



Marja Onsjö
Stockholm

Som i en glasbubbla – att arbeta terapeutiskt med dissociation

I arbetet med tonårsflickor som varit utsatta för sexuella övergrepp har Marja Onsjö haft stor användning av mentaliseringsteorier och praktik. Marja beskriver hur ett mentaliseringsinspirerat terapeutiskt arbete blir en hjälp mot dissociativa symtom.

Inledning

I mitt arbete möter jag dagligen barn och ungdomar som upplevt olika former av traumatiska händelser. Ofta har de blivit utsatta för våld, hot och/eller sexuella övergrepp. Inte sällan är det föräldrar eller andra närstående personer som är förövare. Många av barnen och ungdomarna har även utsatts för kraftig omsorgssvikt, föräldrar som inte har haft förmåga att se eller tillfredsställa sina barns behov av trygghet, närhet och stabilitet. Majoriteten av dem jag arbetar med terapeutiskt uppfyller diagnoskriterierna för posttraumatiskt stressyndrom – PTSD. Symtombilden beskrivs som ständiga återupplevande av traumatiska händelser i form av flashbacks, ständiga negativa tankar, kroppsliga

reaktioner, ångestattacker m.m. Detta samtidigt som traumat undviks både när det gäller att tala om det som skett, men även genom att aktivt försöka undvika alla minnen, tankar eller känslor som kopplas till händelsen. Detta pågående arbete i att sälla bort allt som påminner om traumat kräver ständig vaksamhet och tar mycket energi.

Framför allt har jag kommit att arbeta med tonårsflickor som utsatts för olika former av sexuella övergrepp. Den behandling jag erbjuder utgår från TF-KBT, traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (Cohen et al., 2006), och syftar till att bota/lindra de traumareaktioner flickorna har till följd av övergreppen. I terapin konfronteras ungdomarna successivt med de traumorna de utsatts för. Allteftersom jag fått erfarenhet av att arbeta med

dessa flickor har det blivit uppenbart att många av dem uppvisar dissociativa tendenser. Mot bakgrund av detta har mitt intresse väckts för att lära mig mer om detta fenomen. Kunskaper i mentaliserings teori och praktik passar, enligt min mening, mycket väl in i det terapeutiska arbetet med denna patientgrupp.

Dissociation som ett sätt att skydda sig från känslor

Dissociativa symtom kan kliniskt ta sig uttryck i allt ifrån att flickan i stolen mittemot stelnar till i kroppen, att blicken för ett kort ögonblick vänds upp i taket, att hon blir okontaktbar eller att hon får ett aggressivt utbrott. En flicka berättade att hon hade "vaknat till" i skolan och haft så, för henne oförklarligt, ont i ena foten. Hennes vänner berättade att hon hade blivit arg och i samband med detta avreagerat sig genom att sparka på en bänk. Själv uppgav hon att hon inte hade något minne av detta. Flera av flickorna uttrycker just att de inte kan minnas exakt vad de sagt eller gjort, vilket ofta upplevs som mycket skrämmande för dem. En beskrivning många känner igen sig i är att ständigt befinna sig "som i en glasbubbla". Livet pågår utanför, men det har egentligen inte med dem att göra och de beskriver att de heller inte påverkas känslomässigt i någon högre grad av det de upplever. Om de uppfattar att det sker obehagliga eller påfrestande händelser i omgivningen kan de alltid hantera detta genom att sjunka djupare in i "glasbubblan".

Allen et al. (2008) menar att barn som upplever anknytningstrauman – där föräldern själv utsätter eller inte förmår skydda sitt barn från våld övergrepp eller dylikt – lämnas utan en anknytningsperson som kan tolka de tankar och känslor barnet har och som kan hjälpa barnet med att reglera de känslor som väcks. Då ingen mentaliserar kring barnets inre upplevelser ges barnet inga förutsättningar att lära sig mentalisera kring sig själv och egna upplevelser/känslor, vilket i förlängningen försvårar för barnet att lära sig mentalisera kring andra människor.

Traumatiserade barn kan, menar Wennerberg (2010), komma att hantera känslor genom ett förmentaliserande förhållningssätt, där känslorna antingen upplevs som överväldigande och kaotiska

eller som överkliga och oåtkomliga. När jag nedan nämner en "volymknapp" för att arbeta med reglering av känslor föreställer jag mig att barnet inte upplever känslan som ett kontinuum utan som ett antingen eller – "Antingen blir jag så skräckslagen att det är outhärdligt eller så upplever jag ingen rädsla alls (huvudet är som avskuret från kroppsliga sensationer)".

Nijenhuis (2004) och medarbetare har gjort en genomgång av flera forskningsresultat som tyder på att hjärnfunktionen i bland annat hippocampus påverkas av upplevelser av trauma. Hippocampus fyller en viktig funktion i att upplevelser processas och lagras som minnen. Man har sett att funktionen kraftigt försämras när mycket starka känslor uppstår och att minnesbilder då riskerar att lagras som fragmentariska intryck. Jag föreställer mig att en traumatiserande händelse per definition sätter mentaliseringsförmågan ur spel. Traumaupplevelsen fortsätter leva i barnen och ungdomarna med fragmenterad tidsuppfattning och utan sammanhängande berättelse. De känslor som väckts under traumat är så hotande och omöjliga att stå ut med att de måste undvikas. Dissociation är under övergrepp en helt adekvat försvarsreaktion – kroppen och psyket gör vad som krävs för att överleva. Problemet uppstår dock när starka känslor även fortsatt hanteras genom dissociation. Många av flickorna beskriver att de inte kan vara genuint arga/ledsna/rädda eller glada heller för den delen. De blir som känslomässigt avdomnade och utan strategier för att reglera känslor när de väcks. Detta medför att känslor i sig blir hotfulla och måste undvikas – rädsla och vrede utan gräns skrämmer de flesta.

Van der Hart (2006) och medarbetare för ett resonemang om dissociation just utifrån att traumat är något som barnet inte förmår integrera i medvetandet. Detta får till följd att det sker en uppdelning mellan de delar av personligheten som undviker minnen, tankar och känslor kopplade till traumat och de delar av personligheten som återupplever traumat och allt det innebär. Den del av personligheten som undviker traumat benämns ANP (Apparently Normal part of Personality) och det är denna "person" som fungerar i vardagslivet, som går till skolan, pratar med kompisar m.m. ANP befinner sig, tänker jag, i ett låtsasläge (pretend mood), där man kanske kan tala om känslor och trauma man upplevt, men där det hela tiden sker på ett distanserat sätt. Ett "som om" och utan

att känslorna bränner till. Den del av personligheten som återupplever trauma benämns i texten EP (Emotional part of Personality) och det är denna del som aktualiseras när känslor, tankar och minnen av traumat trots allt sköljer över personen. Jag föreställer mig den traumatiserande händelsen som lagrad i hjärnan i form av en upplevelse utan språk och utan förmåga till reflektion eller mentalisering. En EP som befinner sig i ständig psykisk ekvivalens – ”jag är rädd, alltså är det farligt”. Ett tillstånd i vilket patienten inte har förmåga att ta ett utifrånperspektiv på sig själv och situationen då hela kroppen och sinnet är inriktat på överlevnad.

Mentalisering från grunden

Utifrån ovanstående föreställer jag mig en av terapeutens grundläggande uppgifter vara att försöka erbjuda en markerad spegling av patientens känslor. Inledningsvis genom att tillsammans utforska och benämna kroppsliga sensationer och tillskriva dem mening i form av känslor. Nästa steg är att gemensamt öva i att kunna vara kvar i känslan och finna sätt att reglera intensiteten i den. Detta sker bland annat genom att tillsammans genomföra andningsövningar, träna avspänning och att träna på att uppmärksamma dissociativa tendenser. Vidare träning går ut på att patienten genom att öva på att vara kvar i känslan successivt undviker dissociation genom att ”vara i kroppen”, bland annat genom att fokusera uppmärksamheten på fysiska sensationer, t.ex. doft. Detta blir en första basalnivå i arbetet för ökad mentaliseringsförmåga.

Rent praktiskt kan ett terapeutiskt arbete i syfte att öka mentaliseringsförmågan ta sig följande uttryck:

- Vilka känslor finns? Patienten får göra en lista över känslor. Om patienten har svårt att komma på känslor kan man använda sig av bilder, film etc.
- Hur känner man olika känslor i kroppen? Patienten får på en bild av en människogestalt rita var känslorna ”känns”. Rent praktiskt pratar vi sedan om hur det känns i axlarna när man blir rädd etc.
- Hur vet man vad andra känner? Tillsammans tittar vi på bilder av okända människor som vi-

sar olika ansiktsuttryck och diskuterar hur man vet vad de känner.

- Hur gestaltar patienten olika känslor? Vi gör känslucharader och gissar vilken känsla den andre spelar upp.
- Hur intensiva är olika känslor? Vi gör en ”volymknapp” gällande t.ex. rädd/arg och sedan övar vi på att säga neutrala ord, men med olika känslointonation och med mer eller mindre uppskruvad volym.
- Vilka känslor är lättare respektive svårare att visa utåt? Patienten får lägga lappar med olika känslor i två olika babysjkdockor. I en ligger de känslor som inte kan visas, i en de som får synas utåt. I slutet av övningen får patienten symboliskt lägga alla lappar i den stora babysjkan – som en manifest handling som visar att alla känslor finns i patienten.
- Kartlägga i vilka situationer patienten dissocierar samt vilka känslor i patienten som leder till dissociation. Detta är en hemuppgift och här får man många gånger lägga pussel tillsammans med patienten för att kunna skapa ett sammanhang i vad som skett.
- Hur hanterar man intensiva känslor? Tillsammans skapar vi en plan över olika färdigheter man kan använda sig av när man upptäcker att starka känslor håller på att leda till dissociation. Detta kan bland annat bestå i övningar i medveten närvaro, spola kallt vatten på händerna etc.

När arbetet med att skapa en palett av känslor är inlett och då patienten fått en grundläggande erfarenhet av att kunna hantera starka känslor påbörjas ett arbete med att skapa en sammanhängande historia över de traumatiska händelserna. Detta syftar till att integrera den traumatiska händelsen i patientens livshistoria. I detta används sedan kunskapsbasen över känslor för att benämna och att successivt stå ut med de känslor patienten upplevt under traumat. Detta i syfte att motarbeta den fragmentering som traumat innebär. Om arbetet är framgångsrikt leder det till att patienten kan skapa ett sammanhängande minne av traumat och mentalisera kring de känslor som väckts under traumat. Gränserna mellan patientens olika Emotional parts of Personality och Apparently Normal

parts of Personality kan suddas ut och personen får på så sätt tillgång till alla känslor i sitt register.

Flickan som i ovanstående exempel fått ont i foten berättade vid ett annat tillfälle att hon, när hennes pojkvän hade kittlat henne, blivit våldsam mot honom, vilket hon inte mindes utan fått berättat för sig i efterhand. Efter att ha arbetat med känslor under en period kunde vi tillsammans gå igenom händelsen och hon kunde identifiera att hon i något som börjat som en lek, känt sig allt mer trängd och fasthållen, vilket lett till rädsla. För henne medförde detta en upplevelse av psykisk ekvivalens, då känslan rädsla för henne medförde återupplevande av traumat. Detta blev outhärdligt, vilket ledde till att EP personligheten tog överhanden och händelsen kunde inte integreras i hennes personlighet.

En annan flicka som jag arbetat länge med uttryckte under ett samtal följande: "När pappa kom härifrån förra gången sa han att du sagt att jag måste [...]. Först blev jag så besviken och sen blev jag så jävla arg på dig. Men sen tänkte jag att han kanske hade missförstått det som du sa, för jag trodde inte att du skulle säga på det sättet och sen så tänkte jag att jag skulle fråga dig nästa gång vi sågs vad det egentligen var du sa". Jag ser det som att hon kunde identifiera sina känslor, de skrämde henne inte, även om hon initialt blev upprörd och EP personligheten hotade att ta överhanden, men hon förmådde justera känslan till en "lagom" nivå. Dessutom förmådde hon i nästa steg leka med tanken att det som hon kände kanske inte speglade en verklig händelse – hon var kapabel att mentalisera kring att hennes pappa sagt var vad han uppfattat och att det inte nödvändigtvis var det jag hade sagt. Hon hade förmåga att i tanke och känsla kunna se både sig själv utifrån och andra inifrån, samtidigt som hon var öppen för tanken att hon kunde tolka händelsen fel.

Svårt men också spännande och glädjefyllt

Att arbeta terapeutiskt med denna patientgrupp är krävande och självklart är det periodvis ledsamt och tungt att tillsammans med ungdomarna konfronteras med de trauman de har upplevt. Samtidigt är det otroligt glädjande och inspirerande att tillsammans få uppleva att det påfrestande arbetet

patienten gör ger resultat. När effekterna av traumat klingar av kan ungdomarna använda sin energi till att utvecklas och leva, istället för att bara överleva. Det ger mig motivation att fortsätta det arbete jag gör och att försöka finna nya metoder och tankesätt som kan bidra till att vidareutveckla behandlingsmetoderna. Tankarna kring mentalisering har kommit att få en självklar roll i behandlingsarbetet och jag hoppas att fler som arbetar terapeutiskt får upp ögonen för det mentaliseringsteorin kan bidra till i vårt arbete.

Referenser

- Allen, J.G., Fonagy, P. & Bateman, A.W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P. & Deblinger, E. (2006). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*. New York: Guilford Publications.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S. & Steele, K. (2006) *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: WW Norton & Co.
- Nijenhuis, E.R.S., van der Hart, O. & Steele, K. (2004) *Trauma-related Structural Dissociation of the personality*. *Trauma Information Pages website, Januari 2004*. Web URL: <http://www.traumapages.com/a/nijenhuis-2004.php>.
- Wennerberg, T. (2010) *Vi är våra relationer*. Stockholm: Natur & Kultur.

Sökord: Trauma, dissociation, behandling, tf-kbt, mentalisation.

Keywords: Trauma, dissociation, treatment, tf-kbt, mentalization.

Marja Onsjö är leg psykolog och arbetar på Barn- och Ungdomspsykiatrisk mottagning Gamlestadens i Göteborg, en mottagning som har lång erfarenhet av och bred kompetens när det gäller att bedöma och behandla barn och ungdomar som upplevt olika former av trauma.

marja.onsjo@vgregion.se