

Hvordan forstå traumeproblematikk – og hva det er som hjelper

Av Trine Anstorp, spesialrådgiver RVTS Øst/psykologspesialist

I psykisk helsevern møter vi mange mennesker som er blitt traumatisert etter erfaring med vold, overgrep og/eller omsorgssvikt. Diagnosene kan være flere, og symptomene sammensatt. Individualterapeuter og miljøpersonale kan ha litt ulike rammer i forhold til sitt arbeid med den enkelte pasient, men målsettingen er den samme: Å bidra til symptomlette og heling.

Her følger en stikkordspreget oversikt over hva profesjonelle hjelpere som driver behandling av traumepasienter bør kunne noe om. Listen er ment som inspirasjon for den enkelte - til ettertanke og til motivasjon for egen kunnskapsutvikling på traumefeltet. "Hva har jeg inne – hva kan jeg godt nok, og hva kunne jeg trenge å forstå eller lære meg bedre?"

1. HVA BEHANDLEREN MÅ INNEHA/KUNNE FORSTÅ/VITE NOE OM

1.1 Ha sentrale holdninger mht å

- Forstå traumelidelser (og psykiske problemer generelt) i et mestringsperspektiv.
- Se traumelidelser (og psykiske problemer generelt) som svar på uløselig konflikt.
- Vite at optimisme og tro på menneskets helingsmuligheter, kombinert med tilgang til oppdatert fagkunnskap, gir god prognose.

1.2 Ha kunnskap/teori

- Forstå tenkningen om hva det er vi kaller traume (manglende integrering), og hvordan dette blir motoren i utvikling av traumerelatert psykisk lidelse.
- Dvs forstå det mest sentrale ved dissosiasjon.
- Dvs. også forstå den traumatiserte klientens indre struktur.

1.3 Ha ferdigheter/"Hva må hjelperne kunne?"

- Spørre etter traumeerfaring (tidlig i terapiprosessen).
- Spørre etter klientens eventuelle erfaring med dissosiering (tidlig i terapiprosessen).

- Gjenkjenne signaler særlig på PTSD, Kompleks PTSD, dissosiasjon.
- Kunne godt minst én brukbar intervensjon mht stabilisering.
- Kunne godt minst én brukbar intervensjon mht å begynne å adressere selvskading.

2. NOEN SENTRALE TEMAER

2.1 *Hva kan ha skjedd?*

Hendelser som er overveldende, starter tidlig i livet, varer over tid, innebærer angrep mot kroppen, - gir sannsynlighet for utvikling av dissosiasjon.

Fravær av omsorg eller andre dårlige tilknytningsmuligheter forsterker sannsynlighet for dissosiasjon.

2.2 *“Alvorlig traumatisering = dissosiasjon”*

Nødvendigheten av å synliggjøre erfaringene, dvs undersøke sammen med klienten det livet klienten kommer fra – på en overordnet og strukturert måte (undersøke grad og omfang av traume-eksponering).

2.3 *Hva er dissosiasjon?*

- Alvorlig traumatisering gir splitting i ulike *deler*.
- Hva er særegent ved dissosiative lidelser?
- ANP og EP – 2 handlingssystemer/kjenne dette i kortversjon.
- Somatoform og psykoform dissosiasjon.
- Primær dissosiasjon (eks PTSD), sekundær dissosiasjon (eks Kompleks PTSD) og tertiær dissosiasjon (eks DID).

2.4 *Hva gjør vi?*

Sentrale temaer i traumeterapeutisk tilnærming, som krever kunnskap om særegne teknikker:

- Fokus på å lære klienten å *gjenvinne kontroll*
- Fokus på klientens (og terapeutens) tendens til *unngåelse*
- Fokus på *selvskading/suicidalitet*
- Fokus på *somatoform dissosiering* (besvimelse, lammelser)
- Toleransevinduet.

- Stabiliseringsteknikker – pauser – bevegelse – holde klienten i "her-og-nå" – øke mental spenst.
- Snakke med/til sentrale deler i personen.
- Allianse med "de sinte" (forsvaret).

3. BRUKE CASE OG KONKRETE ØVELSER I KOLLEGAGRUPPA, SOM EN MÅTE Å ØVE SEG PÅ

- Lese/drøfte eksempler på henvisninger – er det traumerelatert?
- Hva slags behandling anbefales?
- Prøve ut språk for å snakke overordnet med klienten om traumehistorien.
- Prøve ut språk for å undersøke eventuell dissosiasjon.
- Stabiliseringsteknikker.
- Snakke til traumefikserte deler.
- Snakke til "sinte", selvskadende deler.