

Stabiliserende traumebehandling ved komplekse traumelidelser

Septemberkonferansen 2016 – 8. september

Spesialist i klinisk voksenpsykologi Sylvi Ramsli Fiskerstrand
(RVTS Vest og Kronstad DPS, allmenpsykiatrisk poliklinikk)

Faseorientert traumebehandling

(Pierre Janet, 1898; Judith Herman, 1992; van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006; mf)

1. Stabilisering og symptomreduksjon
2. Bearbeiding av traumatiske minner
3. Personlighetsintegrering og rehabilitering

- Modell for å forhindre overveldelse og prematur fokus på traumeminner
- Anerkjent standard for behandling av komplekse traumelidelser (ISTSS, 2012)



Forskjeller i behandlingen av type 1 og type 2 traumer

- Ved type 1 traumer *og gode oppvekstvilkår* vil personen være mer personlighetsmessig integrert, har ofte god mentaliseringsevne og evne til selvregulering og samregulering
- Avhengig av traumets karakter kan personer utvikle komplekse traumereaksjoner også etter enkelthendelser, men er likevel ikke grunnleggende skadet i sin relasjonsevne – mindre frykt i relasjon til behandler og ofte ressurser i sosialt nettverk
- Vi kan ofte gå mer direkte til minnebearbeiding, ofte et klarere skille mellom fasene og mer rendyrket fase 2 behandling til alt er bearbeidet

«Klienter som har lite repertoar for affektregulering generelt, vil være spesielt utsatt for sterk overveldelse. Derfor begynner vi terapi med traumatiserte og dissosierte klienter med å bli kjent med, identifisere og tåle vanlige hendelser og følelser i dagliglivet, før vi jobber med de sterke følelsene av forlatthet, terror, utstøtelse, intens hjelpeløshet og raseri knyttet til omsorgssvikt og overgrep» (M. Linehan)

3-fase modellen og komplekse traumelidelser

- Vi må forstå pasientens sterke behov for å holde traumerelaterte tanker, følelser, kroppsforfølelser og dissosiative deler borte fra bevisstheten
- Vi bør ha en gradvis tilnærming til traumerelatert innhold der pasientens «toleransevindue» og integreringskapasitet er rettesnor
- Vi bør jobbe med å styrke pasientens hverdagsfungering, og ferdigheter som har blitt underutviklet som en følge av et dysregulert nervesystem – utvide toleransevinduet

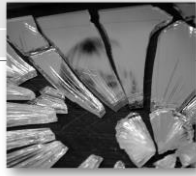


Stabilisering kun som forberedelse til fase 2?

- Kritikere til 3-fase modellen vil si at vi venter for lenge før vi starter integreringsarbeidet, at vi bidrar til unngåelse, og at pasienter med komplekse traumelidelser frarøves evidensbasert behandling (Jongh, Resick et al, 2016)
- Alt handler derfor om hvordan vi tenker stabiliserende traumebehandling – om vi bidrar til unngåelse, eller om vi adresserer traumer, traumbærende deler og konsekvensene av traumene i henhold til det pasienten til en hver tid klarer å ta inn.
- For pasienter som har opplevd vold/overgrep over tid i tidlig barndom, innebærer fase 1 i høyeste grad eksponering: eksponering for egne tanker og følelser, for relasjonen til behandler, for dissosiative deler

Begynnende virkeliggjøring/erkjennelse

- Hovedmålsetting med all traumebehandling er integrering: personifikasjon og presentifikasjon av traumeminner og dissosiative deler
- Fase 1 kan sees på som en målrettet start på veien til virkeliggjøring og integrasjon
- Behandling er triggende fra første time: kartlegging, psykoedukasjon, relasjon til behandler, samtale rundt symptomer og vanskene i livet
- For å få til en endring må vi utfordre pasientens unngåelse, og få til dansen mellom stabilisering og destabilisering



Ikke bare bearbeiding av fryktminner...

- Når vi bruker EMDR, NET eller andre eksponeringsmetoder er det tydelig at vi driver med integrering. Men mye bearbeiding skjer også gjennom samtaler...
- I arbeidet med mennesker utsatt for gjentatte traumer i oppveksten, er arbeid med personens følelser, tanker og selvoppfattelse like viktig som bearbeiding av fryktminner – kunne se på seg selv med medfølelse
- Reparasjon av de grunnleggende antakelsene om verden, seg selv og andre mennesker (J. Bulman, 1992)



En sirkulær fasemodell

- Vi beveger oss mellom fasene i en oppadgående spiral, i takt med pasientens økende mentale effektivitet og integreringskapasitet
- Vi justerer oss tilbake til stabilisering for å unngå overveldelse og konsolidere de endringene som har skjedd
- Vi justerer oss tilbake til bearbeiding når nye minner dukker opp
- Stabiliseringsarbeid vil ofte være et gjennomgangstema i alle faser



Relasjonens betydning

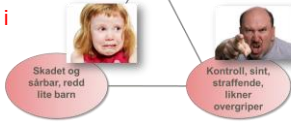
«Når selve tilknytningen og tilliten til andre mennesker er blitt så grunnleggende traumatisert, vil klientene trenge mer utviklingshjelp og nærvær av en stabil terapirelasjon for at endring skal være mulig» (Kirsten Benum, 2014)

- Pasientene hemsøkes av forventningen om svik og tap – det handler om å overkomme fobien mot tilknytning og tilknytningstap
- Reparasjon må skje i en trygg kontekst, der yi bruker tid på å opparbeide tillit, slik at pasienten kan våge å bli kjent med seg selv og andre
- Terapiarbeidet må inneholde nok trygghet til at pasientens stresssystem dempes, slik at utforskningsystemet kan aktiveres og ny læring kan skje – at pasienten etter hvert kan være sin egen trygge base

Fokus på daglig
fungering,
ignorerer indre
konflikter



Hva er viktige faktorer i relasjonsbyggingen?



- For mye nærhet i terapirelasjonen kan aktivere enorm lengsel, utløse frykt og aktivere de biologiske forsvarsresponsene
- Predikerbarhet, åpenhet og struktur fremfor «overempatisk» omsorg?
- Være «egalitær» vs autoritær
- At vi evner å se pasienten som en helhet, og relaterer oss til dissosierte deler med respekt og anerkjennelse
- Helt sentralt at hjelper evner å regulere seg selv

Et begynnende indre samarbeid

- I arbeidet med pasienter med kompleks dissociativ lidelse vil fase 1 i stor grad være innrettet mot å overkomme fobien mot dissociative deler
- Å tørre å lytte på innsiden – anerkjenne delenes eksistens og bli kjent med deres «needs and desires»
- Kunne gi omsorg til barnedeler og anerkjenne den beskyttende funksjonen til kontrolldele
- Opprettelsen av imaginært møterom – fokus på samarbeid rundt daglige gjøremål med målsetting om bedret dagliglivsfungering

«Present-centered therapy» Den stygge andungen...



- Egentlig laget som placebo-behandling, for å sammenlignes med traumefokuserte metoder (Schnurr et al 2003)
- Fokus på:
 - Maladaptive relasjonelle mønstre
 - Psykoedukasjon om traumereaksjoner
 - Lære problemløsningsstrategier
- Frost, Laska & Wampold, 2014: Metaanalyse av 5 randomiserte kliniske studier der PCT sammenlignes med evidensbaserte terapier for PTSD, viste at PCT var like effektiv som traumefokusert behandling, og med mye lavere dropout
- Anerkjent som evidensbasert behandling av APA



Manualer for stabiliserende traumebehandling

- Kan gjøres i gruppe eller individuelt
- Ulike temaer som inngår:
 - Psykoedukasjon rundt PTSD, kompleks PTSD og dissosiasjon
 - Å forbedre hverdagen
 - Å styrke evnen til oppmerksomt nærvær
 - Å forstå følelser og forbedre affektregulering
 - Å håndtere triggerer og traumatiske minner
 - Å styrke evnen til refleksjon
 - Å forbedre forholdet til andre





Betydningen av psykoedukasjon

- Pasienter opplever ofte økt mestring gjennom kunnskap om sammenhengen mellom traumesymptomer og hvordan kroppen reagerer ved ekstreme påkjenninger – vi styrker tenkehjernens evne til refleksjon
- Normalisere hvordan kropp og psyke har innebygde mekanismer knyttet til overlevelse, og at nåtidens symptomer har hatt en viktig funksjon under traumatiske hendelser
- **God psykoedukasjon kan redusere skyld og skam!**
- Sentrale psykoedukative modeller: toleransevinduet, den 3-delte hjernen, den indre veggen, den raske og den lange reaksjonsveien, dramatriangelet
- NB! Bruke pasientens egne metaforer og modeller



Hva er god psykoedukasjon?

- Når vi timer og porsjonerer vår informasjon/forklaring i forhold til det pasienten klarer å ta inn
- Når vi husker å gjenta informasjon, og ikke går ut i fra at budskapet er fullstendig forstått
- Når vi bruker psykoedukasjon fleksibelt som en pågående terapeutisk intervensjon og ikke en engangshandling
- Når vi er obs på at psykoedukasjon også kan virke avbrytende og skape følelsesmessig distanse i en terapeutisk samtale

Stabiliserende traumebehandling: Å forbedre hverdagen



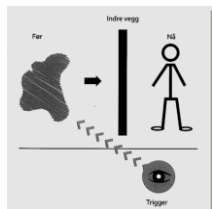
Det grunnleggende

- Et sted å bo
- Økonomisk hjelp, gjeldssanering
- Jobb/utdanning/aktivisering/ behandling?
- Rutiner for oppsøking av medisinsk hjelp – å ta vare på kroppen sin
- Kosthold og spisevaner
- Sikkerhet – hjelp til å komme bort fra voldelige/nedbrytende relasjoner, avstand fra overgriper



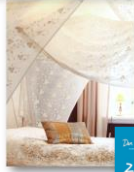
Å skape struktur i hverdagen

- For noen kan det være nok å møte til faste avtaler...
- Mange trenger hjelp til å finne balanse mellom aktivitet og hvile: mange har høyt tempo for å holde vonde minner og følelser på avstand. Andre trenger hjelp til å komme ut av passivitet
- Struktur kan handle om å få gjort nødvendige gjøremål, men også å legge til rette for ting som man ønsker at dagen skal inneholde

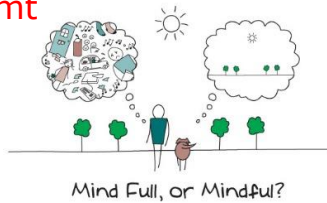


Å jobbe med søvnvansker

- Søvnhygiene
- Gjøre soverommet/sengen til et trygt sted å være
- Avledning bort fra tanker
 - Tell sakte baklengs fra 100
 - Skriv ned tankene til dagen etter
 - Oppbevaring av tanker
- Metoder for avspenning/avslapning
 - Trygt/rolig sted
 - Progressiv muskelavspenning
 - Beroligende musikk mm
- Jobbe med mareritt (orientering til her og nå, skrive ned marerittet, endre slutten på marerittet)
- Medisinering for søvnvansker

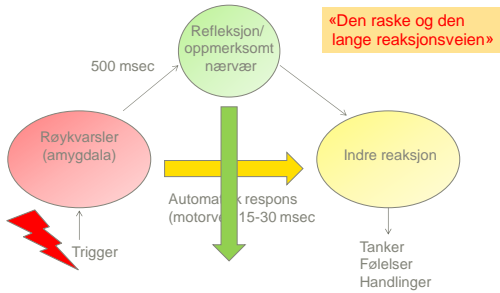


Stabiliserende traumebehandling: Betydningen av oppmerksomt nærvær



Joseph LeDoux, 2004

Modulering av automatiserte reaksjonsmåter



Øvelser i meditativ mindfulness Mindfulness Based Stress Reduction - Jon Kabat-Zinn

- Rosinekspérimentet – oppmerksomhet i daglige gjøremål
- Å puste med mindfulness – porten til oppmerksomt nærvær
- Kroppsskanning
- Det 3-minutters pusterommet

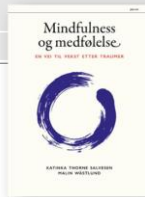


Aktuelle bøker: «Full Catastrophe Living» (Kabat-Zinn 2013)
«Mindfulness – en vei ut av depresjon og nedstemthet» med CD
(Williams, Teasdale, Segal & Kabat-Zinn 2010)

Apper på norsk:

Traumesensitiv mindfulness Salvesen & Wåstlund 2015

- Øve opp evnen til å flytte fokus fra fare/fortid til opplevelser og stimuli i øyeblikket – trene oppmerksomhetsmuskelen
- Relatere seg til seg selv med vennlighet
- Grunnprinsipper:
 - Psykoedukasjon og tydelige rammer
 - Fokuser på noe attraktivt
 - Vær bevisst på stemmebruk
 - Vær bevisst på språkbruk («kjenn etter» vs «legg merke til/register»)
 - Tilpass øvelser den enkeltes kapasitet og toleransevindu
 - Start med å fokusere utover fremfor mot kroppen dersom fobien mot affekter og kroppen er stor
 - Evt fokuser mot ytterkantene av kroppen



Nærværøvelse

- Legg merke til 3 objekter som du kan se i rommet, og rett oppmerksomheten mot detaljene (form, farge, tekstur, størrelse mm). Si høyt 3 av kjennetegnene ved objektene til deg selv.
- Legg merke til 3 lyder som du kan høre her og nå, og lytt til deres kvaliteter. Si høyt 3 av kvalitetene ved lydene til deg selv.
- Berør 3 objekter nær deg, og beskriv høyt for deg selv hvordan de kjennes (myk/hard, varm/kald, glatt/ru mm).
- Gjenta, og kjenn på tilstedeværelse med både syn, hørsel og berøring

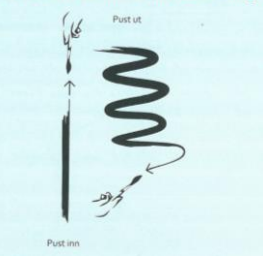
«Ankre» for her og nå

- Finn trygge objekter i hjemmet som minner deg om å være her og nå, og at du er trygg nå (bilde, fotografi, kosedyr, pyntegjenstand, sten, bok osv.)
- Sørg for at objektene er lett synlige og tilgjengelige
- Bær med deg et objekt ute som hjelper deg til å føle at du er her og nå.

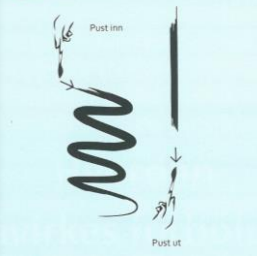


Pust med hånden som maler

Figur 7: Pust med hånden som maler – berolige

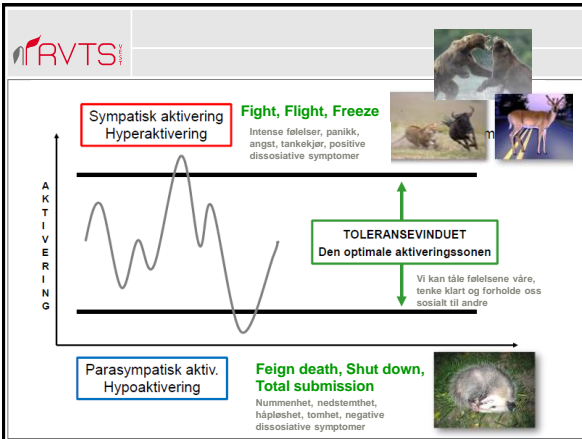


Figur 8: Pust med hånden som maler – vekke



Stabiliserende
traumebehandling:
Å jobbe med
affektregulering
og håndtering
av overveldelse





Toleransevinduet som redskap i behandlingen

- Å bli kjent med toleransevinduet og graden av egen tilstedeværelse
- Kunne gjenkjenne grunnleggende følelser og følelsenes funksjon – hvilke følelser er du kjent med/redd for?
- Kartlegge hvilke konstruktive og destruktive strategier pasienten har for å regulere seg inn igjen i toleransevinduet
- Bevissthet på pasientens mestringsstrategier for å unngå å gå ut av toleransevinduet: «Hva hjelper deg når du merker at du er i ferd med å forsvinne ut av toleransevinduet?»
- Finne alternative strategier til selvdestruktiv atferd
- Bevisstgjøring av triggere (tid/sted, indre, ytre, relasjoner)

Hvordan håndtere triggere og traumeminner?

- 1. Avledningsteknikker:** alle måter som hjelper deg å sanse, føle eller tenke på noe annet enn triggeren, reaksjonene eller den traumatiske hendelsen (midlertidig distraksjon vs tvangspregnet unngåelse)
- 2. Eksponeringsteknikker:** alle måter som holder deg i kontakt med triggeren, og som hjelper deg til å forstå at faren er over, og at reaksjonene dermed kan avta (NB! eksponering for triggere, ikke traumeminner)

➤ Valget er avhengig av toleransevinduet's bredde



Beskyttende forestillinger

- **Alt mulig-butikken**
 - Forestill deg en butikk der alt kan kjøpes, og du har ubegrenset med penger. Denne butikken har alt av beskyttelsesartikler – skjold, rustninger, beskyttende drakter, magiske kapper, helbredende steiner og amuletter, hjelmer mm. Forsøk å finne en beskyttelse som gir deg trygghet, og som kan holde det som truer deg på avstand
 - Forstill deg at du har på deg den nye beskyttelsen i situasjoner som du opplever som utfordrende
 - Øv på å bruke beskyttelsen i slike situasjoner og forestill deg mestring



Forankring og trygging - Tilbake til nåtid

- Fokusere på alt som minner en om å være her og nå, og gir opplevelse av trygghet – bruke ankre for nåtiden
- Evt fjerne gjenstander som trigger
- Bruke sansene til å forankre seg til nåtiden
- Fokusere på forskjeller mellom fortiden og nåtiden – beskrive forskjellene i detalj og repetere for seg selv (kople inn evnen til refleksjon)



Et trygt sted/rolig sted

- Å hente frem et imaginært indre trygt sted kan være beroligende og stabiliserende når man kjenner uro, har vonde minner, er redd
- Dette skal være et sted hvor man føler seg trygg, avslappet og ivaretatt – kjenner indre ro
- Eksempler: strand, innsjø, blomstereng, på fjellet, ved sjøen, skog, trehytte, hus, romskip, lenestol, en aktivitet
- Leve seg jnn i med sansene at man er på det trygge stedet

«Tilbake til nåtid, 2014; Boon, Steele & van der Hart, 2014

Affektregulering ved underaktivering



- Fjernhet, nummenhet, shut down er også et resultat av overveldelse, derfor vil de fleste intervensjonene for overaktivering også gjelde.
- **Særskilt for underaktivering er å gjøre seg fysisk og mentalt aktiv:**
 - Fysiske øvelser for å få opp pulsen (vekke kroppen)
 - Mental stimulering for å gjøre hjernen mer aktiv (telle fra 3 eller 7, telle biler/trær)
 - Lytt aktivt til musikk som gir energi
 - Legg merke til omgivelsene, ikke fokuser på ett punkt
 - Starte små bevegelser hvis paralyisert
 - Hvis kald eller freeze sørg for varme vha bad/dusj eller teppe

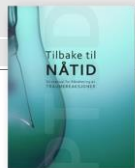
Boon, Steele & van der Hart, 2014

Styrke evnen til refleksjon



- **...Evnen til å ta hensyn til og forstå indre opplevelser – ikke bare registrere og akseptere dem**
- Skape et felles prosjekt sammen med pasienten der man er nysgjerrig på pasientens reaksjonsmåter, og rundt andres intensjoner og tenkemåte/følelser
- Se på hvordan pasientens negative kjerneoverbevisninger om verden, seg selv og andre mennesker påvirker hverdagen, og hvorfor det er slik
- Med målsetting om å skille fortid fra nåtid, gjenkjenne automatiske reaksjonsmønstre, legge merke til hva som er nytt og annerledes med nye opplevelser
- NB! Ikke vekke ytterligere skyld og skam...

Erfaringer fra stabiliseringsgruppe



- Basert på manualen «Tilbake til Nåtid» utgitt av Modum Bads traumepoliklinikk i 2015
- Inntak av 8-10 pasienter med komplekse traumereaksjoner som møtes ukentlig over 20 uker
- Eksklusjonskriterier er alvorlig rusmisbruk, psykose, pågående selvmordsfare og tertiær dissosiasjon
- Krav om kombinasjonsbehandling
- Fokus er på psykoedukasjon og ferdighetstrening i en gruppesetting med fast struktur

Hva ved kurset har vært spesielt nyttig for deg?

- Muligheten til å åpne meg om ting, resonnere med andre om problemer/løsninger
- Diskusjon og gode samtaler
- Landingsøvelsen, bruke forskjellige teknikker, og det at vi kunne prate sammen – det å få dele og uttrykke følelser til veilederne og de andre i gruppen
- Det å ha noe fast å gå til. Høre at andre har det som meg
- Forstå hvorfor og hvordan jeg reagerer, lære nye metoder å håndtere forskjellige problemer og situasjoner

Har deltakelse på kurset ført til noen endringer i hverdagslivet ditt?

- En total forandring, har fått kunnskap og styringen til å håndtere min sykdom på
- Tenker/reflekterer mer over hva jeg gjør i hverdagen og hvorfor. Fått mer forståelse for hvorfor jeg har tenkt som jeg gjør. Forsøker å endre tanker og handlinger
- Jeg er mer aktiv, jeg tenker litt klarere og jeg er ikke så redd folk
- Vet ikke hvor jeg hadde vært uten kurset, har gitt meg et nytt liv på en måte
- Jeg klarer tolke meg selv bedre, kommer forttere ut av dissosieringer
- Det har ikke ført til noen endringer, bare det at jeg forstår mer...
