

”Skyldig, slem og uverdig”: Erstattende handlinger hos mennesker utsatt for kronisk barnemishandling og omsorgssvikt

Av Ellert R.S. Nijenhuis, Ph.D.

Oversatt til norsk av Tone M. Anderssen og Trine Anstorp

Det kan være vanskelig å forstå at pasienter som har opplevd alvorlig mishandling og omsorgssvikt som barn, straffer seg selv som voksne - både mentalt og gjennom handling. Mange av dem som har overlevd svære påkjenninger i oppveksten tror at de selv har skylden for alt det fryktelige som har skjedd. De føler at de alltid har vært og alltid vil forbli slemme og dumme. “Derfor var mishandlingen og omsorgssvikten velfortjent,” sier noen. “Det var en passende straff.” De kan til og med føle seg helt overbevist om at de ikke har livets rett og at de aldri burde vært født. Disse overgrepsutsatte snakker nedsettende om seg selv, de skjærer eller brenner kroppen sin, og er i skadelige relasjoner eller driver med prostitusjon. Noen setter sin fysiske helse på spill på andre måter – til og med ved gjentatte ganger å forsøke å ta sitt eget liv. Dette gjelder særlig traumatiserte pasienter med dissosiative lidelser (Foote, Smolin, Neft & Lipschitz 2008).

En vanlig reaksjon på dette fra hjelpeapparatets side er å forsøke å motvirke disse falske oppfatningene (“false beliefs”), å utfordre de “dysfunksjonelle kognisjonene”, eller å forby selvdestruktiv atferd. Noen pasienter i psykiatriske institusjoner blir straffet for slik oppførsel. De kan for eksempel bli låst inne på enerom over lengre tid, eller de nektes videre behandling. Mange pasienter vil imidlertid uansett ikke la seg overbevise om at det de tenker er feil; de slutter ikke med å skjære seg, brenne seg eller banke hodet i veggen, eller de vil ikke forlate sin destruktive partner. De forsøker heller å bevise at det er terapeuten som tar feil, eller de *trapper opp* de destruktive handlingene.

Ina, en 32 år gammel pasient, hadde vært utsatt for vedvarende misbruk og omsorgssvikt fra foreldrene gjennom hele oppveksten. På tidspunktet da hun kom i behandling for sin komplekse dissosiative lidelse, ble hun fortsatt emosjonelt forsømt av sine foreldre. Ina mente at det var hun selv som hadde forført menn, i stedet for å innse at en hel rekke menn hadde misbrukt henne seksuelt som barn. Dette var bare én av mange refleksmessige (“reflex-like”) og standhaftige tanker hun hadde om seg selv. Hun var ”et dårlig menneske, for ellers ville jo *noen* ha vært glad i henne”. Ina sa at det var bra at foreldrene ikke hadde gitt henne lov til å leke med andre barn. Hun hadde nemlig ”likt å se på når de andre barna lekte”. Og når foreldrene hadde straffet henne for ”dårlig oppførsel” (som f.eks. å gråte mens faren voldtok henne, eller ikke gjøre husarbeidet helt perfekt), så ”hadde de hatt full rett til å gjøre det”. Ina følte også at hun var slem, fordi hun hadde slått til faren da han forsøkte å voldta henne enda en gang. På det tidspunkt var hun blitt en ung kvinne og var gravid med mannen sin. Hvordan kunne *hun* anklage far for å banke henne opp – når hun selv hadde slått til ham? Hun ”var jo ikke noe bedre enn ham”. Da terapeuten sa at han ikke var overbevist om hennes nedarvede slemhet, anstrengte Ina seg til det ytterste for å gi flere eksempler på sin

mindreverdigheit. Når den indre spenningen økte dunket hun hodet mot veggen, nektet seg mat, eller klorte seg selv til blods.

I denne artikkelen vil jeg først analysere hvorfor pasienter holder fast ved selvdestruktive oppfatninger og oppførsel. Jeg følger Kurt Lewin's berømte utsagn om at "ingenting er så praktisk nyttig som en god teori". Deretter vil jeg beskrive noen kliniske intervensjoner som følger av denne forståelsen.

Å gjøre virkeligheten virkelig ("realization")

På grunnlag av Pierre Janets utmerkede pionérbearbeid (1935), beskrev Onno van der Hart, Kathy Steele og jeg (2006) traumerelaterte lidelser som *syndrom på noe som ikke er blitt tatt inn som virkelig ("syndromes of nonrealization")*. Vi skrev: "Selv kjernen i traumatisering er at de utsatte ikke har vært i stand til å erkjenne fullt ut hva som har skjedd dem, og hvordan det påvirker livet deres og hvem de er" (s. 151). Når en person ikke engasjerer seg i handlinger som gjør virkeligheten deres virkelig, vil forsøkene på å tilpasse seg en foranderlig verden ikke være forankret i den verdenen. Implikasjonen er at utsatte som ikke har erkjent hva som har skjedd med dem og hvilke konsekvenser de traumatiske opplevelsene har hatt for dem, vil ha større risiko for å ikke kunne tilpasse seg - i hvert fall i enkelte viktige henseender.

Å gjøre virkeligheten virkelig ("realization") er en mental handling, eller rettere sagt - det involverer et sett av mentale handlinger:

"Enhver handling som innebærer virkeliggjøring består av to komponenter (Janet 1935; cf. Van der Hart, Steele, et al. 1993). Den første komponenten er å *formulere oppfatninger ("beliefs")* om våre erfaringer: Hva har skjedd, hvorfor og med hvem? Den andre komponenten i virkeliggjøringsprosessen innebærer å *tilpasse våre påfølgende mentale og atferdsmessige handlinger* til disse oppfatningene. Med andre ord - vi baserer oss på det vi har tatt inn når det skjer ("synthesized") for å kunne konstruere en oppfatning om verden, og kunne handle deretter" (s. 152).

I tillegg til å konstruere en personlig eller fenomenologisk forståelse av *verden rundt*, konstruerer vi også et fenomenologisk syn på *hvem vi er*. Som Metzinger (2003) formulerer det: "Nobody ever *was* or *had* a self" (s. 1). Med andre ord, selvet er ikke en uavhengig enhet eller substans som kan leve for seg, det er ikke et uforanderlig senter eller sett med iboende egenskaper, og det er ikke en unik eller udelelig enhet. Selvet er mer en mental modell av oss selv som et helhetlig biopsykososialt system som vi kontinuerlig skaper og justerer. Metzinger sier at vårt "jeg", "meg" og "meg selv" involverer en fenomenologisk selv-modell. Og at den stadig pågående konstruksjonen av denne fenomenologiske selv-modellen innebærer en mental handling som vi kaller *personifisering ("personification")*.

Personifisering er en del av det å gjøre virkeligheten virkelig ("realization"). La meg ta et eksempel: En pasient som hadde vært utsatt for alvorlig seksuelt misbruk, kunne ikke kjenne sine intime kroppsdeler, og hadde heller ingen følelse i bekken- og

hofteregionen. Hun hadde ikke vært i stand til å personifisere disse kroppsdelene (dvs gjøre de til sine), og på samme måte heller ikke tatt inn (som noe som hadde med henne selv å gjøre) de kroppslige og emosjonelle følelsene, tankene, minnene og atferdsmessige handlingene forbundet med disse spesielle delene av kroppen. De aktuelle kroppsdelene og relaterte følelser, tanker og motoriske handlinger var med andre ord ikke inkludert i hennes fenomenologiske selv-modell. Denne spesifikke mangel på personifisering hadde vært nyttig for henne gjennom de årene traumatiseringen pågikk. Som barn trodde hun for eksempel ikke at hun ble alvorlig seksuelt misbrukt, og opplevde ikke det som skjedde med henne som smertefullt eller ekkelt. Denne manglende erkjennelsen av virkeligheten ("nonrealization") hadde hjulpet henne til å leve med foreldre som mishandlet henne.

Den andre komponenten i det å gjøre noe virkelig for seg selv ("realization") er den mentale og atferdsmessige handling av å forstå tidsaspektet - særlig erkjennelsen av her-og-nå ("**presentification**"). Å forstå tidsaspektet ("presentification") medfører tre ulike handlinger: 1) "synthesizing" – dvs. erkjenne og erfare nåtiden, her og nå; 2) erkjenne og erfare at nåtiden er det mest virkelige, fordi nåtiden er det eneste øyeblikk vi kan handle i; og 3) integrere nåtiden, den nære og fjerne fortid, så vel som den nære og fjerne framtid.

Erfaringer og fakta som vi ikke har syntetisert (f. eks. bestemte opplevelser, kroppslige og emosjonelle følelser, tanker, også tanker som angår fakta/atferdsmessige handlinger), ikke har personifisert eller ikke har presentifisert, vil ikke eksistere for oss, - enten delvis eller fullt ut. Det vi ikke har syntetisert, personifisert og presentifisert er ikke del av vår forståelse av verden ("phenomenal world-model") og av oss selv ("phenomenal self-model"), og er derfor utenfor vår bevisste kontroll. Dette betyr at traumatiserte mangler kontroll på mange områder.

Manglende forståelse av at virkeligheten er virkelig ("nonrealization") blir spesielt problematisk når vi faktisk har, eller har utviklet, det mentale nivået som kreves for å integrere det som har skjedd oss og det vi har gjort eller ikke gjort under og etter traumatiseringen. For eksempel hadde den utsatte kvinnen som manglet følelse i underlivet fordi hun ikke hadde erkjent ("realized") de seksuelle overgrepene hun ble utsatt for som barn, knapt merket at hun hadde en alvorlig vaginal infeksjon og oppsøkte heller ikke lege. Men når hennes integrerende kapasitet økte gjennom terapi, klarte hun i samarbeid med terapeuten å erkjenne at overgrepene hadde skjedd henne. Og fra den dagen hun lyktes med å personifisere sine intime kroppsdelene (dvs erkjente denne del av kroppen som noe som hadde med henne selv å gjøre), begynte hun også å ta bedre vare på denne delen av kroppen.

Erstattende handlinger ("substitute actions")

Vi har en tendens til å ty til handlinger som erstatter adaptive, integrerende handlinger når: 1) erkjennelse av virkeligheten ("realization") er vanskelig fordi de aktuelle hendelsene er så ekstreme; 2) den integrerende kapasiteten som kreves for å klare å forholde seg til det som er virkelig er for lav; og 3) den sosiale støtte som kunne

kompensere for denne begrensningen mangler. Å ty til erstattende handlinger er absolutt ikke et spørsmål om bevisste valg. Det er heller en vanlig form for mental funksjon når de utfordringer vi møter oppveier vår integrerende kapasitet på et bestemt tidspunkt eller i en bestemt utviklingsfase. Dette er ikke vanskelig å forstå. Det er for eksempel vanskelig for oss å løse et intellektuelt eller emosjonelt problem når vi er trette eller syke. Likeledes vil vi oppføre oss ganske kaotisk hvis vi f.eks. ikke kan finne passet, men må reise hjemmefra i full fart for å rekke en viktig flyavgang. Og vi har alle erfart hvordan mange oppgaver som virket uoverkommelige da vi var yngre, synes å bli enklere med alderen.

Når vi på denne måten mangler kapasitet til å gjennomføre bestemte integrerende handlinger (syntetisering, personifisering og presentifisering), tyr vi til mentale og atferdsmessige handlinger som *erstatning* for handlinger som er mer adaptive, men som for øyeblikket ikke er tilgjengelige for oss (Van der Hart et al., 2006). Mange psykopatologiske symptomer dreier seg faktisk om eller relaterer seg til det vi kaller erstattende handlinger. Slike erstattende handlinger er vanligvis enklere og mer refleksive (dvs. refleksmessige) enn adaptive handlinger (merk at enkle refleks handlinger av og til kan være adaptive, som for eksempel raske refleksmessige forsvarshandlinger ved stor fare). Erstattende handlinger er imidlertid ikke nødvendigvis mindre energiske enn adaptive handlinger. For eksempel kan selvskading der pasienten klorer seg til blods som en form for avstraffelse, typisk innebære intense, enkle og impulsive motoriske handlinger og vanligvis også et lavt bevissthetsnivå. Dermed er pasienten bare vagt klar over hva hun gjør. Selv om de enkleste erstattende handlingene ikke nødvendigvis er målrettede, er de likevel forsøk på å imøtekomme en utfordring eller et mål. For eksempel vil selvskading i form av å klore eller skjære seg kunne frigjøre endogene opioider som demper intense følelser som pasienten ikke klarer å håndtere på en mer adekvat måte.

Noen erstattende handlinger er atferdsmessige, som for eksempel rusmisbruk for å dempe overveldende følelser og stilne traumatiske minner, valg av voldelige partnere for å bekrefte ideen om at man ikke fortjener et godt liv, og prostitusjon for å forsterke følelsen av at kroppen er skitten og "bare egner seg til én ting". Andre erstattende handlinger er mer mentalt baserte og dreier seg om personens oppfatninger ("beliefs"). En overgrepsofsatt kan for eksempel tenke at det er hun som er skyldig og ansvarlig for mishandlingen, fordi hun ikke motsatte seg overgrepene som ble gjort mot henne.

Eksemplene viser at erstattende handlinger ofte er forbundet med erstattende oppfatninger ("substitute beliefs"). Mange barn som psykobiologisk sett ikke er i stand til å erkjenne helt eller delvis at omsorgspersonene deres er overgripere, tror ofte om seg selv at de er onde, at det er de selv som har forårsaket overgrepene, fortjener straff, eller at de ikke fortjener å leve. Overgripere støtter på sin side gjerne opp om og forsterker slike forestillinger. De anklager ofte offeret: "Du oppførte deg så dårlig at jeg måtte straffe deg" eller "Du forførte meg". Med barns begrensede integrerende kapasitet kan det være mer adaptivt for det kronisk traumatiserte barnet å tenke at de likegyldige og voldelige omsorgspersonene er "snille". Hvordan skal et fire år gammelt barn kunne vite at foreldrene som mishandler henne utfører kriminelle handlinger? Hvordan skal

hun i det hele tatt kunne klare å oppfatte at de er ”slemme”, når hun er fullstendig avhengig av dem og må fortsette å leve sammen med dem i enda mange år framover?

Dissosiasjon av personligheten

Dette med erstattende handlinger og oppfatninger (”substitute actions and beliefs”) blir ytterligere komplekst når barnets personlighet spaltes i dissosiative deler. Ifølge teorien om strukturell dissosiasjon av personligheten, betyr den grunnleggende splittingen av personligheten ved traumer, at det oppstår manglende integrasjon mellom to deler. Metaforisk refererer vi til disse utilstrekkelig integrerte subsystemene av det helhetlige biopsykososiale system som utgjør en person, som *en tilsynelatende normal del av personligheten* (ANP) og *en emosjonell del av personligheten* (EP).

Hver av disse to forskjellige dissosiative delene styres primært av handlingssystemer (Nijenhuis et al., 2002; Van der Hart et al., 2006). Handlingssystemer er evolusjonsbetingede, dynamiske, selvorganiserende og selvstabiliserende. De utgjør biopsykososiale ”verktøy” å kunne møte konkrete utfordringer med, og innebærer sammenflettede klustere av persepsjoner, følelser, kognisjoner og motoriske handlingstendenser. ANP er styrt av handlingssystemer for dagliglivets funksjoner, - som utforskning, energistyring, lek, tilknytning, omsorg og reproduksjon. EP, på den annen side, er primært styrt av forsvarssystemer typiske for pattedyr, - med subsystemer som tilknytningsgråt (”attachment cry”), letskremthet, overdreven vaksomhet/beredskap, frys (”freeze”), flukt, kamp og total overgivelse (spille død).

ANP vil typisk søke å unngå EP mentalt sett, men prisen er nummenhet og depersonalisering. Med Rainer Maria Rilke’s ord (2005): *“Disguised since childhood, haphazardly assembled from voices and fears and little pleasures we come of age as masks.”* Grunnen til å unngå EP er denne delens traumatiske minner. Emily Dickinson (1975, nr 599, s. 294) setter sterke ord på ANP’s frykt og unngåelse:

There is a pain -- so utter —
It swallows substance up —
Then covers the Abyss with Trance —
So Memory can step
Around — across — upon it —
As one within a Swoon —
Goes safely — where an open eye
Would drop Him — Bone by Bone

Ved primær strukturell dissosiasjon av personligheten (som vi finner i mange tilfeller av PTSD), er det én ANP og én EP. Ved sekundær strukturell dissosiasjon (som i mange tilfeller av kompleks PTSD, ved DDNOS - dissosiativ lidelse uten ytterligere spesifisering, og BPD - borderline personlighetsforstyrrelse), er det én ANP og flere enn en EP (f eks. én EP som formidler seg tydelig gjennom fastfrossenhet – ”freeze”, og

én annen EP som i hovedsak står for kamp - ”fight”). Tertiær strukturell dissosiasjon, som karakteriserer dissosiativ identitetsforstyrrelse (DID), involverer mer enn én ANP (f. eks. en ANP som gir omsorg, og en ANP som utforsker omgivelsene), og mer enn én EP.

Som nevnt ovenfor har de forskjellige ANP-er og EP-er sine egne persepsjoner, emosjoner, kognisjoner og motoriserte handlingstendenser. Disse klustere av handlingstendenser omfatter pågående handlinger som har som mål å gi en forståelse av hvem de er, hvordan verden er og hvordan de passer inn i verden. Det vil si at disse forskjellige dissosiative delene har sin egen fenomenologiske selv-modell og sin egen fenomenologiske forståelse av virkeligheten rundt (”phenomenal world-model”) (Nijenhuis, under trykking; Nijenhuis & Van der Hart, fremlagt). Til sammen utgjør delenes forståelse av seg selv og av virkeligheten, avhengig av de pågående mentale handlinger, deres første-persons perspektiv.

F eks kan en pasient i tilstand som ANP føle, tro eller fantasere om at omsorgspersonene hennes er snille og kjærlige mennesker (hennes forståelse av virkeligheten - ”phenomenal world-model”), og at hun selv alltid er den som gjør ting feil (en komponent i hennes forståelse av seg selv - ”phenomenal self-model”), selv om hun ikke vet hva disse ”feilene” består i. Som EP kan hun imidlertid ha en oppfatning av virkeligheten (”world-model”) om at omsorgspersonene er brutale og farlige. Eller, som en EP mediert av kamp, kan pasientens første-persons perspektiv være at omsorgspersonene var i sin fulle rett til å misbruke den totalt underdanige EP. Denne ”kamp-EP’en” kan hevde at den totalt underdanige EP’en ikke motsatte seg overgrepene, og at hun derfor må straffe den ”dumme, svake drittungen”.

Som oppsummering kan vi si at erstattende handlinger (1) er nest-beste mentale og atferdsmessige alternativ når erkjennelse av virkeligheten (”realization”) blir altfor vanskelig, dvs. for smertefullt eller for kaotisk, (2) er ofte forskjellige for ulike dissosiative deler, og (3) inkluderer både handlinger som ulike dissosiative deler engasjerer seg i overfor hverandre, og oppfatningene som de har om hverandre.

Denne forståelsen kan brukes i faseorientert behandling av kronisk traumatisering, som er dagens standardbehandling (for en beskrivelse og forklaring av faseorientert traumebehandling, se Van der Hart et al. 2006). Innenfor denne rammen kan klinikere identifisere både erstattende mentale og atferdsmessige handlinger; analysere hva målet til disse handlingene er, og definere hva den mer adaptive handlingen vil kunne være. De kan også sammen med pasienten utforske hva slags nye, og mindre maladaptive handlinger pasienten kan prøve å få til i mellomtiden, så lenge den mer adaptive handlingen fortsatt ligger utenfor pasientens rekkevidde. Å skifte ut erstattende handlinger med mer adaptive handlinger er ofte en kompleks prosess som best lar seg gjennomføre trinn for trinn.

Klinisk eksempel

Anita (37 år, med dissosiativ lidelse NOS-type 1) var ikke i stand til fullt ut å innse at moren hadde forsømt og fysisk mishandlet henne, og at faren hadde misbrukt henne

seksuelt både som barn og ungdom. Hun husket den emosjonelle mishandlingen, og også den fysiske volden, men hun erkjente ikke hva det faktisk handlet om, og innså heller ikke hvem som var ansvarlig for det som hadde skjedd. Anita visste at faren hadde misbrukt henne som barn, men hun kunne ikke innrømme fakta verken overfor seg selv eller andre. Hun var overbevist om at hun alltid hadde vært og fortsatt var slem, og selv var ansvarlig for de traumatiserende hendelsene som hadde skjedd og fremdeles skjedde med henne (hun ble voldtatt av en fremmed person mens hun var i behandling). Først og fremst følte hun at hun ikke fortjente å leve. Hun skar seg når hun følte seg virkelig langt nede, noe som der og da opplevdes som litt lindrende (men også fikk henne til å føle seg skamfull). En grunn til at hun følte seg så ussel var stemmene hun hørte, blant annet et lite barn som gråt så sårt. Når hun ba stemmene slutte, ble de bare sterkere. Anita viste stor omsorg for andre menneskers behov, tilsynelatende med det håp at denne omsorgen for andre i hvert fall i noen grad skulle gi henne livets rett. Mannen og vennene satte stor pris på henne, men de ble etter hvert lei av den overdrevne omsorgen hun viste dem. Hennes grunnleggende erstattende holdning ("substitute attitude") i livet var: "Fortell meg hva jeg må gjøre, og jeg gjør det." Dette er dagliglivets handlingssystem for omsorg på ville veier.

Anitas mann, venner og tidligere terapeuter hadde ofte fortalt henne at hun var en verdifull person og at hun hadde full rett til å leve. De hadde også stadig bedt henne om å slutte å skade seg. I stedet for å gjenta disse resultatløse formaningene, valgte jeg en annen fremgangsmåte.

Erstattende mentale og atferdsmessige handlinger har en funksjon. Ifølge teorien om strukturell dissosiasjon, forutsatte jeg at Anitas selvforakt, selvskading og inadekvate omsorg fungerte som erstatning for en erkjennelse av den traumatiseringen hun hadde opplevd. Jeg spurte henne derfor hvorfor det hadde vært og fortsatt var viktig for henne å bruke så mye energi på å ta seg av de behovene hun antok at andre mennesker hadde. Hun forklarte hvordan hun hadde utviklet denne atferden som en måte å unngå morens emosjonelle og fysisk mishandling på, og som et forsøk på å oppnå mors aksept. Hun fortalte meg også at innsatsen hadde vært resultatløs. F.eks. da moren lå for døden følte Anita at hun ikke ville være i stand til å leve videre, hvis hun ikke hadde fått tilgitt moren sin. Men moren tok ikke imot tilbudet om tilgivelse i det hele tatt; tvert imot hadde hun gjentatt at Anita selv var den som var ansvarlig for det som hadde skjedd henne. Anita fikk panikk og bønnfalt moren: "Fortell meg hva jeg må gjøre for å gjøre det godt igjen – jeg gjør hva som helst!" Men moren bare pekte på Anita og fortalte henne hvor slem hun var. Så døde hun.

Å følge pasienten ("pacing"), søke konsensus og foreslå nye handlinger. Allerede under den diagnostiske vurderingen av Anitas dissosiative lidelse NOS (eller mer presist hennes mildere form for dissosiativ identitetsforstyrrelse), ble de indre stemmene av og til svært aktive. På ett tidspunkt ble babyens stemme spesielt sterk. Anita dro seg i håret, holdt for ørene og ropte "hold kjeft!" i fortvilelse. Hun vred kroppen og ansiktet, hyperventilerte og sparket med høyre ben som om hun forsøkte å treffe noen. Jeg sa at jeg merket meg (de erstattende) handlingene hennes, at hun måtte ha svært gode grunner

for å oppføre seg slik hun gjorde, og at handlingene sannsynligvis var hennes beste måte å kunne takle de indre stemmene på.

Etter en stund roet Anita seg og forklarte at gråten var så forferdelig intens og sterk at hun ikke visste hva annet hun skulle gjøre. Jeg sa at det absolutt virket forståelig å velge de verktøyene som hun hadde utviklet; og at de må ha vært virkningsfulle, ellers ville hun nok ha sluttet med det for lenge siden. Anita var enig: Jeg hadde på en empatisk måte forstått hennes (erstattende) handlinger. Etter denne form for å spore opp og følge klienten der hun er ("pacing") *oppnådde vi en enighet ("reached a consensus")* om at handlingene hennes var målrettede og delvis effektive. Deretter spurte jeg henne om hun kunne være interessert i å *lære noen nye handlinger* for å utvide repertoaret sitt. Anita viste interesse for dette, og jeg spurte da om hun noen gang hadde tenkt over hvorfor den baby-lignende stemmen gråt så høyt og hvorfor den stadig fortsatte å plage henne? Anita mente at den indre stemmen sannsynligvis trengte noe og ønsket å bli hørt. Vi ble enige om at hvis det var slik, så ville det være fornuftig å si "jeg hører deg" og begynne å møte "babyen" med å si, med trøstende stemme, at hun hørtes veldig ulykkelig ut. Til sin store overraskelse merket Anita at hennes nye handlinger var suksessfulle: Den gråtende babystemmen roet seg.

Vi forsøkte en lignende fremgangsmåte overfor en barnestemme som ropte "Stopp!". Jeg foreslo at Anita skulle spørre om dette "stopp" kanskje var relatert til de emosjonelle og fysiske overgrepene som hun (Anita) faktisk husket. Hun hørte et høyt "Ja" inne i seg. Da ba jeg Anita fortelle barnestemmen på innsiden at "Stopp" var helt riktig sagt og at overgrepene da skulle ha stoppet. Etter det ble stemmen litt mindre engstelig og agitert.

Stemmer og EP-er. Slik lærte Anita å møte stemmene aktivt og finne ut hva de ville oppnå. Ettersom hun engasjerte seg i disse mer adaptive, utforskende handlinger, oppdaget Anita at både disse og enda noen flere stemmer tilhørte ulike EP-er. Hver "stemme" hadde en oppfatning om den subjektive verden de levde i og en oppfatning om seg selv, og hadde dermed hvert sitt første-persons perspektiv. De hadde også evnen til å påvirke Anita, dvs. ANP. Gjennom behandlingen ble det stadig klarere at Anita unngikk EP-ene og de traumatiske minnene som disse delene satt fast i, gjennom å holde på med alle mulige mentale og atferdsmessige unngåelsesreaksjoner (som vi altså forstår som hennes erstattende handlinger for ikke å måtte oppfatte virkeligheten slik den var eller er).

Fobier for EP-er og traumatiske minner som erstattende handlinger. De nye utforskende og sosiale handlingene til EP-ene og deres tilhørende minner, kom ikke uten videre. Som ANP var Anita redd for å kontakte EP-ene sine og lytte til dem, og ikke minst for å være alene om å dele minnene deres. Noen EP-er var fastlåst i andre overgrepsepisoder enn de hun selv husket, som for eksempel andre tilfelle av farens seksuelle overgrep. En EP hadde sterke suicidale tendenser. Noen EP-er var svært sinte på Anita – både fordi hun ikke ville høre om overgrepene, fordi hun alltid forsøkte å gjøre andre til lags, og fordi hun begynte å stole på meg. EP-ene følte at å stole på andre var det verste man kunne gjøre, og det gjaldt også terapeuter (Anita hadde også blitt

seksuelt misbrukt av en fysioterapeut). Disse spesielle EP-ene mente det var bedre å fortsatt være uavhengig. De trodde at all mishandlingen og forsømmelsen hadde skjedd fordi Anita hadde vært et masete, trengende barn. Den gjensidige frykten, mistilliten, motviljen og mentale unngåelsen mellom ANP og de forskjellige EP-ene kan forstås som *fobier mot dissosiative deler og deres traumatiske minner* (Nijenhuis, Van der Hart, & Steele 2002, 2004; Van der Hart et al. 2006). Disse og relaterte fobier kan forstås som erstattende handlinger, fordi de kommer i stedet for mer adaptive integrerende handlinger (dvs. erstatter virkeliggjøring av traumatiseringen).

Tillemping av ANP's mentale og atferdsmessige erstattende handlinger. Anitas overdrevne omsorg for andre, selvbekreftelsen og skyldfølelsen var også erstattende handlinger. I terapitimene ble det stadig tydeligere for henne at oppfatningen om at hun var et dårlig menneske og at hun ikke fortjente å leve, var erstatninger for å kunne make å forholde seg til den faktiske virkeligheten hun hadde levd i ("realization"). Hun begynte å forstå at disse og andre gamle oppfatninger erstattet erkjennelsen av (1) at det var ingenting hun kunne gjøre eller kunne ha gjort for å få moren til å være glad i henne; (2) at faren hadde misbrukt henne seksuelt; (3) at andre familiemedlemmer ikke hadde hjulpet henne, selv om de i hvert fall visste at hun ble avvist emosjonelt og fysisk mishandlet; og (4) at hun rommet flere EP-er. Til slutt oppdaget hun også at omsorg for andre var delvis en erstatning for å være glad i seg selv.

Å følge ("pacing") ANP og søke konsensus. Pga Anitas begrensede integrerende kapasitet måtte arbeidet med å bytte ut hennes erstattende oppfatninger med mer adaptive, gjøres med forsiktighet og trinn for trinn. Et eksempel kan være hvordan vi tilpasset oppfatningen om at hun (som ANP) ikke hadde livets rett. Vi begynte med å undersøke hvor viktig og nyttig det hadde vært for henne å holde fast ved denne oppfatningen da hun var barn, ungdom og voksen kvinne. I stedet for umiddelbart å forsøke å endre overbevisningen hennes, prøvde jeg derfor først å spore opp og følge ("pace") hennes første-persons perspektiv, og å oppnå en gryende konsensus om at disse reflekspregede oppfatningene hadde vært, og kanskje fortsatt var, viktige.

Utvikle nye handlinger. Neste trinn besto i å forme hennes dypt funderte og svært hyppig benyttede erstattende oppfatninger inn i en litt annen ramme. Jeg spurte henne derfor om hun kunne godta og si at "oppfatningen om at jeg ikke fortjener å leve har hjulpet meg til å mestre livet mitt." Anita klarte å "ta dette inn", selv om det kostet henne mye. Det hjalp å forklare henne hva som skjedde når hun øvde på å si den nye setningen: Jeg oppfordret henne til å si den spesielle setningen, å legge merke til og erkjenne de emosjonelle og kroppslige reaksjonene, og å la reaksjonene være - og så la de passere. I starten klarte hun ikke å si setningen høyt; spesielt ikke samtidig som hun så på meg. Hun følte at kontakten med meg ville få henne til å innse med altfor stor tydelighet at livet hadde vært vanskelig. Men senere i timen klarte hun det. Vi ble enige om at den neste oppfatningen vi skulle finne mer ut av var "Oppfatningen om at jeg ikke fortjener å leve har hjulpet meg til å mestre mors følelsesmessige avvising."

For hvert trinn som ble tatt i å gjøre virkeligheten mer virkelig, opplevde Anita sterk følelsesmessig smerte. Men samtidig ble hennes evne til å kunne integrere styrket. Etter noen flere timer klarte hun å si og akseptere at hun var en verdifull person, at foreldrene hadde forsømt og mishandlet henne, og at det ikke var noe å gjøre som kunne endre på det faktum at hun hadde opplevd å bli traumatisert. Når hun først nådde dette funksjonsnivået som ANP, var Anita også bedre i stand til å møte og begynne å samarbeide med EP-ene sine som slet med sine egne erstattende handlinger. Dette "Fase én"-arbeidet førte også frem mot "Fase to" av behandlingen, som innebar erkjennelse og sammenfatning av ulike deler til her-og-nå ("synthesizing"), personifisering ("personification" - gjøre til sitt) og presentifisering ("presentification" - gjøre nåtiden virkelig og integrere fortid/nåtid/framtid) av de traumatiske minnene som EP-ene var fastlåst i (Van der Hart et al. 2006).

Diskusjon

Mange symptomer på kronisk traumatisering involverer eller er knyttet til erstattende handlinger. Hos pasienter med dissosiative lidelser er de erstattende handlingene ofte forskjellig for hver dissosiativ del. Disse forskjellene forårsaker ofte omfattende strid mellom disse delene som har sitt eget perspektiv på verden, på de andre delene og på seg selv. Erstattende handlinger kan ha vært adaptive i en viss grad, når traumatiserte personer ikke klarte å integrere det fryktelige som skjedde dem. Disse handlingene er likevel maladaptive i en mer generell forstand. Erstattende handlinger blir spesielt maladaptive når overgrepsutsatte har utviklet et funksjonsnivå som faktisk gjør det mulig for dem å kunne forholde seg til traumatiseringen som virkelig.

Intervensjonene jeg har omtalt her har særlig dreid seg om Anita som ANP. De nye handlingene hun testet ut var krevende, intense og emosjonelle, men de økte samtidig også hennes mentale effektivitet ("efficiency"), dvs. hennes evne til å bruke sin mentale og fysiske energi til adaptive handlinger uten utilbørlig sløsing med eller tap av energi. Janet formulerte det slik: "The completed and terminated act heightens psychological tension (mental efficiency) of the individual, while an incomplete and unachieved act lowers it" (siteret i Ellenberger 1970, s. 383). Anitas måte å forholde seg til virkeligheten på (som ANP) medførte faktisk også betydelige skritt i retning av å overvinne fobiene mot EP-ene og de involverte traumatiske minnene i en senere fase av behandlingen.

Klinisk sett er det helt avgjørende at terapeuten ikke fordømmer eller straffer pasientens erstattende handlinger (hvilket *ikke* betyr at man ikke skal forsøke å forhindre suicidale handlinger eller alvorlig selvskading). Det er langt mer effektivt å starte med å spore opp og følge ("pace") pasientens første-persons perspektiv slik at han eller hun føler seg sett og forstått. Deretter finner terapeuten fram til en enighet ("seeks a consensus") med pasienten om hvordan disse handlingene har hatt, eller - i det minste på noen måter - fremdeles har en funksjon for pasienten. Når slik enighet er oppnådd, vil pasienten føle seg mer åpen for forandring. Forandring betyr å utvide pasientens handlingsrepertoar, - ikke å eliminere hans eller hennes tidligere handlinger. Hvis en

snekker bare har en hammer og en sløv sag, er det ikke lurt å ta dette verktøyet fra ham ved å si at det ikke duger for den jobben som skal gjøres. En mer fornuftig tilnærming er å undersøke hvordan det har seg at han bare har denne hammeren og sagen. Det er sannsynligvis i utgangspunktet noen gode grunner for at han bare har disse to. Og han vil kanskje begynne å føle seg litt mindre klønete hvis vi roser han for å klare å gjøre et komplisert arbeid, til tross for sitt begrensede verktøy. Når han har fått vår empati og forståelse finner han kanskje også mot og mulighet til å skaffe seg nytt verktøy, og opplever at han med øvelse blir flinkere til å bruke dem. Hvem vet hva han nå kan få til å bygge?

REFERANSER

- Dickinson, E. (1975). *The complete poems*. Ed. T.H. Johnson. Kent: Mackays of Chatham PLC.
- Ellenberger, H.F. (1970). *The discovery of the unconsciousness*. New York: Basic Books.
- Foote, B., Smolin, Y., Neft, D. I., & Lipschitz, D. (2008). Dissociative disorders and suicidality in psychiatric outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 29-36.
- Janet, P. (1935). Réalisation et interprétation. *Annales Médico-Psychologiques*, 93, 329-366.
- Nijenhuis, E. R. S. (in press). Consciousness and self-consciousness in dissociative disorders. In V. Sinason (Ed.), *Trauma and dissociation: Conceptual, clinical and theoretical issues*. London: Routledge.
- Nijenhuis, E.R.S. & Van der Hart, O. (submitted). The need for specificity in the definition of dissociation in trauma: A proposal and critical review.
- Nijenhuis, E. R. S., Van der Hart, O., & Steele, K. (2002). The emerging psychobiology of trauma-related dissociation and dissociative disorders. In H. D'haenen, J. A. den Boer & P. Willner (Eds.), *Biological psychiatry* (pp. 1079-1098). Chicester, UK: John Wiley & Sons.
- Nijenhuis, E. R. S., Van der Hart, O., & Steele, K. (2004). Trauma-related dissociation of the personality. Paper on the internet: www.trauma-pages.com.
- Metzinger, T. (2003). *Being no one: The self-model theory of subjectivity*. Cambridge,

MA: MIT Press.

- Rilke, R. M. (translated by A. Barrows & J. Macy) (2005). *Rilke's book of hours: Love poems to God*. New York: Riverhead Books.

- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York/London: W. W. Norton & Co.

- Van der Hart, O., Steele, K., Boon, S., & Brown, P. (1993). The treatment of traumatic memories: Synthesis, realization, and integration. *Dissociation*, 6, 162-180. (See also www.trauma-pages.com).