

Traumer og dissosiasjon

Ved vanlige livshendelser aktiveres tanker, følelser og kroppslige fornemmelser som så blir bearbeidet i tenkehjernen og sammenholdt med tidligere erfaringer for å skape mening.

Ved traumatisering vil stress og angstnivået bli så høyt at hjernen overveldes, slik at det ikke blir mulig for hjernen å bearbeide opplevelsen. Da skjer dissosiasjon – brudd i sammenhengen mellom hendelsen og reaksjonen på hendelsen. Dissosiasjon innebærer manglende integrering – elementene i erfaringen kan ikke settes sammen til en helhet.

Et psykisk traume kan defineres på følgende måte:

en ekstern, plutselig og sjokkpreget psykisk påvirkning av overveldende omfang som:

- etterlater personen i en tilstand av midlertidig hjelpeløshet
- setter vanlige mestrings- og forsvarsmekanismer helt eller delvis ut av funksjon
- bryter ned personens eksisterende måte å strukturere persepsjon, interagere med andre, og skape mening i handlinger. (L. Mehlum, 2014)

Traume betyr «skade», eller «sår» (fra gresk). Når vi bruker ordet traume, snakker vi altså om den psykiske skaden forårsaket av hendelsen, og ikke om selve hendelsen som sådan.

Ikke alle blir traumatisert av alvorlige hendelser. Det sentrale er at det har skjedd en hendelse som overstiger personens integreringskapasitet, og som har medført post-traumatiske ettervirkninger. For å integrere traumeminner kreves høy integreringskapasitet. Barn og ungdom har generelt lavere integreringskapasitet enn voksne, og det er viktig å huske på at den bearbeidende delen av hjernen, prefrontal cortex (tenkehjernen) ikke er fullt utviklet før i midten av 20-årene. Noen barn har også genetisk/temperamentsmessig en høyere følsomhet enn andre barn, og vil da være mer utsatt for traumatisering i et negativt oppvekstmiljø. Helt vesentlig for god utvikling er en trygg tilknytning og god reguleringsstøtte; det er dette som bygger opp hjernens integreringskapasitet.

Ikke alt skadelig er traumer. Når følelsesmessige behov ikke møtt tilstrekkelig i oppveksten, kan det skape følelsesmessige sår, såkalte tilknytningssår. Det som skiller traumer fra tilknytningssår er at ved traumer er kroppens overlevelsesforsvar blitt løst ut. Små barn har mindre å regulere seg med, og vil også lettere kunne bli traumatisert av negative omsorgserfaringer. Jo lavere integreringskapasitet en person har, jo større er risikoen for at man går ned i en tilstand av underaktivering («total submission») i traumet. Dette er en mer omfattende skade som gjerne trenger relasjonsarbeid over tid og gradvis gjenoppbygging av psykiske ressurser for å heles. Ofte ser en at traumer og tilknytningssår er vevd sammen. Det mest alvorlige er når traumatisering skjer fra omsorgsgiver, såkalt tilknytningstraume. Barnet settes i en uløselig konflikt: det er helt avhengig av omsorgen fra forelderen, samtidig som det må beskyttes seg mot denne.

Vi skiller gjerne mellom type 1 og type 2 traumer.

Type 1 traume: Traumatisering som følge av en enkeltstående hendelse, som gjerne kjennetegnes av å være uventet og evt. potensielt livstruende.

Den kan være villet ondskap, som fysisk vold, seksuelle overgrep, voldtekt, væpnet ran, terrorhandling. Eller mer tilfeldig, som trafikkulykke, kortvarig naturkatastrofe, industriulykke, yrkesrelatert (innsatspersonell).

Type 2 traume: Dette innebærer å bli utsatt for gjentatt og vedvarende traumatisering, gjerne med uforutsigbar utvikling.

Eksempler på dette er å bli utsatt for gjentatt seksuelt og/eller fysisk misbruk fra omsorgsgivere i oppveksten, og alvorlig neglect. Andre eksempler er kidnapping, fangenskap, krig og tortur, eller det å leve over tid i et voldelig parforhold.

Traumatiske er faringer som skyldes villet ondskap er generelt mye vanskeligere å bearbeide, fordi det bryter ned grunnleggende tillit og trygghet. Ekstra stor belastning er det om en blir utsatt for slike hendelser fra en omsorgsgiver eller tillitsperson.

Etter en enkeltstående traumatiserende hendelse, er det vanlig med forbigående stress- og følelsesreaksjoner, søvnløshet, og gjenopplevelser. Som regel avtar disse symptomene etter noen dager eller uker. Noen utvikler imidlertid vedvarende posttraumatisk stress reaksjoner, og om en slik psykisk reaksjon varer utover 1 mnd., og har oppstått innen 6 mndr. etter hendelsen, kan det være at personen har utviklet det vi kaller posttraumatisk stresslidelse (PTSD).

PTSD

Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) er en relativt ny diagnose. Den ble tatt i bruk på 1980-tallet, og ble utformet på bakgrunn av det en så av psykologiske ettervirkninger hos soldater som hadde deltatt i krigshandlinger.

For å kunne stille denne diagnosen, er det 4 sentrale kriterier som må være oppfylt:

- A. (ytre belastning) Livshendelse eller situasjon av usedvanlig truende eller katastrofal art
- B. (intrusjonsfenomener) Traumet blir gjenopplevd gang på gang i påtrengende minner («flashbacks»), drømmer eller mareritt
- C. (unngåelse) Vedvarende fornemmelse av «nummenhet» og følelsesmessig avflating, distansering fra andre mennesker, ingen respons på omgivelsene, manglende lyst og unngåelse av aktiviteter og situasjoner som minner om traumet
- D. (hyperaktivering) Forhøyet autonom alarmberedskap og vaksomhet, økt skvettenhetsreaksjon og søvnløshet

Av og til kan slike reaksjoner også være forsinkete, og oppstå senere enn 6 mndr. etter et traume. Ofte er det da nye belastninger som treffer det gamle «traumet», og aktiverer dette. Posttraumatisk

stresslidelse kan ha et varierende forløp. Hos noen avtar symptomene med tiden, andre har et svingende forløp med forverring i perioder, mens en mindre andel utvikler et mer kronisk forløp, med betydelig nedsatt livskvalitet og dagliglivsfungering.

Type 2 traumer, eller komplekse traumer, kjennetegnes av gjentatt eller vedvarende traumatisering (for eksempel i nære relasjoner i oppvekst) kombinert med sviktende reguleringsstøtte. Det etter hvert bred støtte i fagfeltet for å bruke betegnelsen «kompleks» PTSD, for å beskrive mangfoldet av symptomer og problemområder en ser ved slike skader.

«Kompleks» PTSD

1. Endringer i affektregulering, inkludert problemer med sinne og selvdestruktivitet.
2. Endringer i oppmerksomhet og bevissthet – problemer med hukommelse, konsentrasjon, mental frakopling.
3. Endringer i selvoppfattelsen, kronisk opplevelse av skyld/skam – jeg er: skitten, ødelagt, motbydelig, hjelpeløs, ond.
4. Endringer i oppfattelsen av overgriper, integrering av hans eller hennes meningssystem.
5. Endringer i relasjonsevne/ferdigheter, problemer med å stole på eller føle seg nær andre mennesker.
6. Somatisering og/eller medisinske problemer:
7. Endringer i egne tros- og meningssystemer (kognitive skjema).

Sentrale problemområder ved kompleks PTSD er altså problemer med affektregulering, selververd, traumesymptomer og tillit til andre. I dette landskapet finnes et bredt spekter av psykiske lidelser. Det kan f.eks. være personlighetsforstyrrelser, angstlidelser, depresjon og affektive lidelser, spiseforstyrrelse, rusproblem, dissociative lidelser, og ulike kombinasjoner av disse.

Dissosiasjon

I fagfeltet er det noe ulike forståelser og definisjoner av dissosiasjon. Vi har valgt å ta utgangspunkt i den franske psykologen og filosofen Pierre Janet (1859-1947) sine iakttagelser. I denne forståelsen vil dissosiasjon defineres som:

Manglende integrering av livsopplevelser (hendelser, sanseinntrykk, følelser, osv.)

Det som skjer er at sammenhengen mellom selve hendelsen og personens reaksjoner på hendelsen, er blitt brutt. Og ofte er personen uvitende om at de symptomene de erfarer, faktisk henger sammen med konkrete livsopplevelser.

Dissosiative symptomer er konsekvensene av manglende integrering på symptomnivå.

Den traumatiserte hjernen snakker først og fremst gjennom symptomer. Når noe ikke er blitt integrert, lever det sitt automatiserte liv utenfor den vanlige bevissthetsstrømmen. En «husker» det primært med følelsene og kroppen (implisitte minner).

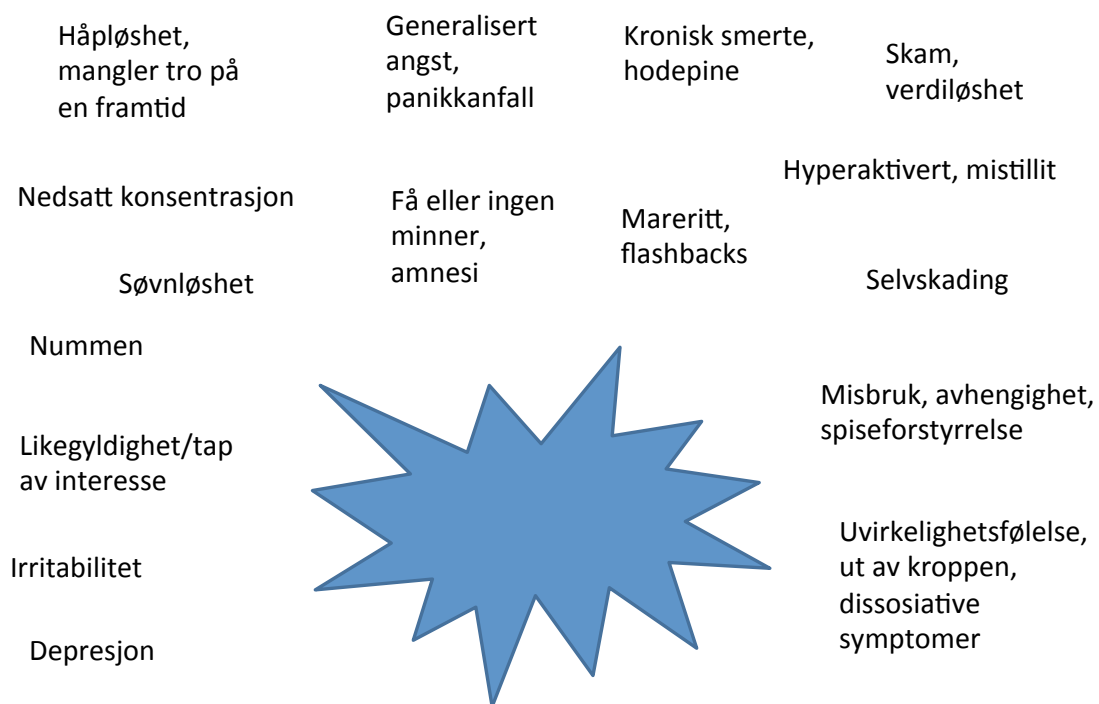
Slike symptomer kan være både fysiske og psykiske, og har gjerne kvalitet av «for mye» eller «for lite».

Fysiske symptomer kan være kroppslig nummenhet, at en ikke kjenner smerte, lammelse. Eller lokalisert smerte, psykogene kramper, eller andre typer kroppslig ubehag.

Psykiske symptomer kan være vansker oppmerksomhet og tilstedeværelse, huller i hukommelsen, depersonalisasjon (fremmed for seg selv), følelsesmessig nummenhet. Eller gjenopplevelser, mareritt (minnebilder), stemmehøring, negative tanker/følelser knyttet til traumet.

Fra slike symptomer kan det være kort vei til uforståelig atferd, som raserianfall, utagering, promiskuositet, ekstrem avvisning.

«Traumatiserte pasienter presenterer symptomer, ikke minner»



Harvey 1990, Bremner& Marmar 1998, Janina Fisher 2007

Pierre Janet levde samtidig med Freud og konkluderte med at hysteri hang sammen med traumatiske erfaringer. Og han var den som først brukte begrepet «dissosiasjon», for å forklare hvordan traumatiske minner lagres utenfor den vanlige bevisstheten. Senere studerte den engelske psykologen Charles Myer (1873-1946) soldater fra første verdenskrig. Blant traumatiserte soldater observerte han en veksling mellom svært forskjellige personlighetstilstander. Disse kalte han ANP (apparently normal personality) og EP (emotional personality). Det Myers beskrev var svært likt det Janet hadde skrevet om hysteri.

Modellen er gjenoppdaget og videreutviklet i nyere tid av nederlandske og amerikanske traumeforskere. Den kalles «Strukturell dissosiasjonsteori» (Onno van der Hart, Ellert Nijenhuis,

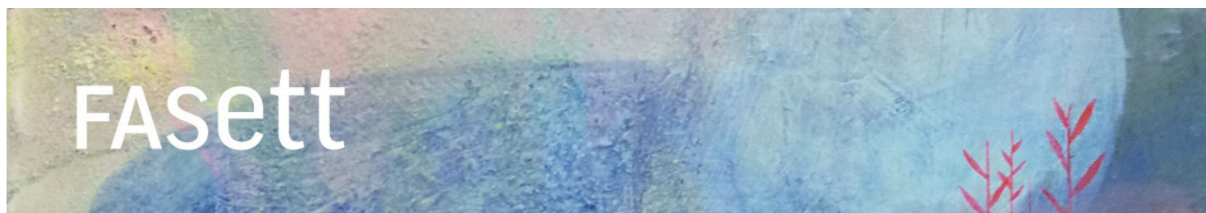
Kathy Steele, 2006), og er en viktig teori når vi skal forstå dissosiasjon. Begrepene ANP og EP brukes idag i modifisert form - Apparently Normal Part of the Personality, og - Emotional Part of the Personality.

Strukturell dissosiasjon av personligheten er konsekvensene av manglende integrering på personlighetsnivå.

Ved mer kompleks traumatisering, vil en i tillegg til traumereaksjoner også kunne få mangler i oppbygging og integrering av personligheten. Dette medfører en oppdeling i to eller flere psykobiologiske systemer (selv-tilstander), som hver har sine tanker, følelser, og reaksjonsmønstre. Den siden av personligheten som bærer følelser og traumeminner koples fra den siden som går videre med dagligliv og mestring. Dagliglivssiden kaller vi ANP - Apparently Normal Part of the Personality, og den emosjonelle siden av personligheten kaller vi for EP - Emotional Part of The Personality.

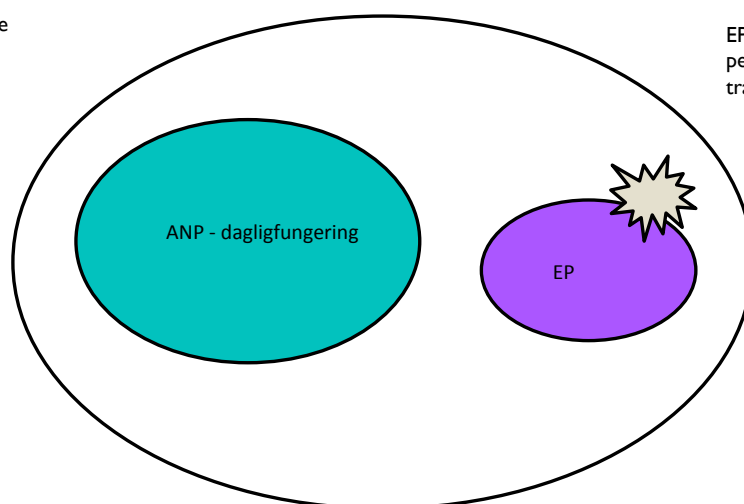
Primær dissosiasjon

Den enkleste formen for dissosiasjon ser vi ved Post-traumatisk stresslidelse, PTSD. Da skjer en splitt mellom en side av personligheten som forsøker å gå videre med dagligliv (ANP), men på en måte er litt «nummen», fordi traumeopplevelsen ikke er integrert. Den andre siden (EP) bærer traumeminnene, og gjenopplever disse følelsesmessig og kroppslig. Den siden er ikke orientert om at faren er over, og fortsetter å reagere som om det farlige skjer nå. Ved PTSD ser vi typisk en veksling mellom tilsynelatende normal fungering, og så emosjonell overveldelse når traumeminner aktiveres av triggere i dagligliv.



Primær dissosiasjon, PTSD

ANP – tilsynelatende normal del av personligheten, går videre med dagligliv



EP - emosjonell del av personligheten, bærer traumeminner

Van der Hart, Nijenhuis, Steele, 2006

Sekundær dissosiasjon:

Ved gjentatt og vedvarende traumatisering, vil oppsplittingen av personligheten bli mer omfattende. Da oppstår gjerne flere såkalte emosjonelle deler av personligheten (EP'er), som er låst fast i traumereaksjoner. Hver del har sin egen opplevelse av seg selv og verden, sitt mønster av tanker, følelser, minner og reaksjonsmåter. Det kan være varierende grad av sammenheng mellom de ulike delene. Noen EP'er kan være helt isolert fra andre deler av personligheten, og føles fremmede for en selv. Ofte ser en også indre konflikt mellom ulike deler. Typisk er det en kamp del som er oppstått som motreaksjon til hjelpeløshet under overgrep, og som kan presentere seg som overgriperimitator, opptatt av makt og kontroll. Denne opptrer ofte nedlatende mot en annen EP, "sårbart barn", som gjerne er redd og utrygg. Når en EP er trigget, vil det også sette igang traumerelatert aktivering slik at ANP ikke klarer å være ordentlig tilstede samtidig. Sekundær dissosiasjon tilsvarer kompleks PTSD og mer uspesifiserte dissociative lidelser (DDNOS). Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse vil også kunne plasseres her.

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse: Ved emosjonell neglect får en først og fremst et mangelfullt utviklet kjerneselv. Dette kan medføre en intenst smertefull indre ensomhets- eller tomhetsfølelse. Personens egentlige jeg er ikke blitt bekreftet og speilet, og derved ikke blitt utviklet. Følelser blir ikke integrert, og ofte utvikles store problemer med å tolerere og regulere følelser. Selvnedvurderende tanker er vanlig. Impulskontrollen blir dårligere, og det kan komme til sinneutbrudd og selvskading. Det er også relasjonelle vansker med veksling mellom idealisering og

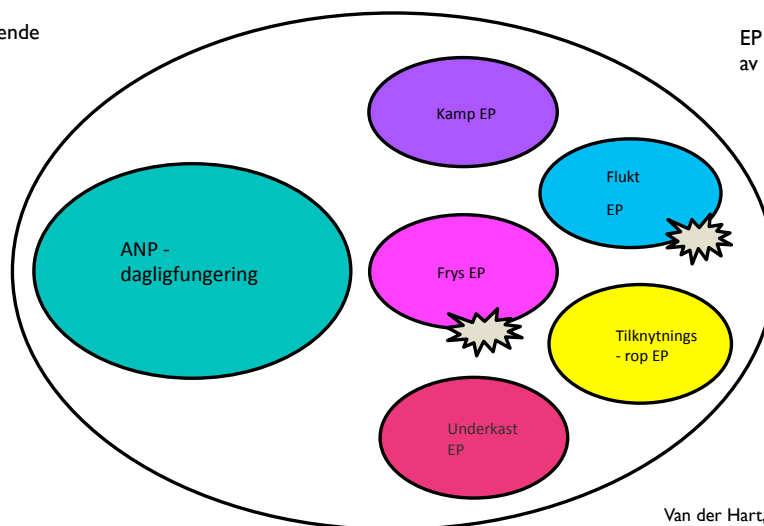
devaluering, og redsel for å bli forlatt. Personen veksler mellom nærmest normal fungering, og å gå inn i intense følelsetilstander eller «modi», der de flipper mellom ulike tilstander. Det kan være tilstander av uintegreerte «barne»følelser (indre barn), selvforakt (indre representasjon av en «straffende» forelder), og ulike måter å frakople og mestre i dagligliv. (Jeffrey Young, 2003).



Sekundær dissosiasjon - kompleks PTSD

ANP – tilsynelatende normal del av personligheten

EP - emosjonelle deler av personligheten



Van der Hart, Nijenhuis, Steele, 2006

Tertiær dissosiasjon:

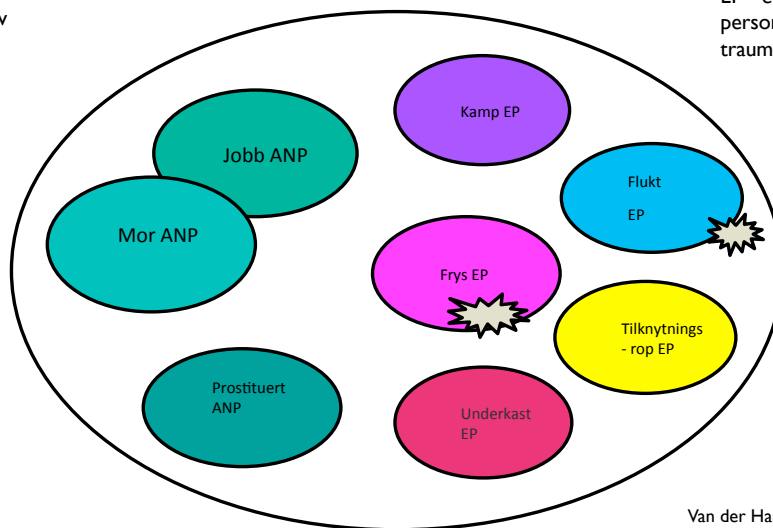
I de mest alvorlige tilfellene vil oppsplittingen forplante seg også til dagliglivsfunksjoner. Det blir flere dagligfunderende deler (ANP), som tar seg av forskjellige funksjoner i dagligliv. Det varierer i hvilken grad disse har bevissthet om hverandre. Det som først var en helt nødvendig fluktvei som beskyttet selvet mot oppløsning/sammenbrudd, tar etter hvert kontrollen over personen og kan føre til alvorlig psykisk lidelse og funksjonssvikt. Jo mer oppsplitting av personligheten, jo mer huller i hukommelsen, uvirkelighetsfølelse av seg selv og verden, identitetsforvirring og identitetsveksling. Stemmemøring er vanlig, og grenseoppgangene mot psykosier og schizofreni kan være vanskelige. I mest alvorlig grad kaller vi dette dissociativ identitetslidelse (DID). Det er 3 veier inn til alvorlig oppsplitting av personligheten: Gjentatt alvorlig traumatisering (fysisk vold, seksuelle overgrep) i nære relasjoner fra tidlig alder, alvorlig emosjonell neglect, prenatalt stress, eller kombinasjoner av disse.



Tertiær dissosiasjon, DID

Flere ANP, forskjellige sider av dagligfungering

EP - emosjonelle deler av personligheten – fastlåst i traumeresponser



Van der Hart, Njenhuis, Steele, 2006

Det som den strukturelle dissosiasjonsteori hjelper oss med, er å forstå hvordan organiseringen av livserfaring og personlighet påvirkes ved traumatisering. Og den er hjelpsom i forhold til å forstå at det finnes et kontinuum av traumelidelser, fra den enkle PTSD, via kompleks PTSD, til ytterpunktet med dissociative identitetsforstyrrelser og psykososer. Jo tidligere traumatisering skjer, jo mindre integreringskapasitet har barnet. Jo mer vedvarende fysisk vold/sekuelle overgrep fra nære omsorgspersoner fra tidlig alder og jo mer alvorlig emosjonell neglect, jo større risiko for mer omfattende psykisk skade i voksen alder.