsforstyrrelse i et mangfoldig samfunn, fullt av potensielle menneskelige og kulturelle selvobjekt. Deres intense selvobjektsbehov medfører ofte at medmennesker blir *brukt opp* på grunn av misforholdet mellom å få og å gi slik at grunnlaget for konstruktive mellommenneskelige forhold smuldres bort. Jeg kjenner dette på kroppen når jeg har hatt en lengre periode tett på Mari, og løser dette ved å forsøke å koble henne på fellesaktiviteter. Her opplever jeg at hun velger å være sammen med pasienter med lignende traumbakgrunn som seg selv, hun er tvillingsøkende og ser ut til å være tilfreds når hun finner noen hun kjenner seg lik.

Selvobjekt kan gi oss en følelse av å være genuint like, en trenger ikke si eller forklare så mye. Selve samværet kan være tilstrekkelig for at en sammen kan lege en indre disharmoni Karterud og Monsen 1998. Når Mari sammenligner seg med meg, har jeg av og til kjent på behov for å korrigere henne, men tar meg i det nettopp fordi dette er hennes opplevelse. Om jeg er en slags katalysator for hennes selvoppfatning, og denne er positiv, tenker jeg dette må være greit. Dette sa Mari noe om, en gang hun fortalte om søsteren sin. Søsteren visste hva Mari hadde opplevd og de trengte ikke snakke om det, det var noe mellom dem og det gjorde henne trygg.

Tilstedeværelse av gode, nærende selvobjekt er viktige for modningen av Maris voksende selvutvikling og slik jeg ser det vil behovet for dissosiering bli mindre under slike forhold.

4.3 Selvpsykologi og stabiliseringsarbeid

Slik jeg tolker det har Mari mest sannsynlig utviklet dårlig tilknytningsevne grunnet mangel på gode selvobjekt (Hartmann 2000). Hun kan ha utviklet både manglende selvregulering, borderline-tilstander og disosiative tilstander (Anstorp, Benum og Jakobsen 2006). Mari har utviklet egne strategier på selvhelbredelse som hun mer eller mindre lykkes med når hun gjør forsøk på å ta grep om situasjonen. Dissosiasjonen blir hennes *flukt eller frys* når minnene fra overgrepene trenger på, å kutte seg er ofte et resultat av flukten. Hun fortalte meg at tanken på å kutte seg blir sterkere enn minnene over overgrepene og at det eneste som kan stoppe det er å kutte seg.

Bestillingen fra individualterapeuten, om å hjelpe Mari inn i toleransevinduet vil, slik jeg ser det også være forebygging av selvskadingen ⁹. Anstorp, Benum og Jakobsen 2006 er opptatt av terapeutenes evne til å godta å måtte være pasientens affektregulator i en periode og da er toleransevinduet et godt verktøy. Mari ble skeptisk til traumebehandlingen etter at vi sviktet henne under en tidligere innleggelse.

Hos Mari har jeg observert hvor sårbart det er når personalet ikke har tilstrekkelig forståelse for stabiliseringsarbeidet og samarbeidet med individualterapeuten:

En av sykepleiestudentene fikk i ansvar å følge Mari til individualterapeuten og begge kom tilbake med friskt mot og en bestilling fra terapeuten om å øve. Sykepleiestudenten var en meget kompetent student og vi i teamet tenkte det kanskje var best for Mari å kun forholde seg til henne. Men studenten syntes dette ble vanskelig, Mari ble utilgjengelig for studenten. Dagene gikk og det viste seg at det ikke ble øvd eller snakket om toleransevinduer eller gjort øvelser. Jeg observert at Mari endret seg. Fra å være fylt av et håp om bedring, til å gå inni seg selv, trekke seg til rommet og slutte å snakke. Jeg gikk nattevakter denne perioden og observert at Mari var våken om nettene. Mari tok etterhvert grep om situasjonen og kuttet seg for å lette trykket. Etter å ha snakket med individuelterapeuten og med tanke på Maris forstyrta tilknytningsevne så vi at Mari nok atter en gang opplevde at noen sviktet henne, at hun opplevde objektrelasjonsvikt. Hun etterlyste ikke at studenten skulle gjøre øvelser, for å be om hjelp ligger ikke for henne, noe jeg tenker gjelder mange andre relasjonskadde.

Jeg tenker jeg gjorde en viktig og nyttig refleksjon da jeg fikk en tanke om at Mari hadde forventning om at noe skulle skje og at hun kanskje, på grunn av tidligere opplevelser der forventninger ikke ble innfridd, beskyttet seg mot skuffelsen med å fjerne seg fra studenten, som ikke visste det var hun som måtte ta initiativet. Mari har masse erfaring med objektrelasjonsvikt og er en mester i å finne unngåelsestrategier for å beskytte seg mot skuffelser. Jeg opplevde Mari som å stå i et spenn mellom håp og håpløshet etter denne episoden og jeg tenker jeg nå ser et mønster i hennes reaksjon på skuffelser og motgang, hun sluttet å snakke med først studenten, så resten av personalet, sluttet å strikke, ville ikke ha mat og fikk ikke sove om nettene. Hun var på vakt, ble lettere irritert over små ting og viste en side jeg tidligere ikke hadde opplevd. Hun var således ikke i toleransevinduet og var mest sannsynlig både over og underaktivert, noe som det hos Mari

⁹ 13.12.2011 <http://ost.rvts.no/Images/Assets/dokument/ost/selfharm%20suicidality.pdf>

kan oppleves som å gi full gass og brems samtidig. Utenpå kan hun se fjern og likegydig ut, men inne i seg kan hun ha et mylder med tanker og masse uro. Når jeg i etterkant snakket med Mari om hvordan hun hadde det de dagene, kunne hun fortelle at hun gikk med en plan om å skade seg og at bare det å ha en slik plan gjorde det lettere å bære skuffelsene og håpløsheten.¹⁰ Om Mari blir årvåken og høyaktivert vil dette i følge Melgård¹¹ kunne gi overveldelse og dissosiasjon. Slik jeg forstår Melgård her er det viktig at jeg legger til rette for at Maris aktivering er innenfor toleransevinduet. Har Mari liten evne til affektregulering vil hun ha et smalere vindu og det skal lite til for å bli overveldet og ende opp i dissosiasjon. I situasjonen over var det ikke bare studenten som sviktet Mari, men også jeg som gikk over i en periode med nattevakter. I ettertid ser jeg at jeg nok skulle ha orientert Mari bedre, ansvaret ble skyvd over på Mari, og studenten, noe Mari ikke tålte. Vi har blitt enige om å jobbe med stabilisering og da prøver vi å forholde oss til dagligdagse gjøremål. Tema for stabiliseringsarbeidet kaller vi: *å styrke den indre veggen og å hente seg inn i toleransevinduet*. Individualterapeuten har instruert oss i at vi kun skal fokusere på positive minner til vinduene.

Sammen har vi tegnet et vindu der Mari har laget utsikten til kattene sine, tantebarna og stua si hjemme. Hun kommer stadig på flere gode selvobjekt og trygge steder hun vil lage vinduer til. Ellen Hartmann (2000) skriver at terapeutens evne til aktiv, empatisk lytting og forståelse er nødvendig for en god relasjon.

Overaktivering



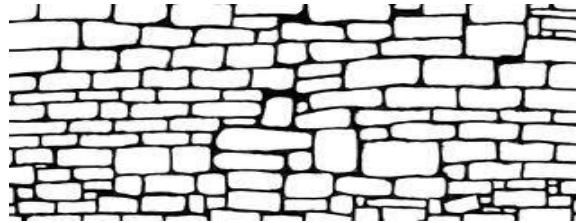
Underaktivering

¹⁰17.02.2012 <http://ost.rvts.no/Images/Assets/dokument/ost/selfharm%20suicidality.pdf>

¹¹ 17.02.2012 RVTS øst: Hva er det som hjelper? En veileder av Torild Melgård, spesialist i klinisk psykologi <http://ost.rvts.no/Images/Assets/dokument/ost/veilederen1.pdf>

For å ivareta relasjonen her kjenner jeg det nødvendig og riktig å dele noen av mine egne gode selvobjekt med Mari. Vi snakker ofte om dyr vi er glade i, om musikk, filmer og håndarbeid.

Miljøterapi ved å fokusere på på døgnrytme, rutiner og kosthold, samt forebygge sosial isolasjon og finne balanse mellom aktivitet og hvile, er fokus som vi i følge Anstorp, Benum og Jakobsen 2006 skal ha i arbeidet med *styrking av den indre veggen*.



Individualterapeuten har undervist både Mari og miljøterapeutene i hvordan veggen skal hjelpe henne til få en viss avstand til smerten. Dette arbeidet krever godt samarbeid mellom individualterapeuten og miljøet. Men jeg tenker at det hos Mari blir viktig å huske på at det er hun som bærer traumen og de vonde følelsene og at det ikke er noe hun kan styre etter en fast avtale hos individualterapeuten. I historien om Mari kan en se at hun ikke har kontroll over minnene og affektene som slår ned i henne. Det er derfor viktig at jeg som miljøterapeut har to tanker i hodet på en gang. At Mari, som bærer av traumene både trenger å bli møtt og at hun opplever empatisk forståelse når minnene blir for påtrengende, samtidig som jeg som miljøterapeut skal forsøke å trygge henne tilbake til toleransevinduet, på en måte som viser respekt for hennes lidelse, men som også forhindrer for stor traumebelastning. Det blir jo helt feil om jeg ignorerer Maris følelsesuttrykk ved bare å snakke om koselig ting, det er Maris behov som kommer først og vi skal støtte henne og hjelpe henne med å regulere seg om vi ser det blir for tøfft for henne. Å ignorere Mari i en slik situasjon blir i følge selvsykologisk teori det motsatte av hva en skal gjøre når Mari får det vanskelig. Ved å si noe om at jeg ser og hører at hun har det vanskelig nå, og å høre med henne om det er noe jeg kan hjelpe henne med, kan det være hun selv har forslag til aktivitet som kan snu ubehaget. Om jeg overser at hun har det vanskelig, eller lar være å bry meg, kan hun synke inn i de dystre tankene og til slutt ta saken i egne hender gjennom dissosiasjon og, eller selvskading. Anstorp, Benum og Jakobsen 2006 understreker at det i traumebehandling skal oppmodest til tilbakeholdenhet til traumefokus, der pasienten først og fremst trenger støtte til å bygge en god vegg mellom minnene og her

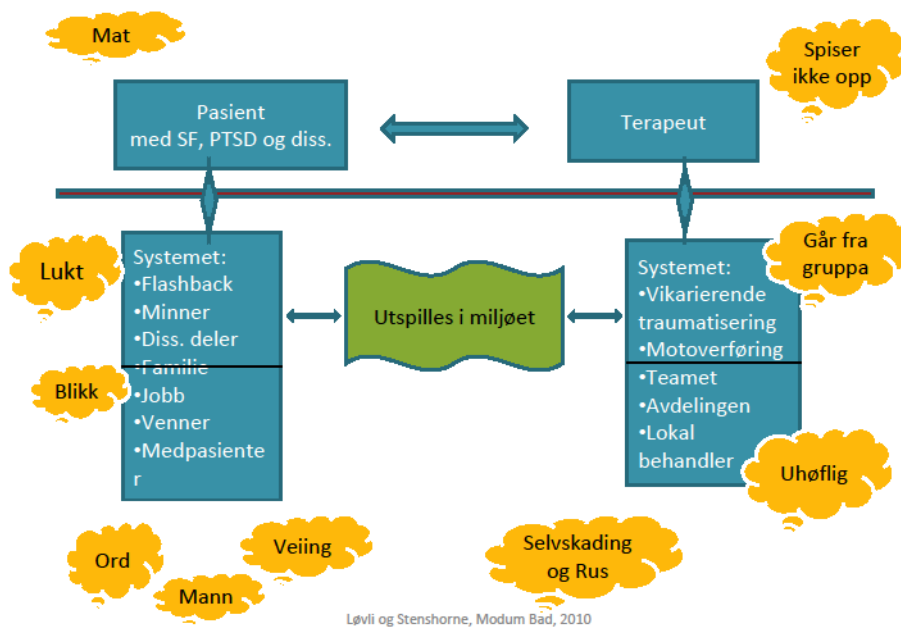
og nå. Det terapeutiske arbeidet i den tidlige fasen av traumearbeid er først og fremst strukturenende og preget en varm dialog og empati. Å systematisk styrke den indre veggen vil gi økt mulighet til å fortsette traumearbeidet og bearbeiding av minnene, samtidig som pasienten får mulighet til å utvikle bedre handlingsrom i livet her og nå.

Jeg opplever det positivt at flere av pasientene som går i traumebehandling, deler erfaringene fra terapien. De setter ord på toleransevinduet, på den indre veggen og på viktigheten av stabilisering der en ikke snakker så mye om det vonde, men heller jobber med å skape en meningsfull hverdag og en fremtid.

Jeg kan vise til et eksempel en kveld Mari og en medpasient med traumehistorie ikke ville ha kveldsmat. *Begge to hadde et trøblete kosthold og hadde nylig hatt undervisning om å styrke den indre veggen. En kollega lurte på hva hun skulle gjøre og si når de ikke ville ha mat. Jeg tok Mari tilside. Vi hadde øvd på å styrke den indre veggen samme ettermiddag. Jeg inntok en ikkevitende, imøtekommende og positiv tone når jeg spurte henne hvordan det var igjen, dette med mat og vegg? Hun smilte da og minnet meg på at faste måltid er viktige for å styrke den indre veggen. Jeg rundet av samtalen. Litt etter kunne jeg se og høre at både Mari og medpasienten gikk til bords for å spise, de tullet litt med indre vegger og vinduer seg imellom, noe jeg tolket som en positiv respons på tilnærmingen.*¹² Etter denne episoden tenkte jeg på hvor viktig det er at alle involverte i pasientens behandling har nok, og riktig kunnskap om hvordan en bør samarbeide for å hjelpe til i stabiliseringsarbeidet. Mari har etter hvert gitt utrykk for mer håp og vitalitet, snakker mer om fremtiden og makter å bli med medpasienter på turer og kino, noe det ikke har vært så lett å få til tidligere. Hun deltar i samtale, viser mer empati med både personale og medpasienter. Hun spør meg hvordan jeg har det, noe jeg ikke har hørt tidligere. Dette kan i følge Ellen Hartmann (2000) være tegn på bedring og et mer styrket selv. Og kuledyna? Den har vi faktisk ikke brukt under siste opphold.

12

http://www.google.no/search?tbm=isch&hl=no&source=hp&biw=1356&bih=625&q=vegg+og+d%C3%B8r&gbv=2&oq=vegg+og+d%C3%B8r&aq=f&aqi=&aql=&gs_sm=e&gs_upl=1702142981014743111111013131012781103710.5.11610#hl=no&gbv=2&tbs=itp:clipart&tbs=isch&sa=1&q=wall&oq=wall&aq=f&aqi=g10&aql=&gs_sm=e&gs_upl=989511083017111246141410101014821131412-2.1.11410&bav=on.2.or.r_gc.r_pw.r_cp..cf.osb&fp=7b2c763941f91613&biw=1356&bih=625



Eksempel på hvordan samspillet kan utarte seg i miljøet

5 Avslutning

Miljøterapeuten kan gjennom kunnskap om selvpsykologi og traumebehandling få verktøy til analytisk tankegang som er nyttig når en skal forholde seg til forebygging av dissosiasjon hos overgrepsofret som Mari, ikke etter en oppskrift men gjennom empatisk forståelse og respekt for den sårbare situasjonen pasienten er i. Jeg ser arbeidet krever evne til å skulle balansere mellom å skulle hjelpe Mari til å finne en ny mening og selvsammenheng uten at dette medfører for store ubehag og dissosiasjon med påfølgende oppripping i vonde minner. Inntonning, respekt og empati er gode virkemidler i terapien. Ellen Hartmann 2000 er opptatt av at terapeuter har evne til aktiv, empatisk lytting og forståelse i samtalen. Dette for å gjøre pasientens tilsynelatende ubegripelige følelser og reaksjoner, begripelige. Det vil etterhvert skapes en sammenhengende historie som gir overgrepsofret mening. Psykolog Torhild Melgård skriver i veilederen til RVTS¹³ at selv om det er nærliggende å tenke at det vil være godt og nyttig for en pasient å få snakke om alt det vonde, viser det seg at samtaler om traumer som ligger tilbake i tid, gjerne fører til gjenopplevelser og retraumatisering, heller enn bearbeiding. Pasienten må i følge Melgård

¹³ RVTS øst: Hva er det som hjelper? En veileder av Torild Melgård, spesialist i klinisk psykologi
<http://ost.rvts.no/Images/Assets/dokumenter/ost/veilederen1.pdf>

først være godt stabilisert og ha øvd opp reguleringsferdigheter før bearbeiding og rekonstrueringen av historien tar til hos individualterapeuten. Miljøterapeutenes rolle her blir derfor å støtte pasienten i stabiliseringsarbeidet.

Anstorp, Benum og Jakobsen 2006 skriver om at viktigheten av bearbeidingen av traumeminner kan gjøre plager knyttet til dissosiasjon mindre. Å hjelpe Mari til å endre selvbildet ved å bruke den indre veggen og toleransevinduet som metafor viser seg etterhvert å ha effekt. I innledningen viste jeg til Skjerven 2011 som oppmoder om større tilrettelegging for både forebygging, men også behandling av senskader. Og jeg tenker etter å ha jobbet med denne oppgaven at det er mye som kan gjøres bedre, men også at det er så bra at vi på min arbeidsplass har satt fokus på traumer.

Jeg har allerede sett en spire til noe vi kanskje bør utfordre oss på for denne gruppen pasienter i avdelingen. Observasjoner i samspillet mellom overgrepsutsatte pasienter som har startet opp sin traumbehandling i avdelingen, viser at vi burde prøve ut gruppeterapi for overgrepsutsatte. Jeg viser igjen til arbeidet til Jeppsen et al. 2009. At pasientene snakker om behandlingen og tuller med den kjenner jeg er med på å øke vitaliteten hos pasientene og dermed også gi den enkelte muligheten til å legge de vonde minnene bak seg, som en integrert del av det levde livet og samtidig komme seg videre.



- vekst i samspill med omgivelsene -

http://www.google.no/imgres?q=samspill&hl=no&sa=X&biw=1229&bih=1054&tbn=isch&prmd=imvns&tbnid=ebvH9eEh_dqjtM:&imgrefurl=http://www.friskakademiet.eventweb.no/&docid=1cMHoc_P3oHCLM&i

6 Kilder

Anstorp, Trine, Benum, Trine og Jakobsen, Marianne. 2006, Dissosiasjon og relasjonstraumer – integrering av det splittede jeg. Oslo: Universitetsforlaget.

Badeliv, et magasin fra Modum Bad, "Vi tror ikke det vi hører..." forfatter: Tone Skjerven. redaktør: Unni Tobiassen Lie, Vikersund 2011

Farstad, Marie. 2011. *Skammens spor*. Oslo: Conflux forlag

Hartmann, E. 2000. Fra drift til selv. Konsekvenser for dynamisk psykoterapi, I: Holte, Arne m.fl. (red) *Psykoterapi og psykoterapiveiledning*, Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 17-44

Ellen K. K. Jeppsen, Tron Svagaard, Mona I. Thelle, Leigh McCullough og Egil W. Martinsen 2009. *Inpatient Treatment for Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse: A Preliminary Outcome Study*. Journal of Trauma & Dissociation, 10:315-333, 2009. Copyright: Taylor & Francis Group, LLC.

Karterud, S. (1997). Heinz Kohuts selvpsykologi. I: Karterud S; Monsen, J.T. (red) *Selvpsykologi*. Oslo: ad Notam Gyldendal, s 13-28

Schibbye, Anne-Lise Løvlie. 2002. En dialektisk relasjonsforståelse i psykoterapi med individ, par og familie. Oslo: Universitetsforlaget

Urnes, Ø. (1997) Utviklingspsykologi og selvpsykologi I: Karterud, S. Monsen J.T. (red) *Selvpsykologi*. Oslo: anNotam Gyldedal. S.64-89.

6.1 Internettkilder

07.12.2011: Nijenhuis, Ellert R. S., van der Hart, Otto og Steele, Kathy :

http://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=toleransevindu&source=web&cd=7&ved=0CEoQFjAG&url=http%3A%2F%2Fold.ulleva.no%2Fstream_file.asp%3FiEntityId%3D27780&ei=hwXMTs6bAfL24QSw1rU7&usg=AFQjCNFsZmCa_4O7Y1MQdQw_KHT605I36
A

13.12.2011:

<http://ost.rvts.no/Details.asp?art=Hvordan+forst%E5+traumeproblematikk+%96+og+hva+det+er+som+hjelper&aid=430>

13.12.2011: <http://ost.rvts.no/Images/Assets/dokuments/ost/veilederen1.pdf>

Søren Kierkegaard: "Bruddstykke af en ligefrem meddelelse" (1895)

"At man, naar det i sandhed skal lykkes en at føre menneske
hen til et bestemt sted, først og fremmest maa passe paa at
finde ham der, hvor han er og begynde der.
Dette er hemmeligheden i al hjælpekunst. Enhver der ikke kan det,
han er selv i inbildning,
naar han mener at kunne hjælpe den anden.

For i sandhed at kunne hjælpe en anden, maa jeg forstaae mere end han,
men dog vel først og fremst forstaae det, han forstår.
Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min merforstaaen han slet ikke.
Vil jeg alligevel gjøre min mere-forstaaen gjeldende,
saa er det, fordi jeg er forfærdelig stolt,
saa jeg i grunden i stedet for at gavne han egentlig vil beundres af ham.

Men al sand hjælp begynder med ydmykelse:
Hjælperen maa først ydmyge seg under den, han vil hjælpe,
og herved forstaae, at det at hjælpe ikke er at være den herskesygeste,
men den taalmodigste,
at det at hjælpe er villighed til indtil videre at finde sig i at have uret,
og ikke forstaae, hvad den anden forstaar ”¹⁴

¹⁴ 06.01.2012 <http://home.online.no/~steinny/Kap6/Visdomsord/kierkegaard.htm>