

Hvordan foregår traumebehandling i privat praksis?
Magasinet P har talt med tre praktikere om, hvad et traume er, og hvordan psykologer kan arbejde med forskellige tilgange til behandling af traumatiske hændelser.

Traumebehandling i privat praksis



Seksuelle overgreb, psykisk eller fysisk vold, trusler, krig og tortur, sygdom, dødsfald, katastrofer eller bilulykker. Alle er eksempler på begivenheder, der kan udløse et traume – uanset om det opstår gennem vedvarende svigt og utryghed i barndommen eller gennem en enkeltstående, voldsom begivenhed.

Et traume kan antage mange forskellige former og giver forskellige reaktioner. Mareridt, flashbacks, hukommelsesbesvær, tomhedsfølelse, undgåelsesadfærd, mavepine, astma, hovedpine og smerter er blot nogle få kendte punkter på en meget lang liste over forskellige måder, traumatiske hændelser påvirker kroppen og psyken på.

Og når det kommer til traumebehandling i praksis, er der også en hel del forskellige metoder at kaste sig over som psykolog.

Tre psykologer, som til daglig arbejder med traumebehandling, fortæller her om, hvad et traume er, og hvad der skal til for, at behandling virker i praksis?

LOTTE DRAGSTED, psykolog hos Traumeklinikken

Anvender kognitiv adfærdsterapi, dialektisk adfærdsterapi (DAT), PE (Prolonged Exposure) og EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing).

Hvilken/hvilke metoder anvender du til behandling af traumer og hvorfor?

På mit nuværende arbejde på Traumeklinikken i København arbejder vi med flere forskellige evidensbaserede tilgange til PTSD og andre traumerelaterede lidelser. Det er vigtigt at vælge en metode, der passer godt til ens personlighed og terapeutiske stil, og der giver EMDR især mening for mig. EMDR er en metode og et redskab, der kan kombineres med andre metoder, og jeg bruger den ofte sammen med DAT (dialektisk adfærdsterapi), hvis der er en høj grad af uhensigtsmæssig coping, f.eks. selvskade. Det kan også være compassionfokuseret terapi (CFT), som er brugbar, hvis der er meget skam og selvkritik til stede hos klienten. EMDR korrelerer godt med nyere neuroaffektive indsigter og er baseret på neurobiologiske modeller for informationsprocessering og hukommelse. Metoden er fleksibel og skånsom og tager udgangspunkt i en flerfasemodel, hvor man pendulerer mellem stabiliserende og eksponerende behandling.

Hvordan forstås traumer ifølge EMDR-metoden?

Metoden tager udgangspunkt i antagelsen om, at kroppen og sindets naturlige helingsprocesser er gået i stå eller blokeret, og at man gennem behandlingen

hjælper den naturlige heling i gang igen. Klienten får mulighed for en gen- og færdigforarbejdning af den traumatiske oplevelse. Det betyder, at erindringer om hændelsen får fortidskarakter og derved ikke længere aktiverer den affektive del, som hørte hændelsen til. Terapeutrollen er dermed mere procesfaciliterende end direktiv, mere guidende end fastholdende, kan man sige. Man kommer dog ikke udenom, at al traumebehandling er smertefuld. Men alternativet, at leve med ubearbejdede traumer og konsekvenserne af dette, er ofte værre. Det er forståeligt, at behandlingen også kan vække angst og utryghed hos terapeuten. Det skal vi omfavne, men ikke lade være styrende, når der indimellem vælges en mere skånsom vej.

Hvad går EMDR ud på?

Mange kender metoden som "den med øjnene". Metoden grundlægger, Francine Shapiro, opdagede ved en tilfældighed, at hun ved at bevæge øjnene fra side til side kunne affektaflade ubehagelige erindringer. EMDR står for *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. Helt konkret føres terapeutens fingre i en lige linje foran klientens øjne, der følger fingrene med øjnene, samtidig med at hovedet holdes stille. Man kan også bruge andre redskaber til at stimulere skiftevis venstre og højre hjernehalvdel, men min erfaring er, at fingrene er det mest organiske og mest effektive.

EMDR handler om at finde tilbage til den eller de hændelser, som er *feederen* for klientens nuværende psykiske vanskeligheder. Det kan være klienten ikke ved, hvilke erfaringer det handler om, men bare registrerer, at vedkommende i særlige situationer bliver grebet af stærke følelser, som ikke svarer til de følelser, nutidssituationen kalder på. I så fald bruger man en såkaldt *float back*-teknik til at finde den eller de betydende, bagvedliggende hændelser. Uanset om der er erkendte – og ofte oplagte – eller uerkendte sammenhænge mellem særlige minder og de vanskeligheder, klienten har her og nu, går man grundlæggende efter minder med *dysfunktionelt lagret information*. Dvs. minder, der er lagret som nutid, og netop derfor aktiverer følelser, tanker og kropsfornemmelser som dengang, i nutiden. Det sker også i terapien, hvor vi så i en tryk ramme har muligheden for at bearbejde den traumatiske hændelse til ende.

Der er et stykke terapeutisk arbejde i at finde ud af, hvilke hændelser der skal arbejdes med og i hvilken rækkefølge. Dette er især aktuelt, hvis der er mange forskellige traumatiske hændelser, sket på forskellige tidspunkter i livet og med forskellige temaer.

Dernæst fremkaldes og bearbejdes de indre, fastfrosne repræsentationer af det værste øjeblik i en udvalgt hændelse – eller det, der også helt prosaisk kaldes "the moment of *oh shit*".

Der arbejdes også med indre billeder, som aktiverer tryghed og ro, et såkaldt *safe place*, som man vender tilbage til efter hver session. Som bearbejdningen af de traumatiske hændelser skrider frem, vil den integrerede og affektivt gennearbejdede del af traumatet også danne grundlaget for at føle sig tryk og i sikkerhed her og nu, fordi den indeholder viden om, at der er forskel på nutid og datid. Denne erkendelse hjælper terapeuten yderligere på vej med *tapping*, som er en blidere måde at stimulere højre og venstre hjernehalvdel, gennem let, skiftevis berøring af f.eks. knæ eller skuldre.

Hvilke muligheder og begrænsninger oplever du traumebehandling med EMDR kan have?

Mulighederne handler som sagt om den fleksibilitet og skånsomhed, der ligger i muligheden for at skrue op og ned for intensiteten samt muligheden for at kombinere med andre metoder. Begrænsningerne er mest på terapeutsiden: Arbejdsstillingen kan være belastende (og var udfordret i en pandemi), og man skal tie stille i lange sekvenser. Vi psykologer er tit mennesker med mange ord og refleksioner. Det vil oftest bare forstyrre processen. Ordene skal være få, velvalgte og med den rigtige timing.

Mange, der ikke arbejder direkte med traumer, forestiller sig, det er et meget tungt felt. Heldigvis skal man som terapeut ikke forholde sig passivt, og det gør hele forskellen. Og i den anden ende er der forhåbentlig mennesker, der får færre traumesymptomer og i højere grad bliver i stand til at mærke vitalitet, glæde og styrker evnen til at række ud og knytte sig til andre.

Jeg kan kun anbefale, at man bliver trænet i en evidensbaseret metode, der passer til ens temperament og dernæst, i samarbejde med patienter og klienter, tager tyren ved hornene og arbejder med det værste, der er hændt dem. Forskning

peger på, at hvis traumer er baggrunden for en given lidelse, bliver al anden behandling, man end måtte lave, mere effektiv, hvis man også arbejder med de bagvedliggende traumer.

PERNILLE IANEV,
privatpraktiserende psykolog
Anvender Somatic Experiencing og hypnoterapi.

Hvor længe har du arbejdet med traumebehandling, og hvordan forstår du et traume?

Tilbage i 1996 blev jeg færdig som hypnoterapeut, og i 2008 blev jeg færdig som *SE-practitioner*. Så jeg har arbejdet med traumer, før jeg blev uddannet i Somatic Experiencing (SE).

Jeg valgte uddannelsen i SE, fordi jeg syntes, der var noget, der manglede i de andre terapiformer i forhold til at arbejde med folk med mere alvorlige traumer. Det er ikke altid nok at gå ind i traumatet – man er også nødt til at gå ud af traumatet. I de fleste terapiformer går man ind i traumatet eller problemet. Som *SE-practitioner* lærer man, hvordan man kan tage folk ud af traumatet. Det er det, der hedder *pendulering* – vi går ind og ud – du pendulerer mellem der, hvor ressourcerne og det svære er.

Somatic Experiencing er en oplevelsesorienteret form for terapi, modsat de mere mentale terapiformer, hvor vi analyserer vores tanker og handlinger. Det gør, at man kan arbejde med ting, klienten ikke er bevidst om, og arbejde med dissociering – dvs. når klienten fjerner sig fra traumatet. Tegn på dissociering er, når klienten bliver fjern i blikket, taler hurtigt eller ser ud som om, han eller hun ikke trækker vejret.

Jeg ser traumer som et belastet nervesystem, der enten reagerer med angst eller stress. Mange klienter, jeg møder, er enten stressede eller angste, fordi deres nervesystem er belastet. En anden gruppe klienter reagerer med dissociering, fordi den eneste måde, de kan (over)leve den traumatiske hændelse på, er ved at slukke for nervesystemet. De går i frys.

Hvad bygger Somatic Experiencing på?
SE bygger på Peter Levines forståelse af, at traumer sidder i nervesystemet, derfor spørger vi også hele tiden ind til, hvordan klienten har det i kroppen, fordi ideen er, at det er nervesystemet, der er traumatiseret. Det er ikke så meget historien bag, jeg som terapeut er optaget af, modsat den narrative terapi, hvor jeg måske ville spørge "fortæl mig hvad der skete?". Som terapeut går jeg lidt ind i det, men er langt mere optaget af, hvad der sker i kroppen hos mine klienter.

Et typisk spørgsmål jeg ville stille, kunne være at bede klienten om at sætte en overskrift på traumatet. Allerede der kan det være, jeg måske stopper klienten og spørger: "Hvad sker der i din krop nu?" SE bygger også på *less is more*. Forestil dig, at du skal fordøje en kæmpe lagkage. Så vil du ofte tage små bidder. Filosofien bag SE er, at små bidder er nemmere at fordøje. Hvis man arbejder med et enkeltstående traume, arbejder vi med bare to til tre små bidder. Det kan være, jeg aldrig hører om det hele, for det er ikke historien, men nervesystemet, det kommer an på.

Klienten får det ikke nødvendigvis bedre af at fortælle sin historie. Når folk kommer til mig, har de ofte fået mere viden ud af at fortælle om deres traume, men de har ikke fået det bedre endnu.

Lige så snart klienten kan bearbejde traumatet i små bidder og kommer ind og mærker det kropslige og det følelsesmæssige, så sker der en ændring. I det øjeblik, hvor personen kan bevæge sig fra at forstå til at mærke, begynder der at ske en heling.

Hvorfor er SE god til traumebehandling?

Jeg synes, det er god metode, fordi du kan kombinere den med andre metoder. Den står ikke alene, men kan fint kombineres med f.eks. samtaleterapi eller hypnoterapi i mit tilfælde.

SE har som alle andre metoder også begrænsninger. Hvis klienten synes, det er ubehageligt at svare på spørgsmål som "hvad føler du nu", så dropper jeg den. Det vigtigste for mig som terapeut er at opbygge en tillidsfuld alliance med min

klient, og jeg vil aldrig bruge teknikker, som risikerer at bryde alliancen. Nogle mennesker er så traumatiserede rent kropsligt, at du ikke kan arbejde kropsligt – det føles så ubehageligt for dem at mærke kroppen. Derfor vurderer jeg altid, hvor klienten er henne i bearbejdningen af traumatet, og om det giver mere mening at arbejde mere kognitivt.

Hvor længe skal man gå i terapi, før SE "virker"?

Det kommer an på, hvem klienten er, og hvor traumatiseret personen er. Vi skelner mellem enkeltstående traumer og udviklingstraumer. Ved enkeltstående traumer som et biluheld kan én til fire sessioner nogle gange være nok.

HENRIK HOLM HANSEN,
autoriseret psykolog, Aarhus.
Anvender ISTDP og SE
— *Somatic Experiencing.*

Hvad var din første erfaring med traumebehandling, og hvilke metoder anvender du?

Mine første erfaringer med traumebehandling fik jeg i Psykoterapeutisk Center Stolpegaard i psykiatrien. Her blev jeg oplært i traumebehandling og personlighedsforstyrrelser. Siden 2017 har jeg arbejdet som selvstændig psykolog, hvor en del af mit arbejde har med traumer at gøre.

Jeg er uddannet og trænet i *ISTDP – Intensive ShortTerm Dynamich Psychotherapy*. Derudover supplerer jeg også traumebehandling med elementer fra metoden SE – Somatic Experiencing.

Hvad handler traumebehandling om?

Overordnet kan man sige, at traumebehandling handler om at frigøre energi, der er ophobet i kroppen, så kroppen og sindet kan hele sig selv. Hvad enten det er nervesystemets overlevelsereaktioner eller blokerede følelser, der har med traumatiske brud på tilknytningen at gøre. I det lys handler traumebehandling om at øge klientens tolerance for at udholde sit indre. Følelserne, der er knyttet til et

traume, kan vække så meget angst, at de blokerer systemet. Når vi bliver rigtig bange, sætter kroppen gang i en masse energi – kamp, flugt eller frys-responser – og pointen med traumebehandling er, at hvis du ikke har lært at håndtere den energi, kan den blive adskilt fra din bevidsthed. Du får måske ondt i maven, flashbacks, din hukommelse og drømme bliver fragmenterede. Traumebehandling handler derfor meget om integration af de dele af personen, som er blevet fraspaltet.

Hvad går ISTDP ud på?

Metoden har en fod i psykodynamikken og en fod i den tilknytningsorienterede terapi.

Hensigten i ISTDP er at hjælpe klienten med at restrukturere nogle dybt indlejrede og ubevidste dele af personligheden, som bygger på erfaringer med ikke at slå til i f.eks. omsorgspersonens øjne, således at klienten kan begynde at se på sig selv med mere omsorg og opleve sig mere tryk indeni og blandt andre mennesker. Det gør vi konkret ved at hjælpe klienten med at komme i kontakt med de følelser, som man måske tidligere er blevet straffet for at have, og som derfor i dag overvælder personen med angst. Når vi rammes af angst, undgår vi følelser gennem forskellige strategier – det er det, vi i ISTDP kalder "forsvarsmekanismer". ISTDP handler bl.a. om at lære klienten at regulere angst og restrukturere sine forsvarsmekanismer, så hun kan udholde sine forskellige følelser igen.

Hvad er ISTDP særlig god til?

ISTDP har både en eksponeringsdel og en kapacitetsopbyggende del – og det relationelle arbejde er uden tvivl enormt vigtigt. For du kan ikke eksponere klienten for traumatet uden at opbygge en tryk relation først, især i de tilfælde hvor der ikke blot er tale om en enkeltstående traumatisk begivenhed, men derimod et komplekst tilknytningstraume.

Metoden er særlig god til at få et detaljeret blik på klientens angstniveau, hvornår angstniveauet bliver for højt, og dermed hvordan klienten har lært at undgå sine følelser for at overleve bedst. Den tilbyder en meget præcis måde at se på angst

og forsvarsmekanismer, og det er meget afgørende, oplever jeg. For du kan ikke bare tale med en person, der har været ude for voldsomme oplevelser uden at have en forståelse for, hvor angsten går hen. Som terapeut er jeg nemlig ikke interesseret i, at min klient går tilbage og genoplever den traumatiserende hændelse – det vil blot traumatisere klienten yderligere, fordi angsten bliver for høj. I stedet ønsker vi, at personen kan sidde sammen med mig og mærke følelserne fra et voksent sted med mere kapacitet og i en tryk relation. Men det kan man kun, hvis man forstår, hvor angsten går hen i kroppen, så man kan regulere den undervejs.

Inden for traumearbejde er der meget fokus på eksponering, men i praksis handler den største del af arbejdet om at gøre klienten tryk nok til at kunne eksponere for traumatet. Det handler som sagt meget om angstregulering, men i lige så høj grad om at forstå kvaliteten af den relation, der bliver skabt mellem dig og din klient. Her oplever jeg, at ISTDP har endnu en styrke, fordi den har nogle ret specifikke metoder til at sikre, at du og din klient ikke får genskabt en traumatisk relation, som klienten måske havde til en af sine forældre.

Har metoden begrænsninger?

Ja adskillige. I forhold til traumearbejde er der en del, der supplerer ISTDP med SE eller EMDR. Det tror jeg skyldes, at ISTDP ikke har et udtalt fokus på nervesystemet rent teoretisk, men mere beskæftiger sig med kategoriale følelser, der har med tilknytning at gøre. Så nogle gange anvender jeg teknikker fra SE til at regulere og skabe integration i systemet, f.eks. pendulering i kroppen, *safe place* m.v. ■