

## Styrk den indre veggen

### *Arbeid med stabilisering og kontroll av gjenopplevelser*

AV JUDITH VAN DER WEELE

Som terapeuter kan vi bli avmektige når vi skal møte klienter med massive traumer, dissosiative plager, selvdestruktivitet, håpløshet og manglende nettverk. Mange synes – forståelig nok – at det er vanskelig i det hele tatt å skulle ta på seg en så omfattende oppgave. Enda vanskeligere virker det å kunne få et skikkelig og godt profesjonelt grep om disse terapiene.

Mange av de kvinnene som henvender seg til Alternativ til Vold, Oslo Krisesenter og også i privatpraksis, kommer mer eller mindre rett fra en akutt situasjon der de har vært utsatt for vold, overgrep og trusler fra partner. Når de kommer i terapi, blir det ofte tydelig at de også kan ha med seg traumatiske opplevelser helt fra tidlige barneår, og flere har utviklet omfattende dissosiasjonsproblematikk. I en akuttinstitusjon som for eksempel ved Oslo Krisesenter er det ikke rammer for å gå i gang med en lengre terapeutisk prosess. Min erfaring i denne sammenhengen er at ved å konsentrere innsatsen om tidligfase traumearbeid, kan terapeuten hjelpe klienten til å få et grep om seg selv og sin situasjon som er avgjørende for hennes videre liv og helse.

Den terapeutiske tilnærmingen som beskrives i dette kapitlet, er strukturert rundt en metafor. Jeg har kalt det å bygge opp en *indre vegg*. Metaforen illustrerer og forenkler for både klient og terapeut det viktigste målet for tidligfase traumebehandling (se kapittel 7). Det dreier seg om å bygge en vegg som hjelper klienten til å få en viss avstand til smerten, og dermed makte å leve mer i nuet. Dette er et sentralt terapeutisk mål som i seg selv bidrar til å øke klientens funksjonsnivå. I tillegg vil klientens opplevelse av økt avstand til livssmerten kunne utgjøre et grunnlag for eventuell senere traumebearbeiding.

I dette kapitlet formidles erfaringer fra mitt arbeid med voldsutsatte kvinner, mange av dem med omfattende dissosiasjonsproblematikk. Mitt anliggende er å vise hvordan det er mulig å jobbe profesjonelt og effektivt i terapi med mennesker som ellers står svakt i hjelpeapparatet, og som så altfor ofte ikke får den hjelpen de trenger.

## Tidligfase traumearbeid er å få kontroll over dissosiasjonen

I tidligfase traumebehandling arbeider terapeuten først og fremst med å få *kontroll over dissosiasjonen*, – altså ikke med å oppheve den. Klienten trenger hjelp med det at hun er redd hele tiden, samtidig som hun kjenner seg nummen. Denne særegne formen for alarmberedskap har sitt opphav i at sensorimotoriske, ubearbeidede traumeminner skaper en forvirring i personens tidsopplevelse. Kroppen, følelsene og stadig påtregende bilder gir en opplevelse som om det vonde skjer i dag. Hos kvinnene jeg møter i terapi veksler den aktive frykttilstanden med mer bedøvede og apatiske tilstander.

Ingen av disse tilstandene hjelper til med å få til det hun trenger, nemlig å kunne forholde seg mer bevisst og aktivt til sitt eget liv her og nå. Vi kan si at disse klientene har en lav integrativ kapasitet. Det er fordi hjernen nesten alltid er «opptatt et annet sted». Begrensninger i den integrative kapasiteten er noe av bakgrunnen for at voldsutsatte strever med å bearbeide den informasjonen som gjelder nettopp for her-og-nå-situasjonen. Det kognitive apparatet er overbelastet. Klienten får et innsnevret fokus på virkeligheten, ofte preget av mye svart-hvitt-tenkning. Alt dette gjør det spesielt viktig at man i terapi med voldsutsatte gradvis arbeider med å utvide selve fokuset for hvordan man ser på seg selv og verden rundt. Samtidig trenger klienten bevisstgjøring om hvordan hun kan være mer til stede i livet sitt, i dag. Ved å få bedre kontroll over dissosiasjonen økes personens integrative kapasitet. Mentale ressurser frigjøres, man får økt selvkontroll, blir bedre orientert i tid, og blir mer reflekterende enn impulsiv.

### Den indre veggen – mental spenst i praksis

Mye tidligfase traumearbeid kan altså fokuseres rundt metaforen om å bygge en indre vegg. Terapeuten beskriver helt konkret for klienten at traumatiserte personer trenger å ha en avstand til minnene, slik at man selv bestemmer når det vonde skal være framme i bevisstheden. Da har man en godt fungerende indre vegg. Veggen er den mentale styrken som skal til for å holde vonde ting unna. Denne veggen kan også hjelpe til med å sortere i ting som utløser reaksjoner, og den bidrar til å holde personen mer «her og nå». Dette terapeutiske arbeidet dreier seg med andre ord både om å bygge en slik vegg, men også om å lage dører i veggen slik at man kan *forholde seg* til minnene uten å bli følelsesmessig overveldet. Jeg sier direkte til den kvinnen jeg jobber med: «Du skal kunne lukke en dør, og så selv velge å åpne den igjen – i stedet for at dine minner ufrivillig og når som helst velter innover deg.»

Når man er syk, stresset, bruker rusmidler eller utsettes for fare, blir den indre veggen svært tynn. Da vil gjenopplevelser og angst prege en. Veggen blir tilsvarende styrket, det vil si at den blir tykkere, ved god søvn og ved gode opplevelser. På samme måte øker man mental kapasitet (styrker veggen) ved å nå konkrete mål. Dette betyr at tidligfase traumearbeid også må handle om å hjelpe klienten med å lage realistiske målsettinger for dagliglivet. Arbeid med prioriteringer, gode selvinstrukser og tilstedeværelsesøvelser vil gjøre personens indre vegg sterkere.

Man har fått mer mental spenst når man kan tenke på vonde ting uten automatisk å måtte handle på det (bli suicidal, unngående osv). Kvinnen kan for eksempel føle et

gammelt ubehag, men vet at det er noe som tilhører en annen tid. Eller hun kan oppdage at kjæresten er voldelig og ikke gå inn i en frystilstand, men i stedet begynne å planlegge et brudd. Hun kan med andre ord ha det godt på tross av utfordringer i livet. Og hun kan be om trøst og støtte.

Hva trenger et menneske for å kunne klare å forholde seg til det meningsløse og vonde som kan skje med hver enkelt av oss? I denne sammenhengen er det ikke nok bare å føle, men en må også reflektere over det som har skjedd. En må kunne ta et steg tilbake, sette livet inn i et større perspektiv, kjenne på dødsangsten og sårbarheten. Denne kapasiteten kalles *mental spenst* (Janet, referert i Kleber, Draijer og van der Hart 1991). Som mennesker i verden beveger vi oss i spenningsfeltet mellom spontant å kunne avreagere eller handle helt impulsivt i fare, og den balansekunst det er å føle og tenke samtidig – uten at man mister kontakt med forankringen i livet i dag. Mental spenst er imidlertid en begrenset ressurs, som tappes raskt i situasjoner med ytre belastninger. Vi trenger derfor alle å bygge opp en indre styrke som grunnlag for å kunne forholde oss til livets til tider vonde og/eller meningsløse virkelighet. Mens tidligfase traumearbeid handler om å bygge en slik god vegg, vil terapiarbeidet senere være å gjøre ryddearbeid bak veggen. Da går terapeuten inn sammen med klienten og henter fram fragmenter og deler av en historie som forstyrrer livet i dag, og arbeider med dette.

Når traumene er integrert og blitt til vanlige minner, vil det vonde som skjedde kunne kjennes og tenkes på som noe som er forbi. En vil i større grad være preget av gode tanker om seg selv, som at man gjorde det man kunne, at det vonde tilhører fortiden mer enn nåtiden. En vil kunne handle kreativt i vanskelige og stressende situasjoner, og ikke trekke seg tilbake, flykte (flight) eller stivne helt til (freeze), slik en gjør når traumene preger ens følelser og handlinger. Da vil en heller ikke lenger ha samme behov for å måtte konstruere en indre vegg.

Det er flere viktige elementer som terapeuten må gripe fatt i når det gjelder den innledende, tidlige fasen av behandling ved dissosiative lidelser. I de aller første timene legges mye av grunnlaget for det videre samarbeidet. Det dreier seg om kartlegging av dissosiative strukturer, hvordan hindre gjenopplevelse for å fremme tilstedeværelse, relasjonsarbeid i den tidlige fasen, arbeid med å trygge klientens livsrammer, og arbeid med ressursbygging. I dette kapitlet skal jeg vise hvordan jeg helt konkret jobber med disse temaene i min praksis.

## De første timene med en klient i kaos

Mange av de klienter vi møter i terapi er avmektige etter lang tids overveldende og vonde minner samt alle de mislykkede forsøkene på å glemme. De preges av hjelpeløshet og har lite tro på endring. Min erfaring er imidlertid at terapeutens forståelse av at kvinnen selv kan påvirke sine symptomer, øker motivasjonen hos klienten. Målsettingen for de første terapitimene er derfor at klienten skal få oppleve i timen at hun kan avlede seg selv fra et traumeminne, oppdage hvordan den indre veggen blir sterkere ved å bruke humor og kreative øvelser, og lære hvordan hun styrer tilstandsskift. Jeg formidler også håp om og tro på at hun kan klare det. Jeg understreker at jeg vil følge henne et stykke

på vei, og forteller historier om andre som har klart det. Mange klienter har gitt sterke tilbakemeldinger om hvor viktig akkurat dette var for dem. De formidler at den gang de startet i terapien, trengte de virkelig noen som håpet for dem og hadde tro på dem.

For terapeuten kan imidlertid arbeidet med å gi håp til den håpløse der og da kjennes som å kjempe mot strømmen. Kraften i plagene gjør at mange av de kvinnene vi møter er mismodige og tvilende, både til sin egen evne og til vår terapeutiske mulighet til å hjelpe dem i håndteringen av til dels omfattende dissosiative plager. Opplevelsen klienten har av seg selv som hjelpeløs og uten håp, er i høyeste grad forståelig. Mitt utgangspunkt er imidlertid at hver enkelt av de kvinnene jeg møter på mitt kontor, har hatt og fremdeles har den grad av mental kraft som er nødvendig for å kunne klare seg. Dette til tross for alle påkjenninger hun har vært igjennom. Men nettopp fordi hun er så sliten, ønsker jeg helt konkret å vise henne hva som skal til for å merke at forandring nytter.

Allerede i den første behandlingstimen begynner jeg arbeidet med å visualisere den indre veggen. Sammen med klienten tegner og diskuterer jeg hvordan denne indre veggen ser ut hos henne. Er veggen tynn hele tiden? Har søvnvansker, sykdom eller stress forverret hennes mentale fungering? Tegningen blir en beskrivelse av hva det terapeutiske arbeidet skal handle om, og hva det er realistisk å kunne få til i denne første fasen.

De første timene dreier seg spesielt om konkret rådgivning på endring av livsstil. Dette kan være å ikke se på voldsnyheter på TV før hun skal legge seg, betydning av fysisk aktivitet når man har mye avmakt og redsel i kroppen, og vurderinger på hvem en er sammen med sosialt. Er det mennesker som styrker deg eller som sliter deg ut? Fra første time er min terapeutstil aktiv og rådgivende, mer enn tilbakelent og avventende. Jeg tenker at klientens lave mentale kapasitet gjør at jeg i den tidlige fasen skal foreslå, strukturere, gi råd og tilbakemeldinger i mye større grad enn man gjør i terapi-er hvor klienten ikke er så til de grader styrt av traumbærende bevissthet.

I de innledende samtalene undersøker jeg også om klienten kan komme på *unntak* fra traumefylt bevissthet (de Shazer 1994). Jeg gjør videre oppmerksom på at rus kan fungere som midlertidig smertedemper, men at veggen gjerne forsvinner helt i etterkant av rusen. Samtalen om rus åpner ofte en dialog om andre selvdestruktive måter kvinnen kan ha utviklet for å håndtere påtrengende minner, og om opplevelsen hun har av å være i konstant alarmberedskap.

Målet med samtalene i denne fasen er *ikke* bearbeiding av vonde minner. Terapeuten skal derimot finne fram til og støtte strategier som holder det vonde unna. Dette er viktig informasjon for de klientene som umiddelbart vil tømme seg for det vonde, fordi de tror at det er måten å frambringe heling på. Aktiv avgrensning mot vonde minner er også relasjonsbyggende når klienten er redd for terapi, og redd for å bli overveldet. Først på et senere tidspunkt i terapien kan terapeuten vurdere hvor mye man skal arbeide med det som ligger bak veggen (se også Linehan 1993a).

## Utfordringer for de ulike delene

Gjennom de aller første samtalene har jeg nå fått et generelt inntrykk av kvinnen, hennes situasjon og problemer, og ikke minst av hva hun trenger. Da er tiden inne for å

Judith van der Weele

starte med en litt annen form for kartlegging. Kartlegging av dynamikken i den enkelte klients dissosiative struktur vil vise en del av de problemene kvinnen har i dagliglivet. Hos klienten ser vi de aktuelle problemene tydelig som en konsekvens av at de delene som skal ta seg av dagliglivets fungering, blir rammet av to forhold: fobisk unngåelse av traumeminner og samtidig for liten innlevelse i de traumbærende delenes problemer. Helt parallelt ser vi også uttrykk for de traumbærende bevissthetsdelenes problem med forvirring i tid og opplevelse av at overgrep pågår nå, med medfølgende impulsivitet og selvdestruktivitet. Vi snakker med andre ord her om klienter som synes å mangle en dagliglivets fungeringsdel som de kan bygge på – klienter som ikke helt vet hvordan de kan få satt opp en indre vegg.

### Utfordringer for den delen av personen som har fokus på å fungere i hverdagen

Den eller de delene i personen som tar seg av dagliglivets problemer, vil ofte kunne undervurdere de belastninger fra fortiden som personen sliter med. Denne delen vil reagere på stressende hendelser ut fra et overordnet mål om å få til å fungere fra dag til dag. Da må man fortrenge, avspalte og fragmentere viktig kunnskap for eksempel om fare og om slitenhet, og etablere helt urealistiske krav til daglig fungering. Disse innsnevrede bevissthetsstrømmene har begrenset tilgang til følelser, noe som minsker personens mulighet til å kunne motta viktige tilbakemeldinger om seg selv med hensyn til hva som faktisk foregår. Terapeutens oppgave blir å tydeliggjøre belastninger i dagliglivet, og sette fingeren på tendenser til urealistiske krav til daglig fungering.

Kvinnen har vært utsatt for overgrep av sin far. Hun tenker bare på hvordan hun skal sørge for at foreldrene er fornøyd med henne som datter. Hun vil ikke høre på stemmene innenfra som blir redde av å komme tilbake til barndomshjemmet, selv når disse blir desperate. I terapi fokuserer jeg på hvordan de forskjellige delene kan ivaretas. Kan hun sende et bursdagskort eller ta en telefon i stedet for å dra på besøk? Er hun klar over at det er sider i henne som blir aktivert og tror overgrep skjer igjen når hun er hjemme hos foreldrene? Dersom hun finner et kompromiss, oppdager hun at indre samarbeid tjener helheten og tar mye mindre krefter.

«Jeg tror deler av deg er veldig sliten nå» og «Dette høres ut som det er altfor mye for deg» er eksempler på setninger som jeg ofte sier til den delen som skal fungere i det daglige. Eller jeg kan si: «Du sier at det går bra, men hvis du spør innover – hva hører du da?» Dialogen med denne delen handler om å ta litt mer hensyn, og dermed på sikt kunne begrense gjenopplevelser. Dette er i motsetning til hva personen typisk tidligere prøvde, nemlig å løse stresset ved å ignorere de traumbærende delenes behov.

Ønsket om å klare seg er en viktig ressurs som terapeuten bygger terapien rundt. På tross av at det hos dissosierte dreier seg om en innsnevret bevissthet knyttet til å gjøre det som må gjøres for å overleve, har dagligfungerings-delene ofte en sentral funksjon i å være observatør i personens indre verden. De kan gi viktig informasjon om vegring, om bekymring for de traumbærende delene, tanker om behandlingsforløp, motstand i

det indre, m.m. I den tidlige fasen er det denne tilsynelatende normale delen som den terapeutiske behandlingen skal bygge på. Dette betyr at jeg rådfører meg og hører ekstra godt etter når denne delen formidler informasjon om den indre verden. Vi diskuterer tempo, intensitet i fokus, målsettinger og hvilke behov de traumbærende delene har.

I samtalen kan terapeuten kjenne igjen dagligfungerings-delen ved at den typisk formidler depersonaliserte beskrivelser av vonde hendelser. Den sier for eksempel: «Jeg ble ofte slått av faren min» uten noe særlig følelser, gjerne heller litt kaldt og likegyldig, mens den trekker på skuldrene. I møte med terapeuten kan den virke noe overfladisk i relasjonskontakten. Når terapeuten viser medfølelse: «Det høres krevende ut, det du skal gjøre i morgen?», svarer klienten: «Nei da, det går helt greit.» Den som skal klare dagliglivets funksjoner må ta store utfordringer uten å la det gå inn på seg. Som terapeut vil man her kunne tenke at det er lurt at personen får mer «kontakt med følelsene». Da er det viktig å minne seg på at denne delen av personen gjør en jobb nettopp ved *ikke* å ha så mye kontakt med følelsene. Dersom denne delen for raskt kommer for nær erkjennelsen av overgrepets smerte og implikasjoner for eget liv, vil det gå ut over personens daglige fungering.

Terapeuten: «Hvordan er det for deg å tenke på at far var så sadistisk?»

Kvinnen: «Det kan jeg ikke tenke på, da vil jeg ikke kunne passe på alle de små.»

Terapeuten: «Men det må da ha vært vanskelig for deg å se alt det vonde utenfra?»

Kvinnen blir mer og mer urolig. Hun kommer til neste time og forteller at hun har mindre kontroll over minnene. Jeg har presset henne for langt i å kjenne etter. Hun sier: «Jeg kan ikke gjøre jobben min hvis jeg kjenner etter.»

I en tidlig fase vil man unngå å fokusere på erkjennelsesarbeid. I stedet støtter og bidrar terapeuten til å opprettholde den noe depersonaliserte bevisstheten. Erkjennelse krever mental styrke og kraft. Når erkjennelsen kommer, utløses sorg og dyp fortvilelse, og vi ser ofte et forbigående dårligere funksjonsnivå hos klienten. Dette er gjerne tegn på at traumbærende deler og dagligfungerings-deler er i ferd med å integreres i hverandre. Press om å skulle erkjenne uten å ha sikret nødvendig integreringskapasitet, vil kunne sementere de dissosiative symptomene. Det vil sannsynligvis også fremme økt fobi for traumeminner, så vel som fobi for terapeuten. Det er derfor grunn til å være varsom med å åpne for slik erkjennelse på et tidlig tidspunkt i terapiprosessen.

### Utfordringer for de traumbærende delene

Når klienten snakker om tidligere traumer som om det skjer her og nå og de selv er midt oppe i det, da har terapeuten med den traumbærende delen av bevisstheten å gjøre. Amnesi og tidstap tyder på (negativ) dissosiasjon og øker sannsynligheten for at klienten har flere separate bevissthetsstrømmer.

De traumbærende delene i personen vil i den tidlige fasen av terapien streve med å orientere seg i nuet og med å la seg trøste. De ønsker å få gyldiggjort at det vonde har skjedd. De er ofte ensomme og trenger å høre til noe sted. De tror at overgrep skjer hele tiden, og blir aktivert når ord nevnes som minner om overgrep. De er ofte fastfros-

set i en tilstand av stor smerte og vet ikke hvordan de kan koble av det traumatiske. De repeterer deler av overgrep gjennom selvskading. Traumbærende deler får ikke med seg det som skjer i dagliglivet. De er innadvendte, og mangler korrigering fra den ytre verden.

I de første timene med den traumbærende delen av bevisstheten handler samtalen om å bli orientert for tid og sted. Hvordan kan de vekke seg selv til å vite at de er i 2006? Spørsmålet videre er hvordan de som er inne i personen kan finne hvilepunkter eller tryggere steder som de kan være, i stedet for å være i den filmen som snurrer og går med alle påkjenningene som har skjedd. Klienten trenger også støtte på å kunne være grensesettende og litt streng med noen av disse bevissthetsstrømmene. De traumbærende delene kan ikke få styre dagliglivet hele tiden. Den eller de delene av personen som tar seg av dagliglivets funksjoner må sammen med de traumbærende delene først trene på å finne og tåle hverandre i her-og-nå-situasjonen, i terapien. Deretter kan terapeuten og klienten sammen vurdere om de ulike delene skal dele de traumatiske minnene med hverandre, og hvordan dette eventuelt skal foregå.

I denne tidlige fasen av terapien er det nyttig å lage et mentalt kart som viser omfanget av dissosiasjonen hos den enkelte klient. Hvordan er dynamikken mellom de ulike avspaltede delene av personen? Hvor kraftig er fobien for traumeminnene? Her blir det viktig at klienten utvikler et språk som kan beskrive hennes opplevelse av dissosiasjonen, på en slik måte at det er forståelig også for de andre delene i det dissosierte personlighetssystemet.

## Hvordan hindre gjenopplevelse for å fremme tilstedeværelse

En fullstendig bearbeidet overgrepshistorie får sin struktur ut fra fakta og forløp over tid, og ender i at klienten sitter hos terapeuten her og nå. Når personen blir overveldet av gjenopplevelser, er det en god anledning til å lære kvinnen å «komme tilbake til her og nå». Dette gjør terapeuten ved å fokusere på pust, grunningsøvelser og andre tilstedeværelsesøvelser. I denne tidlige fasen er målsettingen altså ikke integrering av følelser og affekt knyttet til de traumatiske opplevelsene, men i stedet å lære at en kan styre affekten, blant annet med måten en snakker om det traumatiske på. Det handler om å vise hvordan det er mulig å gå fra «hode» til følelser, og så tilbake til «hode» igjen.

For å få til dette til kan man for eksempel spørre om hva som faktisk skjedde, i stedet for å spørre om hvordan personen hadde det. Når man kommer i nærheten av noe emosjonelt vanskelig, kan man aktivt avlede ved for eksempel å stille spørsmål om nøytrale temaer: interesser, gjøremål etc. Poenget er å hjelpe personen til å konsentrere seg om noe annet enn traumehistorien (Rothschild 2003). Vi kan kalle det *bevisst avledning*.

Uansett hva temaet er i terapitimen, vil dissosierte klienter når som helst bli overveldet av traumatiske minner. Uten å skulle fordype oss og bearbeide selve historien, trenger terapeuten likevel å hjelpe klienten til å komme ut av traumeminnet. Man kan også

hjelp den voksne klienten til å kunne ivareta barnedelens situasjon, slik at hun lille ikke nok en gang blir overlatt til seg selv.

Kvinnen (35 år) er i et overgrepshus og lite til stede hos meg i terapirommet.

Kvinnen: «Han kommer nå og skal ta meg!»

Jeg (terapeuten) spør: «Du som er voksen, du som er 35 år – kan du beskrive hva som skjer?» (Aktiverer den voksne bevissthet.)

Terapeuten: «Hvor gammel er du i den filmen du ser på nå?»

Kvinnen: «Jeg er 13 år ... han kommer ...»

Terapeuten: «Kan du som er 35, se på den jenta som er 13? Hvor står hun i rommet?»

Kvinnen: «Hun står ved døren.»

Terapeuten: «Kan du se jentas ansikt? Hva ser du i hennes ansikt? Hva trenger hun nå?»

Kvinnen: «Hun må ut av rommet ...»

Terapeuten: «Hvor vil du ta henne med? Kan du gå nærmere henne?»

Kvinnen: «Vi må langt vekk.»

Terapeuten: «Kan du ta henne med?»

35-åringen tar den lille til et trygt sted, i fantasien. Jeg legger på mange suggestive setninger om at det som den gang skjedde nå er over.

### Ikke integrering, men håndtering av gjenopplevelser

Gjenopplevelser er et tegn på at den indre veggen ikke er stabil hele tiden. Den rådende terapeutiske tenkningen er at bearbeiding vil oppheve at gjenopplevelser skjer. Sant nok, men ikke før personen har etablert nok mental kraft til å klare å integrere traumene i bevisstheten.

Gjenopplevelser av traumatiske minner har ingen terapeutisk hensikt i seg selv. De sliter ned personen og belaster den integrative kapasiteten. I min tidlige terapeutpraksis var jeg ganske passiv når klienter hadde gjenopplevelser i timen. Dels fordi jeg ikke helt visste hva jeg kunne gjøre, dels trodde jeg på gjenopplevelser som mulighet for utforskning av det traumatiske. Nå bruker jeg heller anledningen til å utforske hva som aktiverer disse erfaringene. Men først og fremst bruker jeg det som kommer til å øve på – helt konkret – å *stoppe* gjenopplevelsene. Dersom man skal styrke den indre veggen (eller øke kvinnens integrative kapasitet), må terapeuten arbeide med gjenopplevelser på en helt konkret måte.

Jeg bruker en del tid i denne fasen til å lære klienter hva gjenopplevelser er, hvordan de aktiveres, og hvordan man kan håndtere dem. Jeg sier for eksempel til klienten: «En gjenopplevelse er et uintegrert minnefragment ('film', '3D-opplevelse') som forstyrrer deg. Den bryter gjennom den indre veggen.» Dette tegner jeg. «Den er sensorimotorisk – det betyr at den er lagret i følelsene, og i kroppen (Herman 1995). Gjenopplevelser gir en følelse av at det vonde skjer en gang til. Den setter deg helt eller delvis ut av spill. Den gjør fortid mer levende og mer viktig enn nåtiden.»

Gjenopplevelser kan aktiveres av helt dagligdagse ytre hendelser som minner om

det gamle, traumatiske. I terapitimen går vi gjennom de konkrete eksemplene som klienten har. I utgangspunktet kan alt – ting, mennesker, årstider, høytider, steder, setninger, blikk – aktivere traumeminner. Triggere kan også være indre opplevelser som assosieres med overgrep, slik som indre opplevelser av å være uvel, bli redd, kvalm, sliten og fjern. Den vanligste måten klienten håndterer en gjenopplevelse på, er ved unngåelse: «Jeg vil bare glemme, ikke tenke på det.» Eller: «Jeg går ikke dit, det minner meg om det vonde.» I mange tilfeller vil redsel for gjenopplevelser føre til at personen utvikler omfattende unngåelsesstrategier. Hva kan man gjøre i terapi for at klienten skal kunne slippe unna disse minnene, uten å måtte innskrenke livsrommet? Det vil si hvordan kan vi finne mer konstruktive måter som gir klienten flere valg, slik at hun slipper å ha den ubevisste unngåelsen som eneste utvei.

Jeg pleier å kartlegge klientens unngåelsesstrategier så vel som mestringsstrategier. Kvinnene på Oslo Krisesenter har ofte brettekanter på tøyet de har i skapet sitt. For å slippe å tenke bruker de flere timer på rengjøring og husarbeid. Andre leser Koranen intenst, om og om igjen. Det finnes også mental/kognitiv unngåelse. Det er ting man tenker på eller lar være å tenke på for å slippe unna minner (for eksempel sanger som går om og om igjen i hodet, fantasier om å forsvinne til «isblå landskap»). Terapeuten spør: «Hva setter i gang den filmen hos deg?» Ved å gjennomgå det som skjedde *forut* for en gjenopplevelse, kartlegges mulige triggere. Mens vi snakker om dette i timen, følger jeg med på om klienten får en eller annen form for gjenopplevelse. På den måten brukes terapiarbeidet helt konkret til å forstå dynamikken om hvorfor gjenopplevelser kommer, hvordan de oppleves, – og sist, men ikke minst – hvordan man kan stoppe dette.

### Tilstedeværelse i nuet er kongeveien ut av gjenopplevelser

Gjenopplevelser tar personen tilbake i tid. Fortiden blir mer sann enn nåtiden; kroppen og følelsene bekrefter det. Erfaringene i kroppen overbeviser klienten om at det hun føler er sant. Generelle øvelser for å forsterke «her og nå»-bevisstheten er derfor nyttig (se også Linehan 1993b). Man kan bli mer til stede ved å telle gjenstander, striper, farger eller knapper. Videre kan man beskrive det man sanser: lukt, hørsel, lyd, syn. Dette lar jeg klienten øve på i terapitimene. Vi arbeider også med personens tilstedeværelse ved å legge merke til pusten. I denne tidlige fasen arbeider jeg altså ikke med å *endre* pusten. Det vil i stedet kunne aktivere minnene. Man bare registrerer pusten. «Hvordan puster du nå? Legg merke til at pusten går inn gjennom nesen. Kjenn at det søker litt i magen!»

Klienten «fryser» ofte fast i en traumerelatert stilling/tilstand. Det er derfor nyttig å lære klienten å kunne skifte kroppsstilling. Terapeuten kan for eksempel oppfordre klienten til å gå rundt i rommet, flytte til en annen stol, se ut av vinduet og beskrive hva hun ser der. En metode for å holde seg til stede og dermed hindre gjenopplevelser er å tegne det som det blir snakket om i timen. Dette bidrar til å skape fokus og til å holde samtalen i terapirommet mer konkret og «desentrert» (Juell Ødegaard 2003).

Traumatiske erfaringer gjør at personen stadig grubler over det som skjedde og det som ble sagt og gjort. Det går som en malstrøm i hodet. Dagligdagse hendelser kan trigge minner og sette en ut av spill. Og dagens handlinger styres ut fra en generell

opplevelse av fortsatt å være i fare. Dette påvirker ofte selvfølelsen i takt med innholdet i minnene. Et stykke tidligfase arbeid i terapi må derfor innebære at terapeuten jobber med bevisstgjøring av disse tankeprosessene. Utfordringen her er å fokusere på kognitive mønstre uten å forutsette at klienten samtidig må bearbeide underliggende konflikter som skam, skyld og utilstrekkelighet. Dette vil uansett dukke opp på et senere stadium i terapien, i forbindelse med traumbearbeidingen.

### Fjernhet og nummenhet som problem

Å sette fokus på bevisst tilstedeværelse når man er bedøvet, utmeldt, fjern eller lite til stede, er også tidligfase traumearbeid. «Hvor er du nå? Har du vært borte? Legger du merke til hvorfor det skjer?» Mange dissosiative klienter er ikke bevisst at de mister tid, og at lengre perioder kan bli borte uten at man kan gjøre rede for hva som har skjedd. Da blir man dårligere til å beskytte seg selv, og man tåler for mye der hvor man burde ha kjent smerte. Derfor er dette med fjernhet og nummenhet så viktig for klienten å få hjelp til å kunne forholde seg til. Bevisstgjøring av egne bedøvelsesstrategier gjør at man mer aktivt kan velge mellom disse, og eventuelt velge dem bort. Klassisk traumelitteratur viser modellen med «the window of tolerance» for å illustrere balansekunsten mellom bedøvelse og utmeldthet på den ene siden, og gjenopplevelser og angst på den andre (Ogden og Minton 2000). En må befinne seg innenfor dette «vinduet» for å kunne ha nødvendig mental spenst.

I de vanskelige sakene dreier hele terapien seg om arbeid med manglende tilstedeværelse. Selve det å være til er kjernen i personens indre smerte, og kilde til fobisk angst. Den terapeutiske målsettingen i den tidlige fasen er at her-og-nå-bevisstheten blir mer tilgjengelig enn tidligere.

Kunst- og uttrykksterapi har mange gode innfallsvinkler knyttet til tilstedeværelsesøvelser, og anbefales som idékilde for klienter med mye dissosiative plager. I terapitimen kan man for eksempel be kvinnen gå litt rundt i rommet, og for hvert steg hun tar, snakke om hva som ligger bak henne. Terapeuten snakker i en suggestiv form om alt som ligger bak henne, – alt det som hun nå går bort fra. Samtidig arbeider terapeuten med å hjelpe kvinnen til å kunne kjenne at hun er mer til stede her og nå, i kroppen.

I grupper bruker vi en liten bjelle som minner alle om å sjekke ut tilstedeværelsen sin i det øyeblikket bjellen klirrer. Bjellen ringes innimellom. Da stopper aktivitetene, og det fokuseres på tilstedeværelse og pust. Aktiviteter som for eksempel det å tegne, gå litt rundt i rommet eller arbeide med leire vil også hindre dissosiering som ellers lett kan skje i samtalene.

### Om å holde det vonde bak veggen ved hjelp av språk – fokus på ordvalg

Den indre veggen blir sterkere og mer fleksibel når man har et språk for det traumatiske, slik at det ikke bare blir et kaos av indre smerte og overveldende følelser. Språket skal hjelpe klienten til å håndtere både tidligere og pågående erfaringer. Språket kan skape en struktur mellom før og nå ved å benevne det tabuiserte på en forsiktig og hensiktsmessig måte.

I den tidlige fasen vil terapeuten bare gi en overskrift til de overveldende minnene. Dette i motsetning til å bearbeide med mye følelsesfokus og detaljer. Ordene som brukes er ord klienten tåler. De vil ofte være metaforiske og gjerne kognitive. Det kan for eksempel være «Den svarte familien», eller «Det vonde som skjedde den dagen i mai». Her kan terapeuten forhandle med klienten om hvilke ord som fungerer. Når klienten er rede for det, vil disse ordene gradvis kunne utvides til å romme mer presise og kraftfulle beskrivelser. I praksis vil klienten ofte tåle at terapeuten bruker ord på det uventelige som de selv ennå ikke klarer å ta i sin munn. Ordene må være respektfulle overfor klienten og ramme klienten inn på en god måte. Formuleringer som for eksempel «Da du *måtte* gå inn til faren din» i stedet for «Da du gikk til ham» kan lindre skyldfølelsen som ellers vil velte inn.

«Det skjer ikke nå, det er over!» – Referanse til tid som metode

Traumatiske minner trenger å organiseres slik at de alltid har en begynnelse og får en avslutning, gjerne helt fram til dagen i dag. Terapeuten sier: «Og nå sitter du her og snakker om det vonde ... Det som skjedde for lenge siden ... Du sitter her i dag på mitt kontor.» Dette sier jeg helst samtidig med at jeg holder øyekontakt og eventuelt berører klienten. Hensikten med dette er å arbeide mot en forankring i her og nå. På denne måten vil klientens beskrivelser av gamle overgrep i nåtid kunne *omskrives til fortid*, uten at det forutsettes at man konkret har diskutert et nytt valg av ordbruk. Terapeuten kan oppnå noe av det samme ved bruk av suggestive teknikker eller EMDR (se kapittel 10). Min erfaring er at enkle, gjentakende setninger som «Det er over» eller «Det er forbi, det vonde skjer ikke mer» eller «Voldtekten skjedde da du var liten» ikke kan brukes for ofte, og må sies slik at alle delene i personen kan forstå det.

Klienter som lever i sine overgrepsminner kan bli lettet, gripe disse formuleringene og gradvis gjøre terapeuten ord til sine egne. I denne sammenhengen ser vi for øvrig stor forskjell på de klientene som har multitraumer fra barndommen med i sin bagasje, og de som har opplevd vold/overgrep som voksne, men har hatt en mer solid og vanlig god barndom. Som terapeut vil du erfare at du må bruke mye mer tid med multitraumatiserte klienter, og at du i lang tid kan bruke suggestive teknikker uten at en ser raske resultater.

### Nøytralisering av gjenopplevelser

Selv om personen tidlig i terapien ikke skal gå inn i de bakenforliggende traumene, kan terapeuten likevel forsøke å nøytralisere triggere som lett aktiverer gjenopplevelse. Et eksempel:

Terapeuten: «Kan du kjenne med hånden din, at det ikke finnes noen pute som kveler deg nå? Kjenn på ansiktet nå.» Når personen gjør dette, forankrer terapeuten denne erfaringen i timen. «Se på meg ... pust ... legger du merke til det? Det er ingen pute her nå.»

Som terapeut forsøker jeg å få blikkontakt (som er tegn på at klienten er bevisst til stede), og bruker suggestive setninger: «Uansett hva du kjenner nå så er det viktig at du vet at det er over, la

min stemme følge deg ... hver gang du kjenner hånden på halsen ... kan du trekke pusten og huske akkurat disse ordene ... det var farlig før, men nå er det trygt ... det er ingen pute som kveler deg på halsen din nå.»

Klienter spør ofte etter lydbånd med opptak av slike beroligende suggesjoner. I denne fasen av traumearbeidet er det tydelig at personen strever med selv å komme på hva det er som kan forankre en i dagen i dag. Da kan terapeutens beroligende kommentarer være det som klienten bruker til å nøytralisere angsten.

På samme måte vil arbeid med konkret problemløsning kunne nøytralisere triggere. Et eksempel på konkret problemløsning kan være å åpne en lukket dør, når man er redd for det som er bak døren. Man kan sove med lyset på dersom man er redd for mørket. Klienten kan ha et bilde av terapeuten som påminnelse om at det er noen som kjenner en og ens historie. Samtidig kan man snakke høyt med seg selv og si de tingene som terapeuten pleier å si.

### Terapirommet som øvelsesfelt

Alle de ovennevnte teknikkene bør det øves på i terapien. Klienten trenger å bli ledet gjennom denne prosessen av å stoppe gjenopplevelser mange ganger før det sitter som mestringsmetode. Dette dreier seg om å lære å observere det som skjer, uten å bli tatt av det. Terapeuten kan lære klienten å skjønne hva som skjer: «Det er en bølge som kommer og går. Bare observer angsten ... ikke bli med ... den blir ikke verre og verre ... du vil merke at uansett hva du føler, vil det bli mindre etter hvert. La tanken, følelsen gå forbi uten at du hekter deg på. Se det som en bølge, – følelsen vil gradvis avta.» «Du er ikke følelsen.» «Dette er en gammel følelse, la den passere.»

Når angsten tar en, blir tankene borte. Da er en terapeutledet øvelse (eller flere) gull verdt. Først i etterkant går vi for eksempel gjennom hva som skjedde, og hvorfor det virket: «Hvilken type beroligende setninger var bra? Hvilken type sanseøvelser fungerte for deg? Er det noe av dette du kan bruke hjemme?» Mine klienter er ofte mismodige og har lite tro på at det vil hjelpe dem når ikke jeg er der. Disse øvelsene må derfor følges opp av samtaler som understreker at ting tar tid, og at man må ta ett steg om gangen. Det er mange byggesteiner som skal på plass i veggen.

## Relasjonsarbeid i den tidlige fasen

Også i denne tidlige fasen av terapi med traumatiserte blir relasjonsarbeidet en viktig del av tilnærmingen. I denne fasen betyr relasjonsarbeid imidlertid at terapeuten er mer oppmerksom på å regulere nærhet og grenser enn å åpne for raskt opp for persons sårbarhet og hjelpeløshet. Alliansen bygges på terapeutens respekt for personen, og aksept for de måtene hun har å forsvare og beskytte seg på. Terapeuten legger vekt på å formidle seg direkte, og er tydelig på at det er terapeuten som skal ta ansvaret for strukturen i terapien. Dette skaper trygghet og oversiktighet. Det gode terapeutiske nærvær skal virke beroligende, regulerende og trøstende. Arbeid med

utvikling av gode relasjoner bidrar derfor i høyeste grad til å styrke kvinnens integrative kapasitet.

En terapeut må ofte, i denne tidlige fasen av traumebehandlingen, manøvrere i et landskap av overføringer og tilknytningsskader, og samtidig lete etter balanse mellom en helende tilstedeværelse, klientens tålegrense og de gode etiske grenser. Når relasjonen til terapeuten fungerer, kan klienten tåle mer av eget liv og smerte. På lengre sikt, og særlig hvis man senere skal arbeide aktivt med uintegreerte traumeminner, er det en forutsetning at klient-terapeut-relasjonen bærer. Selve *relasjonen* blir oftere utfordret ved arbeid med komplekse dissosiative forstyrrelser, sammenlignet med arbeid med enkeltstående traumer, og kan ofte være terapeutisk hovedfokus gjennom flere år.

Men hvor relasjonsfokusert kan man arbeide? Jeg har lurt på om misnøye hos traumatiserte og dissosiative klienter som ofte skifter terapeut, kan handle om at terapeuten har holdt seg altfor passiv og nøytral i tilnærmingen. Min erfaring er at mange terapeuter vil kunne ha nytte av å utvikle mer aktive relasjonsstrategier i sin generelle kliniske virksomhet. Dersom terapeuten skal arbeide med dissosiative forstyrrelser, vil jeg si at det er helt nødvendig med en aktiv og styrende stil. Terapeuten må klart og tydelig formidle aksept og forståelse for de løsningene kvinnen har hatt når hun er blitt overveldet i overgrepssituasjonen, og også senere når hun gjenopplever disse. Vi som er terapeuter må derfor arbeide med å finne en form der vi både kan gå inn og vise at vi helt og holdent stiller oss på den lidendes parti, samtidig som vi kan hjelpe den det gjelder til bedre å komme ut av den umulige situasjonen.

### Terapeuten som helhetens forsvarer

I terapi med dissosierte klienter blir terapeutens forståelse av klientens indre landskap spesielt viktig, fordi dissosiasjon betyr at klienten for sin del har et innsnevret fokus. Terapeutens oppgave blir derfor å lete etter dynamikken i den indre fungeringen og være et speil for klienten, ofte med hensyn til et helt spekter av temaer. Det kan dreie seg om alt fra at man ikke trenger å være redd traumeminnene, til å støtte personen i at det er i orden å gjøre mindre av andre ting når senvirkninger etter det traumatiske tar mye krefter. Min terapeutstil blir svært tydelig i møte med disse klientene. Jeg er svært klar og uttalt på hva som er normalt, nødvendig og viktig – fordi jeg tenker at de dissosiative strukturene begrenser personens egen oversikt. Sagt på en annen måte: Terapeuten blir helhetens forsvarer.

Et godt eksempel er når klienten framstår som mer nummen og fjern enn redd og aktivert. Som terapeut kan det være lett å misforstå og tro at disse tilsynelatende «uberrørte» klientene vil tåle mer enn det de gjør. Min erfaring er imidlertid at mange etter terapitimen får sterke reaksjoner som de ikke håndterer. Det kan føre til manglende tillit til den som er terapeut, og avbrudd i behandlingen. Når terapeuten møter klienter som er bedøvet på denne måten og ganske apatisk beskriver grusomheter, må man derfor være spesielt oppmerksom på ikke å gå for fort fram.

I den tidlige fasen av behandlingen vil klienten hele tiden trenge hjelp til å finne en god balanse i arbeidet mellom betente minner og daglig fungering. Dialogen med klienten i oppstart av timen vil derfor gjerne handle om hvorvidt den siste timen var for

mye eller for lite fokusert på belastende temaer. En god tommelfingerregel er at jo mer omfattende dissosiasjonsproblematikk, jo mindre ser terapeuten jordskjelvene (dvs. aktivering av traumbærende bevissthet) knyttet til det å snakke om traumer. Det er ingen tette skott mellom disse bevissthetsstrømmene hos klienten. Det betyr at samtalene kan være mye mer belastende for klienten enn det terapeuten legger merke til.

## Arbeid med å trygge livsrammene

Økt trygghet virker umiddelbart inn på omfanget av de dissosiative plagene. Dermed blir klientens sikkerhet og trygghet en basis i alt traumearbeid. Noen vil derfor hevde at det ikke er mulig å drive terapi med klienter som fortsatt lever i volds- og overgrepssituasjoner. Min erfaring er imidlertid at det nettopp er i disse sammenhengene at vi kan jobbe meningsfylt med et tidligfase traumearbeid. Forutsetningen er at terapeuten kjenner til klientens livssituasjon, og jobber eksplisitt med grenser og beskyttelse. Når jeg i terapi jobber med fokus på å trygge livsrammene, dreier det seg om et vidt spekter av temaer, fra faren for vold til andre situasjoner som klienten trenger å håndtere. Den indre veggen vil bli styrket ved at terapeuten for eksempel fokuserer på hvilke krav klienten stiller til seg selv og på hennes evne til å sette gode grenser for seg selv i sin livssituasjon (Askeland, Strand og Sætre 2002).

Fare aktiverer alarmberedskap, noe som igjen betyr at man fungerer mer instinktivt enn reflekterende. Brenner huset, så må man ut. Men den som har levd i et hus som stadig brenner, vil slutte å bry seg om redselen. Klienten trenger derfor å bli redd nok til å kunne ta sin egen sikkerhet på alvor. Nøkkelordet her blir etablering av et tryggere liv, selv om fullstendig trygghet i mange tilfeller vil være en illusjon. Mange av mine klienter har nær familie som lever i fare i en annen del av verden. De fleste klientene har gjennom egen oppvekst hatt lite erfaring og mulighet til å kunne lære hva trygghet er.

Trygghet blir et tema som terapeuten stadig vender tilbake til når den som er trygg blir utrygg igjen. For eksempel når kvinnen møter den som har vært overgriper, eller når hun på andre måter opplever ny fare som aktiverer de gamle reaksjonsmønstrene. Arbeidet med å styrke den indre veggen med trygghet kan være komplisert. På krisesenteret ser vi ofte at kvinnene etter noe tid i sikkerhet, gradvis avspalter farefylte minner og får lyst til eller føler seg tvunget til å gå tilbake til overgriper. I terapien ønsker jeg å motvirke tendensen til å dissosiere vekk det farefylte. Metoden for å skape trygghet innebærer å arbeide veldig konkret med å motvirke fjernhet. De faste avtalene med terapeuten blir et sted hvor man ikke får lov til å glemme det man trenger å huske, for å kunne beskytte seg godt nok.

Slik kan kvinnen hjelpe seg selv for ikke å gå tilbake til overgriper:

- Kvinnen kan lage huskelister med voldsepisoder som hun tar fram når hun kjenner at viktig fokus blir borte.
- Vi kan bruke arr og ødelagte gjenstander som påminnelse om hva som faktisk skjedde.

- Enkelte historier kan forankres/forsterkes, for eksempel ved hjelp av EMDR.
- Kvinnen kan avtale at noen i hennes nettverk minner henne på den grove volden.
- En strukturert analyse og forståelse av hvor farlig forholdet er for henne, hjelper klienten mot avspalting av viktig kunnskap.

Når relasjonshåndverket utøves godt, veksler terapeuten mellom å bekrefte kvinnens praktiske og emosjonelle dilemmaer, og utfordre henne i forhold til voldens farer. På denne måten blir trygghets- og sikkerhetsarbeidet enda et eksempel på hvordan terapeutenes aktive påvirkning kan styrke den indre veggen, og gjøre den mer fleksibel. Terapeutblikket representerer en oppmerksomhet utenfra og inn, og er et helt nødvendig fokus for den som dissosierer og har oppstykket kunnskap om seg selv. Alt i alt blir terapeuten et speil som viser fram de forhold hos klienten som utradrer hennes muligheter til å kunne få en velfungerende vegg mellom seg og sin livssmerte.

## Ressursfokusering styrker den indre veggen

I traumeterapi så vi tidligere en viss undervurdering av betydningen av ressursfokusering arbeid. De vonde historiene ble et dominerende tema som også fikk lov til å prege klientens selvbilde. I dag legges det vekt på at terapeuten allerede i den tidlige fasen etter spør kunnskap om klientens øvrige livshistorie og interesser.

Hovedmålsettingen med ressursfokusering er å gi klienten tilgang til gode følelser og tidligere positive erfaringer. Terapeuten bidrar er å kunne fokusere, dvele ved og aktivere klientens muligheter til å leke, drømme og lengte. Mange klienter har opplevd at overgrep har gått ut over denne evnen. Økt oppmerksomhet på ressursene vil styrke den indre veggen. Selve samtalen aktiverer et hukommelsesnettverk som klienten ikke har tilgang til når traumebevisstheten dominerer. Dette kan brukes i det videre terapiarbeidet.

I denne tidlige fasen av terapien beskriver klientene ofte hvordan traumeminner står foran dem mens de ser inn i framtiden. De kan heller ikke se bakover, for der ligger i hvert fall traumeerfaringene, tett i tett. Noen har innskrenket sin opplevende bevissthet til å bare være til i dette sekundet her og nå. Ressursfokusering blir derfor en viktig del av terapeutenes aktive påvirkning for å fremme en mer nyansert opplevelse av både fortid, nåtid og framtid for klientens del.

En anerkjent innfallsvinkel til mer ressursfokusering er arbeid med forestillinger om et trygt sted. Disse mentale bildene kan gi avkobling, hvile og kan dempe angst. Stedet kan være konkret eller en fantasi. Det dveles ved, tegnes, beskrives og arbeides suggestivt – gjerne ved hjelp av hypnotiske teknikker og med kunst- og uttrykksterapi. Disse mentale bildene forankres i kroppen. I «trygt sted»-arbeid skal man lete etter rene gode steder. En hage, knyttet til et hus med vonde minner, er derfor ikke brukbart som trygt sted. Sammen med klienten må terapeuten lete etter nøytrale steder/aktiviteter/mennesker/symboler som er ressursbyggende (Benum 2003).

Målsettingen med «trygt sted»-arbeid er å øve opp klientens evne til å trøste seg selv, og kanskje aktivere gode minner. Slike nye erfaringer vil kunne bygge opp den

indre veggen. Hos klienter med mye indre kaos vil dette arbeidet for en stor del måtte skje på terapeutens initiativ. Forslag, tanker, suggestive og trygge setninger vil kunne utgjøre de første byggesteinene i arbeidet med veggen. Båndopptak eller videoopptak av gode suggesjoner kan brukes av klienten for å øve på «trygt sted»-arbeid hjemme.

Et veldig konkret «trygt sted»-fokus er bevisstgjøring på faktisk trygge steder: «Hvor i huset er det godt å være? Hvordan ser det ut? Hva ønsker du å ha der? Kan du gå til dette stedet når du er urolig? Hvordan kan dette rommet bli et godt rom for deg?» Det viktigste trygge stedet er det stedet personen kan være trygg, hver dag, nå. Trygghet i psykologisk forstand vil også handle om å kunne kjenne seg trygg på seg selv. Dette betyr også å ha evnen til å beskytte seg selv mot indre destruktive impulser eller aggresjon fra andre mennesker. Trygghetskompetanse er de ferdigheter som gjør at man evner å holde seg unna fare og kan føle seg trygg hos andre. Trygghet er helt klart både et relativt og et subjektivt begrep. Min erfaring er at temaet trygghet er terapeutisk i seg selv; trygghet i terapirommet, trygghet ute i verden og trygghet som du gir til dine barn. Minner om trygghet og andre ord man assosierer med trygghet, for eksempel avslappethet, respekt eller nærhet, kan være utgangspunkt for gode samtaler som bygger opp den indre veggen. Et eksempel:

Kvinnen (22) er livredd traumeminnene som noen ganger overvelder henne i flere dager om gangen. Hun er blek, pjuskete og sliten i terapitimene. I det forberedende arbeidet for å integrere disse vonde minnene snakker vi om hvordan hun var en tøff og modig tenåring før overgrepene. Hun har kjørt både bil og traktor siden hun var 14. Ingen andre i familien enn hun og faren fikk gjøre det. Kjøreturene til byen nedlastet med venner blir tema for mimring. Hennes opplevelse av seg selv endres i terapitimen når vi snakker om disse gode minnene. Det er den jenta hun savner, som hun har lyst til å være. Kjøreturene til byen var et symbol for henne på godt liv og lek. Jeg sier også at det sier noe om hennes mot, tekniske innsikt og livslyst. Samtalene rundt hennes tidligere væremåte vekker lysten til å få tatt førerkort i dag. Det blir et viktig symbol på mot og frihet; en fornyet tro på at hun fortsatt har med seg disse gode sidene.

## Avslutning

Det finnes mye klinisk erfaring som tyder på at bearbeiding av traumeminner kan gjøre plagene knyttet til dissosiasjon mindre. Tidligfase traumebehandling understreker likevel tilbakeholdenhet med traumefokusering, da klientens behov i denne fasen først og fremst er å få en god vegg mellom minnene og her og nå. Arbeidet med gjenopplevelser, grenser, stabilisering og trygghet vil være til hjelp også for den som senere velger å arbeide mer med det smertefulle innholdet i sin historie. Klienten vil da kjenne at hun har strategier til å kunne regulere omfanget av emosjonell intensitet. Det er også viktig å vite at plagene blir mindre når klienten har større grad av trygghet i livet, gode relasjoner og evne til å være til stede i eget liv i dag.

Teorien om strukturell dissosiasjon, som vi jobber etter i behandlingen, har særlig gjort meg frimodig til å kunne avbryte, stoppe eller avlede klienten, og nøytralisere gjenopplevelser. Terapeutisk arbeid i den tidlige fasen av traumearbeidet er først og

Judith van der Weele

fremst strukturerende, og preget av dialog. Stilen er varm og empatisk. Den styrende tanken i terapeutens hode er at klienten først og fremst trenger hjelp til struktur og aktiv regulering. Dette er motvekten til den traumatiserte, impulsstyrte måten mennesker fungerer på i krise. Et systematisk arbeid med å styrke klientens indre vegg vil gi økt mulighet til å integrere traumatiske minner og utvikle bedre handlingsrom i livet her og nå.